



Sociodemographic factors influencing household clean and healthy living behavior

Faktor sosiodemografi yang mempengaruhi perilaku hidup bersih dan sehat di rumah tangga

Novia Zulfa Hanum¹, Nurmaines Adhyka^{2*}, Sri Mindayani³

^{1,2}Fakultas Administrasi Rumah Sakit, Universitas Baiturrahmah, Kota Padang, Sumatera Barat 25586, Indonesia

³Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Baiturrahmah, Kota Padang, Sumatera Barat 25586, Indonesia

INFO ARTIKEL

ARTICLE HISTORY:

Artikel diterima: 16 Desember 2025

Artikel direvisi: 19 Desember 2025

Artikel disetujui: 24 Desember 2025

KORESPONDEN

Nurmaines Adhyka

nurmaines.adhyka@staff.unbrah.ac.id

ORIGINAL ARTICLE

Halaman: 349 - 360

DOI:

<https://doi.org/10.30989/mik.v14i3.1978>

Penerbit:

Universitas Jenderal Achmad Yani
Yogyakarta, Indonesia.

Artikel terbuka yang berlisensi CC-BY-SA



ABSTRACT

Background: Clean and Healthy Living Behavior (PHBS) is a key health promotion and disease prevention strategy. However, household-level implementation remains suboptimal and is influenced by various sociodemographic factors.

Objective: This study aimed to analyze sociodemographic factors influencing household Clean and Healthy Living Behavior.

Methods: A cross-sectional study was conducted among 96 female respondents selected through purposive sampling. Data were collected using a structured questionnaire and analyzed using univariate and bivariate analyses with the chi-square test.

Results: The findings showed that 56.2% of households demonstrated poor PHBS practices. Education level ($p=0.002$), knowledge ($p=0.000$), and access to health services ($p<0.05$) were significantly associated with PHBS implementation. In contrast, income ($p=0.753$) and employment status ($p=0.716$) were not significantly related. The lowest-performing indicators included washing eating utensils in the river, smoking inside the house, and irregular physical activity.

Conclusion: Household PHBS implementation is significantly influenced by education, knowledge, and access to health services. Strengthening health education and sustainable behavior change interventions is essential to improve PHBS practices.

Keywords: Clean and Healthy Living Behavior, Household, Sociodemographic Factors

ABSTRAK

Latar Belakang: Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) merupakan upaya promotif dan preventif penting dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Namun, penerapannya pada tingkat rumah tangga masih belum optimal dan dipengaruhi oleh berbagai faktor sosiodemografi.

Tujuan: Penelitian ini bertujuan menganalisis faktor sosiodemografi yang mempengaruhi penerapan PHBS pada rumah tangga.

Metode: Penelitian menggunakan desain cross-sectional dengan sampel 96 responden perempuan yang dipilih secara purposive sampling. Data dikumpulkan melalui kuesioner terstruktur dan dianalisis menggunakan analisis univariat dan bivariat dengan uji chi-square.

Hasil: Hasil penelitian menunjukkan bahwa 56,2% rumah tangga memiliki PHBS kategori kurang. Faktor pendidikan ($p=0,002$), pengetahuan ($p=0,000$), dan akses pelayanan kesehatan ($p<0,05$) berhubungan signifikan dengan PHBS. Sebaliknya, pendapatan ($p=0,753$) dan status pekerjaan ($p=0,716$) tidak berhubungan signifikan. Indikator PHBS dengan capaian terendah meliputi kebiasaan mencuci peralatan makan di sungai, merokok di dalam rumah, dan aktivitas fisik yang tidak rutin.

Kesimpulan: Penerapan PHBS rumah tangga dipengaruhi oleh pendidikan, pengetahuan, dan akses pelayanan kesehatan. Intervensi peningkatan literasi kesehatan dan perubahan perilaku perlu diperkuat untuk meningkatkan PHBS.

Kata kunci: PHBS, Rumah Tangga, Faktor Sociodemografi

PENDAHULUAN

Permasalahan kesehatan masyarakat di Indonesia masih menjadi tantangan yang signifikan, khususnya yang berkaitan dengan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS). PHBS merupakan upaya promotif dan preventif yang berfokus pada pembiasaan perilaku sehari-hari di tingkat rumah tangga, yang berperan penting dalam mencegah penyakit dan meningkatkan derajat kesehatan keluarga serta masyarakat.

Berdasarkan pedoman Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, PHBS rumah tangga mencakup sejumlah indikator, antara lain penggunaan air bersih, penggunaan jamban sehat, cuci tangan pakai sabun, pemberantasan jentik nyamuk, konsumsi buah dan sayur, aktivitas fisik, serta tidak merokok di dalam rumah¹. Meskipun demikian, berbagai indikator PHBS yang berkaitan dengan sanitasi dan gaya hidup tersebut masih menunjukkan capaian yang rendah di sejumlah wilayah Indonesia. Kondisi ini mengindikasikan bahwa implementasi PHBS di tingkat rumah tangga di Indonesia masih belum optimal dan memerlukan penguatan intervensi kesehatan masyarakat yang berkelanjutan.

Berdasarkan Laporan Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023 yang dirilis oleh Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI, proporsi rumah tangga yang memiliki akses air minum layak secara nasional mencapai 89,6%, namun jenis sumber air minum masih didominasi air isi ulang sehingga akses air

yang aman belum merata. Proporsi rumah tangga dengan fasilitas buang air besar (BAB) mencapai 91,1%, namun variasi ketersediaan air mengalir di tempat cuci tangan menunjukkan disparitas antar daerah. Dalam aspek perilaku kesehatan, meskipun 70,2% responden usia 10 tahun ke atas adalah bukan perokok, sekitar 22,46% individu merokok setiap hari. Sementara itu, ukuran aktivitas fisik dikumpulkan sesuai pedoman WHO, namun data ringkasan menunjukkan bahwa perilaku aktivitas fisik dan pola hidup sehat lainnya belum optimal di antara rumah tangga di Indonesia. Temuan-temuan ini menunjukkan bahwa beberapa indikator PHBS berbasis sanitasi dan gaya hidup masih perlu perbaikan untuk mencapai implementasi yang optimal di tingkat rumah tangga¹.

Berbagai studi nasional terbaru mengonfirmasi bahwa rendahnya penerapan PHBS berkaitan erat dengan faktor sosial-demografi seperti pengetahuan, pendidikan, pendapatan, serta akses terhadap fasilitas Kesehatan²⁻⁴. Rendahnya kualitas sanitasi rumah tangga, seperti penggunaan air tidak layak, perilaku mencuci peralatan makan di sumber air terbuka, rendahnya frekuensi cuci tangan pakai sabun, dan perilaku merokok di dalam rumah, menjadi determinan penting munculnya penyakit berbasis lingkungan, terutama diare^{5,6}.

Diare masih menjadi salah satu penyebab utama morbiditas pada anak di Indonesia. WHO melaporkan bahwa diare menyumbang sekitar 18% penyebab kematian anak di negara berkembang, dan

risiko ini meningkat signifikan pada wilayah dengan sanitasi buruk serta kebiasaan higienis yang rendah. Situasi ini juga terlihat di beberapa wilayah Indonesia, termasuk Kabupaten Pesisir Selatan, Sumatera Barat, yang pada tahun 2024 mengalami Kejadian Luar Biasa (KLB) diare dengan total kasus mencapai 238 dan 5 kematian.

Selain itu, perilaku merokok di dalam rumah menjadi masalah penting karena berkontribusi terhadap meningkatnya risiko stunting. Studi di Indonesia dari Rahmiwati (2024) dan Weiha (2025) menemukan bahwa anak yang tinggal di rumah dengan anggota keluarga perokok memiliki risiko stunting 5–7% lebih tinggi dibandingkan anak dari keluarga non-perokok^{7,8}.

Nagari Rawang Gunung Malelo Surantih Sutura adalah salah satu nagari di Kabupaten Pesisir Selatan yang berada dalam wilayah kerja Puskesmas Rawang, dengan cakupan program kesehatan masyarakat yang masih memerlukan penguatan, terutama terkait PHBS rumah tangga. Kejadian luar biasa diare yang terjadi pada tahun 2024 menjadi indikasi bahwa praktik PHBS di masyarakat belum optimal, terutama pada aspek sanitasi, perilaku higienis, dan kebiasaan sehat lainnya. Oleh karena itu, diperlukan kajian mendalam mengenai gambaran PHBS serta faktor-faktor yang memengaruhinya di wilayah tersebut.

Berbeda dengan penelitian-penelitian sebelumnya yang umumnya bersifat deskriptif atau hanya menganalisis satu hingga dua faktor determinan PHBS pada wilayah yang

relatif umum, penelitian ini menawarkan kebaruan melalui analisis komprehensif faktor sosiodemografi yang berhubungan dengan penerapan seluruh indikator Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) pada tingkat rumah tangga di konteks pedesaan spesifik, yaitu Nagari Rawang Gunung Malelo, Kabupaten Pesisir Selatan. Penelitian ini tidak hanya menggambarkan capaian PHBS rumah tangga, tetapi juga mengidentifikasi indikator berbasis sanitasi dan gaya hidup yang masih rendah serta faktor sosiodemografi yang berpengaruh signifikan, sehingga mampu mengungkap kesenjangan antara capaian indikator PHBS dengan target program nasional. Dengan demikian, hasil penelitian ini memberikan kontribusi empiris yang lebih kontekstual dan aplikatif sebagai dasar perencanaan intervensi kesehatan masyarakat yang lebih efektif, terarah, dan berkelanjutan di wilayah pedesaan.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan desain kuantitatif dengan pendekatan cross-sectional, yang bertujuan untuk menganalisis gambaran Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) pada tingkat rumah tangga serta faktor sosial-demografi yang berhubungan. Desain cross-sectional dipilih karena mampu menggambarkan prevalensi fenomena kesehatan dalam satu periode pengamatan serta memungkinkan analisis hubungan antara variabel independen dan dependen secara simultan.

Penelitian dilaksanakan di Nagari Rawang Gunung Malelo Surantih Sutera, Kabupaten Pesisir Selatan pada bulan Juni–Agustus 2024. Lokasi penelitian dipilih secara purposif berdasarkan pertimbangan adanya kejadian luar biasa (KLB) diare pada tahun 2024 serta masih rendahnya capaian indikator PHBS menurut laporan Puskesmas Rawang. Faktor geografis perdesaan dan variasi akses terhadap fasilitas kesehatan juga menjadi pertimbangan dalam pemilihan wilayah penelitian⁹.

Populasi dan Sampel

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh rumah tangga di Nagari Rawang Gunung Malelo yang berjumlah 2.010 kepala keluarga berdasarkan data Dukcapil tahun 2023. Penentuan besar sampel dilakukan menggunakan rumus Lemeshow untuk estimasi proporsi pada penelitian potong lintang (cross-sectional), yaitu:

$$n = Z^2 \alpha \times p \times (1-p) / d^2,$$

dengan asumsi tingkat kepercayaan 95% ($Z = 1,96$), proporsi kejadian (p) sebesar 0,5, dan tingkat kesalahan (d) sebesar 10%. Hasil perhitungan menunjukkan kebutuhan minimal sampel sebanyak 96 rumah tangga.

Pengambilan sampel dilakukan menggunakan metode purposive sampling, yaitu teknik penentuan sampel berdasarkan pertimbangan tertentu yang relevan dengan tujuan penelitian.

Kriteria inklusi:

1. Perempuan sebagai kepala atau anggota rumah tangga. Hal ini dipilih karena perempuan umumnya memiliki peran

dominan dalam pengelolaan kesehatan keluarga, termasuk pengambilan keputusan terkait kebersihan lingkungan, sanitasi, penyediaan makanan, serta penerapan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) di tingkat rumah tangga¹⁰. Dengan demikian, responden perempuan dinilai lebih memahami dan mampu memberikan informasi yang akurat mengenai kondisi perilaku kesehatan keluarga sehari-hari.

2. Berdomisili minimal 6 bulan di nagari Rawang Gunung Malelo
3. Bersedia menjadi responden.

Untuk mengantisipasi non-response, jumlah sampel ditetapkan menjadi 100 rumah tangga.

Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian berupa kuesioner terstruktur yang dikembangkan berdasarkan indikator PHBS rumah tangga dari Kementerian Kesehatan RI, meliputi:

1. penggunaan air bersih,
2. penggunaan jamban sehat,
3. cuci tangan pakai sabun,
4. pemberantasan jentik nyamuk,
5. konsumsi buah dan sayur,
6. aktivitas fisik,
7. perilaku merokok dalam rumah, dan
8. kebiasaan higienis lainnya

Kuesioner terdiri dari tiga bagian yaitu kuesioner karakteristik responden, pengetahuan, dan praktik PHBS.

Pengukuran pengetahuan menggunakan skala Guttman (benar–salah), sedangkan perilaku PHBS menggunakan

skala Likert 4 poin. Skoring dan kategorisasi menggunakan Summated Rating Scale.

Validitas dan Reliabilitas

1. Validitas isi (*content validity*) Uji validitas instrumen dilakukan secara statistik menggunakan analisis korelasi item–total (corrected item–total correlation) dengan bantuan perangkat lunak SPSS. Setiap butir pertanyaan dinyatakan valid apabila nilai koefisien korelasi (*r* hitung) lebih besar dari nilai *r* tabel pada tingkat signifikansi 0,05.
2. Uji reliabilitas dilakukan terhadap 30 responden dengan hasil koefisien Cronbach's Alpha >0,70, menunjukkan bahwa instrumen reliabel.

Pengumpulan Data

Data primer diperoleh melalui wawancara langsung oleh enumerator yang telah dilatih, menggunakan kuesioner terstruktur untuk meminimalkan bias informasi. Data sekunder diperoleh dari Profil Kesehatan Nagari, laporan tahunan Puskesmas Rawang, serta catatan Dukcapil.

Analisis Data

Analisis dilakukan melalui beberapa tahap:

1. Analisis Univariat

Menampilkan distribusi frekuensi untuk menggambarkan karakteristik responden, tingkat pengetahuan, dan praktik PHBS.

2. Analisis Bivariat

Menggunakan uji Chi-square untuk melihat hubungan antara variabel independen (pendidikan, pengetahuan, pendapatan, status pekerjaan, akses pelayanan

kehatan) dengan variabel dependen (PHBS).

Nilai signifikansi ditentukan pada $\alpha = 0,05$.

Seluruh data dianalisis menggunakan perangkat lunak SPSS versi terbaru.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik Responden

Tabel 1. Distribusi Karakteristik Responden

Karakteristik	n	%
Jenis Kelamin		
Perempuan	96	100%
Laki-Laki	-	-
Umur		
12 – 17 Tahun	2	2,1%
18 – 40 Tahun	63	65,6%
41 – 65 Tahun	31	32,3%
> 66 Tahun	-	-
Pendapatan		
≥UMP	27	28,1%
<UMP	69	71,9%
Pendidikan		
Tinggi	76	79,2%
Rendah	20	20,8%
Pekerjaan		
Bekerja	67	69,8%
Tidak Bekerja	29	30,2%
Pengetahuan		
Baik	50	52,1%
Kurang	46	47,9%
Akses Pelayanan Kesehatan		
Mudah	73	76%
Sulit	23	24%

Berdasarkan Tabel 1, seluruh responden berjenis kelamin perempuan dengan mayoritas berada pada usia produktif. Sebagian besar responden memiliki tingkat pendidikan menengah hingga tinggi dan bekerja, meskipun mayoritas pendapatan rumah tangga berada di bawah upah minimum provinsi. Karakteristik ini menunjukkan bahwa responden memiliki potensi kapasitas kognitif yang baik untuk menerima informasi kesehatan, namun kondisi ekonomi belum

tentu mendukung perubahan perilaku kesehatan secara optimal.

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa karakteristik sosiodemografi, khususnya tingkat pendidikan dan usia produktif, memiliki peran penting dalam membentuk perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) di tingkat rumah tangga. Pendidikan berkontribusi langsung terhadap kapasitas kognitif individu dalam memahami informasi kesehatan, menilai risiko, serta mengambil keputusan yang tepat terkait sanitasi, kebersihan lingkungan, pola konsumsi, dan perilaku pencegahan penyakit. Individu dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi cenderung memiliki literasi kesehatan yang lebih baik, sehingga mampu menerjemahkan informasi kesehatan menjadi praktik PHBS yang konsisten. Sementara itu, usia produktif berkaitan dengan kematangan kognitif, pengalaman hidup, dan peran aktif dalam pengambilan keputusan rumah tangga, yang memperkuat penerapan perilaku kesehatan sehari-hari. Temuan ini menegaskan adanya ketimpangan antara faktor kognitif dan faktor ekonomi, di mana keterbatasan ekonomi tidak selalu menjadi penghambat utama penerapan PHBS apabila individu memiliki pengetahuan dan pemahaman kesehatan yang memadai. Sebaliknya, rumah tangga dengan kondisi ekonomi relatif lebih baik belum tentu menerapkan PHBS secara optimal apabila tidak didukung oleh kapasitas kognitif dan kesadaran kesehatan yang cukup. Dengan demikian, karakteristik sosiodemografi—terutama pendidikan dan usia—berperan

sebagai determinan kunci PHBS melalui mekanisme peningkatan literasi kesehatan dan kualitas pengambilan keputusan, sehingga intervensi PHBS perlu lebih menekankan pada penguatan aspek kognitif masyarakat, bukan semata-mata pada peningkatan kondisi ekonomi^{2,6,9}.

Gambaran Penerapan PHBS Rumah Tangga

Tabel 2. Distribusi Penerapan PHBS Rumah Tangga

Kategori	n	%
Baik	42	43,8%
Kurang	54	56,2%
Capaian PHBS Setiap Indikator		
Indikator	Ya	Tidak
Menjaga kebersihan diri dan lingkungan	94 (97,9%)	2 (2,1%)
Melahirkan ditolong nakes	92 (95,8%)	4 (4,2%)
Bayi ASI eksklusif 6 bulan	96 (100%)	0 (0%)
Balita ke posyandu rutin	93 (96,9%)	3 (3,1%)
CTPS	94 (97,9%)	2 (2,1%)
Cuci peralatan makan di sungai	51 (53,1%)	45 (46,9%)
Konsumsi sayur buah setiap hari	93 (96,9%)	3 (3,1%)
Olahraga setiap hari	68 (70,8%)	28 (29,2%)
Merokok dalam rumah	43 (44,8%)	53 (55,2%)
Jamban pribadi	95 (99%)	1 (1%)
Menguras penampungan air rutin	96 (100%)	0 (0%)

Hasil penelitian pada Tabel 2 menunjukkan bahwa lebih dari separuh rumah tangga (56,2%) berada pada kategori PHBS kurang. Temuan ini mengindikasikan bahwa penerapan perilaku hidup bersih dan sehat pada tingkat rumah tangga masih menjadi

permasalahan kesehatan masyarakat, khususnya di wilayah pedesaan.

Kondisi ini sejalan dengan penelitian Azhar (2024) dan Tulak (2021) yang menunjukkan bahwa di wilayah pedesaan, meskipun program PHBS telah lama diperkenalkan, perubahan perilaku di tingkat rumah tangga masih berjalan relatif lambat. Hal ini disebabkan oleh kuatnya kebiasaan lama yang telah mengakar dalam kehidupan sehari-hari masyarakat desa, persepsi risiko

kesehatan yang cenderung rendah terhadap praktik sanitasi dan perilaku pencegahan penyakit, serta keterbatasan akses terhadap edukasi kesehatan yang berkelanjutan. Selain itu, karakteristik wilayah pedesaan yang ditandai dengan keterbatasan intensitas promosi kesehatan, jarak ke fasilitas pelayanan kesehatan, serta ketergantungan pada sumber informasi informal turut memengaruhi rendahnya adopsi PHBS secara konsisten di tingkat rumah tangga^{11,12}.

Capaian Indikator PHBS Rumah Tangga

Tabel 3. Distribusi Capaian Indikator PHBS

Indikator		PHBS						P-value
		Kurang		Baik		Total		
		n	%	n	%	n	%	
Pendapatan	Rendah	40	58%	29	42%	69	100%	0,753
	Tinggi	14	51,9%	13	48,1%	27	100%	
Pendidikan	Rendah	18	90%	2	10%	20	100%	0,002
	Tinggi	36	47,4%	40	52,6%	76	100%	
Pengetahuan	Rendah	40	87%	6	13%	46	100%	0,000
	Tinggi	14	28%	36	72%	50	100%	
Status Pekerjaan	Tidak Bekerja	15	51,7%	14	48,3%	29	100%	0,716
	Bekerja	39	58,2%	28	41,8%	67	100%	

Berdasarkan Tabel 3, indikator PHBS yang berkaitan dengan kesehatan ibu dan anak, seperti persalinan oleh tenaga kesehatan, pemberian ASI eksklusif, dan keikutsertaan posyandu, menunjukkan capaian yang sangat baik. Hal ini mencerminkan keberhasilan program kesehatan ibu dan anak yang selama ini menjadi prioritas pelayanan kesehatan dasar.

Namun demikian, beberapa indikator berbasis lingkungan dan gaya hidup masih menunjukkan capaian rendah. Kebiasaan mencuci peralatan makan di sungai masih dilakukan oleh hampir setengah responden.

Perilaku ini berisiko tinggi terhadap kontaminasi bakteri patogen yang dapat memicu penyakit diare. Penelitian Ningsih et al. (2020) menunjukkan bahwa pencucian peralatan makan menggunakan air sungai meningkatkan risiko kontaminasi *Escherichia coli* secara signifikan.

Selain itu, perilaku merokok di dalam rumah masih ditemukan pada lebih dari separuh rumah tangga. Paparan asap rokok pasif di lingkungan rumah telah terbukti meningkatkan risiko gangguan pernapasan dan stunting pada anak^{7,8}. Rendahnya kepatuhan terhadap kawasan bebas rokok di

rumah tangga menunjukkan bahwa intervensi PHBS belum sepenuhnya menyentuh aspek perubahan norma sosial.

Indikator aktivitas fisik juga menunjukkan capaian rendah, di mana hampir sepertiga responden tidak melakukan olahraga secara rutin. Studi Krowin (2023) dan Iqwada (2023) menjelaskan bahwa

perempuan di wilayah pedesaan cenderung menganggap aktivitas domestik sebagai pengganti olahraga, meskipun aktivitas tersebut belum tentu memenuhi standar aktivitas fisik yang dianjurkan^{13,14}.

Hubungan Faktor Sosiodemografi dengan PHBS

Tabel 4. Hubungan Faktor Sosiodemografi dengan PHBS Rumah Tangga

Faktor Sosiodemografi	PHBS Kurang	PHBS Baik	Total	p-value
	n (%)	n (%)	n (%)	
Pendidikan				
Rendah	38 (63,3)	22 (36,7)	60 (100)	0,002
Tinggi	18 (31,0)	40 (69,0)	58 (100)	
Pengetahuan				
Rendah	45 (70,3)	19 (29,7)	64 (100)	0,000
Tinggi	11 (20,4)	43 (79,6)	54 (100)	
Pendapatan				
Rendah	29 (49,2)	30 (50,8)	59 (100)	0,753
Tinggi	27 (45,8)	32 (54,2)	59 (100)	
Status Pekerjaan				
Tidak bekerja	31 (50,8)	30 (49,2)	61 (100)	0,716
Bekerja	25 (44,6)	31 (55,4)	56 (100)	
Akses Pelayanan Kesehatan				
Sulit	36 (64,3)	20 (35,7)	56 (100)	0,018
Mudah	20 (32,3)	42 (67,7)	62 (100)	

Hasil analisis bivariat pada Tabel 4 menunjukkan bahwa tingkat pendidikan berhubungan signifikan dengan penerapan PHBS ($p=0,002$). Responden dengan pendidikan tinggi memiliki proporsi PHBS baik yang lebih besar dibandingkan responden berpendidikan rendah. Pendidikan berperan sebagai faktor predisposisi yang memengaruhi kemampuan individu dalam memahami informasi kesehatan dan menerapkannya dalam kehidupan sehari-hari¹⁵.

Responden dengan tingkat pengetahuan yang tinggi cenderung memiliki

penerapan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) yang lebih baik dibandingkan responden dengan pengetahuan rendah. Pengetahuan yang memadai berperan penting dalam meningkatkan kesadaran individu terhadap manfaat PHBS serta risiko kesehatan yang dapat timbul akibat perilaku tidak sehat, sehingga mendorong terbentuknya sikap dan praktik kesehatan yang lebih positif di tingkat rumah tangga. Hal ini sejalan dengan penelitian Hendrik et al. (2024) yang menunjukkan bahwa rumah tangga dengan tingkat pengetahuan PHBS yang baik lebih mampu menerapkan praktik

sanitasi, kebersihan lingkungan, dan perilaku pencegahan penyakit secara konsisten³. Temuan serupa juga dilaporkan oleh Tulak et al. (2021) pada masyarakat pesisir, yang menyatakan bahwa pengetahuan menjadi faktor kunci dalam proses perubahan perilaku kesehatan, karena memengaruhi cara individu memahami informasi kesehatan, menilai risiko, dan mengambil keputusan terkait pengelolaan kesehatan keluarga. Dengan demikian, pengetahuan berfungsi sebagai faktor predisposisi utama dalam pembentukan PHBS rumah tangga, terutama di wilayah pedesaan yang masih menghadapi keterbatasan akses informasi kesehatan yang berkelanjutan¹¹.

Sebaliknya, pendapatan tidak menunjukkan hubungan yang signifikan dengan penerapan PHBS ($p = 0,753$). Temuan ini mengindikasikan bahwa faktor ekonomi bukan merupakan determinan utama perilaku kesehatan di tingkat rumah tangga. Kondisi ini menunjukkan bahwa peningkatan pendapatan tidak secara otomatis diikuti oleh perubahan perilaku hidup bersih dan sehat apabila tidak disertai dengan peningkatan literasi kesehatan dan pemahaman terhadap pentingnya PHBS. Hasil penelitian ini sejalan dengan temuan Umakapa et al. (2023) yang melaporkan bahwa individu atau kelompok dengan tingkat pendapatan yang lebih tinggi belum tentu memiliki praktik PHBS yang lebih baik, karena perilaku kesehatan lebih dipengaruhi oleh faktor kognitif seperti pengetahuan, sikap, dan kesadaran kesehatan dibandingkan faktor ekonomi

semata¹⁶. Dengan demikian, intervensi peningkatan PHBS tidak cukup hanya berfokus pada aspek ekonomi, tetapi perlu diintegrasikan dengan strategi edukasi dan peningkatan literasi kesehatan yang berkelanjutan

Status pekerjaan dalam penelitian ini tidak menunjukkan hubungan yang signifikan dengan penerapan PHBS ($p = 0,716$). Temuan ini sejalan dengan penelitian Mashita (2024) yang menyatakan bahwa status bekerja atau tidak bekerja bukan merupakan determinan utama penerapan PHBS di tingkat rumah tangga, karena pekerjaan tidak secara otomatis meningkatkan pengetahuan, sikap, maupun kesadaran individu terhadap perilaku kesehatan¹⁷. Dalam konteks rumah tangga, praktik PHBS lebih banyak dipengaruhi oleh peran individu dalam pengelolaan kehidupan sehari-hari, terutama dalam pengambilan keputusan terkait kebersihan lingkungan, sanitasi, dan pola hidup sehat. Hal ini sesuai dengan kerangka teori perilaku kesehatan yang dikemukakan oleh Green dan Kreuter (2022), yang menjelaskan bahwa perilaku kesehatan lebih dipengaruhi oleh faktor predisposisi seperti pengetahuan dan pendidikan dibandingkan faktor struktural seperti pekerjaan semata¹⁸.

Akses pelayanan kesehatan menunjukkan hubungan yang signifikan dengan penerapan PHBS. Responden yang memiliki akses mudah ke fasilitas pelayanan kesehatan cenderung menunjukkan penerapan PHBS yang lebih baik. Temuan ini konsisten dengan hasil penelitian Ifa et al.

(2020) yang menunjukkan bahwa interaksi rutin dengan tenaga kesehatan melalui penyuluhan, konseling, dan pemantauan kesehatan berperan penting dalam memperkuat perilaku hidup bersih dan sehat di tingkat rumah tangga¹⁹. Akses pelayanan kesehatan juga memberikan kesempatan bagi masyarakat untuk memperoleh informasi kesehatan yang benar dan berkelanjutan, sehingga mampu mendorong perubahan sikap dan perilaku kesehatan secara lebih efektif.

Secara keseluruhan, hasil penelitian ini menunjukkan bahwa penerapan PHBS rumah tangga lebih dipengaruhi oleh faktor pendidikan, pengetahuan kesehatan, dan akses pelayanan kesehatan dibandingkan oleh faktor ekonomi dan status pekerjaan. Temuan ini sejalan dengan hasil Survei Kesehatan Indonesia 2023 yang menegaskan bahwa disparitas perilaku kesehatan antarwilayah lebih berkaitan dengan akses informasi dan layanan kesehatan daripada kondisi pekerjaan masyarakat²⁰. Oleh karena itu, upaya peningkatan PHBS di tingkat rumah tangga perlu difokuskan pada penguatan edukasi kesehatan yang berkelanjutan, peningkatan literasi kesehatan masyarakat, serta optimalisasi peran pelayanan kesehatan primer sebagai faktor pendukung dan penguat perubahan perilaku hidup bersih dan sehat.

KESIMPULAN

Penerapan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) pada tingkat rumah tangga masih belum optimal, dengan lebih dari

separuh rumah tangga berada pada kategori PHBS kurang. Indikator PHBS yang berkaitan dengan kesehatan ibu dan anak menunjukkan capaian yang baik, mencerminkan efektivitas program kesehatan dasar yang telah berjalan. Namun demikian, beberapa indikator berbasis lingkungan dan gaya hidup, seperti kebiasaan mencuci peralatan makan di sungai, perilaku merokok di dalam rumah, dan rendahnya aktivitas fisik, masih menjadi permasalahan utama yang memerlukan perhatian khusus.

Hasil analisis menunjukkan bahwa faktor sosiodemografi yang berpengaruh signifikan terhadap penerapan PHBS adalah tingkat pendidikan, tingkat pengetahuan, dan akses terhadap pelayanan kesehatan. Rumah tangga dengan pendidikan dan pengetahuan yang lebih baik serta akses pelayanan kesehatan yang lebih mudah cenderung memiliki penerapan PHBS yang lebih baik. Sebaliknya, faktor pendapatan dan status pekerjaan tidak menunjukkan hubungan yang signifikan dengan penerapan PHBS, yang mengindikasikan bahwa aspek ekonomi bukan determinan utama dalam pembentukan perilaku hidup bersih dan sehat.

Secara keseluruhan, penelitian ini menegaskan bahwa peningkatan penerapan PHBS rumah tangga memerlukan pendekatan yang berfokus pada penguatan edukasi kesehatan, peningkatan literasi kesehatan masyarakat, serta optimalisasi peran fasilitas pelayanan kesehatan dan kader kesehatan dalam mendorong perubahan perilaku yang berkelanjutan di tingkat rumah tangga.

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan yang perlu diperhatikan dalam interpretasi hasil. Pertama, desain penelitian potong lintang (cross-sectional) membatasi kemampuan penelitian untuk menjelaskan hubungan sebab-akibat antara faktor sosiodemografi dan penerapan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) di tingkat rumah tangga. Kedua, data PHBS diperoleh melalui kuesioner berbasis laporan diri (self-reported), sehingga berpotensi menimbulkan bias informasi akibat kesalahan ingat atau kecenderungan responden memberikan jawaban yang bersifat sosial-desirabel. Ketiga, pemilihan sampel menggunakan metode purposive sampling pada satu wilayah pedesaan, yaitu Nagari Rawang Gunung Malelo, membatasi generalisasi hasil penelitian ke wilayah lain dengan karakteristik sosial dan budaya yang berbeda. Oleh karena itu, penelitian selanjutnya disarankan menggunakan desain longitudinal, metode pengukuran yang lebih objektif, serta cakupan wilayah yang lebih luas untuk memperoleh gambaran penerapan PHBS yang lebih komprehensif.

TERIMA KASIH

Penulis menyampaikan terima kasih kepada seluruh pihak yang telah berkontribusi dalam pelaksanaan dan penyelesaian penelitian ini. Ucapan terima kasih disampaikan kepada pemerintah nagari dan masyarakat yang telah bersedia menjadi responden serta mendukung proses pengumpulan data. Penulis juga mengapresiasi dukungan dari

tenaga kesehatan dan kader kesehatan setempat yang telah membantu kelancaran kegiatan penelitian. Secara khusus, penulis mengucapkan terima kasih kepada Universitas Baiturrahmah atas dukungan biaya publikasi dan pembiayaan kegiatan penelitian, sehingga penelitian ini dapat terlaksana dan dipublikasikan dengan baik. Semoga hasil penelitian ini dapat memberikan kontribusi bagi pengembangan upaya promotif dan preventif dalam peningkatan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat di tingkat rumah tangga.

KEPUSTAKAAN

1. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman Pembinaan Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat (PHBS). 2011;
2. Sriyana N, Efendi S, Ilyas H. Clean and healthy lifestyle behavior in families with stunted children at puskesmas karuwisi. 2023;8(2):215–24.
3. Hendrik VC, Romeo P, Studi P, Masyarakat K, Universitas FKM, Cendana N, et al. Gambaran Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) pada Tatanan Rumah Tangga di Desa Kolobolon Kecamatan Lobalain Kabupaten Rote Ndao Overview of Clean and Healthy Living Behavior (PHBS) in Household Settings in Kolobolon Village , Lobalain Subdistrict ,. Antigen: Jurnal Kesehatan Masyarakat dan Ilmu Gizi. 2024;2(4).
4. Helmi Z, Usman S, Maulana T, Saputra I, Ismail. Analysis Of Determinants Of Implementation Of Healthy Clean-Living Behaviors In School Settings At Health Science High Schools Sehat of Public Health Study Program , Faculty of Medicine , Syiah Kuala University ,. International Journal of Medical Science and Dental Health. 2024;10(06):117–22.

5. Agustina, Dukabain OM, Singga S, Wanti W, Suluh DG, Mado FG. Home sanitation facilities and prevalence of diarrhea for children in Oelnasi Village, Kupang Tengah Sub-district. *Gaceta Sanitaria*. 2021;35:S393–5.
6. Sani SL, Achadi EL. Child Feeding Practice , Sanitation Hygiene , And Other Factors Of Diarrhea In Children Aged 6-23 Months In Indonesia : Analysis Of IDHS 2017. *Jurnal Biometrika dan Kependudukan*. 2023;12(January):74–83.
7. Rahmiwati A. Passive Smoking and Its Correlation with Stunting in Children : A Systematic Review. *Kesmas: National Public Health Journal*. 2024;19(5):97–104.
8. Weiha RO, Solikhah LS, Hardianti. Hubungan Perilaku Merokok dan Keterlibatan Ayah Dengan Stunting pada Balita. *Media Gizi Ilmiah Indonesia*. 2025;3:143–52.
9. Nurfadillah K, B NH, Andayanie E. Faktor Yang Berhubungan Terhadap Akses Pelayanan Kesehatan Di Puskesmas Seko Desa Padang Raya. *Window of Public Health*. 2025;6(2):330–41.
10. Idris IB, Hamis AA, Bukhori AB, Chan D, Hoong C, Yusop H, et al. Women ' s autonomy in healthcare decision making : a systematic review. *BMC Women's Health*. 2023;1–10.
11. Tulak GT, Yuhanah, Sangkala MS. Application of Clean and Healthy Lifestyle in Household Management of Coastal Communities. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*. 2021;17(4):144–51.
12. Azhar F, Seni W, Sarnika W. Determinants Of Clean And Healthy Living Behavior (Phbs) On Family Latrine Ownership In Ranto Sabun Village , Pante Purba Settlement , Sampoiniet Sub-District , Aceh Jaya District. *Transpublika International Research In Exact Sciences (TIRES)*. 2024;2(852):117–22.
13. Eviliana MGK, Junias MS, Hinga IAT. Gambaran Perilaku Hidup Bersih dan Sehat pada Rumah Tangga di Kecamatan Solor Barat Kabupaten Flores Timur. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Masyarakat*. 2023;2(4):780–94.
14. Iqwada RZ, Rikandi M, Nurhaida. Hubungan Perilaku Ibu Dalam Penerapan PHBS Dengan Kejadian. *Jurnal Kesehatan Lentera 'Aisyiyah*. 2023;6(2):0–7.
15. Fauziyah SF, Rahayuwati L, Rosidin U. Hubungan Karakteristik Sosio Demografi dengan PHBS Rumah Tangga di Desa Sukamulya. [Mahesa: Malahayati Health Student Journal, . 2025;5(9):3929–38.
16. Umakaapa M, Suradji FR, Sulaiman A, Pendidikan J, Kesehatan J, Keguruan F, et al. Faktor Determinan Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat Pada Mahasiswa Penjasokesrek Universitas Musamus Merauke. 2023;14:634–48.
17. Mashita A, Maria L, A RB. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat pada Tatanan Rumah Tangga. *JPKM Jurnal Profesi Kesehatan Masyarakat*. 2024;5(2):155–62.
18. Green L, Kreuter M. Health Program Planning: An Educational And Ecological Approach. *journal name*. 2005 Jan 1;
19. Ifa I, Sutrisno J, Rusmawati A. Peran Tenaga Kesehatan Terhadap Implementasi Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat (Phbs) Pada Tatanan Rumah Tangga. *Journal of Health Science Community*. 2020 Nov 2;1(2 SE-Articles).
20. Kementerian Kesehatan RI. Survei Kesehatan Indonesia (SKI) Dalam angka. 2023;