



**HUBUNGAN ANTARA KARAKTERISTIK MASYARAKAT
DENGAN STATUS KESEHATAN RUMAH
(STUDI PADA MASYARAKAT DI DUSUN BANDEALIT, DESA
ANDONGREJO, KECAMATAN TEMPUREJO, KABUPATEN JEMBER)**

SKRIPSI

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Studi Kesehatan Masyarakat (S1) dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Asal :	Hadiah	Klass
	Pembelian	618.1.
Terima Tgl :	12 MAR 2007	MGC
No. Induk :		h
Pengkatalog :		
Oleh :		

**NUNGKI YULIANA DWI MELINDA
NIM. 022110101042**

**PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2007**

LEMBAR PERSETUJUAN
Karya Tulis Ilmiah
(SKRIPSI)

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Guna Mencapai Gelar
Sarjana Kesehatan Masyarakat Pada Program Studi Kesehatan Masyarakat
Universitas Jember

Oleh :
NUNGKI YULIANA DWI MELINDA
NIM 022110101042

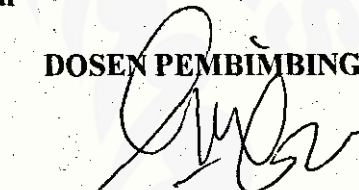
Menyetujui

DOSEN PEMBIMBING I



Elfian Zulkarnain, S.KM., M.Kes
NIP 132 296 983

DOSEN PEMBIMBING II



Anita Dewi M., S.KM
NIP 132 310 223

Mengetahui

PJS KEPALA BAGIAN KESEHATAN LINGKUNGAN
DAN KESEHATAN KERJA



Khoiron, S.KM
NIP 132 309 814

PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2007

PENGESAHAN SKRIPSI

Skrripsi ini telah disahkan oleh Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Jember :

Pada

Hari : Rabu

Tanggal : 28 Pebruari 2007

Tempat : Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

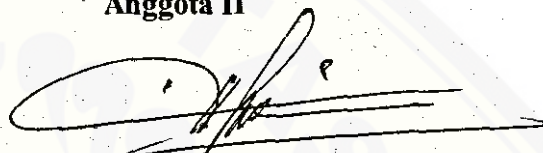
TIM PENGUJI :

Anggota I



Elfian Zulkarnain, S.KM, M.Kes
NIP 132 296 983

Anggota II



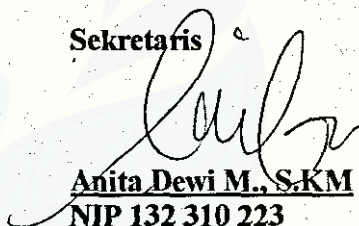
Drs. Hadi Prayitno, M.Kes
NIP 131 759 537

Ketua



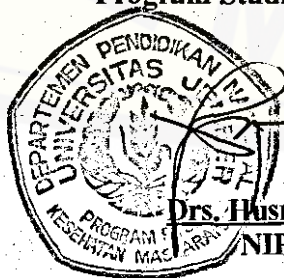
Drs. Thohirun, MS, MA
NIP. 131 601 513

Sekretaris



Anita Dewi M., S.KM
NIP 132 310 223

Mengesahkan
Program Studi Kesehatan Masyarakat
Ketua,



Drs. Husni Abdul Gani, MS
NIP 131 274 728

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Nungki Yuliana Dwi Melinda

NIM : 022110101042

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul **“HUBUNGAN ANTARA KARAKTERISTIK MASYARAKAT DENGAN STATUS KESEHATAN RUMAH (Studi Pada Masyarakat di Dusun Bandalit, Desa Andongrejo, Kecamatan Tempurejo, Kabupaten Jember)”** adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya, dan belum pernah diajukan pada institusi manapun serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata dikemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, Pebruari 2007
Yang menyatakan,

NUNGKI YULIANA D.M
NIM 022110101042

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, karena atas karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan Skripsi dengan judul "*HUBUNGAN ANTARA KARAKTERISTIK MASYARAKAT DENGAN STATUS KESEHATAN RUMAH (Studi Pada Masyarakat di Dusun Bandalit, Desa Andongrejo, Kecamatan Tempurejo, Kabupaten Jember)*" sebagai salah satu syarat memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat (S.KM) Bagian Kesehatan Lingkungan dan Kesehatan Kerja.

Dalam skripsi ini diuraikan bagaimana penulis melakukan penelitian mengenai apakah ada hubungan antara karakteristik masyarakat dengan status rumah masyarakat di Dusun Bandalit, Desa Andongrejo, Kecamatan Tempurejo, Kabupaten Jember.

Penulis menyadari bahwa penulisan ini tidak dapat terselesaikan dengan baik tanpa bantuan dan sumbangan pemikiran dari berbagai pihak. Pada kesempatan ini penulis menyampaikan terimakasih dan penghargaan yang tak terhingga kepada Elfian Zulkarnain, S.KM., M.Kes dan Anita Dewi Moelyaningrum, S.KM, selaku dosen pembimbing yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi sehingga skripsi ini dapat terselesaikan dengan baik.

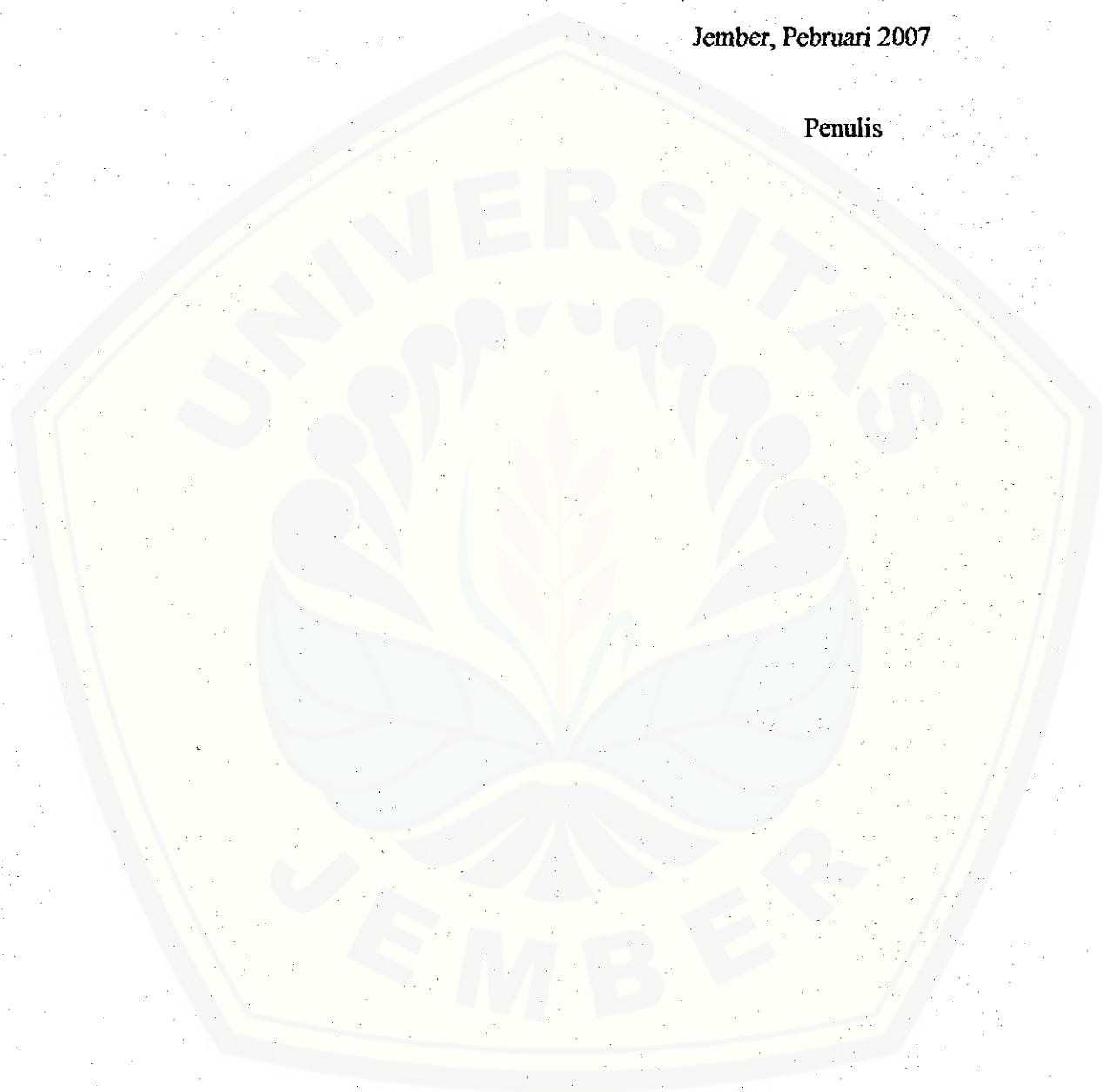
Terimakasih dan penghargaan penulis sampaikan pula kepada yang terhormat:

1. Bapak Drs. Husni Abdul Ghani M.S, selaku Ketua Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
2. Bapak Nuryadi, S.KM, M.Kes, selaku Sekretaris I.
3. Ibu Rahayu Sri Pujiati, S.KM, M.Kes., selaku Kepala Bagian Kesehatan Lingkungan dan Kesehatan Kerja, dan Bapak Khoiron, S.KM, selaku PJS Kepala Bagian Kesehatan Lingkungan dan Kesehatan Kerja.
4. Papa Hadi Sambodo tercinta, yang banyak memberikan pengorbanan segalanya; materi, waktu, doa, dan dukungan. Maaf.... Nungki mungkin sedikit ngecewain tapi nungki sudah berusaha melakukan yang terbaik.
5. Mama Anny tercinta, terimakasih mama, sudah mau repot dan susah demi nungki, maaf bikin mama kecewa karena ga bisa lulus tepat waktu.
6. Kakakku tersayang, Alm. Mas Deni "Ade" Septin Widyananta
7. Dua adikku tercinta, Debby Septa P. dan Eliza Destyfani Haditya Putri.
8. My Best Friend that I ever Have, Rina Komala (*Thanks for all the support*) dan Angga Fambayun (*Thanks for everything*).
9. Nenek dan Saudara-saudaraku : Mbak Manda, Puput & Dina "Kembang" Rosyanti (terima kasih atas dukungan dan doanya).
10. All of My Friends : Ovik, Wieta, Vivin, Ike, dan Litul.
11. Adith, terima kasih atas bantuannya waktu sidang skripsi (*Thanks a lot*) dan buat teman-teman angkatan 2002 yang telah memberi dorongan semangat dalam penyelesaian skripsi ini.
12. Almamaterku tercinta Universitas Jember dan semua pihak yang telah membantu dalam penyelesaian skripsi ini yang tidak dapat disebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa masih banyak kekurangan dan jauh dari kesempurnaan. Namun, penulis berharap semoga karya tulis ini dapat bermanfaat bagi pembaca. Apabila ada penulisan yang kurang berkenan bagi pembaca baik yang disengaja maupun tidak disengaja penulis mohon maaf yang sebesar-besarnya. Atas perhatian serta dukungannya penulis ucapkan terimakasih.

Jember, Pebruari 2007

Penulis



ABSTRAC

House is a place to grow and expand either body, social, and spiritually. The purpose of this research is to know the relation between society characteristic, including: level of education, knowledge, income, and amount of family member, with health status of house in Orchard of Bandalit.

The type of this research that conducted is analytical survey using cross sectional approach. Data collecting by interview using questionnaire to 79 family head as well as passing direct observation to house by using house card. The subject are taken from the population through proportional random sampling. Independent variables of this research are level of education, knowledge, income, and amount of family member, while dependent variable is health status of house.

Technical of analysis use chi square test to determine what is whether there is a relationship among both variables or not. Result of research indicate that is relationship between level education and health status of house (significantly, $p=0.037$), mount family income and health status of house (significantly, $p=0.0001$), but there no relationship between level of knowledge and health status of house ($p=0.587$), amount of family member and health status of house ($p=1.00$) The conclusion is there is relationship between society characteristic and health status of house evaluated from education factor and income, but do not with knowledge factor and amount of family member. Therefore, local government require to accomplishment of requirement of competent housing, peaceful, and reached to impecunious society and lower income.

Keywords : *society characteristic, house card, health status of house.*

ABSTRAK

Rumah adalah tempat untuk tumbuh dan berkembang baik secara jasmani, rohani dan sosial. Penelitian ini bertujuan mengetahui hubungan antara karakteristik masyarakat dengan status kesehatan rumah di Dusun Bandalit.

Jenis penelitian yang dilakukan adalah survei analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara dengan menggunakan kuesioner terhadap 79 kepala keluarga dan juga melalui observasi langsung terhadap rumah dengan menggunakan kartu rumah. Subjek ditarik dari populasi dengan cara *proportional random sampling*. Variabel bebas penelitian adalah tingkat pendidikan, pengetahuan, pendapatan, dan jumlah anggota keluarga, sedangkan variabel terikat pada penelitian ini adalah status rumah.

Teknis analisis menggunakan uji *chi square* untuk menentukan apakah ada hubungan antara kedua variabel. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan status rumah masyarakat ($p=0,037$), tingkat pendapatan keluarga dengan status rumah ($p=0,0001$), namun tidak ada hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan dengan status rumah ($p=0,587$), dan jumlah anggota keluarga dengan status rumah ($p=1,00$).

Kesimpulan yang dapat ditarik adalah ada hubungan antara karakteristik masyarakat dengan status kesehatan rumah ditinjau dari faktor pendidikan dan pendapatan, namun tidak dengan faktor pengetahuan dan jumlah anggota keluarga, untuk itu pemerintah daerah perlu melakukan pemenuhan kebutuhan perumahan yang layak, aman, dan terjangkau dengan menitikberatkan kepada masyarakat miskin dan berpendapatan rendah.

Kata kunci : karakteristik masyarakat, kartu rumah, status kesehatan rumah.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
HALAMAN PERNYATAAN	iv
KATA PENGANTAR	v
<i>ABSTRACT</i>	vii
ABSTRAK	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB 1. PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Identifikasi Masalah	3
1.3 Rumusan Masalah	4
1.4 Tujuan Penelitian	4
1.4.1 Tujuan Umum	4
1.4.2 Tujuan Khusus	4
1.5 Manfaat Penelitian	5
1.5.1 Bagi Mahasiswa	5
1.5.2 Bagi Masyarakat	5
1.5.3 Bagi Instansi Terkait	5
1.5.4 Bagi Program Studi Kesehatan Masyarakat	5
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Rumah	6
2.1.1 Pengertian Rumah	6
2.1.2 Arti Rumah Bagi Manusia	7

2.2	Rumah Sehat	7
2.2.1	Pengertian Rumah Sehat	7
2.2.2	Syarat Rumah Sehat	8
2.2.3	Tipe Rumah Sehat	18
2.3	Persyaratan Kesehatan Rumah Tinggal	19
2.4	Menetapkan Rumah Sehat	21
2.5	Faktor dari Rumah yang Berpengaruh terhadap Kesehatan	22
2.6	Hubungan Faktor Intern dan Ekstern dengan Sanitasi Rumah	23
2.2.4	Pendidikan	24
2.2.5	Pengetahuan	25
2.2.6	Pekerjaan dan Pendapatan	26
BAB 3. KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN		
3.1	Kerangka Konseptual Penelitian	28
3.2	Hipotesis Penelitian	29
BAB 4. METODE PENELITIAN		
4.1	Jenis Penelitian	30
4.2	Populasi dan Sampel Penelitian	30
4.2.1	Populasi Penelitian	30
4.2.2	Sampel Penelitian dan Besar Sampel	30
4.2.3	Cara Pengambilan Sampel	31
4.3	Lokasi dan Waktu Penelitian	32
4.4	Variabel, Definisi Operasional, dan Cara Pengukuran ..	33
4.5	Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data	35
4.5.1	Data Primer	35
4.5.2	Data Sekunder	36
4.6	Alur Penelitian	37
4.7	Teknik Pengolahan dan Analisis Data	38
BAB 5. HASIL PENELITIAN		
5.1	Gambaran Umum Dusun Bandealit	39

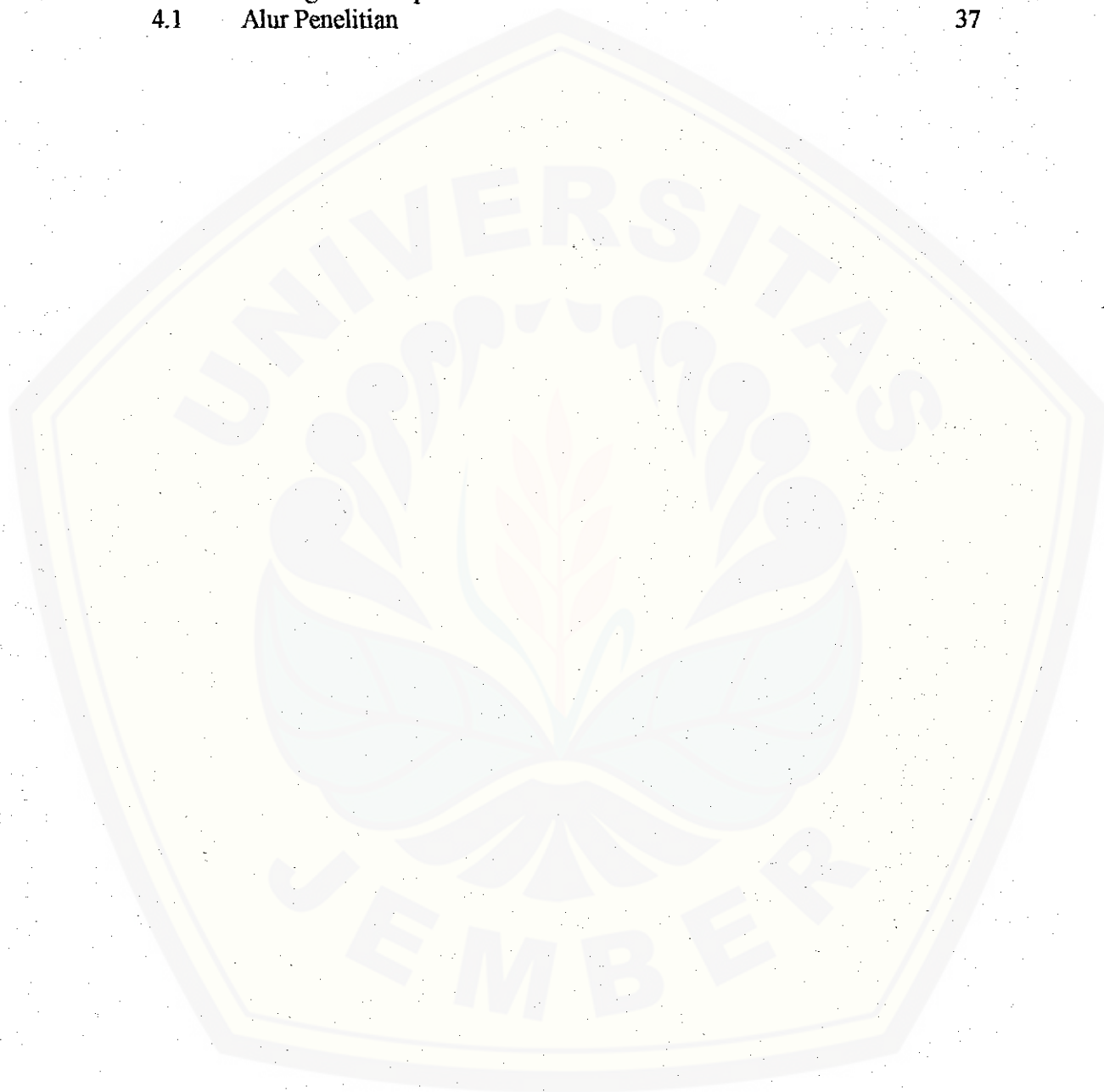
5.2	Karakteristik Responden	40
5.2.1	Tingkat Pendidikan	40
5.2.2	Tingkat Pengetahuan	40
5.2.3	Tingkat Pendapatan	41
5.2.4	Jumlah Anggota Keluarga	41
5.3	Penyediaan Sarana Kesehatan Lingkungan	42
5.4	Analisis Analitik Berdasarkan Uji <i>Chi Square</i>	44
5.4.1	Hubungan antara Tingkat Pendidikan dengan Status Kesehatan Rumah di Dusun Bandalit	44
5.4.2	Hubungan antara Tingkat Pengetahuan dengan Status Kesehatan Rumah di Dusun Bandalit	45
5.4.3	Hubungan antara Tingkat Pendapatan dengan Status Kesehatan Rumah di Dusun Bandalit	46
5.4.4	Hubungan antara Jumlah Anggota Keluarga dengan Status Kesehatan Rumah di Dusun Bandalit	45
BAB 6 PEMBAHASAN		
6.1	Karakteristik Masyarakat	47
6.2	Status Kesehatan Rumah	49
6.3	Hubungan antara Tingkat Pendidikan Kepala Keluarga dengan Status Kesehatan Rumah di Dusun Bandalit	52
6.4	Hubungan antara Tingkat Pengetahuan Kepala Keluarga dengan Status Kesehatan Rumah di Dusun Bandalit ...	53
6.5	Hubungan antara Tingkat Pendapatan Keluarga dengan Status Kesehatan Rumah di Dusun Bandalit	54
6.6	Hubungan antara Jumlah Anggota Keluarga dengan Status Kesehatan Rumah di Dusun Bandalit	55
BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN		
7.1	Kesimpulan	57
7.2	Saran	58
DAFTAR PUSTAKA		59
LAMPIRAN		63

DAFTAR TABEL

Nomor	Judul Tabel	Halaman
4.1	Perhitungan Sampel pada Tiap Kelompok	32
4.2	Variabel, Definisi Operasional, dan Cara Pengukuran	33
5.1	Distribusi Frekuensi menurut Jejang Pendidikan Terakhir Responden di Dusun Bandalit	40
5.2	Distribusi Frekuensi menurut Tingkat Pendidikan Responden di Dusun Bandalit	40
5.3	Distribusi Frekuensi menurut Tingkat Pengetahuan Responden di Dusun Bandalit	41
5.4	Distribusi Frekuensi menurut Tingkat Pendapatan Responden di Dusun Bandalit	41
5.5	Distribusi Frekuensi menurut Jumlah Anggota Keluarga Responden di Dusun Bandalit	41
5.6	Distribusi Frekuensi menurut Penyediaan Sumber Air oleh Responden di Dusun Bandalit	42
5.7	Distribusi Frekuensi menurut Penyediaan Sarana Pembuangan Kotoran oleh Responden di Dusun Bandalit	42
5.8	Distribusi Frekuensi menurut Penyediaan Sarana Pembuangan Sampah oleh Responden di Dusun Bandalit	43
5.9	Distribusi Frekuensi menurut Penyediaan Saluran Pembuangan Air Limbah oleh Responden di Dusun Bandalit	43
5.10	Distribusi Frekuensi menurut Status Kesehatan Rumah Responden di Dusun Bandalit	44
5.11	Distribusi Frekuensi menurut Tipe Rumah Sehat Responden di Dusun Bandalit	44
5.12	Hasil <i>Crosstabs</i> Hubungan antara Tingkat Pendidikan dengan Status Kesehatan Rumah di Dusun Bandalit	45
5.13	Hasil <i>Crosstabs</i> antara Tingkat Pengetahuan dengan Status Kesehatan Rumah di Dusun Bandalit	45
5.14	Hasil <i>Crosstabs</i> Hubungan antara Tingkat Pendapatan dengan Status Kesehatan Rumah di Dusun Bandalit	46
5.15	Hasil <i>Crosstabs</i> Hubungan antara Jumlah Anggota Keluarga dengan Status Kesehatan Rumah di Dusun Bandalit	46

DAFTAR GAMBAR

Nomor	Judul Gambar	Halaman
3.1	Kerangka Konseptual Penelitian	28
4.1	Alur Penelitian	37



DAFTAR LAMPIRAN

Nomor	Judul Lampiran	Halaman
1	Surat Pengambilan Data dari Badan Kesatuan Bangsa dan Linmas	63
2	<i>Informed Consent</i>	64
3	Instrumen Penelitian	65
4	Lembar Observasi Kartu Rumah	68
5	Kriteria untuk Penentuan Tipe Rumah Sehat	69
6	Data Umum Hasil Penelitian	70
7	Data Observasi Rumah	73
8	<i>Crosstabs</i> Hubungan antara Tingkat Pendidikan dengan Status Kesehatan Rumah	75
9	<i>Crosstabs</i> Hubungan antara Tingkat Pengetahuan dengan Status Kesehatan Rumah	76
10	<i>Crosstabs</i> Hubungan antara Tingkat Pendapatan dengan Status Kesehatan Rumah	77
11	<i>Crosstabs</i> Hubungan antara Jumlah Anggota Keluarga dengan Status Kesehatan Rumah	78



BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Lingkungan merupakan salah satu faktor yang sangat berperan dalam riwayat timbulnya penyakit (Dainur, 1995:19). Kesehatan lingkungan menyangkut manusia dan masyarakat serta keseimbangannya dengan lingkungan, agar terjamin kesejahteraan dalam arti yang seluas-luasnya. Keadaan kesehatan lingkungan ditentukan oleh keadaan fisik, biologis, dan sosial. Keadaan tersebut senantiasa berubah sepanjang peradaban manusia, serta perkembangan alam sekitarnya (Kusnoputranto, 1998:71).

Keadaan kesehatan lingkungan di Indonesia dewasa ini masih belum mencapai kondisi yang diinginkan, karena belum terpenuhinya sanitasi dasar. Sanitasi dasar adalah sanitasi minimal yang diperlukan untuk menyehatkan lingkungan pemukiman misalnya penyediaan air bersih, sarana pembuangan kotoran manusia (Kusnoputranto, 1986:8), dan hal itu berpengaruh terhadap derajat kesehatan masyarakat. Pada tahun 2002, persentase rumah tangga di Indonesia yang mempunyai akses terhadap air yang layak untuk dikonsumsi baru mencapai 50 persen, dan akses rumah tangga terhadap sanitasi dasar baru mencapai 63,5 persen (Depkes RI, 2004). Kesehatan lingkungan yang merupakan kegiatan lintas-sektor belum dikelola dalam suatu sistem kesehatan kewilayahan.

Masih banyaknya penduduk yang menempati rumah atau pemukiman yang tidak layak dapat merugikan kondisi kesehatan perorangan, diantaranya dapat menyebabkan munculnya berbagai penyakit. Rumah dan lingkungan akan mempengaruhi cara hidup keluarga dengan segala konsekuensinya di bidang sosial. Rumah bagi manusia mempunyai arti yang sangat penting, karena itulah bersama-sama dengan makanan, dan pakaian sering disebut kebutuhan pokok manusia (Azwar, 1995:81).

Menurut Winslow (dalam Entjang, 2000:105), rumah sehat harus memenuhi kebutuhan fisiologis, kebutuhan psikologis, dan dapat menghindarkan

terjadinya penyakit dan kecelakaan. Namun, berdasarkan penelitian tentang kesehatan lingkungan menyatakan bahwa masih banyak rumah yang tidak layak untuk ditempati karena tidak memenuhi standar kesehatan. Di kawasan pedesaan, sebagian besar rumah rumah berlantai tanah, tidak ada pembagian kamar, dan tidak ada ventilasi udara yang layak. Selain itu, juga tidak terdapat tempat untuk Mandi Cuci dan Kakus yang memenuhi standar kesehatan. Bahkan, di pedesaan terdapat pula rumah yang hanya berukuran 4 x 5 meter untuk semua fungsi, baik makan, tidur, masak, maupun untuk kakus (Anonim, 2002). Masalah kesehatan lingkungan tersebut sebagai akibat masih rendahnya tingkat pendidikan penduduk, masih terikatnya masyarakat Indonesia dengan adat istiadat dan ditunjang dengan keadaan faktor ekonomi masyarakat yang kurang mampu (Azwar, 1995).

Mukono (2000:155) mengungkapkan, bahwa keadaan kesehatan lingkungan pemukiman dan perumahan di Indonesia dipengaruhi oleh faktor-faktor sosio demografi, sosio budaya, dan sosio ekonomi. Faktor sosio ekonomi yang turut mempengaruhi baik buruknya kesehatan lingkungan antara lain faktor pendidikan, pekerjaan, pendapatan, dan ukuran keluarga.

Pengetahuan dan pendidikan formal serta keikutsertaan dalam pendidikan non formal sangat penting dalam menentukan status kesehatan. Oleh karena itu, pengetahuan mengenai segi-segi penyehatan atau sanitasi lingkungan sangat berperan dalam tiap upaya kesehatan, baik secara individual maupun secara berkelompok dalam masyarakat (Dainur, 1995:19). Hal ini berkaitan dengan pengambilan keputusan dalam menentukan dan menerapkan suatu perilaku tertentu dalam kehidupan masyarakat termasuk keputusan untuk membuat sebuah hunian yang layak dan nyaman.

Mata pencaharian kepala keluarga sangat berhubungan dengan faktor kesehatan, hal ini disebabkan mata pencaharian ada hubungannya dengan pendidikan dan pendapatan yang berpengaruh langsung terhadap kesehatan keluarga (Sukarni, 1989:19). Jenis atau status pekerjaan seseorang berhubungan erat dengan status sosial ekonomi suatu keluarga di lingkungan masyarakat. Selain itu, jenis pekerjaan juga berhubungan erat dengan pendapatan suatu keluarga serta keluasaan ruang interaksi sosial di masyarakat.

Ukuran keluarga juga dapat menjadi salah satu faktor yang berpengaruh dalam suatu keluarga terhadap tingkat kesehatan rumah tangga. Jumlah anggota keluarga yang banyak, selain berkaitan dengan besarnya dana tanggungan yang harus dikeluarkan dan juga mempengaruhi pembagian peran serta dalam kesehatan lingkungan rumah (Rusli dkk., 2006:82).

1.2 Identifikasi Masalah

Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember tahun 2005 yang diperoleh dari survei yang dilakukan oleh Puskesmas Curahnongko diketahui bahwa di kawasan Andongrejo hanya terdapat 48% rumah dari 5627 rumah yang diperiksa, yang dapat dianggap sebagai rumah sehat. Adapun sanitasi dasar yang tersedia, yaitu : hanya terdapat 41% KK saja yang memiliki jamban, 61% KK yang memiliki persediaan air bersih, 59% KK yang memiliki tempat sampah dan 53% KK saja yang memiliki pengelolaan air limbah. Berdasarkan data di atas, dapat disimpulkan bahwa sebanyak 52% rumah di kawasan Andongrejo dianggap tidak sehat, yang berarti Desa Andongrejo berada di bawah standar pemukiman sehat untuk pedesaan yang ditetapkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, yaitu sebesar 65% dari total sampel yang diperiksa.

Bandealit merupakan sebuah dusun yang letaknya terjauh dari Desa Andongrejo, yaitu sejauh 10 km dari balai desa Andongrejo. Keadaan geografis Dusun Bandealit berupa dataran yang bergunung dan berbukit dengan kondisi jalan berupa tanah yang berbatu, menyebabkan akses masyarakat Bandealit terhadap informasi, terutama informasi kesehatan sangat terbatas. Selain itu, tidak tersedianya jaringan listrik di Dusun Bandealit menyebabkan akses masyarakat terhadap media elektronik sangat minim (Data Sekilas Dusun Bandealit, 2005). Pada bulan desember 2006, kasus diare masih terjadi di Dusun Bandealit (Laporan Bulanan Kasus Penyakit, 2006). Hal tersebut bisa diakibatkan karena kurangnya penyediaan terhadap sarana kesehatan lingkungan rumah tinggal sebagai upaya pencegahan penyakit. Masih banyaknya rumah yang tidak sehat mendorong peneliti untuk menganalisis seberapa jauh hubungan antara karakteristik

masyarakat yang meliputi : pendidikan, pengetahuan, pendapatan, dan jumlah anggota keluarga, dengan status kesehatan rumah yang dimiliki oleh masyarakat.

1.3 Rumusan Masalah

“Apakah ada hubungan antara karakteristik masyarakat (meliputi : tingkat pendidikan, pengetahuan, pendapatan, dan jumlah anggota keluarga) dengan status kesehatan rumah di Dusun Bandialit, Desa Andongrejo, Kecamatan Tempurejo, Kabupaten Jember?”

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Menganalisis hubungan antara karakteristik masyarakat dengan status kesehatan rumah yang dimiliki masyarakat di Dusun Bandialit, Desa Andongrejo, Kecamatan Tempurejo, Kabupaten Jember.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Mempelajari karakteristik responden di Dusun Bandialit, meliputi : tingkat pendidikan, pengetahuan, pendapatan, dan jumlah anggota keluarga yang menempati sebuah rumah.
2. Mengetahui penyediaan sarana kesehatan lingkungan rumah sebagai indikator rumah sehat di Dusun Bandialit
3. Menganalisis hubungan antara tingkat pendidikan dengan status kesehatan rumah yang dimiliki masyarakat di Dusun Bandialit
4. Menganalisis hubungan antara pengetahuan tentang rumah sehat dengan status kesehatan rumah yang dimiliki masyarakat di Dusun Bandialit
5. Menganalisis hubungan antara pendapatan dengan status kesehatan rumah yang dimiliki masyarakat di Dusun Bandialit
6. Mempelajari hubungan antara banyaknya jumlah anggota keluarga dengan status kesehatan rumah yang dimiliki masyarakat di Dusun Bandialit.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Bagi Mahasiswa

Dapat menambah pengetahuan, wawasan, dan pengalaman serta dapat menerapkan ilmu yang telah diperoleh di bangku kuliah dalam rangka penulisan.

1.5.2 Bagi Masyarakat

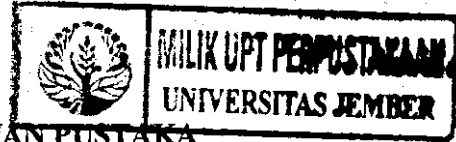
Sebagai bahan masukan dan pengetahuan bagi masyarakat terutama berkaitan dengan penyediaan sarana dasar rumah sehat.

1.5.3 Bagi Instansi Terkait

Sebagai bahan masukan bagi pemerintah daerah, khususnya Dinas Kesehatan Kabupaten Jember.

1.5.4 Bagi Program Studi Kesehatan Masyarakat

Sebagai tambahan wahana dan khasanah pengetahuan dan penelitian ilmiah terutama bidang kesehatan lingkungan



BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Rumah

2.1.1 Pengertian Rumah

Friedman (1998:212), mengungkapkan bahwa “Rumah adalah tempat dimana segala sesuatu tidak asing dan tidak berubah, dimana orang menjaga perasaan memiliki otonomi dan kontrol”. Sebuah rumah dari keluarga amat sangat berarti bagi anggotanya karena rumah merupakan bagian dari identitas keluarga. Rumah menggambarkan pengaruh dari gaya hidup sebuah keluarga, budaya, minat, nilai-nilai, status ekonomi. Dalam keadaan sehat, sebuah keluarga akan mencoba menciptakan suatu lingkungan yang bersifat protektif, melindungi dan memuaskan bagi keluarganya.

Organisasi kesehatan dunia (*World Health Organization*) mendefinisikan rumah sebagai tempat untuk tumbuh dan berkembang baik secara jasmani, rohani, dan sosial. Definisi tersebut membawa banyak konsekuensi, yakni bahwa selain kualitas rumah yang harus baik, diperlukan pula segala fasilitas yang dibutuhkan untuk tumbuh dan berkembang. Faktor-faktor pada rumah yang berpengaruh terhadap kesehatan perumahan adalah kualitas bangunan, pemanfaatan bangunan, dan pemeliharannya. Selain itu, di rumah, tanpa sadar orang belajar berbagai kebiasaan. Misalnya, kebiasaan makan, mandi, cuci, kebersihan pakaian, kebersihan diri, kebersihan rumah dan lingkungan (Soemirat, 2004:143).

Sedangkan Handayani (2004:122); mengartikan sebuah rumah sebagai bangunan fisik yang mempunyai dinding, lantai, serta atap, dan biasanya digunakan untuk tempat berlindung serta tempat tinggal anggota keluarga. Rumah merupakan kebutuhan dasar manusia setelah pangan dan sandang. Selain berfungsi sebagai pelindung terhadap gangguan alam atau cuaca dan makhluk lainnya, rumah juga memiliki peran sosial budaya sebagai pusat pendidikan keluarga, persemaian budaya dan nilai kehidupan, penyiapan generasi muda, dan sebagai manifestasi jati diri (Kirmanto, 2006).

2.1.2 Arti Rumah bagi Manusia

Rumah bagi manusia memang mempunyai arti yang amat penting, dan karena itulah bersama-sama dengan makanan, dan pakaian sering disebut kebutuhan pokok manusia. Rumah untuk manusia mempunyai arti :

- a. Sebagai tempat untuk melepaskan lelah, beristirahat setelah penat melaksanakan kewajiban sehari-hari.
- b. Sebagai tempat untuk bergaul dengan keluarga atau membina rasa kekeluargaan bagi segenap anggota keluarga yang ada.
- c. Sebagai tempat untuk melindungi diri dari kemungkinan bahaya yang mengancam.
- d. Sebagai lambang status sosial yang dimiliki, yang masih dirasakan hingga saat ini.
- e. Sebagai tempat untuk meletakkan atau menyimpan barang-barang berharga yang dimiliki, yang terutama masih ditemui pada masyarakat pedesaan. Dan dalam kaitan ini, rumah juga dapat diartikan sebagai modal, yang jika keadaan memaksa dapat dijual untuk menutup kebutuhan lain yang dianggap lebih utama (Azwar, 1995:81).

2.2 Rumah Sehat

2.2.1 Pengertian Rumah Sehat

Pengertian rumah sehat menurut Winslow (dalam Entjang, 2000:105) adalah rumah yang memenuhi kebutuhan fisiologis, psikologis, dapat menghindarkan terjadinya penyakit dan kecelakaan. Sedangkan menurut *The American Public Health Association* (dalam Azwar, 1995:83), rumah yang sehat adalah rumah yang didalamnya tersedia air bersih yang cukup, ada tempat pembuangan sampah dan tinja yang baik, terhindar dari penularan penyakit pernafasan, terlindung dari kemungkinan pengotoran terhadap makanan, tidak menjadi tempat bersarangnya binatang melata, ataupun penyebab penyakit lainnya. Sedangkan Adi Heru (1995:14), berpendapat bahwa sebuah rumah sehat adalah suatu tempat berlindung atau bernaung dan tempat istirahat, sehingga menimbulkan kehidupan yang sempurna baik fisik, rohani maupun sosial.

2.2.2 Syarat Rumah Sehat

Rumah harus dapat menjamin kesehatan penghuninya dalam arti luas. Winslow mengajukan syarat rumah sehat sebagai berikut :

1. Memenuhi Kebutuhan Fisiologis

Rumah harus dibangun sedemikian rupa sehingga dapat terpenuhi kebutuhan fisik dasar penghuninya (Azwar, 1995:81). Secara fisik kebutuhan fisiologis meliputi kebutuhan suhu dalam rumah yang optimal, perlindungan terhadap kebisingan, ventilasi memenuhi persyaratan, dan tersedianya ruang yang optimal untuk bermain anak (Mukono, 2000:155).

a. Suhu ruangan

Rumah harus dibangun sedemikian rupa sehingga dapat dipelihara atau dipertahankan. Suhu lingkungan penting untuk mencegah kehilangan panas atau bertambahnya panas secara berlebihan (Azwar, 1995:89). Suhu ruangan harus dijaga agar jangan banyak berubah, sebaiknya berkisar antara 18-20° C (Entjang, 2000:105).

Suhu ruangan tergantung pada suhu udara luar, pergerakan udara, kelembaban udara (Mukono, 2000:156) dan suhu benda-benda di sekitarnya. Untuk membuat suhu ruangan sesuai dengan yang dikehendaki, maka ada beberapa cara yang dapat dilakukan, yakni:

1. Mendinginkan atau memanaskan udara

Pendinginan udara dapat dilakukan misalnya dengan memakai *air condition*, sedangkan untuk memanaskan udara dapat dipakai alat yang disebut *heater*. Untuk memanaskan udara, dikenal beberapa cara, yakni:

- a. Cara langsung, misalnya dengan meletakkan sumber panas langsung ditengah ruangan yang akan dipanasi.
- b. Cara tidak langsung, sumber panas berada jauh dari ruangan, maka panas dialirkan ke ruangan tersebut.
- c. Kombinasi antara cara langsung dengan cara tidak langsung.

2. Melakukan pertukaran udara, terbagi dalam dua macam cara, yakni:

- a. Hanya menukar udara setempat, seperti pada pemakaian kipas angin

- b. Menukar dengan udara baru, seperti memasang *exhaust ventilation* atau *air condition*

3. Memasang penyekat suhu pada bangunan

Di negara-negara yang mengenal pergantian musim, pada bangunan sering dipasang alat penyekat atau penahan panas, berupa kapas, kain dan sebagainya yang dipasang diantara dua dinding bangunan. Dengan adanya penyekat ini, maka pada musim dingin, udara panas yang ada di dalam tidak akan keluar, sedangkan pada musim panas, udara yang ada di luar tidak akan mempengaruhi udara yang ada di dalam ruangan.

Pada negara-negara yang sudah maju, sering dipergunakan tungku pemanas yang mempergunakan gas sebagai sumber bahan bakar. Tungku pemanas ini diletakkan di dalam ruangan. Tungku pemanas gas ini ada bahayanya, yakni terbentuknya gas CO yang memungkinkan dapat menimbulkan keracunan (Azwar, 1995:90).

b. Penerangan

Rumah harus terjamin penerangannya dimana dilakukan pengaturan sehingga tidak terlalu gelap atau tidak menimbulkan rasa silau (Azwar, 1995:93). Sebuah rumah harus cukup mendapatkan penerangan baik siang maupun malam hari, namun yang dirasa cukup ideal adalah penerangan listrik (Entjang, 2000:105). Pada pagi hari diharapkan semua ruangan mendapatkan sinar matahari. Intensitas cahaya pada suatu ruangan pada jarak 85 cm di atas lantai maka intensitas penerangan minimal tidak boleh kurang dari 5 *foot candle* (Mukono, 2000:156).

Cahaya yang kurang dalam ruangan rumah, terutama cahaya matahari di samping kurang nyaman juga merupakan media atau tempat yang baik untuk hidup dan berkembangnya bibit penyakit. Sebaliknya banyak cahaya di dalam rumah akan menyebabkan silau, dan akhirnya dapat merusakkan mata. Cahaya dapat dibedakan menjadi dua, yakni :

1. Cahaya alamiah, yaitu sinar matahari.

Cahaya ini sangat penting karena dapat membunuh bakteri-bakteri patogen di dalam rumah, misalnya baksil TBC. Oleh karena itu, rumah yang sehat

harus memiliki jalan masuk cahaya yang cukup. Jalan masuk cahaya (jendela) luasnya sekurang-kurangnya 15% sampai 20% dari luas lantai yang terdapat di dalam ruangan rumah.

2. Cahaya buatan, yaitu menggunakan sumber cahaya yang bukan alamiah, seperti lampu minyak tanah, listrik, atau api. (Notoatmodjo, 2003:151).

Ada atau tidaknya cahaya atau penerangan dalam ruangan ditentukan oleh beberapa faktor, antara lain: ada atau tidaknya sumber cahaya, terhalang atau tidaknya pancaran cahaya dari sumber ke ruangan, dan sifat-sifat dari benda ataupun objek yang terdapat di dalam ruangan

c. Pertukaran hawa (ventilasi)

Pertukaran hawa (ventilasi) yaitu proses penyediaan udara segar dan pengeluaran udara kotor secara alamiah atau mekanis harus cukup (Mukono, 2000:156). Pertukaran hawa yang cukup menyebabkan hawa ruangan tetap segar (cukup mengandung oksigen). Untuk ini rumah-rumah harus cukup mempunyai jendela. Luas jendela keseluruhan $\pm 15\%$ dari luas lantai. Susunan ruangan harus sedemikian rupa sehingga udara dapat mengalir bebas bila jendela dibuka (Entjang, 2000:106).

Pada dasarnya terdapat dua macam ventilasi, yakni :

1. Ventilasi alamiah, ialah ventilasi yang terjadi secara alamiah dimana udara masuk ke dalam ruangan melalui jendela, pintu, ataupun lubang angin yang sengaja dibuat untuk itu. Proses terjadinya aliran udara ialah karena terdapatnya perbedaan suhu; udara yang panas lebih ringan daripada udara yang dingin. Jadi dengan membuat jendela, pintu ataupun lubang angin tersebut, yang sebaiknya dibuat berlawanan arah atau diletakkan pada ketinggian yang berbeda (terutama untuk lubang angin) maka udara luar yang lebih ringan akan masuk ke dalam ruangan, sedangkan udara di dalam ruangan yang lebih berat akan mengalir ke luar (Azwar, 1995:86). Di pihak lain ventilasi alamiah ini tidak menguntungkan, karena juga merupakan jalan masuknya nyamuk dan serangga lainnya ke dalam rumah (Notoatmodjo, 2003:150).

2. Ventilasi buatan, ialah dengan mempergunakan alat yang khusus untuk mengalirkan udara. Misalnya mesin penghisap udara (*exhaust ventilation*) dan air condition. Ventilasi ini baik dipakai pada bangunan untuk umum, seperti gedung pertemuan, gedung bioskop, dan sebagainya (Azwar, 1995:86). Tetapi jelas alat ini tidak cocok dengan kondisi rumah di pedesaan.

Ventilasi rumah memiliki banyak fungsi. Fungsi pertama adalah untuk menjaga agar aliran udara di dalam rumah tetap segar. Hal ini berarti keseimbangan O_2 yang diperlukan oleh penghuni rumah tersebut tetap terjaga. Kurangnya ventilasi akan menyebabkan kurangnya O_2 di dalam rumah yang berarti kadar CO_2 yang bersifat racun bagi penghuninya menjadi meningkat. Di samping itu, ventilasi yang kurang akan menyebabkan kelembaban udara di dalam ruangan naik karena terjadinya proses penguapan cairan dari kulit dan penyerapan. Kelembaban ini merupakan media yang baik untuk bakteri-bakteri patogen. Fungsi kedua dari ventilasi adalah untuk membebaskan udara ruangan dari bakteri-bakteri, terutama bakteri patogen. Adanya ventilasi akan menyebabkan terjadinya aliran udara yang terus menerus. Bakteri yang terbawa oleh udara akan selalu mengalir. Fungsi lainnya adalah untuk menjaga agar ruangan rumah selalu tetap di dalam kelembaban (*humidity*) yang optimum (Notoatmodjo, 2003:150).

Kepadatan penghuni dapat ditentukan dengan cara membagi luas lantai dalam rumah dengan jumlah anggota penghuni tersebut. Berdasarkan Dir. Higiene dan Sanitasi Depkes RI (1993), maka kepadatan penghuni dikategorikan menjadi memenuhi standar (2 orang per $8 m^2$) dan kepadatan tinggi (lebih dari 2 orang per $8 m^2$ dengan ketentuan anak < 1 tahun tidak diperhitungkan dan umur 1-10 tahun dihitung setengah).

Pengaruh buruk kurangnya ventilasi adalah berkurangnya kadar oksigen, bertambahnya kadar gas CO_2 , adanya bau pengap, suhu udara ruangan naik, dan kelembaban udara ruangan bertambah.

Kecepatan aliran udara penting untuk mempercepat pembersihan udara ruangan. Kecepatan udara dikatakan sedang jika gerak udara 5-20 cm per

detik atau volume pertukaran udara bersih antara 25-30 cfm (*cubic feet per minute*) untuk setiap orang yang berada dalam ruangan (Mukono, 2000:156).

d. Harus cukup mempunyai isolasi suara

Rumah yang tidak bising, dalam arti para penghuninya tidak terganggu oleh bunyi ataupun suara yang tidak diinginkan, adalah rumah yang dipandang sehat. Karena jika daerah tempat tinggal atau tempat kerja terlalu bising, akan menimbulkan rasa tidak tenang dan dapat menimbulkan kelainan pada pendengaran. Suatu bunyi yang berlangsung terus menerus akan menimbulkan ketulian yang bersifat progresif. Tetapi jika bunyi yang timbul tersebut tiba-tiba, serta dengan intensitas yang besar sekali, timbullah ketulian yang bersifat konduktif, yakni pecahnya gendang telinga, atau rusaknya tulang-tulang halus di telinga dalam, sehingga terjadi gangguan pada antaran bunyi (Azwar, 1995:100). Oleh karena itu dinding ruangan harus dibuat kedap suara, baik terhadap suara-suara yang berasal dari luar maupun dari dalam. Sebaiknya rumah jauh dari sumber-sumber suara yang gaduh, misalnya; pabrik, pasar, atau stasiun kereta api (Entjang, 2000:106).

2. Memenuhi Kebutuhan Psikologis

Kebutuhan psikologis berfungsi untuk menjamin "*privacy*" bagi penghuninya. Perlu adanya kebebasan untuk kehidupan keluarga yang tinggal di rumah tersebut secara normal. Keadaan rumah dan sekitarnya diatur agar memenuhi rasa keindahan sehingga rumah tersebut menjadi pusat kesenangan rumah tangga dan memungkinkan hubungan yang serasi antara orang tua dan anak. Adanya ruangan tersendiri bagi remaja dan ruangan untuk berkumpulnya anggota keluarga serta ruang tamu (Mukono, 2000:156).

Menurut Entjang (2000:106), syarat rumah yang dapat dianggap memenuhi kebutuhan psikologi adalah :

- a. Keadaan rumah dan sekitarnya, cara pengaturannya harus memenuhi rasa keindahan (*estetis*) sehingga rumah tersebut menjadi pusat kesenangan rumah tangga yang sehat.
- b. Adanya jaminan kebebasan yang cukup, bagi setiap anggota keluarga yang tinggal di rumah tersebut.

- c. Untuk tiap anggota keluarga, terutama yang mendekati dewasa harus mempunyai ruangan tersendiri sehingga privasinya tidak terganggu.
- d. Harus ada ruangan untuk menjalankan kehidupan keluarga dimana semua anggota keluarga dapat berkumpul.
- e. Harus ada ruangan untuk hidup bermasyarakat, jadi harus ada ruang untuk menerima tamu.

3. Menghindari Terjadinya Kecelakaan

Sebuah rumah harus dibuat dengan konstruksi yang kuat dan memenuhi syarat bangunan agar terhindar dari terjadinya kecelakaan dan juga bahaya kebakaran (Mukono, 2000:157).

Konstruksi rumah dan bahan-bahan bangunan harus kuat sehingga tidak mudah ambruk (Entjang, 2000:106). Konstruksi rumah dan bahan bangunan yang perlu diperhatikan adalah lantai, dinding, atap, dan lain-lain.

a. Lantai

Ubin atau semen baik digunakan sebagai lantai rumah. Lantai kayu sering terdapat pada rumah-rumah orang yang mampu di pedesaan, namun harga lantai kayu cukup mahal. Oleh karena itu, lantai rumah pedesaan cukup tanah biasa yang dipadatkan. Syarat utama dari lantai yang penting disini adalah tidak berdebu pada musim kemarau dan tidak basah pada musim hujan.

b. Dinding

Tembok sebagai dinding baik untuk digunakan, namun harganya cukup mahal. Dinding rumah di daerah tropis khususnya pedesaan, lebih baik papan. Sebab meskipun jendela tidak cukup, maka lubang-lubang pada papan tersebut dapat menjadi ventilasi, dan dapat menambah penerangan alamiah.

c. Atap

Atap genteng umum dipakai di daerah perkotaan maupun pedesaan. Disamping atap genteng cocok untuk daerah tropis, juga dapat terjangkau oleh masyarakat bahkan masyarakat dapat membuatnya sendiri. Atap seng ataupun asbes tidak cocok untuk rumah pedesaan, disamping mahal juga menimbulkan suhu panas di dalam rumah.

d. Lain-lain (tiang, kaso, dan reng)

Kayu untuk tiang, bambu untuk kaso dan reng paling umum terdapat di pedesaan. Bahan-bahan ini dapat bertahan lama, tapi perlu diperhatikan bahwa lubang-lubang bambu merupakan sarang tikus yang baik (Notoatmodjo, 2003:149).

Jarak antar ujung atap rumah yang satu dengan ujung atap rumah yang lain minimal 3 meter. Hal ini ditujukan untuk mencegah menjalarnya kebakaran. Selain itu, penyediaan saluran air dianggap penting untuk mengalirkan air apabila hujan.

4. Menghindari Terjadinya Penyakit

Rumah sehat adalah sebuah rumah yang dibangun dengan penyediaan sarana khusus yang ditujukan untuk melindungi dari kemungkinan penularan penyakit atau berhubungan dengan zat-zat yang membahayakan kesehatan (Azwar, 1995:82). Sarana tersebut berupa :

a. Penyediaan air bersih yang cukup

Air dibutuhkan oleh manusia untuk melangsungkan kehidupan sehari-hari, dengan sendirinya mempunyai hubungan yang erat dengan kesehatan. Keperluan akan air di pedesaan pada umumnya dicukupi dari air sumur atau air sungai baik untuk kehidupan perorangan maupun kehidupan bermasyarakat (Soerjani dkk., 1987:68). Namun, terdapat hal-hal yang perlu diketahui dalam pembuatan sumur, yakni:

1. Sumur harus diberi tembok rapat air 3 meter dari muka tanah, agar pengotoran oleh air permukaan dapat dihindarkan.
2. Sekeliling sumur harus diberi lantai rapat air selebar 1-1,5 meter untuk mencegah terjadinya pengotoran dari luar.
3. Pada lantai harus diberi saluran pembuangan air kotor, agar air kotor dapat tersalurkan dan tidak akan mengotori sumur.
4. Pengambilan air sebaiknya dengan pipa kemudian air dipompa keluar.
5. Pada bibir sumur harus diberi tembok pengaman setinggi 1 meter (Sutrisno, 2002:17).

Sesuai dengan prinsip teknologi tepat guna di pedesaan maka air minum yang berasal dari mata air dan sumur dalam dapat diterima sebagai air yang sehat, dan memenuhi persyaratan fisik, kimia dan bakteriologis, asalkan tidak tercemar oleh kotoran, terutama kotoran manusia dan binatang (Notoatmodjo, 2003:153).

b. Pembuangan tinja

Bertambahnya penduduk yang tidak sebanding dengan area pemukiman menyebabkan masalah pembuangan kotoran manusia makin meningkat. Masalah pembuangan tinja merupakan masalah yang harus diatasi sedini mungkin. Karena kotoran manusia (tinja) adalah sumber penyebaran yang multikompleks. Kurangnya perhatian terhadap pengelolaan tinja disertai dengan cepatnya pertambahan penduduk akan mempercepat penyakit-penyakit yang akan ditularkan melalui tinja (Notoatmodjo, 2003:159).

Pembuangan kotoran manusia di daerah pedesaan pada umumnya dilakukan secara langsung dengan dibuang di permukaan tanah (di pekarangan atau kebun) atau di dalam tanah pada lubang galian yang sengaja dibangun untuk keperluan tersebut. Cara-cara tersebut merupakan cara yang mengandung risiko terjadinya penyakit infeksi di pedesaan dan juga memungkinkan pencemaran sumber dan sarana air bersih, membawa risiko penyakit karena air atau *water borne disease* (Dainur, 1995:35).

Adapun syarat pembuangan kotoran yang memenuhi aturan kesehatan menurut aturan Ehlers dan Steel (dalam Entjang, 2000:89) adalah :

1. Tidak boleh mengotori tanah permukaan
2. Tidak boleh mengotori air permukaan
3. Tidak boleh mengotori air dalam tanah
4. Kotoran tidak boleh terbuka sehingga dapat dipakai tempat lalat bertelur atau berkembang biakan vektor penyakit lainnya
5. Kakus harus terlindung dari penglihatan orang lain
6. Pembuatannya mudah dan murah

c. Pembuangan air limbah

Pertambahan penduduk yang pesat menyebabkan peningkatan kebutuhan areal tanah bagi pemukiman, namun saat ini areal permukaan tanah yang terbuka menjadi semakin terbatas untuk penyerapan air limbah. Air limbah rumah tangga banyak mengandung bahan-bahan organik, sehingga merupakan media bagi agen penyakit. Langkah tepat pemecahan masalah air limbah ini adalah dengan perlindungan sumber air bersih terhadap air limbah dan mengupayakan agar sebagian areal pemukiman dimanfaatkan untuk pembuangan air limbah secara sehat (Dainur, 1995:31).

Adapun persyaratan dan upaya untuk pembuangan air limbah ditujukan untuk mencegah penyakit menular, dimana :

1. Tidak mengakibatkan kontaminasi terhadap sumber air minum.
2. Tidak mengakibatkan pencemaran terhadap permukaan tanah.
3. Tidak menyebabkan pencemaran atau air untuk mandi, perikanan, air sungai, atau tempat rekreasi.
4. Tidak dapat dihinggapi serangga dan tikus dan tidak menjadi tempat berkembang biaknya berbagai bibit penyakit dan vektor.
5. Tidak terbuka kena udara luar (jika tidak diolah) serta tidak dapat dicapai oleh anak-anak.
6. Baunya tidak mengganggu (Notoatmodjo, 2003:172).

Syarat diatas pada dasarnya juga harus disesuaikan dengan keadaan di masyarakat itu sendiri. Pada intinya bangunan sarana pembuangan air limbah tidak terlalu tinggi biayanya untuk penduduk berpenghasilan rendah atau sedang dan secara teknis mudah dibangun, mudah dirawat, berdaya dan berhasil guna, dan tidak menimbulkan kecelakaan (Dainur, 1995:33).

d. Pembuangan sampah

Pembuangan sampah di desa tidak dilakukan seperti di perkotaan, yang mempunyai pengumpulan ulang sampah oleh pemerintah secara formal. Sampah yang umumnya berwujud sampah organik, biasanya dibuang atau dibakar bersama daun-daunan dan sampah lain di halaman belakang rumah.

Barang-barang yang terdiri dari bahan anorganik seperti baterai, plastik, dan lain-lain, telah sampai ke daerah pedesaan saat ini, sehingga komposisi sampah yang menjadi berubah. Padahal di pedesaan pembuangan sampah jenis tersebut, hanya cukup dibakar di tempat terbuka atau dibuang di sembarang tempat dapat menimbulkan bahaya besar (Sudarmadji, 2004).

Pengolahan sampah di pedesaan biasanya dengan metode pemusnahan, diantaranya :

1. Ditanam (*landfill*), yaitu pemusnahan dengan membuat lubang ditanah kemudian sampah dimasukkan dan ditimbun dengan tanah.
2. Dibakar, yaitu memusnahkan sampah dengan jalan membakar.
3. Dijadikan pupuk, yaitu pengolahan sampah menjadi pupuk (kompos), khususnya sampah organik daun-daunan, sisa makanan, dan sampah lain yang dapat membusuk (Notoatmodjo, 2003:169).

e. Fasilitas dapur

Dapur merupakan suatu tempat dimana makanan diolah yang nantinya akan disajikan untuk konsumsi seluruh anggota keluarga. Ketika bahan makanan diolah di dapur, maka sanitasi dapur harus pula diperhatikan. Dapur yang memenuhi syarat-syarat kesehatan ialah :

1. Selalu dalam keadaan bersih.
2. Mempunyai cukup persediaan air bersih untuk mencuci.
3. Mempunyai saluran pembuangan air kotor.
4. Mempunyai bak pencuci tangan dan alat-alat yang dipergunakan.
5. Mempunyai tempat sampah.
6. Alat-alat dapur selalu dalam keadaan bersih.
7. Mempunyai ventilasi yang cukup guna mengeluarkan asap serta bau makanan yang kurang sedap.
8. Mempunyai tempat penyimpanan makanan yang baik (Azwar, 1995:142).

f. Pencegahan perkembangbiakan vektor penyakit

Pembasmian binatang penyebar penyakit merupakan salah satu cara untuk memutuskan rantai penularan, dalam rangka pencegahan dan pemberantasan penyakit menular. Usaha pembasmiannya erat hubungannya dengan

perbaikan cara pembuangan kotoran, sampah, air limbah dan perbaikan perumahan. Usaha pemberantasan nyamuk dapat dilakukan dengan jalan :

1. Meniadakan tempat-tempat nyamuk bertelur, yaitu dengan meniadakan air-air tergenang baik pada tanah-tanah yang rendah, kaleng-kaleng kosong berisi air hujan dan sebagainya.
2. Membunuh larva nyamuk dengan mempergunakan larvacida atau memelihara ikan pemakan jentik.
3. Membunuh nyamuk dewasa menggunakan insektisida.

Sedangkan upaya untuk mencegah bersarangnya tikus dirumah, yaitu dengan mengupayakan langit-langit rumah tertutup dengan baik dan penempatan alat rumah tangga tidak bertumpuk sehingga tidak dijadikan tempat bersarangnya tikus.

2.2.3 Tipe Rumah Sehat

Rumah sehat terbagi menjadi 4 tipe (Widi, 2004:48), yaitu :

1. Rumah sehat tipe mula, yaitu rumah sehat yang memenuhi kriteria I saja.
2. Rumah sehat tipe madya, yaitu rumah sehat yang memenuhi kriteria I ditambah 1 sampai 3 hal dari kriteria II sampai V.
3. Rumah sehat tipe prapariurna, yaitu rumah sehat yang memenuhi kriteria I ditambah 4 sampai 6 hal dari kriteria II sampai V
4. Rumah sehat tipe paripurna, yaitu rumah sehat yang memenuhi kriteria I ditambah 7 sampai 9 hal dari kriteria II sampai V

Sedangkan kriteria I sampai V adalah sebagai berikut :

I. Sarana kesehatan lingkungan

1. pembuangan kotoran
2. penyediaan air bersih
3. pembuangan sampah
4. pembuangan air limbah

II. Keadaan rumah

1. jendela ruang tidur
2. lubang asap dapur
3. ruang tidur tidak lembab

2.6.1 Pendidikan

Pendidikan secara umum merupakan segala upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain baik individu, kelompok, atau masyarakat sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan. Dari batasan tersebut, tersirat unsur-unsur pendidikan, yakni :

- a. Input, yaitu sasaran pendidikan (individu, kelompok, masyarakat) dan pendidik (pelaku pendidikan).
- b. Proses, yaitu upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain.
- c. Output, yaitu suatu bentuk perilaku baru atau kemampuan baru dari sasaran pendidikan (Notoatmodjo, 2003:98).

Konsep dasar pendidikan adalah suatu proses belajar yang berarti di dalam proses belajar itu terjadi proses pertumbuhan, perkembangan, atau perubahan ke arah yang lebih dewasa dan lebih baik pada diri individu, kelompok, atau masyarakat. Konsep ini berasal dari suatu asumsi bahwa manusia sebagai makhluk sosial dalam kehidupannya untuk mencapai nilai-nilai hidup di dalam masyarakat selalu memerlukan bantuan orang lain yang mempunyai kelebihan (Notoatmodjo, 2003:97).

Setiap negara memiliki sistem pendidikan yang berbeda-beda. Jenis dan tingkat pendidikan yang terdapat di Indonesia sekarang ini, antara lain :

- a. Pendidikan Non Formal, adalah pendidikan yang dilaksanakan secara teratur dan sadar tetapi tidak terlalu mengikuti peraturan yang ketat.
- b. Pendidikan Informal, adalah jenis pendidikan yang tidak selalu terikat oleh jenjang dan struktur persekolahan, tetapi dapat berkesinambungan. Pendidikan informal, menyediakan program pendidikan yang memungkinkan terjadinya perkembangan peserta didik dalam bidang sosial, budaya, agama ketrampilan dan keahlian.
- c. Pendidikan Formal, adalah jenis pendidikan yang berjenjang, berstruktur, dan berkesinambungan sampai dengan pendidikan tinggi. Berdasarkan jenjangnya, sekolah terdiri dari :
 1. Pendidikan dasar, yaitu pendidikan yang memberikan pengetahuan dan ketrampilan, menumbuhkan sikap dasar yang diperlukan dalam

masyarakat, serta mempersiapkan peserta didik untuk mengikuti pendidikan menengah.

2. Pendidikan Menengah, terdiri dari pendidikan menengah umum dan pendidikan menengah kejuruan. Pendidikan menengah umum diselenggarakan selain untuk mempersiapkan peserta didik mengikuti pendidikan tinggi juga memasuki lapangan kerja. Pendidikan menengah dapat merupakan pendidikan biasa atau pendidikan luar biasa.
3. Pendidikan Tinggi, yaitu pendidikan yang mempersiapkan peserta didik untuk menjadi anggota masyarakat yang memiliki kemampuan tinggi yang bersifat akademik dan profesional serta dapat menerapkan, mengembangkan atau menciptakan ilmu pengetahuan, teknologi, dan seni dalam rangka pembangunan nasional dan meningkatkan kesejahteraan manusia (Ihsan, 1995).

Tingkat pendidikan, baik formal maupun non formal dapat mencerminkan tingkat kecerdasan dan ketrampilan (Sumardi dkk., 1998) sehingga dapat digunakan sebagai tolok ukur dalam menentukan intelegensi seseorang. Selain itu, dapat pula digunakan untuk menentukan status kesehatan (Sukarni, 1989:18). Pendidikan formal yang pernah dicapai seseorang mempengaruhi tingkat kesehatan perumahan, karena dengan pendidikan yang dimiliki akan menambah wawasan dalam memikirkan tingkat kesehatan rumah (Rusli dkk., 2006:84).

2.6.2 Pengetahuan

Pengetahuan (*knowledge*) merupakan hasil tahu, dan terjadi setelah seseorang melakukan pengindraan suatu objek tertentu. Pengindraan terjadi melalui panca indra manusia, yakni penglihatan, pendengaran, penciuman, raba, dan rasa (Notoatmodjo, 2003:127).

Pengetahuan yang dicakup di dalam domain kognitif mempunyai enam tingkat, yakni :

- a. Tahu, diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Tahap *recall* termasuk dalam pengetahuan tingkat ini.

- b. Memahami, diartikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasi materi tersebut secara benar.
- c. Aplikasi, diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi dan kondisi riil. Aplikasi dapat diartikan penggunaan rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks yang lain.
- d. Analisis, adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam suatu struktur organisasi tersebut, dan masih ada kaitannya satu sama lain.
- e. Sintesis, menunjuk kepada suatu kemampuan untuk menghubungkan bagian-bagian dalam bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain, sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada.
- f. Evaluasi, yaitu kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian itu berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri (Notoatmodjo, 2003:128).

Pengetahuan sangat penting dalam menentukan status kesehatan (Sukarni, 1989:18). Pengetahuan terhadap kesehatan adalah pengertian dan pola pikir yang dimiliki oleh seseorang terhadap kesehatan yang diwujudkan dalam perilaku yang berhubungan dengan kesehatan. Pengertian dan pola pikir seseorang dipengaruhi oleh pengetahuan yang dimiliki oleh orang tersebut tentang kesehatan dimana pengetahuan tersebut dapat diperoleh secara formal maupun non formal (Notoatmodjo, 2003:127). Oleh karena itu, pengetahuan mengenai segi-segi penyehatan atau sanitasi lingkungan sangat berperan dalam tiap upaya kesehatan, baik secara individual maupun berkelompok dalam masyarakat (Dainur, 1995:19).

2.6.3 Pekerjaan dan Pendapatan

Mata pencaharian kepala keluarga sangat berhubungan dengan faktor kesehatan, hal ini disebabkan mata pencaharian ada hubungannya dengan pendidikan dan pendapatan yang berpengaruh langsung terhadap kesehatan keluarganya (Sukarni, 1989:19). Jenis atau status pekerjaan seseorang berhubungan erat dengan status sosial ekonomi suatu keluarga di lingkungan

masyarakat. Selain itu, jenis pekerjaan juga berhubungan erat dengan pendapatan suatu keluarga serta keluasaan ruang interaksi sosial di masyarakat (Rusli dkk., 2006:81).

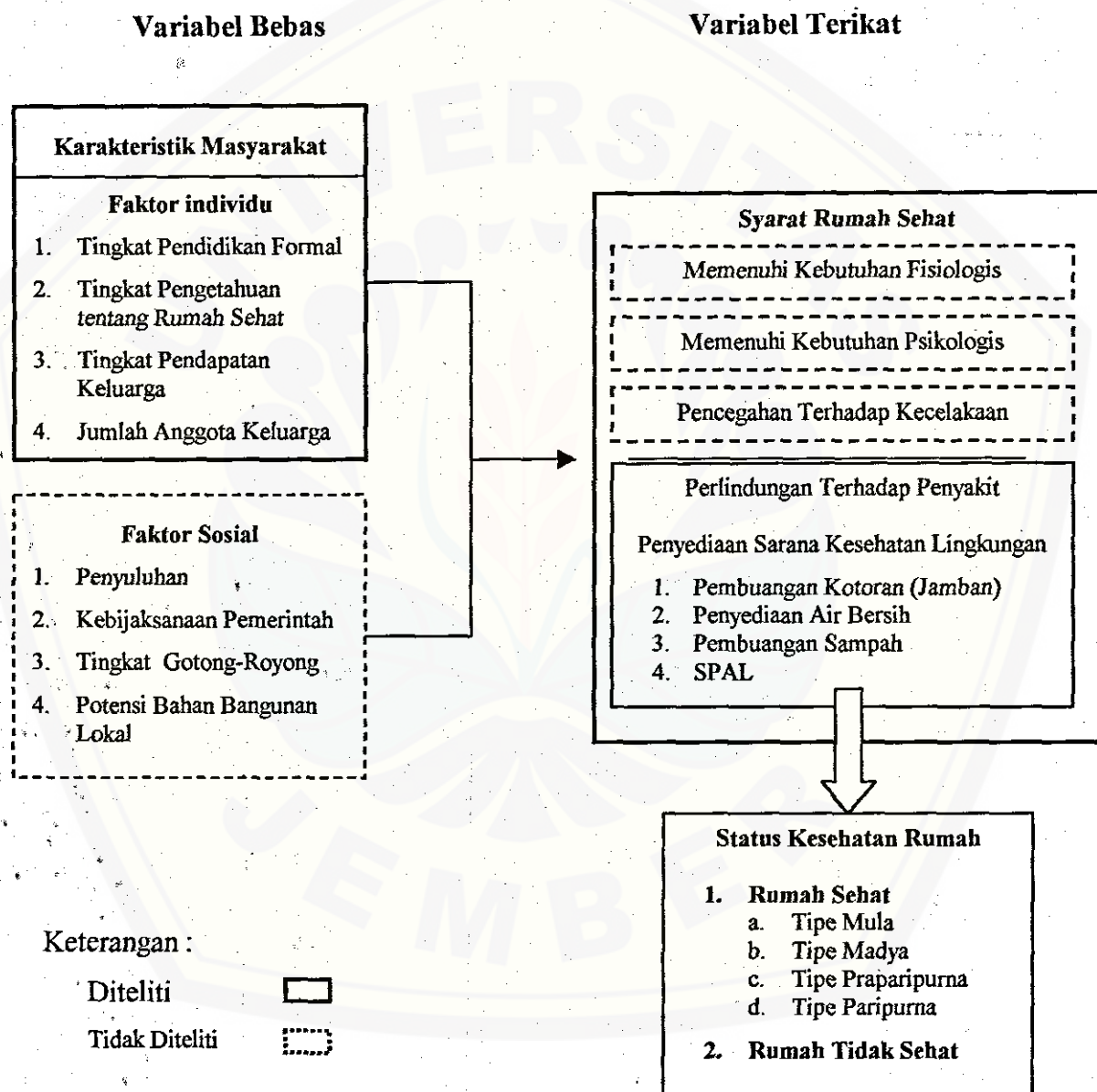
Tingkat pendapatan adalah segala penerimaan yang didapat dan ada hubungannya dengan pekerjaan. Tingkat pendapatan yang diperoleh seseorang pada tiap bulan atau tiap tahun mempunyai kadar yang berbeda. Tinggi rendahnya tingkat pendapatan seseorang sangat mempengaruhi sikap dan perilaku kehidupan keluarga yang bersangkutan (Soeyanto, 1995).

Pendapatan merupakan salah satu cara dalam mengukur ekonomi keluarga dengan lebih spesifik. Pendapatan keluarga menggambarkan hanya sebagian dasar sumber daya keluarga, namun dapat menjadi dasar penentuan status kesehatan dari keluarga (Sukarni, 1989:21). Pendapatan keluarga juga merupakan salah satu parameter kesejahteraan keluarga. Tinggi rendahnya pendapatan keluarga dapat berpengaruh terhadap banyak sedikitnya dana dan jumlah konsumsi keluarga yang harus dikeluarkan (Rusli dkk., 2006:82).

Dalam membangun sebuah rumah, seseorang akan sangat dipengaruhi oleh tingkat perekonomiannya (Widi, 2004:12). Faktor ekonomi dan pendapatan berhubungan dengan penyediaan bahan-bahan yang digunakan dalam pembangunan sebuah rumah. Masyarakat yang memiliki tingkat ekonomi rendah lebih memilih menggunakan bahan-bahan yang murah, misalnya saja mereka memilih menggunakan atap seng sebagai atap rumah daripada genteng karena harganya jauh lebih murah (Sukarni, 1989:21). Jadi dapat disimpulkan terdapat perbedaan antara masyarakat ekonomi tinggi, sedang dan rendah dalam membangun suatu rumah. Oleh karena itu, kemampuan ekonomi sangat berpengaruh terhadap bentuk dan jenis rumah yang dibangun (Widi, 2004:12).

BAB 3. KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konseptual Penelitian



Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Penelitian

Status kesehatan rumah masyarakat dapat dipengaruhi oleh karakteristik masyarakat yang didasarkan pada faktor individu, dan faktor diluar individu, yakni faktor sosial. Faktor individu terdiri dari tingkat pendidikan, pengetahuan, pendapatan, dan jumlah anggota keluarga merupakan variabel bebas yang akan diteliti untuk mencari hubungan dengan status kesehatan rumah yang dimiliki oleh masyarakat, yaitu berstatus sebagai rumah sehat atau rumah yang tidak sehat. Sedangkan faktor sosial yang berada di luar individu tidak diteliti. Menurut teori Winslow, rumah sehat adalah rumah yang yang memenuhi kebutuhan fisiologis, psikologis, serta dapat menghindari terjadinya penyakit dan kecelakaan. Peneliti menggunakan pedoman kartu rumah (Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, 2007) untuk menentukan status kesehatan rumah yang dimiliki responden, dimana kartu rumah menekankan pada penyediaan sarana kesehatan lingkungan sebagai upaya perlindungan terhadap penyakit sebagai syarat utama sebuah rumah sehat, meliputi: penyediaan air bersih, jamban keluarga, pembuangan sampah, dan saluran pembuangan air limbah. Bila sebuah rumah memiliki sarana kesehatan lingkungan yang memenuhi semua syarat maka rumah tersebut dianggap sebagai rumah sehat. Jika sebuah rumah telah dianggap sebagai rumah sehat, maka akan dilakukan penentuan tipe rumah sehat (mula, madya, prapariurna, paripurna).

3.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis dalam penelitian ini adalah :

- a. Ada hubungan hubungan antara tingkat pendidikan dengan status kesehatan rumah masyarakat di Dusun Bandalit
- b. Ada hubungan antara pengetahuan tentang rumah sehat dengan status kesehatan rumah masyarakat di Dusun Bandalit
- c. Ada hubungan antara tingkat pendapatan dengan status kesehatan rumah masyarakat di Dusun Bandalit
- d. Ada hubungan antara jumlah anggota keluarga dengan status kesehatan rumah masyarakat di Dusun Bandalit



BAB 4. METODE PENELITIAN

4.1 Jenis Penelitian

Penelitian yang dilakukan merupakan penelitian yang bersifat observasional karena peneliti hanya melakukan pengamatan dan pengukuran tanpa memberikan perlakuan atau interaksi terhadap responden. Bila berdasarkan waktu, penelitian ini termasuk *cross sectional* bersifat analitis karena pengumpulan data variabel bebas maupun variabel terikat dilakukan pada satu saat atau satu periode tertentu dan pengamatan subjek hanya dilakukan satu kali selama penelitian pada jangka waktu yang singkat dan bersamaan (Budiarto, 2004).

4.2 Populasi dan Sampel Penelitian

4.2.1 Populasi Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh Kepala Keluarga (KK) yang terdapat di Dusun Bandialit, Desa Andongrejo, Kecamatan Tempurejo, Kabupaten Jember. Jumlah populasi yang ada di Dusun Bandialit adalah sebanyak 440 KK, dimana terdapat 11 KK yang menempati rumah dinas pegawai perkebunan Bandialit bukan termasuk populasi, sehingga didapatkan total populasi sebanyak 429 KK.

4.2.2 Sampel Penelitian dan Besar Sampel

Sampel penelitian adalah sebagian dari populasi yaitu sebagian dari KK di Dusun Bandialit yang dianggap dapat mewakili untuk menjadi responden. Responden yang dimaksud adalah ibu atau bapak sebagai pemimpin keluarga. Dalam menentukan besar sampel, peneliti menggunakan rumus dari Budiarto (2004), yaitu :

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q}{d^2}$$

$$n = \frac{(1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{(0,1)^2}$$

$$n = 96$$

$$nK = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}}$$

$$nK = \frac{96}{1 + \frac{96}{429}}$$

$$nK = 78,68$$

$$\approx 79$$

dengan :

n = Besar sampel

p = Proporsi varian yang dikehendaki (0,5)

q = 1-p

z = Simpangan rata-rata distribusi normal standar pada derajat kemaknaan (1,96)

nK = Besar sampel setelah dikoreksi

N = Besarnya populasi yaitu 429 KK

4.2.3 Cara Pengambilan Sampel

Cara pengambilan sampel dilakukan dengan teknik *propotional random sampling*. Teknik ini digunakan untuk menghindari pengambilan sampel yang terkonsentrasi pada salah satu wilayah saja, sehingga dilakukan alokasi sampel. Dengan pengertian itu, maka dalam menentukan anggota sampel, peneliti mengambil wakil dari tiap kelompok yang ada dalam populasi yang disesuaikan dengan jumlah tiap kelompok (Arikunto, 2000), menggunakan rumus:

$$n_i = \frac{N_i}{N} \times n$$

Keterangan:

n_i = Besarnya sampel untuk tiap kelompok

N_i = Total masing-masing kelompok.

N = Total populasi secara keseluruhan.

n = Besar sampel.

Tabel 4.1 Perhitungan Sampel pada Tiap Kelompok

No	Nama Wilayah		N_i	N	n	$n_i = \frac{N_i}{N} \times n$
1	Kalicawang RW I	RT 1	16	429	79	3
		RT 2	19	429	79	3
		RT 3	31	429	79	6
	RW II	RT 1	19	429	79	3
		RT 2	25	429	79	5
		RT 3	17	429	79	3
	RW III	RT 1	17	429	79	3
		RT 2	18	429	79	3
		RT 3	33	429	79	6
	RW IV	RT 1	28	429	79	5
		RT 2	25	429	79	5
2	Pantai RW V	RT 1	21	429	79	4
		RT 2	36	429	79	7
		RT 3	33	429	79	6
3	Sumbergadung RW VI	RT 1	21	429	79	4
4	Sumbersalak RW VII	RT 1	26	429	79	5
		RT 2	19	429	79	3
		RT 3	25	429	79	5
Total						79

4.3 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di Dusun Bandevalit, Desa Andongrejo, Kecamatan Tempurejo, Kabupaten Jember. Waktu penelitian dilaksanakan pada minggu kedua bulan Februari 2007.

4.4 Variabel, Definisi Operasional, dan Cara Pengukuran

Tabel 4.2 Variabel, Definisi Operasional dan Cara Pengukuran

Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Skala Data
Variabel Bebas			
1. Pendidikan Formal	Jenjang atau tingkat pendidikan formal terakhir yang pernah diselesaikan oleh responden. Ada 3 kategori, meliputi: 1. Pendidikan dasar, yaitu pendidikan yang ditempuh ditingkat SD 2. Pendidikan menengah, yaitu pendidikan yang ditempuh ditingkat SMP atau SMA 3. Pendidikan tinggi, yaitu pendidikan yang ditempuh ditingkat PT	Wawancara dengan menggunakan kuesioner Pengukuran dilakukan dengan penggabungan kategori menjadi 2 guna memudahkan analisis, yaitu: - Kategori pendidikan rendah : responden dengan pendidikan terakhir SD(tamat/tidak)-SMP - Kategori pendidikan tinggi: responden dengan pendidikan terakhir SMA-PT (Subagyo, 1997)	Ordinal
2. Pengetahuan	Tingkat pengertian dan pola pikir responden terhadap syarat-syarat rumah sehat meliputi penyediaan segala sarana yang dibutuhkan.	Tes Lisan atau tertulis dengan menggunakan kuesioner. Jumlah pertanyaan : 15 dengan 3 pilihan jawaban : - Untuk 1 pilihan jawaban yang tepat mendapat skor 1 - Untuk 2 pilihan jawaban yang salah/ tidak berhubungan mendapat skor 0 (Sedarmayanti dan Hidayat, 2002) Nilai maksimal : 15 Nilai minimal : 0 Pengukuran dilakukan dengan pembagian : - Pengetahuan baik, jika skor responden >50% (8-15 jawaban pertanyaan benar) - Pengetahuan kurang, jika skor responden ≤50% (1-7 jawaban pertanyaan benar)	Ordinal
3. Pendapatan	Besarnya penghasilan yang diperoleh kepala keluarga yang digunakan untuk memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari.	Wawancara dengan menggunakan kuisisioner Pengukuran dilakukan dengan pembagian 2 kategori, yaitu : - Kategori pendapatan rendah, jika memiliki pendapatan/bulan ≤ Rp.475.000 - Kategori pendapatan tinggi, bila memiliki pendapatan/bulan > Rp. 475.000 (Standar UMR Kabupaten Jember tahun 2006 Rp.475.000)	Ordinal

Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Skala Data
4. Jumlah Anggota Keluarga	Banyaknya orang yang tinggal dalam rumah, termasuk anak dan saudara. Minimal menetap dalam rumah tersebut selama 5 tahun.	Wawancara dengan kuesioner. Pengukuran dilakukan dengan pembagian 2 kategori, yaitu : - Bila jumlah anggota keluarga "sedikit", yaitu hanya terdiri dari keluarga inti saja (1-4 orang), disebut keluarga kecil - Bila jumlah anggota keluarga "banyak", yaitu jika terdiri dari ≥ 5 orang, disebut keluarga besar. (Abramson, 1997)	Ordinal
Variabel Terikat			Nominal
Status Kesehatan Rumah, dengan indikator :			
1. Penyediaan Sumber air	Sumber pengadaan air yang biasa digunakan oleh keluarga responden. Dapat berupa sumur (sumur gali, sumur pompa), ataupun penampungan mata air.	Menggunakan lembar observasi kartu rumah dengan penilaian I, II, III, IV, dan V	
2. Pembuangan Kotoran (jamban)	Tempat untuk keperluan buang air besar (BAB) seperti jamban/WC.	Menggunakan lembar observasi kartu rumah dengan penilaian I, II, III, IV, dan V	
3. Pembuangan Sampah	Tempat untuk membuang sampah rumah tangga, seperti tempat sampah, lubang pembuangan.	Menggunakan lembar observasi kartu rumah dengan penilaian I dan II saja.	
4. Saluran Pembuangan Air Limbah (SPAL)	Saluran yang digunakan untuk pembuangan air limbah rumah tangga yang berasal dari dapur, kamar mandi. Dapat berupa selokan, pipa pengalir air limbah.	Menggunakan lembar observasi kartu rumah dengan penilaian I, dan II saja.	
Penentuan status kesehatan rumah milik responden, yaitu :			
1. Rumah responden berstatus sebagai rumah sehat bila : Seluruh sarana kesehatan lingkungan dalam rumah (meliputi : penyediaan sumber air, pembuangan kotoran atau jamban, pembuangan sampah, dan SPAL) memenuhi syarat.			
2. Rumah responden berstatus sebagai rumah tidak sehat, bila : salah satu dari 4 (empat) sarana kesehatan lingkungan ada yang tidak memenuhi syarat atau tidak ada. (Widi, 2004)			

4.5 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data

4.5.1 Data Primer

Data utama berupa data yang diperoleh peneliti dengan menggunakan alat dan teknik, berupa :

1. Instrumen

- a. Kuesioner adalah daftar pertanyaan yang secara logis berhubungan dengan masalah penelitian, dan tiap pertanyaan merupakan jawaban-jawaban yang mempunyai makna dalam menguji hipotesis (Notoatmodjo, 2002:116).
- b. Lembar Observasi yang digunakan untuk mengobservasi rumah responden.

2. Teknik

- a. Wawancara atau tes lisan, yaitu suatu metode yang dipegunakan untuk mengumpulkan data, dimana peneliti mendapatkan keterangan secara lisan dari seorang responden.
- b. Observasi (Pengamatan), yaitu suatu cara pengambilan data dengan menggunakan mata tanpa ada pertolongan standar lain untuk keperluan tersebut (Nazir, 2003).

Dalam melakukan observasi, peneliti menggunakan kartu rumah yang ditetapkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Jember (2006). Lembar observasi kartu rumah berisi syarat penentuan tipe rumah sehat, yang terbagi dalam lima kriteria, yakni :

Kriteria I. Sarana kesehatan lingkungan

1. pembuangan kotoran
2. penyediaan air bersih
3. pembuangan sampah
4. pembuangan air limbah

Kriteria II. Keadaan rumah

1. jendela ruang tidur
2. lubang asap dapur
3. ruang tidur tidak lembab
4. tidak padat penghuni

Kriteria III. Binatang/serangga penular penyakit

1. bebas jentik *Aedes aegypti*
2. bebas tikus

kriteria IV. Pekarangan

1. bersih
2. dimanfaatkan

kriteria V. Kandang

terpisah dari rumah (Lampiran 4)

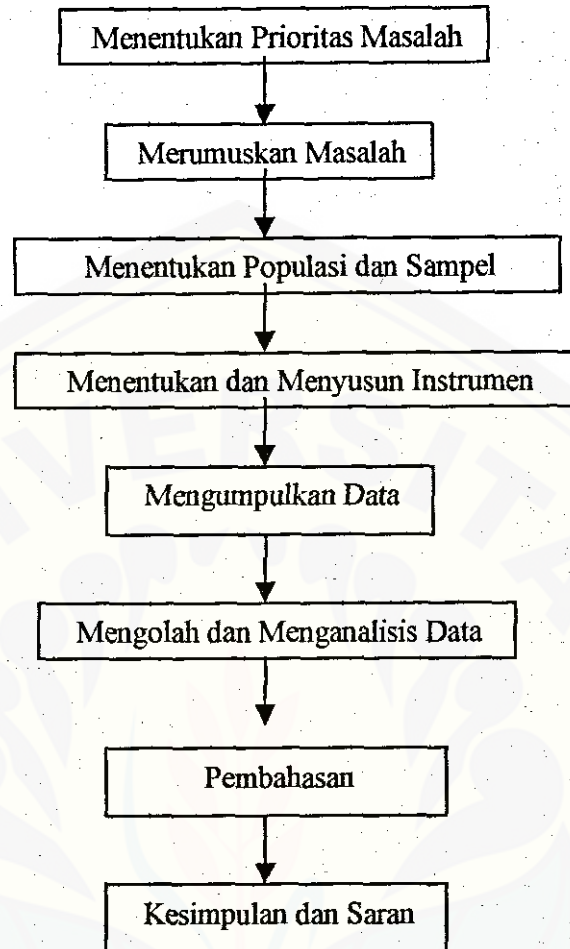
Dari seluruh kriteria di atas, pembagian rumah sehat dikelompokkan dalam 4 tipe (Widi, 2004:48), yaitu :

- 1) Rumah sehat tipe mula, yaitu rumah sehat yang memenuhi kriteria I saja.
- 2) Rumah sehat tipe madya, yaitu rumah sehat yang memenuhi kriteria I ditambah 1 sampai 3 hal dari kriteria II sampai V.
- 3) Rumah sehat tipe praparipurna, yaitu rumah sehat yang memenuhi kriteria I ditambah 4 sampai 6 hal dari kriteria II sampai V
- 4) Rumah sehat tipe paripurna, yaitu rumah sehat yang memenuhi kriteria I ditambah 7 sampai 9 hal dari kriteria II sampai V

4.5.2 Data Sekunder

Data yang telah mengalami proses pengolahan yang bukan dilakukan oleh peneliti sendiri. Dalam penelitian ini, data sekunder yang dibutuhkan meliputi data geografi dan demografi daerah tempat penelitian diadakan. Data tersebut diperoleh dari kantor Desa Andongrejo maupun dari Dusun Bandevalit.

4.6 Alur Penelitian



Gambar 4.1 Alur Penelitian

Alur penelitian dimulai dengan menentukan prioritas masalah, yaitu status kesehatan rumah yang dimiliki masyarakat di Dusun Bandalit terkait dengan tingkat pendidikan, pengetahuan, pendapatan, dan jumlah anggota keluarga dalam rumah. Setelah itu, menentukan besarnya populasi dan pemilihan sampel penelitian. Tahapan selanjutnya menentukan dan menyusun instrumen pengumpulan data. Kemudian melakukan pengolahan dan analisis data serta penyajian data terolah dan melakukan pembahasan. Dan yang terakhir adalah membuat kesimpulan dan saran yang dapat diambil dari penelitian yang dilakukan.

4.7 Teknik Pengolahan dan Analisis Data

Teknik pengolahan dan analisis data yang dilakukan oleh peneliti terdiri dari 4 tahap, yaitu :

1. Editing

Editing merupakan langkah yang pertama kali dilakukan terhadap data yang telah disiapkan dan merupakan suatu kegiatan untuk meneliti dan memperbaiki data yang telah dikumpulkan.

2. Tabulasi

Tabulasi dilakukan untuk mempermudah peneliti dalam menjumlahkan jawaban-jawaban responden secara bersama-sama dalam bentuk tabel.

3. Skoring

Yaitu memberikan skor terhadap jawaban responden maupun pada lembar observasi sesuai dengan definisi operasional yang telah ditetapkan.

4. Analisis Data

Analisa data merupakan bagian yang sangat penting dalam metode ilmiah karena dengan analisa data dapat memberikan arti dan makna yang berguna dalam memecahkan masalah penelitian. Menentukan adanya hubungan antara dua variabel dalam penelitian ini, peneliti menggunakan analisis *chi-square* dengan tingkat kepercayaan 95% dan $\alpha = 0,05$ yang diolah dengan bantuan program SPSS 10.0. Dalam pengujian *Chi Square* diharapkan bahwa sampel yang ditarik dari populasi mencerminkan karakteristik dari populasi tersebut, artinya diharapkan adanya keselarasan antara frekuensi yang teramati dengan frekuensi untuk setiap kategori yang ada (Andi, 2003).

Pengambilan keputusan didasarkan pada signifikasi yaitu: dikatakan tidak signifikan apabila P-sig (hasil uji) lebih besar dari α (0,05) atau H_0 diterima, artinya tidak ada hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikatnya, dan sebaliknya dikatakan signifikan bila nilai P-sig (hasil uji) kurang dari α (0,05) atau ditolak atau artinya ada hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikatnya.



BAB 5. HASIL PENELITIAN

5.1 Gambaran Umum Dusun Bandalit

1. Geografis

Dusun Bandalit terletak di bagian tenggara dari Kabupaten Jember dengan daratan yang bergunung dan berbukit, serta bagian selatan sangat dekat dengan pantai Laut Selatan (Samudra Indonesia) yang terkenal dengan nama Teluk Bandalit. Dusun Bandalit terletak di tengah-tengah Taman Nasional Meru Betiri. Letaknya dengan ketinggian antara 10 – 380 meter diatas permukaan laut dengan struktur tanah tipe C (Data Sekilas Dusun Bandalit, 2005).

2. Kependudukan

Berdasarkan data dari Dusun Bandalit pada tahun 2005, jumlah seluruh penduduk Bandalit adalah sebesar 1.481 jiwa, dengan komposisi: jumlah laki-laki sebanyak 741 jiwa dan perempuan sebanyak 740 jiwa (Data Sekilas Dusun Bandalit, 2005).

3. Perekonomian

Berdasarkan data tahun 2005 diketahui bahwa sebagian besar masyarakat Bandalit memiliki mata pencaharian sebagai karyawan Perkebunan Bandalit, yaitu sebanyak 384 orang, dan sebagian kecil lainnya bekerja sebagai nelayan dan petani ladang (Data Sekilas Dusun Bandalit, 2005).

4. Pendidikan

Prasarana pendidikan yang ada di Dusun Bandalit meliputi TK (Taman Kanak-kanak) sebanyak 1 buah, SDN (Sekolah Dasar Negeri) sebanyak 2 buah, dan SMPN 1 Atap sebanyak 1 buah (Data Sekilas Dusun Bandalit, 2005).

5. Kesehatan

Sarana kesehatan yang terdapat di Dusun Bandalit terdiri dari 1 Poliklinik (Balai Pengobatan Perkebunan Bandalit) dengan tenaga medis seorang mantri, 1 BKIA (Balai Kesehatan Ibu dan Anak) dengan tenaga medis seorang bidan, dan 4 Posyandu dengan 14 Kader (Data Sekilas Dusun Bandalit, 2005).

5.2 Karakteristik Responden

5.2.1 Tingkat Pendidikan

Distribusi frekuensi menurut jenjang pendidikan terakhir yang ditempuh responden di Dusun Bandalit dapat dilihat pada Tabel 5.1 berikut ini.

Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi menurut Jenjang Pendidikan Terakhir Responden di Dusun Bandalit

No.	Jenjang Pendidikan Terakhir	Jumlah	Persentase (%)
1.	Tidak Sekolah	10	13
2.	SD (Tamat/Tidak)	58	73
3.	SMP	7	9
4.	SMA	4	5
5.	PT	-	-
Total		79	100

Sumber : Data Primer, 2007

Hasil distribusi di atas menunjukkan bahwa jenjang pendidikan yang paling banyak ditempuh oleh responden adalah jenjang Sekolah Dasar (SD), dan tidak terdapat seorang responden pun yang memiliki jenjang pendidikan terakhir di Perguruan Tinggi (PT). Data hasil distribusi frekuensi menurut jenjang pendidikan terakhir responden di kelompokkan lagi menjadi dua kategori untuk memudahkan analisis, yakni tingkat pendidikan rendah dan pendidikan tinggi. Adapun tabel distribusi frekuensi menurut tingkat pendidikan responden di Dusun Bandalit dapat dilihat pada tabel 5.2 berikut ini.

Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi menurut Tingkat Pendidikan Responden di Dusun Bandalit

No.	Tingkat Pendidikan	Jumlah	Persentase (%)
1.	Pendidikan Rendah	75	95
2.	Pendidikan Tinggi	4	5
Total		79	100

Sumber: Data Primer, 2007.

Tabel 5.2 menunjukkan bahwa dari 79 responden yang menjadi sampel penelitian, sebagian besar memiliki tingkat pendidikan rendah yaitu sebanyak 75 responden (95%).

5.2.2 Tingkat Pengetahuan

Distribusi frekuensi menurut tingkat pengetahuan responden dapat dilihat pada Tabel 5.3 berikut ini.

Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi menurut Tingkat Pengetahuan Responden di Dusun Bandalit

No.	Tingkat Pengetahuan	Jumlah	Persentase (%)
1.	Pengetahuan Kurang	12	15
2.	Pengetahuan Baik	67	85
	Total	79	100

Sumber: Data Primer, 2007.

Tabel 5.3 menunjukkan bahwa dari 79 responden yang menjadi sampel penelitian, sebagian besar memiliki tingkat pengetahuan yang baik yaitu sebanyak 67 responden (85%).

5.2.3 Tingkat Pendapatan

Distribusi frekuensi menurut tingkat pendapatan responden dapat dilihat pada Tabel 5.4 berikut ini.

Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi menurut Tingkat Pendapatan Responden di Dusun Bandalit

No.	Tingkat Pendapatan	Jumlah	Persentase (%)
1.	Pendapatan Rendah ($\leq$ Rp. 475.000)	68	86
2.	Pendapatan Tinggi ($>$ Rp. 475.000)	11	14
	Total	79	100

Sumber: Data Primer, 2007.

Tabel 5.4 menunjukkan bahwa dari 79 responden yang menjadi sampel penelitian, sebagian besar memiliki tingkat pendapatan yang rendah yaitu sebanyak 68 responden (86%).

5.2.4 Jumlah Anggota Keluarga

Distribusi frekuensi menurut jumlah anggota keluarga responden dapat dilihat pada Tabel 5.5 berikut ini.

Tabel 5.5 Distribusi Frekuensi menurut Jumlah Anggota Keluarga Responden di Dusun Bandalit

No.	Jumlah Anggota Keluarga	Jumlah	Persentase (%)
1.	Keluarga Kecil (1 – 4 orang)	62	78
2.	Keluarga Besar ($\geq$ 5 orang)	17	22
	Total	79	100

Sumber: Data Primer, 2007.

Tabel 5.5 menunjukkan bahwa dari 79 responden yang menjadi sampel penelitian, sebagian besar merupakan keluarga kecil, artinya memiliki jumlah anggota keluarga sedikit, yaitu sebanyak 62 responden (78%).

5.3 Penyediaan Sarana Kesehatan Lingkungan

Sarana kesehatan lingkungan digunakan untuk menentukan status kesehatan rumah yang dimiliki oleh responden. Sarana kesehatan lingkungan terdiri dari 4 (empat) hal, yaitu penyediaan sumber air, pembuangan kotoran, pembuangan sampah, dan pembuangan air limbah. Bila semua sarana kesehatan lingkungan tersebut memenuhi syarat, maka rumah milik responden dapat dianggap sebagai rumah sehat. Namun, bila terdapat satu sarana saja yang tidak memenuhi syarat atau tidak ada, maka rumah tersebut dianggap sebagai rumah yang tidak sehat.

Hasil distribusi frekuensi menurut penyediaan sumber air oleh responden di Dusun Bandalit dapat dilihat pada Tabel 5.5 berikut ini.

Tabel 5.6 Distribusi Frekuensi menurut Penyediaan Sumber Air oleh Responden di Dusun Bandalit

No.	Sarana Penyediaan Air Bersih	Jumlah	Persentase (%)
1.	Tidak memiliki	-	-
2.	Memiliki dan memenuhi syarat	16	20
3.	Memiliki tapi tidak memenuhi syarat	-	-
4.	Bukan milik sendiri tapi memenuhi syarat	63	80
5.	Bukan milik sendiri dan tidak memenuhi syarat	-	-
Total		79	100

Sumber: Data Primer, 2007.

Tabel 5.6 menunjukkan bahwa dari 79 responden yang menjadi sampel penelitian, sebagian besar sumber penyediaan air untuk kebutuhan konsumsi sehari-hari bukan milik sendiri tapi memenuhi syarat kesehatan, yaitu berasal dari sumur umum atau sumber mata air, yaitu sebanyak 63 responden (80%).

Hasil distribusi frekuensi menurut penyediaan sarana pembuangan kotoran oleh responden di Dusun Bandalit dapat dilihat pada Tabel 5.7 berikut ini.

Tabel 5.7 Distribusi Frekuensi menurut Penyediaan Sarana Pembuangan Kotoran oleh Responden di Dusun Bandalit

No.	Sarana Pembuangan Kotoran	Jumlah	Persentase (%)
1.	Tidak memiliki	67	85
2.	Memiliki dan memenuhi syarat	8	10
3.	Memiliki tapi tidak memenuhi syarat	4	5
4.	Bukan milik sendiri tapi memenuhi syarat	-	-
5.	Bukan milik sendiri dan tidak memenuhi syarat	-	-
Total		79	100

Sumber: Data Primer, 2007.

Tabel 5.7 menunjukkan bahwa dari 79 responden yang menjadi sampel penelitian, sebagian besar tidak memiliki sarana pembuangan kotoran (jamban), yaitu sebanyak 67 responden (85%).

Hasil distribusi frekuensi menurut penyediaan sarana pembuangan sampah oleh responden di Dusun Bandalit dapat dilihat pada Tabel 5.8 berikut ini.

Tabel 5.8 Distribusi Frekuensi menurut Penyediaan Sarana Pembuangan Sampah oleh Responden di Dusun Bandalit

No.	Sarana Pembuangan Sampah	Jumlah	Persentase (%)
1.	Tidak memiliki Sarana Pembuangan Sampah	65	82
2.	Memiliki Sarana Pembuangan Sampah	14	18
	Total	79	100

Sumber: Data Primer, 2007.

Tabel 5.8 menunjukkan bahwa dari 79 responden yang menjadi sampel penelitian, sebagian besar tidak memiliki sarana pembuangan sampah yaitu sebanyak 65 responden (82%).

Hasil distribusi frekuensi menurut penyediaan saluran pembuangan air limbah (SPAL) oleh responden di Dusun Bandalit dapat dilihat pada Tabel 5.9 berikut ini.

Tabel 5.9 Distribusi Frekuensi menurut Penyediaan Saluran Pembuangan Air Limbah oleh Responden di Dusun Bandalit

No.	Saluran Pembuangan Air Limbah	Jumlah	Persentase (%)
1.	Tidak memiliki Saluran Air Limbah	68	86
2.	Memiliki Saluran Pembuangan Air Limbah	11	14
	Total	79	100

Sumber: Data Primer, 2007.

Tabel 5.9 menunjukkan bahwa dari 79 responden yang menjadi sampel penelitian, sebagian besar tidak memiliki saluran pembuangan air limbah (SPAL) yaitu sebanyak 68 responden (86%).

Dari hasil distribusi 4 (empat) sarana kesehatan lingkungan di atas, dapat ditentukan status kesehatan rumah yang dimiliki oleh responden termasuk dalam rumah yang berstatus sebagai rumah sehat atau rumah tidak sehat, adapun hasil distribusi frekuensi menurut status rumah responden dapat dilihat pada Tabel 5.10 berikut ini.

Tabel 5.10 Distribusi Frekuensi menurut Status Kesehatan Rumah Responden di Dusun Bandalit

No.	Status Rumah	Jumlah	Persentase (%)
1.	Rumah Tidak Sehat	72	91
2.	Rumah Sehat	7	9
Total		79	100

Sumber: Data Primer, 2007.

Tabel 5.10 menunjukkan bahwa dari 79 responden yang menjadi sampel penelitian, sebagian besar responden memiliki rumah yang berstatus sebagai rumah tidak sehat yaitu sebanyak 72 responden (91%). Dari hasil distribusi tersebut diketahui hanya terdapat 7 responden saja yang memiliki rumah sehat. Rumah sehat tersebut dikategorikan lagi menjadi 4 (empat) tipe sesuai dengan persyaratan yang ada, yakni rumah sehat tipe mula, madya, prapariurna, dan paripurna. Distribusi frekuensi menurut tipe rumah sehat responden dapat dilihat pada Tabel 5.11 berikut ini.

Tabel 5.11 Distribusi Frekuensi menurut Tipe Rumah Sehat Responden di Dusun Bandalit

No.	Status Rumah Sehat	Jumlah	Persentase (%)
1.	Tipe Mula	-	-
2.	Tipe Madya	-	-
3.	Tipe Prapariurna	5	71
4.	Tipe Paripurna	2	29
Total		7	100

Sumber: Data Primer, 2007.

Tabel 5.11 menunjukkan bahwa dari 7 responden yang memiliki rumah sehat, sebagian besar memiliki rumah sehat tipe prapariurna yaitu sebanyak 5 responden (71%), sedangkan 2 responden (29%) memiliki rumah sehat tipe paripurna.

5.4 Analisis Analitik Berdasarkan Uji *Chi Square*

5.4.1 Hubungan antara Tingkat Pendidikan dengan Status Kesehatan Rumah di Dusun Bandalit.

Hubungan tingkat pendidikan kepala keluarga dengan status kesehatan rumah yang dimiliki masyarakat di Dusun Bandalit dapat dilihat pada tabel 5.12 berikut ini.

Tabel 5.12 Hasil *Crosstabs* Hubungan antara Tingkat Pendidikan dengan Status Kesehatan Rumah di Dusun Bandalit

Tingkat Pendidikan	Status Rumah		Jumlah
	Rumah Tidak Sehat	Rumah Sehat	
Rendah	70 (88%)	5 (6%)	75 (94%)
Tinggi	2 (3%)	2 (3%)	4 (5%)
Jumlah	72 (91%)	7 (9%)	79 (100%)

Sumber : Data Primer Terolah, 2007.

Tabel 5.12 menunjukkan bahwa dari 75 responden yang memiliki tingkat pendidikan rendah, diketahui bahwa sebagian besar memiliki rumah yang berstatus sebagai rumah tidak sehat, dengan persentase sebesar 88% sebanyak 70 responden. Berdasarkan hasil *crosstabs* dengan tingkat kepercayaan 95% ($\alpha = 0,05$) didapatkan nilai p sebesar 0,037 sehingga karena $p < 0,05$ maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan status kesehatan rumah di Dusun Bandalit.

5.4.2 Hubungan antara Tingkat Pengetahuan dengan Status Kesehatan Rumah di Dusun Bandalit.

Hubungan tingkat pengetahuan kepala keluarga dengan status kesehatan rumah yang dimiliki masyarakat di Dusun Bandalit dapat dilihat pada tabel 5.13 berikut ini.

Tabel 5.13 Hasil *Crosstabs* Hubungan antara Tingkat Pengetahuan dengan Status Kesehatan Rumah di Dusun Bandalit

Tingkat Pengetahuan	Status Rumah		Jumlah
	Rumah Tidak Sehat	Rumah Sehat	
Kurang	12 (15%)	0 (0%)	12 (15%)
Baik	60 (76%)	7 (9%)	67 (85%)
Jumlah	72 (91%)	7 (9%)	79 (100%)

Sumber : Data Primer Terolah, 2007.

Tabel 5.13 menunjukkan bahwa dari 67 responden yang memiliki tingkat pengetahuan baik, diketahui bahwa sebagian besar memiliki rumah yang berstatus sebagai rumah tidak sehat, dengan persentase sebesar 76% sebanyak 60 responden. Berdasarkan hasil *crosstabs* dengan tingkat kepercayaan 95% ($\alpha = 0,05$) didapatkan nilai p sebesar 0,587 sehingga karena $p > 0,05$ maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan dengan status kesehatan rumah di Dusun Bandalit.

5.4.3 Hubungan antara Tingkat Pendapatan dengan Status Kesehatan Rumah di Dusun Bandalit.

Hubungan tingkat pendapatan keluarga dengan status kesehatan rumah masyarakat di Dusun Bandalit dapat dilihat pada tabel 5.14 berikut ini.

Tabel 5.14 Hasil *Crosstabs* Hubungan antara Tingkat Pendapatan dengan Status Kesehatan Rumah di Dusun Bandalit

Tingkat Pendapatan	Status Rumah		Jumlah
	Rumah Tidak Sehat	Rumah Sehat	
Rendah	68 (86%)	0 (0%)	68 (86%)
Tinggi	4 (5%)	7 (9%)	11 (14%)
Jumlah	72 (91%)	7 (9%)	79 (100%)

Sumber : Data Primer Terolah, 2007.

Tabel 5.14 menunjukkan bahwa dari 68 responden dengan pendapatan rendah, memiliki rumah tidak sehat, dengan persentase 86% sebanyak 68 responden. Berdasarkan hasil *crosstabs* dengan tingkat kepercayaan 95% ($\alpha = 0,05$) didapatkan nilai p sebesar 0,0001 sehingga karena $p < 0,05$ maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendapatan dengan status kesehatan rumah di Dusun Bandalit.

5.4.4 Hubungan antara Jumlah Anggota Keluarga dengan Status Kesehatan Rumah di Dusun Bandalit.

Hubungan jumlah anggota keluarga dengan status kesehatan rumah yang dimiliki masyarakat di Dusun Bandalit dapat dilihat pada tabel 5.15 berikut ini.

Tabel 5.15 Hasil *Crosstabs* Hubungan antara Jumlah Anggota Keluarga dengan Status Kesehatan Rumah di Dusun Bandalit

Jumlah Anggota Keluarga	Status Rumah		Jumlah
	Rumah Tidak Sehat	Rumah Sehat	
Keluarga Besar (≥ 5 orang)	16 (20%)	1 (1%)	17 (22%)
Keluarga Kecil (1-4 orang)	56 (71%)	6 (8%)	62 (78%)
Jumlah	72 (91%)	7 (9%)	79 (100%)

Sumber : Data Primer Terolah, 2007.

Tabel 5.15 menunjukkan bahwa dari 62 responden yang memiliki jumlah anggota keluarga sedikit (keluarga kecil), memiliki rumah yang tidak sehat dengan persentase 71% sebanyak 56 responden. Berdasarkan hasil *crosstabs* dengan tingkat kepercayaan 95% ($\alpha = 0,05$) didapatkan nilai p sebesar 1,00 sehingga karena $p > 0,05$ maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara jumlah anggota keluarga dengan status kesehatan rumah.



BAB 6. PEMBAHASAN

6.1 Karakteristik Masyarakat

Tingkat pendidikan, baik formal maupun non formal dapat mencerminkan tingkat kecerdasan dan ketrampilan (Sumardi dkk., 1998) sehingga dapat digunakan sebagai tolok ukur dalam menentukan intelegensi seseorang dan dapat pula digunakan untuk menentukan status kesehatan (Sukarni, 1989:18). Dalam penelitian ini, tingkat pendidikan responden dikelompokkan menjadi dua tingkatan, yaitu pendidikan rendah (meliputi; tidak sekolah, SD, dan SMP) dan pendidikan tinggi (meliputi; SMA dan Perguruan Tinggi). Berdasarkan hasil penelitian terhadap 79 responden, diketahui bahwa persentase tertinggi tingkat pendidikan yang pernah ditempuh responden adalah pendidikan rendah yaitu sebesar 95% sebanyak 75 responden dimana pendidikan SD merupakan tingkat pendidikan yang paling banyak ditempuh oleh responden, sedangkan persentase terendah terdapat pada tingkat pendidikan Perguruan Tinggi, dimana tidak ada seorang responden pun yang pernah menempuh pendidikan di perguruan tinggi. Hal ini disebabkan oleh faktor ekonomi yang memaksa mereka bekerja di usia muda dan meninggalkan bangku sekolah demi membantu ekonomi keluarga. Selain itu, masyarakat yang berpendapatan rendah menganggap bahwa mereka tidak banyak membutuhkan pendidikan yang tinggi, sebab bekerja sebagai karyawan atau petani ladang yang dipentingkan bukan ijazah semata, namun ketrampilan dan pengalaman yang diperlukan (Taryati dkk., 1995).

Pengetahuan sangat penting dalam menentukan status kesehatan. Pengetahuan terhadap kesehatan adalah pengertian dan pola pikir yang dimiliki oleh seseorang terhadap kesehatan yang diwujudkan dalam perilaku yang berhubungan dengan kesehatan (Notoatmodjo, 2003:127). Berdasarkan hasil penelitian terhadap 79 responden, diketahui persentase tertinggi tingkat pengetahuan responden berada dalam tingkatan pengetahuan baik yaitu sebesar 85% sebanyak 67 responden. Dapat disimpulkan selama penelitian berlangsung,

pengetahuan responden tentang rumah sehat dianggap cukup baik, dan mereka mengerti tentang sarana apa saja yang seharusnya terdapat dalam rumah.

Pendapatan merupakan salah satu cara dalam mengukur ekonomi keluarga dengan lebih spesifik. Pendapatan keluarga menggambarkan hanya sebagian dasar sumber daya keluarga, namun dapat menjadi dasar penentuan status kesehatan dari keluarga (Sukarni, 1989:21). Tingkat ekonomi atau pendapatan setiap keluarga bervariasi satu sama lain, sehingga pembangunan rumah tinggal pun disesuaikan dengan kemampuan sosial ekonomi mereka (Sugihen, 1997). Berdasarkan hasil penelitian terhadap 79 responden, diketahui bahwa persentase tertinggi tingkat pendapatan yang diperoleh responden setiap bulannya tergolong dalam pendapatan rendah atau kurang dari standar UMR tahun 2006 sejumlah Rp. 475.000, yaitu sebesar 86% sebanyak 68 responden. Hal ini disebabkan karena pendapatan mereka sebagai karyawan Perkebunan Bandalit sangat minim sehingga banyak sebagian masyarakat yang mencari penghasilan tambahan dengan cara berladang atau mencari ikan di laut. Hal tersebut mereka lakukan untuk bisa mencukupi kebutuhan keluarganya setiap hari. Hasil penelitian ini juga didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Yuswadi (2006), yang mengungkapkan bahwa tingkat pendapatan masyarakat di daerah Taman Nasional Meru Betiri masih rendah. Tingkat pendapatan masyarakat berdasarkan angka besarnya pendapatan per kapita masih tergolong rendah, bahkan masih berada dibawah tingkat hidup cukup. Keadaan ini dapat terjadi karena tingkat pendidikan masyarakatnya yang masih rendah, yaitu lebih dari 50% adalah tidak tamat SD.

Ukuran keluarga merupakan salah satu faktor yang berpengaruh dalam suatu keluarga terhadap tingkat kesehatan rumah tangga. Jumlah anggota keluarga yang banyak, berkaitan dengan besarnya dana tanggungan yang harus dikeluarkan (Rusli dkk., 2006:82). Jumlah anggota keluarga dikategorikan menjadi dua, yakni jika anggota keluarga sedikit atau hanya terdiri dari keluarga inti, disebut keluarga kecil, dan jika anggota keluarga banyak, disebut keluarga besar. Keluarga kecil adalah keluarga inti dimana kelompok kekerabatan terdiri atas ayah, ibu, dan anak-anak yang belum memisahkan diri, sedangkan keluarga besar adalah mencakup semua orang yang berketurunan dari kakek nenek yang sama, termasuk

keturunan masing-masing istri dan suami (Ranjabar, 2006). Fungsi keluarga sebagai unit ekonomi adalah salah satu karakteristik masyarakat desa (Rahardjo, 1999). Keluarga inti umumnya kelompok sosial yang menjalankan ekonomi rumah tangga sebagai suatu kesatuan (Taryati, 1995). Berdasarkan hasil penelitian terhadap 79 responden, diketahui bahwa persentase tertinggi jumlah anggota keluarga responden adalah sedikit atau disebut juga keluarga kecil, dimana jumlah anggota keluarganya hanya sebanyak 1 – 4 orang saja., yaitu sebesar 78% sebanyak 62 responden. Hal itu dikarenakan sebagian besar masyarakat mengaku terdapat anggota keluarga yang merantau ke kota atau ke luar negeri untuk mencari penghasilan yang lebih tinggi, sehingga penghuni rumah mereka hanya sedikit.

6.2 Status Kesehatan Rumah

Penyediaan sarana kesehatan lingkungan merupakan syarat utama untuk menentukan status rumah yang dimiliki masyarakat. Sarana kesehatan lingkungan terdiri dari empat hal, yakni; penyediaan sumber air, pembuangan kotoran, pembuangan sampah, dan pembuangan air limbah. Bila semua sarana kesehatan lingkungan tersebut memenuhi syarat, maka sebuah rumah dapat dianggap sebagai rumah sehat. Namun, bila terdapat satu sarana saja yang tidak memenuhi syarat atau tidak ada, maka rumah tersebut dianggap sebagai rumah tidak sehat.

Penyediaan sumber air oleh masyarakat Dusun Bandalit sebagian besar berasal dari sumur, baik sumur milik pribadi maupun sumur umum. Selain itu, terdapat pula masyarakat yang menggunakan air dari sumber mata air. Berdasarkan hasil penelitian terhadap 79 responden, diketahui bahwa persentase tertinggi responden tidak memiliki penyediaan sumber air sendiri, yaitu sebesar 80% sebanyak 63 responden. Penyediaan sumber air mereka bukan milik sendiri tapi memenuhi syarat, yaitu berupa sumur umum dan sumber dari mata air. Hanya terdapat 20% responden saja yang memiliki sumur pribadi. Sesuai dengan prinsip teknologi tepat guna di pedesaan maka air minum yang berasal dari mata air dan sumur dalam dapat diterima sebagai air yang sehat, dan memenuhi persyaratan fisik, kimia dan bakteriologis, asalkan tidak tercemar oleh kotoran terutama

kotoran manusia dan binatang (Notoatmodjo, 2003:153). Fasilitas sumber air minum menunjukkan adanya perbedaan yang cukup tinggi antara daerah kota dengan daerah pedesaan, padahal fasilitas tersebut sangat menentukan dalam upaya untuk meningkatkan taraf hidup kesehatan masyarakat (Bariman, 1990).

Masyarakat Bandalit sebagian besar tidak memiliki sarana pembuangan kotoran yang memenuhi syarat. Berdasarkan hasil penelitian terhadap 79 responden, diketahui bahwa persentase tertinggi responden tidak memiliki sarana pembuangan kotoran (jamban), yaitu sebesar 85% sebanyak 67 responden. Hanya terdapat 8 responden (10%) saja yang memiliki jamban keluarga yang memenuhi syarat. Responden mengaku melakukan buang air besar (BAB) di sungai. Mereka tidak mampu membangun jamban keluarga dalam rumahnya. Mereka hanya mampu membangun kamar mandi tanpa jamban. Kebiasaan masyarakat buang air besar di sungai dapat membuat air sungai menjadi kotor, dan hal itu akan membahayakan orang-orang yang mengambil air sungai untuk kepentingan rumah tangga (Heru, 1995:36). Selain itu, kebiasaan buang air besar di sungai dapat membawa risiko penyakit karena air atau *water borne disease* (Dainur, 1995:34). Karena kotoran manusia (tinja) adalah sumber penyebaran yang multikompleks. Kurangnya perhatian terhadap pengelolaan tinja disertai dengan cepatnya pertumbuhan penduduk akan mempercepat penyakit-penyakit yang akan ditularkan melalui tinja (Entjang, 2000:89).

Masyarakat Bandalit sebagian besar tidak memiliki saluran pembuangan air limbah. Berdasarkan hasil penelitian terhadap 79 responden, diketahui bahwa persentase tertinggi responden tidak memiliki saluran pembuangan air limbah, yaitu sebesar 86% sebanyak 68 responden. Hanya terdapat 11 responden (14%) saja yang memiliki saluran pembuangan air limbah. Responden hanya membuang air limbah rumah tangga mereka di tanah di sekitar rumah begitu saja. Hal itu dapat menimbulkan bahaya bagi kesehatan. Air limbah rumah tangga banyak mengandung bahan-bahan organik, sehingga merupakan media bagi agen penyakit. Langkah tepat pemecahan masalah air limbah ini adalah dengan perlindungan sumber air bersih terhadap air limbah dan mengupayakan agar

sebagian areal pemukiman dimanfaatkan untuk pembuangan air limbah secara sehat (Dainur, 1995:31).

Tempat pembuangan sampah dapat dikategorikan sebagai indikator kualitas rumah tinggal sekaligus indikator kesadaran masyarakat akan lingkungan hidup sehat (Bariman, 1992). Pembuangan sampah di desa tidak dilakukan seperti di perkotaan, yang mempunyai pengumpulan ulang sampah oleh pemerintah secara formal. Berdasarkan hasil penelitian terhadap 79 responden, diketahui bahwa persentase tertinggi responden tidak memiliki sarana pembuangan sampah, yaitu sebesar 82% sebanyak 65 responden. Hanya terdapat 14 responden (18%), yang memiliki sarana pembuangan sampah di rumahnya berupa lubang galian dibelakang rumahnya yang nantinya ditimbun apabila sudah terisi penuh oleh sampah. Sebagian responden mengaku membuang sampah mereka di tepian sungai. Hal tersebut tentu saja dapat menimbulkan bahaya besar, diantaranya pencemaran air oleh sampah dan bahaya apabila air sungai digunakan untuk kebutuhan rumah tangga (Heru, 1995:36). Selain itu, pembuangan sampah yang dibakar di tempat terbuka atau dibuang di sembarang tempat dapat menimbulkan pencemaran udara dan bahaya besar (Sudarmadji, 2004). Kepemilikan sarana pembuangan sampah di lingkungan rumah yang masih minim menunjukkan masih kurang adanya rasa kesadaran masyarakat akan cara pembuangan sampah.

Dari penyediaan 4 sarana kesehatan lingkungan di atas, dapat ditentukan status kesehatan rumah yang dimiliki oleh responden termasuk dalam rumah yang berstatus sebagai rumah sehat atau rumah tidak sehat. Berdasarkan hasil penelitian terhadap 79 responden, diketahui bahwa persentase tertinggi status kesehatan rumah yang dimiliki masyarakat terdapat pada rumah tidak sehat, yaitu sebesar 91% sebanyak 72 responden. Hanya terdapat 7 responden (9%) saja yang memiliki rumah yang berstatus sebagai rumah sehat. Dengan pembagian, sebanyak 5 responden memiliki rumah sehat tipe prapariurna dan 2 responden memiliki rumah sehat tipe paripurna.

6.3 Hubungan antara Tingkat Pendidikan Kepala Keluarga dengan Status Kesehatan Rumah di Dusun Bandealit.

Berdasarkan hasil penelitian terhadap 79 responden, diketahui bahwa sebanyak 75 responden memiliki tingkat pendidikan rendah dan 4 responden memiliki tingkat pendidikan tinggi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 75 responden dengan tingkat pendidikan rendah, sebanyak 70 responden (88%) memiliki rumah yang berstatus sebagai rumah tidak sehat dan hanya 5 responden (6%) saja yang memiliki rumah yang berstatus sebagai rumah sehat, sedangkan dari 4 responden dengan tingkat pendidikan tinggi, diketahui 2 responden (3%) memiliki rumah yang berstatus sebagai rumah sehat dan 2 responden (3%) memiliki rumah yang berstatus rumah tidak sehat. Berdasarkan hasil *Crosstabs* dengan tingkat kepercayaan 95% ($\alpha = 0,05$) didapatkan nilai p sebesar 0,037 sehingga karena $p < 0,05$ maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan status kesehatan rumah.

Hasil penelitian ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Sumardi dkk. (1998), bahwa tingkat pendidikan, baik formal maupun non formal dapat mencerminkan tingkat kecerdasan dan ketrampilan sehingga dapat digunakan sebagai tolok ukur dalam menentukan intelegensi seseorang. Selain itu, pendapat ini juga diperkuat oleh Sukarni (1989:18), yang mengungkapkan bahwa tingkat pendidikan dapat digunakan untuk menentukan status kesehatan, termasuk kesehatan rumah.

Samuel (1982:81), mengungkapkan bahwa pendidikan adalah segala usaha yang dilakukan secara sadar untuk mengubah tingkah laku individu ke arah yang lebih baik yang diharapkan, yaitu proses yang membawa individu kepada pengertian dan pelaksanaan nilai-nilai yang berlaku dalam masyarakat. Hal tersebut menggambarkan ada pengaruh pendidikan dalam pemikiran seseorang, termasuk pemikiran terhadap kesehatan rumah tinggal. Hasil penelitian ini didukung pula oleh penelitian yang dilakukan oleh Rusli dkk. (2006:84), yang mengungkapkan bahwa pendidikan formal yang pernah dicapai seseorang mempengaruhi tingkat kesehatan perumahan, karena dengan pendidikan yang dimiliki akan menambah wawasan seseorang dalam memikirkan tingkat kesehatan

rumah. Selain itu, Prasetyo dkk. (2003:142), mengungkapkan bahwa pengetahuan, ketrampilan, dan kemampuan manusia dikembangkan melalui sistem pendidikan. Dalam sistem pendidikan terdapat berbagai cara untuk mendapatkan hasil, termasuk hasil positif yang diwujudkan dalam perilaku sehat dan prakteknya.

Bariman (1990), mengungkapkan bahwa tingkat pendidikan sering berkaitan erat dengan faktor sosial ekonomi lainnya seperti pendapatan, pekerjaan, kebiasaan hidup, keadaan gizi, keadaan perumahan, dan daerah tempat tinggal. Mereka yang berpendidikan rendah biasanya mempunyai tingkat pendapatan yang rendah, bertempat tinggal di rumah yang berkondisi kurang memenuhi persyaratan yang dikatakan sehat.

6.4 Hubungan antara Tingkat Pengetahuan Kepala Keluarga dengan Status Kesehatan Rumah di Dusun Bandalit.

Berdasarkan hasil penelitian terhadap 79 responden, diketahui bahwa sebanyak 12 responden memiliki tingkat pengetahuan kurang dan 67 responden memiliki tingkat pengetahuan baik. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 12 responden yang memiliki tingkat pengetahuan kurang, diketahui bahwa semua responden (15%) memiliki rumah yang berstatus sebagai rumah tidak sehat dan tidak ada seorang pun yang memiliki rumah yang berstatus sebagai rumah sehat, sedangkan dari 67 responden yang memiliki tingkat pengetahuan baik, diketahui bahwa sebanyak 60 responden (76%) memiliki rumah yang berstatus sebagai rumah tidak sehat dan hanya 7 responden (9%) saja yang memiliki rumah yang berstatus sebagai rumah sehat. Berdasarkan hasil *Crosstabs* dengan tingkat kepercayaan 95% ($\alpha = 0,05$) didapatkan nilai p sebesar 0,587 sehingga karena $p > 0,05$ maka dapat disimpulkan bahwa ada tidak hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan dengan status kesehatan rumah.

Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Notoatmodjo (2003:127), yang mengungkapkan bahwa pengertian dan pola pikir seseorang dipengaruhi oleh pengetahuan yang dimiliki oleh orang tersebut tentang kesehatan, termasuk pula kesehatan tentang perumahan. Selain itu, Dainur

(1995:19), juga berpendapat bahwa pengetahuan mengenai segi-segi penyehatan atau sanitasi lingkungan sangat berperan dalam tiap upaya kesehatan, baik secara individual maupun secara berkelompok dalam masyarakat. Namun hasil penelitian ini didukung oleh Prasetyo dkk. (2003:143), yang menyatakan bahwa dengan dimilikinya pengetahuan yang benar tentang kesehatan oleh seseorang tidak selalu menjamin orang tersebut akan berperilaku sehat, termasuk perilaku untuk menciptakan sebuah rumah yang sehat. Selain itu, teori tentang budaya jelas menggambarkan keterkaitan yang erat antara tata nilai dan perilaku masyarakat dengan pengetahuan (Amsyari, 1996). Jadi meskipun kesadaran dan pengetahuan masyarakat tentang rumah sehat cukup baik, tapi bila tidak didukung oleh sarana atau sumberdaya keluarga, pengetahuan tersebut tidak akan terwujud dalam perilaku (Mantra, 1994). Mantra mengungkapkan unsur-unsur yang diperlukan agar seorang individu bisa berbuat sesuatu, yaitu pengertian pengetahuan (*knowledge*) tentang apa yang akan dilakukannya, keyakinan atau kepercayaan tentang manfaat dari apa yang akan dilakukannya (*attitude* yang positif), sarana yang diperlukan untuk melakukannya (unsur *enabling*), serta dorongan atau motivasi untuk berbuat, yang dilandasi oleh kebutuhan yang dirasakan. Jadi pengetahuan saja tidak dapat menjadikan dasar mutlak seseorang berperilaku sesuai apa yang diketahuinya. Terdapat berbagai hal lain yang mempengaruhi seseorang untuk berperilaku.

6.5 Hubungan antara Tingkat Pendapatan Keluarga dengan Status Kesehatan Rumah di Dusun Bandalit.

Berdasarkan hasil penelitian terhadap 79 responden, diketahui bahwa sebanyak 68 responden memiliki tingkat pendapatan rendah dan 11 responden memiliki tingkat pendapatan tinggi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 68 responden yang memiliki pendapatan rendah, diketahui bahwa sebanyak 68 responden (86%) memiliki rumah yang berstatus sebagai rumah tidak sehat dan tidak ada seorang pun yang memiliki rumah yang berstatus sebagai rumah sehat, sedangkan 11 responden yang memiliki pendapatan tinggi, diketahui sebanyak 7 responden (9%) memiliki rumah yang berstatus sebagai rumah sehat dan 4

responden (5%) lainnya memiliki rumah yang berstatus sebagai rumah tidak sehat. Berdasarkan hasil *Crosstabs* dengan tingkat kepercayaan 95% ($\alpha = 0,05$) didapatkan nilai p sebesar 0,0001 sehingga karena $p < 0,05$ maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendapatan dengan status kesehatan rumah.

Hasil penelitian ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Widi (2004:12), yang mengungkapkan bahwa dalam membangun sebuah rumah, seseorang akan sangat dipengaruhi oleh tingkat perekonomiannya. Selain itu, pendapat ini juga diperkuat oleh Sukarni (1989:21), yang mengungkapkan bahwa pendapatan keluarga menggambarkan hanya sebagian dasar sumber daya keluarga, namun dapat menjadi dasar penentuan status kesehatan dari keluarga. Faktor ekonomi dan pendapatan berhubungan dengan penyediaan bahan-bahan yang digunakan dalam pembangunan sebuah rumah. Masyarakat yang memiliki tingkat ekonomi rendah lebih memilih menggunakan bahan-bahan yang murah, misalnya saja mereka memilih menggunakan atap seng sebagai atap rumah daripada genteng karena harganya jauh lebih murah. Jadi semakin jelaslah terdapat perbedaan antara masyarakat ekonomi tinggi, sedang dan rendah dalam membangun suatu rumah. Oleh karena itu, kemampuan ekonomi sangat berpengaruh terhadap bentuk dan jenis rumah yang dibangun (Widi, 2004:12). Selain itu, penelitian ini didukung oleh penelitian yang dilakukan Ananta dan Munir (1984), yang mengungkapkan bahwa naiknya tingkat pendapatan akan dibarengi dengan meningkatnya kualitas rumah tangga dan menurunnya rasio rumah tangga yang sakit.

6.6 Hubungan antara Jumlah Anggota Keluarga dengan Status Kesehatan Rumah di Dusun Bandalit.

Berdasarkan hasil penelitian terhadap 79 responden, diketahui bahwa sebanyak 62 responden memiliki jumlah anggota keluarga sedikit atau tergolong sebagai keluarga kecil dan 17 responden memiliki jumlah anggota keluarga banyak (lebih dari 4 orang). Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 62 responden dengan jumlah anggota keluarga sedikit atau keluarga kecil, sebanyak

56 responden (71%) memiliki rumah yang berstatus sebagai rumah tidak sehat dan 6 responden (8%) lainnya memiliki rumah yang berstatus rumah sehat, sedangkan dari 17 responden dengan jumlah anggota keluarga banyak atau keluarga besar, sebanyak 16 responden (20%) memiliki rumah yang berstatus sebagai rumah tidak sehat dan hanya 1 responden (1%) saja yang memiliki yang berstatus rumah sehat. Berdasarkan hasil *Crosstabs* dengan tingkat kepercayaan 95% ($\alpha = 0,05$) didapatkan nilai p sebesar 1,00 sehingga karena $p > 0,05$ maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara jumlah anggota keluarga dengan status kesehatan rumah.

Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Rusli dkk. (2006:82), yang menyatakan bahwa jumlah anggota keluarga dapat menjadi salah satu faktor yang berpengaruh dalam suatu keluarga terhadap tingkat kesehatan rumah tangga. Jumlah anggota keluarga yang banyak, selain berkaitan dengan besarnya dana tanggungan yang harus dikeluarkan dan juga mempengaruhi dalam pembagian peran serta dalam kesehatan lingkungan rumah serta peran sosial kemasyarakatan.

Namun hasil penelitian ini didukung oleh Handayani (2004:123), yang mengungkapkan bahwa pada saat ini terjadi penurunan jumlah anggota keluarga dalam rumah tangga yang disebabkan karena turunnya tingkat fertilitas. Penurunan rata-rata jumlah anggota rumah tangga disebabkan oleh meningkatnya laju pertumbuhan rumah tangga. Hal tersebut menyiratkan, bahwa seorang anak yang menikah akan segera memisahkan diri atau hidup membentuk rumah tangga baru, sekaligus menunjukkan adanya pergeseran sikap dan budaya anak terhadap orang tua. Kemampuan ekonomi yang lebih baik, serta independensi yang lebih kuat mendorong terbentuknya keluarga inti. Hal tersebut menunjukkan bahwa ukuran keluarga yang ditinjau dari segi banyaknya jumlah anggota keluarga tidak lagi menentukan peranan dalam kehidupan sehari-hari, termasuk tingkat kesehatan dalam rumah tangga dan status kesehatan rumah yang dimiliki sebuah keluarga.

BAB 7. KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Dusun Bandalit, Desa Andongrejo, Kecamatan Tempurejo, Kabupaten Jember, dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Karakteristik masyarakat dapat dideskripsikan sebagai berikut : tingkat pendidikan yang banyak ditempuh masyarakat di Dusun Bandalit adalah pendidikan rendah., tingkat pengetahuan masyarakat Bandalit tentang rumah sehat sebagian besar tergolong dalam tingkat pengetahuan baik, tingkat pendapatan masyarakat Bandalit sebagian besar tergolong dalam tingkat pendapatan rendah, dan jumlah anggota keluarga dalam rumah masyarakat Bandalit sebagian besar tergolong dalam keluarga kecil, yaitu hanya terdiri dari keluarga inti.
2. Penyediaan sarana kesehatan lingkungan oleh masyarakat Bandalit tergolong sangat kurang. Sebagian masyarakat menggunakan sumur umum sebagai sumber airnya, sebagian besar tidak memiliki sarana pembuangan kotoran, sarana pembuangan sampah dan saluran pembuangan air limbah, sehingga status rumah masyarakat Bandalit sebagian besar tergolong sebagai rumah tidak sehat. Adapun rumah sehat yang paling banyak dimiliki oleh Masyarakat Bandalit adalah tipe praparipurna.
3. Berdasarkan hasil *Crosstabs* diperoleh hubungan faktor yang mempengaruhi status rumah, sebagai berikut : ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dan tingkat pendapatan dengan status kesehatan rumah, namun tidak ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dan jumlah anggota keluarga dengan status kesehatan rumah masyarakat di Dusun Bandalit.

7.2 Saran

1. Pemerintah Daerah Kabupaten Jember perlu melakukan pemenuhan kebutuhan perumahan yang layak, aman, dan terjangkau yang menitikberatkan kepada masyarakat miskin dan berpendapatan rendah, melalui program perbaikan perumahan dan pemukiman desa tertinggal melalui mekanisme pemugaran perumahan dan lingkungan desa secara terpadu (P2LDT) atau melalui proyek WSLIC (*Water and Sanitation for Low Income*).
2. Dinas kesehatan perlu melakukan revisi terhadap kartu rumah yang digunakan saat ini dengan menyesuaikan dengan Keputusan Menteri Kesehatan nomor 829/MENKES/SK/VII/1999 tentang persyaratan kesehatan rumah tinggal.
3. Masyarakat perlu memahami lebih mendalam tentang pentingnya penyediaan sarana kesehatan lingkungan (sanitasi dasar) dalam rumah tinggal, sehingga keadaan kesehatan lingkungan di Indonesia dapat menjadi lebih baik.
4. Perlu dilakukan penelitian tentang faktor-faktor lain yang mungkin mempengaruhi tingkat kesehatan rumah, misalnya : faktor sosial budaya dan faktor sosial demografi, sehingga dapat dijadikan pembanding dalam perbaikan tingkat kesehatan rumah.

- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2004. *Profil PPM-PL*. http://www.ppmppl.depkes.go.id/dinkes/images_data.pdf [17 November 2006].
- Dinas Kesehatan Kabupaten Jember. 2006. *Penyehatan Lingkungan Pemukiman*. Jember : Dinas Kesehatan.
- Dinas Kesehatan. 2007. *Penyuluhan Perilaku Sehat*. <http://www.jawatengah.go.id/dinkes/new/SPM/bab4.htm> [12 Januari 2007].
- Entjang, Indan. 2000. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Bandung : Citra Aditya Bakti.
- Friedman, Marilyn M. 1998. *Keperawatan Keluarga*. Jakarta : EGC.
- Handayani, Sri Ana. 2004. "Profil Rumah Tangga dan Perumahan Jawa Barat Tahun 2002". *Jurnal Kependudukan Padjajaran*. Volume 6 Nomor 2 (Juli 2004). Bandung : Lembaga Penelitian Universitas Padjajaran.
- Heru, Adi. 1995. *Kader Kesehatan Masyarakat*. Jakarta : EGC.
- Ihsan, Fuad. 1995. *Dasar-dasar Kependidikan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Kirmanto, Djoko. Dirjen Perumahan dan Permukiman. 2006. *Kebijakan dan Strategi Nasional Perumahan dan Permukiman (KSNPN)*. http://www.pu.go.id/ditjen_mukim/ensiklopedia/perumahan/ksnnp.pdf [18 Januari 2007].
- Kusnoputranto, Haryoto. 1986. *Kesehatan Lingkungan*. Jakarta : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- . 1998. "Aspek Kesehatan Masyarakat dari Pemukiman di Wilayah Perkotaan". *Sejumlah Masalah Pemukiman Kota*. Bandung : Alumni.
- Laporan Bulanan Kasus Penyakit. 2007. Jember : Balai Pengobatan Perkebunan Bandalit.
- Mantra, Ida Bagus. 1994. *Perencanaan Penyuluhan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta : Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Mukono. H.J. 2000. *Prinsip Dasar Kesehatan Lingkungan*. Surabaya : Airlangga University Press.
- Nazir, Moh. 2005. *Metode Penelitian*. Bogor : Ghalia Indonesia.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2002. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.

- Notoatmodjo, Soekidjo. 2003. *Ilmu Kesehatan Masyarakat (Prinsip-prinsip Dasar)*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Prasetyo, dkk. 2003. "Peran Tingkat Pengetahuan Ibu tentang Pemeliharaan Kesehatan Gigi terhadap Kebersihan Gigi Anaknya". *Majalah Kedokteran Gigi*. Edisi Khusus TIMNAS III (11-13 Agustus 2005). Surabaya : Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Airlangga.
- Prayitno, Hadi. 1994. *Sanitasi Rumah Tangga Suatu Tinjauan Sosial Ekonomi*. Jember : Pusat Penelitian Universitas Jember.
- Rahardjo. 1999. *Pengantar Sosiologi Pedesaan dan Pertanian*. Yogyakarta : Gadjah Mada University Press.
- Ranjabar, Jacobus. 2006. *Sistem Sosial Budaya Indonesia (Suatu Pengantar)*. Bogor : Ghalia Indonesia.
- Rusli, Muhammad, dkk. 2006. "Faktor Sosial Ekonomi Hubungannya dengan Tingkat Kesehatan Rumah di Kota Kendari". *Sains Kesehatan*. Edisi 19 (1 Januari 2006). Yogyakarta : Gadjah Mada University Press.
- Samuel, Soeito. 1982. *Psikologi Pendidikan*. Jilid 1. Jakarta : Lembaga Penerbit Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia.
- Sedarmayanti dan Hidayat, S. 2002. *Metode Penelitian*. Cetakan I. Bandung : Mandar Maju.
- Soemirat Slamet, Juli. 2004. *Kesehatan Lingkungan*. Yogyakarta : Gadjah Mada University Press.
- Soerjani, Moh, dkk. 1987. *Lingkungan : Sumberdaya Alam dan Kependudukan dalam Pembangunan*. Jakarta : Indonesia University Press.
- Soeyanto, B. 1995. *Faktor-faktor Sosial Ekonomi Keluarga Buruh Wanita yang Bekerja pada Gudang Tembakau Ajung Klompangan PT. GMTI Kabupaten Jember*. Jember : Pusat Penelitian Universitas Jember.
- Subagyo, Joko. 1997. *Metode Penelitian dalam Teori dan Praktek*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Sudarmadji. 2004. *Pengantar Ilmu Lingkungan*. Jember : Universitas Jember.
- Sugihen, Bahrein T. 1997. *Sosiologi Pedesaan (Suatu Pengantar)*. Jakarta : Raja Grafindo Persada.

- Sukarni, Mariyati. 1989. *Kesehatan Keluarga dan Lingkungan*. Bogor : Institut Pertanian Bogor.
- Sumardi, dkk. 1998. *Peranan Nilai Budaya Daerah dalam Upaya Pelestarian Lingkungan Hidup DIY*. Yogyakarta : Departemen Pendidikan dan Kebudayaan.
- Sutrisno, Hadi. 2002. *Teknologi Penyediaan Air Bersih*. Jakarta : Asdi Mahasatya.
- Taryati, dkk. 1995. *Pembinaan Budaya dalam Lingkungan Keluarga DIY*. Yogyakarta : Departemen Pendidikan dan Kebudayaan.
- UMR Kabupaten Jember. 2006. <http://www.kompas.com/kompas-cetak/0610/02/jatim>. [2 November 2006].
- Widi, Ristya. 2004. *Rumah Sehat*. Jember : Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Jember.
- Yuswadi, Hary. 2006. "Kemiskinan, Penguasaan Lahan Masyarakat Tani Pinggiran Hutan dan Perambahan Taman Nasional Meru Betiri". *Jurnal Ilmu Pengetahuan Sosial*. Volume VII Nomor 2 (Mei 200). Jember : Jurusan Pendidikan Ilmu Pengetahuan Sosial-FKIP Universitas Jember.