

SKRIPSI

HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN SANITASI TOTAL

BERBASIS MASYARAKAT (STBM) PILAR SATU DENGAN

PERILAKU PEMANFAATAN JAMBAN DI DESA PUTUKREJO

WILAYAH KERJA PUSKESMAS KALIPARE



OLEH:

DEFINA PUTRI ARIEF BINTARI

NIM: 1307.13251.108

PROGRAM STUDI S1 KESEHATAN LINGKUNGAN

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIDYAGAMA HUSADA

MALANG

2017

SKRIPSI

**HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN SANITASI TOTAL
BERBASIS MASYARAKAT (STBM) PILAR SATU DENGAN
PERILAKU PEMANFAATAN JAMBAN DI DESA PUTUKREJO
WILAYAH KERJA PUSKESMAS KALIPARE**



Ditujukan Sebagai Syarat Menyelesaikan
Pendidikan Tinggi Program Studi Kesehatan Lingkungan

OLEH:

DEFINA PUTRI ARIEF BINTARI

NIM: 1307.13251.108

PROGRAM STUDI S1 KESEHATAN LINGKUNGAN

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIDYAGAMA HUSADA

MALANG

2017

LEMBAR PERSETUJUAN

LEMBAR PERSETUJUAN

Skripsi ini disetujui untuk dipertahankan di hadapan Tim Penguji

Skripsi Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Widyagama Husada :

**HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN SANITASI TOTAL BERBASIS
MASYARAKAT (STBM) PILAR SATU DENGAN PERILAKU PEMANFAATAN
JAMBAN DI DESA PUTUKREJO WILAYAH KERJA PUSKESMAS KALIPARE.**

DEFINA PUTRI ARIEF BINTARI

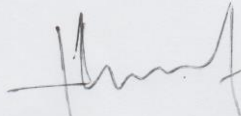
NIM 1307.13251.108

Malang, 1 Agustus 2017

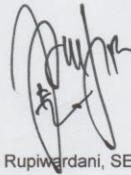
Menyetujui,

Pembimbing I

Pembimbing II



(Tiwi Yuniastuti, S.Si., M.Kes)



(Irfani Rupiwardani, SE., MMRS)

LEMBAR PENGESAHAN

LEMBAR PENGESAHAN

Skripsi ini telah diperiksa dan dipertahankan di hadapan Tim Penguji

Skripsi Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Widyagama Husada

Pada Tanggal 1 Agustus 2017


**Hubungan Tingkat Pengetahuan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat
(STBM) Pilar Satu Dengan Perilaku Pemanfaatan Jamban Di Desa Putukrejo**

Wilayah Kerja Puskesmas Kalipare

DEFINA PUTRI ARIEF BINTARI

NIM: 1307.13251.108

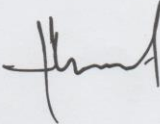
Nastiti Mugi Lestari, S.KM.,M.Si

()

1 Agustus 2017

Penguji I

Tiwi Yuniastuti, S.Si., M.Kes

()

1 Agustus 2017

Penguji II

Irfany Rupiwadani, SE., MMRS

()

1 Agustus 2017

Penguji III

Mengetahui

Ketua

Stikes Widyagama Husada



(Dr. Eddy Soegijantoro, MMRS)

NIP. 197110152001121006

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kepada Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya, sehingga dapat terselesaikannya Skripsi dengan judul “Hubungan Tingkat Pengetahuan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) Pilar Satu Dengan Perilaku Pemanfaatan Jamban Di Desa Putukrejo Wilayah Kerja Puskesmas Kalipare sebagai salah satu persyaratan akademis dalam rangka menyelesaikan kuliah di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Program Studi S1 Kesehatan Lingkungan STIKES Widyagama Husada Malang.

Pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada Ibu Tiwi Yuniastuti, S.Si., M.Kes dan Ibu Irfany Rupiwardani, SE., MMRS selaku pembimbing yang telah memberikan petunjuk, koreksi, serta saran sehingga terwujudnya tugas akhir ini. Terimakasih dan penghargaan kami sampaikan pula kepada yang terhormat :

1. dr. Rudy Jogjiantoro, MMRS selaku ketua STIKES Widyagama Husada Malang .
2. Ibu Tiwi Yuniastuti, S.Si., M.Kes selaku kepala Program Studi Kesehatan Lingkungan STIKES Widyagama Husada Malang.
3. Ibu Nastiti Mugi Lestari, S.KM., M.Si selaku dosen penguji yang telah memberikan saran dan arahan.
4. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Malang dan kepala Puskesmas Kalipare yang telah memberikan ijin untuk lokasi penelitian.
5. Kepala Desa Putukrejo Kecamatan Kalipare yang telah memberikan ijin penelitian.
6. Seluruh masyarakat Desa Putukrejo Kecamatan Kalipare yang telah bersedia menjadi responden

7. Bapak Imam Arifin dan Ibu Dewi Masruroh, selaku orang tua yang selalu memberikan semangat dan motivasi serta doa dalam menyelesaikan skripsi ini.
8. Serta kerabat, sahabat, dan kawan, yang selalu mendukung dan mendoakan dalam menyelesaikan skripsi ini.

Semoga Allah SWT memberikan balasan yang setimpal atas segala amal yang telah diberikan dan semoga tugas akhir ini berguna baik bagi diri kami sendiri maupun pihak lain yang memanfaatkan

Malang, Juli 2017

Defina Putri Arief Bintari

ABSTRAK

Bintari, Defina Putri Arief. 2017. *Hubungan Tingkat Pengetahuan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) Pilar Satu Dengan Perilaku Pemanfaatan Jamban Di Desa Putukrejo Wilayah Kerja Puskesmas Kalipare*. Skripsi. Program Studi S1 Kesehatan Lingkungan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Widyagama Husada Malang. Pembimbing : (1) Tiwi Yuniastuti, S.Si., M.Kes (2) Irfany Rupywardani, SE., MMRS

Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) merupakan pendekatan kepada masyarakat untuk mengubah perilaku higienis dan sanitasi melalui metode pemicuan yang terdiri dari lima pilar, diantaranya pilar pertama yaitu Stop buang air besar sembarangan. Desa Putukrejo merupakan desa sudah mendapatkan kegiatan pemicuan dan termasuk desa ODF tetapi sedikit masyarakat yang memanfaatkan fasilitas jamban. Dari 1200 KK 2,4% masih melakukan BAB di pekarangan. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan tingkat pengetahuan STBM Pilar satu dengan perilaku pemanfaatan jamban di Desa Putukrejo wilayah kerja UPT Puskesmas Kalipare.

Metode penelitian yang digunakan adalah analitik dengan desain *cross sectional*. Populasi yang digunakan seluruh kepala keluarga (KK) desa Putukrejo dengan jumlah sampel sebanyak 100 orang. Teknik pengambilan sampel menggunakan *simple random sampling*. Data primer didapatkan melalui wawancara langsung dengan menggunakan kuisioner dan data sekunder didapatkan dari studi pustaka dan dokumen terkait. Analisis yang digunakan adalah uji chi-square $\alpha = 0,05$.

Hasil penelitian didapatkan tingkat pengetahuan kategori baik 51% dan perilaku pemanfaatan jamban kategori kurang baik 28%. Secara statistik menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara tingkat pengetahuan STBM pilar satu dengan perilaku pemanfaatan jamban ($p=0.000$), sehingga perlu dilakukannya promosi dan pendampingan kepada masyarakat secara intensif dan merata.

Kepustakaan : 34 kepustakaan (2003-2016)

Kata kunci : STBM, Pengetahuan, perilaku pemanfaatan jamban

ABSTRACT

Bintari, Defina Putri Arief. 2017. *Correlation of Knowledge Level of Community-Led Total Sanitation (STBM) Pillar One with Exploiting Latrine Behavior in Putukrejo Village at Public Health Center Region of Kalipare.* Thesis. SI Environmental Health Study Program of Widyagama Husada School of Health Malang. Advisors : (1) Tiwi Yuniastuti, S.Si., M.Kes (2) Irfany Rupywardani, SE., MMRS.

Community-Led Total Sanitation (STBM) is an approach to hygiene and sanitation behavior change through community empowerment by triggering method that including five pillars, the first pillar is Open Defecation free (ODF). Putukrejo village is a village that has been getting triggering activities and included ODF village but only few people (2,4%) of 1200 families had Open Defecation (OD) habit. The purpose of this study was to analyze correlation of knowledge level of community-led total sanitation (STBM) pillar one with exploiting latrine behavior in Putukrejo village at public health center region of Kalipare.

This study used analytic method with cross sectional design. The population in this study was all family leaders in Putukrejo village, they were 1200 respondents. There were 100 samples in this study. The sampling technique used was simple random sampling. Primary data were obtained through direct interviews employing questionnaire and secondary data that were obtained from literature and documents studies. The analysis of data was conducted by chi-square test with $\alpha=0,05$.

Based on the result, it was obtained that 51% had good level of knowledge, while 28% were categorized lack of behavior in using latrines. It statistically indicated that there was a significant correlation between the level of knowledge of STBM Pillar One and use the latrine ($p = 0.000$). Therefore, it is necessary to have promotion and assistance to the community intensively and evenly.

References : 34 references (2003-2016)

Keywords : STBM, Knowledge, behavioral use of latrines

DAFTAR ISI

COVER DALAM.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR.....	iii
ABSTRAK.....	vi
ABSTRACT	vii
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
DAFTAR SINGKATAN.....	xv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah	6
1.3 Tujuan.....	6
1.3.1 Tujuan Umum.....	6
1.3.2 Tujuan Khusus	6
1.4 Manfaat Penelitian	7
1.4.1 Bagi Instansi.....	7
1.4.2 Bagi Masyarakat.....	7
1.4.3 Bagi Peneliti	7
1.4.4 Bagi Program Studi Kesehatan Lingkungan	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	8
2.1 Millenium Development Goals (MDG's).....	8
2.1.1 Pengertian MDG's	8

2.1.2	Tujuan dan Target atau Sasaran	9
2.2	Sanitasi Total Berbasis Masyarakat	12
2.2.1	Tujuan STBM	18
2.2.2	Pemicuan STBM.....	18
2.2.3	Tanggung Jawab dan Peran Pemangku Kepentingan STBM	32
2.2.3	Komponen STBM	36
2.3	Jamban.....	39
2.3.1	Pengertian Jamban	39
2.3.2	Syarat-Syarat Jamban Sehat.....	40
2.3.3	Macam-macam Jamban	41
2.3.4	Pengaruh Tinja Bagi Kesehatan Manusia	42
2.4	Open Defecation Free (ODF)/ Stop BABs	43
2.4.1	Parameter Desa ODF/ Stop BABs.....	44
2.4.2	Verifikasi ODF/ Stop BABs	44
2.4.3	Monitoring dan Sertifikasi ODF	49
2.5	Perilaku Pemanfaatan Jamban	51
2.5.1	Pengertian.....	51
2.5.2	Jenis Perilaku	52
2.5.3	Faktor Yang Berhubungan Dengan Perilaku Pemanfaatan Jamban	52
2.6	Pengetahuan.....	59
2.6.1	Pengertian.....	59
2.6.2	Pengukuran pengetahuan	60
BAB III KERANGKA KONSEP		62
3.1	Kerangka Konsep	62
3.2	Hipotesis Penelitian.....	63
BAB IV METODOLOGI PENELITIAN		64

4.1	Desain Penelitian	64
4.2	Populasi Dan Sampel.....	64
4.2.1	Populasi	64
4.2.2	Sampel	64
4.2.3	Teknik Pengambilan Sampel	64
4.2.4	Kriteria Inklusi.....	67
4.2.5	Kriteria Eksklusi.....	67
4.3	Tempat Dan Waktu Penelitian.....	67
4.3.1	Tempat Penelitian.....	67
4.3.2	Waktu Penelitian.....	68
4.4	Definisi Operasional	68
4.4.1	Variabel Penelitian.....	68
4.5	Instrumen Penelitian	70
4.6	Prosedur Pengumpulan Data	70
4.6.1	Pengumpulan Data Primer	70
4.6.2	Pengumpulan Data Sekunder.....	71
4.7	Analisis Data	71
4.7.1	Analisis Univariat	72
4.7.2	Analisis Bivariat	72
4.8	Etika Penelitian	72
4.9	Jadwal Penelitian	73
BAB V HASIL PENELITIAN		74
5.1	Gambaran Umum Lokasi Penelitian	74
5.1.1	Letak Geografis Desa Putukrejo.....	75
5.1.2	Jumlah penduduk	75
5.1.3	Tingkat Pendidikan	76
5.1.4	Mata Pencaharian Pokok.....	77

5.2	Hasil Penelitian	79
5.2.1	Karakteristik Responden.....	79
5.2.2	Hubungan Tingkat Pengetahuan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) Pilar Satu Dengan Perilaku Pemanfaatan Jamban Di Desa Putukrejo Wilayah Kerja Puskesmas Kalipare.....	81
BAB VI PEMBAHASAN		83
6.1	Karakteristik Responden	83
6.1.1	Tingkat Pengetahuan Masyarakat Tentang Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) Pilar Satu	83
6.1.2	Tingkat Pendidikan Masyarakat.....	85
6.1.3	Perilaku Pemanfaatan Jamban.....	86
6.2	Hubungan Tingkat Pengetahuan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) Pilar Satu Dengan Perilaku Pemanfaatan Jamban Di Desa Putukrejo Wilayah Kerja Puskesmas Kalipare	87
BAB VII PENUTUP.....		90
7.1	Kesimpulan	90
7.2	Saran	90
7.2.1	Bagi Masyarakat.....	90
7.2.2	Bagi Instansi Terkait	91
7.2.3	Bagi Penelitian Selanjutnya	91
DAFTAR PUSTAKA.....		92
LAMPIRAN		97

DAFTAR TABEL

Nomor	Judul Tabel	Halaman
Tabel 2.1	Peran Dan Tanggung Jawab Pemangku Kepentingan	33
Tabel 2.2	Lembar Pengamatan Jamban Setiap Rumah Tangga	45
Tabel 2.3	Format Rekapitulasi Hasil Verifikasi ODF	48
Tabel 4.1	Jumlah Sampel Setiap Dusun	67
Tabel 4.2	Definisi Operasional	69
Tabel 4.3	Jadwal Kegiatan Penelitian	73
Tabel 5.1	Jumlah Penduduk Desa Putukrejo Tahun 2016	76
Tabel 5.2	Tingkat pendidikan di Desa Putukrejo Tahun 2016	76
Tabel 5.3	Mata Pencaharian Pokok Desa Putukrejo Tahun 2016	78
Tabel 5.4	Distribusi Frekuensi Tingkat Pengetahuan Responden Tentang STBM Di Desa Putukrejo	79
Tabel 5.5	Distribusi Responden berdasarkan Tingkat Pendidikan Di Desa Puturejo	80
Tabel 5.6	Distribusi Frekuensi Pemanfaatan Jamban Pada Warga Desa Putukrejo	80
Tabel 5.7	Distribusi frekuensi Tingkat Pengetahuan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat Pilar Satu Dengan Perilaku Pemanfaatan Jamban Di Desa Putukrejo	81
Tabel 5.8	Hasil Analisis Hubungan Tingkat Pengetahuan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat Pilar Satu Dengan Perilaku Pemanfaatan Jamban Di Desa Putukrejo	82

DAFTAR GAMBAR

Nomor	Judul Gambar	Halaman
Gambar 2.1	Contoh Perubahan Perilaku SBS	13
Gambar 2.2	Cara Mencuci Tangan Pakai Sabun Yang Benar	14
Gambar 2.3 A	Pengolahan Air Minum Di Rumah Tangga	14
Gambar 2.3 B	Pengelolaan Makanan Di Rumah Tangga	15
Gambar 2.4	Konsep 3R	16
Gambar 2.5	Bak Pengolahan Limbah Cair	17
Gambar 2.6	Mata Rantai Penularan Penyakit Dari Tinja	43
Gambar 3.1	Kerangka Konsep Penelitian	62
Gambar 5.1	Peta Wilayah Kecamatan Kalipare Wilayah Kerja Puskesmas Kalipare	74
Gambar 5.2	Peta Desa Putukrejo	75

DAFTAR LAMPIRAN

Nomor	Judul Lampiran	Hal.
1.	Kuisisioner Tingkat Pengetahuan Dan Pemanfaatan Jamban Untuk Warga Desa	98
2.	Dokumentasi Penelitian	102
3.	Pernyataan Keaslian Tulisan	104
4.	Hasil Uji Validitas Dan Reliabilitas Kuisisioner	105
5.	Hasil Uji Spss	109
6.	A. Lembar Konsultasi Pembimbing I	111
	B. Lembar Konsultasi Pembimbing I	112
7.	Berita Acara Perbaikan Skripsi	113
8.	Surat Kesediaan Membimbing I	116
	Surat Kesediaan Membimbing II	117
9.	A. Surat Ijin Penelitian Kampus	118
	B. Surat Ijin Penelitian Dari Bankesbangpol	119
	C. Surat Ijin Penelitian Dari Dinas Kesehatan	120
	D. Surat Ijin Penelitian Dari Puskesmas	121
	E. Surat Ijin Penelitian Dari Desa	122
10.	<i>Curriculum Vitae</i>	123

DAFTAR SINGKATAN

BABS	: Buang Air Besar Sembarangan
CTPS	: Cuci Tangan Pakai Sabun
MDGS	: <i>Millenium Development Goals</i>
OD	: <i>Open Defecation</i>
ODF	: <i>Open Defecation Free</i>
PAM RT	: Pengelolaan Air Dan Rumah Tangga
PAMSIMAS	: Program Penyediaan Air Minum Dan Sanitasi
RPJPN	: Rencana Pembangunan Jangka Panjang
RPJPM	: Rencana Pembangunan Jangka Menengah
SBS	: Stop Buang Air Besar Sembarangan
STBM	: Sanitasi Total Berbasis Masyarakat

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan merupakan salah satu hal terpenting yang dimiliki manusia karena dalam keadaan sehat, manusia dapat menjalankan segala aktivitas mereka dengan baik. Kesehatan merupakan hak asasi manusia yang bersifat universal baik sebagai individu, kelompok, masyarakat maupun bangsa. Karena pentingnya kesehatan bagi masyarakat, maka kesehatan juga menjadi tanggung jawab sebuah institusi negara. Oleh karena itu, kesehatan juga diatur dalam Undang-Undang. Undang-undang Kesehatan RI No.36 Tahun 2009 mendefinisikan sehat sebagai keadaan sempurna baik fisik, mental dan sosial. Artinya, masyarakat yang sehat tidak hanya bebas dari penyakit dan cacat, namun produktif secara ekonomi dan sejahtera secara sosial (UU Kesehatan RI No.36 Tahun 2009).

Kesehatan memiliki peranan penting dalam kesejahteraan manusia yang merupakan prasyarat bagi peningkatan produktivitas. Kesehatan merupakan komponen utama pertumbuhan dan pembangunan. Dengan demikian pembangunan kesehatan perlu dilakukan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Berdasarkan Deklarasi Johannesburg yang dituangkan dalam *Millenium Development Goals* (MDG's) tahun 2015, dimana titik berat pembangunan bidang kesehatan melalui pendekatan preventif, tidak hanya kuratif (Priatno, 2014).

Dalam pembangunan kesehatan terhadap masyarakat, faktor perilaku dan lingkungan memiliki pengaruh yang sangat besar, salah satunya yaitu penyediaan air bersih serta kebiasaan masyarakat yang buang air besar sembarangan (BABs). Sebagai upaya peningkatan kesehatan lingkungan, pemerintah Indonesia memiliki komitmen untuk mencapai target ke 7 MDG's, yaitu menurunkan separuh dari proporsi penduduk yang belum memiliki akses air minum dan sanitasi dasar pada tahun 2015 (Meiridhawati, 2012).

MDG's sebagai rujukan pemerintah Indonesia dalam penyusunan Rancangan Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJPN) Indonesia tahun 2005-2025 dilakukan dalam empat tahapan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJM) yang di dalamnya pemerintah Indonesia melaksanakan Program Penyediaan Air Minum dan Sanitasi Berbasis masyarakat (Pamsimas) yaitu air bersih untuk rakyat dan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) (Maharani, 2014).

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan No.3 Tahun 2014 tentang STBM, tujuan penyelenggaraan STBM adalah untuk mewujudkan perilaku masyarakat yang higienis dan saniter secara mandiri dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2015-2019 yang menetapkan bahwa pencapaian untuk akses air minum universal adalah 100%, pemukiman kumuh 0% dan 100% stop bebas buang air besar sembarangan (SBS). Berdasarkan data yang dirilis oleh sekretariat STBM, hingga 2015 sebanyak 62 juta atau 53% penduduk pedesaan masih belum memiliki akses terhadap sanitasi yang layak. 34 juta diantaranya masih melakukan praktik buang air besar sembarangan, sehingga diperlukan percepatan 400% untuk mencapai target Indonesia

stop buang air besar sembarangan (SBS) pada tahun 2019 (Kemenkes RI, 2016).

STBM merupakan suatu program dengan pendekatan kepada masyarakat untuk mengubah perilaku higienis dan sanitasi melalui pemberdayaan masyarakat. Kegiatan tersebut dapat dilakukan melalui upaya penyehatan lingkungan seperti penyediaan air minum, fasilitas sanitasi dasar dan peningkatan perilaku higienis masyarakat. Kegiatan dalam program STBM mencakup 5 pilar, yaitu: stop BABs (Buang Air Besar sembarangan), Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS), Pengelolaan Air dan Makanan yang aman di Rumah Tangga (PAM RT), Mengelola sampah dengan benar dan mengelola limbah cair rumah tangga dengan aman (Sutiyono dkk, 2014).

Dari kelima pilar dalam program STBM tersebut, pilar pertama yaitu stop buang air besar sembarangan adalah pilar utama yang sangat berpengaruh terhadap kesehatan masyarakat, karena masalah tersebut menyangkut masalah kesehatan lingkungan yang akan berdampak luas terhadap masyarakat di sekitar. Pilar pertama merupakan akses utama menuju sanitasi total dan merupakan indikator pendekatan STBM yaitu dengan tercapainya kondisi *Open Defecation Free* (ODF) atau stop BABs yang ditandai dengan adanya keseluruhan masyarakat telah BAB hanya di jamban. Selain masyarakat telah BAB hanya di jamban juga ditunjang dengan berbagai macam hal yaitu membuang tinja atau kotoran bayi hanya di jamban dan tidak terlihat tinja manusia di lingkungan sekitar (Nugraha, 2015).

Dalam pelaksanaannya STBM tidaklah mudah, karena masyarakat sebagai pelaku utama sehingga pengetahuan masyarakat menjadi faktor penting dalam mensukseskan program tersebut dan pemerintah hanya

sebagai fasilitator. Selain itu berkaitan dengan perubahan perilaku meninggalkan buang air besar sembarangan dengan latar belakang ekonomi, pendidikan, dan status sosial yang ada di masyarakat menjadi kendala tersendiri dalam pelaksanaan program STBM. Oleh karena itu, pengetahuan dan partisipasi masyarakat menjadi hal yang penting dalam terwujudnya perubahan perilaku (Karla, 2015).

Di Kabupaten Malang masih banyak masyarakat yang memiliki kebiasaan Buang Air Besar Sembarangan. Berdasarkan hasil studi pendahuluan pada seksi kesehatan lingkungan kabupaten Malang, hasil pelaksanaan STBM di Kabupaten Malang di 390 Desa dari 33 kecamatan sampai bulan Februari 2017 masih belum mencapai target (100%). Desa yang sudah dinyatakan 100% Stop Buang Air Besar sembarangan sebanyak 88,08%. Dalam memenuhi target tersebut Dinas Kesehatan Kabupaten Malang, akan kembali melaksanakan Pemicuan Program STBM yang tersebar di 33 kecamatan yang ada di Kabupaten Malang.

Desa Putukrejo yang berada di Kecamatan Kalipare Kabupaten Malang merupakan salah satu desa yang kondisi sanitasinya kurang baik dan sudah mendapatkan kegiatan pemicuan dalam program pamsimas yaitu air bersih untuk rakyat dan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM). Desa Putukrejo adalah wilayah dataran tinggi terdiri dari tanah perkebunan, sehingga mayoritas penduduknya memiliki mata pencaharian sebagai petani. Dengan latar belakang topologi yang ada di desa Putukrejo, kurangnya kesadaran untuk hidup bersih dan sehat sangat memungkinkan apabila penduduk setempat masih berperilaku buang air besar sembarangan.

Ketidaktahuan maupun ketidakmauan masyarakat dapat tercermin dari masih rendahnya perilaku masyarakat terhadap sanitasi. Menurut

Zainiyah (2013), pengetahuan adalah jembatan dalam mendorong kesadaran masyarakat untuk merubah perilaku dari buang air besar sembarangan menjadi buang air besar di jamban yang layak. Seorang dengan pendidikan yang tinggi diharapkan seseorang tersebut akan memiliki pengetahuan yang luas. Peningkatan pengetahuan bisa didapatkan tidak hanya dari pendidikan formal akan tetapi bisa didapatkan dari dari pendidikan non formal seperti pengalaman, penyuluhan dan lain sebagainya.

Berdasarkan studi pendahuluan pada petugas sanitarian di puskesmas diperoleh gambaran dalam pelaksanaan program STBM di lapangan atau masyarakat masih belum berjalan dengan maksimal karena belum semua petugas mengerti tentang program STBM. Terlihat dari kurangnya respon dan tanggung jawab pelaku dalam kegiatan. Kondisi ini juga didukung sarana dan prasarana dalam melaksanakan program STBM, selain itu meski desa Putukrejo sudah termasuk dalam desa ODF sejak 24 Maret 2015 dan merupakan desa pamsimas akan tetapi tidak banyak masyarakat yang memanfaatkan fasilitas jamban tersebut dan 2,4% dari 1200 KK masih melakukan BAB di kebun atau pekarangan.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Febriani (2013), terdapat hubungan bermakna antara pengetahuan dengan perilaku penggunaan jamban keluarga. Semakin tinggi pengetahuan seseorang mengenai jamban maka semakin baik pula pemanfaatan jamban. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*over behaviour*). Apabila sesuatu tindakan didasari oleh pengetahuan, maka tindakan tersebut akan bersifat langgeng dan sebaliknya. Dalam teori perilaku, pengetahuan merupakan salah satu tahap yang dapat terjadi pada seseorang untuk menerima atau

mengadopsi suatu perilaku baru. Sehubungan dengan pemanfaatan jamban, maka masyarakat yang berpengetahuan baik tentang jamban dapat menekan penyebaran penyakit, dan diharapkan akan memanfaatkan jamban.

Berdasarkan studi literatur meskipun penelitian tentang hubungan tingkat pengetahuan dengan perilaku pemanfaatan sudah pernah diteliti akan tetapi penulis tertarik untuk mengadakan penelitian yang berjudul “Hubungan antara tingkat pengetahuan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) pilar satu dengan perilaku pemanfaatan jamban di desa Putukrejo wilayah kerja UPT Puskesmas Kalipare”. Karena peneliti memiliki alasan dengan penelitian yang sama akan tetapi dengan lokasi dan peneliti yang berbeda maka akan mendapatkan hasil yang berdeda.

1.2 Rumusan Masalah

Apakah terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) pilar satu dengan perilaku pemanfaatan jamban di desa Putukrejo wilayah kerja UPT Puskesmas Kalipare ?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Menganalisis hubungan tingkat pengetahuan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) Pilar satu dengan perilaku pemanfaatan jamban di Desa Putukrejo wilayah kerja UPT Puskesmas Kalipare

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui tingkat pengetahuan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) Pilar satu pada masyarakat di Desa Putukrejo wilayah kerja UPT Puskesmas Kalipare.

2. Mengetahui perilaku pemanfaatan jamban masyarakat di Desa Putukrejo wilayah kerja UPT Puskesmas Kalipare.
3. Mengetahui dan menganalisis hubungan tingkat pengetahuan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) Pilar satu dengan pemanfaatan jamban masyarakat di desa Putukrejo wilayah kerja UPT Puskesmas Kalipare.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Instansi

Hasil penelitian diharapkan mampu memberikan informasi serta masukan bagi Puskesmas Kalipare dan Dinas Kesehatan Kabupaten Malang sebagai data untuk keperluan pemberian pengetahuan atau penyuluhan pada masyarakat sebagai pelaku utama STBM dan perencanaan program di masa yang akan datang yang berhubungan dengan STBM.

1.4.2 Bagi Masyarakat

Bagi masyarakat hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan informasi dan pembelajaran akan arti pentingnya perilaku tidak Buang Air Besar Sembarangan dan khususnya yang berhubungan dengan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM)

1.4.3 Bagi Peneliti

Bagi mahasiswa dan peneliti, hasil data ini merupakan ajang praktek dan perbandingan ilmu pengetahuan yang telah diperoleh sejak berada di bangku perkuliahan

1.4.4 Bagi Program Studi Kesehatan Lingkungan

Dapat memberikan informasi dan sebagai bahan masukan, dokumen data ilmiah yang bermanfaat dalam pengembangan ilmu serta dapat digunakan bahan perbandingan penelitian selanjutnya

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 *Millenium Development Goals (MDG's)*

2.1.1 *Pengertian MDG's*

Millennium Development Goals atau disingkat dalam bahasa Inggris *MDGs*) adalah Deklarasi Milenium hasil kesepakatan kepala negara dan perwakilan dari 189 negara Perserikatan Bangsa-bangsa (PBB) yang mulai dijalankan pada September 2000, berupa delapan butir tujuan untuk dicapai pada tahun 2015. Targetnya adalah tercapai kesejahteraan rakyat dan pembangunan masyarakat pada 2015. Target ini merupakan tantangan utama dalam pembangunan di seluruh dunia yang terurai dalam Deklarasi Milenium, dan diadopsi oleh 189 negara serta ditandatangani oleh 147 kepala pemerintahan dan kepala negara pada saat Konferensi Tingkat Tinggi (KTT) Milenium di New York pada bulan September 2000 tersebut (United Nations, 2015).

Millennium Development Goals (MDGs) merupakan komitmen dari pemimpin-pemimpin dunia untuk mengurangi lebih dari separuh orang-orang yang menderita akibat kelaparan, menjamin semua anak untuk menyelesaikan pendidikan dasarnya, mengentaskan kesenjangan gender pada semua tingkat pendidikan, mengurangi kematian anak balita hingga 2/3, dan mengurangi hingga separuh jumlah orang yang tidak memiliki akses air bersih pada tahun 2015. Meskipun MDGs merupakan sebuah komitmen global tetapi diupayakan untuk lebih mengakomodasikan nilai-nilai lokal sesuai

dengan karakteristik masing-masing negara sehingga lebih mudah untuk diaplikasikan. (BAPPENAS, 2010).

Latar belakang dari adanya *Millenium Development Goals* (MDGs) atau dalam bahasa Indonesia dikenal sebagai Tujuan Pembangunan Millenium adalah Kehidupan yang layak dan kesejahteraan penduduk, pada dekade 1980-an banyak kelompok studi yang mendiskusikan orientasi pembangunan “*Growth*” versus “*Development*” tersebut. Salah satu yang dapat disebutkan di sini adalah “*Club of Rome*”, kelompok yang kemudian mengemukakan argumen tentang “*Limit to Growth*”. Selanjutnya pada dekade 1990-an, PBB membawa isu orientasi pembangunan yang mengarah pada kesejahteraan umat manusia tersebut ke dalam pembahasan, diskusi, serta kesepakatan antarnegara. Tahun 1992, diselenggarakan KTT Bumi di Rio de Janeiro. Tahun 1994 digelar pula Konferensi Kependudukan dan Pembangunan di Cairo. Tahun 1995, ganti Konferensi Gender dan Pemberdayaan Perempuan dilaksanakan, berikut beberapa konferensi lainnya yang sejalan setelah itu. Puncak dari upaya mengedepankan pembangunan yang berorientasi pada kesejahteraan umat manusia, baik untuk generasi saat ini maupun generasi mendatang, adalah lahirnya kesepakatan kepala negara dan kepala pemerintahan 189 negara mengenai Deklarasi Milenium. Deklarasi ini berisi kesepakatan negara-negara tentang arah pembangunan beserta sasaran-sasarannya yang perlu diwujudkan (BAPPENAS, 2010).

2.1.2 Tujuan dan Target atau Sasaran

Negara-negara anggota PBB telah mengadopsi tujuan pembangunan Millenium (*Millenium Development Goals/MDGs*).

Setiap tujuan memiliki satu atau beberapa target beserta indikatornya dan menempatkan pembangunan manusia sebagai fokus utama pembangunan dan memiliki tenggang waktu serta kemajuan yang terukur. Sebagai komitmen dari komunitas internasional terhadap pengembangan visi mengenai pembangunan, MDGs yang secara kuat mempromosikan pembangunan manusia sebagai kunci untuk mencapai pengembangan sosial dan ekonomi yang berkelanjutan dengan menciptakan dan mengembangkan kerjasama dan kemitraan global. MDGs juga mendorong pemerintah, lembaga donor dan organisasi masyarakat sipil di manapun untuk mengorientasikan kembali kerja-kerja mereka untuk mencapai target-target pembangunan yang spesifik (Apriawan 2009).

Delapan tujuan pembangunan milenium untuk mencapai target-target pembangunan yang spesifik yaitu : (United Nations, 2015)

1. Menghapuskan tingkat kemiskinan dan kelaparan

Target untuk 2015: Mengurangi setengah dari penduduk dunia yang berpenghasilan kurang dari 1 US\$ sehari dan mengalami kelaparan.

2. Mencapai Pendidikan Dasar secara Universal

Target 2015: Memastikan bahwa setiap anak laki dan perempuan mendapatkan dan menyelesaikan tahap pendidikan dasar.

3. Mendorong kesetaraan gender dan memberdayakan perempuan

Target 2005 dan 2015: Mengurangi perbedaan dan diskriminasi gender dalam pendidikan dasar dan menengah terutama untuk tahun 2005 dan untuk semua tingkatan pada tahun 2015.

4. Mengurangi tingkat kematian anak

Target 2015: Mengurangi tingkat kematian anak-anak usia di bawah 5 tahun hingga dua-pertiga

5. Meningkatkan Kesehatan Ibu

Target 2015: Mengurangi rasio kematian ibu hingga 75% dalam proses melahirkan

6. Memerangi HIV/AIDS, malaria dan penyakit lainnya

Target 2015: Menghentikan dan memulai pencegahan penyebaran HIV/AIDS dan gejala malaria dan penyakit berat lainnya.

7. Menjamin keberkelanjutan lingkungan.

Target: Mengintegrasikan prinsip-prinsip pembangunan yang berkelanjutan dalam kebijakan setiap negara dan program serta merehabilitasi sumber daya lingkungan yang hilang. Pada tahun 2015 mendatang diharapkan jumlah orang yang tidak memiliki akses air minum yang layak dikonsumsi berkurang setengahnya. Pada tahun 2020 mendatang diharapkan dapat mencapai perbaikan kehidupan yang signifikan bagi sedikitnya 100 juta orang yang tinggal di daerah kumuh

8. Mengembangkan kemitraan global untuk pembangunan

Target: Mengembangkan lebih jauh lagi perdagangan terbuka dan sistem keuangan yang melibatkan komitmen terhadap pengaturan manajemen yang jujur dan bersih, pembangunan dan pengurangan tingkat kemiskinan secara nasional dan internasional. Membantu kebutuhan-kebutuhan khusus negara-negara tertinggal, dan kebutuhan khusus dari negara-negara

terpencil dan kepulauan-kepulauan kecil. Secara komprehensif mengusahakan persetujuan mengenai masalah hutang negara-negara berkembang. Mengembangkan usaha produktif yang baik dijalankan untuk kaum muda. Dalam kerjasama dengan pihak swasta, membangun adanya penyerapan keuntungan dari teknologi-teknologi baru, terutama teknologi informasi dan komunikasi

2.2 Sanitasi Total Berbasis Masyarakat

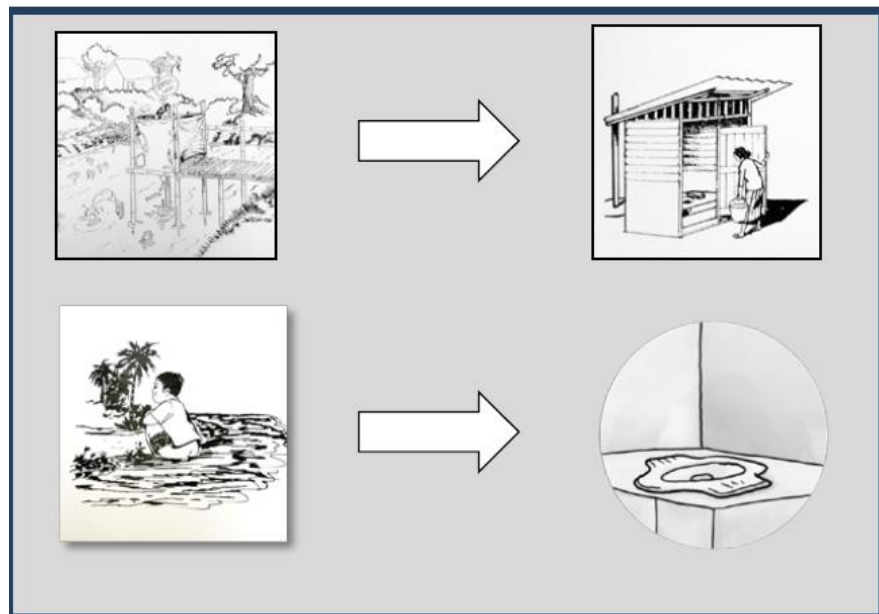
Menurut Permenkes No. 3 Tahun 2014 Tentang Sanitasi Total Berbasis Masyarakat, Sanitasi Total Berbasis Masyarakat adalah pendekatan untuk mengubah perilaku higienis dan saniter melalui pemberdayaan masyarakat dengan cara pemicuan dengan tujuan untuk mewujudkan perilaku masyarakat yang higienis dan saniter secara mandiri dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Tantangan yang dihadapi Indonesia terkait pembangunan kesehatan khususnya bidang higiene dan sanitasi masih sangat besar. Pemerintah merubah pendekatan pembangunan sanitasi nasional dari pendekatan sektoral dengan penyediaan subsidi perangkat keras yang selama ini tidak memberi daya ungkit terjadinya perubahan perilaku higienis dan peningkatan akses sanitasi, menjadi pendekatan sanitasi total berbasis masyarakat yang menekankan pada 5 (lima) perubahan perilaku higienis.

Lima Pilar STBM menurut Permenkes No 3 Tahun 2014 tentang STBM yaitu :

a. Stop Buang Air Besar Sembarangan (Stop BABS)

Suatu kondisi ketika setiap individu dalam komunitas tidak buang air besar sembarangan. Perilaku SBS diikuti dengan pemanfaatan

sarana sanitasi yang saniter berupa jamban sehat. Kegiatan ini diwujudkan dengan membudayakan perilaku buang air besar sehat yang dapat memutus alur kontaminasi kotoran manusia dan dapat mencegah vektor pembawa untuk menyebar penyakit pada pemakai dan lingkungan sekitarnya sebagai sumber penyakit secara berkelanjutan dan menyediakan serta memelihara sarana buang air besar yang memenuhi standar dan persyaratan kesehatan.



Sumber: Permenkes No. 3 Tahun 2014 tentang STBM

Gambar 2.1 Contoh Perubahan Perilaku SBS

b. Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS)

CTPS merupakan perilaku cuci tangan dengan menggunakan sabun dan air bersih yang mengalir. Perilaku mencuci tangan dilakukan dengan 5 langkah serta dengan waktu penting. Waktu penting cuci tangan adalah Sebelum makan, Sebelum mengolah dan menghadirkan makanan, sebelum menyusui, sebelum memberi makan bayi/balita, sesudah buang air besar atau kecil dan sesudah memegang hewan/unggas. Kriteria Utama Sarana CTPS adalah air bersih yang

dapat dialirkan, sabun dan penampungan atau saluran air limbah yang aman



Sumber: Permenkes No. 3 Tahun 2014 tentang STBM

Gambar 2.2 Cara Mencuci Tangan Pakai Sabun Yang Benar

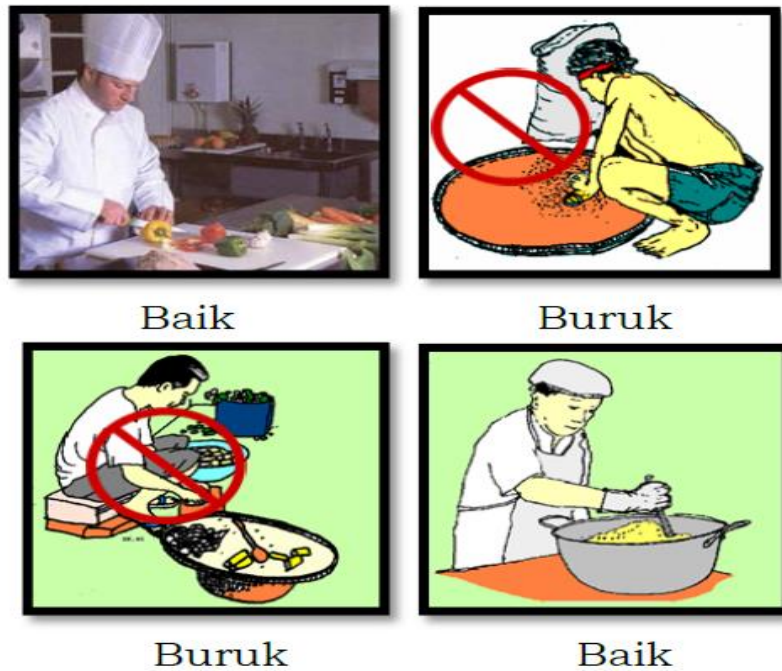
c. Pengelolaan Air Minum dan Makanan Rumah Tangga (PAMM- RT)

PAMM-RT merupakan suatu proses pengolahan, penyimpanan, dan pemanfaatan air minum dan pengelolaan makanan yang aman di rumah tangga



Sumber: Permenkes No. 3 Tahun 2014 tentang STBM

Gambar 2.3 Pengolahan Air Minum Di Rumah Tangga



Sumber: Permenkes No. 3 Tahun 2014 tentang STBM

Gambar 2.3 Pengolahan Makanan Di Rumah Tangga

d. Pengamanan Sampah Rumah Tangga

Pengamanan Sampah Rumah Tangga bertujuan untuk menghindari penyimpanan sampah dalam rumah dengan segera menangani sampah secara aman yaitu dengan pengumpulan, pengangkutan, pemrosesan, pendaur-ulangan atau pembuangan dari material sampah dengan cara yang tidak membahayakan kesehatan masyarakat dan lingkungan. Prinsip-prinsip dalam pengamanan sampah adalah *Reduce*, *Reuse* dan *Recycle*. menyediakan dan memelihara sarana pembuangan sampah rumah tangga di luar rumah.

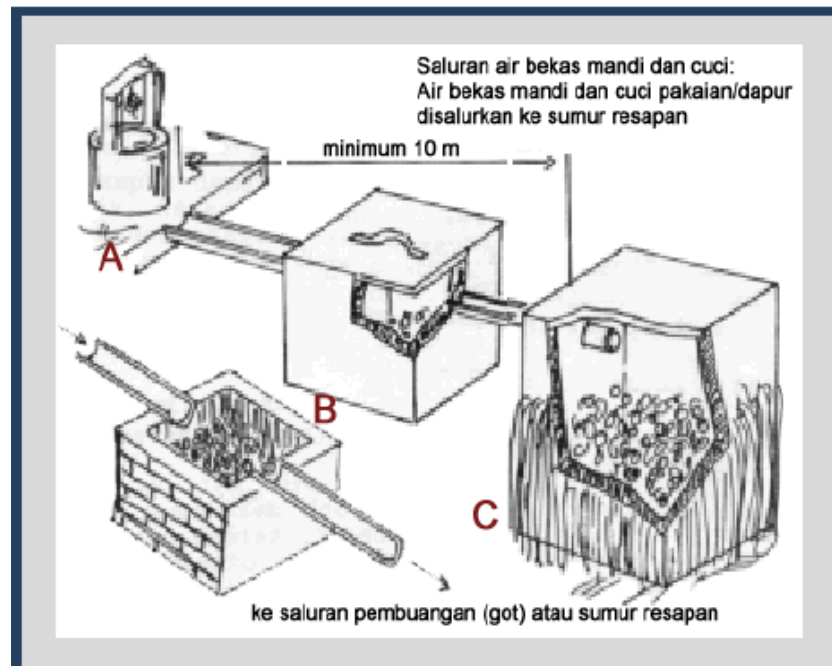


Sumber: Permenkes No. 3 Tahun 2014 tentang STBM

Gambar 2.4 Konsep 3R

e. Pengamanan Limbah Cair Rumah Tangga

Proses pengamanan limbah cair yang aman pada tingkat rumah tangga untuk menghindari terjadinya genangan air limbah yang berpotensi menimbulkan penyakit berbasis lingkungan memerlukan sarana penyaluran berupa sumur resapan dan saluran pembuangan air limbah rumah tangga. Limbah cair rumah tangga yang berupa tinja dan urine disalurkan ke tangki septik yang dilengkapi dengan sumur resapan. Limbah cair rumah tangga yang berupa air bekas yang dihasilkan dari buangan dapur, kamar mandi, dan sarana cuci tangan disalurkan ke saluran pembuangan air limbah.



Sumber: Permenkes No. 3 Tahun 2014 tentang STBM

Gambar 2.5 Bak Pengolahan Limbah Cair

Sanitasi total berbasis masyarakat (STBM) dalam pelaksanaannya program ini mempunyai beberapa prinsip utama, yaitu : (Kemenkes RI, 214)

- a. Tidak adanya subsidi yang diberikan kepada masyarakat, tidak terkecuali untuk kelompok miskin untuk penyediaan fasilitas sanitasi dasar. Masyarakat tidak menerima bantuan dari pemerintah atau pihak lain untuk menyediakan sarana sanitasi dasarnya. Penyediaan sarana sanitasi dasar adalah tanggung jawab masyarakat. Sekiranya individu masyarakat belum mampu menyediakan sanitasi dasar, maka diharapkan adanya kepedulian dan kerjasama dengan anggota masyarakat lain untuk membantu mencari solusi
- b. Tidak menggurui/memaksa. STBM tidak boleh disampaikan kepada masyarakat dengan cara menggurui dan memaksa mereka untuk mempraktikkan budaya higienis dan sanitasi, apalagi dengan memaksa mereka membuat/ membeli jamban atau produk-produk STBM.

- c. Melibatkan masyarakat dalam kegiatan pemantauan dan evaluasi. seluruh masyarakat terlibat dalam analisa permasalahan, perencanaan, pelaksanaan serta pemanfaatan dan pemeliharaan
- d. Masyarakat sebagai pemimpin. Inisiatif pembangunan sarana sanitasi hendaknya berasal dari masyarakat. Fasilitator maupun wirausaha sanitasi hanya membantu memberikan masukan dan pilihan-pilihan solusi kepada masyarakat untuk meningkatkan akses dan kualitas higienis dan sanitasinya. Semua kegiatan maupun pembangunan sarana sanitasi dibuat oleh masyarakat. Sehingga ikut campur pihak luar tidak diharapkan dan tidak diperbolehkan. Dalam praktiknya, biasanya akan tercipta *natural-natural leader* di masyarakat

2.2.1 Tujuan STBM

Tujuan program STBM adalah untuk mencapai kondisi sanitasi total dengan mengubah perilaku hygiene dan sanitasi melalui pemberdayaan masyarakat yang meliputi 3 komponen yaitu penciptaan lingkungan yang mendukung, peningkatan kebutuhan sanitasi, serta peningkatan penyediaan sanitasi serta pengembangan inovasi sesuai dengan konteks wilayah. Diharapkan pada tahun 2025, Indonesia mencapai sanitasi total untuk seluruh masyarakat, sebagaimana tercantum dalam Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJPN) Indonesia (Kemenkes RI, 2013).

2.2.2 Pemicuan STBM

Dalam pelaksanaan STBM membutuhkan sumber daya manusia terampil yang tersebar di seluruh wilayah Indonesia. Salah satu komponen terpenting dalam penerapan STBM adalah

adanya fasilitator-fasilitator yang berkualitas dan tersebar diseluruh pelosok nusantara. Hasil studi kerjasama antara Bappenas dan tenaga sanitasi profesional dan dalam jangka menengah diperlukan tambahan 18.000 tenaga sanitasi profesional. Sehubungan dengan hal tersebut, Kementerian Kesehatan berupaya untuk meningkatkan kompetensi pelaksana STBM melalui pelatihan-pelatihan terakreditasi. Pelatihan-pelatihan tersebut diharapkan tenaga STBM khususnya fasilitator STBM akan memiliki keahlian dan kompetensi yang terstandar dan terlatih (Ambarwati, 2015).

Pemicuan adalah cara untuk mendorong perubahan perilaku *higiene* dan sanitasi individu atau masyarakat atas kesadaran sendiri dengan menyentuh perasaan, pola pikir, perilaku, dan kebiasaan individu atau masyarakat . Pemicuan (menciptakan suatu keadaan atau kondisi) merupakan kegiatan stimulus dan inisiasi terjadinya reaksi. Dalam pendekatan STBM, pemicuan dikaitkan dengan kegiatan masyarakat yang berbeda, dilakukan oleh fasilitator yang trampil dengan cara memancing emosi masyarakat terhadap kebiasaan buang air besar sembarangan. Dampak dari hasil reaksi perilaku buang air besar sembarangan adalah tumbuhnya kebutuhan penyelesaian masalah sanitasi dan mobilisasi gerakan masyarakat (Qudsiyah, 2015). Pelaku Pemicuan menurut Permenkes No 3 Tahun 2014 Tentang STBM adalah sebagai berikut :

- a. Tim Fasilitator STBM desa atau kelurahan yang terdiri dari sedikitnya relawan, tokoh masyarakat, tokoh agama, dengan

dukungan kepala desa, dapat dibantu oleh orang lain yang berasal dari dalam ataupun dari luar Desa tersebut.

- b. Bidan desa, diharapkan akan berperan sebagai pendamping, terutama ketika ada pertanyaan masyarakat terkait medis, dan pendampingan lanjutan serta pemantauan dan evaluasi.
- c. Posyandu diharapkan dapat bertindak sebagai wadah serta Kelembagaan yang ada di masyarakat yang akan dimanfaatkan sebagai tempat edukasi atau pembelajaran, pemicuan, pelaksanaan pembangunan, pengumpulan alternatif pendanaan sampai dengan pemantauan dan evaluasi.
- d. Kader Posyandu diharapkan juga dapat sebagai fasilitator yang ikut serta dalam kegiatan pemicuan di desa.
- e. *Natural leader* dapat dipakai sebagai anggota Tim Fasilitator STBM Desa untuk keberlanjutan STBM

Menurut Kemenkes RI (2014), Terdapat 3 langkah tata cara pemicuan yakni pra pemicuan , proses pemicuan dan pasca pemicuan

a. Pra pemicuan

Pada saat pra pemicuan dilakukan beberapa langkah, yaitu:

- 1) Observasi PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat) Masyarakat

Sebelum melakukan pemicuan di masyarakat, fasilitator sudah memiliki informasi dan data-data dasar terkait perilaku hidup bersih dan sehat masyarakat. Perlu dilakukan observasi (peninjauan) maupun diskusi dengan

masyarakat di lokasi pemicuan untuk mendapatkan informasi. Beberapa informasi yang perlu dicari adalah Jumlah KK atau kependudukan dibedakan atas kaya, sedang, miskin, pendidikan dan pekerjaan masyarakat setempat, kondisi geografis, kepemilikan jamban (cemplung terbuka, cemplung tertutup, leher angsa), ada tidaknya aliran sungai, kolam, rawa, tradisi/budaya (karakter, tokoh masyarakat), sarana dan prasarana yang ada di masyarakat seperti sekolah, madrasah, masjid, gereja dan ada tidaknya program sanitasi 3 tahun terakhir (proyek atau pemberian subsidi jamban).

2) Persiapan Pemicuan dan Menciptakan Suasana yang Kondusif Sebelum Pemicuan

Persiapan pemicuan dan menciptakan suasana yang kondusif sebelum pemicuan menjadi bagian yang tak terpisahkan dalam proses pemicuan. Persiapan ini dilakukan dengan kunjungan kepada pemerintah setempat yang akan digunakan sebagai lokasi pemicuan dan dijelaskan secara rinci kegiatan yang akan dilaksanakan selama proses pemicuan STBM termasuk proses pemberdayaan masyarakat yang akan dilaksanakan di lapangan. Koordinasi yang perlu dilakukan dengan pemerintah setempat lokasi pemicuan penting dan perlunya kegiatan pemicuan STBM ini dilakukan berdasarkan hasil data dan fakta observasi PHBS yang dilakukan sebelumnya, pemilihan prioritas lokasi pemicuan berdasarkan data dan masukan dari pemerintah setempat,

dukungan dari tokoh-tokoh utama yang ada di masyarakat, misalkan tokoh agama dan tokoh adat dan penyusunan rencana jadwal dan kegiatan yang akan dilaksanakan

3) Persiapan Teknis dan Logistik

Sebelum melakukan kegiatan pemicuan STBM di komunitas atau masyarakat memerlukan beberapa peralatan dan logistik yang akan digunakan untuk mendukung proses partisipatif masyarakat. Persiapan teknis dan logistik ini menjadi bagian penting yang akan mendukung proses analisa partisipatif yang membantu masyarakat untuk mengenal kondisi wilayahnya beserta dengan permasalahan dan potensi yang ada sehingga diharapkan bisa membantu masyarakat untuk menemukan solusi secara kolektif dari mereka sendiri.

Persiapan teknis dan logistik ini rinciannya tergantung dari lokasi dan rencana proses pemicuan yang dilakukan oleh tim fasilitator sehingga tidak ada standar baku yang harus disiapkan, misalnya bagaimana teknis pemberangkatan tim pemicu, teknis masuk sebelum pemicuannya dan proses pemicuannya. Kemungkinan proses pemicuan dilakukan pada saat ada kegiatan posyandu, PKK, temu warga dan lain-lain. Saat pemicuan di masyarakat langkah-langkah pemicuan sebenarnya tidak dibakukan, namun pemetaan sosial mesti dilakukan pertama sekali. Lokasi pemetaan sosial sebaiknya dilakukan di lahan (halaman) terbuka. Hasilnya kemudian harus dipindahkan ke kertas plano.

Pemicuan bisa dilakukan di ruang terbuka maupun tertutup, asal bisa mengoptimalkan rasa jijik, takut penyakit, dan berdosa yang bisa memicu masyarakat untuk berubah. Beberapa kegiatan bisa dilakukan pada proses pemicuan. Pada pemicuan pilar 1 STBM, Stop Buang Air Besar Sembarangan, tim pemicu bisa mengajak masyarakat melakukan kegiatan mencari tinja, menghitung tinja, dan demonstrasi air yang terkena tinja. Pada pilar 2 STBM, Cuci Tangan Pakai Sabun, tim pemicu bisa mengajak masyarakat bermain alur penularan penyakit dan simulasi cuci tangan pakai sabun. Tim pemicu bisa menyesuaikan kegiatan sesuai dengan tujuan pemicuan yang akan dilakukan, baik untuk pilar 1,2,3,4, ataupun 5

b. Proses pemicuan

Pemicuan dilakukan satu kali dalam periode tertentu, dengan lama waktu Pemicuan antara 1-3 jam, hal ini untuk menghindari informasi yang terlalu banyak dan dapat membuat bingung masyarakat. Pemicuan dilakukan berulang sampai sejumlah orang terpicu. Orang yang telah terpicu adalah orang yang tergerak dengan spontan dan menyatakan untuk merubah perilaku. Orang yang terpicu dan menjadi pelopor ini disebut dengan *natural leader*.

1) Pengantar pertemuan

- a) Memperkenalkan diri beserta semua anggota tim dan membangun hubungan setara dengan masyarakat yang akan dipicu.

- b) Menjelaskan tujuan keberadaan kader dan atau fasilitator. Tujuannya adalah untuk belajar tentang kebiasaan masyarakat yang berhubungan dengan kesehatan lingkungan.
 - c) Menjelaskan bahwa kader dan atau fasilitator akan banyak bertanya dan minta kesediaan masyarakat yang hadir untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan dengan jujur.
 - d) Menjelaskan bahwa kedatangan kader dan atau fasilitator bukan untuk memberikan bantuan dalam bentuk apapun (uang, semen dan lain-lain), melainkan untuk belajar.
- 2) Pencairan suasana
- a) Pencairan suasana dilakukan untuk menciptakan suasana akrab antara fasilitator dan masyarakat sehingga masyarakat akan terbuka untuk menceritakan apa yang terjadi di kampung tersebut.
 - b) Pencairan suasana bisa dilakukan dengan permainan yang menghibur, mudah dilakukan oleh masyarakat, melibatkan banyak orang
- 3) Identifikasi istilah-istilah yang terkait dengan sanitasi
- a) Fasilitator dan atau kader dapat memulai dengan pertanyaan, misalnya “Siapa yang melihat atau mencium bau kotoran manusia pada hari ini?” “Siapa saja yang BAB di tempat terbuka pada hari ini?”
 - b) Setelah itu sepakati bersama tentang penggunaan kata BAB dan kotoran manusia dengan bahasa

setempat yang kasar, misal “berak” untuk BAB dan “tai” untuk kotoran manusia. Gunakan kata-kata ini selama proses analisis

4) Pemetaan sanitasi

- a) Melakukan pemetaan sanitasi yang merupakan pemetaan sederhana yang dilakukan oleh masyarakat untuk menentukan lokasi rumah, sumber daya yang tersedia dan permasalahan sanitasi yang terjadi, serta untuk memicu terjadinya diskusi dan dilakukan di ruangan terbuka yang cukup lapang.
- b) Menggunakan bahan-bahan yang tersedia di lokasi (daun, batu, batang kayu, dan lain-lain) untuk membuat peta.
- c) Memulai pembuatan peta dengan membuat batas kampung, jalan desa, lokasi Pemicuan, lokasi kebun, sawah, kali, lapangan, rumah penduduk (tanda mana yang punya dan yang tidak punya jamban, sarana cuci tangan, tempat pembuangan sampah, saluran limbah cair rumah tangga).
- d) Memberi tanda pada lokasi-lokasi biasanya digunakan untuk membuang tinja, sampah dan limbah cair rumah tangga. Selanjutnya membuat garis dari lokasi pembuangan ke rumah tangga.
- e) Melakukan diskusi tentang peta tersebut dengan cara meminta peserta untuk berdiri berkelompok sesuai dengan dusun atau RT. Minta mereka mendiskusikan dusun atau RT mana yang paling kotor? Mana yang

nomor 2 kotor dan seterusnya. Catat hasil diskusi di kertas dan bacakan.

- f) Memindahkan pemetaan lapangan tersebut kedalam kertas flipchat atau kertas manila karton, karena peta ini akan dipergunakan untuk memantau perkembangan perubahan perilaku masyarakat.

5) *Transect Walk* (Penelusuran Wilayah)

- a) Mengajak anggota masyarakat untuk menelusuri desa sambil melakukan pengamatan, bertanya dan mendengar.
- b) Menandai lokasi pembuangan tinja, sampah dan limbah cair rumah tangga dan kunjungi rumah yang sudah memiliki fasilitas jamban, cuci tangan, tempat pembuangan sampah dan saluran pembuangan limbah cair.
- c) Penting sekali untuk berhenti di lokasi pembuangan tinja, sampah, limbah cair rumah tangga dan luangkan waktu di tempat itu untuk berdiskusi.

6) Diskusi

- a) Alur kontaminasi
 1. Menanyakan gambar-gambar yang menunjukkan alur kontaminasi penyakit.
 2. Tanyakan: Apa yang terjadi jika lalat-lalat tersebut hinggap di makanan anda? Di piring anda? Di wajah dan bibir anak kita?
 3. Kemudian tanyakan: Jadi apa yang kita makan bersama makanan kita?

4. Tanyakan: Bagaimana perasaan anda yang telah saling memakan kotorannya sebagai akibat dari BAB di sembarang tempat?
5. Fasilitator tidak boleh memberikan komentar apapun, biarkan mereka berfikir dan ingatkan kembali hal ini ketika membuat rangkuman pada akhir proses analisis.

b) Simulasi air yang terkontaminasi

1. Siapkan 2 gelas air mineral yang utuh dan minta salah seorang anggota masyarakat untuk minum air tersebut. Lanjutkan ke yang lainnya, sampai mereka yakin bahwa air tersebut memang layak diminum.
2. Minta 1 helai rambut kepada salah seorang peserta, kemudian tempelkan rambut tersebut ke tinja yang ada di sekitar kita, celupkan rambut ke air yang tadi diminum oleh peserta.
3. Minta peserta yang minum air tadi untuk meminum kembali air yang telah diberi dicelup rambut bertinja. Minta juga peserta yang lain untuk meminumnya. Ajukan pertanyaan: Kenapa tidak yang ada berani minum?
4. Tanyakan berapa jumlah kaki seekor lalat dan beritahu mereka bahwa lalat mempunyai 6 kaki yang berbulu. Tanyakan: Apakah lalat bisa mengangkut tinja lebih banyak dari rambut yang dicelupkan ke air tadi?

- 7) Menyusun rencana program sanitasi
- a) Jika sudah ada masyarakat yang terpicu dan ingin berubah, dorong mereka untuk mengadakan pertemuan untuk membuat rencana aksi.
 - b) Pada saat Pemicuan, amati apakah ada orang-orang yang akan muncul menjadi *natural leader*.
 - c) Mendorong orang-orang tersebut untuk menjadi pimpinan kelompok, memicu orang lain untuk mengubah perilaku.
 - d) Tindak lanjut setelah Pemicuan merupakan hal penting yang harus dilakukan, untuk menjamin keberlangsungan perubahan perilaku serta peningkatan kualitas fasilitas sanitasi yang terus menerus.
 - e) Mendorong *natural leader* untuk bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana aksi dan perubahan perilaku terus berlanjut.
 - f) Setelah tercapai status 100% STBM (minimal pilar 1), masyarakat didorong untuk mendeklarasikannya, jika perlu memasang papan pengumuman.
 - g) Agar menjamin agar masyarakat tidak kembali ke perilaku semula, masyarakat perlu membuat aturan lokal, contohnya denda bagi anggota masyarakat yang masih BAB di tempat terbuka. Mendorong masyarakat untuk terus melakukan perubahan perilaku higiene dan sanitasi sampai tercapai Sanitasi Total.

c. Pasca pemicuan

Langkah pelaksanaan pada saat pasca pemicuan, dapat dilakukan dengan cara sebagai berikut :

1) Membangun Ulang Komitmen

Membangun ulang komitmen masyarakat dimaksudkan untuk meningkatnya motivasi masyarakat untuk melaksanakan rencana kegiatan yang mereka susun pada saat memberikan komitmen mereka di kegiatan pemicuan sebelumnya. Hasil akhir dari tahap ini adalah disepakatinya komitmen semua pihak untuk keberhasilan pencapaian rencana kegiatan masyarakat.

Membangun komitmen ini diawali dengan mempersilahkan kepada wakil masyarakat untuk mempresentasikan kondisi sanitasi di komunitasnya dan rencana mereka ke depan. Selanjutnya fasilitator melakukan penegasan-penegasan untuk meningkatkan motivasi masyarakat, misalnya: mengajak peserta memberi tepuk tangan, menegaskan tentang tanggal bebas dari BAB terbuka untuk setiap komunitas, menunjukkan para *natural leader* yang akan memotori gerakan masyarakat, dan lain-lain. Pada akhir kegiatan diberikan penegasan-penegasan untuk membangun komitmen bersama semua pihak dalam upaya pencapaian bebas dari BAB terbuka di tingkat yang lebih luas. Hasil komitmen yang telah disepakati bersama dengan masyarakat, diserahkan oleh perwakilan kelompok

masyarakat kepada pejabat yang berwenang di daerah untuk dilakukan tindak lanjut sesuai dengan rencana.

1) Pilihan Teknologi Sanitasi Untuk 5 Pilar STBM

Pencapaian Desa atau Kelurahan STBM dengan kondisi sanitasi total yang mencakup 5 pilar STBM akan diikuti dengan pencapaian akses sarana dan prasarana sanitasi di masyarakat. Pencapaian sarana sanitasi ini akan ada di masyarakat mulai teknologi yang paling sederhana hingga teknologi yang canggih dan terkelola dengan baik. Pilihan teknologi sanitasi untuk 5 pilar STBM ini berprinsip harus sesuai dengan standar kesehatan, mudah dan terjangkau oleh masyarakat. Pada pemilihan opsi teknologi yang ada, masyarakat harus memahami tangga sanitasi. Tangga sanitasi ini akan membantu masyarakat untuk mempraktikkan kebiasaan pola hidup bersih dan sehat, dengan bantuan alat yang sederhana hingga alat yang lebih canggih dan permanen. Sebagai contoh, untuk pilar 1, masyarakat naik dari kebiasaan awal yang masih BAB sembarangan hingga mencapai kondisi berperilaku higienis dan saniter dengan BAB di jamban yang sehat dan permanen. Pada pilar 2, masyarakat berubah perilakunya dari tidak mencuci tangan hingga mencuci tangan pakai air dan sabun, dan naik lagi misalnya dengan melakukannya di wastafel yang permanen. Begitupun dengan pilar-pilar lainnya, yang menunjukkan adanya perubahan dan peningkatan perilaku menjadi lebih baik.

2) Tangga Sanitasi Untuk 5 Pilar STBM

Sanitation Ladder atau tangga sanitasi merupakan tahap perkembangan sarana sanitasi yang digunakan masyarakat, dari sarana yang sangat sederhana sampai sarana sanitasi yang sangat layak dilihat dari aspek kesehatan, keamanan dan kenyamanan bagi penggunaannya. Program STBM, masyarakat tidak diminta atau disuruh untuk membuat sarana sanitasi tetapi hanya mengubah perilaku sanitasi. Namun pada tahap selanjutnya ketika masyarakat sudah mau merubah kebiasaan BAB, sarana sanitasi menjadi suatu hal yang tidak terpisahkan. Pada umumnya pemikiran masyarakat akan sarana sanitasi adalah sebuah bangunan yang kokoh, permanen, dan membutuhkan biaya yang besar untuk membuatnya. Pemikiran ini sedikit banyak menghambat animo masyarakat untuk membangun sarana sanitasi, seperti jamban, karena alasan ekonomi dan lainnya sehingga kebiasaan masyarakat untuk buang air besar pada tempat yang tidak seharusnya tetap berlanjut.

Pada prinsipnya sebuah jamban yang saniter dan layak terbagi menjadi tiga kelompok berdasarkan letak konstruksi dan kegunaannya. Pertama adalah bangunan bawah tanah yang berfungsi sebagai tempat pembuangan tinja. Fungsi bangunan bawah tanah adalah untuk melokalisir tinja dan mengubahnya menjadi lumpur stabil. Kedua adalah bangunan di permukaan tanah (landasan). Bangunan di permukaan ini erat kaitannya dengan

keamanan saat orang tersebut membuang hajat. Terminologi aman disini dapat diartikan aman dari terperosok kepada lubang kotoran, aman saat membuang hajat (malam hari atau saat hujan atau aman digunakan oleh orang jompo). Ketiga adalah bangunan dindin, bangunan atau dinding penghalang erat kaitannya dengan faktor kenyamanan, psikologis dan estetika.

3). Tangga Perubahan Perilaku Pilar-Pilar STBM

Kondisi perilaku masyarakat yang menjadi sasaran intervensi pelaksanaan STBM tentunya berbeda satu dengan yang lainnya. Sasaran perubahan perilaku dalam STBM ada 5 pilar perilaku yaitu menghentikan kebiasaan BAB sembarangan, membiasakan cuci tangan pakai sabun dengan air yang mengalir, mengelola air minum dan makanan secara aman, mengelola sampah rumah tangga secara aman dan mengelola air limbah cair dengan aman. Pencapaian masyarakat pada status sanitasi total adalah “pada kondisi masyarakat yang telah mencapai 5 pilar STBM. Status sanitasi total tentunya tidak dicapai sekaligus, tapi memerlukan tahapan proses. Tangga perubahan perilaku STBM berikut dapat menggambarkan proses pencapaian tahapan status untuk mencapai suatu komunitas masyarakat yang telah bersanitasi total.

2.2.3 Tanggung Jawab dan Peran Pemangku Kepentingan STBM

Dalam mendukung penyelenggaraan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat, pemerintah memiliki peran dan tanggung jawab sebagai berikut dijelaskan dalam tabel 2.1:

Tabel 2.1 Peran Tanggung Jawab Pemangku Kepentingan

Tingkat	Institusi	Peran dan Tanggung jawab
RT/Dusun/ kampung	Tim kerja STBM tingkat RT/Dusun/ kampung	<ol style="list-style-type: none"> 2. mempersiapkan masyarakat untuk berpartisipasi (gotong-royong) 3. memonitor pekerjaan di tingkat masyarakat 4. menyelesaikan permasalahan/konflik masyarakat. 5. Mendukung/memotivasi masyarakat lainnya setelah mencapai 6. keberhasilan sanitasi total (ODF) di lingkungan tempat tinggalnya. 7. Membangun kapasitas kelompok pada lokasi kegiatan STBM 8. Membangun kesadaran dan meningkatkan kebutuhan 9. Memperkenalkan opsi-opsi teknologi. 10. Mempunyai strategi pelaksanaan
Desa	Tim kerja STBM desa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membentuk tim fasilitator desa yang anggotanya berasal dari kader-kader desa, para guru dsb, untuk memfasilitasi gerakan masyarakat. Tim ini mengembangkan rencana desa, mengawasi pekerjaan mereka, dan menghubungkan dengan perangkat desa. 2. Memonitor dan membimbing kerja kader pemicu STBM

Tingkat	Institusi	Peran dan Tanggung jawab
		3. Mengambil alih pengoperasian dan pemeliharaan yang sedang berjalan dan tanggung jawab ke atas. Memastikan keberadilan di semua lapisan masyarakat
Kecamatan	Pemerintah Kecamatan	1. Berkoordinasi dalam berbagai lapisan Badan Pemerintah dan memberi dukungan bagi kader pemicu STBM. 2. Mengembangkan pengusaha lokal untuk produksi dan suplay bahan serta memonitor kualitas bahan tersebut. 3. Memonitor dan mengevaluasi kerja tempat tinggal
Kabupaten	Pemerintah Kabupaten	1. Mempersiapkan rencana kabupaten untuk mempromosikan strategi yang baru. 2. Mengembangkan dan mengimplementasikan kampanye informasi tingkat kabupaten mengenai pendekatan yang baru . 3. Mengkoordinasikan pendanaan untuk implementasi strategi STBM 4. Mengembangkan rantai suplay sanitasi di tingkat kabupaten 5. Memberikan dukungan <i>capacity building</i> yang diperlukan semua institusi di kabupaten

Tingkat	Institusi	Peran dan Tanggung jawab
Provinsi	Pemerintah Provinsi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berkoordinasi dengan berbagai instansi/ lembaga terkait tingkat provinsi dan mengembangkan program terpadu untuk semua kegiatan STBM. 2. Mengkoordinasikan semua sumber pembiayaan terkait dengan STBM. 3. Memonitor perkembangan strategi nasional STBM dan memberikan bimbingan yang diperlukan kepada tim Kabupaten. 4. Mengintegrasikan kegiatan hygiene dan sanitasi yang telah ada dalam strategi STBM 5. Mengorganisir pertukaran pengetahuan/pengalaman antar kabupaten
Pusat	Pemerintah Pusat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berkoordinasi dengan berbagai instansi/ lembaga terkait tingkat pusat dan mengembangkan program terpadu untuk semua kegiatan STBM. 2. Mengkoordinasikan semua sumber pembiayaan terkait dengan STBM. 3. Memonitor perkembangan strategi nasional STBM dan memberikan bimbingan yang diperlukan kepada tim provinsi. 4. Mengintegrasikan kegiatan hygiene dan sanitasi yang telah ada dalam STBM.

Tingkat	Institusi	Peran dan Tanggung jawab
		5. Mengorganisir pertukaran pengetahuan/pengalaman antar kabupaten dan atau provinsi serta antar negara.

(Sumber: Sarudji,2012)

2.2.3 Komponen STBM

Menurut Kemenkes dan MCA-Indonesia (2015), Program STBM dilaksanakan melalui proses pelembagaan komponen sanitasi total yang merupakan satu kesatuan integral saling berpengaruh yaitu :

a. *Enabling environment* (Penciptaan Lingkungan yang Kondusif)

Peningkatan komponen Lingkungan yang kondusif memiliki dua tujuan yaitu: menciptakan lingkungan yang kondusif di tingkat provinsi dan menciptakan lingkungan yang kondusif di tingkat kabupaten dan tingkat kecamatan. Meningkatkan dukungan pemerintah dan pemangku kepentingan lainnya dalam meningkatkan perilaku higienis dan saniter dengan cara:

1. Melakukan advokasi dan sosialisasi kepada pemerintah dan pemangku kepentingan lainnya secara berjenjang.
2. Mengembangkan kapasitas lembaga pelaksana di daerah
3. Meningkatkan kemitraan antara pemerintah, pemerintah daerah, organisasi masyarakat, lembaga swadaya masyarakat dan swasta.

b. *Demand creation* (Peningkatan Kebutuhan)

Menciptakan perilaku komunitas yang higienis dan saniter untuk mendukung terciptanya sanitasi total yaitu :

1. Meningkatkan seluruh pemangku kepentingan dalam perencanaan dan pelaksanaan sosialisasi pengembangan kebutuhan.
2. Mengembangkan kesadaran masyarakat tentang konsekuensi dari kebiasaan buruk seperti buang air besar dan dilanjutkan dengan pemicuan perubahan perilaku komunitas.
3. Meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memilih teknologi, material dan biaya sarana sanitasi yang sehat.
4. Mengembangkan kepemimpinan di masyarakat untuk memfasilitasi pemicuan perubahan perilaku masyarakat.
5. Mengembangkan sistem penghargaan kepada masyarakat untuk meningkatkan dan menjaga keberlanjutan sanitasi total.

c. *Supply improvement* (Peningkatan Penyediaan)

Meningkatkan ketersediaan sarana sanitasi yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat yaitu:

1. Meningkatkan kapasitas produksi swasta lokal dalam penyediaan sarana sanitasi
2. Mengembangkan kemitraan dengan kelompok masyarakat, koperasi, lembaga keuangan dan pengusaha lokal dalam penyediaan sarana sanitasi.
3. Meningkatkan kerjasama dengan lembaga penelitian perguruan tinggi untuk pengembangan rancangan sarana tepat guna.

d. Pengolaan pengetahuan (*knowledge Management*)

Melesstarikan pengetahuan dan pembelajaran dalam sanitasi total yaitu :

1. Mengembangkan dan mengelola pusat data dan informasi
2. Meningkatkan kemitraan antar program-program pemerintah, non pemerintah dan swasta dalam peningkatan pengetahuan dan pembelajaran sanitasi indonesia.
3. Mengupayakan masuknya pendekatan sanitasi total dalam kurikulum pendidikan.

e. Pembiayaan

Secara umum, prinsip pendanaan untuk pelaksanaan pendekatan STBM adalah ditujukan untuk mengeksplorasi dan mempromosikan sektor terkait dan sumber lain di masyarakat, termasuk kegiatan kolektif masyarakat atau gotong royong. Subsidi untuk rumah tangga mungkin tidak dapat diberikan untuk penyediaan fasilitas dasar sanitasi rumah tangga atau individu. Masyarakat dapat mengakses Lembaga pembiayaan mikro atau Bank untuk mendapatkan kredit. Subsidi hanya dapat dilakukan dalam pengembangan fasilitas sanitasi komunal yang dilengkapi dengan sistem manajemen pengelolaan fasilitas yang disepakati oleh masyarakat.

f. Pemantauan dan Evaluasi

Sistem Pemantauan dan Evaluasi untuk pelaksanaan STBM akan menggunakan sistem Pemantauan dan Evaluasi

berbasis web yang ada saat ini yang telah dikembangkan oleh Kementerian Kesehatan dalam kegiatan pemantauan dan evaluasi langsung melibatkan masyarakat, yaitu :

1. Memantau kegiatan dalam lingkup komunitas oleh masyarakat
2. Pemerintah daerah mengembangkan sistem pemantauan dan pengolahan data
3. Mengoptimalkan pemanfaatan hasil pemantauan dari kegiatan-kegiatan lain yang sejenis
4. Pemerintah dan pemerintah daerah mengembangkan sistem pemantauan berjenjang.

2.3 Jamban

2.3.1 Pengertian Jamban

Jamban adalah suatu ruangan yang mempunyai fasilitas pembangunan kotoran manusia yang terdiri atas tempat jongkok atau tempat duduk dengan leher angsa atau tanpa leher angsa (cemplung) yang dilengkapi dengan unit penampungan kotoran dan air untuk membersihkan (Proverawati, 2012). Jamban keluarga adalah suatu fasilitas pembangunan tinja bagi suatu keluarga.

Jamban sehat secara prinsip harus mampu memutuskan hubungan antara tinja dan lingkungan. Sebuah jamban dikategorikan sehat jika: mencegah kontaminasi sumber air, mencegah kontak antara manusia dengan tinja, membuat tinja tersebut tidak dapat dihirup, serta binatang lain, mencegah bau yang tidak sedap, dan konstruksi duduknya dibuat dengan baik dan aman bagi pengguna (Meiridhawati, 2012).

2.3.2 Syarat-Syarat Jamban Sehat

Menurut Kurniawati (2015), jamban dikatakan sehat apabila memiliki kriteria sebagai berikut:

1. Tidak mencemari sumber air minum. Letak lubang penampungan kotoran paling sedikit berjarak 10 meter dari sumur. Namun jarak ini akan menjadi lebih jauh pada jenis tanah liat atau berkapur terkait dengan porositas tanah, selain itu akan berbeda juga pada kondisi topografi yang menjadikan posisi jamban diatas muka dan mengikuti aliran air tanah.
2. Tidak berbau serta memungkinkan serangga tidak dapat masuk ke lubang jamban. Hal ini dilakukan misalnya dengan menutup lubang jamban tersebut.
3. Air seni, air pembersih yang digunakan untuk menyiram tinja tidak mencemari tanah di sekitarnya. Bisa dilakukan dengan membuat lantai jamban dengan luas minimal 1 X 1 meter dengan sudut kemiringan yang cukup kearah lubang jamban.
4. Jamban mudah dibersihkan dan aman digunakan. Untuk itu harus dibuat dari bahan bahan yang kuat dan tahan lama. Agar tidak mahal, hendaknya bahan bahan yang digunakan adalah bahan yang ada di tempatnya.
5. Jamban memiliki dinding dan atap pelindung.
6. Lantai kedap air
7. Luas jamban cukup / tidak terlalu rendah
8. Ventilasi cukup.
9. Tersedia air, sabun dan alat pembersih. Tujuannya agar jamban tetap bersih dan terhindar dari bau tinja. Pembersihan tinja dilakukan minimal 2-3 hari sekali.

2.3.3 Macam-macam Jamban

Menurut Kurniawati (2015), berdasarkan bentuknya dan cara mempergunakannya, terdapat beberapa jenis jamban antara lain:

1. Jamban Cemplung (*Pit Latrine*)

Merupakan kakus paling sederhana yang digunakan masyarakat, namun kurang sempurna. Dinamakan kakus cemplung karena hanya terdiri dari galian dan atasnya diberi lantai sehingga kotoran langsung masuk ke tempat penampungan dan dapat mengotori tanah.

2. Jamban Plengsengan.

Merupakan tempat untuk membuang kotoran dimana terdapat saluran yg bentuknya miring penghubung antara tempat jongkok ke tempat pembuangan kotoran. Kakus plengsengan lebih baik jika dibandingkan dengan kakus cemplung karena baunya lebih berkurang dan lebih aman bagi pemakai jamban. Namun seharusnya baik kakus cemplung atau plengsengan ada baiknya tempat jongkok harus dibuatkan tutup.

3. Jamban Bor

Jamban jenis bor mempunyai lubang pembuangan kotoran yang lebih dalam jika dibandingkan dengan jamban cemplung dan plengsengan. Jamban ini tidak cocok untuk daerah dengan kontur tanah berbatu. Keuntungan dari jamban bor adalah bau yang ditimbulkan makin berkurang, namun kerugiannya adalah kotoran lebih mencemari tanah

4. Angsatrine (*Water Seal Latrine*)

Jamban yang bentuknya leher dengan lubang closet melengkung, lebih baik dibanding dengan jamban sebelumnya

karena kotoran tidak berbau, hal ini dikarenakan selalu ada air pada bagian yang melengkung. Dengan demikian dapat mencegah hubungan lalat dengan kotoran. Sehingga dianjurkan jamban jenis ini didirikan di dalam rumah.

5. Jamban Empang (*Overhung Latrine*)

Jamban yang dibangun diatas sungai, rawa, empang, dan sebagainya. Kotoran dari jamban ini jatuh ke air dan akan di makan oleh ikan atau di kumpulkan melalui saluran khusus dari bambu atau kayu dan ditanam mengelilingi jamban .

6. Jamban septik tank

Jamban yang pembuangan kotorannya mengalami proses pembusukan oleh kuman kuman pembusuk yang sifatnya anaerob. Biasanya jamban jenis ini menggunakan satu bak atau lebih yang nantinya dipasang sekat atau tembok penghalang. Dalam bak pertama akan terjadi proses penghancuran, pembusukan dan pengendapan

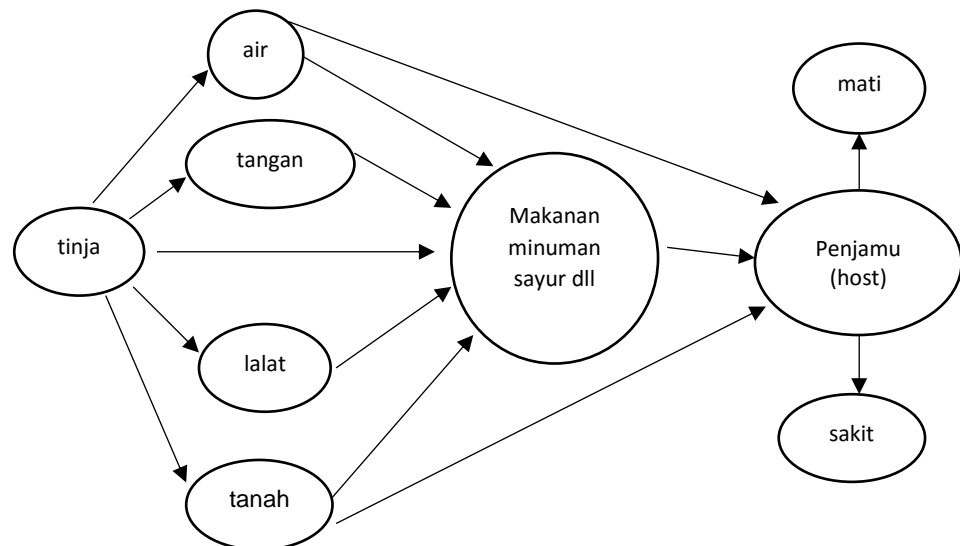
2.3.4 Pengaruh Tinja Bagi Kesehatan Manusia

Tinja manusia merupakan buangan padat yang kotor dan bau juga media penularan penyakit bagi masyarakat. Kotoran manusia mengandung organisme patogen yang dibawa air, makanan, serangga sehingga menjadi penyakit misalnya: bakteri Salmonella, vibriokolera, amuba virus, cacing, disentri, poliomyelitis, ascariasis, dan lain-lain. Penyakit yang ditimbulkan oleh kotoran manusia bisa digolongkan yaitu : (Kurniawati, 2015).

1. Penyakit enterik atau saluran pencernaan dan kontaminasi zat racun.

2. Penyakit infeksi oleh virus seperti hepatitis.
3. Infeksi cacing seperti *schistosomiasis*, *ascariasis*

Penyebaran penyakit yang bersumber dari *fezes* dapat melalui berbagai macam jalan atau cara. Hal ini dapat dilihat dari gambar berikut: (Notoatmojo, 2011).



Sumber : Notoatmojo, 2011

Gambar 2.6 Mata Rantai Penularan Penyakit Dari Tinja

Dari skema tersebut dapat dilihat peranan tinja dalam penyebaran penyakit sangat jelas. Disamping itu dapat langsung mengkontaminasi makanan, minuman, sayuran, air, tanah, serangga dan sebagainya. Hubungan antara pembuangan tinja dengan status kesehatan bisa langsung yaitu mengurangi kejadian penyakit yang diakibatkan karena kontaminasi dengan tinja (kolera, disentri, typhus, dll), efek tak langsung biasanya berhubungan dengan komponen sanitasi lingkungan seperti menurunnya kondisi hygiene lingkungan (Notoatmojo, 2011).

2.4 Open Defecation Free (ODF)/ Stop BABs

Open Defecation Free (ODF) atau yang disebut sebagai stop BABs adalah kondisi ketika setiap individu dalam satu komunitas tidak buang air

besar sembarangan. Dalam STBM suatu desa dapat dikatakan ODF jika masyarakatnya tidak ada yang melakukan aktivitas buang air besar sembarangan atau yang dapat dikategorikan dengan presentase BABS 0%. Tidak buang air besar sembarangan adalah kondisi ketika setiap individu dalam suatu komunitas tidak buang air besar disembarang tempat akan tetapi difasilitasi dengan jamban sehat (Juniatin, 2015).

2.4.1 Parameter Desa ODF/ Stop BABS

Desa atau Kelurahan mencapai status ODF atau Stop BABS, apabila memenuhi parameter sebagai berikut: (Kemenkes, 2013).

1. Semua masyarakat BAB hanya di jamban yang sehat dan buang tinja/kotoran bayi hanya ke jamban yang sehat,
2. Tidak terlihat tinja/kotoran manusia di lingkungan sekitar,
3. Ada penerapan sangsi, peraturan upaya lain oleh masyarakat untuk mencegah kejadian BAB di sembarang tempat,
4. Ada mekanisme pemantauan umum yang dibuat oleh masyarakat untuk mencapai 100% KK mempunyai jamban sehat
5. Ada upaya strategi yang jelas untuk mencapai Sanitasi Total.

2.4.2 Verifikasi ODF/ Stop BABS

Verifikasi merupakan serangkaian kegiatan untuk mengetahui kebenaran informasi atas laporan yang disampaikan serta memberikan pernyataan atas keabsahan dari laporan tersebut (Permenkes, 2014). Verifikasi tidak dilakukan oleh masyarakat pada komunitas yang mendeklarasikan ODF tersebut, tetapi sebaiknya dilakukan oleh komunitas lain Adapun perangkat atau alat bantu verifikasi ODF adalah lembar pengamatan jamban setiap rumah tangga, sebagai berikut:

Tabel 2.3 Lembar Pengamatan Jamban Setiap Rumah Tangga

Skor 1= ya/ada 0= tidak/tidak ada	No. Jamban yang diamati					Catatan Proses
	1	2	3	4	5	
1. Jamban berfungsi dengan baik dan digunakan untuk BAB						Lihat jamban (tanda-tanda digunakan). Wawancara dengan pemilik berapa kali sehari BAB? Apakah setiap kali BAB selalu BAB ke jamban? Bagaimana jika sedang pergi ke sawah atau kebun
2. Jamban digunakan tempat membuang kotoran bayi						Jika pemilik jamban punya bayi, maka harus ditanyakan ke orang tua. Bagaimana dengan popok bayi, dicuci dimana? (jika diicuci dikamar mandi) lihat kamar mandinya
3. Kloset/dudukan dibuat dengan baik dan aman						Dengan observasi. Bagaimana jika dudukan mulai miring?. Tanyakan ke pengguna bagaimana rasa aman dan tidaknya terhadap keadaan tersebut.
4. Sumur penampung kotoran dengan jarak aman >10m dan tidak.						Tanyakan sumber air yang digunakan masyarakat. Jika menggunakan sumur gali atau bor, tanyakan

Skor 1= ya/ada 0= tidak/tidak ada	No. Jamban yang diamati					Catatan Proses
	1	2	3	4	5	
mencemari sumber air						dimana posisi sumber air tersebut. Bagaimana jika sumur bor dengan kedalaman lebih dari 20m dan dekat dengan pembuangan kotoran, tetapi jarak lebih dari 20m. Berarti tidak mencemari (aman) karena banyak lapisan tanah yang akan dilalui
5. Ada penutup pada lubang baik kering atau ada air (<i>waterseal</i>) di leher angsa						Harus diamati pada jamban. Jika masih ada celah atau lubang tetap dapat 1. Akrena jika ada yang mungkin masuk, dicek dengan nomor 6
6 Jamban telah meminimalkan alat atau serangga vektor lainnya dapat masuk kedalam lubang penampungan tinja						Observasi, jika ada lubang pernafasan angin-angin, tanyakan dimana posisinya. Karena memberikan peluang kecoak masuk ke lubang. Jika kebetulan dilihat ada kecoak masuk atau keluar, maka dibuat catatan dan beri skor 0.

Skor 1= ya/ada 0= tidak/tidak ada	No. Jamban yang diamati					Catatan Proses
	1	2	3	4	5	
						Jika tidak ada angin- angin dan menggunakan tangki septik, maka dicatat.
7. Tidak ada tinja di lantai dinding/ dudukan						dibuat catatan, dan dinyatakan kepada pengguna. Tunjuk ke lubang dan minta pemilik jamban untuk menjelaskan
8. Ada air dan sabun di jamban atau dekat (buktikan penggunaan untuk mencuci tangan)						Lihat indikator (ada air dan sabun atau tanda- tanda sabun). Kemudian wawancara, melakukan dan meminta praktek ke pemilik jamban. Karena walaupun jarak tempat berdempetan dan tidak didalam ruang bangunan jamban perlu dibuktikan dengan praktek. Sertakan dengan proses penyuluhan sederhana berdasarkan pengalaman mereka
9. Terdapat sarana untuk cuci tangan pakai sabun untuk digunakan sebelum makan						Lihat dimana tempat tempat makan? Dimana tempat cuci tangan? Bila kamar mandi bisa khusus,

Skor 1= ya/ada 0= tidak/tidak ada	No. Jamban yang diamati					Catatan Proses
	1	2	3	4	5	
						tanyakan apakah cuci tangan pakai sabun sebelum makan?bagaimana caranya? (minta dipraktekkan)
10. Tidak ada kotoran manusia (khususnya anak-anak) dihalaman, timbunan sampah, disaluran air						Harus dilakukan observasi ke lingkungan dimana biasa warga sebelumnya BAB (tempat terbuka), tempat-tempat sampah, kebun belakang. Ke sungai dan tempat lain
Jumlah skor						

Sumber: Sekretariat STBM, Tanpa Tahun

Tabel 2.3 Format Rekapitulasi Hasil Verifikasi ODF

No.	Kriteria ODF	Beri Tanda ✓	Catatan Tambahan
1.	Semua masyarakat telah BAB hanya di jamban yang sehat dan membuang kotoran bayi hanya ke jamban (skor checklist no 1, 2, 5 dan 6)		
2.	Tidak terlihat tinja atau kotoran manusia di lingkungan sekitar. (Skor Checklist no 7 dan 10)		

No.	Kriteria ODF	Beri Tanda ✓	Catatan Tambahan
3.	Ada penerapan sangsi, peraturan upaya lain oleh masyarakat untuk mencegah kejadian BAB di sembarang tempat		
4.	Ada mekanisme monitoring umum yang dibuat oleh masyarakat untuk mencapai 100% KK mempunyai jamban sehat		
5.	Ada upaya strategi yang jelas untuk mencapai Sanitasi Total		

Sumber: Sekretariat STBM, Tanpa Tahun

2.4.3 Monitoring dan Sertifikasi ODF

Monitoring pasca pemicuan merupakan hal yang sangat penting untuk melihat kemajuan suatu program kegiatan. Bila hal ini tidak dilakukan oleh fasilitator ataupun petugas lain yang terkait dengan program akan dapat menimbulkan masalah, karena masyarakat akan menurun kembali semangatnya dalam pelaksanaan rencana kegiatan. Pelaksanaan monitoring di tingkat masyarakat atau desa akan bertumpu kepada indikator monitoring yang mudah dilihat dan dirasakan secara langsung oleh masyarakat sendiri, diantaranya adalah:

1. Pengumpulan data dasar terkait indikator 5 pilar perubahan perilaku hidup bersih dan sehat yaitu :
 - a. Data akses awal jumlah masyarakat yang memiliki dan menggunakan jamban sehat, memiliki dan menggunakan

jamban tidak sehat, jumlah masyarakat yang masih numpang ke jamban tetangga atau umum dibedakan menurut jenis jamban sehat dan tidak sehat, dan terakhir masih BAB di sembarangan tempat.

- b. Data akses awal jumlah keluarga (termasuk anggota keluarga di dalamnya) yang telah terbiasa cuci tangan pakai sabun pada waktu-waktu kritis
- c. Data akses awal jumlah keluarga yang telah mengelola air minumnya dengan aman
- d. Data akses awal jumlah keluarga yang telah mengelola sampahnya dengan aman
- e. Data akses awal jumlah keluarga yang telah mengelola limbah cair rumah tangganya dengan aman.

2. Proses pemicuan perubahan perilaku BAB masyarakat

Indikator yang direkam antara lain peningkatan akses masyarakat kepada penggunaan sarana jamban sehat, kebersihan lingkungan sekitar rumah keluarga dan peningkatan perubahan perilaku pilar lainnya.

3. Pendataan tukang yang terkait dengan jasa dan layanan sanitasi

Pendataan ini bertujuan untuk menaring informasi jumlah tukang yang beredar di desa bersangkutan yang memiliki pengalaman dan/atau ketrampilan membangun/memperbaiki sarana jamban (Kemenkes, 2014). Seratus persen (100%) ODF atau *Open Defacation* "BAB tempat terbuka" adalah suatu kondisi dimana warga masyarakat setempat 100% sudah tidak ada lagi yang mempunyai perilaku buang air besar di tempat terbuka dan sudah BAB di jamban dengan membangun jamban secara swadaya.

Selain itu 100% ODF juga ditandai dengan dilakukannya perilaku kesehatan lainnya seperti cuci tangan dengan sabun dan air bersih (khususnya setelah BAB dan sebelum makan). Bagi desa-desa yang sudah terbebas dari kebiasaan buang air besar di tempat terbuka, sertifikasi adalah salah satu hal yang penting dan perlu dilakukan. Sertifikasi adalah wujud penghargaan bagi warga masyarakat desa setempat yang telah berhasil merubah perilaku buang air besarnya. Selain itu sertifikat yang diberikan dapat menjadi pemacu semangat dan motivasi desa lain yang masih berperilaku buang air besar di tempat terbuka/sembarang tempat.

2.5 Perilaku Pemanfaatan Jamban

2.5.1 Pengertian

Perilaku adalah tindakan atau aktivitas dari manusia itu sendiri yang mempunyai bentangan yang sangat luas antara lain : berjalan, berbicara, menangis, tertawa, bekerja, kuliah, menulis, membaca, dan sebagainya. Dari uraian ini dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud perilaku manusia adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang diamati langsung, maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar (Sholikhah, 2014)

Menurut Kurniawati (2016), Perilaku Pemanfaatan jamban berarti tindakan atau kegiatan penggunaan atau memakai jamban dalam hal buang air besar yang dilakukan oleh masyarakat untuk memperoleh lingkungan yang sehat. Dimulai dari bagaimana masyarakat mengetahui pengertian jamban, syarat jamban sehat hingga cara pemeliharaan jamban serta partisipasi aktif masyarakat untuk memanfaatkannya.

2.5.2 Jenis Perilaku

Perilaku terjadi setelah adanya stimulus terhadap organisme, kemudian organisme tersebut memberikan respon atas stimulus yang diperoleh. Untuk itu Notoatmodjo (2011), membagi dua jenis perilaku berdasarkan respon terhadap stimulus yaitu :

1. Perilaku tertutup (*Covert behavior*)

Perilaku tertutup merupakan respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk perilaku tertutup (tidak nampak atau tidak terlihat).

2. Perilaku terbuka (*overt behavior*)

Perilaku terbuka merupakan respon terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terlihat sehingga dapat diamati oleh orang lain.

2.5.3 Faktor Yang Berhubungan Dengan Perilaku Pemanfaatan Jamban

Berdasarkan pendekatan teori Lawrence Green yang dikutip oleh Ambarwati (2015), terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi masyarakat untuk BAB di jamban dalam pencapaian STBM pilar satu, antara lain:

1. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi merupakan faktor-faktor yang mempermudah atau mempredisposisi terjadinya perilaku seseorang, faktor predisposisi yang mempengaruhi masyarakat untuk BAB di jamban dalam pencapaian STBM pilar satu, adalah:

- a. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengindraan terjadi melalui panca indra manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba.

Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (Notoatmodjo, 2011).

Hasil penelitian Qusdiah (2014) mengatakan bahwa penerapan terhadap pengetahuan yang cukup baik akan pentingnya menjaga kesehatan dan kebersihan jika tidak diterapkan secara maksimal, maka akan mengakibatkan kondisi sanitasi di beberapa wilayah masih belum dapat berjalan baik. Berdasarkan hal tersebut dapat disimpulkan bahwa pengetahuan yang baik juga harus didukung dengan tindakan yang baik pula untuk mendukung derajat kesehatan masyarakat.

b. Sikap

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Manifestasi sikap tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya bisa ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Sikap secara nyata menunjukkan kesiapan untuk bereaksi terhadap objek dilingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap objek. Terdapat beberapa tingkatan dalam sikap antara lain: (Notoatmodjo, 2012).

1. Menerima (*receiving*), diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan objek.
2. Merespon (*responding*), memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap.

3. Menghargai (*valuing*), mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga. Bertanggung jawab (*responsible*), bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala risiko merupakan sikap yang paling tinggi.
2. Faktor pemungkin
 - a. Kepemilikan jamban

Hambatan yang paling besar dirasakan dalam mewujudkan perilaku hidup sehat masyarakat yaitu faktor pemungkinnya. Dari penelitian-penelitian yang ada terungkap meskipun kesadaran dan pengetahuan masyarakat sudah tinggi, tentang kesehatan, namun praktek tentang kesehatan atau perilaku hidup sehat masyarakat rendah. Setelah dilakukan pengkajian oleh WHO, terutama di negara-negara berkembang, ternyata faktor pendukung atau sarana dan prasarana mendukung masyarakat untuk hidup sehat. Misalnya, meskipun kesadaran dan pengetahuan orang atau masyarakat tentang kesehatan sudah tinggi, tetapi apabila tidak didukung oleh fasilitas, yaitu tersedianya jamban sehat, air bersih, makanan yang bergizi, fasilitas imunisasi, pelayanan kesehatan dan sebagainya maka masyarakat akan sulit untuk mewujudkan perilaku tersebut (Nototmodjo, 2011). Fasilitas utama dalam STBM adalah kepemilikan jamban dan sebagai indikator keberhasilan STBM.

- b. Jarak rumah ke tempat BAB selain jamban

Berdasarkan hasil penelitian Qudsiyah (2014) menyatakan bahwa faktor yang memiliki hubungan paling erat

dengan tinggi angka OD (*Open Defecation*) adalah jarak rumah ke tempat BAB. Berdasarkan hasil penelitian Hidayati (2012) banyak faktor yang menentukan sehingga masyarakat menggunakan air sungai untuk kebutuhan rumah tangga yaitu faktor kebiasaan yang paling dominan, selain itu secara geografis letak rumah penduduk yang berpinggiran langsung dengan sungai sehingga faktor lingkungan juga sangat menunjang dalam mempengaruhi masyarakat dalam menggunakan air.

c. Pendanaan Masyarakat

Pemberdayaan masyarakat ialah suatu upaya atau proses untuk menumbuhkan kesadaran, kemauan, serta kemampuan masyarakat dalam mengenali, mengatasi, memelihara, melindungi dan meningkatkan kesejahteraan mereka sendiri. Salah satu ciri dari pemberdayaan masyarakat adalah adanya pendanaan masyarakat (Notoatmodjo, 2011). Pendanaan masyarakat diperlukan dalam rencana tindak lanjut STBM yang dibutuhkan untuk kegiatan tersebut. Akan tetapi perencanaan anggaran harus realistis untuk kegiatan yang benar-benar membutuhkan dana, artinya tidak mengada-ada. Harus memperhatikan dan mempertimbangkan kegiatan yang memerlukan dana tetapi dapat digabung pelaksanaannya dengan kegiatan lain yang dananya telah tersedia. Rencana anggaran adalah uraian tentang biaya yang diperlukan untuk pelaksanaan kegiatan, mulai dari awal sampai selesai (Kemenkes, 2014). Dana yang digunakan dalam mencapai target desa atau kelurahan ODF adalah dana BOK dengan

target ODF 1 desa atau kelurahan atau 1 puskesmas dalam 1 tahun, pemanfaatan koperasi untuk modal kredit jamban, dana CSR untuk pengadaan kloset, pelat pembuatan kloset, maupun pemicuan dan arisan sebagai salah satu bentuk memunculkan budaya malu untuk pengadaan jamban (Kemenkes, 2013)

d. Material Masyarakat

Sumber daya alam merupakan salah satu potensi masyarakat. Masing-masing daerah atau tempat memiliki sumber daya alam yang berbeda, yang dapat dimanfaatkan untuk pembangunan. Di daerah Banjarnegara, ada beberapa desa yang dekat sungai dan menghasilkan banyak batu. Batu tersebut dengan gotong royong dijadikan masyarakat untuk pengerasan jalan menuju fasilitas kesehatan. Adanya fasilitas jalan yang telah diperkeras tersebut memudahkan masyarakat mengakses pelayanan kesehatan. Contoh lain terjadi di daerah Purwokerto di suatu desa yang kekurangan air bersih. Berdekatan dengan desa tersebut terdapat mata air yang cukup besar sehingga masyarakat memanfaatkan sumber air tersebut untuk membuat saluran-saluran air ke rumah dengan bantuan teknis dari Universitas Jendral Sudirman. Berdasarkan pernyataan tersebut dapat diartikan bahwa material masyarakat yang berasal dari sumber daya alam yang dimiliki memiliki pengaruh dalam pembangunan fasilitas kesehatan sehingga masyarakat dapat meningkatkan derajat kesehatannya

3. Faktor penguat

Faktor penguat (*enabling factors*) merupakan faktor-faktor yang memungkinkan atau yang memfasilitasi perilaku atau

tindakan. Faktor yang menjadi penguat masyarakat untuk BAB di jamban dalam pencapaian desa ODF adalah dukungan keluarga, dukungan tokoh masyarakat dan dukungan petugas kesehatan.

a. Dukungan keluarga

Keluarga adalah dua atau lebih dari dua individu yang tergabung karena hubungan darah, hubungan perkawinan atau pengangkatan dan mereka hidup dalam suatu rumah tangga, berinteraksi satu sama lain, dan didalam perannya masing-masing menciptakan serta mempertahankan kebudayaan. Sistem-sistem dukungan keluarga juga berhubungan dengan moral dan kesejahteraan anggota keluarga sebagai sebuah kelompok, dan sistem sistem ini akan bekerja memperbaiki moral kelompok dan motivasi positif bagi anggota keluarga (Notoatmodjoo, 2011).

b. Dukungan tokoh masyarakat

Kesehatan masyarakat adalah perwujudan dari kesehatan kelompok, keluarga dan individu. Oleh karena itu, mewujudkan derajat kesehatan masyarakat akan efektif apabila unsur-unsur yang ada di masyarakat tersebut bersama-sama. Dengan perkataan lain meningkatkan kegiatan-kegiatan masyarakat dalam mengupayakan peningkatan kesehatan mereka sendiri adalah wujud dari gerakan masyarakat. Di sebuah masyarakat apapun, baik pedesaan, perkotaan, maupun pemukiman elit atau pemukiman kumuh, secara alamiah akan terajdi kristalisasi adanya pemimpin atau tokoh masyarakat. Pemimpin atau tokoh masyarakat dapat bersifat formal (camat, lurah ketua RT atau RW) maupun informal

(ustadz, pendeta, kepala adat dan sebagainya). Masyarakat Indonesia masih paternalistik atau masih berpola (menganut) kepada seseorang atau sosok tertentu di masyarakat yakni tokoh masyarakat. Apapun yang dilakukan pemimpin masyarakat akan diikuti atau dianut oleh masyarakat. Sebagai petugas kesehatan harus memanfaatkan para tokoh masyarakat sebagai potensi yang harus dikembangkan pemberdayaan masyarakat (Qusdiyah, 2014).

c. Dukungan petugas kesehatan

Faktor pendorong yang mempengaruhi terjadinya perubahan perilaku BAB di jamban pasca pemicuan STBM yaitu dorongan keluarga dan petugas kesehatan. Petugas kesehatan adalah fasilitator yang pada saat STBM fasilitator tidak memberikan solusi. Namun ketika metode telah diterapkan (proses pemicuan telah dilakukan) dan masyarakat sudah terpicu sehingga diantara mereka sudah ada keinginan untuk berubah tetapi masih ada kendala yang mereka rasakan misalnya kendala teknis, ekonomi, budaya, dan lain-lain maka fasilitator mulai memotivasi mereka untuk mencapai perubahan ke arah yang lebih baik, misalnya dengan cara memberikan alternatif pemecahan masalah-masalah tersebut. Tentang usaha atau alternatif mana yang akan digunakan, semuanya harus dikembalikan kepada masyarakat tersebut. Konsep STBM menekankan pada upaya perubahan perilaku yang berkelanjutan untuk mencapai kondisi sanitasi total melalui pemberdayaan masyarakat (Kemenkes, 2014)

2.6 Pengetahuan

2.6.1 Pengertian

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan suatu kejadian tertentu, yakni indra penglihatan, pendengaran, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmojo, 2011).

Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam terbentuknya suatu tindakan. Dengan demikian terbentuknya perilaku terhadap seseorang karena adanya pengetahuan yang ada pada dirinya terbentuknya perilaku baru, terutama yang ada pada orang dewasa dimulai pada domain kognitif. apabila perilaku didasari oleh pengetahuan, kesadaran dan sikap yang positif, maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng (*long lasting*) (Qusdiyah, 2015).

Pengetahuan kesehatan yang baik berbanding lurus dengan perilaku kesehatan. Semakin baik tingkat pengetahuan seseorang maka tingkat pemahaman dan sikap seseorang akan semakin baik pula, sehingga dengan pengetahuan, pemahaman dan sikap yang baik tersebut maka akan diaplikasikan dengan perilaku yang baik pula. Hal ini menyatakan bahwa pengetahuan kesehatan seseorang yang semakin baik, maka perilaku kesehatan akan semakin baik juga (Qusdiyah, 2015).

Menurut Notoatmojo (2011), pengetahuan dalam domain kognitif memiliki enam tingkatan antara lain :

1. Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang pernah di pelajari sebelumnya. Mulai dari menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan, dan sebagainya.

2. Memahami (*Comprehensif*)

Seseorang dikatakan telah memahami jika dia telah mampu menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menarik kesimpulan materi tersebut secara benar.

3. Aplikasi (*Application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah ia pelajari pada situasi atau kondisi sebenarnya.

4. Analisis (*Analysis*)

Seseorang dikatakan mencapai analisis ketika ia mampu menjabarkan materi kedalam komponen-komponen tetapi masih dalam satu struktur yang sama dan berkaitan satu sama lain.

5. Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis adalah kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi yang sudah ada.

6. Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi merupakan kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu objek berdasarkan kriteria yang telah ditentukan

2.6.2 Pengukuran pengetahuan

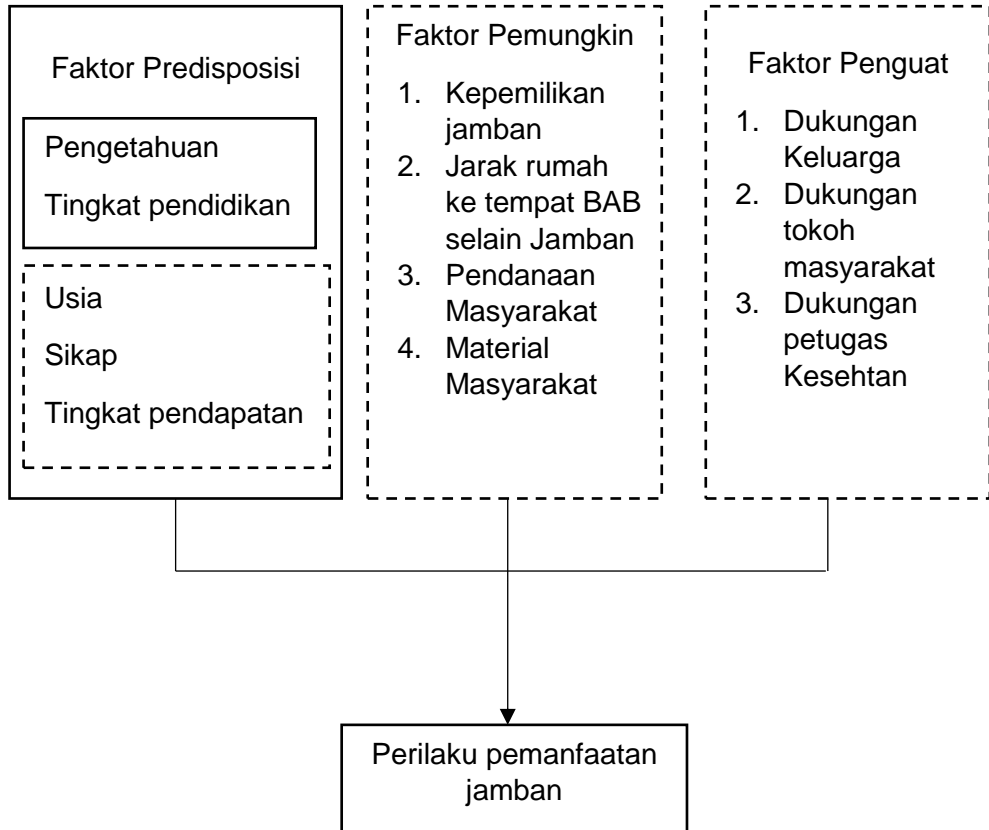
Pengukuran pengetahuan dapat diketahui dengan cara menanyakan kepada kepada seseorang agar ia mengungkapkan apa

yang diketahui dalam bentuk bukti atau jawaban tersebut yang merupakan reaksi dari stimulus yang diberikan baik dalam bentuk pertanyaan langsung maupun tertulis. Pengukuran pengetahuan dapat berupa kuisioner atau wawancara (Notoatmodjo, 2011).

BAB III

KERANGKA KONSEP

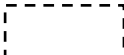
3.1 Kerangka Konsep



Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian, Hubungan Tingkat Pengetahuan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) Pilar Satu Dengan Perilaku Pemanfaatan Jamban Di Desa Putukrejo Wilayah Kerja Puskesmas Kalipare

Keterangan :

 : Diteliti

 : Tidak diteliti

Terdapat tiga faktor yang mempengaruhi masyarakat untuk BAB di jamban dalam pencapaian ODF yaitu faktor predisposisi yang terdiri dari pengetahuan, tingkat pendidikan, usia, sikap, dan tingkat pendapatan. Faktor pemungkin yang terdiri dari kepemilikan jamban, jarak rumah ke tempat BAB selain jamban, pendanaan masyarakat, material masyarakat dan faktor yang terakhir yaitu faktor penguat yang terdiri dari dukungan keluarga, dukungan tokoh masyarakat dan dukungan petugas kesehatan. Variabel yang diteliti dalam penelitian ini yaitu faktor predisposisi, untuk mengetahui hubungan tingkat pengetahuan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) Pilar Satu Dengan Perilaku Pemanfaatan Jamban Di desa Putukrejo Wilayah Kerja Puskesmas Kalipare.

3.2 Hipotesis Penelitian

Ho : Tidak Ada hubungan antara tingkat pengetahuan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) pilar satu dengan perilaku pemanfaatan jamban

H1 : Ada hubungan antara tingkat pengetahuan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) pilar satu dengan perilaku pemanfaatan jamban

BAB IV

METODOLOGI PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode analitik dengan pendekatan *cross sectional* yaitu untuk mengetahui hubungan variabel satu dengan variabel yang lainnya yang diteliti dalam satu waktu yang bersamaan (Nursalam, 2003).

4.2 Populasi Dan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh masyarakat Desa Putukrejo Kecamatan Kalipare Kabupaten Malang yang terdiri dari empat dusun yaitu Krajan 01, Krajan 02, Krajan 03 dan Alas Ledek dengan jumlah penduduk 1200 kepala keluarga. Jumlah Jamban yang ada seluruhnya adalah 867 buah yang telah ditetapkan sebagai desa atau kelurahan ODF pada 24 Maret 2015 dengan pemician yang dilakukan pada tanggal 26 Agustus 2014.

4.2.2 Sampel

Untuk memperoleh data-data yang akurat mengenai tingkat pengetahuan masyarakat tentang STBM pilar pertama maka Sampel pada penelitian ini adalah Kepala Keluarga. Responden yaitu Bapak atau Ibu Rumah Tangga yang dianggap dapat mewakili untuk memberikan informasi.

4.2.3 Teknik Pengambilan Sampel

Besar sampel dalam penelitian ini dihitung menggunakan rumus Lemeshow dalam Notoadmodjo (2010), yaitu

$$n = \frac{NZ_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 ap(1-p)}{d^2(N-1) + Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 ap(1-p)}$$

keterangan:

n = Sampel besar

N = Besar populasi

$NZ_{1-\frac{\alpha}{2}}^2$ = nilai Z pada kemaknaan (biasanya 95%=1,96)

P = proporsi suatu kasus tertentu terhadap populasi, bila tidak tahu proporsinya 50% (0,05)

d = Limit dari error

Perhitungan :

$$\begin{aligned} n &= \frac{1200 \cdot 1,96^2 \cdot 0,5(1-0,5)}{0,1^2(1200-1) + 1,96^2 \cdot 0,5(1-0,5)} \\ &= \frac{1.152,6}{11,99 + 0,9605} \\ &= \frac{1.152,6}{12,9505} \\ &= 89,01 = 90 \end{aligned}$$

Dari perhitungan tersebut dapat diketahui bahwa diperoleh sampel sebanyak 90. Namun kemungkinan subjek penelitian terpilih yang *drop out*, *loss to follow up* atau subjek tidak taat pada penelitian maka perlu dilakukan antisipasi. Tindakan antisipasi dalam dilakukan dengan penetapan koreksi terhadap besar sampel dengan penambahan jumlah subjek agar besar sampel tetap terpenuhi

(Ambarwati, 2015). Sampel koreksi dapat dihitung dengan menggunakan rumus berikut:

$$n' = \frac{n}{1-f}$$

Keterangan :

n' = sampel koreksi penelitian

n = sampel penelitian

f = presentase kemungkinan subjek penelitian yang *drop out*

Perhitungan :

$$n' = \frac{90}{1-0,1}$$

$$= \frac{90}{0,9}$$

$$= 100$$

Menurut Notoatmodjo (2005) yang dikutip dalam ambarwati (2015), Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik *random sampling* yaitu pengambilan *simple random sampling*. Hakikat pengambilan sampel secara acak sederhana yaitu setiap unit dari populasi mempunyai kesempatan yang sama untuk diseleksi sabagai sampel. Rumus *Propotional Random Sampling* adalah:

$$n_h = \frac{N_h}{N} \times n$$

Keterangan :

n = besar sampel

N_h = total masing-masing sub populasi

N = total populasi secara keseluruhan

n_h = besar sampel untuk sub populasi

Pengambilan sampel pada tiap dusun dilakukan dengan cara *random sample* yakni membagi jumlah atau anggota masing-masing sub populasi dengan total populasi secara keseluruhan dikalikan dengan besar sampel didapatkan jumlah sampel yang diinginkan. (Notoatmodjo, 2010) Berdasarkan rumus tersebut, maka besar sampel pada setiap dusun sebagai berikut :

Tabel 4.1 Jumlah sampel setiap dusun

Desa	Dusun	N_h	$n_h = \frac{N_h}{N} \times n$
Putukrejo	Krajan 01	367	31
	Krajan 02	187	16
	Krajan 03	333	28
	Alast ledek	313	25
Jumlah		1200	100

4.2.4 Kriteria Inklusi

1. Kepala keluarga atau Ibu yang mendapatkan program STBM
2. Kepala keluarga atau ibu yang bersedia menjadi responden

4.2.5 Kriteria Eksklusi

1. Kepala Keluarga atau Ibu yang mendapatkan program STBM yang tidak berada di tempat pada saat penelitian dilaksanakan.

4.3 Tempat Dan Waktu Penelitian

4.3.1 Tempat Penelitian

Penelitian dilakukan di Desa Putukrejo Kecamatan Kalipare Kabupaten Malang karena pada desa tersebut telah dilakukan

program STBM yaitu dengan adanya pemicuan serta telah ditetapkan sebagai desa atau kelurahan ODF pada bulan pada 24 Maret 2015 oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Malang.

4.3.2 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan mulai pada penyusunan proposal bulan April hingga Mei, pelaksanaan penelitian bulan Juni, dan analisi hasil, pembahasan serta kesimpulan pada bulan Juli 2017

4.4 Definisi Operasional

4.4.1 Variabel Penelitian

Variabel penelitian adalah suatu ciri, sifat atau ukuran yang dimiliki oleh suatu anggota kelompok dan tidak didapatkan dari anggota kelompok lain (Notoatmojo, 2012). Pada penelitian ini variabel yang diteliti yaitu:

1. Variabel Bebas

Variabel bebas adalah variabel yang dapat mempengaruhi variabel lain, yang artinya apabila variabel bebas berubah maka berakibat pada perubahan variabel yang lain (Arikunto, 2013). Variabel bebas dalam penelitian ini adalah tingkat pengetahuan yang merupakan aspek paling penting yang harus dimiliki oleh masyarakat sebagai pelaku utama STBM.

2. Variabel Terikat

Variabel terikat pada penelitian ini adalah perilaku masyarakat sebagai pelaku utama STMB dalam membiasakan menggunakan jamban sebagai tempat buang air besar, membersihkan jamban baik digunakan / tidak.

Tabel 4.2 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Kategori	Skala
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Variabel Bebas					
	Pengetahuan	Wawasan/ pemahaman yang dimiliki responden mengenai STBM pilar 1 yang meliputi: pengertian, syarat jamban sehat hingga, pemeliharaan Jamban	Kuisisioner	1. Kurang (<55%) 2. Cukup (Skor >56%) 3. Baik (Skor >76%) (Nurhasimi, 2013)	Ordinal
	Tingkat Pendidikan	Pendidikan formal terakhir yang ditempuh oleh responden berdasarkan ijazah terakhir yang dimiliki.	Kuisisioner	1. Tidak sekolah 2. Tamat SD 3. Tamat SMP 4. Tamat SMA 5. Tamat perguruan tinggi	Ordinal
Variabel Terikat					
	Perilaku pemanfaatan jamban	Tindakan pemanfaatan jamban sebagai tempat buang air besar	Kuisisioner	1. Kurang memanfaatkan jika skor <6 2. Memanfaatkan jika skor ≥6 (kurniawati,2015)	Nominal

4.5 Instrumen Penelitian

Menurut Arikunto (2013), instrumen penelitian adalah alat yang digunakan oleh peneliti dalam mengumpulkan data untuk mempermudah pekerjaannya dan hasilnya lebih baik dan sistematis sehingga lebih mudah diolah. Dalam penelitian hubungan tingkat pengetahuan tentang Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) pilar satu dengan perilaku pemanfaatan jamban di desa Putukrejo wilayah kerja puskesmas Kalipare, instrumen yang digunakan antara lain :

1. Lembar Kuisisioner

signifikan menggunakan batas Kuisisioner dalam penelitian ini berisi tentang pengetahuan masyarakat tentang STBM pilar satu dan perilaku pemanfaatan jamban. Kuisisioner diadopsi dari penelitian yang dilakukan oleh Kurniawati pada tahun 2015 dengan judul “Faktor- Faktor Yang Mempengaruhi Terhadap Perilaku Kepala Keluarga Dalam Pemanfaatan Jamban Di Permukiman Nelayan Tambak Lorok Semarang” yang telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas sebelum kuisisioner digunakan yang dilakukan perbaikan dengan pertimbangan perbedaan demografi yaitu di pemukiman nelayan dengan desa putukrejo yang berada di pegunungan.

2. Dokumentasi dengan menggunakan kamera untuk melengkapi data dalam lampiran.

4.6 Prosedur Pengumpulan Data

4.6.1 Pengumpulan Data Primer

Untuk memperoleh data mengenai tingkat pengetahuan STBM pilar satu dan perilaku pemanfaatan jamban maka penulis menggunakan kuisisioner sebagai alat utama dengan responden masyarakat desa Putukrejo, Kecamatan Kalipare Kabupaten Malang.

Selain itu, dokumentasi juga dilakukan guna pengambilan gambar responden saat memberikan informasi.

4.6.2 Pengumpulan Data Sekunder

Data sekunder didapatkan dari :

1. Dinas Kesehatan Kabupaten Malang berupa profil Dinas Kesehatan tahun 2016.
2. Puskesmas Kalipare berupa laporan kesehatan lingkungan bulan desember tahun 2016 seperti jumlah akses jamban, waktu pemucuan, dan waktu ODF.
3. Desa Putukrejo berupa profil desa, pelaksanaan STBM di desa putukrejo.

4.7 Analisis Data

Untuk memperoleh suatu kesimpulan masalah yang diteliti, maka analisis data merupakan suatu langkah penting dalam penelitian data yang telah terkumpul akan diolah dan dianalisis. Proses pengolahan data meliputi:

1. *Editing* adalah kegiatan untuk memeriksa kelengkapan data yang diperoleh melalui observasi atau pengamatan.
2. *Coding* adalah kegiatan untuk memberikan kode pada semua variabel untuk mempermudah pengolahan data.
3. *Entry* adalah kegiatan untuk memberikan kode pada semua variabel untuk mempermudah pengolahan data.
4. *Tabulating* adalah kegiatan untuk mengelompokkan data sesuai dengan variabel yang akan diteliti guna memudahkan untuk disusun data ditata untuk disajikan.

4.7.1 Analisis Univariat

Analisis univariat digunakan untuk mendiskripsikan variabel tingkat pengetahuan, tingkat pendidikan dan pemanfaatan jamban dimana data tersebut disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dan presentase, untuk mengetahui dan menganalisis terhadap variabel.

4.7.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk melihat hubungan antara dua variabel (bebas dan terikat). Apakah variabel tersebut mempunyai hubungan yang signifikan atau hubungan secara kebetulan. Dalam analisis ini digunakan uji *chisquare* dengan skala data yang digunakan yaitu ordinal untuk variabel bebas dan nominal untuk variabel terikat. Uji kemaknaan $\alpha = 0,05$ dengan taraf signifikan 95%.

4.8 Etika Penelitian

Dalam melakukan penelitian, peneliti perlu membawa rekomendasi dari institusi untuk pihak lain dengan cara mengajukan permohonan izin kepada institusi/lembaga tempat penelitian yang dituju oleh peneliti. Setelah mendapat persetujuan, barulah peneliti dapat melakukan penelitian dengan menekankan masalah etika yang meliputi :

1. Lembar persetujuan atau *Informed Consent*

Lembar *informed consent* diberikan peneliti kepada responden yang sudah memenuhi kriteria. Lembar persetujuan atau *Informed consent* berisi tentang penelitian yang akan dilakukan dan maksud serta tujuan dari penelitian tersebut, jika responden bersedia maka diperkenankan untuk menandatangani lembar persetujuan tersebut.

2. Tanpa Nama atau *Anonymity*

Kerahasiaan mengacu pada tanggungjawab peneliti untuk melindungi semua data yang dikumpulkan dalam lingkup proyek atau pemberitahuan kepada orang lain. Kerahasiaan informasi dijamin oleh peneliti dan hanya kelompok tertentu saja yang dilaporkan sebagai hasil penelitian.

3. Kerahasiaan atau *Confidentiality*

Semua informasi dari responden tetap dirahasiakan dan peneliti melindungi semua data yang dikumpulkan dalam lingkup proyek dari pemberitahuan kepada orang lain dan hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan sebagai hasil penelitian.

4.9 Jadwal Penelitian

Tabel 4.3 Jadwal Kegiatan Penelitian

No.	Kegiatan	Bulan				
		April 2017	Mei 2017	Jun 2017	Jul 2017	Ags 2017
1.	Pengajuan judul					
2.	Pembuatan proposal					
3.	Seminar proposal					
4.	Revisi proposal					
5.	Penelitian					
6.	Analisa data					
7.	Pembuatan laporan					
8.	Sidang skripsi					

BAB V

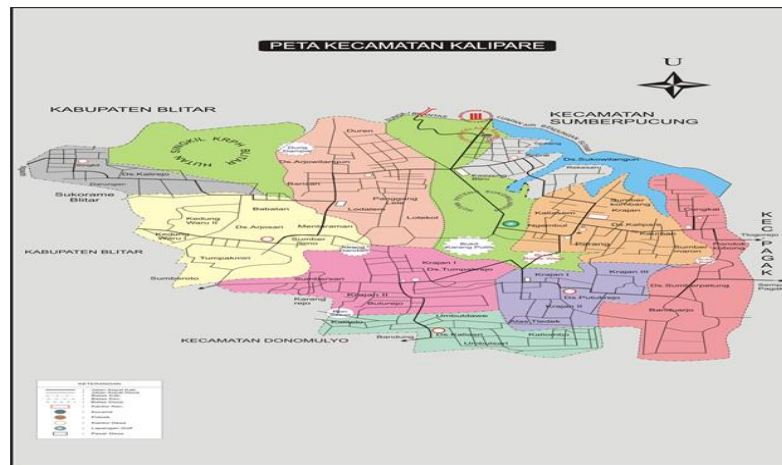
HASIL PENELITIAN

5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

UPTD Puskesmas Kalipare terletak di wilayah Kecamatan Kalipare dan terletak kurang lebih 45 m dari pusat kota Malang. Dengan Luas wilayah kerja 11.958.70 Ha, yang terdiri dari dataran rendah 74.40% dan Pegunungan 25.60 %. Adapun batas-batas wilayah kerja Puskesmas Kalipare adalah sebagai berikut:

- a. Sebelah Barat : Kabupaten Blitar
- b. Sebelah Timur : Kecamatan Pagak
- c. Sebelah Utara : Kecamatan Sumberpucung
- d. Sebelah Selatan : Kecamatan Blitar

Wilayah kerja Puskesmas Kalipare meliputi satu wilayah kecamatan yang terdiri dari 9 desa antara lain: Kalipare, Sumberpetung, Putukrejo, Tumpakrejo, Kaliasri, Arjisari, Kalirejo, Arjowilangun, Sukowilangun. Peta cakupan wilayah Puskesmas Kalipare dapat di lihat pada lampiran.



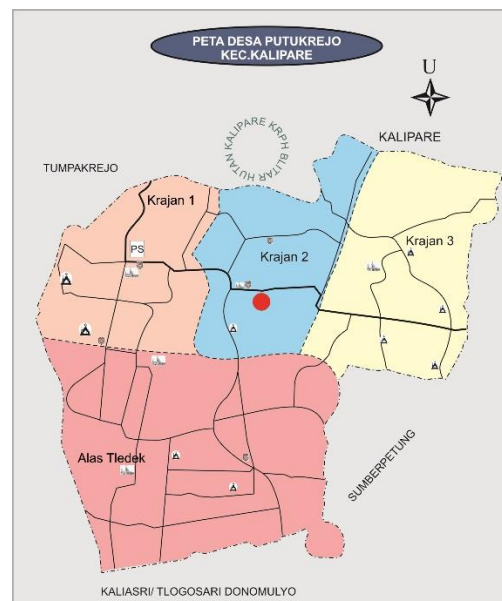
Sumber: Profil Puskesmas Kalipare, Tahun 2016

Gambar 5.1 Peta Wilayah Kecamatan Kalipare Wilayah Kerja Puskesmas Kalipare

5.1.1 Letak Geografis Desa Putukrejo

Desa Putukrejo merupakan salah satu desa dari 9 desa wilayah kerja puskesmas Kalipare yang memiliki luas wilayah 765,38 Ha dan terbagi menjadi 4 (empat) RW yaitu RW I (Krajan I), RW II (Krajan II), RW III (Krajan III), dan RW IV (Alasteledek) . Secara fisik Desa Putukrejo berbatasan dengan wilayah-wilayah sebagai berikut:

- a. Sebelah utara : Desa Kalipare, Kecamatan Kalipare
- b. Sebelah selatan : Desa Kaliasri, Kecamatan Kalipare
- c. Sebelah timur : Desa Sumberpetung, Kecamatan Kalipare
- d. Sebelah barat : Desa Tumpakrejo, Kecamatan Kalipare



Sumber: Profil Desa Putukrejo, Tahun 2016

Gambar 5.2 Peta Desa Putukrejo

5.1.2 Jumlah penduduk

Jumlah penduduk merupakan jumlah keseluruhan individu yang bertempat tinggal di daerah dengan ketentuan yang berlaku di daerah tersebut. Jumlah penduduk Desa Putukrejo dihitung berdasarkan pertumbuhan penduduk total yang kemudian data dibagi

berdasarkan jumlah laki-laki dan perempuan, yang kemudian data disajikan dalam bentuk tabel sebagai berikut:

Tabel 5.1 Jumlah Penduduk Desa Putukrejo Tahun 2016

Jumlah laki-laki	2422 orang
Jumlah perempuan	2424 orang
Total	4846 orang
Jumlah kepala keluarga	1200 KK

Sumber : profil Desa Putukrejo, 2016

Berdasarkan tabel di atas yang diperoleh dari data profil Desa Putukrejo Bulan Desember tahun 2016, jumlah penduduk dengan jenis kelamin laki-laki sebanyak 2422 orang dan perempuan berjumlah 2424 orang sehingga total keseluruhan jumlah penduduk Desa Putukrejo adalah 4846 orang dengan jumlah kepala keluarga sebanyak 1200 kepala keluarga.

5.1.3 Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan adalah tahapan pendidikan yang dilakukan oleh seseorang melalui pendidikan formal yaitu SD,SMP,SMA dan Perguruan Tinggi. Tingkat pendidikan masyarakat Desa Putukrejo dapat dilihat pada tabel di bawah ini : (Tabel 5.2)

Tabel 5.2 Tingkat pendidikan di Desa Putukrejo Tahun 2016

Tingkat Pendidikan	Laki-laki	Perempuan
Usia 3-6 tahun yang belum masuk TK	24 orang	27 orang
Usia 3-6 tahun sedang TK/Play group	54 orang	39 orang
Usia 7-18 tahun yang tidak pernah sekolah	0 orang	0 orang
Usia 7-18 tahun yang sedang sekolah	301 orang	315 orang
Usia 18-56 tahun yang tidak pernah sekolah	20 orang	19 orang
Usia 18-56 tahun pernah SD tapi tidak tamat	14 orang	23 orang
Tamat SD/sederajat	1095 orang	974 orang

Tingkat Pendidikan	Laki-laki	Perempuan
Usia 12-56 tahun tidak tamat SLTP	12 orang	14 orang
Usia 16-56 tahun tidak tamat SLTA	6 orang	8 orang
Tamat SMP/ sederajat	201 orang	194 orang
Tamat SMA/ sederajat	101 orang	18 orang
Tamat D-1/ sederajat	30 orang	19 orang
Tamat D-2/ sederajat	5 orang	4 orang
Tamat D-3/ sederajat	2 orang	3 orang
Tamat S-1/ sederajat	15 orang	4 orang
Tamat S-2/ sederajat	2 orang	1 orang
Tamat S-3/ sederajat	2 orang	1 orang
Jumlah Total		3.547 orang

Sumber : profil Desa Putukrejo, 2016

Berdasarkan tabel 5.2 dapat diketahui tingkat pendidikan masyarakat Desa Putukrejo berdasarkan data dari profil desa Bulan Desember tahun 2016, masyarakat dengan pendidikan tamat SD merupakan jumlah terbanyak yaitu laki-laki sebanyak 1095 orang dan perempuan sebanyak 974 orang, tamat SMP sebanyak 201 orang untuk laki-laki dan 194 orang untuk perempuan, dan masyarakat dengan tingkat pendidikan tamat SMA sebanyak 101 orang untuk laki-laki dan 18 orang untuk perempuan sedangkan masyarakat dengan pendidikan akhir tamat perguruan tinggi sebanyak 56 orang untuk laki-laki dan 32 orang untuk perempuan, jumlah total 3547 orang.

5.1.4 Mata Pencaharian Pokok

Mata pencaharian pokok masyarakat Desa Putukrejo terdiri dari petani, buruh tani, buruh migran, Pegawai Negri Sipil, pengrajin, pedagang barang kelontong, peternak, montir, ahli pengobatan alternatif, TNI, pengusaha, guru swasta, pedagang keliling, tukang

kayu, tukang batu, karyawan swasta, perangkat desa dan buruh lepas, yang kemudian data disajikan dalam bentuk tabel sebagai berikut (Tabel 5.3)

Tabel 5.3 Mata Pencaharian Pokok Desa Putukrejo

Jenis Pekerjaan	Laki-laki	Perempuan
Petani	143 orang	20 orang
Buruh Tani	324 orang	253 orang
Buruh Migran	17 orang	78 orang
Pegawai Negri Sipil	6 orang	3 orang
Pengrajin	3 orang	4 orang
Pedagang Barang Kelontong	5 orang	17 orang
Peternak	3 orang	2 orang
Montir	2 orang	0 orang
Ahli pengobatan alternatif	1 orang	0 orang
TNI	1 orang	0 orang
Pengusaha Kecil, Mengengah, dan Besar	4 orang	3 orang
Guru Swasta	10 orang	6 orang
Pedagang Keliling	11 orang	4 orang
Tukang Kayu	49 orang	0 orang
Tukang Batu	40 orang	0 orang
Karyawan Perusahaan Swasta	30 orang	25 orang
Perangkat Desa	10 orang	1 orang
Buruh Harian Lepas	79 orang	45 orang
Jumlah Total	1.199 orang	

Sumber: Profil Desa Putukrejo, 2016

Berdasarkan tabel 5.3 dari profil desa Putukrejo tahun 2016 didapatkan mata pencaharian tertinggi masyarakat desa Putukrejo sebagai buruh tani dengan jumlah 324 orang laki-laki dan 253 orang perempuan.

5.2 Hasil Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada bulan 12 Juni – 8 Juli 2017 di Desa Putukrejo wilayah kerja puskesmas Kalipare Kecamatan Kalipare Kabupaten Malang dengan jumlah responden sebanyak 100 orang

5.2.1 Karakteristik Responden

Hasil analisa univariat, variabel terikat yaitu pemanfaatan jamban dan variabel bebas yaitu tingkat pengetahuan dan pendidikan.

1. Pengetahuan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, dihasilkan distribusi pengetahuan tentang STBM pada warga Desa Putukrejo dapat dilihat pada Tabel 5.4

Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi Tingkat Pengetahuan Responden Tentang STBM Di Desa Putukrejo

No.	Pengetahuan	Frekuensi	Prosentase (%)
(1)	(2)	(3)	(4)
1.	Pengetahuan Baik	51	51
2.	Pengetahuan Cukup	20	20
3.	Pengetahuan Kurang	29	29
Jumlah		100	100,0

Berdasarkan tabel 5.4 diketahui bahwa responden yang memiliki pengetahuan dengan kategori baik sebanyak 51 responden dengan prosentase 51%, sedangkan responden dengan pengetahuan cukup sebanyak 20 respondeng dengan prosentase 20% dan responden dengan tingkat pengetahuan kurang sebanyak 29 responden denan prosentase 29%.

2. Pendidikan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, dihasilkan distribusi pendidikan pada warga Desa Putukrejo dapat dilihat pada Tabel 5.5

Tabel 5.5 Distribusi Responden berdasarkan Tingkat Pendidikan Di Desa Puturejo

No.	Kategori pendidikan	Frekuensi	Prosentase (%)
(1)	(2)	(3)	(4)
1.	Tidak Sekolah	4	4
2.	Tamat SD	49	49
3.	Tamat SMP	25	25
4.	Tamat SMA	19	19
5.	Tamat Perguruan Tinggi	3	3
Jumlah		100	100,0

Berdasarkan tabel 5.5 diketahui bahwa terdapat responden yang tidak sekolah sebanyak 4 orang dengan prosentase 4%, sedangkan responden dengan tingkat pendidikan tamat SD sebanyak 49 orang dengan prosentase 49%, kemudian responden dengan tingkat pendidikan tamat SMP sebanyak 25 orang dengan prosentase 25%, responden dengan tingkat pendidikan tamat SMA sebanyak 19 orang dengan prosentase 19% dan responden dengan tingkat pendidikan tamat perguruan tinggi sebanyak 3 orang dengan prosentase 3%.

3. Pemanfaatan jamban

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, pada 100 responden dihasilkan distribusi pemanfaatan jamban pada warga Desa Putukrejo dapat dilihat pada Tabel 5.6

Tabel 5.6 Distribusi Frekuensi Pemanfaatan Jamban Pada Warga Desa Putukrejo

No.	Perilaku	Frekuensi	Prosentase (%)
(1)	(2)	(3)	(4)
1.	Kurang memanfaatkan	37	37
2.	Memanfaatkan	63	63
Jumlah		100	100.0

Dari tabel diatas diketahui bahwa 37 responden dengan prosentase 37% kurang memanfaatkan jamban dan 63 responden dengan prosentase 63% memanfaatkan jamban.

5.2.2 Hubungan Tingkat Pengetahuan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) Pilar Satu Dengan Perilaku Pemanfaatan Jamban Di Desa Putukrejo Wilayah Kerja Puskesmas Kalipare

Analisa yang dilakukan untuk melihat hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen, menggunakan uji statistik chi square dengan derajat kepercayaan 95% $p < 0,05$ menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara variabel tingkat pengetahuan dengan pemanfaatan jamban.

Hubungan pengetahuan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) dengan perilaku pemanfaatan jamban dapat dilihat pada tabel sebagai berikut :

Tabel 5.7 Distribusi frekuensi Tingkat Pengetahuan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat Pilar Satu Dengan Perilaku Pemanfaatan Jamban Di Desa Putukrejo

Pemanfaatan jamban	Pengetahuan						Total	
	Baik		Cukup		Kurang		F	%
	F	%	f	%	f	%		
Kurang memanfaatkan	0	0	9	9	28	28	37	37
Memanfaatkan	51	51	11	11	1	1	63	63
Total	51	51	20	20	29	29	100	100

Berdasarkan tabel 5.7 diperoleh hasil sebanyak 51 responden dengan presentase 51% berpengetahuan baik serta memanfaatkan jamban, dari 20 responden dengan tingkat pengetahuan cukup 9 diantaranya kurang memanfaatkan jamban dan 11 orang memanfaatkan jamban. Sedangkan responden yang berpengetahuan

kurang sebanyak 29 responden dengan 1 responden memanfaatkan jamban dan 28 diantaranya kurang memanfaatkan jamban.

Tabel 5.8 Hasil Analisis Hubungan Tingkat Pengetahuan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat Pilar Satu Dengan Perilaku Pemanfaatan Jamban Di Desa Putukrejo

Variabel Bebas	Variabel Terikat	P
Pengetahuan STBM Pilar I	Perilaku pemanfaatan jamban	0.000

$\alpha=0,05$

Berdasarkan tabel 5.8, hasil analisis menggunakan chi square diperoleh p-value $0,000 < (0,05)$ sehingga H_0 ditolak, artinya terdapat hubungan antara pengetahuan tentang STBM dengan perilaku pemanfaatan jamban.

BAB VI

PEMBAHASAN

6.1 Karakteristik Responden

6.1.1 Tingkat Pengetahuan Masyarakat Tentang Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) Pilar Satu

Pengetahuan merupakan faktor pemudah (*predisposing factor*) bagi seseorang untuk memanfaatkan jamban dengan baik. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan atau perilaku dari seseorang yang terbagi menjadi tiga kategori yaitu kurang, cukup dan baik (Notoatmodjo, 2012).

Tingkat pengetahuan masyarakat tentang Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) pilar satu dapat dilihat pada tabel 5.4. Bahwa pengetahuan responden dengan kategori baik, sebanyak 51 orang (51%), pengetahuan cukup 20 orang (20%) sedangkan pengetahuan responden dengan kategori kurang sebanyak 29 orang (29%).

Menurut Widaryoto dalam Qusdiyah (2015) menyatakan bahwa pengetahuan kesehatan yang baik berbanding lurus dengan perilaku kesehatan. Semakin baik tingkat pengetahuan seseorang maka tingkat pemahamannya juga akan semakin baik, sehingga dengan pengetahuan dan pemahaman yang baik tersebut maka akan diaplikasikan dengan perilaku yang baik pula. Hal ini dapat disimpulkan bahwa pengetahuan kesehatan seseorang yang semakin baik, maka perilaku kesehatan seseorang tersebut akan semakin baik juga.

Mengacu pada hasil penelitian yang telah dilakukan di desa Putukrejo tingkat pengetahuan masyarakat tentang Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) pilar satu, presentase terkecil yaitu masyarakat dengan pengetahuan cukup. Sedangkan presentase terbesar yaitu masyarakat dengan pengetahuan baik sebanyak 51% hal ini disebabkan dengan adanya program STBM sehingga masyarakat telah mendapatkan informasi mengenai bahaya-bahaya yang ditimbulkan apabila membuang air besar sembarangan di ladang dan manfaat dari jamban melalui pemicuan.

Akan tetapi tidak sedikit pula masyarakat yang berpengetahuan rendah tentang STBM. Hal ini dikarenakan kegiatan pendampingan kepada warga yang belum terlaksana secara optimal. Kegiatan pendampingan perlu dilakukan oleh tenaga kesehatan, kader atau relawan dalam pasca kegiatan pemicuan. Menurut Davik (2016), menyatakan bahwa kegiatan pendampingan yang cukup dapat meningkatkan pengetahuan masyarakat pasca kegiatan pemicuan. Karena untuk meningkatkan kesadaran masyarakat sangat diperlukan pendampingan yang intensif agar masyarakat mampu tergerak dan mau membangun atau mengkases jamban sehat baik secara pribadi maupun komunal dengan warga lainnya.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Febriani tahun 2016 masyarakat di desa Sumbersari sudah memiliki pengetahuan yang baik tentang pelaksanaan program STBM yaitu sebesar 82,2%, hal tersebut dibuktikan dari jawaban responden yang sebagian besar sudah memahami tentang pengertian buang air besar sembarangan, dampak dari buang air besar sembarangan dan pengertian dari program STBM itu sendiri,

walaupun masih ada masyarakat yang masih tidak tahu tentang jarak penampungan tinja dari sumber air bersih dan ketersediaan dana/subsidi dari kegiatan STBM, hal itu dikarenakan masyarakatnya sendiri yang memang tidak tahu dan tidak mencari tahu dari sumber yang jelas mengenai perihal tersebut.

6.1.2 Tingkat Pendidikan Masyarakat

Menurut Waryana (2016), pendidikan adalah usaha atau kegiatan yang dilakukan dengan penuh kesadaran dan terencana (bertahap) dalam meningkatkan kemampuan seseorang guna terbentuknya kepribadian dan perilaku atau tindakan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Variabel pendidikan dalam penelitian ini adalah pendidikan formal yang ditempuh oleh responden mulai dari tingkat sekolah dasar, tingkat SMP, tingkat SMA hingga perguruan tinggi

Tingkat pendidikan masyarakat Desa Putukrejo prosentase tertinggi adalah tamat SD sebanyak 49%. Mayoritas responden yang tidak mengetahui program STBM serta kurang memanfaatkan jamban dan masih melakukan praktik buang air besar di luar jamban (di pekarangan) memiliki pendidikan yang rendah yaitu tidak sekolah dan tamat SD. Pendidikan yang rendah menyebabkan masyarakat sulit untuk menerima hal baru di lingkungan dan tidak mengerti tentang fungsi dari memanfaatkan jamban. Hal tersebut sejalan dengan penelitian cintya (2016), hasil penelitian menunjukkan dari 529 responden yang diteliti 99 orang atau 18,7% responden berpendidikan SD.

Hal ini sesuai dengan pendapat Notoatmodjo (2012), bahwa pengetahuan dipengaruhi oleh tingkat pendidikan dimana semakin tinggi pendidikan seseorang semakin luas pula wawasannya, sehingga semakin mudah menerima informasi yang bermanfaat bagi dirinya dan orang lain.

6.1.3 Perilaku Pemanfaatan Jamban

Menurut Kurniawati (2016), Perilaku Pemanfaatan jamban berarti tindakan atau kegiatan penggunaan atau memakai jamban dalam hal buang air besar yang dilakukan oleh masyarakat untuk memperoleh lingkungan yang sehat. Dimulai dari bagaimana masyarakat mengetahui pengertian jamban, syarat jamban sehat hingga cara pemeliharaan jamban serta partisipasi aktif masyarakat untuk memanfaatkannya.

Dari 100 responden didapatkan sebanyak 37 responden kurang memanfaatkan jamban. Rata-rata responden telah BAB pada jamban akan tetapi, masih terdapat sebagian responden yang tidak BAB pada jamban yaitu dengan membuat lubang untuk wc di ladang atau pekarangan yang ada di dekat rumahnya. Belum adanya dampak yang terjadi secara nyata pada masyarakat membuat kesadaran untuk buang air besar di jamban masih rendah karena mereka masih bisa mencari alternatif lain untuk mengatasi buang air besar.

Kebiasaan dan pengaruh lingkungan sekitar yang menjadi faktor masyarakat tidak BAB pada jamban, dan mereka beranggapan bahwa membuang air besar di ladang dengan membuat lubang lebih praktis dari pada di jamban. Selain itu

masih banyak masyarakat yang memiliki perilaku kurang memanfaatkan jamban dalam hal pemeliharaan seperti tidak membersihkan jamban secara rutin, lokasi jamban berdekatan dengan sumber air serta keadaan jamban yang terbuka.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Febriani (2016), sebanyak 109 orang atau 55,8% masih melakukan praktik buang air besar sembarangan. Masyarakat Desa Purwosari lebih memilih buang air besar sembarangan di sungai dan di ladang dari pada harus di jamban, hal ini didasari dengan alasan kenyamanan, kebiasaan dan kepraktisan.

6.2 Hubungan Tingkat Pengetahuan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) Pilar Satu Dengan Perilaku Pemanfaatan Jamban Di Desa Putukrejo Wilayah Kerja Puskesmas Kalipare

Berdasarkan tabel 5.7 diperoleh hasil terdapat hubungan antara pengetahuan STBM pilar satu dengan perilaku pemanfaatan jamban yang kemudian dibuktikan dari hasil uji statistik menggunakan chi square diperoleh $p\text{-value } 0,000 < (0,05)$ sehingga H_0 ditolak, artinya terdapat hubungan antara pengetahuan tentang STBM pilar satu dengan perilaku pemanfaatan jamban.

Sesuai dengan hasil penelitian Ibrahim, dkk (2012) yang menyebutkan terdapat hubungan antara pengetahuan dengan pemanfaatan jamban ($p=0,000$) di Padangsidempuan Angkola Jalu. Peneliti menganggap promosi untuk memanfaatkan jamban seharusnya dilakukan secara optimal sebagai upaya dalam rangka menggerakkan dan memberdayakan masyarakat yaitu dengan pemberian informasi secara terus menerus dan berkesinambungan mengikuti perkembangan sasaran, dengan harapan

sasaran (responden) tersebut dapat berubah dari tidak tahu menjadi tahu, sadar, mau, dan selanjutnya menjadi mampu melaksanakan perilaku yang diperkenalkan.

Sesuai dengan penelitian Kamria dkk (2013) menyatakan bahwa tingkat pengetahuan masyarakat tentang kesehatan lingkungan sangat penting, karena akan mempengaruhi perilaku masyarakat selanjutnya dalam hal pengadaan jamban keluarga atau sarana maupun dalam hal pemanfaatan hingga pemeliharaan jamban keluarga.

Mengubah perilaku masyarakat untuk tidak BAB di sembarang tempat tidaklah mudah harus dilakukan secara terus-menerus dengan berpedoman pada program STBM. Perlunya kegiatan pendampingan oleh petugas kesehatan maupun kader setelah dilakukannya pemicuan dengan tujuan mendorong masyarakat agar terus terpicu dan sadar akan pentingnya BAB di jamban sehat. Menurut Waryana (2016), tindakan atau perilaku seseorang tidak terjadi secara sporadis (timbul dan hilang saat-saat tertentu) tetapi terjadi secara kontinuitas sehingga diperlukan pemantauan dan pendampingan sebagai upaya pembiasaan masyarakat untuk BAB di jamban sebagai bentuk terlaksananya program STBM pilar satu (Stop BABS).

Sebagian besar dari responden memang telah memiliki jamban, tetapi perilaku BABS masih tetap ada karena masyarakat masih belum terbiasa dan merasa nyaman bila buang air besar sembarangan tempat serta menganggap BAB di ladang lebih praktis. Pengetahuan yang rendah menyebabkan banyak masyarakat yang tidak mengetahui fungsi dari memanfaatkan jamban. Sehingga hal tersebut sejalan dengan penelitian menurut Cintya (2015), yang menyebutkan bahwa masyarakat berpendidikan dasar atau rendah yang tidak memiliki jamban dan yang

sudah memiliki jamban perlu dilakukan suatu pendekatan dan penerapan pola hidup bersih dan sehat dengan cara *door to door* dari petugas kesehatan untuk memberikan pengertian terkait perilaku buang air besar sembarangan (BABS), pemanfaatan jamban serta menjaga kondisi rumah untuk tetap bersih dan sehat.

BAB VII

PENUTUP

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan di Desa Putukrejo dapat ditarik simpulan sebagai berikut :

1. Tingkat pengetahuan responden tentang STMB dengan kategori baik sebanyak 51 responden dengan prosentase 51%, pengetahuan cukup sebanyak 20 respondeng dengan prosentase 20% dan tingkat pengetahuan kurang sebanyak 29 responden denan prosentase 29%.
2. Perilaku pemanfaatan jamban sebanyak 37 responden dengan prosentase 37% kurang memanfaatkan jamban dan 63 responden dengan prosentase 63% memanfaatkan jamban.
3. Terdapat hubungan tingkat pengetahuan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) Pilar satu dengan pemanfaatan jamban masyarakat di desa Putukrejo wilayah kerja UPT Puskesmas Kalipare. Dibuktikan dari hasil uji statistik menggunakan chi square diperoleh p-value $0,000 < (0,05)$ sehingga H_0 ditolak.

7.2 Saran

7.2.1 Bagi Masyarakat

1. Dilakukan pemecuan yang lebih spesifik di tiap dusun dengan penyuluhan *door to door*, dengan sasaran KK/ibu rumah tangga baik oleh petugas kesehatan maupun kader desa secara rutin dan merata untuk meningkatkan kesadaran masyarakat akan pentingnya menyediakan sarana dan prasarana (jamban).

2. Masyarakat turut berpartisipasi dalam meningkatkan perilaku pemanfaatan jamban, misalnya membuat jamban sendiri/ jamban umum

7.2.2 Bagi Instansi Terkait

1. Melaksanakan evaluasi kembali pada wilayah/desa yang telah melaksanakan deklarasi ODF dan mencari solusi pemecahan masalah akibat dari kegagalan suatu desa dalam pelaksanaan program STBM
2. Melakukan pendampingan kembali desa binaan STBM, melaksanakan monitoring secara rutin, melaksanakan evaluasi kegiatan, dan verifikasi ulang terhadap desa yang pernah dinyatakan ODF.
3. Keberlanjutan setiap program yang dicanangkan agar pelaksanaannya tidak putus hanya sampai pada pencapaian akhir.
4. Perlunya kerja sama kader, bidan desa, sanitarian puskesmas dalam memperoleh data, menyebarkan informasi kesehatan khususnya STBM dalam memberikan penyuluhan kesehatan dalam pelaksanaan kegiatan/program di desa guna peningkatan pengetahuan masyarakat.
5. Selain itu, pemberian *reward* bagi kader aktif yang terlibat dan mampu mengembangkan wilayahnya untuk mencapai desa ODF tercepat secara kualitas.

7.2.3 Bagi Penelitian Selanjutnya

Bagi Penelitian Selanjutnya dapat dilakukan uji pengaruh untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi ketidak berhasilan program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) pilar satu.

DAFTAR PUSTAKA

- Ambarwati, E. 2015. *Verifikasi Desa ODF (Open Defecation Free) Pasca Pemicuan (Studi Di Kelurahan Banjar Sengon Kecamatan Patrang Dan Desa Wringin Telu Kecamatan Puger Kabupaten Jember)*. Skripsi. Universitas Jember. Diakses pada 27 April 2017 pukul 12.24 WIB. (<http://repository.unej.ac.id>)
- Apriawan. 2009. *Millennium Development Goals : Sebuah Analisa Etis dalam Persfektif dan Praksis*.
- Arikunto, S. 2013. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta
- BAPPENAS. 2010. *Laporan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium Indonesia 2010*.
- Cintya, C. 2016. *Hubungan Pengetahuan Masyarakat Tentang Program Odf (Open Defecation Free) Dengan Perilaku Buang Air Besar Sembarangan*. Jurnal Keperawatan Dan Kebidanan.
- Davik, F. I. 2016. *Evaluasi Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat Pilar Stop Babs Di Puksesmas Kabupaten Probolinggo*. Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia Volume 4 Nomor 2.
- Febriani, W., Samino., Nurhalina, S. 2016. *Faktor Yang Mempengaruhi Perubahan Perilaku Stop Buang Air Besar Sembarangan (Babs): Studi Pada Program Stbm Di Desa Sumpersari Metro Selatan 2016*. Jurnal Dunia Kesmas. Volume 5. Nomor 3.
- Ibrahim, I., Devi. N., Taufik. A. 2012. *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pemanfaatan Jamban Di Desa Pintu Langit Jae Kecamatan Padangsidimpuan Angkola Julu Tahun 2012*. Universitas Sumatera

Utara. Diakses pada 25 Juli 2017 pukul 08.10 WIB
(<https://media.neliti.com>)

Juniatin, V. 2015. *Kajian Pelaksanaan Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat Di Desa Jelbuk Kecamatan Jelbun Kabupaten Jember Tahun 2014*. Skripsi. Universitas Jember. Diakses Pada 18 April Pukul 13.22 WIB. (<Http://Repository.Unej.Ac.Id>)

Karla, A. 2015. *Faktor Yang Mempengaruhi Rendahnya Partisipasi Masyarakat Terhadap Pelaksanaan Program Sanitasi Total Dan Pemasaran Sanitasi (Stops) (Studi Pada Kegiatan Arisan Jamban Di Desa Penggaron, Kecamatan Mojowarno, Kabupaten Jombang)*. Universitas Negeri Surabaya. Diakses Pada 27 April 2017 Pukul 12.29 WIB. (<http://jurnalmahasiswa.unesa.ac.id>)

Kemenkes RI dan MCA-indonesia. 2015. *Pedoman Pelaksanaan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat Proyek Kesehatan Dan Gizi Berbasis Masyarakat*. Kementerian Kesehatan RI

Kemenkes RI. 2013. *Kurikulum Dan Modul Pelatihan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) Bagi Dosen Jurusan Kesehatan Lingkungan Politeknik Kesehatan Di Indonesia*. Kementerian Kesehatan RI.

Kemenkes RI. 2014. *Modul Pelatihan Fasilitator STBM*. Kementerian Kesehatan RI

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2016. *Menuju 100% Akses Sanitasi Indonesia 2019*. <Http://Www.Depkes.Go.Id/>. Diunggah Pada 30 Mei 2016.

Kurniawati, L. 2015. *Faktor -Faktor Yang Berpengaruh Terhadap Perilaku Kepala Keluarga Dalam Pemanfaatan Jamban Di Pemukiman Kampung Nelayan Tambak Lorok Semarang*. Skripsi. Universitas Negeri Semarang

- Maharani, R. 2014. *Implementasi Program Penuediaan Air Minum Dan Sanitasi Berbasis Masyarakat (PAMSIMAS) Di Kabupaten Lebak*. Skripsi. Universitas Sultan Agung Tirtayasa. Diakses pada 25 April Pukul 20.42 WIB. (<http://repository.fisip-untirta.ac.id>)
- Meiridhawati. 2012. *Faktor Yang Berhubungan Dengan Pemanfaatan Jamban Community Led Total Sanitation (CLTS) Di Kenagarian Karunia Selatan Kecamatan Sungai Rumbai Kabupaten Dharmasraya*. Diakses Pada 25 April 2017 Pukul 20.59 WIB (<http://repository.unand.ac.id>)
- Notoatmodjo, S. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nugraha, F. 2015. *Dampak Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) Pilar Pertama Di Desa Gucialit Kecamatan Gucialit Kabupaten Lumajang*. Jurnal Kebijakan dan Manajemen Publik. Volume 3. Nomer 2. Diakses pada 20 April 2017 pukul 05.16 WIB. (<http://journal.unair.ac.id>)
- Nursalam. 2003. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 3 Tahun 2014 Tentang Sanitasi Total Berbasis Masyarakat. Diakses pada 7 Mei 2017 pukul 09.32 WIB. (<http://binfar.kemkes.go.id>).
- Priatno T., Zauha S., Hanafi I. 2014. *Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap keberhasilan program sanitasi total berbasis masyarakat (STBM) di kota tasikmalaya*. Jurnal kesehatan komunitas indonesia. Volume. 10. Nomor. 2
- Profil Desa Putukrejo Bulan Desember Tahun 2016
- Profil Puskesmas Kalipare Tahu 2016
- Proverawati, A dan Eni R. 2012. *Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat (PHBS)*. Yogyakarta: Nuha Medika

- Qudsiyah, W. 2015. *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Tingginya Angkaopen Defecation (OD) Di Kabupaten Jember (Studi Di Desa Sumber Kalong Kecamatan Kalisat) Factors Assosiated With High Number Of Open Defecation (OD) In District Jember (Studies In Sumber Kalong Village, Kalisat Subdistrict)*. E-Jurnal Pustaka Kesehatan, Volume. 3. Nomor. 2. Diakses Pada 27 April 2017 Pukul 13.12 WIB. ([Http://Download.Portalgaruda.Org/Article.](http://Download.Portalgaruda.Org/Article.))
- Sarudji, D. 2012. *Kesehatan Lingkungan*. Surabaya: IKAPI
- Sekretariat STBM. *Verifikasi ODF*. Di Komunitas. http://www.stbm-indonesia.org/files/Verifikasi%20ODF_Final%20March%205_pocketsize.pdf. Diakses pada 10 Mei pukul 10.50 WIB
- Sholikhah, S. 2014. *Hubungan Pelaksanaan Program Odf (Open Defecation Free) Dengan Perubahan Perilaku Masyarakat Dalam Buang Air Besar Di Luar Jamban Di Desa Kemiri Kecamatan Malo Kabupaten Bojonegoro Tahun 2012*. Jurnal Surya. Volume 02. Nomor XVIII.
- Sutiyono., Zahro S., Cahya. T.P. 2014. *Analisis Pelaksanaan Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) Sebagai Strategi Peningkatan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PPHBS) Masyarakat oleh Petugas Puskesmas Kabupaten Grobogan*. Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia. Volume 02. Nomer 1. Diakses pada 20 April 2017 pukul 5.22 WIB.(<http://download.portalgaruda.org>)
- Undang- undang Nomor 36 Tahun 2009 *Tentang Kesehatan*. Diakses pada 26 April 2017 pukul 18.13 WIB (<https://ina-respond.net>)
- United Nations. 2015. *The Millennium Development Goals Report 2015*. United Nations New York. Diakses pada 12 Mei 2017 pukul 18.12 WIB (http://www.un.org/millennium-goals/2015_MDG_Report)

Waryana. 2016. *Promosi Kesehatan, Penyuluhan Dan Pemberdayaan Masyarakat*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Zainiyah, A dan Mardoyo, S. 2013. *Hubungan Kepemilikan Jamban Dengan Tingkat Pengetahuan Dan Pendidikan Masyarakat (Studi Di Desa Mendalan Kecamatan Winongan Kabupaten Pasuruan Tahun 2012)*. Jurnal Guna Kesehatan Lingkungan. Volume X. Nomor 1.

LAMPIRAN

SURAT PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Yang bertandatangan di bawah ini, saya:

Nama / No. Responden : _____

Umur : _____

Alamat : _____

Dengan ini saya **BERSEDIA / TIDAK BERSEDIA*)** secara sukarela menjadi responden pada penelitian dengan judul :

“HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN SANITASI TOTAL BERBASIS MASYARAKAT (STBM) PILAR SATU DENGAN PERILAKU PEMANFAATAN JAMBAN DI DESA PUTUKREJO WILAYAH KERJA PUSKESMAS KALIPARE”

Peneliti : Defina Putri Arief Bintari

NIM : 1307.13251.108

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa paksaan dari pihak manapun. Saya bersedia berperan serta dalam penelitian ini dan tidak akan menuntut dikemudian hari.

Malang, 2017

Peneliti

Responden

(Defina Putri Arief Bintari)

(.....)

*)coret yang tidak perlu

KUISIONER

**HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN SANITASI TOAL BERBASIS
MASYARAKAT (STBM) PILAR SATU DENGAN PERILAKU PEMANFAATAN
JAMBAN DI DESA PUTUKREJO WILAYAH KERJA PUSKESMAS KALIPARE**

Tanggal Wawancara :

Petunjuk wawancara:

- a. Mohon dengan hormat bantuan dan kesediaan saudara untuk menjawab seluruh pertanyaan yang ada
- b. Mohon menjawab pertanyaan dengan jujur dan sesuai dengan hati nurani

A. IDENTITAS RESPONDEN

- No Responden :
 Nama :
 Umur :
 Pendidikan : **(Pilih salah satu dari 1-5)**
1. Tidak Sekolah
 2. Tamat SD
 3. Tamat SMP
 4. Tamat SMA
 5. Tamat Perguruan Tinggi

B. PENGETAHUAN

NO.	Pernyataan	Benar	Salah
1.	Sanitasi total berbasis masyarakat (STBM) adalah pemberdayaan masyarakat dengan pemicuan		
2.	BAB sembarangan adalah buang air besar tidak pada tempatnya seperti jamban/ WC		
3.	Stop Buang Air Besar Sembarangan (BABS) adalah pilar satu STBM		
4.	Jamban adalah tempat untuk membuang dan mengumpulkan kotoran manusia yang harus dimiliki oleh setiap keluarga.		
5.	Syarat Jamban sehat yang Saudara ketahui:		
	a. Tidak mencemari air		
	b. Tidak berbau		
	c. Tersedia air, gayung dan sabun		
	d. Tersedia dinding dan atap pelindung		

NO.	Pernyataan	Benar	Salah
	e. Tersedia ventilasi		
	f. Lantai kedap air		
	g. Bebas dari serangga seperti lalat dan kecoak		
	h. Mudah dibersihkan		
6.	Jenis jamban yang Saudara ketahui:		
	a. Jamban Cemplung		
	b. Jamban empang		
	c. Jamban leher angsa		
	d. Jamban <i>saptic tank</i>		
7.	Jenis jamban yang dianjurkan dalam kesehatan lingkungan adalah leher angsa yang dilengkapi <i>saptic tank</i>		
8.	<i>Septic tank</i> merupakan tempat / suatu bak untuk menampung tinja.		
9.	Jarak lubang penampungan kotoran manusia dari sumber air yang memenuhi syarat		
10.	Jamban bermanfaat untuk mencegah penularan penyakit akibat kontaminasi tinja.		
11.	BAB sembarangan dapat mencemari lingkungan		
12.	Pemanfaatan jamban harus dilakukan oleh setiap anggota keluarga		

C. PERILAKU PEMANFAATAN JAMBAN

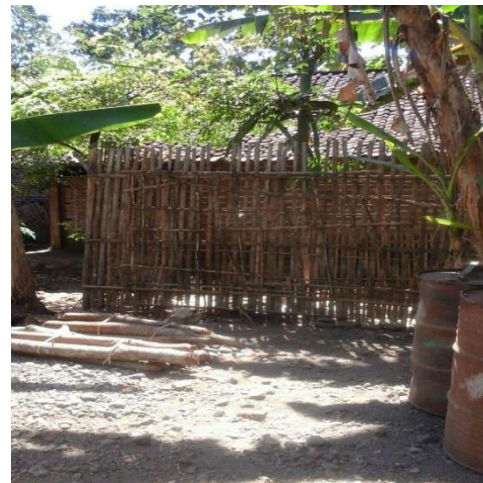
NO.	Pertanyaan	Ya	Tidak
1.	Apakah Saudara menggunakan jamban sebagai tempat untuk membuang air besar (BAB)?		
2.	Apakah Saudara mengajarkan kepada anggota keluarga Saudara untuk memanfaatkan jamban dengan menggunakan jamban sebagai sarana BAB?		
3.	Pada jamban cemplung, apakah lubang jamban ditutup kembali setelah digunakan?		
4.	Apakah saudara rutin membersihkan jamban? Jamban dibersihkan dengan : - Alat - Obat (pembersih)		
5.	Apakah Saudara ikut berpartisipasi dalam membersihkan jamban agar terhindar dari penyakit?		
6.	Jika memiliki balita, apakah kotoran balita tersebut dibuang ke jamban ?		
7.	Apakah aliran pembuangan akhir kotoran ke saptictank?		
8.	Apakah Saudara selalu mencuci tangan menggunakan sabun setelah buang air besar (BAB)?		
9.	Ketika saudara berada di luar rumah, Apakah Saudara melakukan aktifitas buang air besar di sungai/kebun/laut?		
10.	Apakah persediaan air di jamban anda mencukupi ?		
11.	Apakah Pemanfaatan jamban dirumah mengganggu kegiatan anggota keluarga yang lain karena harus membersihkannya setiap hari		
12.	Jamban dirumah digunakan saat - malam hari saja. - Siang hari saja - Pagi hari saja		



Wawancara Dengan Responden Warga Desa Putuktejo



Keadaan Rumah Warga Desa Putuktejo



Kandang Belakang Rumah Warga



Kebun Tebu Warga Desa



Ternak Warga Desa



Kondisi jamban sehat warga Desa Putukrejo



Jamban Cemplung Warga Putukrejo Yang Terletak Di Ladang Sekitar Rumah

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Defina Putri Arief Bintari

NIM : 1307.13251.108

Program Studi : S1-Kesehatan Lingkungan Stikes Widyagama Husada Malang

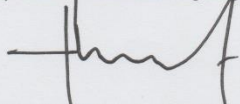
Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis ini benar-benar hasil karya sendiri, bukan merupakan pengambil alih tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa skripsi ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Mengetahui,

Yang membuat pernyataan,

Kaprodi S1-Kesehatan Lingkungan

Malang, 1 Agustus 2017



Tiwi Yuniastuti, S.Si., M.Kes



Defina Putri Arief Bintari

Lampiran 4: Uji Validitas Dan Reliabilitas Kuisiner

Hasil Uji Validitas Tingkat Pengetahuan

Hasil uji Validitas Tingkat Pengetahuan

Correlations

		item8	item9	item10	item11	item12	total skor
item1	Pearson Correlation	.764**	.630**	.642**	.642**	.642**	.773**
	Sig. (2-tailed)	.000	.003	.002	.002	.002	.000
	N	20	20	20	20	20	20
item2	Pearson Correlation	.840**	.728**	1.000**	1.000**	1.000**	.966**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	20	20	20	20	20	20
item3	Pearson Correlation	.764**	.630**	.642**	.642**	.642**	.773**
	Sig. (2-tailed)	.000	.003	.002	.002	.002	.000
	N	20	20	20	20	20	20
item4	Pearson Correlation	.840**	.728**	1.000**	1.000**	1.000**	.966**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	20	20	20	20	20	20
item5	Pearson Correlation	.577**	.733**	.728**	.728**	.728**	.774**
	Sig. (2-tailed)	.008	.000	.000	.000	.000	.000
	N	20	20	20	20	20	20
item6	Pearson Correlation	.840**	.728**	1.000**	1.000**	1.000**	.966**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	20	20	20	20	20	20
item7	Pearson Correlation	.687**	.577**	.840**	.840**	.840**	.850**
	Sig. (2-tailed)	.001	.008	.000	.000	.000	.000
	N	20	20	20	20	20	20
item8	Pearson Correlation	1	.866**	.840**	.840**	.840**	.910**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000	.000	.000
	N	20	20	20	20	20	20
item9	Pearson Correlation	.866**	1	.728**	.728**	.728**	.830**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000	.000	.000	.000
	N	20	20	20	20	20	20
item10	Pearson Correlation	.840**	.728**	1	1.000**	1.000**	.966**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000		.000	.000	.000
	N	20	20	20	20	20	20
item11	Pearson Correlation	.840**	.728**	1.000**	1	1.000**	.966**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000		.000	.000
	N	20	20	20	20	20	20
item12	Pearson Correlation	.840**	.728**	1.000**	1.000**	1	.966**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000		.000
	N	20	20	20	20	20	20
total_skor	Pearson Correlation	.910**	.830**	.966**	.966**	.966**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	
	N	20	20	20	20	20	20

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Hasil Uji Reliabilitas Tingkat Pengetahuan

Hasil uji Reliabilitas Tingkat Pengetahuan

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	20	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	20	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.973	12

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
item1	8.90	15.463	.723	.975
item2	8.75	15.461	.959	.969
item3	8.90	15.463	.723	.975
item4	8.75	15.461	.959	.969
item5	8.85	15.608	.727	.974
item6	8.75	15.461	.959	.969
item7	8.80	15.537	.820	.972
item8	8.80	15.326	.891	.970
item9	8.85	15.397	.793	.973
item10	8.75	15.461	.959	.969
item11	8.75	15.461	.959	.969
item12	8.75	15.461	.959	.969

Hasil Uji Validitas Perilaku Pemanfaatan Jamban

Hasil uji Validitas Perilaku Pemanfaatan Jamban

Correlations

		item8	item9	item10	item11	item12	total skor
item1	Pearson Correlation	1.000 ^{**}	.793 ^{**}	1.000 ^{**}	1.000 ^{**}	.577 ^{**}	.983 ^{**}
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.008	.000
	N	20	20	20	20	20	20
item2	Pearson Correlation	1.000 ^{**}	.793 ^{**}	1.000 ^{**}	1.000 ^{**}	.577 ^{**}	.983 ^{**}
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.008	.000
	N	20	20	20	20	20	20
item3	Pearson Correlation	1.000 ^{**}	.793 ^{**}	1.000 ^{**}	1.000 ^{**}	.577 ^{**}	.983 ^{**}
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.008	.000
	N	20	20	20	20	20	20
item4	Pearson Correlation	.793 ^{**}	.608 ^{**}	.793 ^{**}	.793 ^{**}	.404	.800 ^{**}
	Sig. (2-tailed)	.000	.004	.000	.000	.077	.000
	N	20	20	20	20	20	20
item5	Pearson Correlation	.793 ^{**}	.608 ^{**}	.793 ^{**}	.793 ^{**}	.404	.840 ^{**}
	Sig. (2-tailed)	.000	.004	.000	.000	.077	.000
	N	20	20	20	20	20	20
item6	Pearson Correlation	.577 ^{**}	.728 ^{**}	.577 ^{**}	.577 ^{**}	.200	.682 ^{**}
	Sig. (2-tailed)	.008	.000	.008	.008	.398	.001
	N	20	20	20	20	20	20
item7	Pearson Correlation	1.000 ^{**}	.793 ^{**}	1.000 ^{**}	1.000 ^{**}	.577 ^{**}	.983 ^{**}
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.008	.000
	N	20	20	20	20	20	20
item8	Pearson Correlation	1	.793 ^{**}	1.000 ^{**}	1.000 ^{**}	.577 ^{**}	.983 ^{**}
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000	.008	.000
	N	20	20	20	20	20	20
item9	Pearson Correlation	.793 ^{**}	1	.793 ^{**}	.793 ^{**}	.404	.840 ^{**}
	Sig. (2-tailed)	.000		.000	.000	.077	.000
	N	20	20	20	20	20	20
item10	Pearson Correlation	1.000 ^{**}	.793 ^{**}	1	1.000 ^{**}	.577 ^{**}	.983 ^{**}
	Sig. (2-tailed)	.000	.000		.000	.008	.000
	N	20	20	20	20	20	20
item11	Pearson Correlation	1.000 ^{**}	.793 ^{**}	1.000 ^{**}	1	.577 ^{**}	.983 ^{**}
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000		.008	.000
	N	20	20	20	20	20	20
item12	Pearson Correlation	.577 ^{**}	.404	.577 ^{**}	.577 ^{**}	1	.617 ^{**}
	Sig. (2-tailed)	.008	.077	.008	.008		.004
	N	20	20	20	20	20	20
total_skor	Pearson Correlation	.983 ^{**}	.840 ^{**}	.983 ^{**}	.983 ^{**}	.617 ^{**}	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.004	
	N	20	20	20	20	20	20

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Hasil Uji Reliabilitas Perilaku Pemanfaatan Jamban

Hasil uji Reliabilitas Perilaku Pemanfaatan Jamban

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	20	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	20	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.968	12

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
item1	9.45	10.892	.979	.962
item2	9.45	10.892	.979	.962
item3	9.45	10.892	.979	.962
item4	9.50	11.000	.758	.967
item5	9.50	10.895	.805	.966
item6	9.60	10.989	.608	.974
item7	9.45	10.892	.979	.962
item8	9.45	10.892	.979	.962
item9	9.50	10.895	.805	.966
item10	9.45	10.892	.979	.962
item11	9.45	10.892	.979	.962
item12	9.60	11.200	.531	.976

Hasil Uji Distribusi Frekuensi
Distribusi Frekuensi Tingkat Pengetahuan STBM

Pengetahuan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	baik	51	51.0	51.0	51.0
	cukup	20	20.0	20.0	71.0
	kurang	29	29.0	29.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

Distribusi Frekuensi Tingkat Pendidikan

Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak sekolah	4	4.0	4.0	4.0
	tamat SD	49	49.0	49.0	53.0
	tamat SMP	25	25.0	25.0	78.0
	tamat sma	19	19.0	19.0	97.0
	tamat perguruan tinggi	3	3.0	3.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

Distribusi Frekuensi Perilaku Pemanfaatan Jamban

Perilaku

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kurangmemanfaatkan	37	37.0	37.0	37.0
	memanfaatkan	63	63.0	63.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

Pengetahuan * Perilaku Crosstabulation

Count

		Perilaku		Total
		Kurang memanfaatkan	memanfaatkan	
pengetahuan	baik	0	51	51
	cukup	9	11	20
	kurang	28	1	29
Total		37	63	100

Hasil Uji Hubungan Tingkat Pengetahuan STBM Dengan Perilaku Pemanfaatan Jamban

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	74.622 ^a	2	.000
Likelihood Ratio	95.566	2	.000
Linear-by-Linear Association	73.804	1	.000
N of Valid Cases	100		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,40.

Nama Pembimbing 2 :

CATATAN KONSULTASI PEMBIMBING 2



NO.	TANGGAL	KEGIATAN DAN SARAN	PARAF PEMBIMBING
1	5 April 2017	Pengajuan judul.	f
2	10 April 2017	Acc judul	f
3	18 April 2017	Pengajuan judul baru (ganti judul).	f
4	26 April 2017	Konsul judul	f
5	18 Mei 2017	Bab 1.	f
6	18 Mei 2017	Ganti judul. not	f
7	16 Mei 2017	Konsultasi Bab I - bab IV	f
8	18/5 '17	Acc proposal	f
9	29/5 '17	Revisi proposal	f
10	29/5 '17	Acc proposal, lanjut penelitian	f
11	12/7 '17	Hasil	f
12	17 Juli 2017	Hasil + Pembahasan.	f
13	24 Juli 2017	Pembahasan, kesimpulan saran.	f
14	26 Juli 2017	Kesimpulan, saran & lampiran.	f
15	25 Juli 2017	ACC akhir.	f

BERITA ACARA PERBAIKAN
TUGAS AKHIR SKRIPSI
PROGRAM STUDI S1-KESEHATAN LINGKUNGAN
STIKES WIDYAGAMA HUSADA MALANG

Nama : Defina Putri Arief Bintari
 NIM : 1307.13251.108
 Judul : Hubungan Tingkat Pengetahuan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) Pilar Satu Dengan Perilaku Pemanfaatan Jamban Di Desa Putukrejo Wilayah Kerja Puskesmas Kalipare

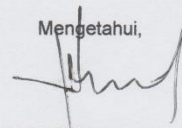
Tanggal Seminar : 1 Agustus 2017

Nama Penguji : Tiwi Yuniastuti, S.Si., M.Kes

No	REKOMENDASI			
	BAB	URAIAN	TINDAK LANJUT	TTD
1.	I- IV	Penulisan dan gaya bahasa	Sudah diperbaiki	
2.		Penambahan halaman pada lampiran	Sudah diperbaiki	
			Acc	

Malang, 3 Agustus 2017

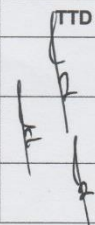
Mengetahui,



(Tiwi Yuniastuti, S.Si., M.Kes)

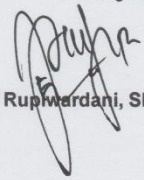
**BERITA ACARA PERBAIKAN
TUGAS AKHIR SKRIPSI
PROGRAM STUDI S1-KESEHATAN LINGKUNGAN
STIKES WIDYAGAMA HUSADA MALANG**

Nama : Defina Putri Arief Bintari
 NIM : 1307.13251.108
 Judul : Hubungan Tingkat Pengetahuan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) Pilar Satu Dengan Perilaku Pemanfaatan Jamban Di Desa Putukrejo Wilayah Kerja Puskesmas Kalipare
 Tanggal Seminar : 1 Agustus 2017
 Nama Penguji : Irfany Rupwardani, SE., MMRS

No	REKOMENDASI			
	BAB	URAIAN	TINDAK LANJUT	TTD
1.	I - IV	Ediing penulisan, font, daftar isi dst.	Sudah diperbaiki	
2.	VI	penambahan penelitian sejalan pada point perilaku pemanfaatan jamban	Sudah diperbaiki	
3.			ACC	





Malang, 4 Agustus 2017

Mengetahui,


(Irfany Rupwardani, SE., MMRS)

**BERITA ACARA PERBAIKAN
TUGAS AKHIR SKRIPSI
PROGRAM STUDI S1-KESEHATAN LINGKUNGAN
STIKES WIDYAGAMA HUSADA MALANG**

Nama : Defina Putri Arief Bintari
 NIM : 1307.13251.108
 Judul : Hubungan Tingkat Pengetahuan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) Pilar Satu Dengan Perilaku Pemanfaatan Jamban Di Desa Putukrejo Wilayah Kerja Puskesmas Kalipare
 Tanggal Seminar : 1 Agustus 2017
 Nama Penguji : Nastiti Mugi Lestari, S.KM., M.Si

No	REKOMENDASI			
	BAB	URAIAN	TINDAK LANJUT	TTD
1.	IV	Perbaiki Definisi Operasional	Sudah diperbaiki	
2.	V	Penulisan Hasil	Sudah diperbaiki	
3.	I - IV	Perbaiki penulisan	Sudah diperbaiki	
			Acc	

Malang, 3 Agustus 2017

Mengetahui,



(Nastiti Mugi Lestari, S.KM., M.Si)

Lampiran 8: Surat Kesiediaan Membimbing

**SURAT KESEDIAN BIMBINGAN TUGAS AKHIR/SKRIPSI
PROGRAM STUDI S1-KESEHATAN LINGKUNGAN
STIKES WIDYAGAMA HUSADA MALANG
TAHUN AKADEMIK 2016/2017**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

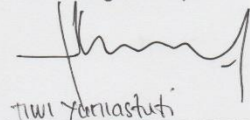
Nama : TIWI YUNIASTUTI, S.Si, M.Kes
Jabatan : Pembimbing I
Alamat :
No. Telp : 0817385978

Dengan ini menyatakan bersedia/tidak bersedia*) menjadi pembimbing Tugas Akhir (TA)/Skripsi Prodi S1-Kesehatan Lingkungan STIKES Widyagama Husada bagi Mahasiswa :

Nama : DEFINA PUTRI ARIEF BINTARI
NIM : 1307.13251.108
Alamat : RT 11 RW04 Krajan Kalipare Kecamatan Kalipare Kabupaten Malang.
Judul Skripsi : Hubungan Tingkat Pengetahuan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) Pilar satu Dengan Perilaku Pemanfaatan Jamban Di Desa Putukrejo Wilayah kerja puskesmas Kalipare

Malang,

Pembimbing TA/Skripsi


Tiwi Yuniastuti

**SURAT KESEDIAAN BIMBINGAN TUGAS AKHIR/SKRIPSI
PROGRAM STUDI S1-KESEHATAN LINGKUNGAN
STIKES WIDYAGAMA HUSADA MALANG
TAHUN AKADEMIK 2016/2017**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

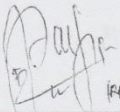
Nama : IRFANY RUPWARDANI, SE., MMRS
Jabatan : Pembimbing II
Alamat :
No. Telp : 08123350248

Dengan ini menyatakan bersedia/tidak bersedia*) menjadi pembimbing Tugas Akhir (TA)/Skripsi Prodi S1-Kesehatan Lingkungan STIKES Widyagama Husada bagi Mahasiswa :

Nama : DEFINA PUTRI ARIEF BINTARI
NIM : 1307.13251.108
Alamat : RT 11 RW 04 Krajan Kalipare Desa Kalipare Kecamatan Kalipare Kabupaten Malang.
Judul Skripsi : Hubungan Tingkat Pengetahuan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) pilar satu Dengan Perilaku Pemanfaatan Jamban Di Desa Putukrejo Wilayah Kerja Puskesmas Kalipare.

Malang,

Pembimbing TA/Skripsi



IRFANY R.



**YAYASAN PEMBINA PENDIDIKAN INDONESIA (YPPi) WIDYAGAMA
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES)**

WIDYAGAMA HUSADA

SK MENDIKNAS RI NOMOR 130/D/0/2007

Program Studi : * D3 Kebidanan * S1 Kesehatan Lingkungan * S1 Ilmu Keperawatan * Profesi Ners

Nomor : 529 /A-1/STIKES/V/2017
Lam : -
Perihal : Pengambilan Data

Malang, 30 Mei 2017

Kepada Yth;
Kepala Puskesmas Kalipare
di-
Tempat

Dengan hormat,

Mahasiswa Program Studi S1 Kesehatan Lingkungan STIKES Widyagama Husada akan menyusun Tugas Akhir (Skripsi) Tahun Akademik 2016/2017, untuk itu diperlukan data-data pendukung sebagai persyaratan yang harus ditempuh.

Berkenaan dengan hal tersebut kami mengajukan permohonan kepada Bapak/Ibu agar berkenan memberikan Ijin kepada mahasiswa kami dibawah ini untuk melakukan Pengambilan Data Penelitian.

Adapun nama mahasiswa yang melakukan Pengambilan Data dan Judul Skripsi sebagai berikut:

Nama : Defina Putri Arief Bintari
NIM : 1307.13251.108
Judul Skripsi : Hubungan Tingkat Pengetahuan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) Pilar Satu dengan Perilaku Pemanfaatan Jamban di Desa Putukrejo Wilayah Kerja Puskesmas Kalipare
Data yang diperlukan : - Data Jumlah Penduduk
- Profil Desa Putukrejo
Dosen Pendamping : Tiwi Yuniastuti, S.Si., M.Kes

Demikian, atas perhatian dan kerja samanya kami sampaikan terima kasih.

Wakil Ketua III Bidang Perencanaan,
Kerjasama dan Alumni,

Tiwi Yuniastuti, S.Si., M.Kes
NDP. 2012. 247



PEMERINTAH KABUPATEN MALANG
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
 Jl. KH. Agus Salim No. 7 Telp. (0341) 366260 Fax. (0341) 366260
 M A L A N G - 6 5 1 1 9

SURAT KETERANGAN

NOMOR : 072/2442/35.07.207/2017

Untuk melakukan Survey/Research/Penelitian/KKN/PKL/Magang

Menunjuk : Surat dari Ketua STIKES Widyagama Husada Malang Nomor : 529/A-1/STIKESV/2017 tanggal 30 Mei 2017 perihal Ijin Penelitian

Dengan ini Kami **TIDAK KEBERATAN** dilaksanakan kegiatan **Ijin Penelitian** oleh :

Nama / Instansi : Defina Putri Arief Bintari

Alamat : Jl. Sudimoro 16 Malang

Thema/Judul/Survey/Research : *Hubungan Tingkat Pengetahuan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) Pilar satu dengan Perilaku Pemanfaatan Jamban di Desa Putukrejo Kec. Kalipare*

Daerah/tempat kegiatan : di Desa Putukrejo Kec. Kalipare

Lamanya : 1 Bulan

Pengikut : -

Dengan Ketentuan :

1. Mentaati Ketentuan - Ketentuan / Peraturan yang berlaku
2. Sesampainya ditempat supaya melapor kepada Pejabat Setempat
3. Setelah selesai mengadakan kegiatan harap segera melapor kembali ke Bupati Malang Cq. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Malang
4. Surat Keterangan ini tidak berlaku apabila tidak memenuhi ketentuan tersebut diatas

Malang, 31 Mei 2017

An. KEPALA BADAN KESBANG DAN POLITIK
Kepala Bidang Ideologi, HAM dan Wasbang

Kabid Wawasan Kebangsaan

KUSWANTORO

Penata

NIP. 19680125 199203 1 004

Tembusan :

Yth.

1. Ketua STIKES Widyagama Husada Malang
2. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Malang
3. Kepala Puskesmas Wil. Kerja Kec. Kalipare
4. Kepala Desa Putukrejo Kec. Kalipare
5. Mhs ybs
6. Arsip



PEMERINTAH KABUPATEN MALANG
DINAS KESEHATAN



Jln. Panji No.120 Kepanjen Telp (0341) 393730-391621, Fax. (0341) 393734
Email : dinkes@malangkab.go.id website : http:// dinkes.malangkab.go.id
MALANG

Malang, 31 Mei 2017

Nomor : 072/ 2134 /35.07.103/2017
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Pengambilan Data

Kepada :
Yth. Ketua Bidang III STIKES Widyagama
Husada
Di -

TEMPAT

Menjawab Surat dari Ketua Bidang III STIKES Widyagama Husada, Nomor 529/A-1/STIKES/V/2017, tanggal 30 Mei 2017 tentang Pengambilan Data, dengan ini kami TIDAK KEBERATAN dilaksanakan Kegiatan tersebut oleh :

N a m a : Defina Putri Arief Bintari
N I M : 1307.13251.108
Judul : *Hubungan Tingkat Pengetahuan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) Pilar Satu dengan Perilaku Pemanfaatan Jamban di Desa Putukrejo Kec. Kalipare*
Tempat Kegiatan : Puskesmas Kalipare Kab. Malang
Waktu Kegiatan : 06 Juni - 06 Juli 2017

Dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Mentaati peraturan / ketentuan yang berlaku
2. Sesampainya ditempat kegiatan untuk melaporkan dan berkoordinasi kepada Pejabat yang terkait.
3. Melakukan **Inform consent** secara tertulis sebelum dilakukan kegiatan kepada yang bersangkutan
4. Harus memegang azas rahasia (tanpa nama / identitas responden)
5. Mempresentasikan dan menyampaikan hasil penelitian di tempat penelitian
6. Setelah selesai melaksanakan kegiatan untuk melaporkan kembali kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Malang Cq. Diklat Litbang Dinas Kesehatan Kab Malang.
7. Surat ini tidak berlaku apabila tidak memenuhi ketentuan tersebut diatas.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

an KEPALA DINAS KESEHATAN
Sekretaris
Drs. NANDANG DJUMANTARA
Pembina Tk. I
NIP. 19660712 198602 1 003

Tembusan. Yth:

1. Kepala Dinas Kesehatan (Sebagai Laporan)
2. Kepala UPT Puskesmas Kalipare Kab. Malang
- ③. Sdr. Defina Putri Arief Bintari



PEMERINTAH KABUPATEN MALANG
DINAS KESEHATAN
UPT PUSKESMAS KALIPARE
Jl. Raya Kalipare 210 Malang 65166 Telp (0341) 311118
Email : puskalipare@gmail.com

SURAT KETERANGAN
NO. 880 / 109 / 35.07.103.116 / 2017

Menunjuk : Surat dari Dinas Kesehatan Kab. Malang, Nomor 072/2134/35.07.103/2017, tanggal 31 Mei 2017 tentang Pengambilan Data.

Dengan ini Kami **Tidak Keberatan** Dilaksanakan Kegiatan Pengambilan Data guna pendukung penyusunan Tugas Akhir (Skripsi) Tahun Akademik 2016 / 2017 oleh :

Nama : DEFINA PUTRI ARIEF BINTARI
NIM : 1307.13251108
Judul Skripsi : ” Hubungan Tingkat Pengetahuan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) Pilar Satu dengan Perilaku Pemanfaatan Jamban di Desa Putukrejo Wilayah Kerja Puskesmas Kalipare ”
Tempat : Desa Putukrejo – Kec. Kalipare
Lamanya : 1 Bulan
Pengikut : -

Demikian surat keterangan ini kami buat dengan sesungguhnya untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kalipare, 09 Juni 2017
Kepala Puskesmas Kalipare

drg. Anam Mashuda
NIP. 197909162010011009



PEMERINTAH KABUPATEN MALANG
KECAMATAN KALIPARE
DESA PUTUKREJO
Jl.Raya Putukrejo No.330 Kode Pos 65166

SURAT KETERANGAN

Reg: No.072 / 12 / 35.07.11.2001/2017

Menunjuk : Surat dari Ketua STIKES Widyagama Husada Malang Nomor : 529/A-1/STIKES/V/2017 TANGGAL 30 Mei 2017 perihal Ijin Pengambilan Data.

Dengan ini Kami **Tidak Keberatan** dilaksanakan Kegiatan Pengambilan Data guna pendukung penyusunan Tugas Akhir (Skripsi) Tahun Akademik 2016/2017 oleh :

Nama : DEFINA PUTRI ARIEF BINTARI

NIM : 1307.13251108

Judul Skripsi : Hubungan Tingkat Pengetahuan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STMB) Pilar Satu dengan Perilaku Pemanfaatan Jamban di Desa Putukrejo Wilayah Kerja Puskesmas Kalipare

Tempat Kegiatan : Desa Putukrejo –Kec.Kalipare

Lamanya : 1 Bulan

Pengikut : -

Demikian Surat Keterangan ini agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Putukrejo, 09 Juni 2017

KEPALA DESA PUTUKREJO


HERI WIBISONO

CURRICULUM VITAE



Nama : Defina Putri Arief Bintari
Tempat/Tgl Lahir : Kediri, 1 September 1994
Motto : “ Hidup itu cukup Jalani, nikmati dan Syukuri”

Riwayat Pendidikan

SD Negeri 01 Kalipare Lulus Tahun 2007

SMP Negeri 02 Sumberpucung Lulus Tahun 2010

SMA Negeri 01 Kepanjen Lulus Tahun 2013

S1 Kesehatan Lingkungan STIKES Widyagama Husada Malang