

PERILAKU HIDUP BERSIH DAN SEHAT (PHBS) DALAM RUMAH TANGGA IBU HAMIL DAN IBU PERNAH HAMIL DI INDONESIA

Wahyu Dwi Astuti,¹ Zainul Khaqiqi,¹ Dewi Lestari¹

ABSTRACT

Background: The maternal mortality rate (MMR) in Indonesia is still high at about 307 per 100,000 live births and Indonesia were lower target of 75% of maternal deaths in the period 1990–2015 with indicators: MMR per 100,000 live births from 390 to 102, the proportion of deliveries by skilled health 40.7% to 100%. One indicator is the PHBs delivery by health workers and health behaviors that are performed on the awareness that a family member or family can help themselves in the field of health. Pregnant mothers who are in households that do PHBs will reduce the incidence of diseases that worsen the maternal mortality. The general objective of this study was to determine the picture PHBS Household pregnant women based on socioeconomic factors, demographic and geographical environment in Indonesia. **Methods:** The data on secondary data analysis is that in getting from Riskesdas 2007 and 2010 the data collection are questionnaires and structured interviews. **Result:** The results suggest that PHBs in the household ever been pregnant and pregnant women are reviewed by province, economic level, and level of education is still very low. **Recommendation:** Thus suggested the need for promotion of PHBs in Families of pregnant women and mothers have become pregnant on an ongoing basis.

Key words: Household PHBs, Maternal Behavior

ABSTRAK

Angka kematian ibu (AKI) di Indonesia masih tinggi sekitar 307 per 100.000 kelahiran hidup dan target Indonesia adalah menurunkan 75% kematian ibu dalam kurun waktu 1990–2015 dengan indikator: AKI per 100.000 kelahiran hidup dari 390 menjadi 102, proporsi persalinan oleh tenaga kesehatan dari 40,7% menjadi 100%. Salah satu indikator PHBS adalah persalinan oleh nakes dan PHBS merupakan perilaku kesehatan yang dilakukan atas kesadaran sehingga anggota keluarga atau keluarga dapat menolong dirinya sendiri di bidang kesehatan. Ibu Hamil yang berada dalam rumah tangga yang melakukan PHBS akan menurunkan kejadian penyakit yang memperburuk kematian ibu hamil. Tujuan umum penelitian ini adalah mengetahui gambaran PHBS Rumah Tangga ibu hamil berdasarkan faktor sosial ekonomi, demografi dan lingkungan geografisnya di Indonesia. Data yang di analisis adalah data sekunder yang di dapatkan dari Riskesdas 2007 dan 2010 yang pengambilan datanya secara kuesioner dan wawancara terstruktur. Hasil penelitian menunjukkan bahwa PHBS dalam rumah tangga ibu hamil dan pernah hamil ditinjau menurut provinsi, tingkat ekonomi, dan tingkat pendidikan masih sangat rendah. Sehingga disarankan perlunya promosi tentang PHBS pada Keluarga ibu hamil dan ibu pernah hamil secara berkesinambungan.

Kata kunci: PHBS Rumah Tangga, Perilaku Ibu Hamil

Naskah Masuk: 18 Oktober 2011, Review 1: 21 Oktober 2011, Review 2: 21 Oktober 2011, Naskah layak terbit: 11 November 2011

PENDAHULUAN

Kenyataan di Indonesia, bahwa angka kematian ibu masih tinggi, sekitar 307 per 100.000 kelahiran hidup (SDKI 2002–2003). Penyebab langsung kematian ibu adalah karena perdarahan (42,0%), eklamsi (13,0%), infeksi (10,0%), komplikasi aborsi (11,0%), partus macet (9,0%) dan penyebab tidak

langsung (15,0%), (Depkes RI, 2003). Hal tersebut di atas menyebabkan 70% kematian ibu sedangkan 30% disebabkan oleh penyakit yang memperburuk kematian ibu hamil.

Pemerintah RI sejak tahun 2000 mencanangkan strategi *Making Pregnancy Safer* (MPS) dengan 3 pesan kunci dalam upaya percepatan penurunan AKI

¹ Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Jln Indrapura 17 Surabaya, 60176
Alamat korespondensi: E-mail: drwahyu@yahoo.com

(Angka Kematian Ibu) dan AKB (Angka Kematian Bayi) terutama bayi baru lahir: 1) setiap persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih, 2) setiap komplikasi obstetri dan neonatal mendapat pertolongan yang adekuat, 3) setiap perempuan usia subur mempunyai akses terhadap pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan dan penanganan komplikasi pasca keguguran.

Target Indonesia adalah menurunkan 75% kematian ibu dalam kurun waktu 1990–2015 dengan Indikator: AKI per 100.000 kelahiran hidup dari 390 menjadi 102, proporsi persalinan oleh tenaga kesehatan dari 40,7% menjadi 100%. Untuk mencapai visi Indonesia Sehat 2010, Pusat Promosi Kesehatan, Departemen Kesehatan, telah melakukan upaya pemberdayaan masyarakat dengan melakukan sosialisasi mengenai pentingnya PHBS pada tingkatan rumah tangga. PHBS adalah semua perilaku kesehatan yang dilakukan atas kesadaran sehingga anggota keluarga atau keluarga dapat menolong dirinya sendiri di bidang kesehatan dan dapat berperan aktif dalam kegiatan kesehatan di masyarakat. PHBS di rumah tangga dilakukan untuk mencapai rumah tangga sehat. Rumah tangga sehat adalah rumah tangga yang melakukan 10 PHBS di rumah tangga yaitu: 1) persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan; 2) memberi ASI eksklusif; 3) menimbang bayi dan balita; 4) menggunakan air bersih; 5) mencuci tangan dengan air bersih dan sabun; 6) menggunakan jamban sehat; 7) memberantas jentik di rumah; 8) makan buah dan sayur setiap hari; 9) melakukan aktivitas fisik setiap hari; 10) tidak merokok di dalam rumah.

Saat ini informasi tentang apakah ibu hamil hidup di lingkungan keluarga dengan PHBS baik atau berapa rumah tangga dengan PHBS baik yang mempunyai anggota rumah tangga ibu hamil, belum ada. Di dalam analisis lanjut data Riskesdas ini akan dilakukan agregasi data individu ibu hamil terhadap keluarga/rumah tangganya dan selanjutnya dilihat apakah rumah tangga tersebut termasuk dalam rumah tangga PHBS baik atau bukan. Hal ini dilakukan mengingat bahwa ibu hamil sebenarnya merupakan kelompok yang rentan terhadap risiko, sehingga memerlukan suatu lingkungan keluarga/rumah tangga yang mempunyai perilaku hidup yang bersih dan sehat. PHBS dalam rumah tangga ini mempunyai variasi

yang berbeda pada sosial ekonomi, atau geografis atau demografi yang berbeda. Sehingga diperlukan data tentang PHBS RT ibu hamil menurut keadaan sosial ekonomi, keadaan lingkungan geografisnya dan keadaan demografinya.

Tujuan penelitian ini adalah mengetahui dan mengidentifikasi gambaran PHBS RT ibu hamil berdasarkan faktor sosial ekonomi, demografi dan lingkungan geografisnya di Indonesia.

METODE

Analisis ini menggunakan data sekunder dari Riskesdas 2007 dan Riskesdas 2010 dengan Jumlah sampel yang digunakan sebesar 258.284 rumah tangga (Riskesdas 2007) dan sebesar 70.000 rumah tangga (Riskesdas 2010). Pemilihan sampel menggunakan *random sampling two stage* dari seluruh responden di Indonesia. Populasi yang digunakan adalah seluruh RT dengan ibu hamil dan yang pernah hamil serta melahirkan selama periode 1 Januari 2005 sampai survei dilaksanakan. Variabel yang terlibat adalah berdasarkan kuesioner RKD2007 dan Riskesdas 2010 Kesmas Individu dan RT. Rincian variabel adalah sebagai berikut.

PHBS mempunyai 10 indikator, yaitu: 1) Persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan; 2) Memberi ASI eksklusif; 3) Menimbang bayi dan balita; 4) Menggunakan air bersih; 5) Mencuci tangan dengan air bersih dan sabun; 6) Menggunakan jamban sehat; 7) Memberantas jentik di rumah; 8) Makan buah dan sayur setiap hari; 9) Melakukan aktivitas fisik setiap hari; 10) Tidak merokok di dalam rumah.

Dalam Riskesdas 2007 hanya 9 indikator PHBS yang diteliti, yaitu: 1) Persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan; 2) Memberi ASI eksklusif; 3) Menimbang bayi dan balita; 4) Menggunakan air bersih; 5) Mencuci tangan dengan air bersih dan sabun; 6) Menggunakan jamban sehat; 7) Makan buah dan sayur setiap hari; 8) Melakukan aktivitas fisik setiap hari; 9) Tidak merokok di dalam rumah.

Sedangkan pada Riskesdas 2010 hanya 6 indikator PHBS yang diteliti, yaitu: 1) Persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan; 2) Memberi ASI eksklusif; 3) Menimbang bayi dan balita; 4) Menggunakan air bersih; 5) Menggunakan jamban sehat; 6) Tidak merokok di dalam rumah.

Tabel 1. Variabel Berdasarkan Kuesioner RISKESDAS 2007

No.	Variabel	Sumber	Blok dalam Kuesioner
1.	Pengenalan tempat (provinsi, kabupaten, desa/kota, NKS, Nomer Urut RT)	RKD07.RT	Blok I. r1,r2,r5,r7, r8
2.	Keterangan rumah tangga (nama KK, banyaknya ART, jumlah balita, garam beryodium)	RKD07.RT	Blok II. r1, r2, r4, r6
3.	Keterangan anggota RT	RKD07.RT	Blok IV. Seluruh kolom
4.	Sanitasi lingkungan	RKD07.RT	Blok VII.r3, r6, r7,r8, r9, r10, r11,r12, r13, r14, r15, r16, r17.
5.	Identifikasi responden	RKD07.IND	Blok X.A. A01, A02
6.	Perilaku higienis	RKD07.IND	Blok X.D. D08 s/d D10b
7.	Penggunaan tembakau	RKD07.IND	Blok X.D. D11 s/d D17
8.	Perilaku konsumsi buah/sayur	RKD07.IND	Blok.X.D. D31 s/d D35
9.	Aktivitas fisik	RKD07.IND	Blok.D. D22 s/d D30
10.	Penimbangan bayi/balita	RKD07.IND	Blok VI.R4 s/d R8 Blok X.G. G01 s/d G04
11.	Riwayat persalinan Nakes	RKD07.IND	Blok X.H. H01 s/d H07

Tabel 2. Variabel Berdasarkan Kuesioner RISKESDAS 2010

No.	Variabel	Sumber	Blok dalam Kuesioner
1.	Pengenalan tempat (provinsi, kabupaten, desa/kota, NKS, Nomer Urut RT)	RKD10.RT	Blok I. r1,r2,r5,r7,r8
2.	Keterangan rumah tangga (nama KK, banyaknya ART, jumlah balita)	RKD10.RT	Blok II. r1,r2,r3
3.	Keterangan anggota RT (jenis kelamin, umur, pendidikan, pekerjaan, tidur dalam kelambu)	RKD10.RT	Blok IV. Seluruh kolom
4.	Sanitasi lingkungan	RKD10.RT	Blok VI. R2a, r3, r7, r8, r9, r10,r11,r12 s/d r20
6.	Pemanfaatan yankes	RKD10.RT	Blok V. V.1, V.2, V.3
7.	Pengeluaran rumah tangga	RKD10.RT	Blok VII.A dan VII.B
8.	Identifikasi responden	RKD10.IND	Blok VII.A. A01, A02
9.	Penggunaan tembakau	RKD10.IND	Blok VIII.C. C12 s/d C17
10.	Riwayat penolong persalinan	RKD10.IND	Blok VIII.Dd. Dd01 s/d Dd25. Blok VIII.Ea. Ea01 s/d Ea08.
11.	Riwayat pemberian ASI Eksklusif	RKD.10.IND	Blok VIII.Eb. Eb01 s/d Eb10.
12.	Timbang bayi dan balita	RKD10.IND	Blok VIII.Ea. Ea13 s/d Ea15. Ea19, Ea20.

Di dalam analisis data, sebelumnya disiapkan masing-masing variabel komposit menjadi variabel yang akan dianalisis. Seperti variabel Perilaku ANC yang terdiri dari Dd16, Dd18, Dd20 maka dilakukan recoding kembali menjadi variabel perilaku ANC yang mencakup ke-3 sub variabel di atas. Selanjutnya analisis data dilakukan dengan tahapan univariat dengan menggunakan tabulasi frekuensi untuk masing-masing variabel. Kemudian dilakukan analisis bivariat dengan menggunakan tabulasi silang. Terakhir

dilakukan analisis multivariat dengan menggunakan *Regresi Logistik multiple*.

HASIL

PHBS di rumah tangga adalah upaya untuk memberdayakan anggota rumah tangga agar tahu, mau dan mampu melaksanakan perilaku hidup bersih dan sehat serta berperan aktif dalam gerakan kesehatan di masyarakat. Menurut Depkes RI (1988)

keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah satu atap dalam keadaan saling tergantung.

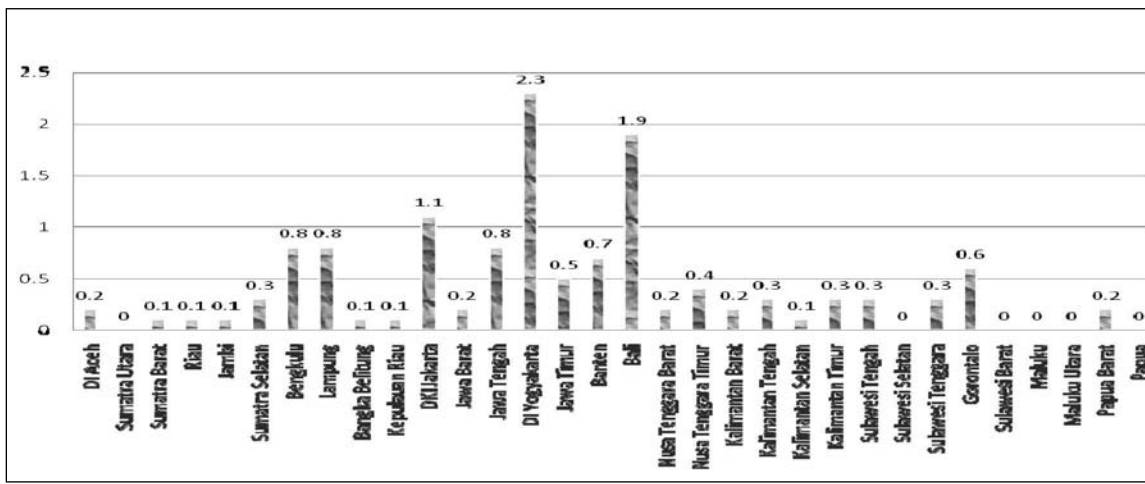
PHBS Rumah Tangga Ibu Hamil Menurut Faktor Lingkungan Geografisnya

Gambar 1, menunjukkan bahwa keluarga ibu hamil dan ibu yang pernah hamil yang memenuhi PHBS tertinggi pada tahun 2007 (dengan 9 indikator)

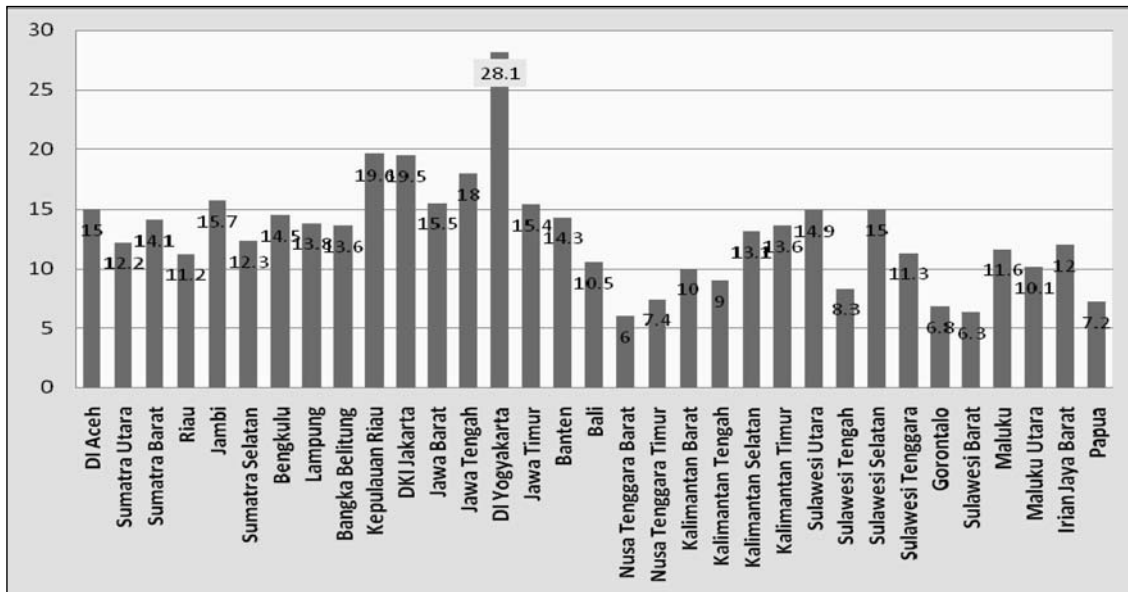
adalah Daerah Istimewa Yogyakarta, yaitu 2,3%, diikuti oleh Bali 1,9%.

Gambar 2 menunjukkan bahwa keluarga ibu hamil dan ibu yang pernah hamil yang memenuhi PHBS tertinggi pada tahun 2010 (dengan 6 indikator) adalah Daerah Istimewa Yogyakarta, yaitu 28,1%.

Pada Riskesdas 2007, Keluarga ibu hamil dan ibu pernah hamil yang melakukan PHBS yang tertinggi adalah di Yogyakarta (18,5%), kemudian diikuti provinsi Kepulauan Riau (16,7%) dan DKI



Gambar 1. Rumah tangga ibu hamil dan ibu pernah hamil yang melakukan PHBS (9 indikator) menurut Provinsi, Riskesdas 2007



Gambar 2. Rumah tangga ibu hamil dan ibu pernah hamil yang melakukan PHBS (6 indikator) menurut Provinsi, Riskesdas 2010

Jakarta (16,7%). Dari hasil tersebut, walaupun hasil ini komposit dari 2 indikator saja, tetapi pencapaiannya masih kurang dari 50%.

PHBS Rumah Tangga Ibu Hamil Menurut Faktor Sosial Ekonomi

Hasil penelitian ini, 5 indikator PHBS dari hasil di bawah ini merupakan komposit dari variabel Persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan, menimbang bayi dan balita, tidak merokok di rumah, penggunaan air bersih, menggunakan jamban sehat.

Tabel 3. Distribusi Rumah Tangga Ibu Hamil dan Ibu Balita yang Melakukan PHBS (5 indikator) menurut Klasifikasi Daerah di Indonesia, Riskesdas 2007 dan 2010

Klasifikasi Desa	PHBS Keluarga 5 Indikator	
	Riskesdas 2007	Riskesdas 2010
Perkotaan	2897 (11,4%)	3496 (33,7%)
Perdesaan	2475 (5,6%)	1625 (16,4%)
Total	5372 (7,7%)	5121 (25,2%)

Dari hasil tabulasi silang, menunjukkan bahwa distribusi rumah tangga ibu hamil dan ibu balita yang melakukan PHBS di perkotaan 2897 (11,4%) pada tahun 2007, dan 3496 (33,7%) pada tahun 2010. Sedangkan di perdesaan 2475 (5,6%) pada tahun 2007 dan 1625 (16,4%) pada tahun 2010 (lihat tabel 3).

Hasil penelitian di bawah ini merupakan komposit dari dua Indikator PHBS, yaitu persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan, menimbang bayi dan balita. PHBS keluarga menurut klasifikasi daerah di Indonesia dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 4. Distribusi Rumah Tangga Ibu Hamil dan Ibu Balita yang Melakukan PHBS (2 Indikator) menurut Klasifikasi Daerah di Indonesia, Riskesdas 2007 dan 2010

Daerah	PHBS 2 INDIKATOR	
	Riskesdas 2007	Riskesdas 2010
Perkotaan	3323 (13,0%)	6920 (66,7%)
Perdesaan	4094 (9,3%)	4952 (49,9%)
Total	7417 (10,7%)	11872 (58,5%)

Rumah tangga yang melakukan PHBS menurut klasifikasi daerah, ternyata 13,0% daerah perkotaan yang melakukan PHBS, sedangkan di perdesaan

9,3% pada tahun 2007. Pada Riskesdas tahun 2010, keluarga yang melakukan PHBS di perkotaan 66,9%.

Bila dilihat dari tingkat ekonomi, keluarga yang melakukan PHBS dengan 5 indikator (ditolong oleh tenaga kesehatan, menimbang bayi dan balita, tidak merokok di rumah, penggunaan air bersih, menggunakan jamban sehat), maka dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 5. Distribusi Rumah Tangga ibu Hamil dan Ibu Balita yang Melakukan PHBS (5 Indikator) menurut Tingkat Ekonomi, Riskesdas 2007 dan 2010

Tingkat Ekonomi	PHBS 5 Indikator	
	Riskesdas 2007	Riskesdas 2010
kuintil1	1213 (6,1%)	656 (12,9%)
kuintil2	1257 (7,6%)	956 (21,0%)
kuintil3	1138 (8,3%)	1131 (27,1%)
kuintil4	991 (8,8%)	1219 (33,4%)
kuintil5	772 (9,6%)	1160 (40,6%)
Total	5371 (7,7%)	5122 (25,2%)

Tabel 5 menunjukkan bahwa keluarga yang melakukan PHBS tertinggi adalah kuintil 5, yaitu 9,6% pada tahun 2007 dan 40,6% pada tahun 2010.

Tabel 6. Distribusi Rumah Tangga ibu Hamil dan Ibu Balita yang Melakukan PHBS (2 Indikator) menurut Tingkat Ekonomi, Riskesdas 2007 dan 2010

Tingkat Ekonomi	PHBS 2 Indikator	
	Riskesdas 2007	Riskesdas 2010
kuintil1	2061 (10,4%)	2414 (47,5%)
kuintil2	1764 (10,7%)	2477 (54,5%)
kuintil3	1493 (10,9%)	2557 (61,2%)
kuintil4	1219 (10,8%)	2372 (64,9%)
kuintil5	874 (10,8%)	2052 (71,8%)
Total	7411 (10,7%)	11872 (58,5%)

Tabel 6 menunjukkan bahwa yang keluarga yang melakukan PHBS tertinggi adalah kuintil 5, yaitu 10,8% pada tahun 2007 dan 71,8% pada tahun 2010

PHBS Rumah Tangga Ibu Hamil Menurut Faktor Demografinya

Beberapa tabel di bawah ini yang dianalisis adalah individu yang berada dalam rumah tangga ibu hamil dan ibu pernah hamil.

Tabel 7. Distribusi Individu dalam Rumah tangga yang Melakukan PHBS (5 Indikator) menurut Tingkat Pendidikan, Riskesdas 2007 dan 2010

Pendidikan	PHBS (5 Indikator)	
	2007	2010
Tidak pernah sekolah	40 (1,8%)	23 (4,8%)
Tidak tamat SD	321 (3,6%)	193 (9,7%)
Tamat SD	1218 (5,7%)	903 (14,9%)
Tamat SLTP	1344 (8,7%)	1154 (24,5%)
Tamat SLTA	1901 (10,9%)	2057 (36,8%)
Perguruan Tinggi	559 (13,1%)	844 (47,4%)
Total	5383 (7,7%)	5174 (25,1%)

Ditinjau dari tingkat pendidikan (tabel 7), tampak bahwa keluarga yang melakukan PHBS tertinggi adalah individu yang berpendidikan Perguruan Tinggi yaitu 13,1% pada tahun 2007. Sedangkan pada tahun 2010 yang melakukan PHBS tertinggi juga individu yang Perguruan Tinggi (47,4%).

Tabel 8. Distribusi Individu dalam Rumah Tangga yang Melakukan PHBS (2 Indikator) menurut Tingkat Pendidikan, Riskesdas 2007 dan 2010

Pendidikan	PHBS (2 Indikator)	
	2007	2010
Tidak pernah sekolah	118 (5,2%)	166 (34,4%)
Tidak tamat SD	633 (7,1%)	788 (39,7%)
Tamat SD	2033 (9,5%)	2940 (48,6%)
Tamat SLTP	1850 (11,9%)	2875 (61,1%)
Tamat SLTA	2192 (12,6%)	3900 (69,7%)
Perguruan Tinggi	605 (14,1%)	1310 (73,6%)
Total	7431 (10,6%)	11979 (58,2%)

Tabel 8 tampak bahwa individu yang melakukan PHBS yang tertinggi adalah individu yang berpendidikan Perguruan tinggi (14,1%) pada tahun 2007, dan (73,6%) pada tahun 2010.

Bila dilihat dari kelompok umur, maka individu yang melakukan PHBS terbanyak kelompok umur 15–19 tahun (15,9%) pada riskesdas 2007. Sedangkan pada riskesdas 2010 yang terbanyak melakukan PHBS adalah kelompok umur 30–34 tahun (27,5%). Hal ini dapat dilihat pada tabel 9.

Tabel 9. Distribusi Individu dalam Rumah Tangga yang Melakukan PHBS (5 Indikator) menurut Kelompok Umur, Riskesdas 2007 dan 2010

Kelompok Umur	PHBS (5 Indikator)	
	2007	2010
10–14 Tahun	6 (10,0%)	0 (0,0%)
15–19 Tahun	271 (15,9%)	94 (17,3%)
20–24 Tahun	1217 (9,7%)	761 (21,5%)
25–29 Tahun	153 (8,2%)	1495 (25,9%)
30–34 Tahun	1294 (7,5%)	1428 (27,5%)
35–39 Tahun	733 (6,0%)	951 (26,6%)
40–44 Tahun	226 (4,5%)	371 (24,4%)
45–49 Tahun	32 (2,4%)	67 (16,9%)
50–54 Tahun	1 (4,3%)	8 (17,4%)
55–59 Tahun	1 (1,0%)	1 (9,1%)
Total	5383 (7,7%)	5176 (25,1%)

Tabel 10. Distribusi Individu dalam Rumah Tangga Melakukan PHBS (5 indikator) menurut Pekerjaan, Riskesdas 2007 dan 2010

Kelompok Pekerjaan	PHBS (5 Indikator)	
	2007	2010
tidak bekerja	3957 (8,5%)	2663 (25,6%)
sekolah	61 (15,4%)	24 (26,1%)
TNI/Polri/PNS/BUMN	235 (9,9%)	576 (43,9%)
Swasta/wiraswasta/ pedagang/pelayanan jasa	632 (8,8%)	914 (33,8%)
petani/nelayan/buruh	435 (3,4%)	510 (12,7%)
lainnya	63 (8,8%)	487 (23,7%)
Total	5383 (7,7%)	5174 (25,1%)

PHBS (dengan 5 indikator) yang dilakukan individu menurut jenis pekerjaan, yang tertinggi pada riskesdas 2007 adalah responden yang masih sekolah (15,4%). Sedangkan pada riskesdas 2010 yang tertinggi adalah responden yang bekerja sebagai TNI atau wiraswasta atau PNS (pegawai Negeri, atau pegawai BUMN).

Individu yang melakukan PHBS menurut jenis pekerjaan, terbanyak adalah individu yang bersekolah (17,7%) pada riskesdas tahun 2007. Sedangkan pada Riskesdas tahun 2010 Individu yang melakukan PHBS terbanyak adalah TNI/Polri/PNS/BUMN (72,4%).

Tabel 11. Distribusi Individu dalam Rumah Tangga yang Melakukan PHBS (2 Indikator) menurut Jenis Pekerjaan, Riskesdas 2007 dan 2010

Pekerjaan	PHBS (2 Indikator)	
	2007	2010
tidak bekerja	5441 (11,7%)	6106 (58,6%)
sekolah	70 (17,7%)	54 (59,3%)
TNI/Polri/PNS/BUMN	256 (10,8%)	950 (72,4%)
Swasta/wiraswasta/ pedagang/ pelayanan jasa	738 (10,3%)	1780 (65,8%)
petani/nelayan/buruh	844 (6,7%)	1906 (47,5%)
lainnya	81 (11,3%)	1183 (57,5%)
Total	7430 (10,6%)	11979 (58,2%)

PEMBAHASAN

PHBS keluarga merupakan perwujudan paradigma sehat dalam budaya hidup keluarga yang berorientasi sehat dalam meningkatkan, melindungi kesehatannya baik fisik, mental spiritual maupun sosial. Oleh karena itu diperlukan pemahaman dalam keluarga tentang penyakit yang akan terjadi bila tidak melakukan PHBS.

Perilaku merupakan suatu respon dari seseorang/organisme terhadap stimulus atau rangsangan yang diterima. Perilaku dipengaruhi oleh: faktor predisposisi, faktor pendukung, dan faktor pendorong. Faktor predisposisi yaitu pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi, nilai. Faktor pendukung antara lain ketersediaan sumber/fasilitas. Sedangkan faktor pendorong adalah sikap dan perilaku.

Dasar orang berperilaku dipengaruhi oleh nilai, sikap, pendidikan/pengetahuan. Proses berperilaku yang baik dimulai dari kesadaran, kemudian tertarik, selanjutnya akan melakukan uji coba, serta melakukan evaluasi, terakhir adalah mengadopsi substansi tersebut. Oleh karena itu perlu adanya promosi yang benar dan berkesinambungan oleh petugas kesehatan, sehingga masyarakat dapat memahami hidup bersih dan sehat, dan mengaplikasikannya pada kehidupan sehari-hari. Masyarakat harus mengetahui akibatnya bila tidak menjalankan hidup bersih dan sehat, yaitu dapat terjangkit penyakit. Beberapa jenis penyakit yang disebabkan oleh lingkungan tidak sehat. Sakit perut (diare, disentri, kolera, typhus) penyebabnya adalah: minum air yang tidak dimasak; makan jajanan yang kurang bersih dengan tangan

yang kotor (tidak cuci tangan sebelum makan); buang air besar di sembarang tempat; menggunakan air yang kotor dan tidak sehat untuk keperluan sehari-hari; makanan tidak ditutup; memakan makanan yang telah dihindangi lalat; makanan dan minuman yang basi atau menggunakan zat pewarna berlebihan. Cacingan, penyebabnya adalah: a) makan dengan tangan yang kotor dan mungkin mengandung telur cacing; b) memakan makanan yang kurang masak atau lalapan yang tidak dicuci dengan bersih; c) makanan tidak ditutup, sehingga dihindangi lalat yang membawa telur cacing.

Pemberdayaan adalah proses pemberian informasi secara terus-menerus dan berkesinambungan mengikuti perkembangan sasaran, agar sasaran tersebut berubah dari tidak tahu menjadi tahu (aspek *knowledge*), dari tahu menjadi mau (aspek *attitude*), dan dari mau menjadi mampu melaksanakan perilaku yang diperkenalkan (aspek *practice*) (Notoatmojo, 2003). Sasaran utama pemberdayaan adalah individu dan keluarga, serta kelompok masyarakat. Dalam mengupayakan agar seseorang tahu dan sadar, kuncinya terletak pada keberhasilan membuat orang tersebut memahami bahwa sesuatu (misalnya diare) adalah masalah baginya dan bagi masyarakatnya. Sepanjang orang yang bersangkutan belum mengetahui dan belum menyadari bahwa sesuatu itu merupakan masalah, maka orang tersebut tidak akan bersedia menerima informasi apa pun lebih lanjut. Manakala ia telah menyadari masalah yang dihadapinya, maka kepadanya harus diberikan informasi umum lebih lanjut tentang masalah yang bersangkutan (Depkes RI, 2006).

Kebijakan nasional promosi kesehatan untuk mendukung upaya peningkatan perilaku sehat ditetapkan Visi Nasional Promosi Kesehatan sesuai Keputusan Menteri Kesehatan RI. No. 1193/MENKES/SK/X/2004 yaitu "*Perilaku Hidup Bersih dan Sehat 2010*" (PHBS 2010). Untuk melaksanakan program Promosi Kesehatan di daerah telah ditetapkan Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan di Daerah dengan Keputusan Menteri Kesehatan RI. No.1114/Menkes/SK/VIII/2005.

Dalam tatanan otonomi daerah, Visi Indonesia Sehat 2010 akan dapat dicapai apabila telah tercapai secara keseluruhan Kabupaten/Kota Sehat. Oleh karena itu, selain harus dikembangkan sistem kesehatan Kabupaten/Kota yang merupakan subsistem dari Sistem Kesehatan Nasional, harus

ditetapkan pula kegiatan minimal yang harus dilaksanakan oleh Kabupaten/Kota sesuai yang tercantum dalam Keputusan Menteri Kesehatan No. 1457/Menkes/SK/X/2004 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan Kabupaten/Kota. Standar Pelayanan Minimal Promosi Kesehatan yang merupakan acuan Kabupaten/Kota adalah Rumah Tangga Sehat (65%), ASI Eksklusif (80%), Desa dengan garam beryodium (90%) dan Posyandu Purnama (40%).

Upaya pengembangan program promosi kesehatan dan PHBS yang lebih terarah, terencana, terpadu dan berkesinambungan, dikembangkan melalui kabupaten/kota percontohan integrasi promosi kesehatan dengan sasaran utama adalah PHBS Tatanan Rumah Tangga (individu, keluarga, masyarakat) dan diharapkan akan berkembang ke arah Desa/Kelurahan, Kecamatan/Puskesmas dan Kabupaten/Kota sehat.

Penelitian yang dilakukan oleh Syafrizal (2002) menunjukkan bahwa faktor jumlah anggota keluarga, pengetahuan dan penyuluhan berhubungan dengan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) pada keluarga di Kabupaten Bungo tahun 2002. Sementara faktor pendidikan, pekerjaan, sikap, status ekonomi, sarana stimulan keterjangkauan terhadap sumber air bersih dan keluarga binaan tidak berhubungan dengan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) pada keluarga. Hasil analisis multivariat, ternyata pengetahuan yang paling erat hubungannya dengan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) pada keluarga, di mana ibu yang mempunyai pengetahuan tinggi tentang perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) berpeluang bagi keluarganya untuk berperilaku hidup bersih dan sehat sebesar 6,4 kali dibandingkan dengan pengetahuan rendah.

Pengetahuan masyarakat tentang PHBS perlu ditingkatkan melalui komunikasi yang dilakukan oleh petugas kesehatan. Perlu dilakukan pelatihan bagaimana cara komunikasi yang benar pada petugas kesehatan, sehingga pesan yang disampaikan dapat diterima dan diaplikasikan oleh masyarakat.

KESIMPULAN DAN SARAN

PHBS (5 indikator) keluarga ibu hamil dan ibu pernah hamil meningkat dari tahun 2007 ke 2010, tetapi masih kurang dari 50%. Sedangkan keluarga ibu hamil dan ibu pernah hamil yang melakukan

PHBS lebih tinggi di perkotaan. Bahkan untuk PHBS dengan 2 indikator (persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan, atau menimbang bayi dan balita), pada riskesdas 2010 di perkotaan mencapai 66,9%. Menurut tingkat ekonomi, rumah tangga ibu hamil dan ibu balita yang melakukan PHBS tertinggi ada pada kuintil lima. Untuk individu yang melakukan PHBS menurut jenis pekerjaan yang terbanyak adalah yang bekerja sebagai pegawai TNI atau Polri atau PNS atau BUMN. Bila dilihat dari sisi pendidikan, maka yang melakukan PHBS terbanyak adalah individu yang duduk di Perguruan Tinggi.

Sehingga disarankan perlunya promosi tentang PHBS pada keluarga ibu hamil dan ibu pernah hamil lebih ditingkatkan dan berkesinambungan. Di samping itu kualitas petugas kesehatan untuk melakukan promosi PHBS harus ditingkatkan dengan cara diikuti pelatihan cara berkomunikasi dengan benar dan berkualitas. Sedangkan pengetahuan keluarga ibu hamil dan ibu pernah hamil tentang PHBS perlu ditingkatkan begitu juga tingkat ekonomi dari keluarga ibu hamil. Metode untuk promosi PHBS sebaiknya disesuaikan dengan kemampuan keluarga ibu hamil dan ibu pernah hamil, sehingga mereka mengerti betul apa yang dimaksud dengan PHBS dan apa yang harus mereka lakukan. Selain itu juga perlu dimotivasi agar mereka mau dan mampu melakukan PHBS dengan benar. Bila mereka mengerti, maka mereka akan berusaha untuk melakukannya.

DAFTAR PUSTAKA

- Astuti, WD, dkk, 2010, Laporan Analisis Lanjut 2010, Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) Ibu Hamil Berdasarkan Faktor Sosio Ekonomi, Geografi dan Demografi di Indonesia, Puslitbang Sistem dan Kebijakan Kesehatan.
- Departemen Kesehatan RI, 2007. Buku Saku Rumah Tangga Sehat dengan PHBS, Pusat Promosi Kesehatan, Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI, 1994. Pedoman Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA). Ditjen Pembinaan Kesehatan Masyarakat Dir. Bina Kesga & Bantuan Bank Dunia IBRD Loan 3298 – IND. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI, 1998. Upaya Akselerasi Penurunan Angka Kematian Ibu, Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI, 2003. Survey Data Kesehatan Indonesia (SDKI), Jakarta.

- Departemen Kesehatan RI, 2009. Buku KESEHATAN Ibu dan Anak. Direktorat Kesehatan Keluarga. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI, 2008. Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar RISKESDAS Indonesia Tahun 2007, Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI, 2003. Keputusan Menteri Kesehatan RI nomor 1457/menkes/sk/x/2003, tentang standar pelayanan minimal bidang kesehatan di kabupaten/kota. <http://www.depkes.go.id/downloads/SKSPM.pdf>. diunduh tanggal 28 Pebruari 2011.
- Dinas Kesehatan Sulawesi Tengah, 2006. Panduan PHBS Bagi Petugas Puskesmas <http://dinkesprovsteng.wordpress.com/download/panduan-phbs-bagi-petugas-puskesmas/>. Makasar, Di adop 9-10-2010.
- Mansjoer, Triyanti K, Savitri R, Wardhani W, Setiowulan W, 2001. *Kapita Selekta Kedokteran, edisi ketiga*, Penerbit Media Aesculapius, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- PATH, 2003. Awal Sehat untuk Hidup Sehat. *Improving the Health of Newborn Indonesia*. Final Report. Tifa Buiding Jakarta.
- Puskesmas Keliling Blogging <Http://Www.10IndikatorPhbsTatananRumahTanggaPuskel.Com.Mht>
- Setiadi, 2008. Konsep dan Proses Keperawatan Keluarga. Edisi pertama, penerbit Graha Ilmu. Yogyakarta.
- Su'adah, 2005. Sosiologi Keluarga. Edisi pertama, penerbit UUM Press 2003, Universitas Muhammadiyah Malang.
- Syafrizal, 2002. Perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) dan faktor yang berhubungan dengannya pada keluarga di Kabupaten Bungo tahun 2002. Tesis. <http://www.lontar.ui.ac.id/opac/themes/libri2/detail.jsp?id=72161&lokasi=lokal>. Diunduh tanggal 5 Maret 2011.
- World Health Organization. 2000. WHO Report. Geneve.