

SKRIPSI

**HUBUNGAN ANTARA PENERAPAN PROGRAM SANITASI TOTAL
BERBASIS MASYARAKAT (STBM) DENGAN KEJADIAN DIARE
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS MUARA MADRAS
KECAMATAN JANGKAT KABUPATEN MERANGIN
TAHUN 2022**



Oleh :

NOVITA DWI YANTI SEMBIRING

NIM. P00933221075

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MEDAN
JURUSAN KESEHATAN LINGKUNGAN
PROGRAM STUDI SARJANA TERAPAN
SANITASI LINGKUNGAN
KABANJAHE
TAHUN 2022**

SKRIPSI

**HUBUNGAN ANTARA PENERAPAN PROGRAM SANITASI TOTAL
BERBASIS MASYARAKAT (STBM) DENGAN KEJADIAN DIARE
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS MUARA MADRAS
KECAMATAN JANGKAT KABUPATEN MERANGIN
TAHUN 2022**

*Sebagai Syarat Menyelesaikan Pendidikan Program Studi
Diploma IV*



Oleh :

NOVITA DWI YANTI SEMBIRING

NIM. P00933221075

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MEDAN
JURUSAN KESEHATAN LINGKUNGAN
PROGRAM STUDI SARJANA TERAPAN
SANITASI LINGKUNGAN
KABANJAHE
TAHUN 2022**

LEMBARAN PERSETUJUAN

**JUDUL : HUBUNGAN ANTARA PENERAPAN PROGRAM
SANITASI TOTAL BERBASIS MASYARAKAT (STBM)
DENGAN KEJADIAN DIARE DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS MUARA MADRAS KECAMATAN
JANGKAT KABUPATEN MERANGIN TAHUN 2022**

NAMA : Novita Dwi Yanti Sembiring

NIM : P00933221075

Telah Diterima dan Disetujui Untuk Diseminarkan Di Hadapan Tim Penguji
Skripsi Politeknik Kesehatan Kemenkes RI Medan

Kabanjahe, November 2022

Menyetujui,

Dosen Pembimbing

(Erba Kalto Manik, SKM, M.Sc)

NIP : 19620326 198502 1 001

Ketua Jurusan Kesehatan Lingkungan
Politeknik Kesehatan Kemenkes RI Medan

(Erba Kalto Manik, SKM, M.Sc)

NIP : 19620326 198502 1 001

LEMBARAN PENGESAHAN

JUDUL : Hubungan Antara Penerapan Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) Dengan Kejadian Diare Di Wilayah Kerja Puskesmas Muara Madras Kecamatan Jangkat Kabupaten Merangin Tahun 2022

NAMA : Novita Dwi Yanti Sembiring

NIM : P00933221075

Skripsi ini Telah Diuji Pada Sidang Seminar Ujian Akhir Program
Jurusan Kesehatan Lingkungan Program Studi Sarjana
Terapan Politeknik Kesehatan Kemenkes RI Medan
Kabanjahe, November 2022

Penguji II

Penguji III

(Nelson Tanjung, S.KM, M.Kes)
NIP : 19630217 198603 1 003

(Desy Ari Apsari, S.KM, M.PH)
NIP : 19740420 199803 2 003

Ketua Penguji

(Erba Kalto Manik, SKM, M.Sc)
NIP : 19620326 198502 1 001

Ketua Jurusan Kesehatan Lingkungan
Politeknik Kesehatan Kemenkes RI Medan

Erba Kalto Manik, SKM, M.Sc
NIP: 19620326 198502 1 001

BIODATA PENULIS



Nama : Novita Dwi Yanti Sembiring
Tempat, Tanggal Lahir : Medan, 03 November 1993
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Kristen Protestan
Status : Belum Menikah
Alamat : Desa Batukarang Kec.Payung
No HP/WA : 082189497098
Email : novitadwiyantisembiring@gmail.com
Nama Orang Tua
Ayah : DRS.Roket Joater Sembiring
Ibu : Nellianna Br Ginting
Jumlah Saudara : 6
Anak Ke : 6

PENDIDIKAN FORMAL

Tahun 2021 – Sekarang : Mahasiswa DIV Kesehatan lingkungan
POLTEKKES KEMENKES MEDAN
Tahun 2013 – 2016 : DII Kesehatan lingkungan POLTEKKES
KEMENKES MEDAN
Tahun 2009 – 2012 : SMA DARMA BAKTI MEDAN
Tahun 2006 – 2009 : SMPN 1 PAYUNG BATUKARANG
Tahun 2000-2006 : SDN 064033 MEDAN

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MEDAN
JURUSAN KESEHATAN LINGKUNGAN
SKRIPSI, NOVEMBER 2022**

NOVITA DWI YANTI SEMBIRING

Hubungan antara penerapan sanitasi total berbasis masyarakat dengan kejadian diare di wilayah kerja puskesmas muara madras kecamatan jangkat Kabupaten merangin tahun 2022

XII + 62 halaman, 12 Tabel, 1 gambar, 10 lampiran

ABSTRAK

Sanitasi yang buruk dapat memberikan dampak yang sangat besar terhadap terjadinya berbagai penyakit yang dialami oleh masyarakat seperti penyakit diare. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia menyatakan bahwa diare adalah buang air besar dengan tinja berbentuk cair atau setengah cair, dengan kandungan air pada tinja lebih banyak dari biasanya yaitu lebih dari 200 gram atau 200 ml/24 jam. Kejadian luar biasa (KLB) diare terjadi setiap tahun di provinsi dan kabupaten/kota yang berbeda-beda. Tahun 2018 KLB di 8 provinsi dan 8 kab/kota, jumlah kab/kota 756 dengan 36 kematian dan fatalitas kasus 4,7%, di Kota Jambi kasus diare 7.939 pada tahun 2019 dan pada tahun 2020 sebanyak 6.370 kasus di Kabupaten Merangin dengan kasus diare di Puskesmas Muara Madras terdapat 133 kasus.

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan penerapan antara sanitasi total berbasis masyarakat dengan kejadian diare di Wilayah Kerja Puskesmas muara madras kecamatan jangkat.

Penelitian observasional dengan desain case control. Teknik pengambilan sampel dilakukan dengan perbandingan case control 1:1 Sehingga data yang di perlukan 24 orang yang di diagnosa kasus diare (kasus yang tercatat dari bulan januari – juli) dan yang tidak Diare 24 orang. Penelitian ini menggunakan kuesioner yang dibagikan kepada masyarakat. Analisis bivariat menggunakan uji Chi-Square dengan melihat Odds Ratio (OR).

Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa cuci tangan pakai sabun ($P_{value}=0,037$; $OR=4,4$), pengelolaan sampah rumah tangga ($P_{value}=0,043$; $OR=4,0$) pengelolaan air limbah rumah tangga ($P_{value}=0,009$; $OR=5,8$) mempunyai hubungan yang signifikan dengan kejadian diare, artinya pelaksanaan cuci tangan pakai sabun, pengelolaan sampah rumah tangga dan pengelolaan air limbah rumah tangga meningkatkan kejadian diare. Kesimpulan dalam penelitian ini adalah terdapat hubungan signifikan antara cuci tangan pakai sabun, pengelolaan sampah rumah tangga, pengelolaan air limbah rumah tangga dengan kejadian diare di wilayah kerja Puskesmas Muara Madras Kecamatan Jangkat Kabupaten Merangin.

Kata Kunci: STBM, Diare

**INDONESIAN MINISTRY OF HEALTH
MEDAN HEALTH POLYTECHNIC
DEPARTMENT OF ENVIRONMENTAL HEALTH, KABANJAHE BRANCH
Thesis, November 2022**

NOVITA DWI YANTI SEMBIRING

Correlation Between the Implementation of Community-Based Total Sanitation and Diarrhea Incidence in the Working Area of the Muara Madras Health Center, Jangkat District, Merangin Regency in 2022

XII + 65 pages, 12 Tables, 1 picture, 10 attachments

ABSTRACT

Poor sanitation can have a huge impact on the incidence of various diseases in the community, one of which is diarrhea. The Ministry of Health of the Republic of Indonesia defines diarrhea as defecation where the stool is liquid or semi-liquid, the water content in the stool is more than usual, more than 200 grams or 200 ml/24 hours. Outbreaks of diarrhea occur every year in different provinces and districts or cities. In 2018, extraordinary events were found in 8 provinces and in 8 districts or cities, the number of incidents reached 756 cases with 36 deaths and case fatality reached 4.7%. In the city of Jambi, cases of diarrhea reached 7,939 in 2019 and in 2020 it reached 6,370 cases in Merangin Regency, of which 133 cases of diarrhea were found at the Muara Madras Health Center.

The purpose of this study was to determine the correlation between the application of community-based total sanitation with the incidence of diarrhea in the Working Area of Muara Madras Health Center, Jangkat District.

This research is an observational study designed with a case control design. The research sample was taken using a 1:1 case-control comparison technique, so that it takes 24 people diagnosed with diarrhea (recorded cases are from January to July) and 24 people who do not suffer from diarrhea. Research data were collected through questionnaires and analyzed bivariately using the Chi-Square test and referring to the Odds Ratio (OR).

The results of the bivariate analysis showed that hand washing with soap with $P_{value} = 0.037$; OR=4.4 household waste management with $P_{value} = 0.043$; OR=4.0; household wastewater management with $P_{value} = 0.009$; OR = 5.8; These variables were significantly correlated with the incidence of diarrhea, where hand washing with soap, household waste management and household wastewater management increased the incidence of diarrhea. This study found a significant correlation between hand washing with soap, household waste management, household wastewater management and the incidence of diarrhea in the working area of the Muara Madras Public Health Center, Jangkat District, Merangin Regency.

Keywords: Community-Based Total Sanitation, Diarrhea

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur penulis ucapkan Kepada Tuhan Yang Maha Esa sehingga penulis dapat menyelesaikan Skripsi yang berjudul “Hubungan Antara Penerapan Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat dengan Kejadian Diare di Wilayah Kerja Puskesmas Muara Madras Kecamatan Jangkat”.

Skripsi ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan Diploma IV pada Politeknik Kesehatan Kemenkes Medan Jurusan Sanitasi Lingkungan Kabanjahe.

Dalam penulisan Skripsi ini penulis banyak menerima bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak. Untuk itu penulis menyampaikan rasa hormat dan ucapan terima kasih yang sebesar- besarnya kepada :

1. Ibu Dra. Ida Nurhayati M.Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Medan, yang telah berkenan menerima penulis untuk belajar di Politeknik Kesehatan Medan Jurusan Kesehatan Lingkungan Kabanjahe
2. Bapak Erba Kalto Manik, SKM, M.Sc selaku Ketua Jurusan Kesehatan Lingkungan Kabanjahe, yang telah memberikan izin dan kesempatan untuk melakukan penelitian.
3. Bapak Erba Kalto Manik, SKM, M.Sc selaku Dosen pembimbing saya yang telah bersedia meluangkan waktu, memberikan bimbingan dan masukan untuk kesempurnaan penulisan Skripsi ini.
4. Bapak Nelson Tanjung, S.KM, M.Kes Dosen penguji saya yang telah memberikan saya masukan dan bimbingan dalam penulisan Skripsi ini.
5. Ibu Desy Ari Apsari, S.KM, M.PH selaku Dosen penguji saya yang telah memberikan saya masukan dan bimbingan dalam penulisan Skripsi ini.
6. Kepala Dinas Kabupaten Merangin dan Kepala Puskesmas Muara Madras beserta seluruh staff yang telah memberikan ijin dan partisipasinya sehingga saya dapat melakukan penelitian ini.

7. Teristimewa kepada kedua orang tua penulis yang selalu memberikan doa dan dukungan serta kasih sayang dan menjadi semangat bagi penulis dalam menyelesaikan penulisan Skripsi ini.
8. Kepada seluruh keluarga yang telah mendukung, memberi semangat, dan selalu memberikan doa dan motivasi dalam menyelesaikan Skripsi ini.
9. Seluruh responden yang bersedia berpartisipasi serta memberikan informasi selama proses pengumpulan data penelitian.
10. Teman-teman seperjuangan tingkat IV D4 yang telah mendukung dengan memberi motivasi dalam menyelesaikan skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa didalam Skripsi ini masih banyak kekurangan, oleh karena itu penulis mengharapkan saran dan kritik yang bersifat membangun demi perbaikan dan penyempurnaan Skripsi ini. Semoga Skripsi ini dapat bermanfaat terutama bagi penulis, pembaca, dan pihak yang memerlukan.

Kabangahe, November
2022

Penulis

Novita Dwi Yanti Br Sembiring

DAFTAR ISI

LEMBARAN PERSETUJUAN	
LEMBARAN PENGESAHAN	
BIODATA	
ABSTRAK	i
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	v
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR GAMBAR	viii
DAFTAR LAMPIRAN	ix
BAB I	1
PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah.....	4
C. Tujuan penelitian	4
C.1 Tujuan Umum	4
C.2 Tujuan Khusus	4
D. Manfaat Penelitian.....	5
D.1 Teoritis	5
D.2 Praktis.....	5
BAB II	6
TINJAUAN PUSTAKA	6
A. Diare	6
A.1 Definisi Diare.....	6
A.2 Klasifikasi Diare.....	6
A.3 Gejala Diare	7
A.4 Faktor Penyebab Penyakit Diare	8
A.5 Penularan Penyakit Diare.....	10
A.6 Pencegahan Penyakit Diare	10
A.7 Penanganan Diare	11
B. Konsep Dasar Sanitasi Total berbasis Masyarakat (STBM)..	13
B.1 Pengertian STBM.....	13
B.2 Tujuan STBM	14
B.3 Sejarah Program Sanitasi	14
B.4 Prinsip - prinsip STBM.....	15
B.5 Strategi STBM.....	16
B.6 Lima Pilar STBM	18
B.6.1 Stop Buang Air Besar Sembarangan.....	18
B.6.2 Cuci Tangan Pakai Sabun.....	18
B.6.3 Pengelolaan Air Minum Makanan Rumah Tangga...	20
B.6.4 Pengelolaan Sampah Rumah Tangga.....	24
B.6.5 Pengelolaan Limbah Cair RT	26
B.7 Manfaat dan Tujuan Pelaksanaan Lima Pilar STBM	29

B.8 Tangga Perubahan Perilaku Visi STBM	29
B.9 Alur Progam	33
B.9.1 Pelaku Pemicu	33
B.9.2 Langkah – Langkah Pemicuan	33
C. Kerangka Konsep.....	38
D. Definisi Operasional	39
E. Hipotesis	41
BAB III	40
METODE PENELITIAN	40
A. Jenis dan Desain Penelitian.....	40
B. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	40
B.1. Lokasi Penelitian	40
B.2. Waktu Penelitian	40
C. Populasi dan Sampel.....	40
C.1. Populasi	40
C.2. Sampel.....	40
D. Jenis Dan Cara Pengumpulan Data	41
D.1. Data Primer	41
D.2. Data Sekunder.....	41
E. Instrumen Penelitian	41
F. Cara Pengumpulan Data.....	41
F.1. Kuesioner	41
F.2. Studi Pustaka (<i>Library</i>)	41
G. Pengolahan Data.....	41
G.1. Editing	41
G.2. Scoring.....	42
H. Analisa Data	43
H.1. Analisa Univariat	46
H.2. Analisa Bivariat	46
BAB IV.....	47
HASIL DAN PEMBAHASAN	47
A. Hasil Penelitian.....	47
A.1. Gambaran Umum Kecamatan Jangkat	474
A.1.1. Demografi	47
A.1.2. Wilayah	48
A.1.3. Transportasi	49
B. Analisis Univariat dan Bivariat	49
B.1 Analisa Univariat	53
B.2 Analisa Bivariat	53
C. PEMBAHASAN	58
BAB V.....	65
KESIMPULAN DAN SARAN	65
A. Kesimpulan	65
B. Saran.....	66
DAFTAR PUSTAKA	

DAFTAR TABEL

Table 1 Distribusi Jumlah Penduduk Berdasarkan Jenis Kelamin di Kecamatan Jangkat Tahun 2020	47
Table 2 Distribusi Frekuensi Pelaksanaan Pilar 1 Stop Buar Air Besar Sembarangan (STOP BABS).....	50
Table 3 Distribusi Frekuensi Pelaksanaan Pilar 2 Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS).....	50
Table 4 Distribusi Frekuensi Pelaksanaan Pilar 3 Pengelolaan Air Minum dan Makanan Rumah Tangga (PAMMRT)	51
Table 5 Distribusi Frekuensi Pelaksanaan Pilar 4 Pengelolaan Sampah Rumah Tangga (PSRT).....	52
Table 6 Distribusi Frekuensi Pelaksanaan Pilar 4 Pengelolaan Air Limbah Rumah Tangga (PALRT).....	52
Table 7 Distribusi Frekuensi Kejadian Diare di Kecamatan Jangkat.....	53
Table 8 Tabel Silang Stop Buang Air Besar Sembarangan (STOP BABS) terhadap Kejadian Diare di Kecamatan Jangkat Tahun 2022.....	50
Table 9 Tabel Silang Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS) terhadap Kejadian Diare di Kecamatan Jangkat Tahun 2022.....	51
Table 10 Tabel Silang Pengelolaan Air Minum dan Makanan Rumah Tangga terhadap Kejadian Diare di Kecamatan Jangkat Tahun 2022.....	52
Table 11 Tabel Silang Pengelolaan Sampah Rumah Tangga terhadap Kejadian Diare di Kecamatan Jangkat Tahun 2022	53
Table 12 Tabel Silang Pengelolaan Air Limbah Rumah Tangga terhadap Kejadian Diare di Kecamatan Jangkat Tahun 2022	54

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Kerangka konsep	36

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 = Lembar Permohonan (infomed consent)
- Lampiran 2 = Lembar persetujuan responden
- Lampiran 3 = Kuesioner penelitian
- Lampiran 4 = Dokumentasi Penelitian
- Lampiran 5 = Surat Izin Lokasi Penelitian
- Lampiran 6 = Surat Keterangan Selesai Penelitian
- Lampiran 7 = Surat Persetujuan Pelaksanaan Penelitian Bidang
Kesehatan
- Lampiran 8 = Rekapitulasi Responden
- Lampiran 9 = Master Tabel
- Lampiran 10 = Hasil Analisis

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pembangunan kesehatan adalah bagian dari pembangunan nasional untuk mewujudkan masyarakat adil dan makmur yang merata berdasarkan Pancasila dan UUD 1945. Salah satu indikator keberhasilan pembangunan nasional adalah meningkatnya derajat kesehatan. Kondisi sanitasi di Indonesia merupakan salah satu aspek penting yang menjadi perhatian terutama di daerah pedesaan, dimana menurut laporan pencapaian *Millenium Development*, sanitasi yang buruk dapat memberikan dampak yang sangat besar terhadap terjadinya berbagai penyakit yang dialami oleh masyarakat seperti penyakit diare.

Penyakit diare dikenal dengan penyakit buang air besar (bab) encer yang lebih sering terjadi dari biasanya. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia menyatakan bahwa diare adalah buang air besar dengan tinja berbentuk cair atau setengah cair, dengan kandungan air pada tinja lebih banyak dari biasanya yaitu lebih dari 200 gram atau 200 ml/24 jam. Buang air besar encer tersebut dapat berisi atau tanpa disertai lendir dan darah. Diare bahkan dapat berupa air saja dan frekuensinya lebih sering (biasanya tiga kali atau lebih) dalam satu hari. masih menjadi masalah di semua golongan umur terutama pada balita (Kemenkes RI, 2016).

Kejadian luar biasa (KLB) diare terjadi setiap tahun di provinsi dan kabupaten/kota yang berbeda-beda. Pada tahun 2015 KLB diare terjadi di 11 provinsi, 18 kab/kota, jumlah kasus 1.213 dengan 30 kematian dan fatalitas kasus 2,47%. Tahun 2016, KLB terjadi di 3 provinsi dan 3 kab/kota, jumlah kasus 198 dengan kematian 6 dan fatalitas kasus 3,04%. Tahun 2017 KLB di 9 provinsi dan 17 kab/kota, jumlah kab/kota 1.405 dengan 34 kematian dan fatalitas kasus 2,4%. Tahun 2018 KLB di 8 provinsi dan 8 kab/kota, jumlah kab/kota 756 dengan 36 kematian dan fatalitas kasus 4,7%. Kesakitan dan kematian diare yang tinggi umumnya disebabkan sumber air dan makanan yang terkontaminasi. Di dunia terdapat 780 juta individu terbatas aksesnya terhadap air minum yang memadai dan 2,5 juta terbatas akses terhadap sanitasi memadai. Potret sanitasi di

Indonesia dari hasil kajian Environmental Health Risk Assessment (EHRA) tahun 2012-2013 mendapatkan bahwa masih ada 76,6%, sarana mandi Cuci Kakus (MCK) yang tidak berfungsi 20,9%, jamban yang tidak sanitair 49,5%, tidak menggunakan air bersih yang terlindungi 42,5%, tidak melakukan cuci tangan pakai sabun pada 5 waktu penting 81,5%. Dari berbagai fakta di atas menunjukkan bahwa diare masih menjadi masalah baik di dunia maupun di Indonesia. Diare dapat mengenai semua golongan umur. Diare sering dianggap penyakit biasa dengan berbagai mitos yang mengiringinya, hal ini menunjukkan bahwa pengetahuan masyarakat masih rendah. Penyakit diare dapat dicegah melalui pengendalian factor risiko diare seperti air minum yang aman, hygiene dan sanitasi yang baik. Upaya yang komprehensif dengan kerja sama berbagai pihak dalam penurunan angka kesakitan dan kematian perlu dilakukan lebih intensif.

Berdasarkan Data BPJS, diketahui bahwa terdapat 344.528 kasus diare di tahun 2017 dan 243.983 kasus diare di tahun 2018. Biaya yang dikeluarkan untuk pasien diare di tahun 2017 adalah sebesar 475,95 Milyar dan di tahun 2018 sebesar 304,25 Milyar. Anggaran yang cukup besar untuk penanganan diare yang seharusnya dapat dicegah dengan perilaku hidup bersih dan sehat serta perbaikan sanitasi lingkungan dengan program STBM/. Kejadian luar biasa (KLB) diare terjadi setiap tahun di provinsi dan kabupaten/kota yang berbeda-beda. Pada tahun 2015 KLB diare terjadi di 11 provinsi, 18 kab/kota, jumlah kasus 1.213 dengan 30 kematian dan fatalitas kasus 2,47%.

Kesakitan dan kematian diare yang tinggi umumnya disebabkan sumber air dan makanan yang terkontaminasi. Potret sanitasi di Indonesia dari hasil kajian *Environmental Health Risk Assessment* (EHRA) tahun 2012-2013 mendapatkan bahwa masih ada 76,6%, sarana mandi Cuci Kakus (MCK) yang tidak berfungsi 20,9%, jamban yang tidak sanitair 49,5%, tidak menggunakan air bersih yang terlindungi 42,5%, tidak melakukan cuci tangan pakai sabun pada 5 waktu penting 81,5%. Upaya yang dilakukan pemerintah untuk mengendalikan angka morbiditas diare salah satunya dengan melakukan intervensi terpadu melalui pendekatan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat. Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat ini dilakukan untuk mengubah perilaku hygiene dan sanitasi melalui pemberdayaan masyarakat dengan pemicuan dalam pelaksanaannya

terdapat 5 pilar yaitu stop buang air besar sembarangan, cuci tangan pakai sabun, pengolahan air minum dan makanan rumah tangga, pengamanan sampah rumah tangga dan pengamanan limbah cair rumah tangga.

Berdasarkan Laporan Dinas Kesehatan Kota Jambi menunjukkan penemuan jumlah kasus diare anak tahun 2017 sebanyak 10.155 kasus mengalami peningkatan di tahun 2018 menjadi 10.781 kasus. Pada tahun 2019 penemuan kasus diare mengalami penurunan menjadi 7.939 kasus. Penemuan kasus diare di Kabupaten Merangin pada tahun 2020 sebanyak 6.370 pada jumlah penemuan kasus diare untuk semua umur. Masalah penyakit diare menjadi perhatian dan prioritas dalam pencegahannya pada Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Muara Madras Kabupaten Merangin. Berdasarkan data per Desember 2020, terdapat 8,5% dari total kasus diare di Kabupaten Merangin yang mengalami kejadian kasus diare 6.370 kasus. Terdapat 133 kasus diare yang terdeteksi di Puskesmas Muara Madras per desember 2020. Berdasarkan laporan tahunan Puskesmas Muara Madras Kecamatan Jangkat yang sudah memulai program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM), telah ada perubahan yang dialami oleh beberapa masyarakat yang telah di berikan pemicuan. Perubahan yang di maksud berupa kesadaran masyarakat dalam mempraktikkan hidup bersih dan sehat, serta lebih peduli akan isu sanitasi. Dimana masih ada enam desa lagi yang belum dilaksanakan Program STBM. Hingga saat ini UPTD Puskesmas Maura Madras Kecamatan Jangkat masih terus melakukan pemantauan kepada masyarakat untuk mengetahui perkembangan dari program STBM yang telah dilaksanakan. Pada tahap selanjutnya puskesmas akan melaksanakan pemicuan pada beberapa desa lain yang belum mendapat pemicuan sehingga program STBM dapat berlangsung merata di setiap desa. Berdasarkan uraian diatas, maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian tentang "**HUBUNGAN ANTARA PENERAPAN PROGRAM SANITASI TOTAL BERBASIS MASYARAKAT (STBM) DENGAN KEJADIAN DIARE DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS MUARA MADRAS KECAMATAN JANGKAT**".

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas,maka rumusan masalah penelitian ini adalah sebagai berikut : Adakah hubungan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) dengan kejadian Diare?

C. Tujuan penelitian

C.1 Tujuan Umum

Untuk mengidentifikasi hubungan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) dengan kejadian Diare di Wilayah kerja Puskesmas Muara Madras Kecamatan Jangkat Kabupaten Merangin.

C.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui hubungan antara perilaku Stop Buang Air Besar Sembarangan (STOP BABS) dengan kejadian diare
2. Mengetahui hubungan antara perilaku Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS) dengan kejadian diare
3. Mengetahui hubungan antara perilaku Pengelolaan Air Minum/Makanan Yang Aman (PAMM RT) dengan kejadian diare
4. Mengetahui hubungan antara perilaku Pengelolaan Sampah Rumah Tangga (PS RT) dengan kejadian diare
5. Mengetahui hubungan antara perilaku Pengelolaan Limbah Cair Rumah Tangga (PLC RT) dengan kejadian diare
6. Mengidentifikasi kejadian Diare Berdasarkan Karakteristik : Umur di Puskesmas Muara Madras Kecamatan Jangkat Kabupaten Merangin dengan kejadian diare

D. Manfaat Penelitian

D.1 Teoritis

Hasil penelitian ini dapat sebagai informasi baru tentang ilmu Sanitasi Lingkungan, terutama komunitas, dan keluarga dalam program pelayanan kesehatan di masyarakat.

D.2 Praktis

Hasil penelitian ini dapat memberikan masukan dan menguatkan data bagi Dinas Kesehatan dan Pukesmas dalam membuat kebijakan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan. Serta meningkatkan perilaku masyarakat akan pentingnya sanitasi lingkungan yang baik untuk mencegah penyakit diare. Selain itu dapat digunakan sebagai penambahan informasi bagi peneliti selanjutnya

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Diare

A.1 Definisi Diare

Diare merupakan penyakit yang sering dialami oleh manusia di kalangan manapun baik itu balita, anak-anak, dewasa, orangtua juga lanjut usia. *World Health Organization* mendefinisikan diare sebagai penyakit yang ditandai dengan buang air besar lebih dari tiga kali, perubahan bentuk dan konsistensi tinja lembek hingga mencair hingga dapat disertai dengan muntah atau tinja yang bercampur dengan darah (WHO, 2017). Brand, et al tahun 2015 menyatakan bahwa diare merupakan kondisi buang air besar sebanyak tiga kali dalam satu hari dengan konsistensi tinja cair. Dari beberapa definisi diare, maka dapat disimpulkan bahwa diare adalah penyakit yang menyebabkan buang air besar lebih dari tiga kali dalam satu hari dengan konsistensi tinja lembek hingga cair.

A.2 Klasifikasi Diare

Menurut Purnama, 2016 diare dapat di klasifikasikan menjadi 3 yaitu:

1. Diare Akut

Diare akut merupakan buang air besar dengan frekuensi buang air besar yang meningkat dengan konsistensi tinja cair ataupun lembek yang datangnya tiba-tiba. Diare akut berlangsung dalam waktu kurang dari 2 minggu tanpa diselang-selingi berhenti lebih dari 2 hari. Berdasarkan banyaknya cairan yang hilang dalam tubuh, tingkat diare akut dapat dibedakan menjadi 4 yaitu :

- a) Diare Tanpa Dehidrasi
- b) Diare Dengan Dehidrasi Ringan, Cairan yang hilang 2-5% dari berat badan.

- c) Diare Dengan Dehidrasi Sedang 7 Cairan yang hilang berkisar 5-8% dari berat badan
- d) Diare Dengan Dehidrasi Berat Cairan yang hilang lebih dari 8-10%.

2. Diare Persisten

Diare yang berlangsung hingga 15-30 hari, dimana diare persisten merupakan kelanjutan dari diare akut atau peralihan dari diare kronik.

3. Diare Kronik

Dalam kejadian diare kronik, diare dapat hilang dan timbul kembali dengan penyebab non-infeksi, seperti penyakit sensitif terhadap gluten atau gangguan metabolisme yang menurun. Diare kronik dapat berlangsung lebih dari 30 hari. Diare kronik merupakan diare yang bersifat menahun atau persisten dan berlangsung selama 2 minggu lebih.

A.3 Gejala Diare

Gejala dari diare biasanya ditandai dengan suhu tubuh meningkat, nafsus makan berkurang bahkan tidak ada, kemudian timbul diare (mencret) yang terjadi lebih sering dari biasanya dan di dalam tinja dapat disertai atau tidak lendir maupun darah. Warna dari tinja lama kelamaan menjadi kehijauan akibat dari bercampurnya tinja dengan cairan empedu. Anus menjadi lecet akibat dari defekasi yang terus menerus yang terjadi pada penderita, tinja semakin berbau asam karna banyaknya asam laktat yang tidak dapat diserap oleh usus selama mengalami diare. Kemudian gejala muntahpun hadir bahkan sebelum maupun sesudah terjadi diare yang disebabkan oleh lambung perut yang ikut meradang akibat dari gangguan keseimbangan asam dan elektrolit, akibatnya elektrolit tubuh (deficit elektrolit) penderita akan mengalami dehidrasi karbohidrat yang disertai dengan gejala muntah, nafas semakin cepat dan dalam, otot melemah, aritmia jantung, distensi abdomen dan hipoglikemia (yang pada umumnya terjadi pada anak yang malnutrisi (kekurangan gizi) dengan gejala kejang dan koma. Akibat dari diare maka dapat menyebabkan

dehidrasi dengan gejala berat badan menurun, kulit dan mulut menjadi kering. Menurut Kliegman, 8 Marcadante dan Jenson (2006) dalam (Purnama, 2016) dehidrasi dapat dibedakan menjadi 4 yaitu

1) Diare tanpa dehidrasi

2) Diare Dengan dehidrasi ringan (3-5%) : Penderita mengalami diare 3 kali atau lebih dalam satu hari, muntah, terasa haus, nafsu makan menurun, tekanan nadi atau takikardia minimum dan dalam pemeriksaan masih dalam batas normal.

3) Diare dengan dehidrasi sedang (5-10%) : Kencing yang kurang atau langsung tidak ada, iritabilitas atau lesu, mata dan ubun-ubun besar menjadi cekung, turgor kulit berkurang, selaput lendir bibir dan mulut serta kulit tampak kering, air mata berkurang dan masa pengisian kapiler memanjang (≥ 2 detik) dengan kulit yang dingin dan pucat.

4) Diare dengan dehidrasi berat (10-15%) : Kehilangan cairan tubuh semakin banyak diikuti dengan takikardi dengan pulsasi yang melemah, hipotensi dan tekanan nadi yang menyebar, tidak ada penghasilan urin, mata dan ubun-ubun besar menjadi sangat cekung, tidak ada produksi air mata, tidak mampu minum dan keadaannya mulai apatis, kesadarannya menurun dan juga masa pengisian kapiler sangat memanjang (≥ 3 detik) dengan kulit yang dingin dan pucat.

A.4 Faktor Penyebab Penyakit Diare

Diare dapat disebabkan oleh banyak faktor, menurut Depkes RI (2017), penyebab diare secara garis besar dapat dikelompokkan menjadi enam golongan yaitu:

1. Infeksi Agen penyebab penyakit diare karena infeksi, dapat digolongkan menjadi tiga, yaitu:
 - a) Bakteri Bakteri yang dapat menyebabkan penyakit diare diantaranya *Shigella*, *Salmonella*, *Echericia coli* (E. Coli),

Golongan vibrio, *Bacillus cereus*, *Clostridium perfringens*, *Staphylococcus aureus*, *Camphylo bacter*, serta *Aeromonas*.

- b) Virus Virus yang dapat menyebabkan penyakit diare diantaranya adalah *Rotavirus*, *Norwalk* dan *Norwalk Like*, serta *Adenovirus*. Penyebab diare terbesar disebabkan oleh virus yaitu virus dari golongan rotavirus.
- c) Parasit Parasit yang dapat menyebabkan penyakit diare diantaranya adalah Protozoa seperti *Entamoeba histolytica*, *Giardia lamblia*, *Balantidium coli*, *Cryptosporidium*. Cacing perut, seperti: *Ascaris*, *Trichuris*, *Stongloides*, dan *Blastissistis huminis*.

2. Malabsorbsi

Merupakan kegagalan usus dalam melakukan absorpsi yang mengakibatkan tekanan osmotik meningkat kemudian akan terjadi pergeseran air dan elektrolit ke rongga usus yang dapat meningkatkan isi rongga usus, atau dapat diartikan dengan ketidak mampuan usus menyerap zat-zat makanan tertentu sehingga menyebabkan diare.

3. Alergi

Alergi yaitu tubuh tidak tahan terhadap makanan tertentu, seperti alergi terhadap laktosa yang terkandung dalam susu sapi.

4. Keracunan

Keracunan yang dapat menyebabkan diare dapat dibedakan menjadi dua yaitu keracunan dari bahan-bahan kimia, serta keracunan oleh bahan yang dikandung dan diproduksi oleh makhluk hidup tertentu (seperti racun yang di hasilkan oleh jasad renik, algae, ikan, buah-buahan dan sayur-sayuran).

5. Immunodefisiensi

Immunodefisiensi dapat bersifat sementara (misalnya sesudah infeksi virus), atau bahkan berlangsung lama seperti pada penderita HIV/ AIDS. Penurunan daya tahan tubuh ini 10 menyebabkan seseorang lebih mudah terserang penyakit termasuk penyakit diare.

6. Sebab-Sebab lainnya

Faktor perilaku seperti tidak mencuci tangan setelah terhubung dengan feces ataupun setelah BAB, kemudian tidak mencuci tangan sebelum makan. Faktor lingkungan seperti ketidakterseediaanya jamban, air bersih, tempat pengolahan air limbah juga tempat pengelolaan sampah.

A.5 Penularan Penyakit Diare

Penyakit diare pada umumnya terjadi melalui fecal-oral, dapat dikenal juga sebagai fecal-oral transmission yaitu melalui fluids, fields, flies dan fingers (4F) (UNICEF/WHO, 2009; WHO, 2018). Cara penularan penyakit ini dapat melalui makanan dan/atau minuman yang terkontaminasi, adanya kontak langsung dengan tangan yang telah terkontaminasi, atau makanan yang wadah atau tempat makan dan/atau minum yang telah terkontaminasi akibat dari pencucian dengan air yang tercemar (Kemenkes RI, 2011). Dimana sumber air yang digunakan telah terkontaminasi bakteri *Escherichia coli* (E.coli) yang umumnya disebabkan oleh karena pencemaran tinja manusia yang diakibatkan oleh sanitasi yang buruk. Secara umum faktor resiko diare yang sangat berpengaruh terhadap terjadinya penyakit diare yaitu faktor lingkungan (tersedianya air bersih, jamban keluarga, pembuangan sampah, pembuangan air limbah), perilaku hidup bersih dan sehat, kekebalan tubuh, infeksi saluran pencernaan, alergi, malabsorpsi, keracunan, imunodefisiensi, serta sebab-sebab lain.

A.6 Pencegahan Penyakit Diare

Untuk mencegah penyebaran diare dapat dilakukan dengan cara:

1. Membiasakan diri mencuci tangan dengan menggunakan sabun sampai bersih pada lima waktu penting:
 - a. Sebelum makan.
 - b. Sesudah buang air besar (BAB).

- c. Sebelum menyentuh anak terutama yang paling rentan adalah balita.
 - d. Setelah membersihkan anak setelah buang air besar ataupun sesudah membersihkan kotoran anak pada pampers.
 - e. Sebelum proses menyediakan atau menghidangkan makan untuk siapapun.
2. Menggunakan air dari sumber yang bersih, disimpan dalam tempat penampungan yang bersih dan terhindar dari sumber pencemaran.
 3. Mengonsumsi air minum yang telah di masak terlebih dahulu
 4. Pengolahan sampah yang baik dengan cara pengalokasian tempat pembuangan sampah ditempatkan ditempat yang sudah sesuai, yang tidak berdekatan dengan tempat penyediaan makanan yang sudah jadi ataupun makanan belum jadi, agar makanan dapat terhindar dari cemaran vektor pembawa penyakit (lalat, kecoa dan tikus).
 5. Melakukan proses MCK (Mandi Cuci Kakus) pada tempatnya, dalam hal ini dalam pelaksanaannya sebaiknya dengan menggunakan WC/jamban yang memiliki septiktank (Ardyani, 2018).

A.7 Penanganan Diare

Penanganan diare yang dapat dilakukan langsung dalam rumah yaitu:

1. Terapi A Tanpa Dehidrasi Buang air besar 3-4 kali sehari atau disebut mulai mencret. Pengobatan dapat dilakukan di rumah oleh ibu atau anggota keluarga lainnya dengan memberikan makanan dan minuman yang ada di rumah seperti air kelapa, larutan gula garam (LGG), air tajen, air teh, maupun oralit. Istilah pengobatan ini adalah dengan menggunakan terapi Cara pemberian cairan yang dapat diberikan di rumah yaitu memberikan lebih banyak cairan, memberikan makanan terus menerus, membawa ke petugas kesehatan bila tidak membaik dalam 3 hari.
2. Dehidrasi Ringan Atau Sedang, Dengan Terapi B

Diare dengan dehidrasi ringan ditandai dengan hilangnya cairan sampai 5% dari berat badan, sedangkan pada diare sedang terjadi kehilangan 6-7% dari berat badan. Untuk mengobati diare pada derajat dehidrasi ringan/sedang digunakan terapi B, yaitu pada jam pertama, jumlah oralit yang digunakan bila berumur kurang dari 1 tahun sebanyak 300 ml, umur 1 – 4 tahun sebanyak 600 ml, dan umur lebih dari 5 tahun sebanyak 1.200 ml.

3. Dehidrasi Berat, dengan Terapi C

Diare dengan dehidrasi berat ditandai dengan mencret terus menerus, biasanya lebih dari 10 kali disertai muntah, kehilangan cairan lebih dari 10% berat badan. Diare diatasi dengan terapi C, yaitu perawatan di puskesmas atau RS untuk diinfus RL (Ringer Laktat)

1. Pemberian makanan

Pemberian makan seperti semula, namun dalam penanganan diare, makanan yang dikonsumsi dipastikan kebersihan baik dalam mengolah maupun menyajikan hingga boleh menjadi penyembuh bagi penderita diare.

2. Antibiotik Bila Perlu

Tidak semua yang mengalami diare harus menggunakan antibiotik karena sebagian penyebab diare adalah rotavirus yang tidak memerlukan antibiotik dalam penatalaksanaan kasus diare, karena tidak bermanfaat dan efek sampingnya juga dapat merugikan penderita (Widoyono, 2011:198). Dalam hal ini perhatikan lebih dulu penyebab dari pada diare hingga boleh memutuskan menggunakan antibiotik atau tidak.

3. Pemberian Zinc

Merupakan salah satu mikronutrien yang penting dalam tubuh. Zinc dapat menghambat enzim INOS (*Inducible Nitric Oxide Synthase*), dimana ekskresi enzim ini meningkat selama diare dan mengakibatkan hipersekresi epitel usus. Zinc juga berperan dalam

13 epitelisasi dinding usus yang mengalami kerusakan morfologi dan fungsi selama kejadian diare. Pemberian Zinc selama diare terbukti mampu mengurangi lama dan tingkat keparahan diare, mengurangi frekuensi buang air besar, mengurangi volume tinja, serta menurunkan kekambuhan kejadian diare pada 3 bulan berikutnya.

B. Konsep Dasar Sanitasi Total berbasis Masyarakat (STBM)

B.1 Pengertian STBM

Sanitasi dasar adalah sanitasi rumah tangga meliputi sarana buang air besar, sarana pengolahan sampah dan limbah rumah tangga (Kurikulum dan Modul Pelatihan STBM 2014).

Berbasis masyarakat adalah kondisi yang menempatkan masyarakat sebagai pengambil keputusan dan penanggung jawab dalam rangka menciptakan atau meningkatkan kapasitas masyarakat, untuk memecahkan berbagai persoalan terkait upaya peningkatan kualitas hidup, kemandirian, dan kesejahteraan ((Kurikulum dan Modul Pelatihan STBM 2014).

Sanitasi Total Berbasis Masyarakat juga sering disebut dengan STBM adalah pendekatan untuk merubah perilaku hygiene dan sanitasi melalui pemberdayaan masyarakat dengan metode pemicuan.(Permenkes,2014). Penyelenggara STBM adalah masyarakat, baik individu, rumah tangga, maupun kelompok-kelompok masyarakat.untuk memahami STBM maka pengertian berikut perlu di pahami :

1. Pemicuan dalah cara untuk mendorong perubahan perilaku higine dan saniter individu atau masyarakat atas kesadaran sendiri dengan menyentuh perasaan, pola piker, perilaku dan kebiasaan individu tau msyarakat.
2. Desa/kelurahan yang melaksanakan STBM adalah desa/kelurahan intervensi pendekatan stbm dan dijadikan target untuk mencapai kondisi sanitasi total dibutuhkan pencapaian kelima pilar STBM.

3. Desa/kelurahanODF/SBS adalah desa/kelurahan yang 100% masyarakatnya telah buang air besar di jamban sehat.
4. Desa STBM adalah desa yang telah mencapai 5 pilar STBM atau kondisi sanitasi total.

Program STBM mempunyai indicator outcome dan output . Indikator outcome ialah menurunkan kejadian penyakit berbasis lingkungan seperti Diare yang sangat erat kaitannya dengan sanitasi dan perilaku. Sedangkan indicator output yaitu setiap individu dan komunitas akses terhadap sarana sanitasi dasar untuk mewujudkan ODF (Open Defecation Free), Setiap rumah tangga dapat menerapkan pengelolaan air minum dan makanan yang aman, setiap rumah tangga dan sarana pelayanan umum tersedia fasilitas cuci tangan sehingga semua orang dapat mencuci tangan dengan benar, setiap rumah tangga mengelola limbah dan sampah dengan benar (Kurikulum dan Modul Pelatihan STBM,2014).

B.2 Tujuan STBM

Tujuan Penyelenggaraan STBM mewujudkan perilaku masyarakat yang higienis dan sanitasi secara mandiri dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.(Modul STBM-STUNTING,2018).

B.3 Sejarah Program Sanitasi

Jauh sebelum Indonesia merdeka, program sanitasi sudah dilakukan oleh masyarakat Indonesia. Tahun 1930, menteri hygiene Belanda, Dr.Heydrick melakukan kampanye untuk BAB di kakus. Di tahun 1936, didirikanlah sekolah menteri hygiene di Banyumas yaitu yang kemudian dikenal dengan Sekolah Pembantu Penilik Hygiene untuk mempromosikan hidup sehat dan melakukan upaya pencegahan penyakit.Untuk mendapatkan sumber daya manusia dalam melaksanakan program-program tersebut Kementerian Kesehatan mendirikan sekolah-sekolah kesehatan lingkungan, yang sekarang dikenal dengan nama Politeknik Kesehatan Jurusan Kesehatan

Lingkungan. Pemerintah mengeluarkan inpres nomor 5 tahun 1974 tentang bantuan pembangunan sarana kesehatan yang memerintahkan dibangunnya Gedung pusat kesehatan masyarakat(Puskesmas). Priode 1970-1997, Pemerintah melakukan beragam program pembangunan sanitasi. Program-program tersebut umumnya dilakukan dengan pendekatan keproyekan, sehingga factor keberlanjutannya sangat rendah. Hal ini secara tidak langsung menyebabkan rendahnya peningkatan akses sanitasi masyarakat.

Hasil studi Indonesia Sanitation Sector Development Program (ISSDP) mencatat hanya 53% dari masyarakat Indonesia yang BAB di jamban yang layak pada tahun 2007, sedangkan sisanya BAB di sembarang tempat. Lebih jauh hal ini berkorelasi dengan tingginya angka diare dan Penyakit-penyakit yang disebabkan oleh lingkungan yang bersih. Pembangunan sanitasi di Indonesia sebelum lahirnya STBM tahun 2008 pada umumnya dilakukan dengan pendekatan proyek dimana masyarakat sebagai sasaran program kurang terlibat dalam proses pengambilan keputusan, perencanaan, pelaksanaan maupun monitoring dan evaluasi. Desain proyek yang demikian mengakibatkan tidak terjaminnya keberlanjutan sarana. Sarana kurang dimanfaatkan dan dipelihara oleh masyarakat karna kurang merasa memiliki. Akibatnya kondisi sanitasi tetap buruk sehingga dampaknya yang diharapkan yaitu menurunnya kejadian penyakit berbasis lingkungan seperti diare tidak tercapai. Diare tetap menjadi kelompok terbesar di Indonesia. Pada tahun 2008, pemerintah mencanangkan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM), konsep STBM diadopsi dari konsep *community led total sanitasi* (CLST)

B.4 Prinsip - prinsip STBM

Prinsip-prinsip dalam pelaksanaan pendekatan STBM diambil dari pengalaman implementasi program pembangunan air minum dan sanitasi di masa lalu yang boleh dikatakan mengalami kegagalan. Prinsip-prinsip tersebut adalah sebagai berikut:

1. Tanpa Subsidi

Tidak boleh ada bantuan untuk masyarakat dari pemerintah atau pihak lain untuk menyediakan sarana sanitasi dasar

2. Masyarakat Sebagai Pemimpin

Memosisikan masyarakat sebagai pemimpin yang menentukan keputusan dan berinisiatif pembangunan sarana sanitasinya

3. Tidak menggurui/memaksa

Pihak luar berperan sebagai fasilitator dan mendorong masyarakat untuk melakukan kajian terhadap kondisi lingkungan dan perilaku masyarakat yang dapat merugikan dirinya sendiri serta menentukan solusi dari permasalahan yang ditemukan.

4. Totalitas

Oleh karna itu seluruh anggota masyarakat baik laki-laki atau perempuan, yang kaya atau miskin, yang tua atau muda (totalitas) terlibat dalam Analisa permasalahan, pemecahan, pelaksanaan serta pemanfaatan dan pemeliharaan sarana sanitasi dan perubahan perilaku hygiene dan saniter

B.5 Strategi STBM

Ada tiga strategi pokok pelaksanaan STBM :

1. Peningkatan kebutuhan dan permintaan sanitasi untuk mendapatkan perubahan perilaku yang higienis, saniter dan mencegah Penyakit berbasis lingkungan berupa:
 - 1) Pemicuan perubahan perilaku
 - 2) Promosi dan kampanye perubahan perilaku
 - 3) Penyampaian pesan melalui media massa dan komunikasi
 - 4) Membangun komitmen masyarakat dalam perubahan perilaku
 - 5) Memfasilitasi terbentuknya komite/tim kerja masyarakat
 - 6) Mengembangkan mekanisme penghargaan terhadap masyarakat melalui mekanisme kompetisi dan patokan kinerja daerah.

2. Peningkatan layanan penyediaan sanitasi untuk meningkatkan dan mengembangkan percepatan penyediaan akses dan layanan sanitasi yang layak serta aksesnya diantaranya sebagai berikut:
 - 1) Mengembangkan opsi teknologi sarana sanitasi sesuai kebutuhan dan terjangkau,
 - 2) Menciptakan dan memperkuat jejaringan pasar sanitasi
 - 3) Mengembangkan kapasitas pelaku pasar sanitasi termasuk wirausaha sanitasi
 - 4) Mempromosikan pelaku usaha sanitasi dalam rangka memberikan akses pelaku usaha sanitasi local ke potensi pasar (permintaan) sanitasi *on-site* potensial.
3. Penciptaan lingkungan yang kondusif strategi ini mencakup advokasi kepada para pemimpin pemerintah, pemerintah daerah, dan pemangku kepentingan dalam membangun komitmen bersama yang diharapkan akan menghasilkan :
 - 1) Komitmen pemerintah daerah menyediakan sumber daya untuk melaksanakan pendekatan STBM dan menyediakan anggaran untuk penguatan institusi,
 - 2) Kebijakan dan peraturan daerah mengenai program sanitasi seperti Surat Edaran Kepala Daerah, SK Bupati, Perda dan lain-lain,
 - 3) Terbentuknya Lembaga koordinasi yang mengharuskan utamakan sektor sanitasi
 - 4) Adanya tenaga fasilitator, pelatihan STBM dan peningkatan kapasitas,
 - 5) Adanya system pemantauan hasil kinerja dan proses pengelolaan pembelajaran.

Dengan strategi tersebut dapat membentuk penciptaan lingkungan yang kondusif untuk mendukung strategi tersebut ada beberapa indikator yang dapat menggambarkan lingkungan yang kondusif antara lain: kebijakan, kelembagaan, metodologi pelaksanaan program,

kapasitas pelaksanaan, produk dan perangkat, keuangan, pelaksanaan dengan biaya yang efektif, monitoring dan evaluasi.

B.6 Lima Pilar STBM

B.6.1 Pilar 1-Stop Buang Air Besar Sembarang (S BABS)

Adalah kondisi ketika individu dalam suatu komunitas tidak lagi melakukan perilaku BABS yang berpotensi menyebarkan penyakit diwujudkan melalui kegiatan membudayakan perilaku BAB sehat yang dapat memutuskan alur kontaminasi kotoran manusia sebagai sumber penyakit secara berkelanjutan, menyediakan dan memelihara sarana buang air besar yang memenuhi standar dan persyaratan kesehatan.

Jamban sehat merupakan sarana untuk buang air besar bagi masyarakat yang telah memenuhi standar dan persyaratan kesehatan yaitu:

- 1) Tidak mengakibatkan terjadinya penyebaran langsung bahan-bahan yang berbahaya bagi manusia akibat pembuangan kotoran manusia
- 2) Dapat mencegah vector pembawa untuk menyebarkan penyakit pada pemakai dan lingkungan sekitarnya (memutuskan alur penularan penyakit).

Standar dan persyaratan kesehatan bangunan jamban terdiri dari :

- 1) Bangunan atas jamban (dinding dan atap)
Bangunan atas jamban harus berfungsi untuk melindungi pemakai dari gangguan cuaca dan gangguan lainnya.
- 2) Bangunan tengah jamban
Lubang pembuangan kotoran dengan konstruksi leher angasa atau bias saja dengan diberikan penutup. Lantai jamban terbuat dari bahan kedap air, tidak licin dan

mempunyai saluran untuk pembuangan air bekas ke system Pembuangan Air Limbah (SPAL)

3) Bangunan bawah

Merupakan bangunan penampung, pengolah dan pengurai kotoran/tinja jenisnya dapat berupa Tangki Septik yang kedap dan tidak bocor dan Cubluk , cubluk hanya dapat digunakan dipedesasaan dengan kepadatan penduduk rendah dan sulit air.

Indikator dan kriteria pilar Stop BABS yaitu :

1. Jamban berfungsi dengan baik dan dapat digunakan untuk BAB,
1. Kloset/dudukan dibuat dengan aman
2. Sumur penampung kotoran dibuat dengan jarak aman lebih > 10m dan tidak mencemari sumber air
3. Ada penutup pada lubang, baik dan kering atau terdapat air di leher angsa,
4. Jamban telah meminimalkan lalat atau serangga vector lainnya dapat masuk ke lubang penampung tinja
5. Tidak ada fase di lantai/dinding/dudukan
6. Tidak terlihat kotoran manusia di halaman, ditimbunan sampah dan disaluran air
7. Semua masyarakat telah BAB hanya di jamban sehat dan membuang kotoran bayi serta lansia ke jamban sehat
8. Tidak tercium bau kotoran manusia di lingkungan sekitar.

Kriteria :

1. Penampungan kotoran manusia tidak mencemari sumber air

2. Menjaga tidak terjadinya kontak antara manusia dan kotoran manusia
3. Menjaga buangan kotoran manusia tidak menimbulkan bau
4. Kontuksi dudukan jamban dibuat dengan aman bagi pengguna

B.6.2 Pilar 2-Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS)

Cuci tangan dengan menggunakan sabun dan air bersih yang mengalir diwujudkan melalui kegiatan membudayakan perilaku CTPS di air bersih yang mengalir, menyediakan dan memelihara sarana cuci tangan yang dilengkapi dengan air mengalir, sabun, dan saluran pembuangan limbah. Perilaku ini sangat efektif mencegah dan menurunkan insiden diare sebesar 42-53%, dengan perlakuan ini satu juta kematian akibat diare dapat dicegah

Langkah-langkah CTPS yang benar:

1. Basahi kedua tangan dengan air bersih yang mengalir
2. Gosokkan sabun pada kedua telapak tangan sampai berbusa lalu gosok kedua punggung tangan, jari jemari, kedua jempol, sampai semua permukaan kena busa sabun
3. Bersihkan ujung-ujung jari dan sela-sela di bawah kuku
4. Bilas dengan air bersih sambil mengosok-gosokkan kedua tangan sampai sisa sabun hilang
5. Keringkan kedua tangan dengan memakai kain, handuk bersih, atau kertas tisu, atau mengibas-ibaskan kedua tangan sampai kering.

Waktu kritis yang mengahruskan praktik cuci tangan pakai sabun untuk mencegah diare dan ispa:

- 1) Sebelum makan
- 2) Sesudah air besar/kecil
- 3) Sebelum meneglolah dan mengidangkan makanan
- 4) Sesudah membersihkan kotoran bayi
- 5) Sebelum menyusui
- 6) Sebelum memberikan makan bayi/balita

Indikator dan keriteria CTPS

Indikator:

- 1) Terdapat sarana untuk cuci tangan dan
- 2) Terdapat sabun dan air bersih yang mengalir

Kriteria:

- 1) Terdapat sarana untuk cucitangan pakai sabun untuk digunakan sebelum makan
- 2) Ada air dan sabun di jamban atau di dekat jamban
- 3) Paham akan waktu-waktu penting kapan melakukan CTPS
- 4) Mampu mempraktekkan cara mencuci tangan dengan benar

B.6.3 Pilar 3-Pengolaan Air Minum dan Makanan di Rumah Tangga (PAMM-RT)

Pengoalahan air minum dan makanan dirumah tangga untuk memperbaiki dan menjaga kualitas air dari sumber yang akan digunakan untuk air minum, serta untuk menerapkan prinsip higinene sanitasi pangan dalam proses Pengelolaan makanan dirumah tangga, pilar ketiga ini dapat diwujudkan bila membudayaan perilaku pengolaan air layak minum dan makanan yang aman dan besih secara berkelanjutan . menyediakan dan memelihara tempat pengolaan air minum dan makanan rumah tangga yang sehat.

1. Pengolahan air minum rumah tangga dilakukan dengan cara:

- a. Pengolahan air baku, dilakukan apabila air baku keruh dengan cara pengolahan awal pengendapan dengan gravitasi alami, penyaringan dengan kain, dan penjernihan dengan bahan kimia/tawas.
- b. Pengolahan air minum dirumah tangga untuk mendapatkan kualitas air minum yang layak untuk dikonsumsi dengan menghilangkan bakteri dan kuman penyebab penyakit melalui Filtrasi, Klorinasi, Koagulasi dan Flokulasi (Penggumpalan), Desinfeksi.
- c. Wadah penyimpanan air minum setelah pengolahan air dengan cara wadah penyimpanan tertutup, berleher sempit atau lebih baik dilengkapi dengan keran. Wadah penyimpanan dicuci setelah tiga hari atau saat air habis, gunakan air yang sudah diolah sebagai air bilasan terakhir, penyimpanan air yang sudah diolah disimpan dalam tempat bersih dan selalu tertutup dan jauh dari jangkauan binatang, tempat minum dengan menggunakan gelas yang bersih dan kering dan tidak berperilaku meminum air langsung mengenai mulut atau wadah kran.

2. Pengolahan makanan tingkat rumah tangga

Pengolahan pangan yang baik dan benar akan menghasilkan pangan yang bersih, sehat, aman dan bermanfaat serta tahan lama. Untuk menjamin hygiene sanitasi pangan perlu melaksanakan 6 prinsip hygiene sanitasi pangan seperti berikut:

- 1) Pemilihan bahan pangan : Pangan hewani(berasal dari hewan), pangan nabati (berasal dari tumbuhan), pangan fermentasi, dan pangan olahan pabrik.
- 2) penyimpanan bahan makanan sesuai dengan suhunya:
 - a. penyimpanan sejuk dengan suhu penyimpanan 10° - 15°C untuk jenis minuman, buah dan sayuran,
 - b. penyimpanan dingin dengan suhu penyimpanan 4° - 10°C untuk bahan pangan yang berprotein yang akan segera diolah kembali,

- c. Penyimpanan beku dengan suhu penyimpanan $< 0^{\circ}\text{C}$ untuk bahan pangan protein yang mudah rusak dalam waktu > 24 jam
- 3) pengolahan bahan makanan yang baik adalah yang mengikuti kaidah dari prinsip-prinsip hygiene dan sanitasi. Dapur yang memenuhi standar dan pryaratannya hygiene dan sanitasi untuk mencegah risiko pencemaran (kontaminasi silang dan kontaminasi ulang terhadap pangan, beberapa hal yang penting dalam persiapan di dapur adalah:
- a. Ventilasi harus cukup baik agar asap dan udara panas dapat keluar dengan sempurna.
 - b. Lantai, dinding dan ruangan bersih dan terpelihara agar menekan kemungkinan pencemaran terhadap pangan,
 - c. Meja peracikan bersih dan permukaannya kuat/tahan goresan agar bebas irisan tidak masuk kedalam pangan,
 - d. Ruangan bebas lalat dan tikus,
 - e. Peralatan masak dan peralatan makanan dan minum harus dalam keadaan bersih dan siap digunakan,
 - f. Wadah penyimpanan pangan harus dalam keadaan bersih, penyimpanan makanan harus terpisah seperti pangan matang dan pangan mentah serta setiap jenis makanan,
 - g. Peracikan bahan pangan harus dicuci di air yang mengalir hingga bersih, buang bahan-bahan yang rusak atau layu.
- 4) penyimpanan makanan masak harus berada di suhu yang cocok untuk mencegah tumbuhnya bakteri pada makanan harus pada suhu di bawah 10°C atau di atas 60°C .
- 5) pengangkutan makanan yang sehat akan sangat berperan di dalam mencegah terjadinya pencemaran pangan, oleh karena itu prinsip pengangkutan makanan siap santap harus di perahatkan seperti berikut: wadah masing-masing makanan terpisah, isi pangan tidak melebihi wadahnya, pengangkutan pangan harus diatur suhunya, wadah selama dalam perjalanan tidak boleh dibuka, dan kendaraan

pengangkut disediakan khusus dan tidak digunakan untuk mengangkut bahan lain.

6) penyajian makanan. Makanan yang dinyatakan laik santap dapat dilakukan uji organoleptik atau uji biologis atau uji laboratorium bila ada kecurigaan terhadap makan tersebut.

Penyimpanan makanan memiliki prinsip sebagai berikut:

- a. prinsip wadahnya ialah setiap makanan tempatkan dalam wadah terpisah masing-masih dan harus teretutup,
- b. prinsip kedap air artinya pangan yang mengandung kadar air tinggi di campur pada saat menjelang di hidangkan untuk mencegah makanan rusak,
- c. prinsip edible part artinya setiap bahan yang di sajikan dalam penyajian adalah merupakan pangan yang dapat dimakan,
- d. prinsip memisah ialah setiap pangan yang ditempatkan harus sesuai dengan jenisnya,
- e. perinsip panas ialah setiap penyajian yang di sajikan panas diusahakan tetap dalam keadaan panas,
- f. prinsip bersih ialah setiapa peralatan yang digunakan seperti wadah dan tutupnya harus dicuci dengan cara higienis,
- g. prinsip handling artinya setiap penanganan pangan maupun alat makanan tidak kontak langsung dengan anggota tubuh terutama tangan dan bibir.

Hal penting dalam pilar PAMM-RT:

- 1) cuci tangan sebelum menangani air minum dan mengelolah makan siap santap
- 2) mengelolah air minum secukupnya sesuai dengan kebutuhan rumah tangga
- 3) gunakan air yang sudah diolah untuk mencuci sayuran dan buah siap santap serta untuk mengelolah makanan siap santap
- 4) tidak mencelupkan tangan ke dalam air yang sudah diolah menjadi air minum

- 5) secara periodic meminta petugas kesehatan untuk melakukan pemeriksaan air guna pengujian laboratorium.

Indikator dan kriteria pilar PAMM-RT

Indikator:

- a. pengolahan air minum
 - 1) pengolahan air yang akan dikonsumsi
 - 2) melakukan pewadahan pada tempat yang bersih dan tertutup
 - 3) perilaku pengolahan air minum (untuk membunuh bakteri dan penjernihan)
- b. pengelolaan makanan rumah tangga
 - 1) Pemilahan bahan makanan
 - 2) Penyimpanan bahan baku
 - 3) Pengelolaan makanan
 - 4) Pengangkutan
 - 5) Penyajian

Kriteria:

- a. Pengolahan air minum:
 - 1) Sudah melalui minimal 1 proses pengolahan untuk membunuh bakteri
 - 2) Wadah yang dipergunakan bersih dan tertutup agar terhindar dari rekontaminasi.
- b. Pengelolaan makanan:
 - 1) Tempat dan alat masak bersih
 - 2) Hygiene sanitasi penjamah
 - 3) Kondisi makanan yang laik untuk dikonsumsi
 - 4) Tempat penyimpanan terhindar dari rekontaminasi
 - 5) Alat makanan bersih
 - 6) Tempat makanan bersih
- c. keluarga belum memenuhi pengolahan air minum dan makan rumah tangga(PAMM-RT) jika:

- 1) Air dan makan tidak melalui proses pengolahan
- 2) Alat dan tempat masak tidak bersih
- 3) Kotor dan terbuka
- 4) Penjamah tidak higienis
- 5) Kondisi makan tidak sehat/basi
- 6) Tempat makan dan minuman tidak bersih.

B.6.4 Pilar 4-Pengamanan sampah rumah tangga (PS-RT)

Pengamanan sampah rumah tangga (PS-RT) adalah perilaku pengamana sampah dalam tingkat rumah tangga dengan segera menangani sampah rumah tangga. Merupakan kegiatan pengelolaan sampah di rumah tangga dengan mengedepankan prinsip mengurangi, memakai ulang, dan mendaur ulang.

Prilaku pilar ke-4 STBM diwujudkan melalui kegiatan sebagai berikut:

- 1) Membudayakan perilaku memilah sampah rumah tangga sesuai dengan jenisnya dan membuang sampah rumah tangga di luar rumah secara rutin.
- 2) Melakukan pengurangan(reduce), penggunaan kembali (reuse), dan pengolahan kembali (recycle)
- 3) Menyediakan dan memelihara sarana pembuangan sampah rumah tangga di luar rumah.

Prinsip-prinsip dalam pengaman sampah:

1. Reduce yaitu mengurangi sampah dengan mengurangi pemakaian barang atau benda yang tidak terlalu dibutuhkan dengan cara:
 - a. Mengurangi pemakaian kantong plastik
 - b. Mengatur dan merencanakan pembelian kebutuhan rumah tangga secara rutin misalnya sebulan sekali
 - c. Mengutamakan membeli produk berwadah sehingga dapat diisi ulang
 - d. Memperbaiki barang-barang yang rusak

- e. Membeli produk atau barang yang tahan lama
- 2. Reuse yaitu memanfaatkan barang yang sudah tidak terpakai tanpa mengubah bentuk seperti:
 - a. Sampah rumahtangga yang dapat dimanfaatkan seperti koran bekas, kardus, kaleng susudan sebagainya. Barang-barang tersebut dapat dimanfaatkan kembali sebagai tempat penyimpanan tusuk gigi, perhiasan dan sebagainya
 - b. Memanfaatkan lembaran yang kosong pada kertas yang sudah digunakan untuk membuat buku cetak bekas untuk perpustakaan rumah atau untuk umum
 - c. Menggunakan kembali kantong belanjaan untuk belanja berikutnya.
- 3. Recycle adalah mendaur ulang kembali barang lama menjadi barang baru seperti:
 - a. Sampah organik dapat dimanfaatkan sebagai pupuk dengan cara pembuatan kompos,
 - b. Sampah anorganik dapat didaur ulang menjadi sesuatu yang dapat digunakan kembali,
 - c. Sampah yang sudah dipilah dapat disetorkan ke bank sampah terdekat.

Indikator dan kriteria pilar PS-RT

Indicator:

1. Masyarakat memiliki perilaku membuang sampah diluar rumah secara rutin, serta memilah sampah rumah tangga sesuai dengan jenisnya,
2. Melakukan reduce, reuse dan recycle pada sampah rumah tangga
3. Menyediakan dan memelihara sarana pembuangan sampah diluar rumah

Kriteria:

1. Masyarakat yang telah melakukan pengamalan sampah rumah tangga ketika 3 indikator telah terpenuhi

2. Untuk sampah organik jika belum ada pengangkutan sampah, masyarakat boleh melakukan penimbunan,
3. Tidak terlihat sampah beserakan di lingkungan rumah dan di dalam rumah
4. Di masing-masing rumah terdapat tempat sampah yang tertutup untuk tempat sampah organik dan anorganik.

B.6.5 Pilar 5- Pengamanan Limbah Cair Rumah Tangga (PLC-RT)

Melakukan kegiatan pengolahan limbah cair di rumah tangga yang berasal dari sisa kegiatan mencuci, kamar mandi dan dapur yang memenuhi standar baku mutu kesehatan lingkungan dan prsyarat kesehatan yang mampu memutuskan mata rantai penularan penyakit, pilar ke-5 STBM dapat diwujudkan dengan melalui kegiatan:

- a. Melakukan pemisahan saluran limbah cair rumah tangga melalui sumur resapan dan saluran pembuangan air limbah, dan pengolahan limbah rumah tangga dengan IPAL(Intalasi Pengolahan Air Limbah)
- b. Menyediakan dan menggunakan penampungan limbah cair rumah tangga,
- c. Memelihara saluran pembuangan dan penampungan limbah cair rumah tangga.

Prinsip pengamanan limbah cair rumah tangga adalah:

- a. Air limbah kamar mandi dan dapur tidak boleh tercampur dengan air limbah dari jamban,
- b. Tidak boleh menjadi tempat perindukan vector
- c. Tidak boleh menimbulkan bau
- d. Tidak boleh ada genangan yang menyebar lantai licin dan rawan kecelakaan
- e. Terhubung dengan saluran limbah umum/got atau sumur resapan.

Indikator dan keriterian pilar PLC-RT

Indikator:

1. Tidak terdapat genangan air
2. Limbah cair rumah tangga disalurkan pada lubang resapan/SPAL yang tertutup atau terisi oleh batu
3. Limbah cair rumah tangga disalurkan di saluran drainase/ got dan tidak tergenang
4. Limbah cair rumah tangga dimanfaatkan untuk menyaring tanaman.

Kriteria:

1. Tidak terlihat genangan air disekitar rumah terkait limbah cair domestic
2. Limbah cair sudah diamankan sebelum dibuang.

B.7 Manfaat dan Tujuan Pelaksanaan Lima Pilar STBM

Dengan terselenggaranya 5 pilar STBM akan membantu masyarakat untuk mencapai tingkat higienitas yang paripurna, terwujudnya lingkungan yang bersih dan sehat, dan kondisi yang lebih baik yang akan meningkatkan martabat masyarakat karena terhindar dari predikat desa/kelurahan yang “jorok”, menghindari mereka dari resiko kesakitan dan kematian akibat sanitasi yang tidak sehat dan mencegah terjadinya penyakit berbasis lingkungan dan Stunting. Tujuan pelaksanaan lima pilar STBM untuk mewujudkan perilaku masyarakat yang higienis, saniter, menerapkan pola hidup dengan baik secara mandiri dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya secara mandiri dan berkeadilan.

B.8 Tangga Perubahan Perilaku Visi STBM

Menurut Grimly dan Prochaska (1997) perubahan kebiasaan atau perilaku tidak terjadi secara otomatis, akan tetapi terjadi secara bertahap, umumnya mengikuti tangga perubahan perilaku, Perilaku baru yang

diperkenalkan kepada masyarakat pada tahap awal masyarakat akan menilai perilaku tersebut apakah menimbulkan masalah atau malah sebaliknya justru akan baik dan sehat. Jika penilaian mereka baik maka akan berkelanjutan ke tahap yang kedua yaitu sadar akan dan paham setelah masyarakat sadar akan perilaku baru maka akan berlanjut ke tahap ke-3 yakni menaruh minat untuk mencoba bertindak melakukan perilaku baru tersebut.

Jika masyarakat merasakan manfaat dalam proses mencoba perilaku baru, maka berkelanjutan dengan tindakan melakukan perilaku baru dan demikian perilaku baru akan dilakukan menjadi kebiasaan sehari-hari dan dilakukan secara berkesinambungan. Tangga perubahan perilaku sanitasi

Tangga perubahan perilaku hygiene dan sanitasi masyarakat ialah tahap perkembangan perubahan perilaku dari kebiasaan awal yang masih buang air besar sembarang, tidak berperilaku cuci tangan dengan benar, tidak mengelola sampah dan limbah cair rumah tangga dengan berubah mempraktikkan perilaku higienis dan saniter dengan budaya sehari-hari hidup bersih dan sehat.

Bila masyarakat sudah membudayakan praktik perilaku higienis dan saniter secara permanen maka sarana sanitasi menjadi suatu hal yang tidak dipisahkan sehingga akan terjadi kondisi sanitasi total sesuai dengan tujuan pendekatan STBM. Perilaku hygiene tidak dapat dipromosikan untuk seluruh rumah tangga secara bersamaan, promosi harus berfokus pada satu atau dua perilaku yang berkaitan pada saat bersamaan.

1) Perilaku BABS

Perilaku BABS adalah kebiasaan masyarakat yang masih membuang kotoran di tempat yang terbuka dan tanpa adanya pengolahan tinja. Kondisi masyarakat yang seperti ini perlu dilakukan sebuah kegiatan untuk melakukan perubahan perilaku secara kolektif dengan pendekatan

STBM, hal-hal yang perlu dilakukan terkait dengan kondisi masyarakat seperti ini adalah:

- a. Diadakannya pemukiman ke masyarakat yang difasilitasi sebagai fasilitator STBM,
- b. Dari pemukiman tersebut diharapkan munculnya natural leader atau komite yang dibentuk oleh komunitas masyarakat tersebut,
- c. Komite yang terbentuk mempunyai rencana aksi yang sistematis dalam rangka menuju status SBS,
- d. Adanya kegiatan pemantauan sarana terus menerus yang dilakukan oleh individu maupun kelompok dari masyarakat tersebut,
- e. Tersedianya peningkatan akses sanitasi untuk masyarakat dengan kualitas sesuai dengan standar kesehatan dengan harga terjangkau,

2) Perilaku STOP BABS

Perilaku STOP BABS (Stop Buang air besar Sembarangan) adalah kebiasaan sehari-hari masyarakat yang tidak lagi membuang kotoran ditempat yang terbuka dan sudah dilakukan pengolahan tinjanya yang efektif untuk memutuskan rantai penularan penyakit. Perilaku SBS ini biasanya diikuti dengan kemauan masyarakat yang mempunyai kemampuan untuk mendapatkan akses sarana sanitasi yang dimulai dari saranan jamban sehat yang sederhana sampai dengan yang tingkat sarana jambannya sudah bagus system pengolahannya seperti IPAL komunal maupun IPAL terpusat.

Ketika masyarakat secara keseluruhan telah berperilaku SBS maka dikatakan komunitas tersebut mencapai kondisi Desa/Kelurahan SBS/ODF dimana kondisi komunitas tersebut sebagai berikut:

- a. 100% masyarakat sudah berubah prilakunya dengan status SBS (sudah terverifikasi oleh tim verifikasi dari puskesmas setempat)
- b. Adanya rencana untuk merubah perilaku higienis lainnya,
- c. Adanya aturan dari masyarakat untuk menjaga status SBS,
- d. Adanya pemantauan dan verifikasi secara berkala.

3) Perilaku Higienis dan Saniter

Perilaku Higienis dan Saniter diartikan sebagai kebiasaan sehari-hari masyarakat yang sudah tidak lagi BAB sembarangan dengan akses sarana sanitasi jamban yang sehat dan berperilaku higienis saniter lainnya yang merupakan bagian dari salah satu 4 pilar yang lainnya seperti perilaku cucitangan pakai sabun, mengolah air minum dan makanan yang aman, mengolah sampah dan mengolah limbah cair rumah tangga.

Ketika masyarakat secara keseluruhan sudah berperilaku higienis dan saniter maka dikatakan komunitas tersebut dinyatakan mencapai kondisi Desa/Kelurahan STBM dimana kondisi komunitas tersebut harus sudah berkondisi sebagai berikut:

- a. 100% masyarakat sudah berubah perilakunya dengan status Desa/Kelurahan SBS (sudah terverifikasi oleh tim verifikasi dari puskesmas setempat),
- b. Terjadinya peningkatan kualitas sarana sanitasi yang ada,
- c. Terjadinya perubahan perilaku higienis saniter lainnya di masyarakat,
- d. Adanya upaya pemasaran dan promosi sanitasi untuk pilar-pilar STBM yang lainnya,
- e. Adanya pemantauan dan evaluasi secara berkala.

4) Perilaku sanitasi Total

Perilaku sanitasi total ialah kebiasaan sehari-hari masyarakat yang sudah mempraktikkan perilaku higienis sanitasi secara permanen dimana kebiasaan ini meliputi:

1. Tidak buang air besar sembarangan
2. Mencuci tangan pakai sabun di air yang mengalir
3. Mengolah air minum dan makanan yang aman
4. Mengolah sampah dengan aman
5. Mengolah limbah cair rumah tangga dengan aman.

Ketika masyarakat secara keseluruhan sudah berperilaku sanitasi total maka dikatakan komunitas tersebut mencapai kondisi Desa/kelurahan STBM dengan Kondisi Sanitasi Total.

B.9 Alur Progam

B.9.1 Pelaku Pemicuan

Tim Fasilitator STBM Desa/kelurahan yang terdiri dari relawan, tokoh masyarakat, tokoh agama, dengan dukungan kepala desa dapat dibantu oleh orang lain yang berasal dari dalam ataupun dari luar Desa tersebut. Bidan desa, diharapkan akan berperan sebagai pendamping, terutama ketika ada pertanyaan masyarakat terkait medis, dan pendampingan lanjutan serta pemantauan dan evaluasi.

1. Posyandu diharapkan dapat bertindak sebagai wadah kelembagaan yang ada di masyarakat yang akan dimanfaatkan sebagai tempat edukasi, pemicuan, pelaksanaan pembangunan, pengumpulan alternatif pendanaan sampai dengan pemantauan dan evaluasi
2. Kader Posyandu diharapkan juga dapat sebagai fasilitator yang ikut serta dalam kegiatan pemicuan di desa,
3. Natural leader dapat dipakai sebagai anggota Tim Fasilitator STBM Desa untuk keberlanjutan STBM (Permenkes, 2014).

B.9.2 Langkah-langkah Pemicuan

Proses Pemicuan dilakukan satu kali dalam periode tertentu, dalam 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. Biasanya sang pelopor ini disebut dengan natural leader.

1. Pengantar pertemuan

- 1) Memperkenalkan diri beserta semua anggota tim dan membangun hubungan setara dengan masyarakat yang akan dipicu.
- 2) Menjelaskan tujuan keberadaan kader dan fasilitator
- 3) Menjelaskan bahwa kader dan atau fasilitator akan banyak bertanya dan minta kesediaan masyarakat yang hadir untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan dengan jujur.
- 4) Menjelaskan bahwa kader dan atau fasilitator akan banyak bertanya dan minta kesediaan masyarakat yang hadir untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan dengan jujur.
- 5) 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

Pencairan suasana dilakukan untuk menciptakan suasana akrab antara fasilitator dan masyarakat sehingga masyarakat akan terbuka untuk menceritakan apa yang terjadi.

3. Identifikasi istilah-istilah yang terkait dengan sanitasi Fasilitator atau kader dapat memulai dengan pertanyaan, misalnya “Siapa yang melihat atau mencium bau kotoran manusia pada hari ini?” “Siapa saja yang BAB ditempat terbuka pada hari ini?”

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
 - d. (tandai mana yang punya dan yang tidak punya jamban, sarana cuci tangan,tempat pembuangan sampah, saluran limbah cair rumah tangga).
 - e. 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.
 - f. Melakukan diskusi tentang peta tersebut dengan cara meminta peserta untuk berdiri berkelompok sesuai dengan dusun/RT. Minta mereka mendiskusikan dusun/RT mana yang paling kotor? Mana yang nomor 2 kotor dan seterusnya.
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
- 1) Alur kontaminasi
 - a. Menayangkan gambar-gambar yang menunjukkan alur kontaminasi penyakit.
 - b. Tanyakan: Apa yang terjadi jika lalat-lalat tersebut hinggap di makanan anda? Di piring anda? Di wajah dan bibir anak kita?
 - c. Kemudian tanyakan: Jadi apa yang kita makan bersama makanan kita?

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

2) Simulasi air yang terkontaminasi

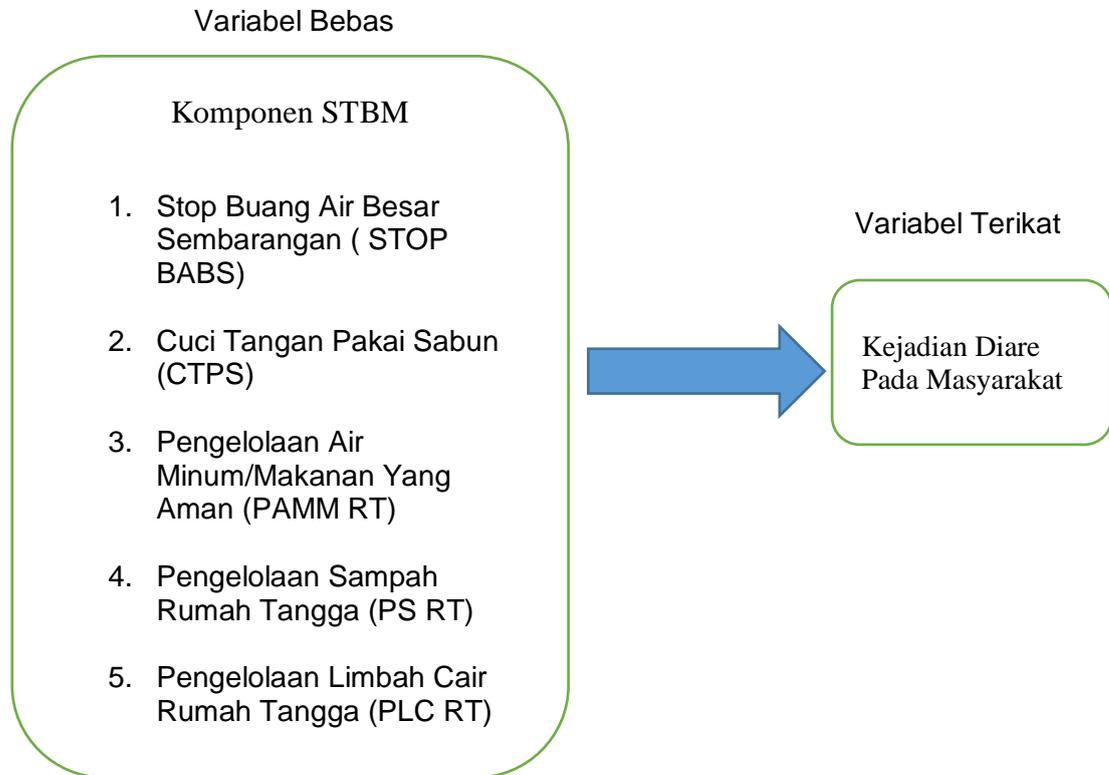
- a. Siapkan 2 gelas air mineral yang utuh dan minta salah seorang anggota masyarakat untuk minum air tersebut. Lanjutkan ke yang lainnya, sampai mereka yakin bahwa air tersebut memang layak diminum.
- b. Minta 1 helai rambut kepada salah seorang peserta, kemudian tempelkan rambut tersebut ke tinja yang ada di sekitar kita, celupkan rambut ke air yang tadi diminum oleh peserta.
- c. Minta peserta yang minum air tadi untuk meminum kembali air yang telah diberi dicelup rambut bertinja.
- d. Minta juga peserta yang lain untuk meminumnya. Ajukan pertanyaan: Kenapa tidak yang ada berani minum?
- e. Tanyakan berapa jumlah kaki seekor lalat dan beritahu mereka bahwa lalat mempunyai 6 kaki yang berbulu. Tanyakan: Apakah lalat bisa mengangkat 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% (seratus persen) STBM (minimal pilar 1), masyarakat didorong untuk mendeklarasikannya, jika perlu memasang papan pengumuman.
- g. Untuk menjamin agar masyarakat tidak kembali ke perilaku semula, masyarakat perlu membuat aturan lokal, contohnya denda bagi anggota masyarakat yang masih BAB di tempat terbuka.
- h. Mendorong masyarakat untuk terus melakukan perubahan perilaku hygiene dan sanitasi sampai tercapai Sanitasi Total (Permenkes, 2018)

C. Kerangka Konsep



Gambar 2.1 Kerangka Konsep

Keterangan :

1. Variabel Independen (Bebas): Stop Buang Air Besar Sembarangan (STOP BABS), Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS), Pengelolaan Air Minum/Makanan Yang Aman (PAMM RT), Pengelolaan Sampah Rumah Tangga (PS RT) dan Pengelolaan Limbah Cair Rumah Tangga (PLC RT) masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Muara Madras Kecamatan Jangkat Kabupaten Merangin .
2. Variabel Dependen (Terikat): Kejadian Diare Pada masyarakat yang tercatat secara administrasi di Puskesmas Muara Madras Kecamatan Jangkat Kabupaten Merangin.

D. Definisi Operasional

No.	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil	Skala Ukur
1.	Pilar 1 Stop Buang Air Besar Sembarangan	Perilaku keluarga dalam buang air besar/membuang tinja di jamban sehat atau membuang limbah/lumpur tinja tidak ke lingkungan terbuka (hanya ke saluran tangka septik)	Checklist	Baik ($X > 2,5$) Kurang Baik ($X \leq 2,5$)	Ordinal
2.	Pilar-2 Cuci Tangan Pakai Sabun	Perilaku keluarga dalam melakukan cuci tangan pakai sabun dan air mengalir setiap setelah melakukan kegiatan BAB dan pada waktu penting untuk cuci tangan pakai sabun	Checklist	Baik ($X > 1,5$) Kurang Baik ($X \leq 1,5$)	Ordinal
3.	Pilar-3 Pengelolaan Air Minum dan Makanan Rumah Tangga	Perilaku pengolahan dan air layak minum dan makanan yang aman dan bersih serta pemeliharannya	Checklist	Baik ($X > 2,5$) Kurang Baik ($X \leq 2,5$)	Ordinal
4.	Pilar-4 Pengelolaan Sampah Rumah Tangga	Perilaku memilah sampah rumah tangga sesuai dengan jenisnya dan membuang sampah rumah tangga di luar rumah secara rutin	Checklist	Baik ($X > 2$) Kurang Baik ($X \leq 2$)	Ordinal
5.	Pilar-5 Pengelolaan Limbah Cair Rumah Tangga	Perilaku pemisahan saluran limbah cair rumah tangga melalui sumur resapan dan saluran pembuangan air limbah	Checklist	Baik ($X > 1,5$) Kurang Baik ($X \leq 1,5$)	Ordinal
6.	Kejadian Diare	Kasus diare yang terjadi secara administrasi di wilayah	Checklist	1 = Diare	Ordinal

kerja puskesmas muara madras kecamatan jangkat mulai
dari bulan januari hingga juli yaitu 24 kasus.

0 = Tidak
Diare

E. Hipotesis

1) Jika nilai p value $< 0,05$ maka H_0 (Hipotesis Nihil) ditolak ; H_a diterima = ada hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat

2) Jika nilai p value $> 0,05$ maka H_0 (Hipotesis Nihil) penelitian diterima ; H_a (Hipotesis Alternatif) ditolak = Tidak ada hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat.

1. H_0 = Tidak ada hubungan antara Pilar-1 Buang Air Besar Sembarangan dengan kejadian diare pada masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Muara Madras Kecamatan Jangkat.

H_a = ada hubungan antara Pilar-1 Buang Air Besar Sembarangan dengan kejadian diare pada masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Muara Madras Kecamatan Jangkat.

2. H_0 = Tidak Ada hubungan antara Pilar-2 Cuci Tangan Pakai Sabun dengan kejadian diare pada masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Muara Madras Kecamatan Jangkat

H_a = Ada hubungan antara Pilar-2 Cuci Tangan Pakai Sabun dengan kejadian diare pada masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Muara Madras Kecamatan Jangkat.

3. H_0 = Tidak Ada hubungan antara Pilar-3 Pengelolaan Air Minum dan Makanan dengan kejadian diare pada masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Muara Madras Kecamatan Jangkat.

H_a = Ada hubungan antara Pilar-3 Pengelolaan Air Minum dan Makanan dengan kejadian diare pada masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Muara Madras Kecamatan Jangkat.

4. H_0 = Tidak Ada hubungan antara Pilar-4 Pengelolaan Sampah Rumah Tangga dengan kejadian diare pada masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Muara Madras Kecamatan Jangkat.

H_a = Ada hubungan antara Pilar-4 Pengelolaan Sampah Rumah Tangga dengan kejadian diare pada masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Muara Madras Kecamatan Jangkat.

5. H_0 = Tidak Ada hubungan antara Pilar -5 Pengelolaan Limbah Cair Rumah Tangga dengan kejadian diare pada masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Muara Madras Kecamatan.

Ha = Ada hubungan antara Pilar -5 Pengelolaan Limbah Cair Rumah Tangga dengan kejadian diare pada masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Muara Madras Kecamatan Jangkat.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Desain Penelitian

Penelitian ini termasuk dalam penelitian Kuantitatif. Jenis penelitian yang digunakan adalah analitik observasional dengan desain penelitian *case control*.

B. Lokasi dan Waktu Penelitian

B.1. Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian ini dilaksanakan di wilayah Puskesmas Muara Madras Kecamatan Jangkat.

B.2. Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada bulan Juli - Agustus 2022.

C. Populasi dan Sampel

C.1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh rumah tangga (tercatat secara administratif dalam satu kartu keluarga) yang tinggal menetap di desa-desa wilayah kerja Puskesmas Muara Madras, kecamatan jangkat.

C.2. Sampel Penelitian

Sampel dalam penelitian ini ialah kasus diare yang tercatat secara administrasi di Puskesmas Muara Madras dari bulan januari – Juli tercatat sebanyak 24 kasus.

Dimana dengan perbandingan case control 1:1 Sehingga data yang di perlukan ialah 24 orang yang di diagnosa kasus diare dan yang tidak Diare 24 orang. Dimana peneliti menetapkan ciri-ciri khusus yang sesuai

dengan tujuan penelitian sehingga diharapkan dapat menjawab permasalahan penelitian.

D. Jenis Dan Cara Pengumpulan Data

D.1. Data Primer

Data primer diperoleh langsung dari hasil wawancara dan pengukuran yang disampaikan dengan panduan kuesioner yang ditunjukkan kepada responden di Wilayah Kerja Puskesmas Muara Madras didapat dengan cara melakukan wawancara langsung kepada informan dan pemberian kuesioner kepada responden.

D.2. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang tidak langsung diperoleh atau diambil oleh peneliti tetapi diperoleh dari data yang sudah ada atau diperoleh dari pihak yang bersangkutan seperti dari Puskesmas Muara Madras; data pasien yang mengalami diare dan data Profil Puskesmas Muara Madras

E. Instrumen Penelitian

Instrumen pengumpulan data yang akan digunakan dalam penelitian ini antara lain: Lembar kuesioner wawancara.

F. Cara Pengumpulan Data

F.1. Kuesioner

Teknik ini dilakukan dengan cara memberikan daftar pertanyaan kepada responden untuk dijawab dan melakukan observasi langsung keadaan sanitasi Rumah Responden.

F.2. Studi Pustaka (*Library*)

Penelitian perpustakaan adalah penelitian dengan cara mencari, menganalisa, membuat interpretasi serta mengeneralisasikan fakta-fakta yang merupakan pendapat, karya para ahli dan hasil kerja yang dapat digali

dari buku. Peneliti melakukan observasi dari buku dan data-data pendukung yang berasal dari penelitian terdahulu di internet.

G. Pengolahan Data

Tahap pengolahan data sebagai berikut :

G.1. Editing

Adalah meneliti kembali jawaban yang diberikan responden.

G.2. Scoring

Untuk penelitian ini diberi urutan pemberian skor sebagai berikut :

Ya = Penilaian responden terhadap hal tersebut diberi skor 1

Tidak = Penilaian responden terhadap hal tersebut diberi skor 0

Pemberian skor pada masing – masing jawaban Pertanyaan sebanyak 21 (dua puluh satu) pertanyaan dengan jawaban alternatif jika jawaban “ya = diberi skor 1, tidak = diberi skor 0”.

Untuk pembuatan kategori “baik” dan “kurang baik” sebagai berikut :

1. Stop Buang Air Besar Sembarangan dan Pengelolaan Air Minum dan Makanan

Rumah Tangga = Nilai maksimal 5 dan minimal 0

$$\text{Cuts of point} = \frac{(5 + 0)}{2} = 2,5$$

Kategori Baik = $X > 2,5$

Kategori Kurang Baik = $X \leq 2,5$

2. Cuci Tangan Pakai Sabun dan Pengelolaan Air Limbah Rumah Tangga

Nilai maksimal 3 dan minimal 0

$$\text{Cuts of point} = \frac{(3 + 0)}{2} = 1,5$$

Kategori Baik = $X > 1,5$

Kategori Kurang Baik = $X \leq 1,5$

3. Pengelolaan Sampah Rumah Tangga

Nilai maksimal 4 dan minimal 0

$$\text{Cuts of point} = \frac{(4 + 0)}{2} = 2$$

Kategori Baik = $X > 2$
Kategori Kurang Baik = $X \leq 2$

H. Analisa Data

H.1. Analisa Univariat

Analisis ini dilakukan tiap variabel dari hasil penelitian (Soekidjo Notoatmodjo,2002). Analisis ini dilakukan untuk menggambarkan masing-masing, baik variable bebas 5 PILAR Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (Stop Buang Air Besar Sembarangan (STOP BABS), Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS), Pengelolaan Air Minum/Makanan Yang Aman(PAMM RT), Pengelolaan Sampah Rumah Tangga (PS RT) dan Pengelolaan Limbah Cair Rumah Tangga (PLC RT), variabel terikat (kejadian Diare).

H.2. Analisa Bivariat

Analisis bivariat adalah analisa yang dilakukan dengan cara uji *chi square* untuk mengetahui ada tidaknya hubungan yang signifikan antara masing-masing variabel bebas dengan variabel terikat. Hipotesis yang digunakan adalah Hipotesis Alternatif (H_a), hipotesis yang menyatakan adanya perbedaan suatu kejadian antara dua kelompok. Atau hipotesis yang menyatakan adanya hubungan antara variabel satu dengan variabel lainnya (Sutanto, 2016). Dasar pengambilan hipotesis penelitian berdasarkan pada tingkat signifikan (nilai p), yaitu :

- 1) Jika nilai p value $< 0,05$ maka H_0 (Hipotesis Nihil) ditolak ; H_a diterima = ada hubungan antara variabel bebas dengan variable terikat
- 2) Jika nilai p value $> 0,05$ maka H_0 (Hipotesis Nihil) penelitian diterima ; H_a (Hipotesis Alternatif) ditolak = Tidak ada hubungan antara variabel bebas dengan variable terikat.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

A.1. Gambaran Umum Kecamatan Jangkat

Puskesmas Muara Madras terletak di Desa Muara Madras Kecamatan Jangkat Kabupaten Merangin Propinsi Jambi, Berada pada Titik Koordinat :S=2,641584 (2° 38' 29,7" S) E = 101,895144 (101° 53' 42,52" E). Dengan luas wilayah ± 93.723Ha. Kecamatan Jangkat merupakan kecamatan di Kabupaten Merangin, Jambi, Indonesia. Kecamatan Jangkat dengan jumlah penduduk kurang lebih 9.890 jiwa dan setiap tahunnya terus mengalami peningkatan (BPS, 2019).

Yang terbagi menjadi :

- Dataran Tinggi ± 50 %
- Dataran Rendah/Area Persawahan ± 30 % dan

Secara Geografis Kecamatan Jangkat merupakan daerah yang berbatasan langsung dengan Provinsi Bengkulu, Ujung sebelah selatan dari Provinsi Jambi yaitu:

- Barat Berbatasan Dengan Kabupaten Kerinci
- Timur Berbatasan Dengan Kecamatan Sungai Tenang
- Utara Berbatasan Dengan Kecamatan Lembah Masurai
- Selatan Berbatasan Dengan Provinsi Bengkulu

A.1.1. Demografi

Distribusi jumlah penduduk berdasarkan jenis kelamin di Kecamatan Jangkat :

Tabel 4.1
Distribusi Jumlah Penduduk
Berdasarkan Jenis Kelamin di Kecamatan Jangkat Tahun 2020

No	Jenis kelamin	Jiwa	Persentase (%)
----	---------------	------	----------------

1	Laki-laki	4.828	51,3
2	Perempuan	4.592	48,7
	Total	9.420	100

Berdasarkan tabel diatas diketahui bahwa proporsi penduduk berdasarkan jenis kelamin yaitu laki-laki sebanyak 4.828 (51,3%) jiwa dan perempuan sebanyak 4.592 (48,7) jiwa. Sosial Budaya dan Ekonomi ,Sebagian besar penduduk pada wilayah kerja Puskesmas Muara Madras menganut Agama Islam dengan berbagai Etnis Suku Bangsa antara lain : Penduduk Asli Pribumi Jangkat, Minang, Bengkulu, Lampung, Palembang Pagar Alam, dan Jawa.Namun di Jangkat memiliki tradisi yang cukup Indah dan masih sangat unik. Mayoritas pendidikan penduduk sudah membaik setidaknya sudah tamatan sekolah menengah atas (SMA) bahkan sudah ada sampai jenjang strata 2 (S2) di berbagai kota seperti jawa dan tentunya di sumatera sendiri, sangat jarang mendapatkan anak yang tidak sekolah pada saat ini atau yang putus sekolah. Pada umumnya Penduduk wilayah kerja Puskesmas Muara Madras berpenghasilan menengah ke bawah dengan sebagian besar mata pencaharian utama sebagai Petani.

A.1.2. Wilayah

Status Wilayah di Kecamatan Jangkat saat ini masih termasuk daerah Pedesaan yang sangat terpencil. Walaupun dalam dua tahun ini Jalan dari Ibu Kota Kabupaten ke Kecamatan Jangkat sudah terkategori lancar, tetapi Kecamatan Jangkat masih terbilang cukup Jauh \pm 144 KM dari Pusat Kota yaitu Kabupaten Merangin,didukung juga oleh Faktor Alam yang mengakibatkan Jalan menuju Jangkat Berkelok-kelok, mendaki dan menurun yang cukup curam, yang membutuhkan tenaga extra untuk sampai ke tujuan. Wilayah kerja Puskesmas Muara Madras meliputi 11 Desa dengan Jarak Masing- masing Ke Puskesmas Induk (Kecamatan) antara lain sbb :

1. Desa Muara Madras \pm 00 - 03 Km, Roda dua, Aspal
2. Desa Lubuk Pungguk \pm 03 – 06 Km, Roda dua, Aspal, \pm 5 Menit

3. Desa Pulau Tengah ± 06 - 17 Km, Roda dua, Aspal, ± 10 Menit
4. Desa Renah Alai ± 17 – 23 Km, Roda dua, Aspal, ± 25 Menit
5. Desa Rantau Kemas ± 27 – 30 Km, Roda dua, Jalan Tanah, ± 4 Jam
6. Desa Lubuk Mentilin ± 30 – 38 Km, Roda dua, Jalan Tanah, ± 5 Jam
7. Desa Tanjung Kasri ± 38 – 44 Km, Roda dua, Jalan Tanah, ± 7 Jam
8. Desa Renah Kemumu ± 44 – 50 Km, Roda dua dan Sebagian Jalan Kaki ± 9 jam
9. Desa Koto Rawang ± 17 – 25 Km, Jalan Kaki ± 5 Jam
10. Desa Koto Renah ± 07 – 10 Km, Aspal, Roda dua ± 20 Menit
11. Desa Renah Plaan ± 09 – 15 Km, roda dua Jalan Tanah ± 1,5 Jam

A.1.3. Transportasi

Keadaan Geografis yang berupa pegunungan dan perbukitan menyebabkan akses ke masing-masing desa cukup sulit dijangkau, apalagi pada cuaca hujan karena berlumpur. Beberapa desa harus di tempuh dengan kendaraan roda dua dan berjalan kaki antara lain Desa Koto Rawang, Desa Renah Kemumu, Desa Renah Plaan, desa lubuk mentilin, dan Desa Tanjung Kasri, walaupun pada musim panas desa-desa tersebut terkadang sebagian dapat juga dilalui oleh kendaraan bermotor roda empat. Pada Tahun 2013, Akses jalan ke kabupaten sudah lancar (Aspal), sehingga jarak ke kabupaten sudah dapat di tempuh dalam waktu yang relatif singkat (3-4 jam) saja.

B. Analisis Univariat dan Bivariat

B.1 Analisis Univariat

Analisi ini dilakukan untuk mendapatkan gambaran distribusi frekuensi masing-masing, baik variabel bebas (Stop Buang Air Besar Sembarangan (STOP BABS), Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS), Pengelolaan Air

Minum/Makanan Yang Aman(PAMM RT), Pengelolaan Sampah Rumah Tangga (PS RT), Pengelolaan Limbah Cair Rumah Tangga (PLC RT) variabel terikat (Kejadian Diare). Adapun hasil analisisnya sebagai berikut :

B.1.1 Stop Buang Air Besar Sembarangan (STOP BABS)

Analisa ini dilakukan untuk mendapatkan Distribusi Frekuensi Pelaksanaan Stop Buang Air Besar Sembarangan (STOP BABS) adalah sebagai berikut :

Tabel 4.2
Distribusi Frekuensi Pelaksanaan Pilar 1
Stop Buang Air Besar Sembarangan (STOP BABS)

No	STOP BUANG AIR BESAR SEMBARANGAN	Frekuensi	Persentase (%)
1	Baik	30	62,5
2	Kurang Baik	18	37,5
	Total	48	100

Berdasarkan tabel diatas dapat diketahui bahwa dari 48 Responden yang di observasi terdapat 30 (62,5%) dikategori baik dalam melaksanakan Stop buang air besar sembarangan. Sedangkan 18 (37,5) kategori kurang baik dalam melaksanakan Stop Buang Air Besar Sembarangan.

B.1.2 Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS)

Analisa ini dilakukan untuk mendapatkan Distribusi Frekuensi Pelaksanaan Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS). Adapun hasil analisisnya adalah sebagai berikut :

Tabel 4.3
Distribusi Frekuensi Pelaksanaan Pilar 2
Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS)

No	CUCI TANGAN PAKAI SABUN	Frekuensi	Persentase (%)
1	Baik	30	62,5
2	Kurang Baik	18	37,5

Total	48	100
-------	----	-----

Berdasarkan tabel diatas dapat diketahui bahwa dari 48 Responden yang di observasi terdapat 30 (62,5%) dikategori baik dalam melaksanakan Cuci Tangan Pakai Sabun. Sedangkan 18 (37,5%) kategori kurang baik dalam Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS).

B.1.3 Distribusi Frekuensi Pengelolaan Air Minum dan Makanan Rumah Tangga

Analisa ini dilakukan untuk mendapatkan Distribusi Frekuensi Pelaksanaan Pengelolaan Air Minum dan Makanan Rumah Tangga (PAMMRT). Adapun hasil analisisnya adalah sebagai berikut :

Tabel 4.4
Distribusi Frekuensi Pelaksanaan Pilar 3
Pengelolaan Air Minum dan Makanan Rumah Tangga (PAMMRT)

No	Pengelolaan Air Minum dan Makanan Rumah Tangga (PAMM RT)	Frekuensi	Persentase (%)
1	Baik	37	77,1
2	Kurang Baik	11	22,9
	Total	48	100

Berdasarkan tabel diatas dapat diketahui bahwa dari 48 Responden yang di observasi terdapat 37 (77,1%) dikategori baik dalam melaksanakan Stop buang air besar sembarangan. Sedangkan 11 (22,9%) kategori kurang baik dalam melaksanakan Pengelolaan Air Minum dan Makanan Rumah Tangga.

B.1.4 Distribusi Frekuensi Pengelolaan Sampah Rumah Tangga

Analisa ini dilakukan untuk mendapatkan Distribusi Frekuensi Pelaksanaan Pengelolaan Sampah Rumah Tangga (PSRT). Adapun hasil analisisnya adalah sebagai berikut :

Table 4.5
Distribusi Frekuensi Pelaksanaan Pilar 4
Pengelolaan Sampah Rumah Tangga (PSRT)

No	Pengelolaan Sampah Rumah Tangga (PS RT)	Frekuensi	Persentase (%)
1	Baik	26	54,2
2	Kurang Baik	22	45,8
	Total	48	100

Berdasarkan tabel diatas dapat diketahui bahwa dari 48 Responden yang di observasi terdapat 26 (54,2%) dikategori baik dalam melaksanakan Pengelolaan Sampah Rumah Tangga. Sedangkan 22 (45,8%) kategori kurang baik dalam melaksanakan Pengelolaan Sampah Rumah Tangga.

B.1.5 Distribusi Frekuensi Pengelolaan Air Limbah Rumah Tangga

Analisa ini dilakukan untuk mendapatkan Distribusi Frekuensi Pelaksanaan Pengelolaan Air Limbah Rumah Tangga (PALRT). Adapun hasil analisisnya adalah sebagai berikut :

Tabel 4.6
Distribusi Frekuensi Pelaksanaan Pilar 4
Pengelolaan Air Limbah Rumah Tangga (PALRT)

No	Pengelolaan Air Limbah Rumah Tangga (PAL RT)	Frekuensi	Persentase (%)
1	Baik	24	50
2	Kurang Baik	24	50
	Total	48	100

Berdasarkan tabel diatas dapat diketahui bahwa dari 48 responden yang di observasi terdapat 25 (50%) Kategori baik dalam melaksanakan Pengelolaan Air Limbah Rumah Tangga. Sedangkan 24 (50%) kategori kurang baik dalam melaksanakan Pengelolaan Air Limbah Rumah Tangga.

B.1.6 Distribusi Frekuensi Kejadian Diare

Analisa ini dilakukan untuk mendapatkan gambaran distribusi frekuensi kejadian Diare. Adapun hasil analisisnya adalah sebagai berikut :

Tabel 4.7

Distribusi Frekuensi Kejadian Diare di Kecamatan Jangkat

No	Kejadian Diare	Frekuensi	Persentase (%)
1	Diare (Kasus)	24	50%
2	Tidak Diare (Kontrol)	24	50%
	Total	48	100%

Berdasarkan tabel diatas dapat diketahui bahwa yang mengalami Diare selama 5 bulan terakhir sebanyak 24 (50%). Sedangkan yang tidak mengalami Diare sebanyak 24 (50%) selama 5 bulan terakhir.

B.2 Analisa Bivariat

Analisis Bivariat dilakukan untuk menganalisa hubungan antara penerapan sanitasi total berbasis masyarakat (Stop Buang Air besar sembarangan, cuci tangan pakai sabun, pengelolaan air minum dan makanan rumah tangga, pengelolaan sampah rumah tangga, pengelolaan air limbah rumah tangga) dengan kejadian diare. Uji yang dilakukan untuk mencari hubungan yang signifikan dengan menggunakan Uji Statistik dengan Chi-Square kemudian ditentukan kekuatan hubungannya mencari Odd Ratio (OR) dengan tingkat kepercayaan 95% CI (Confidence Interval) dan nilai $p < 0,05$ ($\alpha < 0,05$). Adapun hasil analisis tersebut dapat dilihat pada tabel berikut

Tabel 4.8

Tabel Silang Stop Buang Air Besar Sembarangan (STOP BABS) terhadap Kejadian Diare di Kecamatan Jangkat Tahun 2022

STOP BUANG AIR BESAR SEMBARANGAN	Kejadian Diare				Jumlah		X ²	OR	P _{Value}
	Kasus		Kontrol		F	%			
	F	%	F	%					
Baik	12	25	18	37,5	30	62,5			
Kurang Baik	12	25	6	12,5	18	37,5	2,2	3,0	0,136
Total	24	50	24	50	48	100			

Tabel 4.8 menunjukkan Responden yang melaksanakan Stop BABS dengan baik sebanyak 30 Responden (62,5%) diantaranya 12 responden (25%) mengalami diare dan 18 responden (37,5%) tidak mengalami diare sedangkan responden dengan kategori kurang baik dalam melaksanakan Perilaku Stop Buang Air Besar Sembarangan sebanyak 18 responden (37,5%) dengan yang mengalami diare sebanyak 12 responden (25%) dan 6 responden (12,5%) tidak mengalami diare.

Dari tabel 4.8 di atas diperoleh hasil perhitungan nilai p-value sebesar 0,136 ($0,136 > 0,05$), maka H_0 diterima dan H_a ditolak. Hal ini menunjukkan bahwa tidak signifikan antara variabel stop buang air besar sembarangan dengan kejadian diare di wilayah Kerja Puskesmas Muara Madras Kecamatan Jangkat tahun 2022. Berdasarkan hasil Odd Ratio yang didapatkan dari perhitungan yaitu 3,0 berarti tingkat responden 3,0 kali lebih besar terjangkit penyakit diare.

Tabel 4.9

Tabel Silang Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS) terhadap Kejadian Diare di Kecamatan Jangkat Tahun 2022

CUCI TANGAN PAKAI SABUN	Kejadian Diare				Jumlah		X ²	OR	P _{Value}
	Kasus		Kontrol		F	%			
	F	%	F	%					

Baik	11	22,9	19	39,6	30	62,5			
Kurang Baik	13	27,1	5	10,4	18	37,5	4,356	4,4	0,037
Total	24	50	24	50	48	100			

Tabel 4.9 menunjukkan Responden yang melaksanakan cuci tangan pakai sabun dengan baik sebanyak 30 Responden (62,5%) diantaranya 11 responden (22,9%) mengalami diare dan 19 responden (39,6%) tidak mengalami diare sedangkan responden dengan kategori kurang baik dalam melaksanakan Perilaku cuci tangan pakai sabun sebanyak 18 responden (37,5%) dengan yang mengalami diare sebanyak 13 responden (27,1%) dan 5 responden (10,4%) tidak mengalami diare.

Dari tabel 4.9 di atas diperoleh hasil perhitungan nilai p-value sebesar 0,037 ($0,037 < 0,05$), maka H_0 ditolak dan H_a diterima. Hal ini menunjukkan bahwa ada hubungan signifikan antara variabel cuci tangan pakai sabun dengan kejadian diare di wilayah Kerja Puskesmas Muara Madras Kecamatan Jangkat tahun 2022. Berdasarkan hasil Odd Ratio yang didapatkan dari perhitungan yaitu 4,4 berarti tingkat responden 4,4 kali lebih besar terjangkit penyakit diare.

Tabel 4.10

Tabel Silang Pengelolaan Air Minum dan Makanan Rumah Tangga terhadap Kejadian Diare di Kecamatan Jangkat Tahun 2022

PENGELOLAAN AIR MINUM DAN MAKANAN RUMAH TANGGA	Kejadian Diare				Jumlah		X^2	OR	P_{Value}
	Kasus		Kontrol		F	%			
	F	%	F	%					
Baik	16	33,3	21	43,8	37	77,1			
Kurang Baik	8	16,7	3	6,2	11	22,9	1,887	3,5	0,170
Total	24	50	24	50	48	100			

Tabel 4.10 menunjukkan Responden yang melaksanakan Pengelolaan air minum dan makanan rumah tangga dengan baik sebanyak 37 Responden (77,1%) diantaranya 16 responden (33,3%) mengalami diare dan 21 responden (43,8%) tidak mengalami diare

sedangkan responden dengan kategori kurang baik dalam melaksanakan Pengelolaan air minum dan makanan rumah tangga sebanyak 11 responden (22,9%) dengan yang mengalami diare sebanyak 8 responden (16,7%) dan 3 responden (6,2%) tidak mengalami diare.

Dari tabel 4.10 di atas diperoleh hasil perhitungan nilai p-value sebesar 0,170 ($0,170 > 0,05$), maka H_0 diterima dan H_a ditolak. Hal ini menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan signifikan antara variabel pengelolaan air minum dan makanan rumah tangga dengan kejadian diare di wilayah Kerja Puskesmas Muara Madras Kecamatan Jangkat tahun 2022. Berdasarkan hasil Odd Ratio yang didapatkan dari perhitungan yaitu 3,5 berarti tingkat responden 3,5 kali lebih besar terjangkit penyakit diare.

Tabel 4.11

Tabel Silang Pengelolaan Sampah Rumah Tangga terhadap Kejadian Diare di Kecamatan Jangkat Tahun 2022

PENGELOLAAN SAMPAH RUMAH TANGGA	Kejadian Diare				Jumlah		X^2	OR	P_{Value}
	Kasus		Kontrol		F	%			
	F	%	F	%					
Baik	9	18,8	17	35,4	26	54,2			
Kurang Baik	15	31,2	7	14,6	22	45,8	4,112	4,0	0,043
Total	24	50	24	50	48	100			

Tabel 4.11 menunjukkan Responden yang melaksanakan pengelolaan sampah rumah tangga dengan baik sebanyak 26 Responden (54,2%) diantaranya 9 responden (18,8%) mengalami diare dan 17 responden (35,4%) tidak mengalami diare sedangkan responden dengan kategori kurang baik dalam melaksanakan Perilaku cuci tangan pakai sabun sebanyak 22 responden (45,8%) dengan yang mengalami diare sebanyak 15 responden (31,2%) dan 7 responden (14,6%) tidak mengalami diare.

Dari tabel 4.11 di atas diperoleh hasil perhitungan nilai p-value sebesar 0,043 ($0,043 > 0,05$), maka H_0 ditolak dan H_a diterima. Hal ini menunjukkan bahwa ada hubungan signifikan antara variabel pengelolaan sampah rumah tangga dengan kejadian diare di wilayah Kerja Puskesmas Muara Madras Kecamatan Jangkat tahun 2022. Berdasarkan hasil Odd Ratio yang didapatkan dari perhitungan yaitu 4,0 berarti tingkat responden 4,0 kali lebih besar terjangkit penyakit diare.

Tabel 4.12

Tabel Silang Pengelolaan Air Limbah Rumah Tangga terhadap Kejadian Diare di Kecamatan Jangkat Tahun 2022

PENGELOLAAN AIR LIMBAH RUMAH TANGGA	Kejadian Diare				Jumlah		X^2	OR	P_{Value}
	Kasus		Kontrol		F	%			
	F	%	F	%					
Baik	7	14,6	17	35,4	24	50	6,750	5,8	0,009
Kurang Baik	17	35,4	7	14,6	24	50			
Total	24	50	24	50	48	100			

Tabel 4.12 menunjukkan Responden yang melaksanakan pengelolaan air limbah rumah tangga dengan baik sebanyak 24 Responden (50%) diantaranya 7 responden (14,6%) mengalami diare dan 17 responden (35,4%) tidak mengalami diare sedangkan responden dengan kategori kurang baik dalam melaksanakan pengelolaan air limbah rumah tangga sebanyak 24 responden (50%) dengan yang mengalami diare sebanyak 17 responden (35,4%) dan 7 responden (14,6%) tidak mengalami diare.

Dari tabel 4.12 di atas diperoleh hasil perhitungan nilai p-value sebesar 0,009 ($0,009 < 0,05$), maka H_0 ditolak dan H_a diterima. Hal ini menunjukkan bahwa ada hubungan signifikan antara variabel pengelolaan limbah cair rumah tangga dengan kejadian diare di wilayah Kerja Puskesmas Muara Madras Kecamatan Jangkat tahun 2022. Berdasarkan hasil Odd Ratio yang didapatkan dari perhitungan yaitu 5,8 berarti tingkat responden 5,8 kali lebih besar terjangkit penyakit diare.

C. PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil penelitian dilihat dari besarnya risiko kejadian diare 5,8 kali lebih besar terhadap pelaksanaan pengelolaan limbah cair rumah tangga sehingga yang menjadi permasalahan utama adalah Pilar ke-5 yaitu Pengelolaan Limbah Cair Rumah Tangga. Hasil penelitian menunjukkan dari 48 responden yang melaksanakan Pengelolaan Limbah Cair Rumah Tangga dengan baik ada 24 orang dengan angka kejadian diare 7 orang dan ada 17 orang yang tidak mengalami diare. Sedangkan penduduk yang melaksanakan pengelolaan limbah cair dengan kurang baik ada 24 orang dengan angka kejadian diare 17 orang dan 7 orang yang tidak mengalami diare. Berdasarkan hasil uji statistic chi-square mempunyai nilai P_{value} sebesar 0,009 ($0,009 < 0,05$) yang berarti pelaksanaan pengelolaan limbah cair rumah tangga mempengaruhi kejadian diare di wilayah kerja Puskesmas Muara Madras dengan. Berdasarkan tabel pertanyaan 6 pada parameter pengamanan limbah cair rumah tangga mempunyai rata-rata rendah yaitu jawaban responden 22,67 (11,02%). Berdasarkan tabel pada pertanyaan parameter pengamanan limbah cair rumah tangga item terendah adalah soal nomer 19 dan 20 dimana sebagian responden menjawab tidak sehingga dapat disimpulkan bahwa pengamanan limbah cair rumah tangga masih kurang karena sebagian responden masih memiliki saluran air limbah yang kurang yaitu saluran terbuka dan tidak lancar sehingga masih ada air limbah yang menggenang, namun air limbah sudah dikelola baik yaitu dialirkan ke sumur resapan. Pengamanan limbah yang kurang akan menyebabkan berkembang biakan penyakit hal ini sesuai dengan Depkes RI (2014) bahwa prinsip pengamanan limbah cair rumah tangga adalah sebagai berikut: Air limbah kamar mandi dan dapur tidak boleh tercampur dengan air dari jamban, Tidak boleh menjadi tempat perindukan vektor penyakit, Tidak boleh menimbulkan bau, Tidak boleh ada genangan, Terhubung dengan saluran limbah umum/got atau sumur resapan. Hasil survey dan wawancara terhadap responden ditemukan penyebab hal tersebut terjadi seperti:

- a) Masih banyak yang membuang air limbah kesungai sehingga dapat mencemari sumber air bersih

- b) Ada juga yang membuang air limbah di pekarangan ,kebun,atau sawah sehingga dapat mencemari Tanah dan mengundang binatang seperti lalat,air limbah yang mengandung kuman diare dapat masuk ke air bersih dan makanan
- c) Kurangnya kesadaran dan pengetahuan responden dalam pengolahan air limbah rumah tangga
- d) Faktor ekonomi juga menghambat untuk pembangunan sarana SPAL karna mayoritas responden bekerja sebagai petani
- e) Belum ada edukasi untuk pembuatan sarana sumur resapan yang dapat digunakan untuk menyaring air limbah sebelum di buang ketanah dan sungai

Sanitasi total berbasis masyarakat dipengaruhi oleh faktor pendanaan yaitu penghasilan keluarga perbulan dimana semakin besar penghasilan keluarga maka semakin tinggi kemampuan keluarga untuk meningkatkan sanitasi dengan memenuhi kebutuhan sanitasi salah satunya adalah pembuatan jamban sehat.

Faktor pendanaan merupakan faktor yang harus ada untuk membiayai sebuah aktivitas termasuk perencanaan pembangunan dengan adanya sumber dana dapat memberikan jaminan akan terlaksananya perencanaan tersebut (Riyadi, 2004). Pentingnya faktor pendanaan terhadap program pembangunan disampaikan oleh Akhirani (2004) yang menyatakan adanya keterkaitan antara faktor pendanaan dengan pembangunan kesehatan, besarnya alokasi dana merupakan salah satu unsur strategis dalam pembangunan kesehatan, tersedianya sejumlah dana tertentu dan pemanfaatan yang baik dari alokasi dana tersebut serta efisien dalam penggunaan akan mendukung suksesnya pembangunan kesehatan. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Teguh priatno dkk (2014) didapatkan hasil bahwa faktor pendanaan mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap keberhasilan progam STBM.

Berdasarkan hasil penelitian dilihat dari besarnya risiko kejadian diare 4,4 kali lebih besar terhadap pelaksanaan Cuci Tangan Pakai Sabun sehingga yang menjadi permasalahan kedua adalah Pilar ke-2 yaitu Cuci

Tangan Pakai Sabun. Hasil penelitian yang diperoleh dari 48 responden menunjukkan bahwa jumlah penduduk dengan melaksanakan CTPS yang baik ada 30 orang dengan angka kejadian diare 11 orang dan 19 orang yang tidak mengalami diare. Sedangkan penduduk yang melaksanakan CTPS dengan kurang baik ada 18 orang dengan angka kejadian diare 13 orang dan 5 orang yang tidak mengalami diare, berdasarkan hasil uji statistic chi-square Pada pelaksanaan Cuci Tangan Pakai Sabun mempunyai nilai P_{value} sebesar 0,037 ($0,037 < 0,05$) yang berarti pelaksanaan Cuci Tangan Pakai Sabun mempengaruhi kejadian diare di wilayah kerja Puskesmas Muara Madras. Berdasarkan hasil survey dan wawancara masih banyak responden yang tidak melaksanakan CTPS di waktu yang tepat seperti pada saat sebelum memegang bayi, sebelum masak, sesudah memegang hewan peliharaan (ternak) dan sesudah Buang Air Besar (BAB). Kurangnya kesadaran dan pengetahuan responden tentang pentingnya mencuci tangan di waktu yang tepat dan dengan cara yang benar dengan sabun dan pada air yang mengalir serta masih melekat dengan kental budaya mencuci tangan menggunakan air kobokan.

Berdasarkan tabel pada pertanyaan parameter cuci tangan pakai sabun item terendah adalah soal nomer 6 dimana 20 responden (41,67%) mengatakan tidak mempunyai sarana tempat cuci tangan. Sarana tempat cuci tangan harus ada pada setiap rumah didalam anggota keluarga, sarana tempat cuci tangan yang sesuai akan memudahkan setiap anggota keluarga untuk melakukan cuci tangan menggunakan sabun dengan benar dan waktu yang tepat untuk cuci tangan karena cuci tangan yang benar dapat mencegah terjadinya kuman yang masuk dalam tubuh salah satunya yaitu kuman penyebab diare.

Hal ini sesuai dengan teori dari UNICEF/WCARO (2008) yang menyebutkan bahwa cuci tangan menggunakan sabun adalah salah satu cara yang murah untuk mencegah penyakit diare. Mencuci tangan dengan air saja kurang efektif dalam menghilangkan kuman peyakit jika dibanding dengan mencuci tangan dengan sabun. Mencuci tangan dengan sabun setelah menggunakan toilet atau membantu anak BAB dan sebelum

memegang makanan dapat mengurangi tingkat penyakit diare, kolera dan disentri sebanyak 48-59%.

Berdasarkan hasil penelitian dilihat dari besarnya risiko kejadian diare 4,0 kali lebih besar terhadap pelaksanaan Pengelolaan Sampah Rumah Tangga sehingga yang menjadi permasalahan ketiga adalah Pilar ke-4 yaitu Pengelolaan Sampah Rumah Tangga. Hasil penelitian yang diperoleh dari 48 responden menunjukkan bahwa jumlah penduduk dengan melaksanakan Pengelolaan Sampah Rumah Tangga yang baik ada 26 orang dengan angka kejadian diare 9 orang dan ada 17 orang yang tidak mengalami diare. Sedangkan penduduk yang melaksanakan pengolahan sampah dengan kurang baik ada 22 orang dengan angka kejadian diare 15 orang dan 7 orang yang tidak mengalami diare, berdasarkan hasil uji statistic chi-square Pada pelaksanaan Pengelolaan Sampah Rumah Tangga mempunyai nilai P_{value} sebesar 0,043 ($0,043 < 0,05$) yang berarti pelaksanaan pengelolaan sampah rumah tangga mempengaruhi kejadian diare di wilayah kerja Puskesmas Muara Madras. Berdasarkan tabel pertanyaan parameter pengaman sampah rumah tangga item terendah yaitu soal nomer 17 dengan pertanyaan “Apakah sampah yang terkumpul dirumah diangkut ke tempat pembuangan akhir secara rutin?” di dapatkan hasil bahwa sebagian besar responden menjawab tidak mengangkut sampah ketempat pembuangan akhir secara rutin yaitu 31 responden (64,58%) hal ini dikarenakan :

- Belum adanya TPA di desa sehingga masyarakat masih membuang sampah di pekarangan dan ke sungai,
- Kurangnya pengetahuan masyarakat tentang cara pengolahan sampah dengan metode pemilahan dan Melakukan pengurangan (reduce), penggunaan kembali (reuse), dan pengolahan kembali (recycle)
- Masyarakat belum membudayakan perilaku memilah sampah dan membuang sampah di luar rumah secara rutin
- Kurangnya kesadaran masyarakat akan bahayanya membuang sampah dengan sembarangan dapat menyebabkan /menimbulkan vector pembawa penyakit sehingga dapat menyebabkan penyakit diare

- Belum adanya pelopor pengumpulan sampah untuk di jual dan di olah kembali arga sampah memiliki nilai ekonomis karena jauhnya akses dari ibu kota kabupaten

Berdasarkan hasil penelitian dilihat dari besarnya risiko kejadian diare 3,5 kali lebih besar terhadap pelaksanaan pengelolaan Air Minum dan Makanan Rumah Tangga sehingga yang menjadi permasalahan keempat adalah Pilar ke-3 yaitu Pengelolaan Air Minum dan Makanan Rumah Tangga. Berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh dari 48 responden menunjukkan bahwa jumlah penduduk dengan melaksanakan Pengelolaan air minum dan makanan rumah tangga yang baik ada 37 orang dengan angka kejadian diare 11 orang dan ada 19 orang yang tidak mengalami diare. Sedangkan penduduk yang melaksanakan Pengelolaan air minum dan makanan rumah tangga dengan kurang baik ada 11 orang dengan angka kejadian diare 8 orang dan 3 orang yang tidak mengalami diare, berdasarkan hasil uji statistic chi-square Pada pelaksanaan Pengolahan Air Minum dan Makanan Rumah Tangga mempunyai nilai P_{value} sebesar 0,170 ($0,170 > 0,05$) yang berarti tidak signifikan dengan kejadian diare di wilayah kerja Puskesmas Muara Madras. Pengelolaan makanan dan minuman yang baik yaitu merebus air minum sebelum dikonsumsi, meletakkan bahan makanan di tempat tertutup atau langsung memasak bahan makanan sesaat setelah dibeli, dan selalu menutup makanan yang disajikan dengan tudung saji sehingga kemungkinan vektor lalat atau vektor lain untuk hinggap di makanan cukup kecil, serta mencuci bahan makanan dengan air mengalir dan bersih bukan didalam wadah baskom, dengan menerapkan prinsip hygiene dan sanitasi makanan yang baik dapat mencegah resiko terjadinya penyakit seperti diare.

(Depkes RI, 2014) mengatakan bahwa prinsip hygiene sanitasi makanan yang baik yaitu meliputi pemilahan bahan makanan, penyimpanan bahan makanan, pengolahan makanan, penyimpanan makanan matang, pengangkutan makanan, penyajian makanan. Hal ini sesuai dengan Teori dari Kepmenkes (2008) yang menyebutkan bahwa kejadian diare dapat menurun 39% dengan perilaku pengelolaan air

minum yang aman di rumah tangga. Dan Teori dari Wanzahun G et al (2013) menyebutkan keluarga yang menggunakan air minum dengan cara direbus, diolah menggunakan bahan kimia atau diolah dengan cara penyaringan diketahui memiliki peluang lebih rendah menderita diare dibanding dengan keluarga yang tidak melakukan pengolahan air.

Berdasarkan hasil penelitian dilihat dari besarnya risiko kejadian diare 3,0 kali lebih besar terhadap pelaksanaan pengelolaan Stop Buang Air Besar Sembarangan sehingga yang menjadi permasalahan kelima adalah Pilar ke-1 yaitu Stop Buang Air Besar Sembarangan. Berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh dari 48 responden menunjukkan bahwa jumlah responden yang melaksanakan perilaku stop buang air besar sembarang dengan baik ada 30 orang dengan angka kejadian diare 12 orang dan ada 18 orang yang tidak mengalami diare. Sedangkan penduduk yang kurang baik dalam melaksanakan perilaku stop buang air besar sembarang ada 18 orang dengan angka kejadian diare 12 orang dan 6 orang yang tidak mengalami diare. Berdasarkan hasil uji statistik chi-square Pada pelaksanaan Stop buang air besar sembarangan mempunyai nilai P_{value} sebesar 0,136 ($0,136 > 0,05$) yang berarti pelaksanaan stop buang air besar sembarangan tidak signifikan dengan kejadian diare di wilayah kerja Puskesmas Muara Madras. Berdasarkan survey langsung dilapangan, Desa yang sudah Deklarasi ODF sudah sadar akan perilaku yang tidak baik seperti BAB sembarangan dapat menimbulkan penyakit sedangkan responden yang terdapat di desa yang belum Deklarasi menjadi desa ODF ada beberapa responden yang BABS di sungai dengan beberapa Faktor seperti:

- tidak adanya sarana disekitar rumah sehingga menyebabkan mereka BAB disungai dan Lingkungan lokasi Desa tersebut mendukung karna desa tersebut di kelilingi sungai .
- ingin membangun jamban tetapi dengan lokasi mereka seperti keterangan di atas menyebabkan mereka tidak dapat membangun septic tank dikarenakan pada saat di gali untuk pembangunan septitank setengah meter saja sudah langsung muncul mata air

- Kurangnya kesadaran serta pemahaman responden tentang pentingnya tidak BABS
- Butuhnya edukasi penggunaan teknologi tepat guna untuk pembangunan septic tank di desa tersebut.

Berdasarkan tabel pada pertanyaan parameter Stop buang air besar sembarangan pada soal nomor 4 yaitu beberapa responden mengatakan tidak menggunakan WC untuk BAB sehingga masih ditemukan responden yang masih BAB sembarangan yaitu di sungai dan kebun. Responden yang sudah mempunyai jamban pribadi di rumah yaitu jamban yang beratap, lubang pembuangan kotoran tertutup, lantai jamban tidak licin dan terbuat dari bahan kedap air dan jika tidak mempunyai jamban pribadi maka responden BAB di jamban umum, hanya sebagian responden yang mengatakan masih BAB di sungai dan kebun atau di jamban cemplung yang dibuat di belakang rumah, setiap keluarga harus memiliki jamban sehat karena BAB di sungai atau kebun dapat menyebabkan penyakit karena kotoran/tinja merupakan tempat perkembangbiakan kuman salah satunya adalah kuman penyebab diare.

Hal ini sesuai dengan Permenkes (2014) yang mengatakan jamban sehat efektif untuk memutus mata rantai penularan penyakit. Jamban sehat harus dibangun, dimiliki, dan digunakan oleh keluarga dengan penempatan (di dalam rumah atau di luar rumah) yang mudah dijangkau oleh penghuni rumah. Standar persyaratan kesehatan bangunan jamban terdiri dari atap yang berfungsi untuk melindungi pemakai dari gangguan cuaca dan gangguan lainnya, bangunan tengah jamban yaitu lubang pembuangan kotoran dengan konstruksi leher angsa atau bukan leher angsa berpenutup dengan lantai jamban kedap air, tidak licin, dan dilengkapi SPAL, dan bagian bawah yang merupakan penampungan, pengolah, dan pengurai kotoran/tinja yang berfungsi mencegah terjadinya pencemaran atau kontaminasi dari tinja melalui vektor pembawa penyakit, baik secara langsung maupun tidak langsung.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan maka dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Tidak ada hubungan antara Stop Buang Air Besar Sembarangan dengan kejadian diare pada masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Muara Madras Kecamatan Jangkat dengan ($P_{value} = 0,136$, $OR = 3,0$)
2. Ada hubungan antara Cuci Tangan Pakai Sabun dengan kejadian diare pada masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Muara Madras Kecamatan Jangkat dengan ($P_{value}=0,037$, $OR=4,4$)
3. Tidak ada hubungan antara Pengelolaan Air Minum dan Makanan Rumah Tangga dengan kejadian diare pada masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Muara Madras Kecamatan Jangkat dengan ($P_{value}= 0,170$, $OR = 3,5$)
4. Ada hubungan antara Pengamanan Sampah Rumah Tangga dengan kejadian diare pada masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Muara Madras Kecamatan Jangkat dengan ($P_{value}= 0,043$, $OR = 4,0$)
5. Ada hubungan antara Pengelolaan Limbah Cair Rumah Tangga dengan kejadian diare pada masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Muara Madras Kecamatan dengan ($P_{value}= 0,009$, $OR = 5,8$)
6. Kejadian diare berdasarkan karakteristik umur di Wilayah Kerja Puskesmas Muara Madras Kecamatan Jangkat Kabupaten Merangin dari 48 responden sebanyak 24 responden yang mengalami kasus diare dengan umur dibawah 5 Tahun (balita) sebanyak 7 orang; dibawah 15 tahun (remaja) sebanyak 7 orang; diatas 15 tahun sebanyak 10 orang.

B. Saran

1. Bagi Dinas Kesehatan

Diharapkan bagi fasilitator dapat melaksanakan percepatan program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat agar kasus diare dapat berkurang dan melakukan pengawasan dalam pelaksanaannya serta dapat bekerja sama dengan Puskesmas Muara Madras untuk lebih fokus dengan permasalahan pengelolaan limbah cair, cuci tangan pakai sabun dan pengelolaan sampah rumah tangga dikarenakan hal ini yang paling tinggi menyebabkan kejadian diare dengan mengadakan penyuluhan atau pendidikan kesehatan yang berkaitan dengan sanitasi total berbasis masyarakat seperti mengedukasi masyarakat tentang cara pengolahan air limbah rumah tangga dengan metode sumur resapan, memberikan penyuluhan tentang pentingnya saat yang tepat untuk cuci tangan pakai sabun di air yang mengalir serta memberikan pelatihan bagi masyarakat dalam pengolahan sampah dengan metode pemilahan, pengurangan, penggunaan kembali, pengolahan kembali sampah rumah tangga yang dihasilkan masyarakat.

2. Bagi Peneliti Lain

Disarankan untuk fokus melakukan penelitian terhadap variabel pengelolaan limbah cair, cuci tangan pakai sabun dan pengelolaan sampah rumah tangga dikarenakan permasalahan tersebut yang menjadi penyebab kejadian diare pada wilayah kerja Puskesmas Muara Madras Kecamatan Jangkat Kabupaten Merangin.

DAFTAR PUSTAKA

Atikah Proverawati,Eni Rahmawati,2012, Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS),Nuha Medika, Yogyakarta.

Arikunto,Suharsimi,2010, Prosedure Penelitian suatu Pendekatan Praktik, Rineka cipta,Jakarta.

Budiman,2011,Hubungan sanitasi total berbasis masyarakat dengan kejadian Diare pada Balita di Kelurahan Cibabat Kecamatan Cimahi Utara, ISSN:2089-3582,vol 2,No.1.

Dinkes Jambi,2020,Profil Kesehatan Provinsi Jambi tahun 2020, Dinkes Merangin, 2021, Data Diare di Jangkat, Dinkes Merangin. Kementerian Kesehatan dan Direktorat Penyehatan Lingkungan Ditjen PP-PL.2012, Pedoman Pelaksanaan Teknis STBM.

Direktorat Penyehatan Lingkungan Ditjen PP-PL.2015,Panduan Pelaksanaan Verifikasi 5 Pilar Sanitasi Total Berbasis Masyarakat,Jakarta.

Dainur. 1995,Materi- materi pokok ilmu kesehatan masyarakat,Widya Medika, Jakarta.

Depkes RI,2011, Buku Saku LINTAS Diare,Jakarta.Hariza Adnani, 2011,Ilmu Kesehatan Masyarakat,Nuha Medika,Yogyakarta

Hari wibowo,2012,Gambaran Epidemiologi Penyakit Diare di Rumah Sakit Awal Bros Bekasi tahun 2011,gambaran epidemiologi,FKM,UI.

Kementerian Kesehatan RI,2016,Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2015, Kementerian Kesehatan RI,Jakarta.

Kementerian Kesehatan RI,2014,Kurikulum dan Modul Pelatihan Fasilitator Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) di Indonesia, Jakarta.

Kementerian Kesehatan RI,2011,Data dan Informasi Kesehatan Situasi Diare di Indonesia, <http://www.depkes.go.id/downloads/Buletin>.Diakses 04/07/2022.

Kementerian Kesehatan RI, 2011,Buletin dan Jendela data Diare Triwulan II, Jakarta.

Mardapi,Djemari,2008,Teknik Penyusunan Instrumen Tes Dan Non Tes,Mitra Cendekia,Jogjakarta.Mubarak,Chayatin, 2009, Ilmu Kesehatan Masyarakat (Aplikasi dan Teori), Salemba Medika,Jakarta.

Notoatmodjo,2007,Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku, Rineka Cipta, Jakarta.

Notoatmodjo,2010, Metodologi Penelitian Kesehatan,Rineka Cipta,Jakarta.

Notoatmodjo, 2012, Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan, Rineka Cipta, Jakarta. Nursalam.2011, Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian

Ilmu Keperawatan, Salemba Medika, Jakarta.

Notoadmodjo, Soekidjo, 2012, Metodologi Penelitian Kesehatan, Rineka cipta, Jakarta.

Profil STBM, 2017, Data dan Informasi sanitasi total berbasis masyarakat di Indonesia, <http://stbm-indonesia.org>/diakses pada tanggal 04/08/2022. Permenkes, 2014, Sanitasi Total Berbasis Masyarakat, Jakarta.

Soekidjo Notoatmodjo, 2007, Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku, Rineka Cipta, Jakarta.

Saryono, 2011, Metodologi Penelitian Kesehatan, Mitra cendekia, Jogjakarta.

LAMPIRAN

Lampiran 1

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada :

Yth. Bapak/Ibu/Saudara/i

Orang Tua Calon Responden Di Tempat

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Novita Dwi Yanti Sembiring

NIM : P00933221075

Mahasiswa : Politeknik Kesehatan Kemenkes Medan

Bermaksud melakukan penelitian yang berjudul "**Hubungan Antara Penerapan Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) Dengan Kejadian Diare Di Wilayah Kerja Puskesmas Muara Madras Kecamatan Jangkat.**". Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui Hubungan Antara Penerapan Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (Stbm) Dengan Kejadian Diare.

Untuk keperluan tersebut Bapak/Ibu/Saudara/Saudari selaku orang tua anak bersedia/tidak bersedia menjadi responden dalam penelitian ini selanjutnya mengisi kuesioner yang saya sediakan dengan kejujuran dan apa adanya. Jawaban Bapak/Ibu/Saudara/Saudari dijamin kerahasiannya.

Demikian lembar persetujuan ini saya buat, atas bantuan dan partisipasinya saya ucapkan terima kasih.

Medan, 2022

Hormat Saya,

(Novita Dwi Yanti Sembiring)

Lampiran 2

LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya Menyatakan bahwa:

1. Telah mendapat penjelasan tentang penelitian hubungan antara penerapan program sanitasi total berbasis masyarakat (stbm) dengan kejadian diare.
2. Telah diberi kesempatan untuk bertanya dan mendapatkan jawaban dari peneliti
3. Keputusan bersedia atau tidak bersedia mengikuti penelitian ini

Dengan ini saya memutuskan secara sukarela tanpa paksaan dari pihak manapun dan dalam keadaan sadar, bahwa saya (**bersedia/tidak bersedia ***) berpartisipasi menjadi responden dalam penelitian ini.

Demikian Pernyataan ini saya buat untuk dapat digunakan seperluanya

Peneliti

Medan, Juni 2022

Responden

Novita Dwi Yanti Sembiring
NIM: P00933221075

(.....)

Keterangan :

*) Coret yang tidak perlu

KUESIONER
HUBUNGAN ANTARA PENERAPAN PROGRAM SANITASI TOTAL
BERBASIS MASYARAKAT (STBM) DENGAN KEJADIAN DIARE
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS MUARA MADRAS
KECAMATAN JANGKAT TAHUN 2022

Petunjuk Pengisian

1. Bacalah dengan cermat dan teliti setiap bagian pertanyaan yang terdapat dalam kuesioner ini.
2. Pilihlah salah satu jawaban yang menurut Bapak/Ibu/Saudara paling sesuai dengan kondisi yang dialami oleh Bapak/Ibu/Saudara dengan cara memberikan tanda *Check List* (√) pada pilihan jawaban yang tepat.

A. Karakteristik Demografi Responden

1. Nama Responden :
2. Alamat Responden :
3. Umur Responden :
4. Banyaknya anggota keluarga dalam 1 rumah:
 - a) 1 orang
 - b) 2 - 4 orang
 - c) 5 – 8 orang
 - d) > 8 orang

B. Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM)

Pilihlah salah satu jawaban yang saudara anggap sesuai dengan pendapat saudara seperti yang telah digambarkan oleh pertanyaan yang tersedia di bawah ini dengan di beri tanda *Check List* (√)

NO	PERTANYAAN	YA	TIDAK
1.	Apakah terdapat kloset di luar atau di dalam rumah dengan penutup?		
2.	Apakah bangunan tempat jongkok (kloset) terbuat dari bahan yang kuat?		
3.	Apakah jarak pembuangan tinja dengan sumur gali > 10m?		

4.	Apakah semua orang dirumah menggunakan wc untuk buang air besar?		
5.	Apakah terdapat akses untuk membersihkan dubur (sabun) setelah buang air besar?		
6.	Apakah tersedia air mengalir/sarana cuci tangan didalam rumah?		
7.	Apakah tersedia sabun untuk mencuci tangan?		
8.	Apakah setiap keluarga tahu kapan waktu cuci tangan (sebelum makan, setelah makan sesudah BAB sebelum menyiapkan makanan)?		
9.	Apakah keluarga menggunakan air minum/air yang dimasak sebelum dikonsumsi?		
10.	Apakah air minum yang sudah di olah ditempatkan di wadah yang tertutup rapat?		
11	Apakah wadah air minum dibersihkan secara rutin (setidaknya seminggu sekali)?		
12	Apakah makanan yang sudah dimasak diletakkan dalam wadah tertutup dan bersih?		
13	Apakah selalu mencuci bahan makanan sebelum di olah dengan air mengalir dan bersih?		
14	Apakah sampah padat rumah tangga dikelola dengan di daur ulang atau dijadikan pupuk tanaman?		
15	Apakah saudara mempunyai tempat penampungan sampah dirumah?		
16	Apakah tempat sampah dirumah saudara terpisah antara sampah organik dan anorganik?		

17	Apakah sampah yang terkumpul dirumah diangkut ke tempat pembuangan akhir secara rutin?		
18	Apakah air limbah dari kamar mandi dandapur tidak tercampur dari air dari jamban?		
19	Apakah pembuangan air limbah saudara tidak menimbulkan bau?		
20	Apakah tidak terdapat genangan air disekitar rumah karena limbah rumah tangga?		

C. DIARE

berikan tanda *Check List* (√) pada pernyataan dibawah ini?

NO	PERTANYAAN	YA	TIDAK
1.	Apakah anda dalam 1 bulan terakhir pernah mengalami buang air besar dengan tinja cair/lembek lebih dari 3 kali dalam sehari?		

Lampiran 4

DOKUMENTASI PENELITIAN





Lampiran 5

	PEMERINTAH KABUPATEN MERANGIN DINAS KESEHATAN PUSKESMAS MUARA MADRAS Jl. Kesehatan No. 03 Desa Muara Madras Kode Pos 37372	
Muara Madras, 01 Agustus 2022		
Nomor	: 445/ /PKM/2022	
Lampiran	: -	
Perihal	: Keterangan Telah Selesai Melaksanakan Izin Lokasi Penelitian	
Kepada Yth.		
Bapak Ketua Jurusan Kesehatan Lingkungan		
Politeknik Kesehatan Kemenkes Medan		
Di		
Tempat		
1. Berdasarkan dari surat Politeknik Kesehatan Kemenkes Medan Nomor TU.05.01/00.03/1386/2022, Perihal Izin Lokasi Penelitian Mahasiswa Politeknik Kesehatan Kemenkes Medan.		
2. Maka dengan ini saya sebagai kepala Puskesmas Muara Madras menerangkan bahwa nama mahasiswa dibawah telah selesai melaksanakan Penelitian:		
Nama : Novita Dwi Yanti Sembiring		
Nim : P00933221075		
Judul : Hubungan Antara Penerapan Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) Dengan Kejadian Diare Di Wilayah Kerja Puskesmas Muara Madras Kecamatan Jangkat.		
Lokasi : Puskesmas Muara Madras Kecamatan Jangkat Kabupaten Merangin		
Tanggal Penelitian : 15 Juli s/d 1 Agustus		
3. Demikian surat keterangan ini dilakukan semoga dapat dipergunakan sebagaimana mestinya		
Ditetapkan di Muara Madras Pada Tanggal 01 Agustus 2022 KEPALA PUSKESMAS MUARA MADRAS		
 <u>Hj. Siti Komiah, Amd. Keb</u> NIP. 197507132002122001		

Lampiran 6

 **KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MEDAN
Jl. Jamin Ginting KM. 13,5 Kel. Laucih Medan Tuntungan Kode Pos : 20136
Telepon : 061- 8368633 Fax : 061- 8368644
Website : www.poltekkes-medan.ac.id email : poltekkes_medan@yahoo.com



Nomor : TU.05.01/00.03/ ~~486~~ /2022
Lampiran : .
Perihal : Permohonan Ijin Lokasi Penelitian

Kabanjahe, 15 Juli 2022

Kepada Yth:
Kepala Puskesmas Muara Madras Kecamatan Jangkat
Di
Tempat.

Dengan Hormat,

Bersama ini datang menghadap Saudara, Mahasiswa Alih Jenjang Prodi Sarjana Terapan Sanitasi Lingkungan Jurusan Kesehatan Lingkungan :

Nama : Novita Dwi Yanti Sembiring
NIM : P00933221075

Yang bermaksud akan mengambil data penelitian di Wilayah Kerja yang bapak/ibu pimpin dalam rangka menyusun Skripsi dengan Judul :

"Hubungan Antara Penerapan Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat(STBM) Dengan Kejadian Diare Di Wilayah Kerja Puskesmas Muara Madras Kecamatan Jangkat".

Perlu kami tambahkan bahwa penelitian ini digunakan semata-mata hanya untuk menyelesaikan tugas akhir dan perkembangan ilmu pengetahuan. Disamping itu mahasiswa yang penelitian wajib mengikuti Protokol Kesehatan Covid – 19.

Demikian disampaikan atas perhatian Bapak/Ibu, diucapkan terima kasih,


Ketua Jurusan Kesehatan Lingkungan &
Erba Kalto Manik, SKM, M.Sc
NIP. 196203261985021001

Lampiran 7



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
POLTEKKES KESEHATAN KEMENKES MEDAN



KEMENKES RI

Jl. Jamin Ginting Km. 13,5 Kel. Lau Cih Medan Tuntungan Kode Pos 20136

Telepon: 061-8368633 Fax: 061-8368644

email : kepk.poltekkesmedan@gmail.com

PERSETUJUAN KEPK TENTANG
PELAKSANAAN PENELITIAN BIDANG KESEHATAN
Nomor: 0070/KEPK/POLTEKKES KEMENKES MEDAN 2022

Yang bertanda tangan di bawah ini, Ketua Komisi Etik Penelitian Kesehatan Poltekkes Kesehatan Kemenkes Medan, setelah dilaksanakan pembahasan dan penilaian usulan penelitian yang berjudul :

“Hubungan Antara Penerapan Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) Dengan Kejadian Diare Di Wilayah Kerja Puskesmas Muara Madras Kecamatan Jangkat”

Yang menggunakan manusia dan hewan sebagai subjek penelitian dengan ketua Pelaksana/

Peneliti Utama : **Novita Dwi Yanti Sembiring**

Dari Institusi : **Prodi Sarjana Terapan Sanitasi Lingkungan Poltekkes Kemenkes Medan**

Dapat disetujui pelaksanaannya dengan syarat :

Tidak bertentangan dengan nilai – nilai kemanusiaan dan kode etik penelitian kesehatan.

Melaporkan jika ada amandemen protokol penelitian.

Melaporkan penyimpangan/ pelanggaran terhadap protokol penelitian.

Melaporkan secara periodik perkembangan penelitian dan laporan akhir.

Melaporkan kejadian yang tidak diinginkan.

Persetujuan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan sampai dengan batas waktu pelaksanaan penelitian seperti tertera dalam protokol dengan masa berlaku maksimal selama 1 (satu) tahun.

Medan, Oktober 2022
Komisi Etik Penelitian Kesehatan
Poltekkes Kemenkes Medan

Ketua,

Dr. Ir. Zuraidah Nasution, M.Kes
NIP. 196101101989102001



Lampiran 8

**REKAPITULASI RESPONDEN
HUBUNGAN ANTARA PENERAPAN PROGRAM SANITASI TOTAL
BERBASIS MASYARAKAT (STBM) DENGAN KEJADIAN DIARE
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS MUARA MADRAS
KECAMATAN JANGKAT KABUPATEN MERANGIN
TAHUN 2022**

No	Nama	Umur (Thn)	Alamat	Jlh Penghuni didalam rumah (Org)
1	Dafin	23	koto renah	5
2	Lopi	23	koto renah	3
3	siti sukalsih	51	renah alai	5
4	Rosmar	51	renah alai	3
5	Rafif	7	pulau tengah	5
6	Uvar	3	pulau tengah	6
7	Martos	12	pulau tengah	5
8	Adan	10	pulau tengah	4
9	Dika	17	pulau tengah	3
10	Basira	17	pulau tengah	5
11	Aswa	1,5	Madras	3
12	Parkah	2	Madras	6
13	Muazaroh	41	Madras	5
14	Tarhandus	50	Madras	5
15	Faizan	2	Madras	7
16	Zihan	1,8	Madras	4
17	Ibad alvorabi	5	Madras	4
18	Dara	2	Madras	4
19	Saka	20 bln	Madras	6
20	Dipta	9	Madras	5
21	Kaufi	7	Madras	5
22	Bazil	6	Madras	4
23	Algipan	8	Lubuk Pungguk	6
23	Novita	16	Lubuk Pungguk	6
25	Besa	16	Lubuk Pungguk	2
26	Yulia	23	Lubuk	4

			Pungguk	
27	bundra hati	23	Lubuk Pungguk	6
28	Alatar	9 bln	Lubuk Pungguk	3
29	Zikrah	8 bln	Lubuk Pungguk	5
30	Sutra	42	Lubuk Pungguk	5
31	gesria wati	38	Lubuk Pungguk	4
32	vania Zahra	8	Lubuk Pungguk	3
33	Tika	7	Lubuk Pungguk	3
34	Zarni	48	Lubuk Pungguk	3
35	Zerbaini	50	Lubuk Pungguk	3
36	Regi	15	Lubuk Pungguk	5
37	Ani	28	Lubuk Pungguk	4
38	Riskan	23 bln	Lubuk Pungguk	3
39	moto ulan	64	Lubuk Pungguk	3
40	Zepo	18	Lubuk Pungguk	3
41	Ulfa	2,5	Lubuk Pungguk	4
42	Sadirin	66	Lubuk Pungguk	7
43	Wahyuga	21	Lubuk Pungguk	5
44	Nova	24	Ranah Pelaaan	4
45	Surma	21	Ranah Pelaaan	3
46	Armius	23	Ranah Pelaaan	5
47	Murni	23	Ranah Pelaaan	3
48	Sesmania	45	Ranah Pelaaan	2

MASTER TABEL

NO	Responden	P1	P2	P3	P4	P5	Nilai	Kategori	P6	P7	P8	Nilai	Kategori	P9	P10	P11	P12	P13	NILAI
R1	Dafin	1	1	1	0	0	3	BAIK	1	1	0	2	BAIK	1	1	0	1	0	3
R2	lopi	1	0	0	0	0	1	KURANG BAIK	1	1	0	2	BAIK	1	1	1	0	0	3
R3	siti sukalsih	1	1	1	0	0	3	BAIK	1	2	0	2	BAIK	1	0	0	1	0	2
R4	rosmar	1	0	0	0	0	1	KURANG BAIK	1	1	0	2	BAIK	1	0	1	1	1	4
R5	rafif	1	0	0	0	0	1	KURANG BAIK	1	0	0	1	KURANG BAIK	1	0	1	1	1	4
R6	uvar	1	0	0	0	0	1	KURANG BAIK	0	0	0	0	KURANG BAIK	1	0	0	0	1	2
R7	martos	1	0	0	0	0	1	KURANG BAIK	1	1	0	2	BAIK	1	0	0	1	0	2
R8	adan	1	0	0	0	0	1	KURANG BAIK	1	1	0	2	BAIK	1	0	0	1	1	3
R9	dika	1	0	0	0	0	1	KURANG BAIK	0	0	0	0	KURANG BAIK	1	0	1	1	0	3
R10	basira	1	0	0	0	0	1	KURANG BAIK	1	1	0	2	BAIK	1	0	0	1	1	3
R11	aswa	1	0	0	0	0	1	KURANG BAIK	1	0	0	1	KURANG BAIK	1	0	0	1	0	2
R12	parkah	1	0	0	0	0	1	KURANG BAIK	1	1	0	2	BAIK	1	0	0	1	0	2
R13	muazaroh	1	0	0	0	0	1	KURANG BAIK	1	1	0	2	BAIK	1	0	0	1	1	3
R14	tarhandus	1	1	1	0	0	3	BAIK	1	0	1	2	BAIK	1	0	0	1	1	3
R15	faizan	1	0	0	0	0	1	KURANG BAIK	1	0	0	1	KURANG BAIK	1	0	1	1	1	4
R16	zihan	1	0	0	0	0	1	KURANG BAIK	0	0	0	0	KURANG BAIK	1	0	0	0	1	2
R17	ibad alvorabi	1	1	1	1	1	5	BAIK	1	0	1	2	BAIK	1	1	1	1	0	4
R18	dara	1	1	1	0	0	3	BAIK	0	0	0	0	KURANG BAIK	1	0	1	1	1	4
R19	saka	1	0	0	0	0	1	KURANG BAIK	1	0	1	2	BAIK	1	1	1	0	0	3
R20	dipta	1	0	0	0	0	1	KURANG BAIK	1	1	0	2	BAIK	1	0	1	0	0	2
R21	kaufi	1	1	1	0	0	3	BAIK	0	0	0	0	KURANG BAIK	1	0	1	1	0	3
R22	bazil	1	1	1	1	0	4	BAIK	1	0	1	2	KURANG BAIK	1	1	1	1	0	4
R23	algipan	1	1	1	0	0	3	BAIK	1	1	0	2	BAIK	1	0	0	1	1	3

NO	Responden	P1	P2	P3	P4	P5	Nilai	Kategori	P6	P7	P8	Nilai	Kategori	P9	P10	P11	P12	P13	NILAI
R 24	novita	1	0	0	0	0	1	KURANG BAIK	1	1	0	2	BAIK	1	1	1	1	1	5
R 25	besa	1	0	0	0	0	1	KURANG BAIK	1	1	0	2	BAIK	1	1	1	1	0	4
R 26	yulia	1	1	1	1	1	5	BAIK	1	0	0	1	KURANG BAIK	1	0	1	1	1	4
R 27	bundra hati	1	1	1	1	0	4	BAIK	1	1	0	2	BAIK	1	0	1	1	0	3
R 28	alatar	1	1	1	1	0	4	BAIK	1	1	0	2	BAIK	1	0	1	1	1	4
R 29	zikrah	1	0	0	0	0	1	KURANG BAIK	0	0	0	0	KURANG BAIK	1	0	1	1	1	4
R 30	sutra	1	1	1	1	1	5	BAIK	1	1	0	2	BAIK	1	0	1	1	0	3
R 31	gesria wati	1	1	1	1	0	4	BAIK	1	0	0	1	KURANG BAIK	1	0	1	1	1	4
R 32	vania zahra	1	1	1	0	0	3	BAIK	1	1	0	2	BAIK	1	0	1	1	0	3
R 33	tika	1	1	1	1	1	5	BAIK	1	1	0	2	BAIK	1	0	1	1	0	3
R 34	zarni	1	1	1	0	0	3	BAIK	1	1	0	2	BAIK	1	1	1	0	0	3
R 35	zerbaini	1	1	1	1	1	5	BAIK	1	1	0	2	BAIK	1	0	1	1	0	3
R 36	regi	1	1	1	0	0	3	BAIK	1	1	0	2	BAIK	1	0	1	1	1	4
R 37	ani	1	1	1	1	1	5	BAIK	0	0	0	0	KURANG BAIK	1	1	1	0	0	3
R 38	riskan	1	1	1	0	0	3	BAIK	1	0	1	2	BAIK	1	0	1	1	0	3
R 39	moto ulan	1	1	1	1	1	5	BAIK	0	0	0	2	BAIK	1	0	1	0	0	2
R 40	zepo	1	1	1	0	0	3	BAIK	1	1	0	2	BAIK	1	0	1	1	0	3
R 41	ulfa	1	1	1	1	1	5	BAIK	1	0	0	1	KURANG BAIK	1	0	1	0	0	2
R 42	sadirin	1	1	1	0	0	3	BAIK	0	0	1	1	KURANG BAIK	1	0	1	1	0	3
R 43	wahyuga	1	1	1	1	0	4	BAIK	1	0	1	2	BAIK	1	0	1	0	0	2
R 44	nova	1	1	1	0	0	3	BAIK	1	0	1	2	BAIK	1	0	1	1	0	3
R 45	surma	1	1	1	1	1	5	BAIK	1	1	0	2	BAIK	1	1	0	1	0	3
R 46	armius	1	1	1	1	1	5	BAIK	0	0	0	0	KURANG BAIK	1	1	0	1	0	3
R 47	murni	1	1	1	0	0	3	BAIK	0	0	0	0	KURANG BAIK	1	1	0	1	0	3
R 48	sesmania	1	1	1	0	0	3	BAIK	0	0	0	0	KURANG BAIK	0	0	0	0	0	0

RESPONDEN	KATEGORI	P14	P15	P16	P17	NILAI	KATEGORI	P18	P19	P20	NILAI	KATEGORI	P21
R1	BAIK	0	0	0	0	0	KURANG BAIK	1	0	0	1	KURANG BAIK	1
R2	BAIK	1	1	0	1	3	BAIK	1	1	1	3	BAIK	0
R3	KURANG BAIK	0	0	0	0	0	KURANG BAIK	1	0	0	1	KURANG BAIK	1
R4	BAIK	1	1	1	0	3	BAIK	1	0	0	1	KURANG BAIK	0
R5	BAIK	1	0	0	0	1	KURANG BAIK	1	1	1	3	BAIK	1
R6	KURANG BAIK	0	0	0	0	0	KURANG BAIK	1	1	1	3	BAIK	1
R7	KURANG BAIK	1	1	0	0	2	KURANG BAIK	1	1	1	3	BAIK	1
R8	BAIK	1	1	1	0	3	BAIK	1	0	0	1	KURANG BAIK	1
R9	BAIK	1	1	1	0	3	BAIK	1	1	1	3	BAIK	1
R10	BAIK	0	0	0	0	0	KURANG BAIK	1	1	1	3	BAIK	1
R11	KURANG BAIK	0	1	1	0	2	BAIK	1	0	0	1	KURANG BAIK	1
R12	KURANG BAIK	1	1	0	1	3	BAIK	1	1	0	2	BAIK	0
R13	BAIK	0	0	0	0	0	KURANG BAIK	0	0	0	0	KURANG BAIK	1
R14	BAIK	1	1	1	1	4	BAIK	1	1	1	3	BAIK	0
R15	BAIK	1	1	1	0	3	BAIK	0	0	0	0	KURANG BAIK	1
R16	KURANG BAIK	1	1	1	0	3	BAIK	0	0	0	0	KURANG BAIK	1
R17	BAIK	0	1	1	0	2	KURANG BAIK	1	1	1	3	BAIK	0
R18	BAIK	1	0	0	0	1	KURANG BAIK	1	0	0	1	KURANG BAIK	1
R19	BAIK	1	1	1	1	4	BAIK	1	1	0	2	BAIK	0
R20	KURANG BAIK	0	0	0	0	0	KURANG BAIK	0	0	0	0	KURANG BAIK	1
R21	BAIK	0	0	0	0	0	KURANG BAIK	0	0	0	0	KURANG BAIK	1
R22	BAIK	0	0	0	0	0	KURANG BAIK	0	0	0	0	KURANG BAIK	1
R23	BAIK	0	0	0	0	0	KURANG BAIK	1	0	0	1	KURANG BAIK	1

RESPONDEN	KATEGORI	P14	P15	P16	P17	NILAI	KATEGORI	P18	P19	P20	NILAI	KATEGORI	P21
R24	BAIK	1	1	0	1	3	BAIK	1	1	1	3	BAIK	0
R25	BAIK	1	1	1	0	3	BAIK	1	1	0	2	BAIK	0
R26	BAIK	1	1	1	0	3	KURANG BAIK	1	1	1	3	KURANG BAIK	0
R27	BAIK	1	1	1	0	3	KURANG BAIK	0	1	1	2	BAIK	0
R28	BAIK	1	1	1	0	3	BAIK	1	1	1	3	KURANG BAIK	0
R29	BAIK	1	0	0	0	1	KURANG BAIK	0	1	0	1	KURANG BAIK	1
R30	BAIK	1	1	1	0	3	BAIK	1	1	1	3	BAIK	0
R31	BAIK	0	1	0	0	1	KURANG BAIK	1	0	0	1	KURANG BAIK	1
R32	BAIK	1	0	0	0	1	KURANG BAIK	1	1	1	3	BAIK	0
R33	BAIK	0	1	1	1	3	BAIK	1	0	0	1	BAIK	1
R34	BAIK	1	0	1	1	3	BAIK	1	1	0	2	BAIK	0
R35	BAIK	1	1	1	0	3	BAIK	1	1	0	2	BAIK	0
R36	BAIK	0	0	0	1	1	BAIK	1	1	0	2	BAIK	0
R37	BAIK	1	1	1	0	3	BAIK	0	0	0	0	KURANG BAIK	1
R38	BAIK	1	0	0	0	1	KURANG BAIK	0	1	1	2	BAIK	0
R39	KURANG BAIK	1	1	1	0	3	BAIK	0	1	0	1	KURANG BAIK	1
R40	BAIK	1	1	0	0	2	KURANG BAIK	1	1	1	3	BAIK	0
R41	KURANG BAIK	1	1	0	0	2	BAIK	1	0	1	2	BAIK	1
R42	BAIK	1	1	1	0	3	BAIK	0	1	0	1	KURANG BAIK	0
R43	KURANG BAIK	1	1	1	0	3	BAIK	1	1	0	2	BAIK	0
R44	BAIK	1	1	1	0	3	KURANG BAIK	1	1	1	3	BAIK	0
R45	BAIK	1	0	0	0	1	KURANG BAIK	0	0	0	0	KURANG BAIK	1
R46	BAIK	1	1	1	0	3	BAIK	1	0	0	1	KURANG BAIK	0
R47	BAIK	1	1	1	0	3	BAIK	1	0	0	1	KURANG BAIK	0
R48	KURANG BAIK	1	1	1	0	3	BAIK	1	0	0	1	KURANG BAIK	0

Tabulasi Hasil Spss

Stop Buang Air Besar Sembarangan * Kejadian Diare

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pilar 1 * Kejadian Diare	48	100.0%	0	.0%	48	100.0%
Pilar 2 * Kejadian Diare	48	100.0%	0	.0%	48	100.0%
Pilar 3 * Kejadian Diare	48	100.0%	0	.0%	48	100.0%
Pilar 4 * Kejadian Diare	48	100.0%	0	.0%	48	100.0%
Pilar 5 * Kejadian Diare	48	100.0%	0	.0%	48	100.0%

Crosstab

Count

		Kejadian Diare		Total
		case	2	
Pilar 1	1	12	6	18
1	2	12	18	30
Total		24	24	48

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3.200 ^b	1	.074		
Continuity Correction ^a	2.222	1	.136		
Likelihood Ratio	3.247	1	.072		
Fisher's Exact Test				.135	.068
Linear-by-Linear Association	3.133	1	.077		
N of Valid Cases	48				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9.00.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Pilar 1 (1 / 2)	3.000	.884	10.184
For cohort Kejadian Diare = case	1.667	.965	2.879
For cohort Kejadian Diare = 2	.556	.272	1.136
N of Valid Cases	48		

Cuci Tangan Pakai Sabun* Kejadian Diare

Crosstab

Count		Kejadian Diare		Total
		case	2	
Pilar 1	1	13	5	18
2	2	11	19	30
Total		24	24	48

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.689 ^b	1	.017		
Continuity Correction ^a	4.356	1	.037		
Likelihood Ratio	5.842	1	.016		
Fisher's Exact Test				.036	.018
Linear-by-Linear Association	5.570	1	.018		
N of Valid Cases	48				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9.00.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Pilar 2 (1 / 2)	4.491	1.260	16.006
For cohort Kejadian Diare = case	1.970	1.136	3.416
For cohort Kejadian Diare = 2	.439	.198	.969
N of Valid Cases	48		

Pengelolaan Air Minum dan Makanan Rumah Tangga * Kejadian Diare

Crosstab

Count

		Kejadian Diare		Total
		case	2	
Pilar 1		8	3	11
3	2	16	21	37
Total		24	24	48

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2.948 ^b	1	.086		
Continuity Correction ^a	1.887	1	.170		
Likelihood Ratio	3.036	1	.081		
Fisher's Exact Test				.168	.084
Linear-by-Linear Association	2.887	1	.089		
N of Valid Cases	48				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.50.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Pilar 3 (1 / 2)	3.500	.799	15.340
For cohort Kejadian Diare = case	1.682	1.003	2.820
For cohort Kejadian Diare = 2	.481	.176	1.313
N of Valid Cases	48		

Pengelolaan Sampah Rumah Tangga * Kejadian Diare

Crosstab

Count

		Kejadian Diare		Total
		case	2	
Pilar 1	1	15	7	22
4	2	9	17	26
Total		24	24	48

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.371 ^b	1	.020		
Continuity Correction ^a	4.112	1	.043		
Likelihood Ratio	5.479	1	.019		
Fisher's Exact Test				.041	.021
Linear-by-Linear Association	5.259	1	.022		
N of Valid Cases	48				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11.00.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Pilar 4 (1 / 2)	4.048	1.210	13.538
For cohort Kejadian Diare = case	1.970	1.080	3.591
For cohort Kejadian Diare = 2	.487	.248	.953
N of Valid Cases	48		

Pengelolaan Limbah Cair Rumah Tangga * Kejadian Diare

Crosstab

Count

		Kejadian Diare		Total
		case	2	
Pilar 1	1	17	7	24
5	2	7	17	24
Total		24	24	48

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	8.333 ^b	1	.004		
Continuity Correction ^a	6.750	1	.009		
Likelihood Ratio	8.593	1	.003		
Fisher's Exact Test				.009	.004
Linear-by-Linear Association	8.160	1	.004		
N of Valid Cases	48				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12.00.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Pilar 5 (1 / 2)	5.898	1.699	20.479
For cohort Kejadian Diare = case	2.429	1.237	4.766
For cohort Kejadian Diare = 2	.412	.210	.808
N of Valid Cases	48		