

**PRAKTIK PERILAKU HIDUP BERSIH DAN SEHAT PADA
TATANAN RUMAH TANGGA DI DESA PAKULIKECAMATAN
GUMBASA KABUPATEN DONGGALA**

*THE PRACTICE OF CLEAN AND HEALTHY LIFE BEHAVIOR IN HOUSEHOLD
ORDER IN PAKULI VILLAGE OF GUMBASA DISTRICT,
DONGGALA REGENCY*

**FAUZAN
NO.STAMBUK : P1805206555**



**PROGRAM PASCA SARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2008**

**PRAKTIK PERILAKU HIDUP BERSIH DAN SEHAT PADA
TATANAN RUMAH TANGGA DI DESA PAKULI KECAMATAN
GUMBASA KABUPATEN DONGGALA**

Tesis
Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar Magister

Program Studi
Kesehatan Masyarakat

Disusun dan diajukan oleh

FAUZAN
NO.STAMBUK : P1805206555

Kepada

**PROGRAM PASCA SARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2008**

ABSTRAK

FAUZAN : Praktik Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat Pada Tatanan Rumah Tangga Pada Desa Pakuli Kecamatan Gumbasa Kabupaten Donggala.

Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat (PHBS) di rumah tangga adalah upaya memberdayakan anggota rumah tangga agar tahu, mau, dan mampu mempraktekan perilaku hidup bersih dan sehat serta berperan aktif dalam gerakan kesehatan di masyarakat. Adapun tujuan dari penelitian ini adalah untuk melakukan analisis secara mendalam terhadap konsistensi PHBS pada tatanan rumah tangga dari aspek: 1. pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, 2. ASI eksklusif, 3. penimbangan bayi dan balita, 4. mencuci tangan dengan air dan sabun, 5. menggunakan air bersih, 6. menggunakan jamban sehat, 7. rumah bebas jentik, 8. makan sayur dan buah setiap hari, 9. aktifitas fisik setiap hari, 10. tidak merokok dalam ruangan.

Metode dalam penelitian ini adalah desain mix, dengan teknik pengambilan sampel menggunakan Stanley Lemeshow.

Setelah penelitian didapatkan bahwa 1. pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan adalah 76,39%, 2. ASI eksklusif 76,28%, 3. Penimbangan balita setiap bulan 75,15%, 4. Penggunaan air bersih 31,90%, 5. mencuci tangan dengan air bersih dan sabun 24,50%, 6. penggunaan jamban 29,00%, 7. bebas jentik 59,30%, 8. makan sayur dan buah setiap hari 80,20%, 9. aktifitas fisik setiap hari 82,70%, 10. tidak merokok dalam ruangan 60,00%.

Dari hasil penelitian maka dapat disimpulkan bahwa konsistensi perilaku hidup bersih dan sehat pada tatanan rumah tangga dengan hasil baik pada aspek : 1. pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, 2. pemberian asi eksklusif, 3. penimbangan balita setiap bulan, 4. rumah tangga bebas jentik nyamuk. Sedangkan berdasarkan Gaya Hidup Sehat (GHS) yang baik yaitu pada aspek: 1. makan sayur dan buah setiap hari, 2. melakukan aktifitas fisik setiap hari, 3. tidak merokok dan atau merokok tidak dalam ruangan. Konsistensi PHBS pada tatanan rumah tangga dengan hasil kurang adalah pada aspek : 1. penggunaan air bersih, 2. cuci tangan dengan air bersih dan sabun, 3. penggunaan jamban sehat.

Dari kesimpulan diatas maka dapat disarankan sebagai berikut : 1. perlu adanya perbaikan terhadap kebiasaan masyarakat tentang perilaku buang air besar, agar masyarakat mau memanfaatkan jamban keluarga, peningkatan pemahaman masyarakat terhadap pentingnya penggunaan air bersih serta adanya perubahan perilaku mencuci tangan yang baik dan benar sesuai dengan indikator perilaku hidup bersih dan sehat, 2. perlu adanya penelitian lanjutan tentang strategi PHBS yang efektif untuk tatanan rumah tangga di pedesaan, 3. untuk instansi pemerintah sebaiknya meningkatkan upaya menciptakan lingkungan sosial (*sosial suport*).

Kata kunci : Praktik PHBS rumah tangga.

ABSTRACT

FAUZAN. *The Practice of Clean and Healthy Life Behavior in Household Order in Pakuli Village of Gumbasa District, Donggala Regency* (supervised by Ridwan M. Thaha and Muh. Syafar)

This research aims to analyze the consistency of clean and healthy life behavior in household order viewed from the aspects of (1) childbirth aid given by health officials, (2) giving exclusive mother's milk, (3) weighing baby and under five-year-old child, (4) cleaning hands with clean water and soap, (5) using purified water, (6) using proper toilet, (7) household being free from mosquito lava, (8) consuming vegetable and fruit every day, (9) doing physical activities every day, and (10) not smoking indoors.

This research used mix design in which the sample was selected using Stanley Lemeshow.

The results show that (1) childbirth aid given by health officials is 76,39 %, (2) giving exclusive mother's milk is 76,28 %, (3) weighing baby and under five-year-old child every month is 75,15 %, (4) using purified water is 31,90 %, (5) cleaning hand with clean water and soap is 24,50 %, (6) using proper toilet is 29,00 %, (7) household being free from mosquito lava is 59,30 %, (8) consuming vegetable and fruit every day is 80,20 %, (9) doing physical activities every day is 82,70 %, and (10) not smoking indoors is 60,00 %. Thus it is concluded that the consistency of clean and healthy life behavior in household order is good for (1) childbirth aid given by health officials, (2) giving exclusive mother's milk, (3) weighing under five-year-old child every month, and (4) household being free from mosquito lava. Meanwhile, based on healthy life style, the good aspects are (1) consuming vegetable and fruit every day, (2) doing physical activities every day, and (3) not smoking indoors. The consistency of clean and healthy life behavior in household order is low in the aspects of (1) using purified water, (2') cleaning hands with clean water and soap, and (3) using proper toilet.

Key words : The practice of clean and healthy life behavior in household

KATA PENGANTAR

Assalamu Alaikum Wr. Wb.

Puji dan syukur kehadiran Tuhan Yang maha Esa atas segala limpahan rahmat dan HidayahNya kepada kita semua terutama penulis atas selesainya penulisan tesis ini dan salawat kepada junjungan kita Nabi Besar Muhamad SAW, yang telah menanamkan kesabaran tawakal kepada umat manusia.

Proposal ini disadari oleh penulis masih banyak kekurangan dan kelemahan dalam penyajiannya, sehingga melalui prakata ini penulis dengan kerendahan hati akan membuka diri terhadap segala saran, kritikan yang sifatnya ilmiah dan membangun dalam rangka penyempurnaan lebih lanjut, penulis menyadari selama proses penyusunan tesis ini masih banyak aral dan hambatan yang penulis hadapi, namun atas bantuan dan bimbingan serta petunjuk, saran dan motivasi dari berbagai pihak, pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada bapak Dr. Ridwan M. Thaha, M.Sc selaku pembimbing I dan Dr.dr.muh Syafar, MS selaku pembimbing II yang dengan penuh keihlasan meluangkan waktu, tenaga dan pikirannya untuk memberikan bimbingan dan arahan kepada penulis.

Ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya penulis sampaikan pula kepada :

1. Prof. Dr.dr. A. Razak Thaha, M.Sc, selaku direktur pascasarjana beserta seluruh staf akademi maupun administrasi yang telah membantu dalam proses pendidikan.
2. Dr. Drg. A. Zulkifli Abdullah, MS selaku ketua program studi kesehatan masyarakat PPS Unhas
3. Prof. Dr. dr. H.M. Rusli ngatimin, MPH , Dr.dr. Burhanuddin Bahar, MS dan Dr. dr. Buraerah. H. Abd. Hakim, M. Sc. Selaku penguji.
4. Segenap dosen dan karyawan di lingkungan program Pascasarjana Unhas yang telah membantu dan memberikan bekal ilmu serta pengetahuan selama perkuliahan.
5. Bapak Bupati Kabupaten Donggala yang telah banyak memberikan bantuan moril dan materil selama mengikuti pendidikan.
6. Drg. Anita.B. Nurdin Selaku kepala dinas kesehatan Kabupaten Donggala dan Keluarga.
7. Bapak Kepala Badan kepegawaian Daerah Kabupaten Donggala yang telah membantu penulis selama mengikuti pendidikan.
8. Bapak wilayah kecamatan Gumbasa, Kepala Puskesmas Pandere dan bapak Desa Pakuli yang telah memberikan izin dan kesempatan kepada penulis untuk melaksanakan penelitian.
9. Ibu Direktur, teman-teman sesama dosen dan seluruh staf Akper Kabupaten Donggala, terutama Sofyan dan Herman yang telah banyak membantu penulis.
10. Rekan-rekan senasib dan sepenanggungan khususnya ibu tercinta ,drg.Ely, ibu Hapsah, ibu ketty, sobatku Lilik, devi, wayan sridani,leny, Betty, Obertin dan Arifudin yang begitu banyak membantu dan

menemani penulis selama menjalani tugas-tugas kuliah serta penyusunan tesis ini.

11. Paling spesial kepada Mama, suami terkasih dan adik-adikku yang selalu memberi dukungan moril dan materil, juga atas pengertian dan ketabahan anak-anak tersayang Ratih dan Adi serta yang selama dalam proses perkuliahan sampai selesai, pengasuhannya tidak maksimal, tiada kata yang dapat diungkapkan untuk memifestasikan rasa haruku atas semua yang diberikan serta doa dan harapan.

Tak lupa pula penulis memohon maaf yang sebesar-besarnya kepada semua pihak bila terdapat kesalahan dan kelalaian yang tidak berkenan dihati baik di sengaja maupun tidak. Akhirnya semoga tesis ini dapat memberikan manfaat bagi pembangunan kesehatan khususnya PHBS, dan dapat bermanfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan, agama, nusa dan bangsa.

Atas bantuannya tak lupa kami ucapkan terima kasih semoga amal ibadah dan keihlasan dalam beramal mendapat imbalan yang setimpal dari Allah SWT, Amin.

Makassar, Juni 2008

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
PRAKATA	iii
ABSTRAK	iv
DAFTAR ISI	v
DAFTAR INDEKS	vi
DAFTAR TABEL.....	vii
DAFTAR Gambar.....	viii
DAFTAR LAMPIRAN	ix
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	8
C. Tujuan Penelitian	9
D. Manfaat Penelitian	10
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Tinjauan Tentang Perilaku Hidup Bersih dan Sehat.....	12
B. Tinjauan Umum Tentang Konsep Perilaku	15
C. Tinjauan Umum Tentang Perilaku Kesehatan	18
D. Tinjauan Umum tentang Perubahan Perilaku	25
E. Tinjauan Umum Tentang Promosi Kesehatan	28
F. Kerangka Pikir dan Definisi Konsep.....	42
G. Kerangka Konsep Penelitian	44
BAB III METODE PENELITIAN	
A. Desain Penelitian, Populasi dan Sampel	45
B. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif.....	52
C. Pengolahan Data.....	56
D. Cara Analisa Data	58

BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	60
B. Hasil dan Pembahasan.....	61
1. Pertolongan Persalinan	61
2. Asi Eksklusif	64
3. Penimbangan balita Setiap Bulan	67
4. Penggunaan Air Bersih.....	70
5. Mencuci tangan Dengan Air Bersih Dan Sabun.....	72
6. Menggunakan jamban	75
7. Memberantas Jentik Nyamuk	78
8. Makan sayur dan bush setiap Hari.....	81
9. Melakukan aktifitas Fisik Setiap hari	85
10. Tidak Merok dalam Ruangan.....	87
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Kesimpulan	93
B. Saran	94
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN-LAMPIRAN	

DAFTARINDEKS

Bahasa Kaili adalah bahasa daerah yang tersebar dikabupaten Donggala propinsi Sulawesi Tengah dan digunakan oleh kebanyakan penduduk Kabupaten Donggala. Ciri khas bahasa ini adalah dialek disetiap Wilayah memiliki keunikan tersendiri, bahasa kaili terdiri dari beberapa dialek dan setiap dialek mempunyai variasi , dialek tersebut antara lain adalah : dialek Ledo, Rai, Ija, Inde, Da'a, Tara, Taa , Doi, Edo, dll.

Didaeah penelitian ini (Pakuli) , bahasa yang lazim digunakan oleh mayarakatnya adalah bahasa Ledo. Berikut ini adalah daftar indeks (Bahasa Kaili- Ledo).

Toru = Topi lebar yang terbuat dari anyaman daun nipa.

Kelor = sayur yag digemari oleh masyarakat Kaili.

Duo = Ikan halus yang dikeringkan.

Uta kelo= Sayur santan kelor.

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1 : Kerangka Pikir Peneliti	43
Gambar 2 : Kerangka Konsep Peneliti	44

DAFTAR TABEL

	Halaman
TABEL 1. Gambaran jumlah rumah tangga menurut pertolongan persalinan	62
TABEL 2. Gambaran jumlah rumah tangga menurut Pemberian ASI Eksklusif.....	65
TABEL 3. Gambaran jumlah rumah tangga menurut Penimbangan balita setiap bulan	68
TABEL 4. Gambaran jumlah rumah tangga menurut Penggunaan air bersih.....	70
TABEL 5. Gambaran jumlah rumah tangga menurut Cuci tangan dengan air bersih	73
TABEL 6. Gambaran jumlah rumah tangga menurut Penggunaan jamban sehat.....	76
TABEL 7. Gambaran jumlah rumah tangga menurut Bebas jentik	78
TABEL 8. Gambaran jumlah rumah tangga menurut Makan sayur dan bush setiap hari.....	81
TABEL 9. Gambaran jumlah rumah tangga menurut Aktifitas fisik setiap hari	84
TABEL 10. Gambaran jumlah rumah tangga menurut Merokok dalam ruangan	86

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Surat permohonan menjadi responden

Lampiran 2 : Surat pernyataan menjadi informan

Lampiran 3 : Identitas informan

Lampiran 4 : Data kualitatif hasil observasi

Lampiran 5 : Daftar pertanyaan PHBS

Lampiran 6 : Daftar khusus responden

Lampiran 7 : Variabel PHBS

Lampiran 8 : Matriks klasifikasi hasil wawancara

Lampiran 9 : Surat keterangan izin penelitian

Lampiran 10 : Surat keterangan telah meneliti

Daftar Indeks

Bahasa Kaili adalah bahasa daerah yang tersebar di kabupaten Donggala propinsi Sulawesi Tengah dan digunakan oleh kebanyakan penduduk Kabupaten Donggala. Ciri khas bahasa ini adalah dialek di setiap Wilayah memiliki keunikan tersendiri, bahasa kaili terdiri dari beberapa dialek dan setiap dialek mempunyai variasi, dialek tersebut antara lain adalah : dialek Ledo, Rai, Ija, Inde, Da'a, Tara, Taa, Doi, Edo, dll.

Di daerah penelitian ini (Pakuli), bahasa yang lazim digunakan oleh masyarakatnya adalah bahasa Ledo. Berikut ini adalah daftar indeks (Bahasa Kaili- Ledo).

Toru = Topi lebar yang terbuat dari anyaman daun nipa.

Kelor = sayur yang digemari oleh masyarakat Kaili.

Duo = Ikan halus yang dikeringkan.

Uta kelo = Sayur santan kelor.

Lampiran 1

Kepada Yth :
Bapak/Ibu/Sdr/sdri.
Di
Pakuli.

Dengan Hormat.

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : F a u z a n.
No. STBK : P. 1805206555.

Dalam rangka penyelesaian tugas akhir program pascasarjana promosi kesehatan FKM Unhas, saya bermaksud mengadakan penelitian dengan judul “ Praktik Perilaku Hidup bersih dan Sehat (PHBS) pada tatanan rumah tangga di Desa Pakuli Kecamatan Gumbasa Kabupaten Donggala Propinsi Sulawesi Tengah.

Untuk itu Kami mohon kesediaan bapak/ibu /saudara/saudari kiranya bersedia menjadi informan, dan tidak ada ancaman bagi bapak/ibu/saudara/saudari jika terjadi hal-hal yang merugikan maka diperbolehkan bagi bapak/ibu/saudara/saudai untuk tidak berpartisipasi dalam penelitian ini.

Atas perhatian bapak/ibu/saudara/saudari kami ucapkan terima kasih.

Hormat Saya.

Fauzan.

Lampiran

Surat Pernyataan

Yang bertanda tangan dibawah ini :

N a m a :
Inisial : (diisi oleh peneliti)
U m u r :
Jenis Kelamin :
Pekerjaan :
Pendidikan Akhir :

Bersedia menjadi Informan dalam penelitian “ Praktik Perilaku Hidup Bersih dan Sehat pada Tatanan Rumah Tangga di Desa Pakuli Kecamatan Gumbasa Kabupaten Donggala Propinsi Sulawesi Tengah dan ikut berpartisipasi dalam penelitian ini serta saya bersedia memberikan informasi yang berkaitan dengan penelitian tersebut.

Demikian Surat Pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Palu, 2008

Responden

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) di rumah tangga adalah upaya memberdayakan anggota rumah tangga agar tahu, mau dan mampu mempraktikkan perilaku hidup bersih dan sehat serta berperan aktif dalam gerakan kesehatan di masyarakat. PHBS di rumah tangga merupakan salah satu kewenangan wajib standar pelayanan minimal (KW-SPM) bidang kesehatan bagi pemerintah Kabupaten /kota sesuai peraturan pemerintah nomor 65 tahun 2005. (Dep Kes RI , Pusat promosi kesehatan, 2006)

Pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemampuan dan kemauan hidup sehat bagi setiap penduduk agar dapat mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya dengan perkataan lain bahwa masyarakat diharapkan mampu berperan sebagai pelaku dalam pembangunan kesehatan dalam menjaga memelihara dan meningkatkan derajat kesehatannya sendiri, serta berperan aktif dalam mewujudkan kesehatan masyarakat. (Depkes, RI 2006)

Memasuki milenium baru, Departemen kesehatan telah mencanangkan gerakan pembangunan berwawasan kesehatan, yang dilandasi paradigma sehat. Paradigma sehat adalah cara pandang, pola pikir atau model pembangunan kesehatan yang bersifat holistik, melihat

masalah kesehatan yang dipengaruhi oleh banyak faktor yang bersifat lintas sektor, dan upaya lebih diarahkan pada peningkatan, pemeliharaan dan perlindungan kesehatan. Secara makro paradigma sehat berarti semua sektor memberikan kontribusi positif bagi pengembangan perilaku dan lingkungan sehat, secara mikro berarti pembangunan kesehatan lebih menekankan upaya promotif dan preventif tanpa mengesampingkan upaya kuratif dan rehabilitatif. (Depkes, RI. 2002)

Berdasarkan paradigma sehat ditetapkan visi Indonesia sehat 2010, dimana ada 3 pilar yang perlu mendapat perhatian khusus, yaitu *lingkungan sehat, perilaku sehat dan pelayanan kesehatan yang bermutu, adil dan merata*. Untuk perilaku sehat bentuk kongkritnya yaitu perilaku proaktif memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah resiko terjadinya penyakit, melindungi diri dari ancaman penyakit serta berpartisipasi aktif dalam upaya kesehatan. (Depkes RI, Pusat promosi kesehatan 2003)

Dalam mewujudkan visi indonesia sehat 2010 telah ditetapkan misi pembangunan yaitu menggerakkan pembangunan nasional berwawasan kesehatan mendorong memandirikan masyarakat untuk hidup sehat memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau, serta memelihara dan meningkatkan kesehatan individu, keluarga dan masyarakat beserta lingkungan. (Depkes RI, Pusat Promosi kesehatan 2003).

Untuk melaksanakan misi pembangunan kesehatan diperlukan promosi kesehatan, hal ini disebabkan program promosi kesehatan berorientasi pada proses pemberdayaan masyarakat untuk berperilaku hidup bersih dan sehat melalui peningkatan, pemeliharaan dan perlindungan kesehatannya. Sesuai dengan yang ditekankan dalam paradigma sehat, dan salah satu pilar utama Indonesia Sehat 2010.

Seiring dengan cepatnya perkembangan era globalisasi, serta adanya transisi demografi dan epidemiologi penyakit, maka masalah penyakit akibat perilaku dan perubahan gaya hidup yang berkaitan dengan perilaku dan sosial budaya cenderung akan semakin kompleks. Perbaikannya tidak hanya dilakukan pada aspek pelayanan kesehatan, perbaikan pada lingkungan dan merekayasa kependudukan atau faktor keturunan, tetapi perlu memperhatikan faktor perilaku yang secara teoritis memiliki andil 30 – 35 % terhadap derajat kesehatan (Depkes RI, Pusat promosi kesehatan, 2002)

Mengingat dampak dari perilaku terhadap derajat kesehatan cukup besar, maka diperlukan berbagai upaya untuk mengubah perilaku yang tidak sehat menjadi sehat dan mendukung kegiatan perilaku masyarakat menuju pengamalan perilaku sehat, secara sederhana dengan motto “ mencari persamaan dan menghindari perbedaan “ (Ngatimin, H M Rusli 2003)

Sehat adalah hak asasi manusia dan merupakan investasi pembangunan karena tanpa manusia yang sehat pembangunan bidang

apapun tidak akan ada artinya. Oleh karena itu kesehatan perlu dipelihara, dilindungi, dan ditingkatkan kualitasnya melalui berbagai upaya yang dilakukan oleh semua pihak.

Untuk itu pada tanggal 1 maret 1999 Presiden Republik Indonesia telah mencanangkan pembangunan berwawasan sehat, yang artinya setiap sektor harus memperhatikan dampak pembangunan terhadap kesehatan.

Sesuai dengan konsep promosi kesehatan, individu dan masyarakat bukan hanya menjadi objek yang pasif (sasaran) tetapi juga subjek (pelaku). Dalam konsep tersebut masalah kesehatan bukan hanya menjadi urusan sektor kesehatan tetapi juga termasuk urusan swasta dan dunia usaha yang dilakukan dengan pendekatan kemitraan. Dengan demikian kesehatan adalah upaya dari, oleh dan untuk masyarakat yang diwujudkan sebagai gerakan perilaku Hidup Sehat dan Bersih (PHBS) (Depkes RI, Pusat Promosi Kesehatan, 2000).

PHBS adalah bentuk perwujudan paradigma sehat dalam budaya hidup perorangan, keluarga dan masyarakat yang berorientasi sehat, bertujuan untuk meningkatkan, memelihara dan melindungi kesehatannya baik fisik, mental spiritual maupun sosial.

Program PHBS adalah upaya memberikan pengalaman belajar atau menciptakan kondisi bagi perorangan, keluarga kelompok dan masyarakat dengan membuka jalur komunikasi, memberikan informasi dan melakukan edukasi untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, dan

perilaku melalui pendekatan pimpinan (*advokasi*), bina suasana (*sosial support*), dan pemberdayaan masyarakat (*empowerment*).

Hal ini dapat dilihat dengan pencapaian pemberian ASI eksklusif di Indonesia baru sebesar 14% saja itupun hanya sampai bayi barumur 4 bulan (gatra com 2006) jugaterlihat pada tingkat pemberian ASI secara eksklusif di Indonesia higa saat ini masih sangat rendah yakni 30 – 40 %.juga pada profil Kabupaten donggala terdapat 375 persalinan, 105 (26,9 %) diantaranya ditolong oleh tenaga kesehatan sisanya ditolong oleh tenaga non medis, begitu pula dengan beba jentik dimana meskipun prosentasi rumah dan bangunan yang bebas jentik semakin banyak namun angka tersebut masih dibawah angka yang diharapkan yaitu 95%, pada tahun 2007 angka bebas jentik di sulawesi tengah masih 86,6%.

Berdasarkan Indikator PHBS yang telah ditetapkan oleh pusat promosi Kesehatan Departemen Kesehatan Republik Indonesia diharapkan dapat dikembangkan indikator komposit yang merupakan bagian dari Indonesia Sehat 2010 dan standar pelayanan minimal (SPM) yang ditetapkan oleh Departemen Kesehatan Republik Indonesia.

Dalam tatanan otonomi daerah visi Indoensia Sehat 2010 akan dapat dicapai apabila tercapai kabupaten/ kota sehat, salah satu standar pelayanan minimal bidang kesehatan yang menjadi acuan adalah tercapainya rumah tangga sehat sebanyak 65%, upaya pengembangan PHBS yang lebih terarah, terencana, terpadu dan berkesinambungan dikembangkan melalui program PHBS pada tatanan rumah tangga yang

pada akhirnya akan bermuarah pada tercapainya desa sehat, kecamatan sehat, dan kabupaten sehat.

Program PHBS dilakukan pada lima tatanan diantaranya, tatanan rumah tangga, tatanan tempat kerja, tatanan tempat umum, tatanan institusi, dan tatanan sarana kesehatan.

PHBS di Tatanan Rumah Tangga merupakan hal yang sangat penting dalam peningkatan derajat kesehatan, hal ini disebabkan karena untuk mencapai masyarakat sehat setelah individu atau person terpelihara dengan baik, maka tahap berikutnya adalah bagaimana menjaga kesehatan pada tingkat keluarga untuk menuju kemandirian keluarga dalam mengatasi masalah-masalah kesehatannya.

Namun kondisi yang ada menunjukkan bahwa masalah kesehatan pada masyarakat masih pada posisi yang dominan bersifat kuratif dan rehabilitatif dengan asumsi sederhana bahwa masyarakat kita dalam prespektif kesehatannya masih menunjukkan indikator dalam aspek kesehatan yang masih tingginya angka kematian bayi (AKB), angka kematian ibu (AKI), dan gizi kurang pada status anak baru sekolah yang masih cukup tinggi, serta rendahnya perilaku hidup sehat masyarakat.

Dari data profil Sulawesi Tengah tahun 2006 menunjukkan bahwa angka kematian bayi (AKB) sebesar 148 per 1000 kelahiran hidup maka angka kematian bayi di Sulawesi Tengah masih cukup tinggi, sementara angka kematian ibu (AKI) masih 89 per 100.000 kelahiran hidup dibandingkan dengan target Indonesia Sehat 2010 yaitu hanya 150

per 100.000 kelahiran hidup. Hal ini menunjukkan bahwa PHBS pada tatanan rumah tangga belum diimplementasikan secara baik. AKB dan AKI merupakan salah satu indikator sehat sebagai hasil dari PHBS, dalam hal ini kesehatan ibu dan anak, pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan (nakes) serta pemberian air susu ibu (ASI) kepada bayi selama 6 bulan dapat menurunkan AKB dan AKI, hal ini menjadi indikator pertama dalam penilaian PHBS pada tatanan rumah tangga.

Berdasarkan Profil Propinsi Sulawesi Tengah Tahun 2006 didapatkan rumah sehat masih 60 % ini berarti masih dibawah target Indonesia Sehat 2010 yaitu 65 %

Berdasarkan data pengkajian PHBS pada tatanan rumah tangga tahun 2007 oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Donggala, secara kuantitatif sebanyak 210 jumlah rumah tangga yang dikaji, dengan hasil 45 rumah tangga yang ber PHBS atau 21,4 %.

Dari tinjauan hasil pengkajian PHBS pada tatanan rumah tangga di atas menunjukkan bahwa rumah tangga yang belum ber PHBS masih tinggi, sebagaimana berdasarkan indikator SPM seharusnya pada tahun 2007 rumah tangga sehat 44 % ini menunjukkan bahwa perilaku hidup bersih dan sehat pada tatanan rumah tangga masih rendah atau perlu mendapat perhatian.

B. Rumusan Masalah

Untuk melaksanakan misi pembangunan kesehatan diperlukan promosi kesehatan, hal ini disebabkan program promosi kesehatan berorientasi pada proses pemberdayaan masyarakat untuk berperilaku hidup bersih dan sehat, melalui peningkatan, pemeliharaan dan perlindungan kesehatannya. Hal ini sesuai dengan yang ditekankan dalam paradigma sehat, dan salah satu pilar utama Indonesia Sehat 2010.

Seiring dengan cepatnya perkembangan dalam era globalisasi, serta adanya transisi demografi dan epidemiologi penyakit, maka masalah penyakit akibat perilaku, dan perubahan gaya hidup yang berkaitan dengan perilaku. Mengingat dampak dari perilaku terhadap derajat kesehatan cukup besar, maka diperlukan berbagai upaya untuk mengubah perilaku yang tidak sehat menjadi sehat salah satunya melalui program PHBS.

Berdasarkan gambaran dari hasil pengkajian PHBS pada tatanan rumah tangga dari latar belakang di atas, maka PHBS pada tatanan rumah tangga di Kecamatan Gumbasa Kabupaten Donggala, dirumuskan sebagai berikut :

Bagaimana analisis praktek perilaku hidup bersih dan sehat pada tatanan rumah tangga di Desa Pakuli Kecamatan Gumbasa Kabupaten Donggala?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk melakukan analisis secara mendalam tentang pelaksanaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat pada tatanan rumah tangga.

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan analisis terhadap konsistensi perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) pada tatanan rumah tangga dari aspek pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan.
- b. Melakukan analisis terhadap konsistensi perilaku hidup bersih dan sehat pada tatanan rumah tangga dari aspek pemberian Asi eksklusif.
- c. Melakukan analisis terhadap konsistensi perilaku hidup bersih dan sehat pada tatanan rumah tangga dari aspek Penimbangan Bayi dan Balita
- d. Melakukan analisis terhadap konsistensi perilaku hidup bersih dan sehat pada tatanan rumah tangga dari aspek mencuci tangan dengan air dan sabun
- e. Melakukan analisis terhadap konsistensi perilaku hidup bersih dan sehat pada tatanan rumah tangga dari aspek menggunakan air bersih
- f. Melakukan analisis terhadap konsistensi perilaku hidup bersih dan sehat pada tatanan rumah tangga dari aspek menggunakan jamban sehat

- g. Melakukan analisis terhadap konsistensi perilaku hidup bersih dan sehat pada tatanan rumah tangga dari aspek rumah bebas jentik
- h. Melakukan analisis terhadap konsistensi perilaku hidup bersih dan sehat pada tatanan rumah tangga berdasarkan indikator gaya hidup sehat (GHS) dari aspek makan sayur dan buah-buahan
- i. Melakukan analisis terhadap konsistensi perilaku hidup bersih dan sehat pada tatanan rumah tangga berdasarkan Gaya Hidup sehat (GHS) dari aspek melakukan aktifitas fisik setiap hari.
- j. Melakukan analisis terhadap konsistensi perilaku hidup bersih dan sehat pada tatanan rumah tangga berdasarkan Gaya Hidup sehat dari aspek tidak merokok dalam rumah.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat ilmiah yang diharapkan dari penelitian ini akan dapat memperkaya wawasan ilmu pengetahuan dan sebagai rujukan bagi peneliti selanjutnya .
2. Manfaat praktis yaitu sebagai bahan masukan dan sumbangan pemikiran bagi institusi terkait dalam upaya mewujudkan individu atau masyarakat yang sehat.
3. Manfaat bagi peneliti adalah bahwa penelitian akan menambah pengalaman ilmiah dan berpikir kritis dalam menghadapi setiap

permasalahan, sehingga dapat diaplikasikan dalam menjalani kehidupan baik secara pribadi maupun dilingkungan sosial.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan tentang Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)

1. Pengertian Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)

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

Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) adalah wujud keberdayaan masyarakat yang sadar, mau dan mampu mempraktekan PHBS dalam 5 program yaitu KIA, gizi, Kesehatan lingkungan, gaya hidup dan dana sehat / JPKM.

2. Tujuan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat

Tujuan Perilaku Hidup bersih dan Sehat adalah untuk meningkatkan pengetahuan kesadaran, kemauan dan kemampuan masyarakat agar hidup bersih dan sehat, serta meningkatkan peranserta aktif masyarakat termasuk swasta dan dunia usaha, dalam mewujudkan derajat kesehatan yang optimal. rumah tangga di seluruh

Kabupaten /Kota di seluruh Indonesia.

3. Sasaran Perilaku Hidup Bersih dan Sehat

Sasaran PHBS secara umum adalah 5 (lima) tatanan yaitu : tatanan rumah tangga, tatanan tempat kerja, tatanan tempat-tempat umum, tatanan institusi pendidikan, dan tatanan sarana kesehatan.

Secara Khusus sasaran pembinaan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) pada tatanan institusi adalah : murid, guru, orang tua murid dan penjaga sekolah.

4. Indikator Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)

Mengacu pada pengertian perilaku hidup sehat, indikator ditetapkan berdasarkan area / wilayah :

a. Indikator Nasional

Ditetapkan 3 indikator yaitu :

- 1).Persentase penduduk tidak merokok
- 2).Persentase penduduk yang memakan sayur-sayuran dan buah buahan
- 3).Persentase penduduk melakukan aktifitas fisik/olah raga

b. Indikator Lokal Spesifik

Yaitu indikator Nasional ditambahkan lokal spesifik masingmasing daerah sesuai dengan situasi dan kondisi daerah.

Ada 16 indikator yang digunakan untuk mengukur perilaku sehat sebagai berikut :

- 1). Ibu hamil memeriksakan kehamilannya
- 2). Ibu melahirkan ditolong oleh tenaga kesehatan
- 3). Pasangan usia subur (PUS) memakai alat KB
- 4). Balita ditimbang
- 5). Penduduk sarapan pagi sebelum melakukan aktifitas
- 6). Bayi diimunisasi lengkap
- 7). Penduduk minum air bersih yang dimasak
- 8). Penduduk menggunakan jamban yang sehat
- 9). Penduduk menggosok gigi sebelum tidur
- 10). Penduduk mencuci tangan pakai sabun
- 11). Penduduk tidak menggunakan NAPZA
- 12). Penduduk mempunyai Askes/tabungan/uang/emas
- 13). Penduduk Wanita memeriksakan kesehatan secara berkala dengan SADARI (Pemeriksaan Payudara Sendiri)
- 14). Penduduk memeriksakan kesehatan secara berkala untuk mengukur hipertensi
- 15). Penduduk Wanita memeriksakan kesehatan secara berkala dengan Pap Smear
- 16). Perilaku Seksual dengan indikator lain yang diperlukan sesuai prioritas masalah kesehatan yang ada di daerah

tempat kerja, tatanan tempat umum, tatanan sekolah, tatanan sarana kesehatan.

1. Indikator tatanan Rumah Tangga

a) PHBS

- 1).Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan
- 2). Bayi diberi ASI eksklusif
- 3). Penimbangan Bayi dan Balita
- 4). Mencuci tangan dan air sabun.
- 5). Menggunakan Air Bersih.
- 6). Menggunakan jamban
- 7). Rumah bebas jentik

b) Gaya Hidup Sehat (GHS)

- 1) Makan sayur dan buah-buahan.
- 2) Melakukan aktifitas fisik setiap hari
- 3) Tidak merokok didalam rumah

B. Tinjauan Umum Tentang Konsep Perilaku

Perilaku merupakan totalitas penghayatan dan aktifitas, yang merupakan hasil akhir jalinan yang saling mempengaruhi antara berbagai macam gejala. Gejala itu muncul bersama-sama dan saling mempengaruhi. Oleh karena itu perilaku manusia selalu kompleks. Gejala-gejala jiwa yang saling mempengaruhi dalam bentuk perilaku manusia antara lain (Notoatmodjo. 2003).

1. Pengamatan

Pengamatan adalah pengenalan objek dengan cara melihat, mendengar, meraba, membau dan mengecap. Sedangkan melihat, mendengar, meraba, membau, dan mengecap itu sendiri disebut sebagai modalitas pengamatan.

2. Perhatian

Ada dua batas tentang perhatian yaitu :

- a. Perhatian adalah pemusatan energi psikis yang tertuju pada suatu objek.
- b. Perhatian adalah banyak sedikitnya kesadaran yang menyertai suatu aktivitas yang sedang dilakukan.

3. Tanggapan

Setelah melakukan pengamatan (melihat, mendengar, meraba, membau, dan sebagainya) maka akan terjadi gambaran yang tinggal dalam ingatan, gambaran yang tinggal inilah yang disebut tanggapan.

4. Fantasi

Fantasi adalah kemampuan untuk membentuk tanggapan tanggapan yang telah ada.

5. Ingatan

Ingatan adalah kemampuan untuk menerima, menyimpan, dan memproduksi kesan-kesan.

6. Berpikir

Berpikir adalah aktifitas yang sifatnya idealistis yang mempergunakan abstraksi-abstraksi (*ideas*).

7. Motif

Motif adalah suatu dorongan dari dalam diri seseorang yang menyebabkan orang tersebut melakukan kegiatan-kegiatan tertentu guna mencapai suatu tujuan.

Disisi lain perilaku dapat dibatasi sebagai keadaan jiwa (berpendapat, berpikir, bersikap, dan sebagainya). Untuk memberikan responsi terhadap situasi luar subyek tersebut. Respons ini dapat bersifat aktif (dengan tindakan atau action). Bentuk operasional dari perilaku ini dapat dikelompokkan menjadi 3 (tiga) jenis, yakni :

- a. Perilaku dalam bentuk pengetahuan, yakni dengan mengetahui situasi atau rangsangan dari luar.
- b. Perilaku dalam bentuk sikap, yakni tanggapan batin terhadap keadaan atau rangsangan dari luar diri subyek, sehingga alam itu sendiri akan mencetak perilaku manusia yang hidup didalamnya, sesuai dengan sifat dan keadaan alam tersebut. Hal ini akan terbukti dengan tindakan dan perilaku orang-orang yang lahir dikembangkan di desa yang masih primitive, dibandingkan dengan orang yang dilahirkan di daerah perkotaan yang sudah berbudaya tinggi. Lingkungan yang kedua adalah berupa keadaan masyarakat dan segala budinya masyarakat dimana manusia itu lahir dan

mengembangkan perilakunya. Oleh karena sedemikian rupa kuatnya pengaruh lingkungan itu terhadap individu/masyarakat, maka seolah-olah tercetaklah suatu kepribadian (*personality*) pada orang tersebut, sudah menjadi pola perilaku mereka. Itulah sebabnya bila kita akan mencoba mengubah perilaku, karena mungkin kurang baik, atau bertentangan dengan perkembangan jaman, akan mengalami kesulitan-kesulitan.

- c. Perilaku dalam bentuk tindakan yang sudah kongkrit, yang berupa perbuatan (*action*) terhadap situasi dan atau rangsangan dari luar.

C. Tinjauan Umum Tentang Perilaku Kesehatan

1. Perilaku Kesehatan

Perilaku kesehatan merupakan respon seseorang atau organisme terhadap stimulus atau obyek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, system pelayanan kesehatan, makanan, dan minuman, serta lingkungan. Dalam batasan ini perilaku kesehatan dapat diklasifikasi menjadi tiga kelompok, yaitu :

- a. Perilaku pemeliharaan kesehatan (*health maintenance*) adalah perilaku atau usaha-usaha seseorang untuk memelihara atau menjaga kesehatan agar tidak sakit dan usaha untuk penyembuhan bilamana sakit.
- b. Perilaku pencarian dan penggunaan system atau fasilitas pelayanan kesehatan, atau sering disebut perilaku pencarian,

pengobatan (*health seeking behavior*).

Perilaku ini adalah menyangkut upaya atau tindakan seseorang pada saat menderita penyakit dan atau kecelakaan. Tindakan atau perilaku ini dimulai dari mengobati sendiri (*self treatment*) sampai mencari pengobatan keluar negeri.

c. Perilaku kesehatan lingkungan

Adalah bagaimana seseorang merespon lingkungan, baik lingkungan fisik, maupun sosial budaya, dan sebagainya, sehingga lingkungan tersebut tidak mempengaruhi kesehatannya.

2. Perilaku Hidup Sehat

Becker (1979), memberikan pengertian terhadap perilaku hidup sehat sebagai perilaku-perilaku yang berkaitan dengan upaya atau kegiatan seseorang untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatannya, perilaku tersebut antara lain :

a. Makan dan Menu Seimbang

Menu seimbang disini adalah dalam arti kualitas (mengandung zat-zat gizi yang diperlukan oleh tubuh) dan kuantitas dalam arti jumlahnya cukup untuk memenuhi kebutuhan tubuh (tidak kurang, tetapi tidak juga lebih) secara kuantitas di Indonesia di kenal dengan empat sehat lima sempurna.

b. Olah Raga Teratur

Olah raga yang dimaksud adalah mencakup kualitas (gerakan), kuantitas dalam arti frekwensi dan waktu yang digunakan untuk

olahraga. Dengan sendirinya kedua aspek ini akan tergantung dari usia, dan status kesehatan yang bersangkutan.

c. Tidak Merokok

Merokok adalah kebiasaan jelek yang mengakibatkan berbagai macam penyakit. ironisnya kebiasaan merokok ini, khususnya di Indonesia seolah-olah sudah membudaya. Hampir 50% penduduk Indonesia usia dewasa merokok. Bahkan dari hasil suatu penelitian sekitar 15% remaja kita telah merokok. Inilah tantangan pendidikan kesehatan kita.

d. Tidak Minum-Minuman Keras dan Narkoba

Kebiasaan minum-minuman keras dan mengkonsumsi Narkoba, juga cenderung meningkat. Perilaku ini dialami oleh hampir semua kelompok usia tanpa mengenal status ekonomi.

e. Istirahat yang Cukup

Dengan meningkatnya kebutuhan hidup akibat tuntutan untuk penyesuaian dengan lingkungan modern, mengharuskan orang untuk bekerja keras dan berlebihan , sehingga kurang waktu istirahat. Hal ini juga dapat membahayakan kesehatan.

f. Mengendalikan Stres

Stres akan terjadi pada siapa saja dan akibatnya bermacam-macam bagi kesehatan. Kecenderungan stres akan meningkat pada setiap orang, stres kita dapat hindari, maka yang penting tidak menyebabkan gangguan kesehatan, kita harus dapat

mengendalikan atau mengolah stres dengan kegiatan yang positif

g. Perilaku yang Positif bagi Kesehatan

Perilaku atau gaya hidup lain yang positif bagi kesehatan, misalnya; tidak berganti-ganti pasangan dalam hubungan seksual, penyesuaian diri kita dengan lingkungan dan sebagainya.

Beberapa teori dan model perilaku kesehatan, diantaranya :

1) Model Kepercayaan Kesehatan (*health believe model*)

Untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang berperan dalam perilaku kesehatan menggunakan pendekatan Model Kepercayaan Kesehatan (*the health believe model*). Dalam perkembangannya model ini oleh Becker (1974), digunakan untuk mempelajari perilaku seseorang terhadap perilaku pencegahan penyakit dan kepatuhan (Notoatmodjo, 1990).

Model Kepercayaan Kesehatan menganggap bahwa perilaku kesehatan merupakan fungsi dari pengetahuan maupun sikap (Graeff, 1993). Secara khusus model ini menegaskan bahwa persepsi seseorang tentang kerentanan dan kemujaraban pengobatan dapat mempengaruhi keputusan seseorang dalam perilaku kesehatannya.

2) Precede/Proceed Model

Model ini mendasarkan diri pada model kepercayaan kesehatan dan sistem-sistem konseptual lain, namun model Precede merupakan "Model" sejati, yang lebih mengarah

kepada upaya-upaya pragmatic mengubah perilaku kesehatan dari pada sekedar upaya pengembangan teori. Green dan rekan-rekannya menganalisis kebutuhan kesehatan komunitas dengan cara menetapkan lima "Diagnosis" yang berbeda, yaitu : diagnosis sosial, diagnosis epidemiologi, diagnosis perilaku, diagnosis pendidikan, dan diagnosis administrasi/kebijakan.

Sesuai dengan prespektif perilaku, fase diagnosis pendidikan model precede memberi penekanan pada factor-factor "Predisposisi", "Pemberdayaan", dan "Penguatan". Dua factor utama berkaitan dengan anteseden dari suatu perilaku dan kebutuhan akan keterampilan bagi kinerja perilaku tersebut, sedangkan factor penguatan merupakan sinonim dari istilah konsekuen yang dipakai dalam analisis perilaku.

Disisi lain perilaku merupakan tindakan atau kegiatan yang dilakukan seseorang dan sekelompok orang untuk kepentingan atau pemenuhan kebutuhan tertentu berdasarkan pengetahuan, kepercayaan, nilai, dan norma kelompok yang bersangkutan. Sekalipun pada umumnya perilaku terbentuk dalam proses eculturasi dan sosialisasi, tidak jarang seseorang menunjukkan perilaku menyimpang. Hal yang sama berlaku juga dalam segi kehidupan kesehatan. Sehubungan dengan kesenjangan ini (antara perilaku ideal/normatife dengan perilaku menyimpang) ada dua dimensi yang perlu dikemukakan, yaitu

kebudayaan kesehatan dalam konteks kebudayaan suatu masyarakat, dan kebudayaan kesehatan formal dalam konteks professional biomedis atau kedokteran.

Beberapa penggolongan perilaku kesehatan (S. Kalanggie, Nico, 1994) diantaranya :

1) Perilaku sadar yang menguntungkan kesehatan

Golongan perilaku ini langsung berhubungan dengan kegiatan-kegiatan pencegahan penyakit serta penyembuhan dari penyakit yang dijalankan dengan sengaja atau dasar pengetahuan dan kepercayaan bagi diri yang bersangkutan, atau orang-orang lain atau suatu kelompok sosial. Sehubungan dengan ini, kebutuhan-kebutuhan pelayanan dan perawatan medis dipenuhi melalui fasilitas-fasilitas yang tersedia yang mencakup ;

- (1) sistem perawatan rumah tangga
- (2) sistem perawatan tradisional yang diberikan oleh prametra (pemraktek atau praktisi medistradisional) dan,
- (3) sistem perawatan formal (biomedis atau kedokteran).

2) Perilaku sadar yang merugikan kesehatan

Kenyataan umum menunjukan bahwa perilaku yang dijalankan secara sadar atau diketahui tetapi tidak menguntungkan kesehatan terdapat pula dikalangan orang yang berpendidikan atau professional, atau secara

umum pada masyarakat-masyarakat yang sudah maju. Kebiasaan merokok (terutama kalangan ibu hamil), pengabaian pola makanan sesuai dengan kondisi biomedis, ketidakteraturan dalam pemeriksaan kondisi kehamilan, alkohol, perkelahian, peperangan, hanya beberapa contoh dari sekian banyak jenis perilaku ini.

3) Perilaku tidak sadar yang merugikan kesehatan

Makin kurang pengetahuan kesehatan umum, makin besar kegiatan. Gejala ini tentu tidak tergolong kurang dikalangan anggota masyarakat yang berpendidikan kurang atau yang terisolasi dari arus-arus informasi. Golongan masalah ini paling banyak dipelajari, terutama karena penanggulangannya merupakan salah satu tujuan utama berbagai program pembangunan kesehatan masyarakat. Misalnya pencegahan penyakit dan promosi kesehatan kalangan pasangan usia subur, para ibu hamil, dan anak-anak balita pada berbagai masyarakat pedesaan dan lapisan sosial bawah di kota-kota.

4) Perilaku tidak sadar yang menguntungkan kesehatan

Golongan ini menunjukkan bahwa tanpa dasar pengetahuan manfaat biomedis umum yang terkait, seseorang atau sekelompok orang dapat menjalankan kegiatan-kegiatan tertentu yang secara langsung atau tidak langsung memberi

dampak positif terhadap derajat kesehatan mereka.

D. Tinjauan Umum Tentang Perubahan Perilaku

Beberapa Teori tentang perubahan perilaku memberikan asumsi yang berbeda. Hosland (1953) mengatakan bahwa perubahan perilaku pada hakikatnya adalah sama dengan proses belajar individu yang terdiri dari stimulus yang diberikan kepada organisasi dapat diterima atau ditolak, bila stimulus diterima artinya ada perhatian dan stimulus tersebut efektif, apabila stimulus telah mendapatkan perhatian maka selanjutnya organisme akan mengolah stimulus tersebut sampai terjadi kesiapan untuk bertindak, setelah bersikap maka akhirnya dengan dukungan fasilitas serta dorongan dari lingkungan maka stimulus tersebut mempunyai efek tindakan dari individu dan berarti telah terjadi perubahan perilaku.

Faktor penentu atau determinan perilaku manusia sulit untuk diatasi karena perilaku merupakan resultansi dari berbagai faktor, baik internal maupun eksternal (lingkungan). Pada garis besarnya perilaku manusia dapat dilihat dari tiga aspek yakni aspek fisik, psikis, dan social. Akan tetapi dari tiga aspek tersebut sulit untuk ditarik garis yang tegas dalam mempengaruhi perilaku manusia. Secara lebih terinci perilaku manusia sebenarnya merupakan refleksi dari berbagai gejala kejiwaan, seperti pengetahuan, keinginan, kehendak, minat, motivasi, persepsi, sikap, dan sebagainya.

Namun demikian pada realitasnya sulit dibedakan atau dideteksi gejala kejiwaan yang menentukan perilaku seseorang. Apabila ditelusuri lebih lanjut, gejala kejiwaan tersebut ditentukan atau dipengaruhi oleh berbagai faktor lain, diantaranya adalah faktor pengalaman, keyakinan, sarana fisik, sosio-budaya masyarakat, dan sebagainya sehingga proses terbentuknya perilaku ini dapat ditelusuri.

Hal yang terpenting dalam perilaku kesehatan adalah masalah pembentukan dan perubahan perilaku. Karena perubahan perilaku merupakan tujuan dari pendidikan atau penyuluhan kesehatan sebagai penunjang program-program kesehatan lainnya.

Bentuk perubahan perilaku sangat bervariasi, sesuai dengan konsep yang digunakan oleh para ahli dalam pemahamannya terhadap perilaku. Menurut WHO yang dikutip oleh Notoatmojo (2003), bentuk perubahan perilaku yang dikelompokkan dalam tiga kelompok, diantaranya:

1. Perubahan Alamiah (*Natural Change*)

Perilaku manusia selalu berubah. Sebagian perubahan itu disebabkan karena kejadian alamiah. Apabila dalam masyarakat sekitar terjadi suatu perubahan lingkungan fisik atau social budaya dan ekonomi, maka anggota-anggota masyarakat didalamnya juga akan mengalami perubahan.

2. Perubahan Terencana (*Planned Change*)

Perubahan perilaku ini karena memang direncanakan sendiri oleh subjek.

3. Kesiapan Untuk Berubah (*Readiness to Change*)

Apabila terjadi suatu inovasi atau program-program pembangunan dalam masyarakat, maka yang sering terjadi adalah sebagian orang sangat cepat untuk menerima inovasi atau perubahan tersebut (berubah perilakunya). Dan sebagian orang lagi sangat lambat untuk menerima inovasi atau perubahan tersebut. Hal ini disebabkan setiap orang mempunyai kesiapan untuk berubah yang berbeda-beda.

Di dalam program-program kesehatan, agar diperoleh perubahan perilaku yang sesuai dengan norma-norma kesehatan, sangat diperlukan usaha-usaha konkrit dan positif.

Beberapa strategi untuk memperoleh perubahan perilaku oleh WHO yang dikutip oleh Notoatmojo (2003), diantaranya :

1. Menggunakan kekuatan /kekuasaan atau dorongan

Dalam hal ini sehingga ia mau melakukan (berperilaku) seperti yang diharapkan. Cara ini dapat ditempuh misalnya dengan adanya peraturan-peraturan/ perundangan-undangan yang harus dipatuhi oleh anggota masyarakat.

2. Pemberian Informasi

Dengan memberikan informasi-informasi tentang cara-cara mencapai hidup sehat, cara pemeliharaan kesehatan, cara menghindari penyakit, dan sebagainya akan meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang hal tersebut.

3. Diskusi Partisipasi

Cara ini adalah sebagai peningkatan cara pemberian informasi tentang kesehatan tidak bersifat searah saja, tetapi dua arah. Artinya masyarakat tidak hanya pasif menerima informasi, tetapi juga harus aktif berpartisipasi melalui diskusi-diskusi tentang informasi yang diterimahnya.

E. Tinjauan Umum Tentang Promosi Kesehatan

Secara umum kesehatan dikelompokkan menjadi dua, yakni kesehatan individu dan kesehatan agregat (*kumpulan individu*) atau kesehatan masyarakat. Dari pengalaman-pengalaman praktek kesehatan masyarakat yang telah berjalan sampai abad ke-20, Winslow (1920) seorang ahli kesehatan masyarakat, membuat batasan yang sampai sekarang masih relevan, yakni : kesehatan masyarakat (*public health*) adalah ilmu dan seni mencegah penyakit, memperpanjang hidup, dan meningkatkan kesehatan melalui usaha - usaha pengorganisasian masyarakat untuk :

1. Perbaikan sanitasi lingkungan
2. Pembersihan penyakit-penyakit menular
3. Pendidikan untuk kebersihan perorangan (*personal hygiene*)
4. Pengorganisasian pelayan-pelayan medis dan perawatan untuk diagnosis dini dan pengobatan
5. Pengembangan rekayasa social untuk menjamin setiap orang terpenuhi kebutuhan hidup yang layak dalam memelihara

kesehatannya.

Kesehatan merupakan hasil interaksi berbagai faktor, baik faktor internal (dari dalam diri manusia) maupaun faktor eksternal (diluar diri manusia). Faktor internal ini terdiri dari faktor fisik dan psikis. Faktor eksternal terdiri dari berbagai faktor antara lain, faktor sosial, budaya masyarakat, lingkungan fisik, politik, ekonomi, pendidikan dan sebagainya.

Secara garis besar faktor - faktor yang mempengaruhi kesehatan baik individu, kelompok, maupun masyarakat, dikelompokan menjadi empat (Blum, 1974). Berdasarkan urutan besarnya (pengaruh) terhadap kesehatan tersebut adaah sebagai berikut :

1. Lingkungan yang mencakup lingkungan fisik, sosial, budaya, politik, ekonomi, dan sebagainya.
2. Perilaku
3. Pelayanan kesehatan
4. Hereditas (keturunan)

Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan masyarakat hendaknya juga dialamatkan kepada empat faktor tersebut. Dengan kata lain intervensi atau upaya kesehatan masyarakat juga dikelompokan menjadi empat, yakni intervensi terhadap faktor lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan, dan hereditas.

Apabila kita cermati peran kesehatan dalam empat yang mempengaruhi kesehatan, maka sebenarnya masing-masing faktor tersebut terkait dengan perilaku manusia, yakni : perilaku masyarakat

dalam menyikapi dan mengelola lingkungannya, perilaku masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya, perilaku masyarakat dan petugas kesehatan dalam menyikapi dan mengelola fasilitas atau pelayanan kesehatan, kesadaran, dan praktek hidup sehat dalam mewariskan status kesehatan bagi anak dan keturunannya.

Oleh sebab itu dalam rangka membina dan meningkatkan kesehatan masyarakat, maka intervensi atau upaya yang ditujukan kepada factor perilaku secara garis besar dapat dilakukan dalam dua upaya yang saling bertentangan (Notoatmodjo, 2003). Masing-masing upaya tersebut mempunyai kelebihan dan kekurangannya. Kedua upaya tersebut dilakukan melalui :

1. Tekanan (*enforcement*) adalah upaya agar masyarakat mengubah perilaku atau mengadopsi perilaku kesehatan dengan cara-cara tekanan, paksaan atau koersi (*coertion*). Upaya *enforcement* ini biasa dalam bentuk undang-undang atau peraturan-peraturan (*law enforcement*), instruksi-instruksi, tekanan-tekanan (fisik atau non fisik), sangsi-sangsi dan sebagainya.
2. Pendidikan (*education*) adalah upaya masyarakat berperilaku atau menghadapi perilaku kesehatan dengan cara persuasi, bujukan, himbauan, ajakan, memberikan informasi, memberikan kesadaran, dan sebagainya. Melalui kegiatan yang disebut pendidikan atau penyuluhan kesehatan.

Dalam rangka pembinaan dan peningkatan perilaku kesehatan

masyarakat, tampaknya pendekatan edukasi (pendidikan kesehatan) lebih tepat dibandingkan dengan pendekatan koersi. Dapat disimpulkan bahwa pendidikan kesehatan adalah suatu bentuk intervensi atau upaya yang ditujukan kepada perilaku, agar perilaku tersebut kondusif untuk kesehatan.

Selain upaya diatas, untuk memahami perilaku manusia serta menyiapkan upaya menegakan kesadaran arti hidup sehat bagi diri dan keluarga, diperlukan suatu "**alat**" pendekatan secara menyeluruh dan sederhana tetapi mudah dipahami dan diamalkan oleh setiap orang. Bahkan bila penyampaian pemahaman itu mampu menyentuh lubuk hati yang bersangkutan, dapat diharapkan yang bersangkutan sadar sepenuhnya akan tanggung jawabnya tentang nikmat hidup sehat dan meneruskannya kepada orang lain. Salah satu alat yang dimaksud yang tepat adalah pemanfaatan pendekatan melalui "DOA" atau *Disability Oriented Approach*. (Ngatimin, 2001 ; 2002).

Sebagai alat pendekatan dalam mencapai tujuan promosi kesehatan, "DOA" dapat dijabarkan sebagai berikut :

1. Sebagai "alat" untuk mendukung pengamalan perilaku sehat secara berkesinambungan sehingga "*the man behind the gun*" perlu disiapkan untuk mampu memahami dan menggunakan alat sebaik serta seefisien mungkin.
2. Sebagai "alat" yang kesuksesan pemakaiannya memerlukan dukungan "*man behind the gun*" yang tepat maka "*the man*" harus

memiliki kemampuan pendekatan yang komunikatif berdasar "inovasi, komunikasi, dan motivasi (ICM)" serta kemampuan mengemas materi penyuluhan berbasis "*medico-sosio-antropologik (MSA)*". Pada pelaksanaan "DOA" secara optimal selalu didukung komitmen bahwa hidup sehat mutlak merupakan "hak asasi manusia".

3. Sebagai "alat" DOA yang dijabarkan berbasis pengetahuan kedokteran dan kesehatan , "*the man*" harus mampu membawa masyarakat yakin bahwa disability adalah suatu yang tidak enak, meyakinkan, menyebarkan, merugikan, menyensasikan dan bahkan kehadirannya merupakan awal dari ancaman kematian.
4. Melalui penjabaran "DOA" disability harus dicegah dengan cara menghindarkan diri dari jatuh sakit karena mampu menjauhi pengalaman perilaku kesehatan yang buruk dan mencegah pengalaman perilaku berperan sebagai pemicu terjadinya gangguan keseimbangan "*agen host and environment*".
5. Melalui penjabaran "DOA" disepakati bahwa timbulnya penyakit karena "*agent*" dan arena pengalaman perilaku kesehatan.

Pendidikan kesehatan sebagai bagian atau cabang dari ilmu kesehatan, juga mempunyai 2 sisi, yakni ilmu dan seni. Dari sisi seni, adalah praktisi atau aplikasi, pendidikan kesehatan merupakan penunjang bagi program-program kesehatan lain. Artinya setiap program kesehatan misalnya pemberantasan

penyakit, perbaikan gizi masyarakat, sanitasi lingkungan, kesehatan ibu dan anak, program pelayanan kesehatan dan sebagainya, perlu ditunjang atau dibantu oleh pendidikan kesehatan. Hal ini esensial, karena masing-masing program tersebut mempunyai aspek perilaku masyarakat yang perlu dikondisikan dengan pendidikan kesehatan.

Kondisi yang ada untuk mewujudkan perilaku hidup sehat bagi masyarakat sangatlah susah diakibatkan oleh banyaknya hambatan, dari beberapa penelitian yang dilakukan ternyata meskipun kesadaran dan pengetahuan masyarakat sudah tinggi tentang kesehatan, namun praktek tentang kesehatan atau perilaku hidup sehat masyarakat masih rendah.

Oleh sebab itu WHO pada awal tahun 1980-an menyimpulkan bahwa pendidikan kesehatan tidak mampu mencapai tujuannya, apabila hanya memfokuskan pada upaya-upaya perilaku saja. Pendidikan kesehatan harus mencakup pula upaya perubahan lingkungan (fisik dan social budaya, politik, ekonomi, dan sebagainya) sebagai penunjang atau pendukung perubahan perilaku tersebut. Sebagai perwujudan dari konsep pendidikan kesehatan ini secara organisasi structural, maka pada tahun 1984, Devisi Pendidikan Kesehatan (*Health Education*) didalam WHO diubah menjadi Promosi dan Pendidikan Kesehatan (*Division on Health Promotion and Education*) serta pada awal

tahun 2000 Departemen Kesehatan RI baru dapat menyesuaikan konsep WHO ini dengan mengubah Pusat Penyuluhan Kesehatan Masyarakat (PKM) menjadi Direktorat Promosi Kesehatan, dan sekarang berubah menjadi Pusat Promosi Kesehatan.

Jadi dapat disimpulkan bahwa promosi kesehatan merupakan revitalisasi pendidikan kesehatan pada masa lalu. Promosi kesehatan bukan saja proses penyadaran masyarakat atau pemberian peningkatan pengetahuan masyarakat tentang kesehatan saja, tetapi juga disertai upaya-upaya memfasilitasi perubahan perilaku.

Green (1984), promosi kesehatan merupakan kombinasi pendidikan kesehatan, pelayanan kesehatan, sumberdaya organisasi dan upaya kesehatan lingkungan yang bertujuan untuk memunculkan perilaku yang menguntungkan kesehatan.

Berdasarkan *The World Health Organization Working Group* (1984), promosi kesehatan adalah proses pemungkin dari orang-orang untuk memperbaiki kesehatan mereka dengan memadukan pilihan pribadi dan tanggung jawab social.

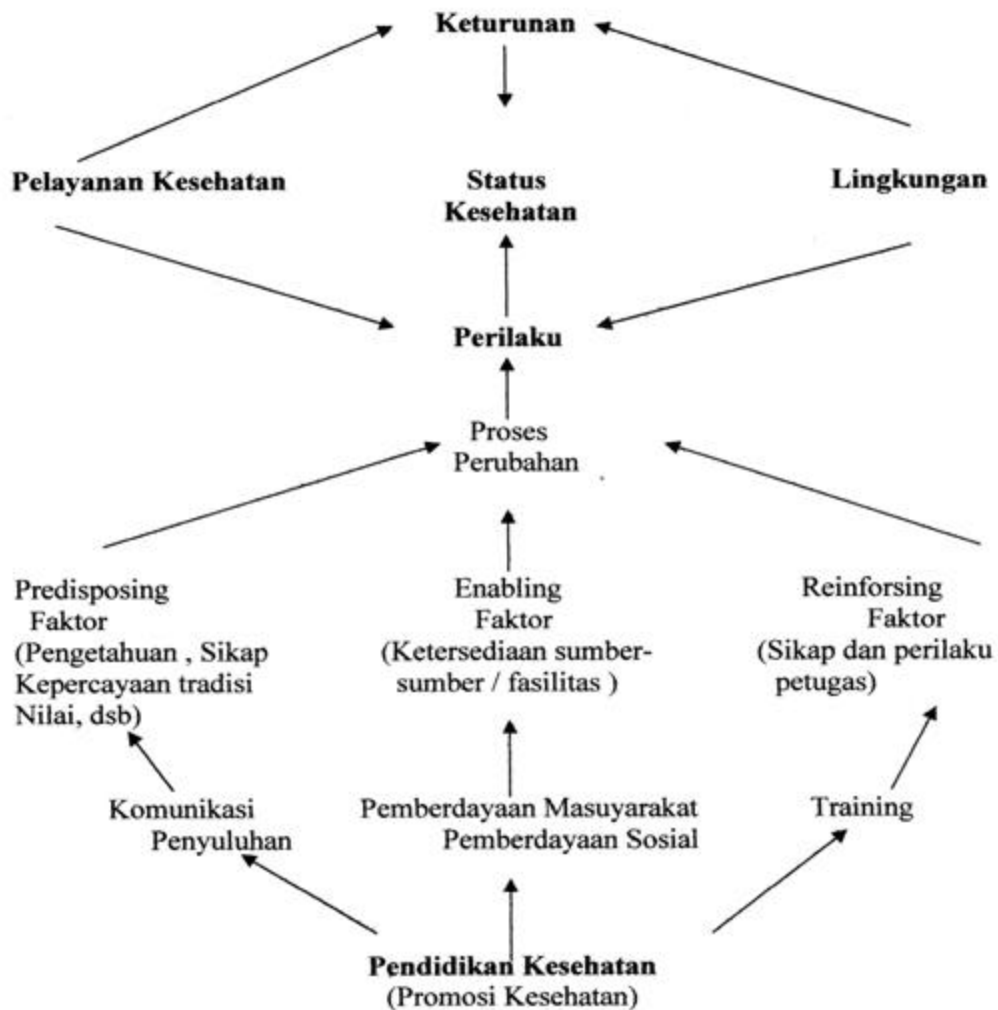
Ottawa Charter (1986), bahwa promosi kesehatan adalah proses memandirikan masyarakat agar dapat memelihara dan meningkatkan kesehatannya.

Minkler (1989), Health Promotion adalah kombinasi dari pendidikan kesehatan dan anjuran kesehatan. Kemudian,

pendidikan kesehatan sebagai kombinasi dari pendidikan kesehatan dan anjuran kesehatan. Kemudian, pendidikan kesehatan sebagai kombinasi pengalaman belajar yang dirancang demi penyesuaian sukarela dari perilaku yang kondusif bagi kesehatan (L.W. Green, 1980).

Pendidikan kesehatan pada hakekatnya adalah salah satu bentuk pemecahan masalah kesehatan masyarakat dengan menggunakan pendekatan pendidikan (educatif). Dengan kata lain, pendidikan kesehatan adalah mengupayakan agar perilaku individu, kelompok, atau, masyarakat mempunyai pengaruh positif terhadap pemeliharaan dan peningkatan kesehatan (Notoatmojo, 2003).

Untuk memberi wawasan spesifik menyangkut konsep umum yang digunakan untuk mendiagnosa perilaku adalah konsep dari Lawrence Green (1980) dengan model pendekatan PRECEDE (Predisposing, Reinforcing , and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Avaluation (Notoatmojo, Soekijo, 2003).



Hubungan Status Kesehatan, Perilaku, dan Pendidikan Kesehatan

Sumber : Buku Pendidikan dan Perilaku Kesehatan,(2003)

F. Strategi Promosi Kesehatan

Perilaku adalah sesuatu yang rumit. Perilaku tidak hanya menyangkut dimensi cultural yang berupa system nilai dan norma, melainkan juga dimensi ekonomi, yaitu hal-hal lain yang merupakan

pendukung perilaku. Perilaku seseorang memiliki acuan kepada system nilai dan norma yang dianutnya. Dengan kata lain, system nilai dan norma merupakan rambu-rambu bagi seseorang untuk melakukan atau tidak melakukan sesuatu. Sistem nilai dan norma "dibuat" oleh masyarakat untuk dianut oleh individu-individu anggota masyarakat tersebut.

Untuk system nilai dan norma yang sesuai dengan kaidah-kaidah kesehatan, promosi kesehatan ditujukan guna mengupayakan terpeliharanya sistem nilai dan norma tersebut. Sedangkan untuk system nilai dan norma yang tidak sesuai dengan kaidah-kaidah kesehatan, promosi kesehatan ditujukan guna mengubah system nilai dan norma tersebut melalui perubahan perilaku individu-individu anggota masyarakat.

Menyadari fakta-fakta tersebut diatas, maka promosi kesehatan diharapkan dapat melaksanakan strategi yang bersifat paripurna (komprehensif), khususnya dalam menciptakan perilaku baru. Kebijakan Nasional Promosi Kesehatan telah menentukan tiga strategi promosi kesehatan, yaitu (1) gerakan pemberdayaan, (2) bina suasana, dan (3) advokasi, yang diperkuat oleh kemitraan serta metode dan sarana komunikasi yang tepat. Ketiga strategi ini harus dilaksanakan secara lengkap dan berkesinambungan dalam "menggarap" setiap perilaku baru masyarakat yang diperlukan oleh program kesehatan.

1. Gerakan Pemberdayaan

Pemberdayaan adalah proses pemberian informasi secara terus-menerus dan berkesinambungan mengikuti perkembangan

sasaran, serta proses membantu sasaran, agar sasaran tersebut berubah dari tidak tahu menjadi tahu atau sadar (*aspek knowledge*), dari tau menjadi mau (*aspek attitude*), dan dari mau menjadi mampu melaksanakan perilaku yang diperkenalkan (*aspek practice*). Sasaran utama dari pemberdayaan adalah individu dan keluarga, serta kelompok masyarakat.

Pemberdayaan akan lebih berhasil jika dilaksanakan melalui kemitraan serta menggunakan metode dan tehnik yang tepat. Pada saat ini banyak dijumpai lembaga-lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) yang bergerak dibidang kesehatan atau peduli terhadap kesehatan. LSM ini harus digalang kerjasamanya, baik diantara mereka maupun antara mereka dengan pemerintah, agar upaya pemberdayaan masyarakat dapat berdaya guna dan berhasil guna. Setelah itu, sesuai dengan ciri-ciri sasaran serta situasi dan kondisi, lalu ditetapkan, diadakan, dan digunakanlah metode dan sarana komunikasi yang tepat.

2. Bina Suasana

Bina suasana adalah upaya menciptakan opini atau lingkungan sosial yang mendorong individu anggota masyarakat untuk mau melakukan perilaku yang diperkenalkan. Seseorang akan terdorong untuk mau melakukan sesuatu apabila lingkungan social dimana pun ia berada (keluarga di rumah, orang-orang yang menjadi panutan/idolanya, kelompok arisan, majelis agama, dan lain-lain, dan

bahkan masyarakat umum) memiliki opini yang positif terhadap perilaku tersebut. Oleh karena itu, untuk mendukung proses pemberdayaan masyarakat, khususnya dalam upaya mengajak para individu meningkat dari fase tahu ke fase mau, perlu dilakukan bina suasana.

Ada tiga pendekatan dalam bina suasana yaitu :

a. Bina Suasana Individu

Bina suasana individu ditujukan kepada individu-individu tokoh masyarakat. Dengan pendekatan ini diharapkan akan menyebarkan opini yang positif terhadap perilaku yang sedang diperkenalkan. Disamping itu, mereka juga diharapkan dapat menjadi individu-individu panutan dalam hal perilaku yang sedang diperkenalkan. Lebih lanjut bahkan dapat diupayakan agar mereka bersedia menjadi kader dan turut menyebarkan informasi guna menciptakan suasana yang kondusif bagi perubahan perilaku individu.

b. Bina Suasana Kelompok

Bina suasana kelompok ditujukan kepada kelompok-kelompok dalam masyarakat, seperti rukun tetangga (RT), pengurus rukun warga (RW), majelis pengajian, perkumpulan seni, organisasi profesi, organisasi wanita, organisasi siswa/mahasiswa, organisasi pemuda, dan lain-lain. Pendekatan ini dapat dilakukan oleh dan atau bersama-sama dengan pemuka/tokoh masyarakat

yang telah peduli. Dengan pendekatan ini diharapkan kelompok-kelompok tersebut lalu bersedia juga mempraktikkan perilaku yang sedang diperkenalkan, mengadvokasi pihak-pihak yang terkait, dan atau melakukan kontrol sosial terhadap individu-individu anggotanya.

c. Bina Suasana Masyarakat

Bina suasana masyarakat umum dilakukan terhadap masyarakat umum dengan membina dan memanfaatkan media-media komunikasi, seperti radio, televisi, koran, majalah, situs internet, dan lain-lain, sehingga dapat tercipta pendapat umum. Dengan pendekatan ini diharapkan media-media massa tersebut menjadi peduli dan mendukung perilaku yang sedang diperkenalkan. Dengan demikian, maka media-media massa tersebut lalu bersedia menjadi mitra dalam rangka menyebarluaskan informasi tentang perilaku yang sedang diperkenalkan dan menciptakan pendapat umum (opini publik) yang positif tentang perilaku tersebut. Suasana atau pendapat umum yang positif ini akan dirasakan pula sebagai pendukung atau "penekan" (*sosial pressure*) oleh individu-individu anggota masyarakat, sehingga akhirnya mereka mau melaksanakan perilaku yang sedang diperkenalkan.

3. Advokasi

Advokasi adalah upaya atau proses yang strategis dan

terencana untuk mendapatkan komitmen dan dukungan dari pihak-pihak yang terkait (stakeholders). Berbeda dengan bina suasana, advokasi diarahkan untuk menghasilkan dukungan yang berupa kebijakan (misalnya dalam bentuk peraturan perundang-undangan), dana, sarana, dan lain-lain sejenis. Stakeholders yang dimaksud bias berupa tokoh masyarakat formal yang umumnya berperan sebagai penentu kebijakan pemerintahan dan penyandang dana pemerintah. Juga dapat berupa tokoh-tokoh masyarakat informal seperti tokoh agama, tokoh adat, dan lain-lain umumnya dapat berperan sebagai penentu "kebijakan" (tidak tertulis) dibidangnya. Yang juga tidak boleh dilupakan adalah tokoh-tokoh dunia usaha, yang diharapkan dapat berperan sebagai penyandang dana non pemerintah.

Perlu disadari bahwa komitmen dan dukungan yang diupayakan melalui advokasi jarang diperoleh dalam waktu singkat. Pada diri sasaran advokasi umumnya berlangsung tahap-tahapan, yaitu

- a. Mengetahui atau menyadari adanya masalah,
- b. Tertarik untuk ikut mengatasi masalah,
- c. Peduli terhadap pemecahan masalah dengan mempertimbangkan berbagai alternative pemecahan masalah,
- d. Sepakat untuk memecahkan masalah dengan memilih salah satu alternative pemecahan masalah, dan
- e. Memutuskan tindak lanjut kesepakatan. Dengan demikian, maka

advokasi harus dilakukan secara terencana, cermat, dan tepat.

Bahan-bahan advokasi harus disiapkan dengan matang, yaitu :

- 1) Sesuai minat dan perhatian sasaran advokasi
- 2) Memuat rumusan masalah dan alternative pemecahan masalah
- 3) Memuat peran si sasaran dalam pemecahan masalah
- 4) Berdasarkan kepada fakta atau *evidence-based*
- 5) Dikemas secara menarik dan jelas
- 6) Sesuai dengan waktu yang tersedia.

G. Kerangka Pikir dan Defenisi Konsep

1. Kerangka Pikir

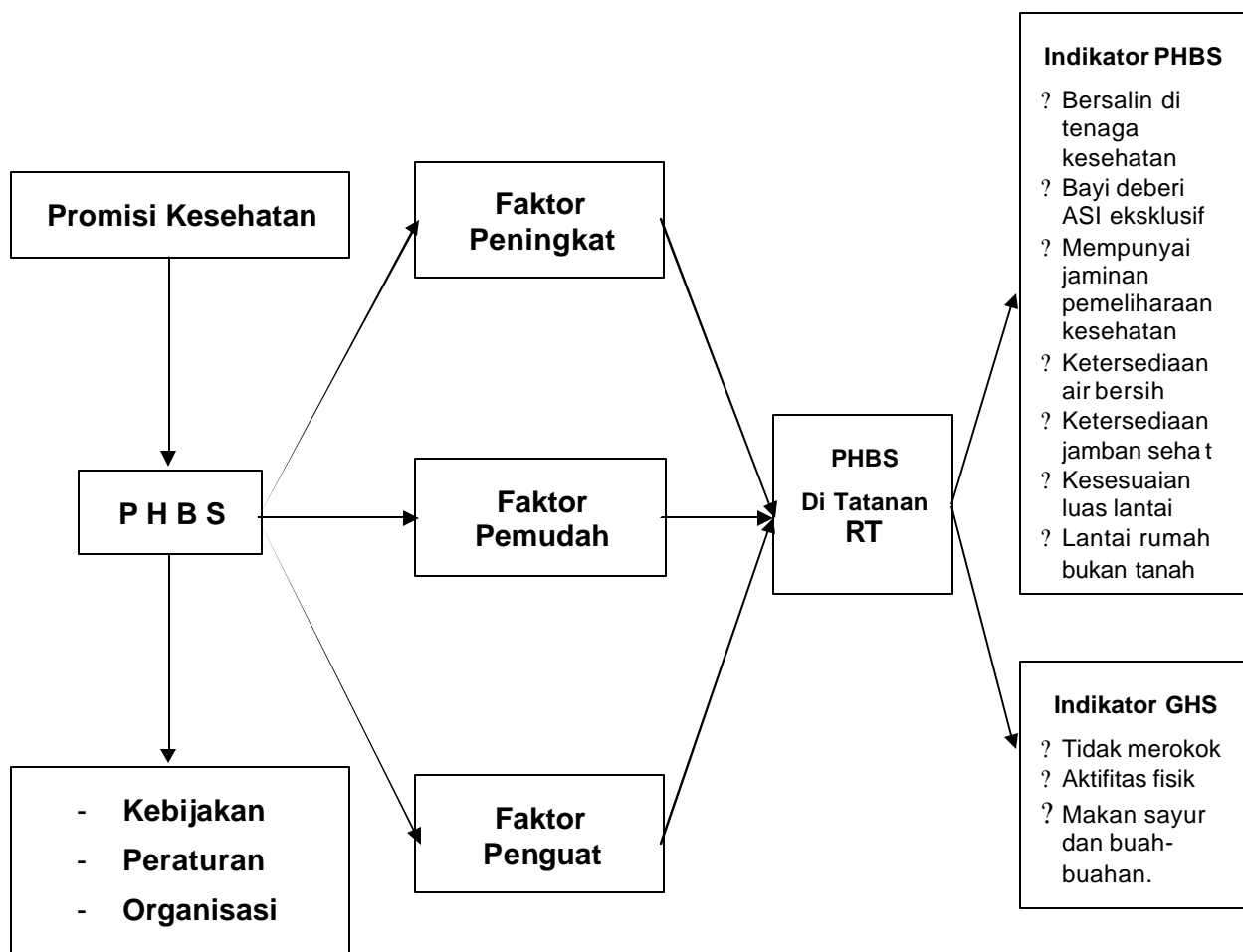
Penelitian ini mengemukakan aspek kualitas informasi dengan mengutamakan kealamian dan keprilakuan masyarakat dalam penerimaan program Perilaku Hidup Bersih dan Sehat pada Tatanan rumah tangga meliputi :

- a. Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan
- b. Bayi di beri ASI eksklusif.
- c. Penimbangan bayi dan balita.
- d. Mencuci tangan dengan air sabun
- e. Menggunakan air bersih.
- f. Menggunakan jamban sehat
- g. Rumah bebas jentik

- h. Makan sayur dan buah-buahan.
- i. Melakukan aktifitas fisik setiap hari
- j. Tidak merokok didalam rumah.

Kerangka pikir dapat digambarkan sebagai berikut :

Kerangka Pikir



G.Kerangka konsep penelitian

Kerangka konsep penelitian ini dapat digambarkan sebagai berikut :

