



## Survei Penilaian Rumah Sehat di Desa Lembar, Kecamatan Lembar, Kabupaten Lombok Barat

Wanda Januar Astawan<sup>1\*</sup>, Iwan Desimal<sup>2</sup>, Baiq Fathin Ayu Rakhmawati<sup>3</sup>, Una Zaidah<sup>4</sup>

Program Studi Kesehatan Masyarakat, Universitas Pendidikan Mandalika, Jl. Pemuda

No.59A, Mataram, NTB, Indonesia 83125.

Email Korespondensi: [wandajanuar18@gmail.com](mailto:wandajanuar18@gmail.com)

### Abstrak

Rumah sehat merupakan determinan penting kesehatan masyarakat karena kualitas fisik bangunan, sanitasi dasar, dan perilaku penghuni memengaruhi risiko penyakit berbasis lingkungan. Secara nasional, masih terdapat proporsi besar rumah tangga yang tinggal di hunian tidak layak, sehingga pemetaan kondisi rumah sehat di tingkat lokal diperlukan sebagai dasar intervensi. Penelitian ini bertujuan untuk melakukan survei pemenuhan kriteria rumah sehat pada rumah tangga di Desa Lembar, Kabupaten Lombok Barat. Metode yang digunakan dalam penelitian ini berupa observasional deskriptif dengan desain potong lintang pada 15 rumah (purposive sampling) selama 10 Agustus–20 September 2025. Data dikumpulkan melalui observasi dan wawancara menggunakan checklist penilaian rumah sehat mengacu pada SK Menkes No. 829/Menkes/SK/VII/1999. Skor total dikategorikan memenuhi syarat (1068–1200) dan tidak memenuhi syarat (<1068). Dari 15 rumah, 1 rumah (6,7%) memenuhi syarat rumah sehat dan 14 rumah (93,3%) tidak memenuhi syarat. Kekurangan dominan ditemukan pada komponen fisik (terutama ventilasi dan pencahayaan), sanitasi dasar (air bersih, jamban, SPAL, dan pengelolaan sampah), serta perilaku penghuni yang belum konsisten mendukung kebersihan lingkungan rumah. Mayoritas rumah belum memenuhi kriteria rumah sehat sehingga diperlukan intervensi bertahap yang memadukan perbaikan fisik rumah dan sanitasi dengan edukasi perilaku berbasis komunitas untuk menurunkan risiko penyakit berbasis lingkungan.

**Kata kunci:** Rumah Sehat; Sanitasi Dasar; Ventilasi; Perilaku Penghuni.

## Healthy Home Assessment Survey in Lembar Village, Lembar District, West Lombok Regency

### Abstract

Healthy housing is an important determinant of public health because the physical condition of the building, basic sanitation, and residents' behaviors influence the risk of environment-related diseases. Nationally, a large proportion of households still live in substandard housing; therefore, mapping healthy housing conditions at the local level is needed as a basis for intervention. This study aimed to survey compliance with healthy house criteria among households in Lembar Village, West Lombok Regency. The method used was an observational descriptive study with a cross-sectional design involving 15 houses (purposive sampling) conducted from 10 August to 20 September 2025. Data were collected through observation and interviews using a healthy house assessment checklist referring to the Indonesian Ministry of Health Decree No. 829/Menkes/SK/VII/1999. Total scores were classified as compliant (1068–1200) or non-compliant (<1068). Of the 15 houses, 1 (6.7%) met the healthy house criteria and 14 (93.3%) did not. The main deficiencies were found in physical components (especially ventilation and lighting), basic sanitation (clean water, latrines, wastewater disposal systems, and solid waste management), and residents' behaviors that were not consistently supportive of a clean home environment. Most houses did not meet the healthy house criteria, indicating the need for phased interventions that combine improvements in housing and sanitation infrastructure with community-based behavior education to reduce the risk of environment-related diseases.

**Keywords:** Healthy Housing; Basic Sanitation; Ventilation; Household Behavior.

**How to Cite:** Astawan, W. J., Desimal, I., Rakhmawati, B. F. A., & Zaidah, U. (2025). Survei Penilaian Rumah Sehat di Desa Lembar, Kecamatan Lembar, Kabupaten Lombok Barat. *Empiricism Journal*, 6(4), 2398-2411. <https://doi.org/10.36312/yqph7924>



<https://doi.org/10.36312/yqph7924>

Copyright© 2025, Astawan et al.

This is an open-access article under the [CC-BY-SA](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/) License.



## PENDAHULUAN

Kualitas hunian semakin diakui sebagai determinan penting kesehatan masyarakat karena rumah bukan sekadar tempat berlindung, melainkan ruang utama tempat individu beraktivitas, beristirahat, dan berinteraksi sepanjang siklus hidupnya. Kerangka “rumah

sehat” menempatkan hunian sebagai lingkungan yang mendukung kesejahteraan fisik, mental, dan sosial, melalui pemenuhan komponen fisik bangunan, kualitas udara dalam ruang, keamanan dan kenyamanan psikologis, serta tersedianya sanitasi dasar yang memadai. Secara operasional, rumah sehat merujuk pada bangunan yang memenuhi syarat kesehatan untuk menciptakan kenyamanan fisik dan psikologis, sekaligus mencegah penyakit serta kecelakaan melalui pengaturan ventilasi, pencahayaan, kepadatan hunian, ketersediaan air bersih, dan sanitasi yang baik (World Health Organisation, 2023). Dengan demikian, penilaian rumah sehat tidak berhenti pada deskripsi bangunan, melainkan menguji apakah karakteristik hunian dan praktik pengelolaannya berpotensi melindungi atau justru meningkatkan risiko penyakit berbasis lingkungan.

Di banyak negara berkembang, masalah rumah tidak layak huni masih menjadi isu struktural yang berkelindan dengan keterbatasan ekonomi, ketimpangan akses layanan dasar, serta pola pembangunan permukiman yang tidak terencana. Rumah yang tidak memenuhi syarat kesehatan dapat menurunkan taraf kesehatan jasmani dan rohani, memudahkan penularan penyakit, dan pada akhirnya menurunkan produktivitas penghuni. Dalam konteks permukiman, rumah tidak sehat juga dapat berperan sebagai “reservoir” penyakit yang mempengaruhi lingkungan sekitar—terutama bila ketidaklayakan hunian terjadi secara kolektif pada kumpulan rumah dalam satu kawasan. Literatur klasik kesehatan masyarakat menekankan bahwa kualitas rumah sering kali mengikuti kemampuan ekonomi penghuni; rumah dibangun dan dipelihara sesuai kapasitas keuangan sehingga kelompok rentan lebih berisiko tinggal dalam kondisi tidak sehat (Notoatmodjo, 2003). Perspektif ini penting karena menempatkan rumah sehat sebagai isu kesehatan sekaligus isu sosial-ekonomi: upaya perbaikan kualitas rumah memerlukan pemahaman konteks kerentanan dan keterbatasan sumber daya pada tingkat rumah tangga dan komunitas.

Situasi nasional menunjukkan bahwa tantangan perumahan layak masih besar. Data Badan Pusat Statistik (BPS) dalam publikasi *Indikator Perumahan dan Kesehatan Lingkungan 2023* mencatat sekitar 36,85% rumah tangga tinggal di rumah yang tidak layak huni; secara kuantitatif, angka ini setara dengan sekitar 32 juta dari total 75 juta rumah tangga yang hidup dalam kondisi hunian tidak layak (Arini, 2024). Proporsi tersebut menegaskan bahwa persoalan rumah sehat bukan isu marginal, melainkan problem populasi yang berdampak luas pada kesejahteraan. Dampak hunian buruk juga bersifat multidimensi. Selain meningkatkan kerentanan penyakit, kondisi rumah yang tidak memadai dapat memengaruhi kesehatan mental dan dinamika relasi dalam keluarga. Misalnya, bukti menunjukkan bahwa individu yang tinggal pada bangunan dengan kondisi tidak sehat cenderung mengalami tingkat stres lebih tinggi (Rizky dan Zahrah, 2021). Temuan tersebut menegaskan bahwa intervensi perumahan dan sanitasi berpotensi memberikan manfaat ganda: menurunkan risiko penyakit berbasis lingkungan sekaligus meningkatkan kualitas hidup dan produktivitas.

Secara biologis dan lingkungan, kualitas fisik bangunan dan sanitasi dasar berkontribusi langsung pada mekanisme paparan penyakit. Kondisi fisiologis dalam rumah seperti kelembapan tinggi, sirkulasi udara buruk, dan pencahayaan tidak memadai dapat meningkatkan risiko gangguan pernapasan, termasuk infeksi saluran pernapasan akut (ISPA). Pada saat yang sama, sanitasi dasar yang tidak memadai—meliputi air bersih, jamban, saluran pembuangan air limbah (SPAL), dan pengelolaan sampah—dapat meningkatkan risiko penyakit diare dan penyakit kulit melalui kontaminasi lingkungan dan peningkatan populasi vektor. Dalam kebijakan kesehatan, rumah sehat dipahami sebagai hunian yang memenuhi kriteria fisik, biologis, dan psikologis untuk mendukung kesehatan penghuni, dengan indikator kunci berupa ventilasi dan pencahayaan yang cukup, sumber air bersih yang berkualitas, material bangunan yang aman, penataan ruang yang memadai, pengelolaan limbah yang baik, serta pengendalian hama (Peraturan Menteri Kesehatan, 2022). Kerangka kebijakan ini relevan untuk penelitian rumah sehat karena menyediakan indikator yang terukur untuk menilai kepatuhan hunian terhadap standar kesehatan lingkungan.

Sejalan dengan kerangka tersebut, literatur empiris terbaru memperjelas kontribusi komponen fisik rumah khususnya ventilasi, pencahayaan, dan kepadatan hunian terhadap risiko ISPA. Ventilasi yang baik berfungsi menjaga sirkulasi udara, menurunkan konsentrasi polutan dalam ruang, dan mengendalikan kelembapan; ketiganya krusial untuk

meminimalkan risiko infeksi pernapasan. Sejumlah penelitian menunjukkan bahwa ventilasi rumah yang buruk meningkatkan kejadian ISPA, terutama pada anak-anak, dan peningkatan frekuensi ventilasi dapat memperbaiki kualitas udara dalam rumah (Falah et al., 2023; Hanafi et al., 2023; Merti et al., 2023). Bukti dari berbagai lokasi, termasuk studi yang menemukan hubungan signifikan antara ventilasi dan kejadian ISPA pada balita, memperkuat konsistensi temuan bahwa ventilasi merupakan faktor protektif yang penting dalam kerangka rumah sehat (Hanafi et al., 2023; Merti et al., 2023). Dengan demikian, indikator ventilasi tidak hanya bersifat administratif dalam standar, tetapi memiliki dasar biologis dan bukti epidemiologis yang kuat.

Selain ventilasi, pencahayaan merupakan elemen rumah sehat yang berkontribusi pada kesehatan fisik dan mental. Pencahayaan yang memadai berkaitan dengan kenyamanan ruang, dukungan aktivitas harian, serta potensi reduksi lingkungan lembap yang dapat mendukung pertumbuhan mikroorganisme tertentu. Studi-studi menunjukkan bahwa pencahayaan yang kurang dapat meningkatkan kejadian ISPA pada anak-anak, meskipun sebagian penelitian melaporkan variasi hasil terkait besar-kecilnya pengaruh langsung pencahayaan terhadap kejadian ISPA (Paryoko & Zakariya, 2023; Atmawati et al., 2022; Puspita et al., 2023; Anto et al., 2023). Variasi ini tidak meniadakan pentingnya pencahayaan, melainkan menegaskan bahwa pencahayaan perlu dipahami bersama faktor lain seperti ventilasi, kepadatan hunian, dan perilaku penghuni. Kepadatan hunian sendiri berperan dalam peningkatan risiko penularan penyakit karena berhubungan dengan intensitas kontak antar penghuni, keterbatasan ruang, serta akumulasi polutan dalam ruang. Penelitian menunjukkan bahwa kepadatan hunian tinggi berhubungan dengan peningkatan kejadian ISPA (Anto et al., 2023; Birawida et al., 2023), termasuk bukti di wilayah tertentu yang menggambarkan bahwa kepadatan dapat berkontribusi pada peningkatan infeksi saluran pernapasan akut (Mulyati et al., 2023). Ketiga komponen ini—ventilasi, pencahayaan, dan kepadatan—membentuk fondasi indikator fisik rumah sehat yang relevan untuk konteks rumah tangga.

Di luar komponen fisik, sanitasi dasar merupakan pilar utama pencegahan penyakit berbasis lingkungan. Sanitasi dasar mencakup penyediaan air bersih, kepemilikan dan kualitas jamban, keberadaan SPAL, serta pengelolaan sampah. Ketidacukupan pada aspek-aspek ini secara konsisten dikaitkan dengan meningkatnya kejadian diare dan penyakit kulit karena meningkatnya paparan patogen melalui air, tanah, dan lingkungan permukiman (Rukmana et al., 2020; Hasan & Ruhban, 2020; Zahtamal et al., 2021; Riyanto, 2023). Air bersih yang terkontaminasi dapat menjadi media penularan patogen penyebab diare, sementara jamban yang tidak layak atau praktik buang air besar sembarangan meningkatkan kontaminasi feses di lingkungan. Bukti juga menunjukkan bahwa rumah tangga dengan sarana jamban memadai memiliki insiden diare lebih rendah dibandingkan rumah tangga yang tidak memiliki jamban layak (Sari et al., 2023; Martini et al., 2023). Pengelolaan air limbah melalui SPAL yang tidak memadai dapat memperluas pencemaran lingkungan dan meningkatkan risiko diare (Rukmana et al., 2020; Hasan & Ruhban, 2020; Kasrudin et al., 2022), sedangkan pengelolaan sampah yang buruk berkontribusi pada lingkungan yang kondusif bagi penyakit kulit dan infeksi lain melalui vektor dan kontaminasi (Zahtamal et al., 2021; Riyanto, 2023). Temuan-temuan ini memperkuat bahwa penilaian rumah sehat perlu memeriksa sanitasi dasar sebagai variabel inti, bukan sekadar faktor tambahan.

Literatur juga menegaskan hubungan sanitasi dasar dengan kejadian diare, terutama pada kelompok rentan seperti anak-anak. Sanitasi dasar yang buruk meningkatkan insiden diare dan memperburuk beban penyakit di tingkat rumah tangga (Nurseni et al., 2023; Riyanto, 2023). Studi lain menegaskan bahwa kondisi sanitasi rumah yang tidak sehat berkontribusi signifikan terhadap peningkatan diare pada balita, sehingga perbaikan sarana sanitasi dapat menjadi strategi pencegahan yang berdampak (Sari et al., 2023). Dalam pendekatan programatik, sanitasi total berbasis masyarakat (STBM) dipandang sebagai strategi penting untuk menurunkan kasus diare karena banyak determinan diare terkait dengan perilaku dan kondisi sanitasi rumah tangga (Martini et al., 2023). Sejalan dengan itu, bukti menunjukkan bahwa kurangnya SPAL berhubungan erat dengan insiden diare dalam masyarakat (Kasrudin et al., 2022). Selain diare, sanitasi tidak memadai juga dikaitkan dengan tingginya kasus penyakit kulit; ketersediaan air bersih dan pengelolaan sampah

yang buruk dapat meningkatkan risiko penyakit kulit, menegaskan peran sanitasi lingkungan sebagai pendorong kesehatan kulit (Hasan & Ruhban, 2020; Zahtamal et al., 2021). Kerangka bukti ini penting untuk membangun argumentasi bahwa indikator sanitasi dasar dalam penelitian rumah sehat memiliki relevansi langsung terhadap outcome kesehatan yang umum dijumpai di permukiman.

Konteks kawasan pesisir di Indonesia menambah urgensi penelitian rumah sehat karena wilayah pesisir sering menghadapi keterbatasan akses infrastruktur sanitasi, tantangan pengelolaan limbah, serta risiko lingkungan yang khas. Populasi nelayan dan komunitas pesisir dilaporkan mengalami tantangan dalam memenuhi kebutuhan sanitasi dasar yang layak, termasuk kepemilikan jamban keluarga yang memadai, yang berpotensi berdampak langsung pada kesehatan penghuni (Ibrahim et al., 2023; Sangadji et al., 2022; Nanda et al., 2025). Kondisi sanitasi buruk di kawasan pesisir dikaitkan dengan peningkatan penyakit menular seperti diare dan infeksi kulit (Arika et al., 2023), sementara upaya perbaikan sanitasi lingkungan dapat meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat nelayan (Wulandari et al., 2023). Dalam konteks ini, rumah sehat berperan bukan hanya sebagai tempat tinggal yang nyaman, tetapi sebagai instrumen pencegahan penyakit yang relevan dengan realitas paparan di kawasan pesisir. Model pemberdayaan rumah tangga nelayan dalam pengembangan sanitasi dapat mendorong perbaikan kesehatan masyarakat (Hasriyanti & Tabbu, 2022), dan peningkatan infrastruktur sanitasi rumah di komunitas pesisir dilaporkan menurunkan risiko penyakit infeksi (Elda, 2025). Selain itu, edukasi dan keterlibatan masyarakat—melalui penyuluhan tentang sanitasi rumah sehat—dapat meningkatkan kesadaran dan tanggung jawab kolektif terhadap lingkungan permukiman (Purnomo et al., 2022; Misdayani, 2021). Pada level solusi teknis, teknologi tepat guna seperti septic tank komunal dapat menjadi opsi pengelolaan limbah yang efektif di kawasan pesisir (Gerung & Mauliyana, 2021), dan pemanfaatan sumber daya lokal untuk pengambilan serta pengolahan air bersih merupakan langkah penting untuk memperbaiki akses layanan dasar (Huwaina et al., 2022). Keseluruhan bukti ini menempatkan kawasan pesisir sebagai konteks prioritas bagi penilaian rumah sehat dan sanitasi dasar.

Dalam kerangka urgensi tersebut, Desa Lembar di Kecamatan Lembar, Kabupaten Lombok Barat, Provinsi Nusa Tenggara Barat, merupakan lokasi yang relevan untuk diteliti karena karakteristik sosial-ekonomi dan geografisnya. Desa ini berpenduduk 5.934 jiwa dengan mata pencaharian beragam seperti petani, peternak, dan buruh pupuk, serta memiliki batas wilayah dengan Desa Taman Ayu di utara, Desa Lembar Selatan di selatan, dan Selat Lombok di barat (Desa Lembar, 2024). Fokus penelitian ini berada di Desa Lembar, sehingga penilaian dilakukan pada konteks permukiman yang berdekatan dengan lingkungan pesisir dan dinamika sosial-ekonomi masyarakat setempat. Survei awal terhadap lima rumah warga di Desa Lembar menunjukkan bahwa seluruh rumah yang diamati belum memenuhi kriteria komponen rumah sehat. Temuan awal ini bukan dimaksudkan sebagai generalisasi, namun menjadi sinyal penting adanya potensi masalah kesehatan lingkungan yang perlu dipetakan secara lebih sistematis melalui penilaian berbasis indikator. Dengan demikian, penelitian ini tidak hanya merespons kebutuhan data lokal, tetapi juga berkontribusi pada upaya memperkaya bukti empiris tentang kondisi rumah sehat di kawasan pesisir Nusa Tenggara Barat yang relatif jarang dilaporkan secara terstruktur.

Meskipun penelitian tentang rumah sehat dan sanitasi telah banyak dilakukan, masih terdapat kebutuhan untuk memperkuat pemetaan terintegrasi yang menggabungkan komponen fisik rumah, sanitasi dasar, dan perilaku penghuni dalam satu kerangka penilaian yang operasional. Banyak studi menyoroti satu atau dua determinan (misalnya ventilasi dan ISPA, atau jamban dan diare), tetapi tidak selalu menggabungkan ketiganya secara komprehensif untuk menghasilkan gambaran risiko yang utuh di tingkat rumah tangga. Di sisi lain, standar nasional seperti SK Menkes No. 829/Menkes/SK/VII/1999 menyediakan indikator praktis yang dapat digunakan sebagai dasar penilaian rumah sehat, namun pemanfaatannya pada konteks spesifik kawasan pesisir dan komunitas dengan karakteristik sosial-ekonomi tertentu masih memerlukan dokumentasi yang lebih rinci. Oleh karena itu, kebaruan (*novelty*) penelitian ini terletak pada: (1) penyediaan *baseline* penilaian rumah sehat pada konteks lokal Desa Lembar di kawasan pesisir Lombok Barat; (2) penggunaan kerangka penilaian yang mencakup tiga domain utama komponen fisik rumah, sarana sanitasi, dan perilaku penghuni untuk menilai kepatuhan terhadap indikator rumah sehat;

serta (3) penyajian temuan sebagai dasar rekomendasi intervensi kontekstual yang dapat diintegrasikan dengan edukasi dan penguatan layanan sanitasi di tingkat desa.

Sejalan dengan fokus tersebut, penelitian ini membatasi ruang lingkup penilaian pada indikator-indikator yang umum digunakan dalam penilaian rumah sehat berbasis standar, meliputi: (a) komponen rumah seperti kondisi plafon, dinding, lantai, ventilasi, pencahayaan, serta aspek yang mempengaruhi kualitas udara dalam ruang (misalnya keberadaan sarana pembuangan asap dapur); (b) sarana sanitasi yang mencakup ketersediaan dan kualitas air bersih, keberadaan jamban, kondisi SPAL, dan pengelolaan sampah; serta (c) perilaku penghuni yang terkait dengan praktik menjaga kualitas lingkungan rumah, misalnya kebiasaan membuka jendela, menjaga kebersihan halaman, pembuangan sampah, dan praktik higienitas rumah tangga. Penekanan pada perilaku penting karena indikator fisik dan sanitasi sering kali berinteraksi dengan praktik penghuni; misalnya, ventilasi yang tersedia tidak selalu efektif bila jendela jarang dibuka, atau sarana sanitasi yang ada tidak optimal bila pengelolaannya tidak sesuai. Dengan menilai tiga domain ini secara bersamaan, penelitian diharapkan menghasilkan gambaran yang lebih komprehensif tentang kondisi rumah sehat, termasuk area prioritas perbaikan yang realistis sesuai konteks masyarakat.

Berdasarkan uraian tersebut, penelitian ini bertujuan untuk mengetahui apakah rumah warga di Desa Lembar, Kecamatan Lembar, Kabupaten Lombok Barat memenuhi kriteria rumah sehat menurut indikator yang ditetapkan dalam SK Menkes No. 829/Menkes/SK/VII/1999, dengan menilai komponen rumah, sarana sanitasi, serta perilaku penghuni. Hasil penelitian diharapkan memberikan kontribusi praktis berupa data dasar untuk perencanaan edukasi kesehatan lingkungan dan intervensi sanitasi rumah tangga, serta kontribusi ilmiah berupa penguatan bukti mengenai kondisi rumah sehat di kawasan pesisir Indonesia. Dengan demikian, penelitian ini tidak hanya menilai “sehat atau tidaknya” rumah sebagai label administratif, tetapi juga memetakan aspek-aspek kunci yang dapat ditargetkan dalam upaya peningkatan kualitas hunian dan pencegahan penyakit berbasis lingkungan di tingkat komunitas.

## **METODE**

### **Desain penelitian**

Penelitian ini merupakan penelitian observasional dengan pendekatan deskriptif kuantitatif (survei potong lintang/cross-sectional) untuk menggambarkan status *rumah sehat* dan faktor-faktor yang menyertainya pada satu periode pengamatan. Fokus penilaian mencakup tiga domain utama, yaitu (1) komponen fisik rumah, (2) sarana sanitasi, dan (3) perilaku penghuni di wilayah penelitian.

### **Lokasi dan waktu**

Penelitian dilaksanakan di Desa Lembar, Kecamatan Lembar, Kabupaten Lombok Barat, dengan fokus pengamatan pada permukiman sasaran. Pengumpulan data dilakukan pada 10 Agustus–20 September 2025.

### **Populasi dan sampel**

Populasi penelitian adalah seluruh rumah tangga/rumah warga yang berada di Desa Lembar (khususnya wilayah sasaran penelitian). Sampel ditentukan menggunakan purposive sampling, yaitu pemilihan unit rumah tangga secara sengaja berdasarkan kesesuaian dengan tujuan penelitian dan ketersediaan responden untuk diobservasi serta diwawancarai.

Unit analisis dalam penelitian ini adalah rumah/rumah tangga, sehingga sampel penelitian mencakup 15 rumah (diwakili oleh penghuni dewasa sebagai responden utama saat wawancara). Secara operasional, rumah dipilih dengan mempertimbangkan: (a) rumah dihuni pada saat penelitian, (b) penghuni bersedia menerima kunjungan observasi dan memberikan informasi, dan (c) rumah berada pada wilayah sasaran. Jumlah sampel 15 rumah diposisikan sebagai pemetaan awal (baseline) untuk menggambarkan kondisi rumah sehat pada lokasi penelitian; konsekuensinya, hasil penelitian lebih diarahkan untuk deskripsi kondisi setempat daripada generalisasi ke seluruh populasi desa.

### Variabel dan definisi operasional

Penilaian *rumah sehat* dilakukan berdasarkan tiga domain berikut.

1. Komponen rumah (fisik bangunan): kondisi dan kelayakan unsur rumah yang berkaitan dengan kesehatan, kenyamanan, dan keselamatan (misalnya kondisi plafon, dinding, lantai, ventilasi, pencahayaan, serta aspek yang mempengaruhi kualitas udara dalam ruang seperti sarana pembuangan asap dapur).
2. Sarana sanitasi: ketersediaan dan kondisi sarana dasar yang berkaitan dengan pencegahan penyakit berbasis lingkungan (misalnya sumber air bersih, jamban, saluran pembuangan air limbah/SPAL, dan pengelolaan sampah).
3. Perilaku penghuni: praktik sehari-hari yang mempengaruhi kualitas lingkungan rumah (misalnya kebiasaan membuka jendela, kebersihan halaman, pembuangan sampah, serta praktik higienitas tertentu yang relevan dengan penilaian rumah sehat).

### Instrumen penelitian

Instrumen penelitian berupa formulir/checklist persyaratan rumah sehat yang disertai wawancara terstruktur singkat. Instrumen disusun dengan mengacu pada SK Menkes No. 829/Menkes/SK/VII/1999 tentang persyaratan kesehatan perumahan/permukiman. Checklist memuat butir-butir penilaian sesuai indikator dalam acuan tersebut dan dikelompokkan ke dalam tiga domain (komponen rumah, sarana sanitasi, perilaku penghuni).

Untuk meningkatkan konsistensi penilaian, sebelum pengumpulan data lapangan peneliti melakukan penelaahan ulang seluruh butir checklist dan menyusun pedoman pengisian (misalnya, kriteria “memenuhi” dan “tidak memenuhi” untuk setiap butir), sehingga observasi antar rumah dilakukan dengan standar yang sama. Karena instrumen berbasis regulasi/standar, validitas isi (*content validity*) terutama mengacu pada kesesuaian indikator dengan ketentuan dalam SK Menkes No. 829/Menkes/SK/VII/1999.

### Prosedur pengumpulan data

Data dikumpulkan melalui dua teknik utama:

1. Observasi langsung rumah: peneliti melakukan peninjauan kondisi fisik rumah dan sarana sanitasi menggunakan checklist. Observasi dilakukan pada bagian-bagian rumah yang relevan dengan indikator penilaian, termasuk kondisi ruang dan lingkungan terdekat yang mempengaruhi kesehatan penghuni.
2. Wawancara terstruktur: peneliti mewawancarai penghuni dewasa (kepala keluarga atau anggota keluarga yang memahami kondisi rumah tangga) untuk memperoleh informasi perilaku penghuni dan praktik pengelolaan sanitasi yang tidak selalu dapat ditangkap melalui observasi (misalnya kebiasaan membuka jendela, kebiasaan membuang sampah, serta praktik tertentu terkait kebersihan).

Setiap kunjungan rumah diawali dengan penjelasan tujuan penelitian dan persetujuan responden untuk berpartisipasi. Identitas responden tidak dicantumkan pada lembar analisis untuk menjaga kerahasiaan data.

### Skoring dan kategorisasi rumah sehat

Setiap butir pada checklist diberi skor sesuai bobot yang tercantum dalam formulir penilaian berbasis SK Menkes No. 829/Menkes/SK/VII/1999. Skor dari seluruh butir dijumlahkan untuk menghasilkan skor total rumah sehat. Hasil penilaian kemudian dikategorikan menjadi:

- Memenuhi syarat (rumah sehat): skor total berada pada rentang 1068–1200.
- Tidak memenuhi syarat (rumah tidak sehat): skor total di bawah 1068.

Kategorisasi ini digunakan untuk menyimpulkan status rumah sehat pada tiap unit rumah tangga, sekaligus memudahkan identifikasi domain/indikator yang paling sering tidak memenuhi syarat pada lokasi penelitian.

### Analisis data

Analisis dilakukan secara deskriptif. Data dari checklist dan wawancara ditabulasi untuk menghasilkan: (a) skor total tiap rumah dan status kategori (sehat/tidak sehat), serta (b) ringkasan frekuensi dan persentase pemenuhan indikator pada masing-masing domain (komponen rumah, sarana sanitasi, perilaku penghuni). Hasil analisis disajikan dalam bentuk narasi dan tabulasi ringkas untuk menunjukkan pola kekurangan indikator yang dominan sebagai dasar rekomendasi perbaikan.

Dengan rancangan ini, penelitian diharapkan memberikan gambaran awal yang terukur mengenai kondisi rumah sehat di wilayah sasaran dan aspek-aspek prioritas yang perlu ditingkatkan berdasarkan indikator yang ditetapkan dalam SK Menkes No. 829/Menkes/SK/VII/1999.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Penilaian tingkat kesehatan rumah ini dilakukan berdasarkan kriteria rumah sehat yang tersebut pada Lampiran Kepmenkes RI No. 829 / Menkes / SK / VII / 1999. Pemberian bobot penilaian rumah diberikan pada masing-masing indikator antara lain:

- a. Bobot komponen kondisi rumah adalah 31
- b. Bobot sarana sanitasi adalah 25
- c. Bobot perilaku penghuni adalah 44

Selanjutnya, hasil penilaian rumah sehat = Nilai x Bobot, dimana rumah masuk kategori sehat apabila skor = 1068-1200 dan kategori rumah tidak sehat apabila skor = <1068 (Ditjen PPM dan PLP, 2002). Dari instrumen penilaian rumah sehat yang telah diobeservasi oleh anggota kelompok 1 berjumlah 15 KK di Desa Lembar, Kecamatan Lembar, Lombok Barat didapatkan hasil sebagai berikut:

**Tabel 1.** Hasil Penilaian Responden

No	Responden	Hasil Penilaian Rumah Sehat	Kriteria Rumah Sehat
1	An. A	1020	Tidak memenuhi standar
2	An. B	899	Tidak memenuhi standar
3	An. C	1000	Tidak memenuhi standar
4	An. D	942	Tidak memenuhi standar
5	An. E	950	Tidak memenuhi standar
6	An. D	1072	Memenuhi standar
7	An. F	1010	Tidak memenuhi standar
8	An. G	915	Tidak memenuhi standar
9	An. H	820	Tidak memenuhi standar
10	An. I	1030	Tidak memenuhi standar
11	An. J	899	Tidak memenuhi standar
12	An. K	857	Tidak memenuhi standar
13	An. L	980	Tidak memenuhi standar
14	An. M	997	Tidak memenuhi standar
15	An. N	966	Tidak memenuhi standar

## Aspek Penilaian Rumah Sehat

### 1. Komponen Rumah

Kriteria penilaian Komponen Rumah dinilai berdasarkan 8 aspek penilaian. Delapan aspek tersebut dinilai secara keseluruhan di 15 rumah dan didapatkan kesimpulan yaitu:

- a. **Langit-langit**, dari 15 rumah yang telah disurvei didapatkan hasil bahwa 3 rumah tidak memiliki langit-langit. 10 rumah memiliki langit-langit, kotor, sulit dibersihkan dan rawan kecelakaan.
- b. **Dinding**, dari 15 rumah yang telah disurvei didapatkan hasil bahwa 4 rumah merupakan semi permanen/setengah tembok/pasangan bata atau batu yang tidak di plester/papan yang tidak kedap air. 11 rumah merupakan dinding permanen (tembok/pasangan batu bata yang di plester) papan kedap air.
- c. **Lantai**, dari 15 rumah yang telah disurvei didapatkan hasil bahwa 4 rumah menggunakan papan/anyaman bambu dekat dengan tanah plesteran yang retak dan berdebu. 11 rumah menggunakan lantai di plester/ubin/keramik/papan
- d. **Jendela kamar tidur**, dari 15 rumah yang telah disurvei didapatkan hasil bahwa 3 rumah tidak ada jendela kamar tidur, 12 rumah memiliki jendela kamar tidur.
- e. **Jendela ruang keluarga**, dari 15 rumah yang telah disurvei, didapatkan hasil bahwa 2 rumah tidak memiliki jendela ruang keluarga, dan 13 rumah memiliki jendela ruang keluarga.
- f. **Ventilasi**, dari 15 rumah yang telah disurvei didapatkan hasil bahwa 1 rumah tidak ada ventilasi, 10 rumah ada, luas ventilasi permanen <10% dari luas lantai, dan 4

rumah ada, luas ventilasi permanen >10% dari luas lantai.

- g. **Lubang asap dapur**, dari 15 rumah yang telah disurvei didapatkan hasil bahwa 5 rumah tidak memiliki lubang asap dapur, 7 rumah memiliki lubang ventilasi dapur <10% dari luas lantai, dan 3 rumah memiliki lubang ventilasi >10% dari luas lantai dapur.
- h. **Pencahayaan**, dari 15 rumah yang telah disurvei didapatkan hasil bahwa 3 rumah memiliki pencahayaan yang tidak terang, 7 rumah memiliki pencahayaan kurang terang sehingga kurang jelas untuk dipergunakan membaca dengan normal, dan 5 rumah memiliki pencahayaan terang dan tidak silau sehingga dapat dipergunakan untuk membaca dengan normal.

## 2. Sarana Sanitasi

Kriteria penilaian Komponen Rumah dinilai berdasarkan 4 aspek penilaian. Empat aspek tersebut dinilai secara keseluruhan di 15 rumah dan didapatkan kesimpulan yaitu:

- a. **Sarana air bersih (SGL/SPT/PP/KU/PAH)**, dari 15 rumah yang telah disurvei didapatkan hasil bahwa 2 rumah memiliki sarana air bersih, bukan milik sendiri dan tidak memenuhi syarat kesehatan, 6 rumah memiliki sarana air bersih, milik sendiri dan tidak memenuhi syarat kesehatan, dan 2 rumah memiliki sarana air bersih bukan milik sendiri dan memenuhi syarat kesehatan, dan 5 rumah memiliki sarana air bersih.
- b. **Jamban (sarana pembuangan kotoran)**, dari 15 rumah yang telah disurvei didapatkan hasil bahwa 8 rumah memiliki jamban, bukan leher angsa ada tutup disalurkan ke sungai/kolam, 5 rumah memiliki jamban, bukan leher angsa ada tutup, septic tank, dan 3 rumah ada jamban, leher angsa, septic tank.
- c. **Sarana Pembuangan Air Limbah (SPAL)**, dari 15 rumah yang telah disurvei didapatkan hasil bahwa 3 rumah ada SPAL, diresapkan tapi mencemari sumber air dengan jarak <10m. 10 rumah ada SPAL dan dialirkan ke selokan. 1 rumah ada SPAL, diresapkan dan tidak mencemari sumber air dengan jarak >10m. 1 rumah ada SPAL disalurkan ke selokan tertutup.
- d. **Sarana Pembuangan sampah (tempat sampah)**, dari 15 rumah yang telah disurvei didapatkan hasil bahwa 7 rumah tidak memiliki tempat sampah. 3 rumah ada tempat sampah tapi kedap air dan tidak ada tutup. 5 rumah ada tempat sampah kedap air dan tidak tertutup.

## 3. Perilaku Penghuni

Kriteria penilaian Komponen Rumah dinilai berdasarkan 5 aspek penilaian. Lima aspek tersebut dinilai secara keseluruhan di 15 rumah dan didapatkan kesimpulan yaitu :

- a. **Membuka Jendela Kamar**, dari 15 rumah yang telah disurvei didapatkan hasil bahwa 5 rumah tidak pernah membuka, 4 rumah membuka kadang-kadang, dan 6 rumah membuka setiap hari
- b. **Membuka Jendela Ruang Keluarga**, dari 15 rumah yang disurvei didapatkan hasil bahwa 6 rumah tidak pernah membuka jendela, 5 rumah kadang-kadang membuka, dan 4 rumah setiap hari dibuka
- c. **Membersihkan Halaman Rumah**, dari 15 rumah yang telah disurvei didapatkan hasil bahwa 2 rumah tidak pernah membersihkan, 6 rumah kadang-kadang membersihkan, dan 7 rumah selalu membersihkan halaman rumah
- d. **Membuang Tinja Bayi dan Balita ke Jamban**, dari 15 rumah yang telah disurvei didapatkan hasil bahwa 7 rumah membuang di sungai/kolam/kebun/sembarangan, 1 rumah kadang-kadang ke jamban, dan 7 rumah setiap hari membuang ke jamban.
- e. **Membuang Sampah ke Tempat Sampah**, dari 15 rumah yang telah disurvei didapatkan hasil bahwa 7 rumah dibuang ke sungai/kolam/kebun/sembarangan, 4 rumah kadang-kadang dibuang ke tempat sampah, dan 4 rumah setiap hari dibuang ke tempat sampah.

## Pembahasan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 15 rumah yang disurvei di Desa Lembar, hanya 1 rumah (6,7%) yang memenuhi kriteria *rumah sehat* berdasarkan SK Menkes No. 829/Menkes/SK/VII/1999, sedangkan 14 rumah (93,3%) dikategorikan tidak sehat. Proporsi ini menegaskan bahwa ketidaklayakan hunian di lokasi penelitian bersifat dominan dan



terjadi pada sebagian besar rumah tangga. Secara substantif, kondisi tersebut bukan sekadar persoalan “label sehat/tidak sehat”, tetapi mencerminkan akumulasi risiko kesehatan lingkungan yang berasal dari interaksi antara kualitas fisik bangunan, ketersediaan sanitasi dasar, dan praktik perilaku penghuni. Karakter permukiman yang rapat—rumah saling berdempetan—serta keterbatasan ekonomi warga memperkuat kerentanan, karena perbaikan fisik rumah dan penyediaan fasilitas sanitasi membutuhkan biaya dan akses layanan yang sering kali tidak terjangkau oleh rumah tangga berpenghasilan rendah. Sebagian besar penghuni berprofesi sebagai nelayan dan pedagang kecil, sehingga pendapatan cenderung tidak stabil dan prioritas belanja keluarga lebih diarahkan pada kebutuhan harian dibanding renovasi rumah. Pola ini sejalan dengan argumentasi Notoatmodjo (2003) bahwa kualitas rumah kerap ditentukan oleh kemampuan ekonomi penghuni; akibatnya, rumah dengan standar kesehatan rendah lebih sering dijumpai pada kelompok rentan.

Temuan penelitian ini juga konsisten dengan bukti empiris dari wilayah sejenis. Sofyandi et al. (2024) dalam studi di Lombok Barat melaporkan pola serupa: dari 15 rumah yang dinilai melalui komponen rumah, sarana sanitasi, dan perilaku penghuni, hanya 1 rumah memenuhi kategori sehat, sedangkan 14 rumah tidak sehat. Kesamaan hasil pada konteks geografis yang berdekatan menguatkan dugaan bahwa masalah rumah sehat di wilayah ini bersifat sistemik, bukan kejadian sporadis pada beberapa rumah saja. Lebih jauh, Mustari (2021) menunjukkan bahwa mayoritas rumah yang diobservasi di Desa Sapanang tidak memenuhi syarat kesehatan karena kekurangan ventilasi, pencahayaan, dan pengelolaan sampah; situasi tersebut berkorelasi dengan tingginya keluhan penyakit berbasis lingkungan pada balita seperti ISPA, penyakit kulit, dan diare. Walaupun penelitian ini tidak mengukur outcome penyakit secara langsung, temuan Mustari (2021) memberikan konteks penting: ketika indikator rumah sehat buruk, beban penyakit berbasis lingkungan cenderung meningkat, terutama pada kelompok rentan.

Dari aspek komponen fisik rumah, masalah utama yang lazim pada rumah-rumah tidak sehat di lokasi penelitian adalah keterbatasan ventilasi, pencahayaan, dan kepadatan hunian. Ventilasi yang tidak memadai menghambat pertukaran udara, meningkatkan kelembapan, serta memungkinkan akumulasi polutan dan partikel di dalam rumah. Dalam konteks rumah tangga pesisir, masalah ini dapat diperburuk oleh penggunaan dapur dengan pembuangan asap yang tidak optimal, sehingga paparan asap memasak dan udara pengap berpotensi meningkat. Literatur mendukung bahwa ventilasi yang buruk berhubungan dengan risiko ISPA, khususnya pada anak-anak. Falah et al. (2023), Hanafi et al. (2023), dan Merti et al. (2023) menunjukkan bahwa rumah dengan ventilasi tidak memenuhi syarat cenderung memiliki kejadian ISPA lebih tinggi; peningkatan frekuensi ventilasi dan perbaikan sirkulasi udara dapat menurunkan konsentrasi polutan dalam ruang serta memperbaiki kualitas udara. Temuan dari Kendari yang menunjukkan hubungan signifikan antara ventilasi dan ISPA pada balita ( $p < 0,01$ ) memperkuat konsistensi bukti lintas lokasi (Hanafi et al., 2023; Merti et al., 2023). Karena itu, ventilasi dalam kerangka rumah sehat bukan sekadar indikator administratif, melainkan determinan lingkungan yang memiliki mekanisme biologis jelas.

Pencahayaan yang kurang memadai juga menjadi isu penting. Pencahayaan alami yang rendah tidak hanya mengurangi kenyamanan visual, tetapi sering berhubungan dengan ruangan lembap dan sirkulasi udara yang buruk. Dalam beberapa studi, kurangnya pencahayaan berasosiasi dengan peningkatan kejadian ISPA pada anak-anak (Puspita et al., 2023; Atmawati et al., 2022). Di sisi lain, variasi hasil penelitian—misalnya adanya temuan yang menunjukkan pengaruh pencahayaan yang tidak selalu konsisten—menegaskan bahwa pencahayaan perlu dipahami bersama faktor lain seperti ventilasi, kepadatan, dan perilaku (Atmawati et al., 2022; Anto et al., 2023). Namun, sejumlah bukti tetap menunjukkan bahwa pencahayaan yang cukup dapat berfungsi sebagai faktor protektif dan berkontribusi terhadap kesehatan fisik serta mental penghuni rumah (Paryoko & Zakariya, 2023). Dengan demikian, peningkatan pencahayaan melalui penambahan bukaan/jendela atau perbaikan tata ruang dapat menjadi intervensi sederhana yang relevan untuk rumah tangga.

Kepadatan hunian menjadi faktor risiko yang memperkuat dua persoalan sebelumnya. Rumah yang relatif kecil dengan jumlah penghuni tinggi meningkatkan intensitas kontak dan

mempercepat penularan penyakit pernapasan. Kondisi ini juga memengaruhi kualitas udara karena kapasitas ruang untuk “mengencerkan” polutan menjadi lebih terbatas. Penelitian menunjukkan bahwa kepadatan tinggi berhubungan dengan peningkatan kejadian ISPA (Anto et al., 2023; Birawida et al., 2023). Temuan Mulyati et al. (2023) di wilayah sekitar bandara juga menegaskan bahwa kepadatan dapat berkontribusi terhadap peningkatan infeksi saluran pernapasan akut. Dalam konteks jarak rumah yang rapat dan ruang dalam rumah yang terbatas berpotensi mempertinggi paparan bersama terhadap polutan serta mempercepat transmisi penyakit saat terjadi kasus infeksi pada salah satu anggota keluarga.

Pada aspek sanitasi dasar, kelemahan utama rumah-rumah tidak sehat di lokasi penelitian berkaitan dengan penyediaan air bersih, kepemilikan dan kelayakan jamban, pengelolaan air limbah (SPAL), serta pengelolaan sampah. Sanitasi dasar merupakan prasyarat penting bagi pencegahan penyakit diare dan penyakit kulit, karena jalur paparan patogen sering terjadi melalui air dan lingkungan yang terkontaminasi. Rukmana et al. (2020), Hasan & Ruhban (2020), Zahtamal et al. (2021), serta Riyanto (2023) menegaskan bahwa sanitasi dasar yang buruk berkontribusi terhadap peningkatan kejadian penyakit, termasuk diare dan masalah kulit. Dengan kata lain, bahkan bila beberapa komponen fisik rumah dapat ditoleransi, sanitasi dasar yang tidak memadai tetap dapat menjadi pemicu utama penyakit berbasis lingkungan.

Ketersediaan air bersih menjadi determinan sentral. Air yang terkontaminasi dapat membawa patogen penyebab diare dan memperburuk kesehatan masyarakat (Rukmana et al., 2020; Hasan & Ruhban, 2020; Riyanto, 2023). Dalam konteks pesisir, kualitas air tanah sering dipengaruhi intrusi air laut serta keterbatasan perlindungan sumber air, sehingga rumah tangga dapat terpapar risiko kontaminasi biologis dan kimia. Sementara itu, jamban yang tidak layak atau tidak tersedia meningkatkan kontaminasi feces di lingkungan dan memperbesar risiko diare, terutama pada anak-anak. Bukti menunjukkan bahwa rumah tangga dengan fasilitas jamban memadai memiliki insiden diare yang lebih rendah dibanding yang menggunakan jamban tidak layak atau melakukan buang air besar sembarangan (Sari et al., 2023; Martini et al., 2023). Temuan ini relevan bagi Desa Lembar, karena perbaikan akses jamban layak dapat menjadi langkah strategis yang paling berdampak dalam menurunkan risiko diare.

Pengelolaan air limbah domestik melalui SPAL juga menjadi aspek penting. Air limbah yang dibuang langsung ke pekarangan atau saluran terbuka dapat menciptakan genangan, mencemari tanah, dan menjadi media penyebaran patogen. Kasrudin et al. (2022) menunjukkan bahwa kurangnya SPAL berhubungan erat dengan insiden diare. Dari perspektif intervensi, SPAL sederhana dan sistem resapan yang sesuai karakteristik tanah setempat dapat menjadi pilihan realistis, terutama bila digerakkan melalui pendekatan berbasis komunitas. Selain itu, pengelolaan sampah yang tidak memadai sering memunculkan vektor dan meningkatkan risiko infeksi kulit; Zahtamal et al. (2021) dan Riyanto (2023) menekankan keterkaitan antara sanitasi sampah buruk dengan penyakit kulit dan masalah kesehatan lain. Dalam konteks permukiman pesisir yang padat, sampah yang menumpuk atau dibakar terbuka juga berpotensi memperburuk kualitas udara, sehingga menambah beban risiko pada sistem pernapasan.

Aspek perilaku penghuni merupakan faktor yang sering menjadi “penghubung” antara tersedianya fasilitas dan dampak kesehatan. Fasilitas rumah sehat—misalnya ventilasi dan jamban—tidak selalu menghasilkan manfaat optimal bila perilaku pemanfaatannya tidak mendukung. Misalnya, ventilasi yang tersedia tidak efektif bila jendela jarang dibuka; pengelolaan sampah tetap buruk walau terdapat wadah sampah bila pembuangan akhir tidak teratur; dan jamban yang ada tidak efektif bila praktik higienitas rendah. Karena itu, edukasi dan keterlibatan masyarakat menjadi elemen penting. Purnomo et al. (2022) menekankan bahwa penyuluhan sanitasi rumah sehat dapat meningkatkan kesadaran dan tanggung jawab masyarakat terhadap lingkungan tempat tinggal. Misdayanti (2021) juga menunjukkan bahwa edukasi dan pelatihan mengenai pengelolaan limbah dan sanitasi bermanfaat untuk mengurangi penyakit yang terkait sanitasi buruk. Pada komunitas pesisir, pendekatan perilaku perlu disesuaikan dengan kebiasaan dan struktur sosial setempat, misalnya melalui kader kesehatan, tokoh masyarakat, dan kelompok nelayan agar pesan kesehatan lebih mudah diterima dan dipraktikkan.

Kondisi di Desa Lembar perlu dipahami pula dalam kerangka tantangan sanitasi kawasan pesisir Indonesia. Wilayah pesisir sering memiliki akses terbatas terhadap infrastruktur sanitasi yang layak, sehingga rumah tangga nelayan cenderung kesulitan memenuhi kebutuhan dasar sanitasi seperti jamban dan pengelolaan limbah (Ibrahim et al., 2023; Sangadji et al., 2022). Nanda et al. (2025) menegaskan bahwa banyak rumah tangga nelayan masih mengalami kesulitan pemenuhan sanitasi dasar, termasuk kepemilikan jamban keluarga. Kondisi sanitasi buruk tersebut dikaitkan dengan peningkatan penyakit menular seperti diare dan infeksi kulit (Arika et al., 2023), sedangkan perbaikan sanitasi lingkungan dapat meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat nelayan (Wulandari et al., 2023). Oleh karena itu, hasil penelitian ini dapat diposisikan sebagai bagian dari pola nasional di kawasan pesisir: rumah tidak sehat dan sanitasi buruk adalah masalah struktural yang memerlukan respons lintas sektor.

Dalam hal solusi, literatur menunjukkan bahwa kombinasi intervensi infrastruktur dan pemberdayaan sosial lebih berpeluang efektif dibanding salah satu pendekatan saja. Hasriyanti & Tabbu (2022) menekankan pentingnya model pemberdayaan rumah tangga nelayan dalam pengembangan sanitasi. Elda (2025) melaporkan bahwa peningkatan infrastruktur sanitasi rumah di komunitas pesisir dapat menurunkan risiko penyakit infeksi. Di sisi teknologi tepat guna, septic tank komunal merupakan opsi realistis untuk kawasan dengan lahan sempit dan kepadatan tinggi (Gerung & Mauliyana, 2021). Selain itu, pemanfaatan sumber daya lokal, termasuk pengelolaan air bersih yang sesuai konteks, menjadi langkah penting untuk mengatasi keterbatasan akses (Huwaina et al., 2022). Dengan mempertimbangkan kondisi ekonomi masyarakat, solusi bertahap yang murah dan mudah diterapkan misalnya perbaikan ventilasi sederhana, perbaikan pembuangan limbah skala rumah tangga, serta penguatan sistem pengelolaan sampah dapat menjadi pintu masuk perubahan.

## KESIMPULAN

Mayoritas rumah tangga belum memenuhi kriteria *rumah sehat* berdasarkan SK Menkes No. 829/Menkes/SK/VII/1999. Dari 15 rumah yang dinilai, hanya 1 rumah (6,7%) memenuhi syarat, sedangkan 14 rumah (93,3%) tidak memenuhi syarat. Ketidaklayakan ini terutama disebabkan oleh akumulasi kekurangan pada tiga domain utama, yakni komponen fisik rumah (khususnya ventilasi, pencahayaan, dan kepadatan hunian), sanitasi dasar (air bersih, jamban, SPAL, dan pengelolaan sampah), serta perilaku penghuni yang belum sepenuhnya mendukung pengelolaan lingkungan rumah yang sehat. Secara kontekstual, karakter permukiman yang padat dan keterbatasan ekonomi masyarakat berkontribusi terhadap rendahnya kemampuan perbaikan infrastruktur rumah dan sanitasi, sehingga meningkatkan potensi risiko penyakit berbasis lingkungan.

## REKOMENDASI

Berdasarkan temuan tersebut, diperlukan intervensi bertahap yang memadukan perbaikan fisik rumah, penguatan sanitasi dasar, dan perubahan perilaku berbasis pemberdayaan masyarakat. Pemerintah desa dan puskesmas setempat disarankan memprioritaskan edukasi perilaku hidup bersih dan sehat, termasuk kebiasaan membuka ventilasi/jendela, menjaga kebersihan halaman, pengelolaan sampah, serta praktik higiene rumah tangga, dengan melibatkan kader kesehatan dan tokoh masyarakat agar pesan lebih mudah diterima. Pada aspek infrastruktur, perlu didorong perbaikan sederhana yang terjangkau seperti penambahan bukaan ventilasi dan pencahayaan, penyediaan atau peningkatan jamban layak, perbaikan SPAL skala rumah tangga atau komunal, serta penguatan sistem pengelolaan sampah berbasis komunitas. Untuk keberlanjutan, rekomendasi ini sebaiknya diintegrasikan dengan program sanitasi berbasis masyarakat dan dukungan lintas sektor (desa–kecamatan–kabupaten), termasuk skema bantuan atau stimulan bagi rumah tangga rentan. Penelitian lanjutan dianjurkan menggunakan sampel lebih besar dan memasukkan pengukuran outcome kesehatan (misalnya ISPA dan diare) agar hubungan antara indikator rumah sehat dan dampak kesehatan dapat dianalisis lebih kuat.

**DAFTAR PUSTAKA**

- Adliyani, Z. O. N. (2015). Pengaruh Perilaku Individu terhadap Hidup Sehat. *Majority*, 4(1), 1- 8.
- Anto, S., Endang, S., & Indra, I. (2023). Faktor Risiko Kejadian Ispa Pada Anak Balita Di Wilayah Kerja Puskesmas Poasia Kota Kendari. *Media Keperawatan Politeknik Kesehatan Makassar*, 14(1), 127. <https://doi.org/10.32382/jmk.v14i1.3096>
- Arika, R., Nasution, D., Azzahra, F., Rahmadini, R., Wanda, B., & Khoirunnisa, U. (2023). Gambaran Perilaku Masyarakat Desa Bagan Serdang terhadap Sanitasi Rumah pada Wilayah Pesisir. *Pubhealth Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 2(2), 54-60. <https://doi.org/10.56211/pubhealth.v2i2.338>
- Arsyad, S. & Bongkareng, R. (2008). *Upaya-upaya Penyehatan Rumah (Rumah Sehat)*. Bandung: PT Refika Aditama.
- Atmawati, F., Jumakil, J., & Octaviani, R. (2022). Hubungan Kondisi Lingkungan Fisik Rumah Dengan Kejadian Ispa Pada Balita Di Wilayah Kerja Puskesmas Motaha Kecamatan Angata Kabupaten Konawe Selatan Tahun 2021. *JGKI*, 3(1). <https://doi.org/10.37887/jgki.v3i1.25710>
- Birawida, A., Daud, A., Ibrahim, E., Sila, N., & Khaer, A. (2023). Faktor Risiko Kejadian Infeksi Saluran Pernapasan Akut Ditinjau dari Kondisi Lingkungan Fisik pada Masyarakat di Kepulauan Spermonde: Penelitian Observasional. *Health Information Jurnal Penelitian*, 15(1). <https://doi.org/10.36990/hijp.v15i1.820>
- Depkes RI. (2001). *Profil Kesehatan Republik Indonesia*. Departemen Kesehatan Republik Indonesia: Jakarta
- Depkes RI. (2002). *Ceklist Penilaian Rumah Sehat*. Departemen Kesehatan Republik Indonesia: Jakarta
- Desa Selo. 2013.
- Elda, F. (2025). Optimalisasi Gizi dan Sanitasi Melalui Upaya Pemberdayaan Masyarakat untuk Meningkatkan Status Kesehatan Masyarakat di Kelurahan Sungai Pisang. *Buletin Ilmiah Nagari Membangun*, 8(4), 484-495. <https://doi.org/10.25077/bina.v8i4.813>
- Erni, N. (2010). Hubungan Kondisi Rumah Dengan Penyakit TBC Diwilayah Kerja Puskesmas Karangmojo II Kabupaten Gunungkidul Tahun 2003-2006. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 9(11), 15-23
- Falah, M., Lismayanti, L., Sari, N., Handayani, H., & Fadhilah, N. (2023). Lingkungan Fisik Rumah Penderita Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA) di Kota Tasikmalaya. *Ji-Kes (Jurnal Ilmu Kesehatan)*, 6(2), 122-128. <https://doi.org/10.33006/jikes.v6i2.562>
- Gerung, J. and Mauliyana, A. (2021). Pembuatan Septic Tank Komunal di Desa Leppe Kec.Soropia Kab.Konawe Sulawesi Tenggara. *Jurnal Mandala Pengabdian Masyarakat*, 2(1), 15-24. <https://doi.org/10.35311/jmpm.v2i1.26>
- Hanafi, W., Tosepu, R., & Paridah, P. (2023). Hubungan Kondisi Fisik Rumah Dengan Kejadian Ispa Pada Balita Di Wilayah Kerja Puskesmas Puuwatu Kota Kendari. *Jurnal Kesehatan Lingkungan Universitas Halu Oleo*, 4(3). <https://doi.org/10.37887/jkl-uho.v4i3.46690>
- Hasan, F. and Ruhban, A. (2020). Hubungan Sanitasi Dasar Dengan Kejadian Penyakit Diare Dan Penyakit Kulit Di Hunian Sementara Pasca Bencana Kelurahan Lere, Kecamatan Palu Barat, Kota Palu. *Sulolipu Media Komunikasi Sivitas Akademika Dan Masyarakat*, 20(2), 326. <https://doi.org/10.32382/sulolipu.v2i20.1754>
- Hindarto, (2007). *Rumah Sehat: Panduan Membangun dan Menjaga Rumah Sehat*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Huwaina, A., Hasibuan, H., & Fatimah, E. (2022). Pemanenan Air Hujan untuk Meningkatkan Aksesibilitas Air di Permukiman Pesisir, Kasus Jakarta, Indonesia. *Jurnal Wilayah Dan Lingkungan*, 10(2), 182-198. <https://doi.org/10.14710/jwl.10.2.182-198>
- Ibrahim, A., Rauf, B., Darmawang, D., Rahmansah, R., Kamaruddin, H., Adelina, F., ... & Musdalifah, A. (2023). Pemberdayaan Masyarakat Pesisir Suku Bajo Berbasis Rekayasa K3 Nelayan di Kelurahan Anaiwoi Kecamatan Tanggetada Kabupaten Kolaka Sulawesi Tenggara. *Dharma Raflesia Jurnal Ilmiah Pengembangan Dan Penerapan Ipteks*, 21(2), 291-301. <https://doi.org/10.33369/dr.v21i2.31303>
- Kasrudin, I., Karimuna, S., & Fithria, F. (2022). Hubungan Sanitasi Dasar Dengan Kejadian

- Diare Pada Masyarakat Di Desa Porara Kecamatan Morosi Kabupaten Konawe. *Jurnal Kesehatan Lingkungan Universitas Halu Oleo*, 3(2). <https://doi.org/10.37887/jkl-uho.v3i2.27447>
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 829/Menkes/SK/VII/1999 tentang Persyaratan Kesehatan Perumahan.
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 907/MENKES/SK/VII/2002 tentang Syarat-syarat dan Pengawasan Kualitas Air Minum.
- Martini, M., Udijono, A., & Hestningsih, R. (2023). Hubungan Penerapan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat Dengan Kejadian Diare Anak Balita Di Wilayah Kerja Puskesmas Sumbang I. *JRKM*, 3(4), 192-203. <https://doi.org/10.14710/jrkm.2023.19218>
- Misdayanti, S. (2021). Gambaran Sanitasi Lingkungan pada Masyarakat Pesisir Desa Bajo Indah. *Afiasi Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 6(1), 19-29. <https://doi.org/10.31943/afiasi.v1i4.134>
- Mulyati, S., Iriantoi, R., & Hidayah, N. (2023). Faktor-faktor Risiko yang Berhubungan dengan Kejadian ISPA di Permukiman Sekitar Bandara. *Jurnal Kesehatan Lingkungan Indonesia*, 23(1), 67-72. <https://doi.org/10.14710/jkli.23.1.67-72>
- Nanda, M., Nasution, A., Rizqika, I., Munthe, N., & Febrina, S. (2025). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepemilikan Jamban Keluarga Di Kampung Nelayan Kelurahan Belawan I. *Jurnal Ilmu Kedokteran Dan Kesehatan*, 12(5), 1069-1075. <https://doi.org/10.33024/jikk.v12i5.15701>
- Notoatmodjo, S. (2003). *Kesehatan Masyarakat (Edisi Revisi)*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nurseni, N., Tosepu, R., & Nurmamadewi, N. (2023). Gambaran Sanitasi Lingkungan Masyarakat Pesisir Desa Bhontu-Bhontu Kecamatan Towea Kabupaten Muna. *Jurnal Kesehatan Lingkungan Universitas Halu Oleo*, 3(3). <https://doi.org/10.37887/jkl-uho.v3i3.32639>
- Paryoko, V. and Zakariya, A. (2023). Arsitektur Efisien sebagai Pendekatan Berkelanjutan dan Finansial pada Perancangan Unit Perumahan Berskala Kecil. *Arsir*, 7(1), 61. <https://doi.org/10.32502/arsir.v7i1.5265>
- Pedoman Teknis Penilaian Rumah Sehat (2007) - Jakarta: Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan.
- Prasetyo, B. (2019). *Rumah Sehat: Panduan Membangun dan Menjaga Rumah Sehat*".
- Purnomo, H., Quraisy, S., & Wulandari, D. (2022). Sosialisasi Standar Perencanaan Rumah Sehat di Desa Lalin, Kayoa, Halmahera Selatan. *Journal of Khairun Community Services*, 2(1). <https://doi.org/10.33387/jkc.v2i1.4447>
- Puspita, H., Sulistyorini, L., & Septiyono, E. (2023). Hubungan Pengetahuan Orang Tua tentang Pencegahan ISPA dengan Kondisi Sanitasi Rumah di Wilayah Kerja Puskesmas Ambulu. *Pustaka Kesehatan*, 11(2), 139. <https://doi.org/10.19184/pk.v11i2.37123>
- Riyanto, A. (2023). Sanitasi Dasar Rumah tidak Memenuhi Syarat Pemicu Diare pada Balita di Banjaran Kabupaten Bandung. *Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia (Mppki)*, 6(2), 358-366. <https://doi.org/10.56338/mppki.v6i2.3275>
- Rukmana, S., Thohari, I., & Nurmayanti, D. (2020). Hubungan Keadaan Sanitasi Dasar Dan Perilaku Ibu Rumah Tangga Dengan Kejadian Diare Balita (Studi Kasus Di Kelurahan Banyuanyar Kecamatan Sampang Kabupaten Sampang Tahun 2019). *Gema Lingkungan Kesehatan*, 18(2). <https://doi.org/10.36568/kesling.v18i2.1111>
- Sahdan mustari. (2021). Penilaian rumah sehat dan identifikasi penyakit berbasis lingkungan pada balita di desa sapanang kecamatan binamu tahun 2019. *Jurnal mitrasehat*, 11(1), 9-22. <https://doi.org/10.51171/jms.v11i1.286>
- Sangadji, S., Tawari, R., Hehanussa, K., Tupamahu, A., Hutubessy, B., Ha, H., ... & Sihombing, A. (2022). Dampak Pandemi Covid-19 Terhadap pendapatan Rumah Tangga Nelayan (Rtn) Di Pesisir Teluk Ambon. *AJTMTPT*, 11(1), 31-39. <https://doi.org/10.30598/amanisavl11i1p31-39>
- Sari, V., Muslim, B., & Suksmerri, S. (2023). Kondisi Sarana Sanitasi Dasar dengan Kejadian Diare pada Balita di Nagari Campago. *Jurnal Sanitasi Lingkungan*, 3(1), 8-13. <https://doi.org/10.36086/jsl.v3i1.1309>
- Sofyandi, A., Karjono, K., Kardi, K., & Ningsih, M. (2024). Health Policy Implementation Survey on Residential Health Assessment in the West Lombok. *Indonesian Journal of*

- Global Health Research*, 6(S6), 1055-1062. <https://doi.org/10.37287/ijghr.v6iS6.5274>
- Sugiyono. (2019). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 1992 Tentang Perumahan Dan Permukiman
- Wulandari, Y., Abadi, S., Zahra, F., & Syahputra, A. (2023). Peningkatan pengetahuan dan keterampilan pelaku UMKM perikanan melalui sosialisasi manajemen dan pemasaran. *Jipemas Jurnal Inovasi Hasil Pengabdian Masyarakat*, 6(2), 257-268. <https://doi.org/10.33474/jipemas.v6i2.19385>
- Zahtamal, Z., Restila, R., Restuastuti, T., Anggraini, Y., & YUSDIANA, Y. (2021). Analisis Hubungan Sanitasi Lingkungan Terhadap Keluhan Penyakit Kulit. *Jurnal Kesehatan Lingkungan Indonesia*, 21(1), 9-17. <https://doi.org/10.14710/jkli.21.1.9-17>