

HUBUNGAN ANTARA KARAKTERISTIK IBU DAN KELUARGA DENGAN PRAKTIK KELUARGA SEHAT DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS LASEM KABUPATEN REMBANG

Fita Rizqi Riyansari, Ayun Sriatmi, Antono Suryoputro

Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Diponegoro Semarang
Email: rizqiriyansari@gmail.com

Keluarga Sehat approach is a new program of Health Ministry that will be used to measure family health in 2017. Family health in work area of Puskesmas Lasem based on PHBS approach in 2015 is 34,1%, fewer than national target 80%. The aim of this research is to analyze the correlation between characteristic of housewife and family with practice of keluarga sehat in work area of Puskesmas Lasem. This analytic-survey research uses cross sectional study and combines quantitative method used questionair guide and qualitative method used in-depth interview. Population is 2.793 families that has toddler and sampel is 120 choosen propotional randomly. Bivariat analysis is counted by chi square test with 95% of significancy between characteristic of housewife and family with practice of keluarga sehat. The result showed that respondents are in healthy reproduction age (20-35 years old)(76,7%), elementary educated (75,8%), not employer (79,2%), having family member ≤ 4 (79,2%), and having revenue \geq UMR (75,8%). Bivariat test showed that there is no correlation between housewife age, housewife education level, housewife occupation status, and total of family member with practice of keluarga sehat. There is correlation between family revenue with practice of keluarga sehat. It is recomended that Puskesmas Lasem analyze the need of resource that support Keluarga Sehat program and manage sosialisasi by associating with family characteristic.

Keywords : Characteristic, Family, Keluarga Sehat approach

Bibliography : 123, 1990-2016

PENDAHULUAN

Latar Belakang

Hakikat pembangunan nasional adalah pembangunan manusia Indonesia seutuhnya dan pembangunan seluruh masyarakat Indonesia. Pembangunan nasional mencakup semua dimensi dan aspek kehidupan termasuk perkembangan kependudukan dan pembangunan keluarga. Penduduk sebagai modal dasar dan faktor dominan pembangunan harus menjadi titik sentral dalam pembangunan berkelanjutan. Keberhasilan dalam mewujudkan pertumbuhan penduduk

yang seimbang dan mengembangkan kualitas penduduk serta keluarga akan memperbaiki segala aspek dimensi pembangunan dan kehidupan masyarakat.¹

Indikator pembangunan nasional dapat dilihat dari capaian IPM (Indeks Pembangunan Manusia). IPM mencakup tiga bidang pembangunan yaitu indeks pendidikan, indeks kesehatan, dan indeks ekonomi. IPM Indonesia pada tahun 2014 sebesar 68,90, IPM Provinsi Jawa Tengah sebesar 68,78, dan IPM Kabupaten Rembang sebesar 67,40.² Adapun

IPKM (Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat) Indonesia pada tahun 2013 sebesar 0,5404, IPKM Provinsi Jawa Tengah sebesar 0,5631, dan IPKM Kabupaten Rembang sebesar 0,6140.³

Berdasarkan profil Dinas Kesehatan Kabupaten (DKK) Rembang tahun 2015, Kabupaten Rembang mencapai 68,3% Rumah Tangga ber-PHBS, yang artinya masih di bawah target nasional yaitu sebesar 80%. DKK Rembang membawahi 16 Puskesmas yang berada di 14 kecamatan se-Kabupaten Rembang.⁴ Puskesmas Lasem menduduki urutan terendah pada hasil pencapaian Rumah Tangga ber-PHBS se-Kabupaten Rembang, yakni sebesar 34,1%.

Pembangunan kesehatan yang tercantum dalam RPJMN Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019 adalah Program Indonesia Sehat dengan sasaran meningkatkan derajat kesehatan dan status gizi masyarakat melalui upaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang didukung dengan perlindungan finansial dan pemerataan pelayanan kesehatan. Program Indonesia Sehat dilaksanakan dengan 3 pilar utama yaitu : paradigma sehat, penguatan pelayanan kesehatan, dan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).⁵

Program Indonesia Sehat difokuskan pada 4 program prioritas yaitu percepatan penurunan angka kematian ibu dan kematian bayi, perbaikan gizi khususnya *stunting*, penurunan prevalensi penyakit menular, dan penurunan prevalensi penyakit tidak menular. Untuk itu dilakukan pendekatan keluarga sebagai strategi untuk perubahan perilaku keluarga dan masyarakat, khususnya dalam pengenalan

terhadap risiko penyakit.⁶ Salah satu kebijakan atau program terbaru dari Kementerian Kesehatan dengan menggunakan pendekatan keluarga adalah program Keluarga Sehat. Program Keluarga Sehat merupakan salah satu program yang mendukung dalam pencapaian Indonesia Sehat.⁷

METODE PENELITIAN

Penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dan kualitatif dengan menggunakan desain *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh keluarga yang memiliki balita di 20 desa di Kecamatan Lasem sebanyak 2.793 KK. Teknik pengambilan sampel yang digunakan *probability sampling* dengan menggunakan metode *proporsional random sampling* dan didapat sampel sejumlah 120 KK, dengan responden adalah ibu dalam keluarga. Pengumpulan data melalui lembar kuesioner yang berupa pernyataan *favorable* dan *unfavorable*. Uji statistik menggunakan uji *Chi-Square*.

HASIL PENELITIAN

a. Umur Responden

Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Umur Responden

No.	Umur	f	%
1	Reproduksi Muda (< 20 tahun)	1	0,8
2	Reproduksi Sehat (20-35 tahun)	92	76,7
3	Reproduksi Tua (> 35 tahun)	27	22,5
Jumlah		120	100,0

b. Pendidikan Terakhir Responden

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Pendidikan Terakhir Responden

No.	Pendidikan Terakhir	f	%
1	Pendidikan dasar	61	50,8
2	Pendidikan menengah	53	44,2
3	Pendidikan tinggi	6	5,0
	Jumlah	120	100,0

c. Status Pekerjaan Responden

Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Status Pekerjaan Responden

No.	Status Pekerjaan	f	%
1	Tidak Bekerja	91	75,8
2	Bekerja	29	24,2
	Jumlah	120	100,0

d. Jumlah Anggota Keluarga

Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Jumlah Anggota Keluarga

No.	Jumlah Anggota Keluarga	f	%
1	>4 (Keluarga Besar)	25	20,8
2	≤4 (Keluarga Kecil)	95	79,2
	Jumlah	120	100,0

e. Pendapatan Keluarga Responden

Tabel 4.5 Distribusi Frekuensi Pendapatan Keluarga Responden

No.	Pendapatan Keluarga	f	%
1	Di bawah UMR Kab. Rembang	48	40,0
2	Di atas UMR Kab. Rembang	72	60,0
	Jumlah	120	100,0

f. Praktik Keluarga Sehat Responden

Tabel 4.6 Distribusi Frekuensi Praktik Keluarga Sehat Responden

No.	Praktik keluarga sehat	f	%
1	Keluarga Pra Sehat	23	19,2
2	Keluarga Sehat	97	80,8
	Jumlah	120	100,0

Tabel 4.7 Hubungan antara Karakteristik Ibu dan Keluarga dengan Praktik Keluarga Sehat

Variabel	Praktik Keluarga Sehat				Total	p	
	Keluarga Pra Sehat		Keluarga Sehat				
	f	%	f	%			
Umur							
Reproduksi Beresiko	7	25,0	21	75,0	28	100	0,370
Reproduksi Tidak Beresiko	16	17,4	76	82,6	92	100	
Tingkat Pendidikan							
Pendidikan Dasar	12	19,7	49	80,3	61	100	0,468
Pendidikan Menengah	11	20,8	42	79,2	53	100	
Pendidikan Tinggi	0	0,0	6	100,0	6		
Status Pekerjaan							
Tidak Bekerja	17	18,7	74	81,3	91	100	0,811
Bekerja	6	20,7	23	79,3	29	100	
Jumlah Anggota Keluarga							
>4	6	24,0	19	76,0	25	100	0,490
≤ 4	17	17,9	78	82,1	95	100	
Pendapatan Keluarga							
< UMR	16	33,3	32	66,7	48	100	0,001
≥ UMR	7	9,7	65	90,3	72	100	

PEMBAHASAN

Karakteristik Responden

Sebagian besar responden berumur reproduksi sehat (20-35 tahun) (76,7%), sebagian besar responden berpendidikan tingkat dasar (50,8%), sebagian besar responden tidak bekerja (75,8%), sebagian besar responden memiliki jumlah anggota keluarga <4 (79,2%), dan sebagian besar responden memiliki pendapatan keluarga di atas UMR (75,8%).

Praktik Keluarga Sehat

Praktik keluarga sehat merupakan praktik kesehatan keluarga dengan menggunakan pendekatan 12 indikator keluarga sehat, yaitu kepesertaan KB, ANC sesuai standar, imunisasi dasar lengkap, ASI eksklusif, pemantauan pertumbuhan balita, pengobatan TB sesuai standar, pengobatan teratur hipertensi, pengobatan penderita gangguan jiwa, perilaku merokok,

kepesertaan JKN, akses sarana air bersih, dan kepemilikan jamban.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan terhadap 120 responden, diketahui bahwa 19,2% keluarga responden berkategori prasehat dan 80,8% keluarga responden telah melaksanakan praktik keluarga sehat atau berkategori keluarga sehat.

Hubungan Umur Ibu dengan Praktik Keluarga Sehat

Hasil analisis univariat menunjukkan sebagian besar responden berumur reproduksi sehat (20-35 tahun) sebesar 76,7%. Analisis bivariate menunjukkan bahwa pada kelompok keluarga sehat, responden yang berumur reproduksi beresiko (75,0%) lebih sedikit daripada responden yang berumur reproduksi sehat (82,6%). Pada analisis statistika menggunakan uji *chi square* diperoleh p -value = 0,370, dimana p -value lebih besar dari 0,05, yang artinya tidak ada hubungan antara umur responden dengan praktik keluarga sehat.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Novita (2010) yang menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara umur dengan kesehatan keluarga.⁸

Hubungan Tingkat Pendidikan Ibu dengan Praktik keluarga sehat

Hasil analisis univariat menunjukkan sebagian besar responden berpendidikan sarjana sebesar 50,8%. Analisis bivariate menunjukkan bahwa pada kelompok keluarga sehat, responden yang berpendidikan tinggi (100%) lebih banyak daripada yang berpendidikan dasar (80,3) dan yang berpendidikan menengah (79,2%). Pada analisis statistika menggunakan uji *chi square* diperoleh p -value = 0,468, dimana p -

value lebih besar dari 0,05, yang artinya tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan responden dengan praktik keluarga sehat

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Novita (2010) yang menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan kesehatan keluarga dengan menggunakan pendekatan PHBS. Pada penelitian tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar responden yang berpendidikan rendah sudah melakukan praktik PHBS dengan baik karena sebagian besar responden tersebut memiliki jumlah pendapatan yang memadai dan terdapat pamflet yang berisi ajakan untuk ber-PHBS yang ditempel di kantor Kelurahan dan Puskesmas setempat sehingga dapat mendorong keinginan seseorang untuk melakukan praktik PHBS.⁸

Hubungan Status Pekerjaan Ibu dengan Praktik Keluarga Sehat

Hasil analisis univariat menunjukkan sebagian besar responden tidak bekerja atau sebesar 75,8%. Analisis bivariate menunjukkan bahwa pada kelompok keluarga sehat, responden yang tidak bekerja (81,3%) lebih banyak daripada yang bekerja (79,3%). Pada analisis statistika menggunakan uji *chi square* diperoleh p -value = 0,811, dimana p -value lebih besar dari 0,05, yang artinya tidak ada hubungan antara status pekerjaan responden dengan praktik keluarga sehat.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Novita (2010) yang menunjukkan tidak ada hubungan antara status pekerjaan dengan kesehatan keluarga menggunakan pendekatan PHBS.⁸ Hasil penelitian ini juga sesuai dengan penelitian Syafrizal (2002) dan Hari Iskriyanti (2002) yang menunjukkan bahwa tidak ada

hubungan antara status pekerjaan dengan perilaku hidup bersih dan sehat karena pada penelitian Syafrizal sebagian respondennya adalah petani dan pekerjaan sebagai petani kurang terjadi interaksi dengan orang lain. Hal ini akan berdampak pada sumber informasi kesehatan yang diperoleh juga akan kurang. Sedangkan pada penelitian Hari Iskriyanti menyatakan bahwa tidak bekerjanya ibu di luar rumah memungkinkan ibu lebih memperhatikan kesehatan keluarga dan kesehatan lingkungan di sekitar rumahnya serta praktik PHBS yang dilakukan dapat seoptimal mungkin sehingga berdampak pada peningkatan derajat kesehatan keluarga.⁹

Hubungan Jumlah Anggota Keluarga dengan Praktik Keluarga Sehat

Hasil analisis univariat menunjukkan sebagian besar responden memiliki anggota keluarga sebanyak ≤ 4 yaitu sebesar 79,2%. Analisis bivariate menunjukkan bahwa pada kelompok keluarga sehat, yang memiliki anggota keluarga ≤ 4 orang (82,1%) lebih banyak daripada yang memiliki anggota keluarga > 4 orang (76%). Pada analisis statistika menggunakan uji *chi square* diperoleh p -value = 0,490, dimana p -value lebih besar dari 0,05, yang artinya tidak ada hubungan antara jumlah anggota keluarga dengan praktik keluarga sehat

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Novita (2010) yang menunjukkan tidak ada hubungan antara jumlah anggota keluarga dengan praktik keluarga sehat menggunakan pendekatan PHBS. Banyak sedikitnya jumlah keluarga dapat memberikan sumbangan. Baik secara materiil maupun spiritual bagi

kelangsungan hidup suatu keluarga. Di samping itu juga dapat memberikan dampak pada kesehatan lingkungan maupun kesejahteraan keluarga tersebut baik secara positif maupun negatif. Meskipun jumlah anggota keluarganya banyak atau lebih dari 4 orang, tetapi jika memiliki pendapatan yang memadai dan mendapat dukungan dari tokoh panutan, maka praktik PHBS tersebut akan terlaksana secara maksimal.⁸

Hubungan Pendapatan Keluarga dengan Praktik Keluarga Sehat

Hasil analisis univariat menunjukkan sebagian besar responden memiliki pendapatan di atas UMR Kabupaten Rembang yaitu sebesar 60%. Analisis bivariate menunjukkan bahwa pada kelompok keluarga sehat, yang memiliki pendapatan keluarga \geq UMR (90,3%) lebih banyak daripada yang memiliki pendapatan keluarga $<$ UMR (66,7%).

Pada analisis statistika menggunakan uji *chi square* diperoleh p -value = 0,001, dimana p -value lebih kecil dari 0,05, yang artinya ada hubungan antara pendapatan keluarga dengan praktik keluarga sehat

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Novita (2010) yang menunjukkan bahwa pendapatan berhubungan dengan praktik keluarga sehat dengan pendekatan PHBS juga sesuai dengan penelitian Syafrizal (2002) yang menunjukkan bahwa pendapatan berhubungan dengan kesehatan keluarga dengan pendekatan PHBS, karena pendapatan mempunyai kontribusi yang besar terhadap penyediaan fasilitas atau sarana kesehatan seperti jamban, sarana air bersih, pemenuhan gizi yang cukup, tempat sampah, dan pemeliharaannya.^{8,9}

KESIMPULAN DAN SARAN

A. KESIMPULAN

Sebagian besar responden berumur reproduksi sehat (20-35 tahun) (76,7%), sebagian besar responden berpendidikan tingkat dasar (50,8%), sebagian besar responden tidak bekerja (75,8%), sebagian besar responden memiliki jumlah anggota keluarga <4 (79,2%), dan sebagian besar responden memiliki pendapatan keluarga di atas UMR (75,8%).

Karakteristik ibu dan keluarga yang tidak memiliki hubungan dengan praktik keluarga sehat adalah umur ibu (p -value=0,370), tingkat pendidikan ibu (p -value=0,468), status pekerjaan ibu (p -value=0,811), dan jumlah anggota keluarga (p -value=0,490) dan ada hubungan antara pendapatan keluarga dengan praktik keluarga sehat (p -value=0,001).

B. SARAN

Bagi Puskesmas Lasem

1. Menganalisis perencanaan kebutuhan sumber daya yang mendukung program Keluarga Sehat, seperti pendanaan dan tenaga kesehatan.
2. Menyusun bentuk kegiatan sosialisasi mengenai program Keluarga Sehat dan pentingnya kesehatan keluarga dengan memperhatikan dan menyesuaikan karakteristik masyarakat.

Bagi Masyarakat

Masyarakat turut berperan serta aktif dalam mencari informasi pentingnya kesehatan keluarga.

DAFTAR PUSTAKA

1. Undang-Undang Nomor 52 Tahun 2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga
2. BPS Provinsi Jawa Tengah. *Statistik Daerah Provinsi Jawa Tengah 2015*
3. Tim Penyusun IPKM. 2014. *IPKM : Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat Cetakan Kedua*. Jakarta : Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI
4. Sub Bagian Promosi Kesehatan. *Profil Kesehatan Kabupaten Rembang 2015*, Rembang : Dinas Kesehatan Kabupaten Rembang, 2016
5. Keputusan Menteri Republik Indonesia Hk.02.02/Menkes/52/2015 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019, Jakarta : Kementerian Kesehatan RI, 2015.
6. Biro Komunikasi dan pelayanan Masyarakat Kementerian Kesehatan RI. *Gizi Baik untuk Membangun Gnerasi yang Tinggi, Sehat, dan Berprestasi* (Online) (<http://www.depkes.go.id/article/view/16032200004/menkes-gizi-baik-untuk-membangun-generasi-yang-tinggi-sehat-dan-berprestasi.html#sthash.mg4RE06j.dpuf>), diakses 12 April 2016
7. Pusat Komunikasi Publik Sekretariat Jendral Kementerian Kesehatan. *Mari Bersama Sukseskan Gernas dan Keluarga Sehat*. Jakarta : 31 Maret 2016 (Online)(<http://www.depkes.go.id/article/print/16040400003/menkes-mari-bersama-sukseskan-germas-dan-keluarga-sehat.html>], diakses 12 April 2016
8. Hapsari, Novita Retno. 2010. *Analisis Faktor yang Berhubungan*

*dengan Praktik Ibu Rumah
Tangga tentang Perilaku Hidup
Bersih dan Sehat di Desa
Tunggulsari Kecamatan
Brangsong Kabupaten Kendal
Tahun 2009 [Skripsi]. Semarang:
Unnes*

9. Syafrizal. 2002. *Perilaku Hidup
Bersih dan Sehat (PHBS) Dan
Faktor yang Berhubungan
dengannya pada Keluarga di
Kabupaten Bungo Tahun 2002
[Tesis]. Jakarta: UI*

