

IMPLEMENTASI ANALISIS DISKRIMINAN DALAM PENGELOMPOKAN KINERJA PENERAPAN PERILAKU HIDUP BERSIH DAN SEHAT

Sri Suhandiah^{*1)}, Nining Martiningtyas²⁾, Ayuningtyas³⁾

¹Fakultas Ekonomi dan Bisnis (Program Studi Manajemen) Universitas Dinamika, Surabaya, Indonesia

^{2,3}Fakultas Teknik Informatika (Program Studi Sistem Informasi) Universitas Dinamika, Surabaya, Indonesia

email: diah@dinamika.ac.id

Abstrak

Kesehatan merupakan komponen penting dimana penurunan derajat kesehatan akan dapat menimbulkan berbagai kerugian ekonomi. Kabupaten Blitar telah berupaya meningkatkan penerapan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat di 248 desa/kelurahan. Tujuan penelitian ini adalah untuk mempelajari pengelompokan desa/ kelurahan berdasar capaian keberhasilan penerapan PHBS di kabupaten Blitar. Penelitian dilakukan secara kuantitatif dengan menyampaikan hasil deskriptif kuantitatif dan analisis diskriminan. Banyaknya sampel adalah 153 desa/kelurahan. Pengambilan sampel dilakukan dengan cara simple dan stratified random sampling, dimana desa/kelurahan dikelompokkan berdasar kategori Indeks Risiko Sanitasi (IRS) desa/kelurahan yang diperoleh dari hasil studi Environmental Health Risk Assessment (EHRA) di kabupaten Blitar. Hasil pengujian menunjukkan bahwa secara umum penerapan PHBS di wilayah Blitar telah cukup baik. Selain itu, kedua fungsi diskriminan yang dibentuk dapat digunakan untuk mengelompokkan capaian penerapan PHBS di desa/kelurahan kabupaten Blitar.

Kata Kunci: Kinerja PHBS; Analisis Diskriminan; kabupaten Blitar

Abstract

Health is a very significant component which is decreased state will cause many economic degradations. The Blitar Regency has tried to increase the implementation of Clean and Healthy Life Behavior in 248 villages. This study aims to determine the grouping of villages based on the successful implementation of Clean and Healthy Life Behavior in the Blitar Regency. The research was conducted quantitatively by presenting quantitative descriptive results and discriminant analysis. The number of samples is 153 Villages. Sampling was done by simple and stratified random sampling, in which villages were grouped based on the Sanitation Risk Index (IRS) category of villages obtained from the results of the Environmental Health Risk Assessment (EHRA) study in Blitar Regency. The test findings demonstrate that Clean and Healthy Life Behavior has been successfully implemented in the Blitar area. The two discriminant functions can also be utilized to categorize the successes of the PHBS implementation in the village of Blitar district.

Keywords: PHBS performance; Discriminant Analysis; Blitar Regency

1. PENDAHULUAN

Kesehatan merupakan komponen esensial dari sumber daya manusia yang mendukung produktivitas pekerja dengan meningkatkan kapasitas fisik dan kemampuan mental (Bloom *et al.*, 2019). Kesehatan juga merupakan salah satu investasi bagi pembangunan guna untuk mewujudkan masyarakat yang sejahtera

(Narain, 2019). Penurunan derajat kesehatan akan dapat menimbulkan berbagai kerugian ekonomi dan sebaliknya peningkatan derajat kesehatan akan dapat meningkatkan investasi bagi pembangunan (Sparrow *et al.*, 2013). Hal yang sama juga dikatakan oleh Raghupathi and Raghupathi (2020) bahwa meningkatnya kesehatan masyarakat akan sangat berdampak bagi produktifitasnya baik

secara ekonomi dan secara sosial. Karenanya, kesehatan menjadi tanggung jawab pemerintah dan masyarakat.

Sebagai upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, Pemerintah Republik Indonesia telah mencanangkan program pembangunan nasional berwawasan kesehatan yang tertuang dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Dijelaskan dalam Bab II Pasal 3 bahwa tujuan dari pembangunan kesehatan adalah untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang. Dalam pelaksanaannya, pemerintah mewajibkan masyarakat untuk menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat, dimana kegiatan ini dikenal dengan Praktik Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS). PHBS merupakan sekumpulan perilaku yang pada praktiknya membutuhkan kesadaran masyarakat untuk hidup sehat sebagai wujud pembelajaran agar dapat menolong diri sendiri dan untuk mewujudkan lingkungan masyarakat yang sehat (Wati and Ridlo, 2020). PHBS menjadi langkah penting agar setiap orang dapat mencapai derajat kesehatannya secara optimal (Julianingsih, Karjoso and Harahap, 2020). Keterwujudan PHBS dapat tercapai melalui pemberdayaan masyarakat melalui sumber daya yang dimilikinya dalam upaya menerapkan PHBS dalam kehidupannya sehari-hari (Shalahuddin, Rosidin and Nurhakim, 2018).

Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan tahun 2020 – 2024 menyampaikan bahwa sebagai upaya untuk melanjutkan renstra sebelumnya, yaitu renstra tahun 2015-2019 mengenai praktik PHBS maka diharapkan setiap kabupaten/kota dapat menerapkan kebijakan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS). GERMAS merupakan upaya pembudayaan perilaku hidup sehat pada masyarakat. Adapun target capaian peningkatannya adalah sebesar 50% (Kemenkes RI, 2020). Target tersebut diharapkan dapat dicapai melalui tersedianya sarana-sarana pendanaan yang disediakan oleh pemerintah pusat maupun pemerintah daerah, khususnya untuk kegiatan pemberdayaan masyarakat dalam

praktik PHBS di tingkat rumah tangga yang ada di wilayah kabupaten dan kota.

Selain itu, data Kementerian Kesehatan Republik Indonesia tahun 2020 juga menyebutkan bahwa derajat kesehatan masyarakat secara nasional mulai membaik meskipun belum menjangkau seluruh penduduk sebagaimana yang dicanangkan dalam Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (Kemenkes RI, 2021). Ketercapaian secara nasional ini akan menjangkau ke seluruh penduduk bila kabupaten dan kota semakin meningkatkan dukungannya pada program pemerintah.

Penelitian mengenai ketercapaian PHBS dapat dilakukan dengan mengevaluasi indikator-indikator PHBS dalam skala rumah tangga. PHBS pada skala rumah tangga merupakan upaya untuk memberdayakan anggota rumah tangga yang dilakukan untuk mencegah dan melindungi diri dari risiko terjadinya penyakit dan juga berperan aktif dalam gerakan kesehatan di masyarakat (Maulany, Yusuf and Hengky, 2021).

Studi mengenai PHBS telah dilakukan oleh peneliti sebelumnya dalam wilayah yang sangat terbatas dan untuk melihat penggunaan indikator PHBS dan faktor-faktor yang mempengaruhinya seperti faktor pengetahuan keluarga (Kamisorei, 2017; Fadila and Rachmayanti, 2021). Selanjutnya, agar dapat mengetahui capaian program PHBS skala rumah tangga yang lebih menyeluruh maka diperlukan penelitian dengan lingkup yang lebih luas cakupannya seperti di tingkat kabupaten dan kota. Hasilnya diharapkan dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan dalam menilai capaian keberhasilan program tersebut di tingkat kabupaten dan kota.

Kabupaten Blitar adalah salah satu kabupaten di Provinsi Jawa Timur yang memiliki jumlah desa/kelurahan sebanyak 248 desa/kelurahan. Salah satu isu strategis yang disampaikan di dalam dokumen Renstra Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar Tahun 2016-2021 adalah masih belum optimalnya kemandirian masyarakat untuk mempengaruhi kurangnya hidup sehat. Sebagai contoh, hasil penelitian sebelumnya menyebutkan bahwa salah satu faktor yang

mempengaruhi kurang optimalnya PHBS di kabupaten Blitar adalah kurangnya penggunaan air bersih (Lestari, 2017). Untuk itu, pemerintah kabupaten Blitar berusaha menggenjot pembangunan kesehatannya. Salah satu usaha untuk mengatasi permasalahan tersebut adalah dengan meningkatkan program pemberdayaan masyarakat dalam penerapan PHBS (Dinkes Kabupaten Blitar, 2019).

Penelitian mengenai program PHBS di kabupaten Blitar masih terbatas. Penelitian sebelumnya telah dilakukan di desa Balerejo (Lestari, 2017) dan di kelurahan Pakunden (Saputro, 2016). Untuk itu menambah penelitian mengenai penerapan PHBS di kabupaten Blitar maka penelitian ini dilakukan dengan tujuan untuk mempelajari pengelompokan desa dan kelurahan berdasar capaian keberhasilan penerapan PHBS di kabupaten Blitar, dengan menggunakan analisis diskriminan.

2. METODE PENELITIAN

Penelitian ini adalah penelitian deskriptif kuantitatif dimana sampel penelitian yang diambil adalah desa dan kelurahan yang ada di wilayah kabupaten Blitar, Jawa Timur, yang diambil sampai dengan Agustus 2020. Banyaknya sampel ditentukan dengan menggunakan metode Slovin dan diperoleh hasil banyaknya sampel adalah 153 desa/kelurahan. Pengambilan sampel dilakukan dengan cara *simple random sampling* dan *stratified random sampling*, dimana desa/kelurahan dikelompokkan berdasar kategori Indeks Risiko Sanitasi (IRS) desa/kelurahan yang diperoleh dari hasil studi Environmental Health Risk Assessment (EHRA) di kabupaten Blitar.

Teknik analisis yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis statistik deskriptif yang menjelaskan gambaran tentang desa/kelurahan di kabupaten Blitar yang menjadi objek penelitian dengan cara menguraikan data-data yang diperoleh sebagaimana adanya. Selain itu, digunakan juga analisis diskriminan. Analisis diskriminan digunakan untuk mengklasifikasikan objek, dengan satu set variabel

independen, ke dalam salah satu dari dua atau lebih kategori yang saling eksklusif dan lengkap (Alayande and Adekunle, 2015). Dalam penelitian ini, analisis diskriminan digunakan untuk mengklasifikasikan atau mengelompokkan desa/kelurahan di kabupaten Blitar ke dalam kelompok desa/kelurahan dengan capaian Kurang Baik, Cukup Baik, dan Baik dalam penerapan PHBS.

Variabel tak bebas/terikat (Y) adalah variabel Capaian Penerapan PHBS di desa/kelurahan yang diukur dengan dengan skala ordinal, dimana variabel ini menunjukkan ukuran penerapan PHBS rumah tangga di desa/kelurahan. Selain itu, dalam penelitian ini terdapat empat variabel bebas dengan skala pengukuran rasio, yaitu variabel Capaian dalam Penggunaan Sumber Air Bersih (X1), Capaian dalam Penerapan Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS) (X2), Capaian dalam Penggunaan Jamban Sehat (X3), dan Capaian dalam hal Bebas dari BABs (X4).

Variabel bebas X1 adalah ukuran yang menyatakan persentase masyarakat di desa/kelurahan dalam penggunaan sumber air bersih untuk kebutuhan sehari-hari di rumah tangga, dengan indikator penggunaan sumber air yang tidak tercemar. Variabel bebas X2 adalah ukuran yang menyatakan persentase masyarakat di desa/kelurahan dalam penerapan CTPS di lingkungan rumah tangga, dengan indikator lima waktu penting melaksanakan CTPS yaitu sebelum makan, sesudah Buang Air Besar (BAB), sebelum memegang bayi, setelah menceboki anak, dan sebelum menyiapkan makanan, serta tersedianya sabun di luar atau di dekat jamban. Variabel bebas X3 adalah ukuran yang menyatakan persentase masyarakat di desa/kelurahan dalam penggunaan jamban sehat di lingkungan rumah tangga, dengan indikator jamban yang digunakan di rumah tangga adalah jamban yang tidak mengotori permukaan tanah di sekeliling jamban tersebut, tidak mengotori air permukaan dan air tanah di sekitarnya, tidak dapat terjangkau oleh serangga (lalat, kecoa), serta tidak menimbulkan bau dan mudah digunakan. Variabel bebas X4 adalah ukuran yang menyatakan persentase masyarakat di

desa/kelurahan yang tidak melakukan BABs (Buang Air Besar sembarangan), dengan indikator rumah tangga tidak melakukan BAB.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Analisis Deskriptif

Hasil pengolahan data dapat dilihat pada Tabel 1, dimana menjelaskan hasil pengujian statistik deskriptif yaitu menjelaskan gambaran tentang desa/

kelurahan di kabupaten Blitar yang menjadi objek penelitian dengan cara menguraikan data-data yang diperoleh sebagaimana adanya. Berdasar Tabel 1 dapat dijelaskan bahwa terdapat 153 desa/kelurahan yang menjadi obyek penelitian. Terlihat bahwa rata-rata capaian desa/kelurahan dalam penerapan PHBS adalah sebesar 59,66% dengan Std. Deviation 9,96%. Capaian minimum dalam penerapan PHBS adalah 26.25% dan capaian maksimum sebesar 87,66%.

Tabel 1. Statistik Deskriptif

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Capaian desa/kelurahan dalam penggunaan Sumber Air Bersih (dalam persen)	153	44.38	81.88	61.5873	6.64190
Capaian desa/Kelurahan dalam penerapan CTPS (dalam persen)	153	7.50	92.50	44.0196	15.52398
Capaian desa/Kelurahan dalam penggunaan jamban sehat rumah tangga (dalam persen)	153	10.00	95.83	68.0288	13.99787
Capaian desa/Kelurahan dalam penerapan tidak ada BABs (dalam persen)	153	2.50	97.50	59.3634	17.62311
Capaian desa/Kelurahan dalam penerapan PHBS (dalam persen)	153	26.25	87.66	59.6568	9.95760
Valid N (listwise)	153				

Tabel 2. Jumlah Desa/Kelurahan Berdasar Kecamatan

Kecamatan	Frequency	Percent	Cumulative (Percent)
Bakung	6	3.9	3.9
Binangun	7	4.6	8.5
Doko	4	2.6	11.1
Gandusari	6	3.9	15.0
Garum	5	3.3	18.3
Kademangan	14	9.2	27.5
Kanigoro	5	3.3	30.7
Kesamben	5	3.3	34.0
Nglegok	6	3.9	37.9
Panggunrejo	5	3.3	41.2
Ponggok	9	5.9	47.1
Sanan Kulon	7	4.6	51.6
Selopuro	5	3.3	54.9
Selorejo	5	3.3	58.2
Srengat	16	10.5	68.6
Sutojayan	6	3.9	72.5
Talun	7	4.6	77.1
Udanawu	12	7.8	85.0
Wates	4	2.6	87.6
Wlingi	5	3.3	90.8
Wonodadi	11	7.2	98.0
Wonotirto	3	2.0	100.0
Total	153	100.0	

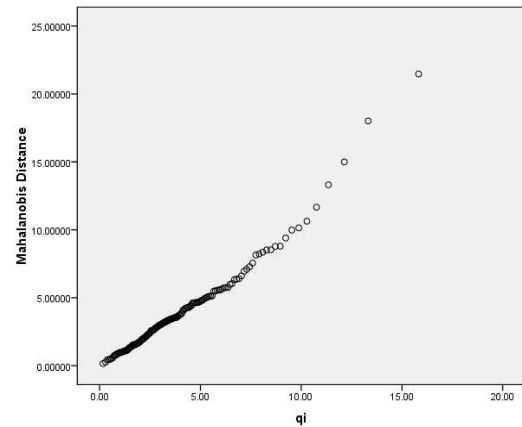
Berdasar Tabel 2 terlihat bahwa terdapat 22 Kecamatan dengan jumlah desa/kelurahan sebanyak 153. Kecamatan Srengat mempunyai jumlah desa/kelurahan terbanyak yang terpilih sebagai objek penelitian, yaitu sebesar 10.5%. Sedangkan, Kecamatan Wonotirto mempunyai jumlah desa/kelurahan yang terpilih sebagai objek penelitian, yaitu sebesar 2%.

Analisis Diskriminan

Analisis ini digunakan untuk menentukan klasifikasi atau kelompok desa/kelurahan di kabupaten Blitar berdasar capaian penerapan PHBS. Pengklasifikasian dikelompokkan menjadi 3, yaitu Baik, Cukup Baik, dan Kurang. salah satu asumsi yang harus dipenuhi dalam melakukan analisis adalah adanya variabel bebas X_1 , X_2 , X_3 , dan X_4 yang berdistribusi normal multivariat (Johnson and Wichern, 2007). Hasil pengolahan dengan menggunakan software SPSS pada Gambar 1 menunjukkan scatter-plot membentuk garis lurus. Hal ini dapat disimpulkan bahwa data berasal dari sampel yang terdistribusi normal multivariat, dengan kata lain bahwa asumsi telah terpenuhi.

Asumsi lain yang harus dipenuhi dalam analisis diskriminan adalah matriks varians-kovarians variabel bebas pada ketiga kelompok harus sama. Pengujian dilakukan dengan menggunakan uji kesamaan matriks varians-kovarians Box's M. Hasil pengolahan SPSS diperoleh nilai Sig. adalah 0.447 > 0.05, seperti yang ditunjukkan pada Tabel

3. Hal ini mengindikasikan bahwa matriks varians-kovarians variable bebas pada ketiga kelompok adalah sama. Dengan demikian, maka asumsi telah terpenuhi.



Gambar 1. Scatter-Plot Hasil Uji Normalitas Data

Tabel 3. Hasil Uji Kesamaan Matriks Varians-Kovarians Box's M

Test Results		
Box's M		21.729
F	Approx.	1.009
	df1	20
	df2	5.994E3
	Sig.	.447

Tests null hypothesis of equal population covariance matrices.

Tabel 4. Variables Entered/Removed^{a,b,c,d}

		Min. D Squared					
Step	Entered	Statistic	Between Groups	Exact F			Sig.
				Statistic	df1	df2	
1	Capaian desa/kelurahan dalam penerapan CTPS	1.605	Kurang Baik dan Cukup Baik	20.101	1	150.000	1.451E-5
2	Capaian desa/kelurahan dalam penerapan tidak ada BABs	5.033	Cukup Baik dan Baik	85.350	2	149.000	1.990E-25
3	Capaian desa/kelurahan dalam penggunaan Sumber Air Bersih	5.417	Cukup Baik dan Baik	60.831	3	148.000	1.107E-25
4	Capaian desa/kelurahan dalam penggunaan jamban sehat rumah tangga	5.466	Cukup Baik dan Baik	45.723	4	147.000	6.576E-25

At each step, the variable that maximizes the Mahalanobis distance between the two closest groups is entered.

- Maximum number of steps is 8.
- Maximum significance of F to enter is .05.
- Minimum significance of F to remove is .10.
- F level, tolerance, or VIN insufficient for further computation.

Tabel 4 menunjukkan variabel-variabel bebas yang akan dimasukkan dalam fungsi diskriminan. Terlihat bahwa variable capaian desa/kelurahan dalam penggunaan Sumber Air Bersih (X_1) dengan nilai Sig. $0.000 < 0.05$, capaian desa/kelurahan dalam penerapan CTPS (X_2) dengan nilai Sig. $0.000 < 0.05$, capaian desa/kelurahan dalam penggunaan Jamban Sehat (X_3) dengan nilai Sig. $0.000 < 0.05$, dan capaian desa/kelurahan dalam hal bebas dari BAB (X_4) dengan nilai Sig. $0.000 < 0.05$. Hal ini menunjukkan bahwa keempat variabel tersebut dapat dimasukkan dalam fungsi diskriminan.

Proses pemasukan variabel ke dalam fungsi diskriminan didasarkan pada *angka Wilks' Lambda* seperti yang disajikan pada pada Tabel 5. Pada step 1, terlihat bahwa terdapat 1 variabel yang dimasukkan yaitu variable X_2 (Capaian desa/kelurahan dalam penerapan CTPS) dengan *angka Wilks' Lambda* adalah 0.528. Berikutnya, step 2 ditambahkan variable X_4 (Capaian desa/kelurahan dalam penerapan tidak ada BABs) dengan *angka Wilks' Lambda* turun menjadi 0.296. Step 3 ditambahkan variable X_1 (Capaian desa/kelurahan dalam penggunaan Sumber Air Bersih) dengan *angka Wilks' Lambda* 0.283. Terakhir adalah step 4 dengan menambahkan variable X_3 (Capaian desa/kelurahan dalam penggunaan jamban sehat rumah tangga) dengan *angka Wilks' Lambda* 0.267. Terlihat juga bahwa nilai Sig. untuk keempat step menunjukkan $0.000 < 0.05$. Hal ini menunjukkan bahwa semuanya signifikan secara statistik.

Tabel 5. *Wilks' Lambda*

Step	Number of Variables	Lambda	df1	df2	df3	Exact F			
						Statistic	df1	df2	Sig.
1	1	.528	1	2	150	66.936	2	150.000	.000
2	2	.296	2	2	150	62.522	4	298.000	.000
3	3	.283	3	2	150	43.405	6	296.000	.000
4	4	.267	4	2	150	34.382	8	294.000	.000

Berdasar pada hasil analisis data, akan dibentuk 2 (dua) fungsi diskriminan, dimana fungsi diskriminan ke-1 digunakan untuk menentukan termasuk dalam kelompok Kurang Baik atau kelompok cukup Baik. Sedangkan, fungsi diskriminan ke-2 digunakan untuk menentukan termasuk dalam kelompok Cukup Baik atau kelompok Baik. Dari hasil pengujian perbedaan antar kelompok desa/kelurahan yang disampaikan

pada Tabel 6 memperlihatkan bahwa pada kolom Canonical Correlation untuk fungsi diskriminan ke-1 menunjukkan angka 0.848 yang berarti hubungan diskriminan score dengan kelompok mempunyai keeratan yang tinggi. Sedangkan, pada fungsi diskriminan ke-2 menunjukkan angka 0.223 yang berarti keeratannya rendah. Namun demikian, kedua fungsi diskriminan tetap digunakan untuk analisis berikutnya.

Tabel 6. *Summary of Canonical Discriminant Functions*

Function	Eigenvalue	% of Variance	Cumulative %	Canonical Correlation
1	2.561 ^a	98.0	98.0	.848
2	.052 ^a	2.0	100.0	.223

a. First 2 canonical discriminant functions were used in the analysis.

Penamaan kedua fungsi diskriminan didasarkan pada hasil pengolahan data yang tertulis dalam Tabel 7, dimana fungsi diskriminan ke-1 adalah:

$$Z_1 = -9,439 + 0,031 X_1 + 0,067 X_2 + 0,021 X_3 + 0,053 X_4$$

dan fungsi diskriminan ke-2 adalah:

$$Z_2 = -0,630 + 0,055 X_1 + 0,055 X_2 - 0,074 X_3 - 0,003 X_4.$$

Tabel 7. *Canonical Discriminant Function Coefficients*

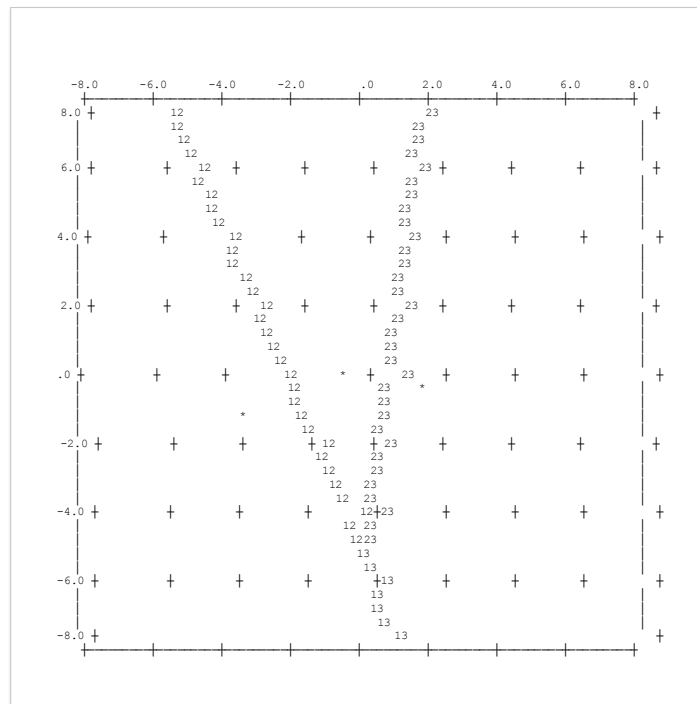
	Function	
	1	2
Capaian desa/kelurahan dalam penggunaan Sumber Air Bersih (dalam persen)	.031	.055
Capaian desa/kelurahan dalam penerapan CTPS (dalam persen)	.067	.055
Capaian desa/kelurahan dalam penggunaan jamban sehat rumah tangga (dalam persen)	.021	-.074
Capaian desa/kelurahan dalam penerapan tidak ada BABs (dalam persen)	.053	-.003
(Constant)	-9.439	-.630

Unstandardized coefficients

Untuk menggambarkan pemetaan desa/kelurahan dalam pengklasifikasian capaian penerapan PHBS dapat digunakan *Territorial Map*, karena akan menjadi lebih efektif untuk menentukan batas-batas penempatan sebuah data berdasar sumbu X (fungsi diskriminan ke-1) dan sumbu Y (fungsi diskriminan ke-2) pada kelompok tertentu. Gambar 2 menunjukkan *Territorial Map* untuk dua fungsi diskriminan dan tiga kelompok capaian penerapan PHBS desa/kelurahan. Kelompok Kurang Baik sebagian besar berada di bagian kiri map, anggota kelompok Cukup Baik sebagian besar berada di bagian tengah map, dan bagian kanan map merupakan pembagian daerah untuk kelompok Baik.

Berdasar hasil pengolahan data, diperoleh pula nilai centroid dari masing-masing

kelompok yang disajikan pada Tabel 8. Dimana, terdapat 3 (tiga) centroid yaitu centroid pertama menunjukkan rata-rata dari semua data desa/kelurahan yang ada di kelompok Kurang Baik, centroid kedua menunjukkan rata-rata dari semua data desa/kelurahan yang ada di kelompok Cukup Baik, dan centroid ketiga menunjukkan rata-rata dari semua data desa/kelurahan yang ada di kelompok Baik. Adapun titik centroid untuk kelompok Kurang Baik adalah -3.370 pada fungsi diskriminan ke-1 dan -1,150 pada fungsi diskriminan ke-2, titik centroid untuk kelompok Cukup Baik adalah -0.514 pada fungsi diskriminan ke-1 dan 0.116 pada fungsi diskriminan ke-2, dan titik centroid untuk kelompok Baik adalah 1.868 pada fungsi diskriminan ke-1 dan 0,116 pada fungsi diskriminan ke-2.



1 Kurang Baik; 2 Cukup Baik; 3 Baik *Indicates a group centroid

Gambar 2 Territorial Map Capaian Penerapan PHBS

Tabel 8. Functions at Group Centroids

Klasifikasi pencapaian penerapan praktik PHBS	Function	
	1	2
Kurang Baik	-3.370	-1.150
Cukup Baik	-.514	.116
Baik	1.868	-.177

Unstandardized canonical discriminant functions evaluated at group means

Komposisi anggota masing-masing kelompok disajikan pada Tabel 9, dimana terdapat 3.27% desa/kelurahan yang termasuk dalam kelompok Kurang Baik, 71% desa/kelurahan yang termasuk dalam kelompok Cukup Baik, dan 26% desa/kelurahan yang termasuk dalam kelompok Baik. Dengan demikian, maka

sebagian besar desa/kelurahan termasuk cukup baik dalam pencapaian penerapan PHBS. Adapun desa/kelurahan yang termasuk dalam kelompok Kurang Baik adalah berada pada wilayah Kunir, Dawuhan, Kaligrenjeng, Kedungwungu, dan Sumberarum.

Tabel 9. Prior Probabilities for Groups

Klasifikasi pencapaian penerapan praktik PHBS	Prior	Cases Used in Analysis	
		Unweighted	Weighted
Kurang Baik	.333	5	5.000
Cukup Baik	.333	109	109.000
Baik	.333	39	39.000
Total	1.000	153	153.000

Hasil uji kelayakan fungsi diskriminan dapat dilihat pada Tabel 10, dimana dijelaskan bahwa 83.7% data telah terkelompok dengan benar. Artinya bahwa 83.7% dari 153 desa/kelurahan yang menjadi objek penelitian telah dimasukkan pada kelompok yang sesuai dengan data awal. Selain itu, jika dilihat pada hasil validasi silang terlihat bahwa 81% data telah terkelompok dengan benar. Dengan demikian, maka dapat dikatakan bahwa

fungsi diskriminan dan territorial map yang terbentuk dapat dianggap layak untuk membedakan ketiga kelompok desa/kelurahan dalam hal pencapaian penerapan PHBS di wilayahnya. Dengan kata lain, karena hasil validasi lebih dari 50%, maka fungsi diskriminan yang terbentuk dianggap tepat untuk mengelompokkan desa/kelurahan dalam hal pencapaian penerapan PHBS di wilayahnya.

Tabel 10. *Classification Results^{b,c}*

			Predicted Group Membership			
			Kurang Baik	Cukup Baik	Baik	Total
Klasifikasi Pencapaian Penerapan Praktik PHBS						
Original	Count	Kurang Baik	5	0	0	5
		Cukup Baik	11	86	12	109
		Baik	0	2	37	39
	%	Kurang Baik	100.0	.0	.0	100.0
		Cukup Baik	10.1	78.9	11.0	100.0
		Baik	.0	5.1	94.9	100.0
Cross-validated ^a	Count	Kurang Baik	5	0	0	5
		Cukup Baik	12	83	14	109
		Baik	0	3	36	39
	%	Kurang Baik	100.0	.0	.0	100.0
		Cukup Baik	11.0	76.1	12.8	100.0
		Baik	.0	7.7	92.3	100.0

a. Cross validation is done only for those cases in the analysis. In cross validation, each case is classified by the functions derived from all cases other than that case.

b. 83.7% of original grouped cases correctly classified.

c. 81.0% of cross-validated grouped cases correctly classified.

4. KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasar pengujian yang telah dilakukan, maka hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan antara desa/kelurahan di kabupaten Blitar dalam hal pencapaian penerapan PHBS. Dari dua fungsi diskriminan yang terbentuk diperoleh hasil bahwa kedua fungsi diskriminan tersebut dapat digunakan untuk mengelompokkan capaian penerapan PHBS di Desa/Kelurahan wilayah kabupaten Blitar. Secara umum diperoleh gambaran bahwa penerapan PHBS di wilayah Blitar telah cukup baik.

Dari hasil uji yang telah dilakukan dapat disarankan adanya upaya-upaya peningkatan pada lima wilayah desa/kelurahan yang dikategorikan kurang baik, dan meningkatkan penerapan PHBS desa/kelurahan dengan kategori cukup baik menjadi baik.

5. REFERENSI

Alayande, S. A. and Adekunle, B. K. (2015) 'An Overview and Application of Discriminant Analysis in Data Analysis', *IOSR Journal of Mathematics*, 11(1), pp. 12–15. doi: 10.9790/5728-11151215.

- Bloom, D. E. et al. (2019) *Health and Economic Growth: Reconciling the Micro and Macro Evidence*. w26003. Cambridge, Massachusetts. Available at: <https://ssrn.com/abstract=3412672>.
- Dinkes Kabupaten Blitar (2019) *RENSTRA Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar Tahun 2016-2021*. Blitar: Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar. Available at: <https://dinkes.blitarkab.go.id/wp-content/uploads/2021/08/Dok-LKjIP-2020.pdf>.
- Fadila, R. A. and Rachmayanti, R. D. (2021) 'Pola Perilaku Hidup Bersih dan Sehat pada Tatanan Rumah Tangga di Kota Surabaya, Indonesia', *Media Gizi Kesmas*, 10(2), pp. 213–221.
- Johnson, R. and Wichern, D. . (2007) *Applied Multivariate Statistical Analysis*. New Jersey: Prentice Hall Pearson Education.
- Julianingsih, V., Karjoso, T. K. and Harahap, E. S. (2020) 'Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan PHBS di Pekanbaru', *Jurnal Kesehatan*, 9(1), pp. 9–16.
- Kamisorei, R. V. (2017) 'Gambaran PHBS Rumah Tangga Oleh Masyarakat Desa Jatimulyo Kabupaten Bojonegoro', *Jurnal Penelitian Kesehatan*, 15(2), pp. 119–128.
- Kemenkes RI (2020) *Pedoman Indikator Program Kesehatan Masyarakat Dalam RPJMN dan Renstra Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kemenkes RI (2021) *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2020*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Lestari, A. P. (2017) 'Gambaran Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) pada Keluarga yang Mengalami Kekeringan di Desa Balerejo Kecamatan Panggungrejo Kabupaten Blitar', *Jurnal Ners dan Kebidanan*, 4(1). doi: 10.26699/jnk.v4i1.ART.p070-078.
- Maulany, A. A. A., Yusuf, S. and Hengky, H. K. (2021) 'Peran Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM) dalam Pelaksanaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat pada Tatanan Rumah Tangga di Kelurahan Wattang Soreangkota Pare Pare', *Jurnal Ilmiah Manusia Dan Kesehatan*, 4(1), pp. 741–749. doi: 10.31850/makes.v4i1.394.
- Narain, J. P. (2019) 'Why investing in public health is so critical', *Indian Journal of Community Medicine*, 44, pp. 185–187. doi: 10.4103/ijcm.IJCM_271_19.
- Raghupathi, V. and Raghupathi, W. (2020) 'Healthcare Expenditure and Economic Performance: Insights From the United States Data', *Frontiers in Public Health*, 8(May), pp. 1–15. doi: 10.3389/fpubh.2020.00156.
- Saputro, D. P. (2016) 'Faktor yang Mempengaruhi PHBS Rumah Tangga di RW 03 Kelurahan Pakunden Kota Blitar', *Ners dan Kebidanan*, 3(3), pp. 207–212. doi: 10.26699/jnk.v3i3.ART.p207-212.
- Shalahuddin, I., Rosidin, U. and Nurhakim, F. (2018) 'Pendidikan/Penyuluhan Kesehatan tentang PHBS Tatanan Rumah Tangga', *Media Karya Kesehatan*, 1(2), pp. 127–134. doi: 10.24198/mkk.v1i2.16859.
- Sparrow, R. et al. (2013) 'Coping with The Economic Consequences of Ill Health in Indonesia', *Health Economic*, 23, pp. 719–728. doi: 10.1002/hec.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan (no date). Available at: <https://komisiinformasi.go.id/?p=1815>.
- Wati, P. D. C. A. and Ridlo, I. A. (2020) 'Perilaku Hidup Bersih dan Sehat pada Masyarakat di Kelurahan Rangkah Kota Surabaya', *Jurnal Promkes: The Indonesian Journal of Health Promotion and Health Education*, 8(1), pp. 47–58. doi: 10.20473/jpk.V8.I1.2020.47-58.

