

**HUBUNGAN KARAKTERISTIK MASYARAKAT DAN
STATUS KESEHATAN RUMAH PADA MASYARAKAT DESA ANDONGREJO
DUSUN BANDEALIT KECAMATAN TEMPUREJO KABUPATEN JEMBER**

*(The Association between characteristic community and health status of house
in Andongrejo Bandalit, Jember)*

***Anita Dewi Moelyaningrum, **Elfian Zulkarnain, ***Nungki Yuliana D.M.**

ABSTRAC

House have a lot of functions such as phisic and social and mental growth. The purpose of this research is to study the association between society characteristic (level of education, knowledge, income, and amount of family member) and health status of house.

Cross sectional study design was conducted in Bandalit, Jember.

Data collected by interviewed to 79 samples and observation to their house by using health house card. The samples were selected by proportional random sampling. The research was to be analyzed with chi square test.

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 ($p=1.00$)

Conclusion ,the research show that there is association between society characteristic and health status of house from education factor and income, but there is no association with knowledge factor and amount of family member. Government should rebuild a healthy house for village community.

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

* *Anita Dewi Moelyaningrum adalah dosen Program Studi. Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.*

** *Elfian Zulkarnain adalah dosen Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.*

*** *Nungki Yuliana D.M. adalah alumni PS. Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.*

PENDAHULUAN

Rumah bagi manusia mempunyai arti yang sangat penting. Dimana makanan, pakaian dan rumah sering disebut sebagai kebutuhan pokok manusia (Azwar, 1995). Rumah sehat harus memenuhi kebutuhan fisiologis, kebutuhan psikologis, dan dapat menghindarkan terjadinya penyakit dan kecelakaan (Winslow dalam Entjang, 2000). Rumah yang kurang layak huni dapat merugikan kondisi kesehatan perorangan dengan memicu munculnya berbagai penyakit.

Sanitasi dasar disebut juga sanitasi minimal yang diperlukan untuk menyetatkan lingkungan pemukiman adalah penyediaan air bersih dan sarana pembuangan kotoran manusia (Kusnoputranto, 1986). Kedua faktor diatas dapat mempengaruhi status kesehatan masyarakat. Pada tahun 2002, akses rumah tangga terhadap sanitasi dasar masih mencapai 63,5 % sedangkan jumlah rumah tangga di Indonesia yang mempunyai akses terhadap air yang layak untuk dikonsumsi masih mencapai 50 % (Depkes RI, 2004). Hal ini menunjukkan bahwa kesehatan lingkungan sebagai kegiatan lintas-sektor belum dikelola dalam suatu sistem kesehatan kewilayahan yang optimal. Masalah kesehatan lingkungan tersebut diidentifikasi sebagai akibat masih rendahnya tingkat pendidikan penduduk, keterikatan dengan adat istiadat dan keadaan ekonomi masyarakat Indonesia yang kurang mampu (Azwar, 1995). Selain itu Mukono (2000) juga mengungkapkan bahwa keadaan kesehatan lingkungan pemukiman dan perumahan di Indonesia dipengaruhi oleh faktor-faktor sosio demografi, sosio budaya, dan sosio ekonomi seperti faktor pendidikan, pekerjaan, pendapatan dan ukuran keluarga.

Pengetahuan dan pendidikan formal maupun non formal sangat penting dalam menentukan status kesehatan. Sebagaimana Dainur (1995) mengungkapkan bahwa pengetahuan mengenai segi-segi penyehatan atau sanitasi lingkungan sangat berperan dalam tiap upaya kesehatan. 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). 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).

Karakteristik masyarakat Indonesia yang khas disuatu daerah dan hubungannya dengan tersedianya rumah sehat mendorong peneliti untuk melihat lebih jauh hubungan antara karakteristik masyarakat dengan status rumah sehat di masyarakat Bandalit.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini adalah penelitian yang bersifat observasional-analitik karena peneliti hanya melakukan pengamatan dan pengukuran tanpa memberikan perlakuan atau interaksi terhadap responden. Merupakan penelitian *cross sectional* bersifat analitis.

Populasi dalam penelitian ini adalah 429 KK yang terdapat di Dusun Bandalit, Desa Andongrejo, Kecamatan Tempurejo, Kabupaten Jember yang tidak menempati rumah dinas perkebunan. Besar sampel 79 KK yang ditentukan dengan rumus Budiarto (2004). Cara pengambilan sampel dilakukan dengan teknik *propotional random sampling* berdasarkan wilayah dengan unit RW yang kemudian dipilih secara acak.

Variable karakteristik responden yang diteliti meliputi tingkat pendidikan formal, pengetahuan, pendapatan, jumlah orang yang tinggal dalam rumah. Variabel status kesehatan rumah yang diteliti meliputi penyediaan sumber air, pembuangan kotoran, pembuangan sampah, Saluran Pembuangan Air Limbah (SPAL), dimana kemudian rumah sehat

dikelompokkan menjadi rumah sehat tipe mula, tipe madya, tipe praparipurna, tipe paripurna (Widi, 2004; 48). Analisis yang digunakan uji *chi square*.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Penyediaan Sarana Kesehatan Lingkungan

Terdapat 4 sarana kesehatan lingkungan yang digunakan untuk menentukan status kesehatan rumah, yaitu penyediaan sumber air, pembuangan kotoran, pembuangan sampah, dan pembuangan air limbah.

Sebagian besar responden (80%) menyatakan bahwa sumber penyediaan air untuk kebutuhan konsumsi sehari-hari bukan milik sendiri tapi memenuhi syarat kesehatan, yaitu berasal dari sumur umum atau sumber mata air, sedangkan (20%) responden sumber penyediaan air milik sendiri dan memenuhi syarat berupa sumur pribadi. 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).

Responden tidak memiliki sarana pembuangan kotoran (jamban) sebanyak 85%. Hanya 10% yang memiliki dan memenuhi syarat, serta 5% responden memiliki namun tidak memenuhi syarat. Mereka tidak mampu membangun jamban keluarga dalam rumahnya. Mereka hanya mampu membangun kamar mandi tanpa jamban. Masyarakat terbiasa buang air besar di sungai. 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). Selain itu, kebiasaan buang air besar di sungai dapat membawa risiko penyakit karena air atau *water borne disease* (Dainur, 1995). 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).

Tempat pembuangan sampah dapat dikategorikan sebagai indikator kualitas rumah tinggal sekaligus indikator kesadaran masyarakat akan lingkungan hidup sehat (Bariman, 1992). 82% responden tidak memiliki sarana pembuangan sampah. Responden mengaku membuang sampah di tepi sungai. Hal tersebut dapat mengakibatkan pencemaran air oleh sampah dan berbahaya jika air sungai digunakan untuk kebutuhan rumah tangga (Heru, 1995:36). 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 besar responden tidak memiliki Saluran Pembuangan Air Limbah (SPAL) yaitu sebanyak 68 responden (86%). Hanya 14% responden yang memiliki SPAL. 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).

Bila empat sarana kesehatan lingkungan tersebut diatas 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. Dari 4 sarana kesehatan lingkungan tersebut maka terdapat 91% merupakan rumah tidak sehat dan hanya 9% merupakan rumah sehat yaitu termasuk rumah sehat tipe praparipurna 71% dan tipe paripurna 29%.

Hubungan Karakteristik Responden dengan Status Kesehatan Rumah Tingkat Pendidikan

Sebagian besar responden hanya lulusan SD (73%), tidak tamat SD atau tidak sekolah (13%), lulus SMP atau sederajat (9%), tamat SMU atau sederajat (5%) serta tidak ada responden yang mengenyam pendidikan sampai sarjana. Pendidikan merupakan 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 Samuel (1982). Hasil uji statistik antara tingkat pendidikan responden dengan status rumah sehat menunjukkan adanya hubungan yang signifikan ($p=0,037$) ($\alpha = 0,05$). Tingkat pendidikan dapat digunakan untuk menentukan status kesehatan, termasuk kesehatan rumah (Sukarni, 1989). Hasil penelitian ini didukung pula oleh penelitian yang dilakukan oleh Rusli dkk. (2006), 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. Dimana masyarakat yang berpendidikan rendah biasanya mempunyai tingkat pendapatan yang rendah, bertempat tinggal di rumah yang berkondisi kurang memenuhi persyaratan yang dikatakan sehat (Bariman, 1990).

Tingkat Pengetahuan

Responden memiliki tingkat pengetahuan yang baik (85%). 15% responden memiliki tingkat pengetahuan yang kurang. Dimana hasil uji statistik menunjukkan tidak adanya hubungan yang signifikan ($p=0,587$) antara pengetahuan dengan status rumah sehat. 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), 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), 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, 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 dijadikan dasar mutlak seseorang berperilaku sesuai apa yang diketahuinya. Terdapat berbagai hal lain yang mempengaruhi seseorang untuk berperilaku.

Tingkat Pendapatan

Berdasarkan standar Upah Minimal Regional (UMR) Kabupaten Jember, sebagian besar responden memiliki tingkat pendapatan yang rendah (\leq Rp. 475.000) yaitu sebanyak 68 responden (86%) dan 14 % responden memiliki tingkat pendapatan tinggi ($>$ Rp. 475.000). Pendapatan memiliki hubungan yang signifikan dengan status rumah sehat ($p=0,0001$).

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 memilih menggunakan atap seng sebagai atap rumah daripada genteng karena harganya jauh lebih murah. Jadi semakin jelas bahwa terdapat perbedaan antara masyarakat ekonomi tinggi, sedang dan rendah dalam membangun suatu rumah.

Hasil penelitian ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Widi (2004), yang mengungkapkan bahwa dalam membangun sebuah rumah tingkat perekonomian akan sangat berpengaruh terhadap bentuk dan jenis rumah yang dibangun (Widi, 2004). 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.

Jumlah Anggota Keluarga

Sebagian besar responden (78%) merupakan keluarga kecil yang terdiri 1-4 orang, keluarga besar dengan anggota keluarga lima orang atau lebih (22%). Tidak ada hubungan antara jumlah anggota keluarga dengan status rumah sehat ($p=1$) ($\alpha = 0,05$). Hasil penelitian

ini tidak sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Rusli dkk. (2006), 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), 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.

SIMPULAN dan SARAN

Simpulan

Terdapat 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.

Saran

Perlu dilakukan 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*) oleh pemerintah. Peninjauan ulang penggunaan kartu rumah sebagai indikator rumah sehat supaya selaras dengan Keputusan Menteri Kesehatan nomor 829/MENKES/SK/VII/1999 tentang persyaratan kesehatan rumah tinggal. Perlu dilakukan penelitian tentang faktor lain yang mungkin berpengaruh pada tingkat kesehatan rumah seperti faktor sosial budaya dan faktor sosial demografi.

DAFTAR RUJUKAN

- Ananta dan Munir, Rozy 1984. "Dampak Lingkungan Rumah Tangga terhadap Rumah Tangga". Majalah Demografi Indonesia. Nomor 21 (Juni 1984). Jakarta : Lembaga Demografi Fakultas Ekoomi Universitas Jember.
- Azwar, Azrul. 1995. *Pengantar Ilmu Kesehatan Lingkungan*. Jakarta: Mutiara Sumber Widya.
- Bariman, H. 1992. *Kondisi Lingkungan, Pelayanan Kesehatan, dan Perilaku terhadap Derajat Kesehatan Penduduk*. Jember : Pusat Penelitian Universitas Jember.
- Dainur. 1995. Materi Materi Pokok Ilmu Kesehatan Masyarakat. Jakarta :Widya Medika
- Departement Kesehatan Republik Indonesia. Keputusan Menti Kesehatan Republik Indonesia Nomor 829/MENKES/SK/VII/1999 tentang Persyaratan Kesehatan Perumahan. Jakarta: Departemen Kesehatan.

- Dinas Kesehatan Kabupaten Jember. 2006. *Penyehatan Lingkungan Pemukiman Jember*: Dinas Kesehatan.
- Enjang, Indan. 2000. *Ilmu Kesehatan Masyarakat. Bandung.*: Citra Aditya Bakti.
- 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
- Kusnoputranto, Haryoto. 1986. *Kesehatan Lingkungan*. Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Mantra, Ida Bagus. 1994. *Perencanaan Penyuluhan Kesehatan Masyarakat. Jakarta :* Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Mukono.H.J. 2002. *Prinsip Dasar Kesehatan Lingkungan*. Surabaya : Airlangga University Press.
- Notoatmojo, Soekijo. 2002. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmojo, Soekijo. 2002. *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.
- Rusli, Muhammad, dkk. 2006. “Faktor Sosial Ekonomi Hubungannya dengan Tingkat Kesehatan Rumah di Kota Kendari“. *Sains Kesehatan*. Edisi 19 (1 januari 2006). Yogyakarta: Gajah Mada University Press.
- Samuel, Soetoe. 1982. *Psikologi Pendidikan*. Jilid 1. Jakarta: Lembaga Penerbit Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia.

Sukarni, Mariyati. 1989. Kesehatan Keluarga dan Lingkungan. Bogor: Institut Pertanian Bogor.

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 2006). Jember: Jurusan Pendidikan Ilmu Pengetahuan Sosial- FKIP Universitas jember.