

**Kode/Nama Rumpun Ilmu : 359/ Kesehatan Lingkungan**  
**Bidang Fokus : Pengembangan Teknologi**  
**Kesehatan dan Obat**

**LAPORAN AKHIR**  
**PENELITIAN DOSEN PEMULA**

**PERBEDAAN SANITASI TOTAL BERBASIS MASYARAKAT (STBM) DI**  
**DESA CIKUPA DAN DESA TELUK NAGA KABUPATEN TANGERANG**  
**TAHUN 2017**

Tahun Ke 1 dari rencana 1 tahun

**TIM PENGUSUL**

**KETUA : DEVI ANGELIANA K SKM., MPH NIDN : 0310038902**  
**ANGGOTA : GISELY VIONALITA SKM., M.Sc. NIDN : 0311048704**

Dibiayai Oleh:  
Direktorat Riset dan Pengabdian Masyarakat  
Direktorat Jenderal Penguatan Riset dan Pengembangan  
Kementerian Riset, Teknologi, dan Pendidikan Tinggi  
Sesuai dengan kontrak penelitian  
Nomor : 041/SP-P/LPPM/III/2018

**PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT**  
**FAKULTAS ILMU-ILMU KESEHATAN**  
**UNIVERSITAS ESA UNGGUL**  
**JAKARTA**

**NOVEMBER 2018**

**HALAMAN PENGESAHAN**

Judul : PERBEDAAN SANITASI TOTAL BERBASIS MASYARAKAT (STBM) DI DESA CIKUPA DAN DESA TELUK NAGA KABUPATEN TANGERANG TAHUN 2017

**Peneliti/Pelaksana**

Nama Lengkap : DEVI ANGELIANA KUSUMANINGTIAR, S.KM, M.P.H

Perguruan Tinggi : Universitas Esa Unggul

NIDN : 0310038902

Jabatan Fungsional : Asisten Ahli

Program Studi : Kesehatan Masyarakat

Nomor HP : 085775955871

Alamat surel (e-mail) : deviangeliana@esaunggul.ac.id

**Anggota (1)**

Nama Lengkap : GISELY VIONALITA S.KM, M.Sc.

NIDN : 0311048704

Perguruan Tinggi : Universitas Esa Unggul

**Institusi Mitra (jika ada)**

Nama Institusi Mitra : -

Alamat : -

Penanggung Jawab : -

Tahun Pelaksanaan : Tahun ke 1 dari rencana 1 tahun

Biaya Tahun Berjalan : Rp 19,250,000

Biaya Keseluruhan : Rp 19,250,000

Mengetahui,



(Dr. Aprilita Rina Yanti Eff, M.Biomed, Apt)  
NIP/NIK 215020572

D.K.I. JAKARTA, 5 - 11 - 2018

Ketua,

(DEVI ANGELIANA KUSUMANINGTIAR,  
S.KM, M.P.H)  
NIP/NIK -215090603

Menyetujui,

Ketua Lembaga Penelitian dan Pengabdian Masyarakat

(DR. Hasyim, SE., MM., M. Ed)  
NIP/NIK 201040164

## IDENTITAS DAN URAIAN UMUM

1. Judul Penelitian : Perbedaan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) di Desa Cikupa dan Teluknaga Kabupaten Tangerang

### Tim Peneliti

No	Nama	Jabatan	Bidang Keahlian	Instansi Asal	Alokasi waktu (Jam/minggu)
1	Devi Angeliana K	Ketua	Kesehatan Masyarakat-Kesehatan Lingkungan	Universitas Esa Unggul	5
2	Gisely Vionalita	Anggota	Kesehatan Masyarakat-Administrasi Kebijakan Kesehatan	Universitas Esa Unggul	5

2. Objek Penelitian :  
Seluruh warga Desa Cikupa dan Teluknaga Kabupaten Tangerang secara random yang akan diikutsertakan dalam penelitian ini dan membedakan kondisi lingkungan dari segi sanitasi total berbasis masyarakat.
3. Masa pelaksanaan  
Mulai : bulan maret tahun 2018  
Berakhir tahun : bulan November Tahun 2018
4. Usulan biaya DRPM Ditjen Penguatan Risbang  
Tahun ke-1 : Rp 19.615.000
5. Lokasi Penelitian: Desa Cikupa dan Teluknaga Kabupaten Tangerang
6. Instansi yang terlibat : Puskesmas Cikupa dan Teluknaga
7. Temuan yang ditargetkan :  
Profil Sanitasi Total Berbasis Masyarakat Desa Cikupa dan Teluknaga dan Perbedaan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat
8. Kontribusi mendasar pada suatu bidang ilmu :  
Hasil penelitian ini dapat dijadikan acuan dalam menentukan kebijakan program untuk lebih peduli terhadap kondisi lingkungan khususnya STBM masyarakat yang akan berdampak terhadap kondisi kesehatan yang akan mendatang.

9. Jurnal ilmiah yang menjadi sasaran : Jurnal Forum Ilmiah Universitas Esa unggul
10. Rencana luaran berupa jasa, metode, model, sistem, produk/barang, paten, atau luaran lainnya yang ditargetkan :
  - a. Publikasi Ilmiah Jurnal Internasional, tahun ke-1 Target : belum/tidak ada
  - b. Publikasi Ilmiah Jurnal Nasional Terakreditasi, tahun ke-1 Target: belum/tidak ada
  - c. Publikasi Ilmiah Jurnal Nasional Tidak Terakreditasi, tahun ke-1 Target: Publish
  - d. Pemakalah dalam pertemuan ilmiah Nasional, tahun ke-1 Target: draft
  - e. Pemakalah dalam pertemuan ilmiah Internasional, tahun ke-1 Target: draft
  - f. Keynote Speaker dalam pertemuan ilmiah Internasional, tahun ke-1 Target: belum/tidak ada
  - g. Keynote Speaker dalam pertemuan ilmiah Nasional, tahun ke-1 Target: belum/tidak ada
  - h. Visiting Lecturer Internasional, tahun ke-1 Target: belum/tidak ada
  - i. Paten, tahun ke-1 Target: belum/tidak ada
  - j. Paten Sederhana, tahun ke-1 Target: belum/tidak ada
  - k. Hak Cipta, tahun ke-1 Target: belum/tidak ada
  - l. Merk Dagang, tahun ke-1 Target: belum/tidak ada
  - m. Rahasia Dagang, tahun ke-1 Target: belum/tidak ada
  - n. Desain Produk Industri, tahun ke-1 Target: belum/tidak ada
  - o. Indikasi Geografis, tahun ke-1 Target: belum/tidak ada
  - p. Perlindungan Varietas Tanaman, tahun ke-1 Target: belum/tidak ada
  - q. Perlindungan Topografi Sirkuit , tahun ke-1 Target: belum/tidak ada
  - r. Teknologi Tepat Guna, tahun ke-1 Target: belum/tidak ada
  - s. Model/Purwarupa/Desain/Karya Seni/Rekayasa Sosial, tahun ke-1 Target: belum/tidak ada
  - t. Buku Ajar (ISBN), tahun ke-1 Target: draf
  - u. Tingkat Kesiapan Teknologi (TKT), tahun ke-1 Target: -

## DAFTAR ISI

<b>IDENTITAS DAN URAIAN UMUM .....</b>	<b>iii</b>
<b>DAFTAR ISI .....</b>	<b>v</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>vi</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang Masalah .....	1
2.1 Hipotesis .....	4
3.1 Perumusan Masalah .....	4
4.1 Tujuan Penelitian .....	4
5.1 Target Luaran .....	5
6.1 Rencana Target Capaian Tahunan .....	6
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>7</b>
1.1 Sanitasi Total Berbasis Masyarakat .....	7
1. Pengertian Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) .....	7
2. Tujuan STBM .....	7
3. Konsep STBM .....	7
4. Indikator STBM .....	8
5. Lima Pilar STBM .....	8
6. Manfaat Pelaksanaan 5 Pilar STBM .....	13
7. Prinsip-Prinsip STBM .....	14
<b>BAB III TUJUAN DAN MANFAAT PENELITIAN .....</b>	<b>16</b>
3.1 Tujuan .....	16
3.2 Manfaat .....	16
<b>BAB IV METODE PENELITIAN .....</b>	<b>17</b>
3.1 Tahapan Penelitian .....	17
3.2 Lokasi Penelitian .....	17
3.4 Variabel yang diamati/ diukur .....	17
3.3 Metode yang digunakan .....	18
3.5 Rancangan Penelitian .....	18
3.6 Teknik Pengumpulan Data .....	18
3.7 Analisa Data .....	20
<b>BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>21</b>
<b>BAB VI RENCANA TAHAPAN BERIKUTNYA .....</b>	<b>27</b>
<b>BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>28</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>29</b>
<b>LAMPIRAN-LAMPIRAN .....</b>	<b>1</b>



## ABSTRACT

### **Background**

According to WHO data of waterborne diseases which were caused death reach 3,400,000 people per year and for diarrhea make 1,400,000 people per year. The root cause of that problem are poor sanitations and obnoxious water quality. In 2015, Indonesia got high mortality rate from diarrhea scattered on 18 provinces with sufferer by 1213 peoples and 30 decease (CFR 2.44%). Ministry of Health says (in 2015), the lowest percentage of implemented CLTS is Banten province 24,44%. Because of that, diarrhea case has been raise to 51,34% in Tangerang city of Banten province. The increasing cases of diarrhea in a region may be controlled through sanitation approach. One of Ministry of health program in order to improve health status of Indonesia people is CLTS. This research took place in Teluknaga and Cikupa village of Tangerang City. Teluknaga and Cikupa have difference number of diarrhea case and policy. In addition, it is also seen from the geographical conditions where the Cikupa village is an administrative area located on the side of the road in a dense condition while Teluknaga village is an area where the majority of livelihoods are fishermen and are located on the coast and have areas surrounded by fishponds.

### **Methods**

This research method is a quantitative research with cross sectional design. Sample of 200 respondents with randomly. Data analysis using independent t-test.

### **Results**

The result of research shows that there is difference of CLTS in Teluknaga village with Cikupa village of Tangerang district (p-value 0,000).

### **Conclusions**

Community and the government more attention to environmental conditions with Community Led Total Sanitation (CLTS) in the form of behavior change approaches..

### **Acknowledgements**

Peneliti Dosen Pemula (PDP) DIKTI

**Keywords:** CLTS, Diarrhea, SDGs, Environmental Sanitation

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang Masalah

Permasalahan kesehatan lingkungan yang mendominasi adalah masalah sanitasi. Tantangan pembangunan sanitasi di Indonesia adalah sosial budaya dan perilaku penduduk yang terbiasa buang air besar di sembarang tempat, khususnya ke badan air yang juga digunakan untuk mencuci, mandi masalah air minum, higiene dan sanitasi masih sangat besar. Hasil studi Indonesia Sanitation Sektor Development Program (ISSDP) tahun 2006, menunjukkan 47% masyarakat masih berperilaku buang air besar ke sungai, sawah, kolam, kebun dan tempat terbuka.

Berdasarkan data WHO bahwa kematian yang disebabkan karena *waterborne disease* mencapai 3.400.000 jiwa per tahun, dan untuk diare merupakan penyebab kematian terbesar yaitu 1.400.000 jiwa per tahun. Dari semua kematian tersebut berakar pada sanitasi dan kualitas air yang buruk. Menurut Hardoy dan Satterhwaite pada tahun 1992, layanan air minum yang kualitasnya buruk dan kurang memadainya sistem pembuangan air limbah dan sampah menimbulkan dampak buruk pada lingkungan dan menimbulkan endemik penyakit di rumah tangga miskin (Road Map STBM, 2013).

Tingginya angka kejadian diare di Indonesia, yaitu pada tahun 2006 sebesar 423 per seribu penduduk. Penyakit Diare merupakan penyakit endemis di Indonesia dan juga merupakan penyakit potensial KLB yang sering disertai dengan kematian. Pada tahun 2015 terjadi 18 kali KLB diare yang tersebar di 11 provinsi 18 kabupaten/kota dengan jumlah penderita 1.213 orang dan kematian 30 orang (CFR 2,447%) terlihat bahwa CFR saat KLB masih cukup tinggi dengan target CFR saat KLB diharapkan <1% (Profil Kesehatan Indonesia, 2015).

Berdasarkan data kumulatif dari 43 puskesmas se-Kabupaten Tangerang pada tahun 2014 terdapat peningkatan persentase cakupan kasus diare semua umur mulai tahun 2011 – 2014. Kasus diare tahun 2011 ditemukan kasus sebanyak 40,19% , pada tahun 2012 kasus meningkat sebanyak 42,67%, pada tahun 2013 meningkat kembali menjadi 43,72 kasus dan pada tahun 2014 ka mengalami peningkatan sebanyak 51,34% kasus diare (Profil Kesehatan Kabupaten Tangerang, 2014).

Meningkatnya kasus diare disuatu wilayah dapat dikendalikan melalui pendekatan sanitasi. Salah satu program Departemen Kesehatan dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Indonesia adalah Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM). Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) atau dikenal juga dengan nama Community Led Total Sanitation (CLTS) merupakan program pemerintah dalam rangka memperkuat upaya pembudayaan hidup bersih dan sehat, mencegah penyebaran penyakit berbasis lingkungan, meningkatkan kemampuan masyarakat, serta mengimplementasikan komitmen pemerintah untuk meningkatkan akses air minum dan sanitasi dasar berkesinambungan dalam pencapaian SDGs. Upaya sanitasi berdasarkan Permenkes No. 3 Tahun 2014 tentang Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM), yaitu : meliputi tidak buang air besar (BAB) sembarangan, mencuci tangan pakai sabun, mengelola air minum dan makanan yang aman, mengelola sampah dengan benar dan mengelola limbah air rumah tangga dengan aman (Depkes RI, 2008).

Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) merupakan pendekatan dengan proses fasilitasi yang sederhana yang dapat merubah sikap lama, dimana kewajiban sanitasi menjadi tanggung jawab masyarakat, dengan satu kepercayaan bahwa kondisi bersih, nyaman dan sehat adalah kebutuhan alami manusia. Pendekatan yang dilakukan dalam STBM diharapkan menimbulkan kesadaran bahwa sanitasi merupakan masalah bersama karna dapat berdampak kepada semua masyarakat, sehingga pemecahan masalah harus dilakukan secara bersama.

Strategi Nasional Sanitasi Total Berbasis Masyarakat merupakan acuan dalam penyusunan perencanaan, pelaksanaan, pemantauan, serta evaluasi yang terkait dengan sanitasi total berbasis masyarakat. Sanitasi kesehatan tidak terlepas dari pada kebudayaan masyarakat. Dalam upaya menumbuhkan partisipasi masyarakat harus pula diperhatikan keadaan sosial budaya masyarakat. Untuk mengikutsertakan masyarakat dalam upaya pembangunan khususnya dalam bidang kesehatan akan membawa hasil yang baik bila prosesnya melalui pendekatan edukatif yaitu berusaha menimbulkan kesadaran pada masyarakat melalui peningkatan pengetahuan dengan memperhitungkan sosial budaya setempat.



Menurut profil kesehatan Indonesian (2015), menyatakan bahwa persentase terendah yang melaksanakan STBM adalah Provinsi DKI Jakarta sebesar 1,87% sedangkan untuk Provinsi Banten persentase yang melaksanakan STBM sebesar 24,44% dan persentase tertinggi yang melaksanakan STBM adalah Provinsi DI Yogyakarta sebesar 93,84%.

Dalam upaya pencapaian ini masih ada beberapa kendala yang dihadapi di antaranya adalah proses peningkatan perubahan perilaku tidak dapat dilakukan secara instan, cenderung membutuhkan waktu yang relatif lama dan kecukupan pendampingan petugas kepada masyarakat untuk menerapkan perilaku yang lebih sehat dalam kehidupan sehari-hari secara berkesinambungan. Adanya disparitas capaian desa/kelurahan melaksanakan STBM sebagai akibat dari belum semua petugas yang terkait melaporkan hasil kegiatannya. Dari 9.738 tenaga kesehatan lingkungan yang terdaftar baru sebanyak 4.285 tenaga kesehatan lingkungan (44%) yang melaksanakan monitoring kegiatan STBM sampai dengan tahun 2015 (profil Kesehatan Indonesia 2015).

Puskesmas Teluk naga dan Cikupa merupakan puskesmas yang terletak di kabupaten Tangerang, Provinsi Banten. Puskesmas Teluknaga merupakan puskesmas yang sudah memiliki sertifikat ISO dan masih memiliki kasus diare yang masuk ke 10 besar penyakit yang ada diwilayah puskesmas sedangkan puskesmas Cikupa merupakan puskesmas yang belum memiliki sertifikat ISO dan untuk kasus diare tidak masuk kedalam 10 besar penyakit. Selain itu juga dilihat dari kondisi geografis dimana desa Cikupa merupakan wilayah administratif yang dekat dengan industri, pabrik, pertokoan dan pemukiman terletak dipinggir jalan, kondisinya padat dan memiliki sarana dan prasarana yang sudah cukup lengkap, sedangkan desa Teluk Naga merupakan wilayah yang mayoritas mata pencariannya adalah nelayan dan terletak di pesisir pantai dan memiliki wilayah yang dilingkupi dengan tambak ikan. Perbedaan ini diduga disebabkan masih ditemukan rumah dan lingkungan sekitarnya yang tidak memenuhi syarat kesehatan, tidak ada saluran pembuangan air limbah dan perilaku kebiasaan membuang sampah sembarangan dan PHBS masyarakat yang masih kurang (Profil kabupaten Tangerang (2014).

Berdasarkan permasalahan tersebut peneliti tertarik untuk mengangkat penelitian yang berjudul Perbedaan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) di Desa Cikupa dan Teluknaga Kabupaten Tangerang.

## **2.1 Hipotesis**

Adanya perbedaan sanitasi total berbasis masyarakat di Desa Cikupa dan Teluknaga Kabupaten Tangerang.

## **3.1 Perumusan Masalah**

Adapun masalah yang akan penulis angkat adalah:

1. Bagaimana gambaran Sanitasi total berbasis masyarakat (STBM) di Desa Cikupa Kabupaten Tangerang?
2. Bagaimana gambaran Sanitasi total berbasis masyarakat (STBM) di Desa Teluknaga Kabupaten Tangerang?
3. Apakah ada perbedaan sanitasi total berbasis masyarakat (STBM) di Desa Cikupa dan Telukanaga Kabupaten Tangerang?

## **4.1 Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui perbedaan sanitasi total berbasis masyarakat (STBM) di Desa Cikupa dan Telukanaga Kabupaten Tangerang.

### **2. Tujuan Khusus**

Secara lebih spesifik tujuan khusus penelitian ini adalah :

- a. Mengetahui gambaran sanitasi total berbasis masyarakat (STBM) di Desa Cikupa Kabupaten Tangerang.
- b. Mengetahui gambaran sanitasi total berbasis masyarakat (STBM) di Desa Teluknaga Kabupaten Tangerang.
- c. Menganalisis perbedaan sanitasi total berbasis masyarakat (STBM) di Desa Cikupa dan Telukanaga Kabupaten Tangerang

## 5.1 Target Luaran

Dalam penelitian ini penulis ingin memiliki target yang nantinya akan dapat bermanfaat bagi pengembangan dan peningkatan kualitas hidup anak yang akan berdampak ke sumber daya manusia di masa yang akan datang:

1. Agar dapat mengetahui permasalahan STBM dan kemudian akan dihubungkan terhadap permasalahan profil kesehatan di kabupaten Tangerang.
2. Agar dapat mengatasi serta menurunkan kasus diare dengan melibatkan kerja sama lintas program dan sektoral

## 6.1 Rencana Target Capaian Tahunan

Tabel 1.1 Rencana Target Capaian Tahunan

No	Jenis Luaran				Indikator Capaian TS
	Kategori	Sub Kategori	Wajib	Tambahan	
1	Artikel ilmiah dimuat di jurnal	Internasional bereputasi	-	-	tidak ada
		Nasional terakreditasi	-	-	tidak ada
		Nasional tidak terakreditasi	Forum Ilmiah	-	Publish
2	Artikel ilmiah dimuat di prosiding	Internasional terindeks	-	IMOPH	Presented
		Nasional	-	Pertemuan Ilmiah Tahunan IAKMI	Presented
3	<i>Invited speaker</i> dalam temu ilmiah	Internasional	-	-	tidak ada
		Nasional	-	-	tidak ada
4	<i>Visiting Lecturer</i>	Internasional	-	-	tidak ada
5	Hak Kekayaan Intelektual (HKI)	paten	-	-	tidak ada
		Paten sederhana	-	-	tidak ada
		Hak Cipta	-	-	tidak ada
		Merk Dagang	-	-	tidak ada
		Rahasia dagang	-	-	tidak ada
		Desain produk Industri	-	-	tidak ada
		Indikasi Geografis	-	-	tidak ada
		Perlindungan Varietas Tanaman	-	-	tidak ada
		Perlindungan Topografi Sirkuit Terpadu	-	-	tidak ada
6	Teknologi Tepat Guna	-	-	tidak ada	
7	Model/Purwarupa/Desain/Karya seni/ Rekayasa Sosial8)	-	-	tidak ada	
8	Buku Ajar (ISBN)	-	Buku ajar Kesehatan Lingkungan	draft	
9	Tingkat Kesiapan Teknologi (TKT)				

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **1.1 Sanitasi Total Berbasis Masyarakat**

##### **1. Pengertian Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM)**

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

##### **2. Tujuan STBM**

Tujuan program STBM adalah untuk mencapai kondisi sanitasi total dengan mengubah perilaku hygiene dan sanitasi melalui pemberdayaan masyarakat yang meliputi 3 komponen yaitu penciptaan lingkungan yang mendukung peningkatan kebutuhan sanitasi serta peningkatan penyediaan sanitasi serta pengembangan inovasi sesuai dengan konteks wilayah.

##### **3. Konsep STBM**

Konsep STBM diadopsi dari konsep *Community Led Total Sanitation* (CLTS) yang telah disesuaikan dengan konteks kebutuhan di Indonesia. Sebelum memahami konsep dan prinsip STBM berikut dijelaskan secara singkat konsep CLTS.

CLTS adalah sebuah pendekatan dalam pembangunan sanitasi pedesaan dan mulai berkembang pada tahun 2001. Pendekatan ini awalnya di ujicobakan di beberapa komunitas di Bangladesh dan saat ini sudah diadopsi secara luas di

negara tersebut. Salah satu negara bagian di India yaitu Provinsi Maharashtra telah mengadopsi pendekatan CLTS ke dalam program pemerintah secara masal yang disebut dengan program *Total Sanitation Campaign* (TSC). Beberapa negara lain seperti Cambodia, Afrika Nepal dan Mongolia juga telah menerapkan CLTS.

Ciri utama pendekatan ini adalah tidak adanya subsidi terhadap infrastruktur (jamban keluarga) dan tidak menetapkan model standar jamban yang nantinya akan dibangun oleh masyarakat.

#### 4. Indikator STBM

Program STBM memiliki indikator *outcome* dan *output* :

- a. Indikator *outcome* STBM yaitu menurunnya kejadian penyakit diare dan penyakit berbasis lingkungan lainnya yang berkaitan dengan sanitasi dan perilaku.
- b. Indikator *output* STBM adalah sebagai berikut :
  - 1) Setiap individu dan komunitas mempunyai akses terhadap sarana sanitasi dasar sehingga dapat mewujudkan komunitas yang bebas dari buang air di sembarang tempat (ODF).
  - 2) Setiap rumahtangga telah menerapkan pengelolaan air minum dan makanan yang aman di rumah tangga.
  - 3) Setiap rumah tangga dan sarana pelayanan umum dalam suatu komunitas (seperti sekolah, kantor, rumah makan, puskesmas, pasar, terminal) tersedia fasilitas cuci tangan (air, sabun, sarana cuci tangan), sehingga semua orang mencuci tangan dengan benar.
  - 4) Setiap rumah tangga mengelola limbahnya dengan benar.
  - 5) Setiap rumah tangga mengelola sampahnya dengan benar.

#### 5. Lima Pilar STBM

Menurut Permenkes No. 3 Tahun 2014 tentang Sanitasi Total Berbasis Masyarakat terdapat lima pilar STBM yaitu :

- a. Stop Buang Air Besar Sembarangan (Stop BABS)

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

yang saniter berupa jamban sehat. Kegiatan ini dapat diwujudkan dalam membudayakan perilaku buang air besar sehat yang dapat memutus alur kontaminasi kotoran manusia sebagai sumber penyakit secara berkelanjutan dan menyediakan dan memelihara sarana buang air besar yang memenuhi standar dan persyaratan kesehatan.

Pembuangan tinja merupakan bagian yang penting dari kesehatan lingkungan. Pembuangan tinja yang tidak menurut aturan memudahkan terjadinya penyebaran penyakit tertentu yang penulurannya melalui tinja antara lain penyakit diare.

Menurut Notoatmodjo (2003), syarat pembuangan kotoran yang memenuhi aturan kesehatan adalah :

- 1) Tidak mengotori permukaan tanah di sekitarnya
- 2) Tidak mengotori air permukaan di sekitarnya
- 3) Tidak mengotori air dalam tanah di sekitarnya
- 4) Kotoran tidak boleh terbuka sehingga dapat dipakai sebagai tempat lalt bertelur atau perkembangbiakan vektor penyakit lainnya,
- 5) Tidak menimbulkan bau
- 6) Pembuatannya murah dan
- 7) Mudah digunakan dan diperlihara

b. Cuci Tangan Pakai Sabun (CPTS)

CPTS merupakan perilaku cuci tangan dengan menggunakan sabun dan air bersih yang mengalir. Perilaku mencuci tangan dilakukan dengan 5 langkah serta dengan waktu penting. Waktu penting cuci tangan adalah sebelum makan, sebelum mengolah dan menghidangkan makanan, sebelum menyusui sebelum memberi makan bayi/balita sesudah buang air besar atau kecil dan sesudah memegang hewan/unggas. Kriteria utama sasaran CPTS adalah air bersih yang dapat dialirkan sabun dan penampungan atau saluran air limbah yang aman.

Cuci tangan merupakan proses membuang kotoran dan debu secara mekanis dari kedua belah tangan dengan memakai sabun dan air yang bertujuan untuk mencegah kontaminasi silang (orang ke orang atau benda

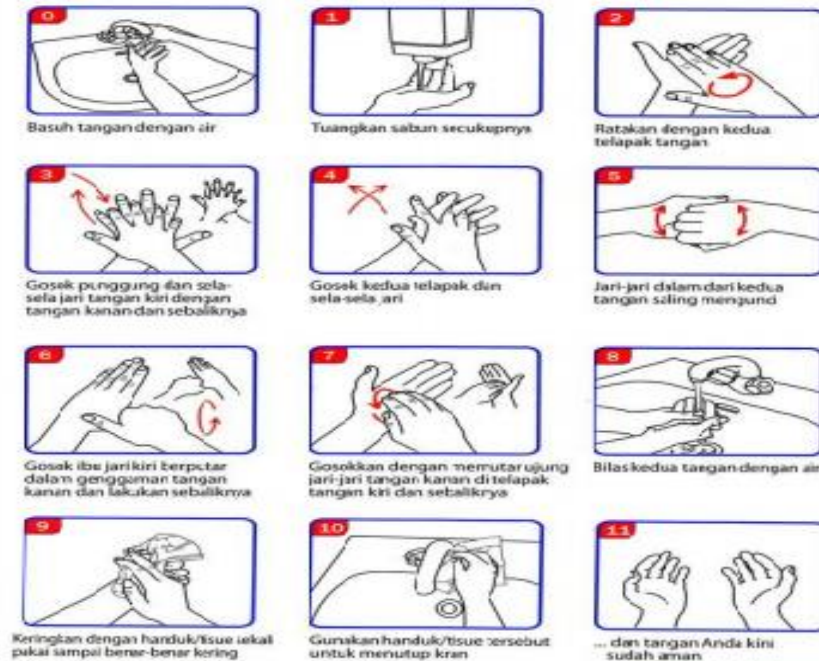
terkontaminasi ke orang) suatu penyakit atau perpindahan kuman (Ananto, 2006).

Menurut Kemenkes RI (2010), untuk mendapatkan hasil yang optimal, maka mencuci tangan haruslah dengan air bersih yang mengalir, baik itu melalui kran air atau disiram dengan gayung, menggunakan sabun yang standar, setelah itu keringkan dengan handuk bersih atau menggunakan tisu. Penggunaan jenis sabun dapat menggunakan semua jenis sabun karena semua sabun sebenarnya cukup efektif dalam membunuh kuman penyebab penyakit. Teknik mencuci tangan yang benar harus menggunakan sabun dan di bawah air yang mengalir dengan langkahlangkah sebagai berikut: 1) Basahi tangan dengan air di bawah kran atau air mengalir. 2) Ambil sabun cair secukupnya untuk seluruh tangan, akan lebih baik jika sabun yang mengandung antiseptic. 3) Gosokkan pada kedua telapak tangan. 4) Gosokkan sampai ke ujung jari. 5) Telapak tangan kanan menggosok punggung tangan kiri (atau sebaliknya) dengan jari-jari saling mengunci (berselang-seling) antara tangan kanan dan tangan kiri, gosokkan sela-sela jari tersebut. Hal ini dilakukan pada kedua tangan. 6) Letakkan punggung jari satu dengan punggung jari lainnya dan saling mengunci. 7) Usapkan ibu jari tangan kanan dengan punggung jari lainnya dengan gerakan saling berputar, lakukan hal yang sama dengan ibu jari tangan kiri. 8) Gosokkan telapak tangan dengan punggung jari tangan satunya dengan gerakan kedepan, kebelakang, berputar. Hal ini dilakukan pada kedua tangan. 9) Pegang pergelangan kanan dengan pergelangan kiri dan lakukan gerakan memutar. Lakukan pula pada tangan kiri. 10) Bersihkan sabun dari kedua tangan dengan air mengalir. 11) Keringkan tangan dengan menggunakan tissue atau handuk, jika menggunakan kran, tutup kran dengan tisu.



## Cara **Mencuci Tangan** Dengan **Sabun dan Air**

 Lamanya seluruh prosedur: **40-60 detik**



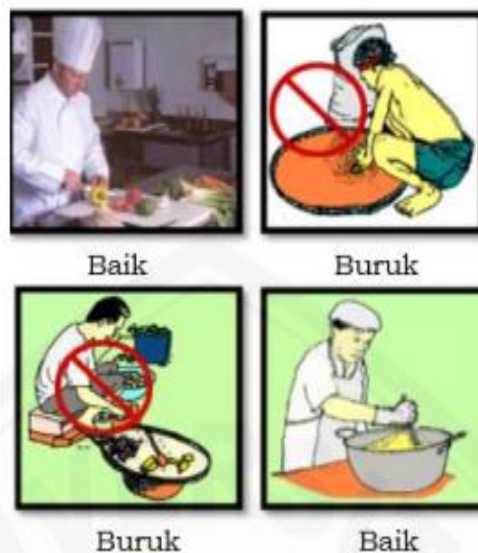
Gambar 2.1: Teknik mencuci tangan dengan menggunakan air dan sabun (WHO, 2017)

Karena mikroorganisme tumbuh berkembang biak di tempat basah dan di air yang menggenang, maka apabila menggunakan sabun batangan sediakan sabun batangan yang berukuran yang kecil dalam tempat sabun yang kering. Hindari mencuci tangan di waskom yang berisi air walaupun telah ditambahkan bahan antiseptik, karena mikroorganisme dapat bertahan dan berkembang biak pada larutan ini. Apabila menggunakan sabun cair jangan menambahkan sabun apabila terdapat sisa sabun pada tempatnya, penambahan dapat menyebabkan kontaminasi bakteri pada sabun yang baru dimasukkan. Apabila tidak tersedia air mengalir, gunakan ember dengan kran yang dapat dimatikan sementara menyabuni kedua tangan dan buka kembali untuk membilas atau gunakan ember dan kendi/teko (Ray, *et. al*, 2011).

Tangan yang bersentuhan langsung dengan kotoran manusia dan binatang, ataupun cairan tubuh lain (seperti ingus) dan makanan/minuman yang terkontaminasi saat tidak dicuci dengan sabun dapat memindahkan bakteri, virus, dan parasit pada orang lain yang tidak sadar bahwa dirinya sedang ditulari. WHO telah mencanangkan setiap tanggal 15 Oktober sebagai Hari Mencuci Tangan Pakai Sabun Sedunia, yang diikuti oleh 20 negara di dunia, salah satu diantaranya adalah Indonesia (WHO, 2009).

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

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



Gambar 2.2 Cara Mengolah Makanan (Permenkes No. 3 Tahun 2014 tentang STBM)

Air memiliki peranan dalam penularan penyakit diare karena air merupakan unsur yang ada dalam makanan maupun minuman dan juga digunakan untuk mencuci tangan, bahan makanan, serta peralatan untuk memasak atau makan. Air yang digunakan harus bersih agar tidak terkena penyakit atau terhindar dari sakit. Jika air terkontaminasi dan kebersihan yang baik tidak dipraktikkan, makanan yang dihasilkan kemungkinan besar juga terkontaminasi (Widyastuti, 2005).

Sumber air minum utama merupakan salah satu sarana sanitasi yang tidak kalah pentingnya berkaitan dengan kejadian diare. Sebagian kuman infeksius penyebab diare ditularkan melalui jalur fekal oral. Mereka dapat ditularkan dengan memasukkan kedalam mulut, cairan atau benda yang tercemar dengan tinja, misalnya air minum, jari-jari tangan, dan makanan yang disiapkan dalam panci yang dicuci dengan air tercemar (Depkes RI, 2000).

d. Pengamanan Sampah Rumah Tangga

Tujuan pengamanan sampah rumah tangga adalah untuk menghindari penyimpanan sampah dalam rumah dengan segera menangani sampah. Pengamanan sampah yang aman adalah pengumpulan, pengangkutan, pemrosesan, pendaurulangan atau pembuangan dari material sampah dengan cara yang tidak membahayakan kesehatan masyarakat dan lingkungan. Prinsip-prinsip dalam pengamanan sampah adalah *Reduce, Reuse dan Recycle*.

e. Pengamanan Limbah Cair Rumah Tangga

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

## 6. Manfaat Pelaksanaan 5 Pilar STBM

Lima pilar STBM akan membantu masyarakat untuk mencapai tingkat higiene yang paripurna sehingga akan menghindarkan mereka dari kesakitan dan kematian akibat sanitasi yang tidak sehat. Perubahan perilaku pada pilar pertama, buang air besar pada tempat yang layak, merupakan pintu masuk bagi perilaku hidup bersih dan sehat lainnya yang ada pada pilar 2,3,4 dan 5.

## **7. Prinsip-Prinsip STBM**

### **a. Tanpa subsidi**

Masyarakat tidak menerima bantuan dari pemerintah atau pihak lain untuk menyediakan sarana sanitasi dasarnya. Penyediaan sarana sanitasi dasar adalah tanggung jawab masyarakat. Sekiranya individu masyarakat belum mampu menyediakan sanitasi dasar, maka diharapkan adanya kepedulian dan kerjasama dengan anggota masyarakat lain untuk membantu mencari solusi.

### **b. Masyarakat sebagai pemimpin**

Inisiatif pembangunan sarana sanitasi hendaknya berasal dari masyarakat. Fasilitator maupun wirausaha sanitasi hanya membantu memberikan masukan dan pilihan-pilihan solusi kepada masyarakat untuk meningkatkan akses dan kualitas higiene dan sanitasinya. Semua kegiatan maupun pembangunan sarana sanitasi dibuat oleh masyarakat. Sehingga ikut campur pihak luar tidak diharapkan dan tidak diperbolehkan. Dalam praktiknya, biasanya akan tercipta natural leader di masyarakat.

### **c. Tidak menggurui/ memaksa**

STBM tidak boleh disampaikan kepada masyarakat dengan cara menggurui dan memaksa mereka untuk mempraktikkan budaya higiene dan sanitasi, apalagi dengan memaksa mereka membeli jamban atau produk-produk STBM

### **d. Totalitas seluruh komponen masyarakat**

Seluruh komponen masyarakat terlibat dalam analisa permasalahan perencanaan-pelaksanaan serta pemanfaatan dan pemeliharaan. Keputusan masyarakat dan pelaksanaan secara kolektif adalah kunci keberhasilan STBM. Secara lebih rinci, keempat prinsip diatas bisa dipahami dari perbedaan antara sistem kejar target/ proyek dengan STBM yang dapat dilihat pada tabel dibawah :

Tabel 2.1 Perbedaan antara Sistem Kejar Target/ Proyek dengan STBM

<b>Kriteria</b>	<b>Sistem Kejar Target (Proyek)</b>	<b>STBM</b>
Input dari luar masyarakat	Subsidi benda-benda untuk jamban	Pemberdayaan masyarakat
Model	Model ditentukan	Muncul inovasi lain dari masyarakat
Cakupan	Sebagian	Menyeluruh
Indikator Keberhasilan	Menghitung jamban	Tidak ada lagi kebiasaan BAB di sembarang tempat
Bahan yang digunakan	Semen porselen batu bata dan lain-lain	Bisa dimulai dengan bambu, kayu dan lain-lain
Biaya	Berkisar antara Rp. 500.000-1.000.000 per model	Relatif lebih murah
Pemanfaat	Yang punya uang	Masyarakat yang sangat miskin
Waktu yang dibutuhkan	Seperti yang ditargetkan oleh proyek	Ditentukan oleh masyarakat



## **BAB III**

### **TUJUAN DAN MANFAAT PENELITIAN**

#### **3.1 Tujuan**

Adapun tujuan penelitian ini adalah :

- a. Mengetahui gambaran sanitasi total berbasis masyarakat (STBM) di Desa Cikupa Kabupaten Tangerang.
- b. Mengetahui gambaran sanitasi total berbasis masyarakat (STBM) di Desa Teluknaga Kabupaten Tangerang.
- c. Menganalisis perbedaan sanitasi total berbasis masyarakat (STBM) di Desa Cikupa dan Telukanaga Kabupaten Tangerang

#### **3.2 Manfaat**

Manfaat penelitian ini antara lain :

- a. Terbentuknya kegiatan sosialisasi berkala kepada masyarakat mengenai sanitasi total berbasis masyarakat (STBM) dalam menurunkan kejadian diare.
- b. Sebagai bahan masukan/ dapat dijadikan suatu kebijakan bagi pemegang program kesehatan lingkungan mengenai sanitasi total berbasis masyarakat.

## **BAB IV**

### **METODE PENELITIAN**

#### **3.1 Tahapan Penelitian**

Penelitian diawali dengan pembuatan proposal penelitian dan diskusi antara ketua peneliti dengan anggota untuk kesepakatan topik penelitian, metode penelitian yang akan digunakan, dan waktu pelaksanaan penelitian. Selanjutnya tahap pengumpulan data. Data yang digunakan pada penelitian ini berupa data primer yaitu dengan melakukan wawancara dengan kuesioner yang akan mengukur Sanitasi Total Berbasis Masyarakat di daerah tempat penelitian dilaksanakan. Data ini akan dilengkapi juga dengan hasil observasi di lapangan. Tahap berikutnya dilakukan pengecekan data untuk memastikan data yang diperoleh sudah lengkap, terisi semua, dan konsisten. Tahap terakhir pada penelitian ini adalah diseminasi dan pelaporan hasil penelitian. Dimana pada tahap ini akan disimpulkan perbedaan sanitasi total berbasis masyarakat di desa Cikupa dan desa Teluk Naga yang ada di Kabupaten Tangerang.

#### **3.2 Lokasi Penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan di Kabupaten Tangerang, lebih tepatnya di RT 1 Desa Cikupa dan RT 1 Desa Teluk Naga, hal ini dikarenakan saat ini merupakan daerah yang masih perlu perhatian dalam hal sanitasi lingkungan dan memiliki tata ruang yang padat yang tidak sesuai dengan ketentuan berlaku, serta memiliki jumlah kejadian diare yang tinggi. Hal ini diduga dipengaruhi oleh Sanitasi Total Berbasis masyarakat yang belum berjalan sesuai program pemerintah.

#### **3.4 Variabel yang diamati/ diukur**

Variabel yang digunakan pada penelitian ini adalah Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM).

### 3.3 Metode yang digunakan

Penelitian ini menggunakan kerangka analisis dengan membandingkan lima pilar yang terdapat pada STBM di desa Cikupa dan Desa Teluk Naga.



Gambar 3.1  
Kerangka Konsep Penelitian

### 3.5 Rancangan Penelitian

Jenis penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif yang bersifat *observasional*, dengan desain studi potong lintang (*cross sectional*). Dalam penelitian ini tidak dilakukan intervensi. Pada rancangan *cross sectional* ini bertujuan untuk mendapatkan perbedaan secara signifikan antara dimensi yang ada di sanitasi total berbasis masyarakat di wilayah tersebut (Sastroasmoro, 2014).

### 3.6 Teknik Pengumpulan Data

Dalam penelitian ini teknik pengumpulan data yang penulis gunakan merupakan sampel jenuh (*total sampling*) dimana responden penelitian ini adalah seluruh penduduk yang terdaftar menjadi kepala keluarga di RT 1 Desa Cikupa dan desa Teluk Naga di Kabupaten Tangerang. Kepala keluarga yang terdaftar di dua tempat tersebut tercatat mencapai 100 orang. Penelitian ini akan menggunakan jumlah total sampling, yakni:

Lokasi	Jumlah responden
Desa Cikupa	100
Desa Teluk Naga	100
Total Responden	200



Masing-masing kepala keluarga yang tercatat di RT tempat pengambilan data akan dipilih satu responden, Kriteria responden tersebut diupayakan sebagai pengambil keputusan keluarga, hal ini bisa dari suami ataupun istri. Kemudian responden tersebut akan diberikan kuesioner mengenai sanitasi total berbasis masyarakat yang akan mencakup lima pilar, yakni perilaku buang air besar sembarangan, perilaku mencuci tangan pakai sabun, pengelolaan air minum dan makanan keluarga, pengamanan sampah rumah tangga dan limbah cair rumah tangga. Kuesioner ini terdiri dari pertanyaan untuk menilai kondisi lima pilar di kehidupan sehari-hari responden dan kemudian akan dilihat juga dari lembar observasi yang akan menunjukkan kenyataan lima pilar di daerah tempat responden tinggal.

- a. Pilar 1. Perilaku membuang air besar sembarangan  
Pilar ini akan diukur menggunakan 12 pertanyaan kuesioner yang akan diisi sendiri oleh responden dan 9 *item* yang akan dinilai menggunakan lembar observasi yang dilakukan peneliti.
- b. Pilar 2. Perilaku mencuci tangan pakai sabun  
Pilar ini akan diukur menggunakan 9 pertanyaan kuesioner yang akan diisi sendiri oleh responden dan 4 *item* yang akan dinilai menggunakan lembar observasi yang dilakukan peneliti.
- c. Pilar 3. Pengelolaan air minum dan makan keluarga  
Pilar ini akan diukur menggunakan 8 pertanyaan kuesioner yang akan diisi sendiri oleh responden dan 5 *item* yang akan dinilai menggunakan lembar observasi yang dilakukan oleh peneliti.
- d. Pilar 4. Pengamanan sampah rumah tangga  
Pilar ini akan diukur menggunakan 6 pertanyaan kuesioner yang akan diisi sendiri oleh responden dan 2 *item* yang akan dinilai menggunakan lembar observasi yang dilakukan oleh peneliti.
- e. Pilar 5. Pengamanan limbah cair rumah tangga  
Pilar ini akan diukur menggunakan 5 pertanyaan kuesioner yang akan diisi sendiri oleh responden dan 2 *item* yang akan dinilai menggunakan lembar observasi yang dilakukan oleh peneliti.

### 3.7 Analisa Data

#### 1. Analisa univariat

Untuk mengetahui gambaran masing-masing variabel yang diujikan dalam bentuk tabel dan grafik serta narasi-narasi dari variable-variabel yang diteliti dengan tujuan mendapatkan gambaran suatu kondisi yang objektif.

#### 2. Analisa Bivariat

Analisis ini digunakan untuk melihat hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat. Uji statistik yang digunakan adalah uji t-test Independen. Langkah pertama adalah menguji normalitas dan homogenitas data. Uji normalitas yang digunakan adalah *Kolmogorov smirnov* karena sampel lebih besar dari 50 dan Untuk uji homogenitas data menggunakan *Levenne test*. dengan taraf kepercayaan  $\alpha = 5\%$  (0,05).

Jika data berdistribusi normal digunakan analisis statistik parametrik berupa *Independent t-test* untuk melihat adanya perbedaan secara signifikan mengenai sanitasi total berbasis masyarakat (STBM). Jika data berdistribusi tidak normal maka digunakan analisis statistik non parametrik berupa Mann – whitney.

## BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN

Gambaran pelaksanaan sanitasi total berbasis masyarakat (STBM) di desa Cikupa dan Teluk Naga yang meliputi 5 pilar dasar adalah sebagai berikut :

Tabel 5.1 Gambaran Pelaksanaan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) di desa Cikupa dan desa Teluk Naga Kabupaten Tangerang

Pelaksanaan STBM	Tempat Tinggal			
	Cikupa		Teluk naga	
	Baik	Kurang	Baik	Kurang
Stop Buang Air Besar Sembarangan	50	50	9	91
Cuci Tangan Pakai Sabun	79	21	24	76
Pengelolaan Air Minum dan Makanan Rumah Tangga	42	58	26	74
Pengamanan Sampah Rumah Tangga	33	67	16	84
Pengamanan Limbah Cair Rumah Tangga	7	93	3	97

Berdasarkan tabel diatas menunjukkan bahwa proporsi tertinggi pilar 1 Stop Buang Air Besar Sembarangan di kecamatan Cikupa sama besar sebesar 50 responden telah melaksanakan Stop Buang Air Besar Sembarangan. Proporsi tertinggi Stop Buang Air Besar Sembarangan kecamatan Teluk Naga adalah kurang sebesar 91 responden belum melaksanakan Stop Buang Air Besar Sembarangan dengan baik. Pada pilar 2 proporsi tertinggi Cuci Tangan Pakai Sabun di Kecamatan Cikupa adalah baik sebesar 79 responden telah melaksanakan Cuci Tangan Pakai Sabun. proporsi tertinggi Cuci Tangan Pakai Sabun di kecamatan Teluk Naga adalah kurang sebesar 76 responden belum melaksanakan Cuci Tangan Pakai Sabun dengan baik. Pilar 3 proporsi tertinggi Pengelolaan Air Minum dan Makanan Rumah Tangga di Kecamatan Cikupa adalah kurang sebesar 58 responden belum melaksanakan Pengelolaan Air Minum dan Makanan Rumah Tangga dengan baik. Proporsi tertinggi Pengelolaan Air Minum dan Makanan Rumah Tangga di Kecamatan Teluk Naga adalah kurang sebesar 76 responden belum melaksanakan Pengelolaan Air Minum dan Makanan Rumah Tangga dengan baik. Pilar 4 proporsi tertinggi pengamanan sampah rumah tangga di Kecamatan Cikupa adalah Kurang sebesar 67 responden belum melaksanakan pengamanan sampah rumah tangga dengan baik. Proporsi tertinggi pengamanan sampah rumah tangga di Kecamatan Teluk Naga adalah kurang sebesar 84 responden belum melaksanakan

pengamanan sampah rumah tangga dengan baik. Pilar 5 proporsi tertinggi pengamanan limbah cair rumah tangga di Kecamatan Cikupa adalah kurang sebesar 93 responden belum melaksanakan pengamanan limbah cair rumah tangga dengan baik. proporsi tertinggi pengamanan limbah cair rumah tangga di Kecamatan Teluk Naga adalah Kurang sebesar 97 responden belum melaksanakan pengamanan limbah cair rumah tangga dengan baik.

Tabel 5.2 Gambaran rata-rata sanitasi total berbasis masyarakat (STBM) di desa Cikupa dan desa Teluk Naga Kabupaten Tangerang.

	Tempat Tinggal	N	Mean ± SD
STBM	Desa Teluk Naga	100	32,50 ± 0,383
	Desa Cikupa	100	44,14 ± 0,398

Berdasarkan tabel diatas menunjukkan bahwa *mean* STBM untuk variabel desa Teluk Naga adalah -32,50 dengan nilai simpang baku 0,383 sedangkan mean STB untuk desa Cikupa adalah 44,14 dengan nilai simpang baku 0,398.

Selanjutnya dilakukan analisis bivariat dengan melakukan uji normalitas terlebih dahulu. Berdasarkan hasil uji normalitas menunjukkan bahwa distribusi tidak normal dengan nilai  $p\text{-value } 0,000 < \alpha = 0,05$ . Maka digunakan uji statistik non-parametrik menggunakan *U Mann-Whitney*.

Tabel 5.3 Perbedaan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) di desa Cikupa dan desa Teluk Naga Kabupaten Tangerang.

	Tempat Tinggal	N	Mean	p-value	95% CI
STBM	Desa Teluk Naga	100	-11,640	0,000	-12,729 - -10,551
	Desa Cikupa	100			

Berdasarkan uji *Mann Whitney* diatas menunjukkan bahwa  $p\text{-value } 0,000 < \alpha = 0,05$  yang bearti bahwa ada perbedaan sanitasi total berbasis masyarakat (STBM) di desa Cikupa dan desa Teluk Naga Kabupaten Tangerang.

## PEMBAHASAN

Kejadian kasus diare di desa Cikupa lebih rendah dengan desa Teluk Naga, dimana desa Cikupa kasus diare tidak masuk ke dalam 10 besar penyakit sedangkan desa Teluk Naga untuk kasus diare masih masuk dalam 10 besar penyakit. Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan ada perbedaan sanitasi total berbasis masyarakat (STBM) di desa Cikupa (kasus diare sedikit) dan desa Teluk Naga (kasus diare tinggi). Hal ini

sesuai dengan penelitian Makotsi, *et al.*, (2016), menunjukkan bahwa ada perbedaan kejadian penyakit antara area rumah tangga yang STBM dengan yang non STBM. Sedangkan menurut studi Othero, *et.al.*, (2003), menetapkan bahwa prevalensi diare secara keseluruhan selama dua minggu di wilayah penelitian adalah 17,4%. Perbandingan antara prevalensi diare antara STBM dan Non STBM menunjukkan bahwa rumah tangga di STBM daerah intervensi mengalami lebih sedikit diare dibandingkan dengan rumah tangga di area non STBM. Menurut penelitian Makotsi, *et al.*, (2016), sebuah penelitian yang dilakukan di Nyando pada tahun 2008, di mana penyakit diare ditemukan menjadi penyebab utama morbiditas dan angka kematian di kalangan balita khususnya di masyarakat pedesaan dan pinggiran kota di Distrik. Oleh karena itu diare menyumbang 87% dan 48% morbiditas dan mortalitas anak.

Akses terhadap sanitasi layak merupakan salah satu pondasi inti dari masyarakat yang sehat. Sanitasi yang baik merupakan elemen penting yang menunjang kesehatan manusia. Sanitasi berhubungan dengan kesehatan lingkungan yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat. Buruknya kondisi sanitasi akan berdampak negatif di banyak aspek kehidupan, mulai dari turunnya kualitas lingkungan hidup masyarakat, tercemarnya sumber air minum bagi masyarakat, meningkatnya jumlah kejadian diare dan munculnya beberapa penyakit (Kemenkes, 2014).

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa proporsi perilaku yang kurang pada stop buang air besar sembarangan lebih banyak di desa Teluk Naga sebesar 91%. Desa Teluk Naga merupakan daerah yang dekat dengan pesisir pantai dan sungai, kondisi lingkungan ini yang mempengaruhi sebagian besar masyarakat kurang sadar akan perilaku stop buang air besar sembarangan. Berbeda halnya dengan desa Cikupa yang terletak dipinggir jalan besar, dekat dengan permukiman, industry dan pertokoan.

Syarat pembuangan kotoran yang memenuhi aturan kesehatan adalah tidak mengotori permukaan tanah, tidak mengotori air permukaan, tidak mengotori air dalam tanah, kotoran tidak boleh terbuka sehingga dapat dipakai sebagai tempat vektor bertelur dan berkembangbiak (Notoatmodjo, 2003).

Berdasarkan observasi masih banyaknya responden yang berperilaku kurang pada pilar 1 stop buang air besar sembarangan (BABs) dikarenakan perilaku masyarakat yang sulit dirubah hal ini terbukti dari masyarakat yang sudah memiliki jamban tetapi tetap memiliki perilaku membuang air besar di sungai. Hal ini sesuai dengan penelitian

Sah (2008), menyatakan bahwa sanitasi total berbasis masyarakat merupakan pendekatan yang menangani masalah jangka panjang untuk kerangka perencanaan nasional berkelanjutan dengan implementasi promosi sanitasi total berbasis masyarakat (STBM) di sekolah, pembentukan kader yang menindaklanjuti STBM, biaya penerapan STBM meliputi biaya fasilitasi dan pemasangan jamban yang dilakukan oleh sumber daya sendiri, advokasi STBM di gereja dan masjid, memotivasi anak-anak sebagai peran kunci dalam menggunakan jamban di tempat tinggal.

Menurut penelitian Conant (2005), membuang kotoran manusia (feses dan air kencing) dengan benar dan menjaga kebersihan diri dapat menjaga kesehatan. Jika limbah tidak dijaga dan dibuang dengan tidak benar dan tidak aman dapat mempengaruhi kesehatan manusia dan dapat menyebabkan penyakit serius seperti diare, disentri, tifoid, kolera dan jenis penyakit menular lainnya. Masalah-masalah kesehatan ini dapat dicegah jika lebih banyak upaya dilakukan dengan perubahan dalam perilaku kebersihan pribadi, seperti mencuci tangan dengan benar, membuang limbah dengan benar, dan menggunakan toilet bersih dengan akses ke sumber air bersih

Menurut Permenkes (2014), menyatakan bahwa jamban sehat efektif bertujuan 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 bangunan bawah jamban 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.

Berdasarkan pilar 2 mengenai cuci tangan pakai sabun (CTPS) menunjukkan bahwa perilaku cuci tangan pakai sabun di desa Teluk Naga lebih rendah dibandingkan dengan desa Cikupa. Berdasarkan hasil observasi responden yang perilaku cuci tangan pakai sabun yang kurang mempunyai kebiasaan hanya mencuci tangan dengan air tanpa menggunakan sabun dan kurangnya pengetahuan responden mengenai saat-saat penting kapan mencuci tangan.

Menurut Kementerian Kesehatan (2015), cuci tangan pakai sabun (CPTS) adalah tindakan membersihkan tangan untuk tujuan menghilangkan tanah, kotoran, dan atau mikroorganisme. Tujuan kesehatan utama mencuci tangan adalah untuk membersihkan tangan dari pathogen (termasuk bakteri atau virus) dan bahan kimia yang dapat menyebabkan kerusakan tubuh atau penyakit. Menurut UNICEF (2008) menyebutkan bahwa mencuci tangan dengan air saja kurang efektif dalam menghilangkan kuman penyakit pada tangan jika dibanding dengan mencuci tangan dengan sabun. Cuci tangan menggunakan sabun adalah salah satu cara yang paling efektif dan murah untuk mencegah penyakit diare yang sebagian besar menyebabkan kematian pada anak. 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%.

Pengelolaan Air Minum dan Makanan Rumah Tangga yang mejadi pilar 3 sanitasi total berbasis masyarakat (STBM) menunjukkan bahwa proporsi perilaku kurang di desa Cikupa sebesar 58% dan proporsi perilaku kurang di desa Teluk Naga sebesar 74%. Sumber air bersih mayoritas responden di desa Teluk Naga masih menggunakan air sumur walaupun PDAM sudah ada. Sedangkan di desa Cikupa belum ada PDAM untuk pengelolaan air minum tetapi menggunakan air pompa dan air galon isi ulang tanpa dilakukan pengelolaan.

Makanan harus dikelola dengan baik dan benar agar tidak menyebabkan gangguan kesehatan dan bermanfaat bagi tubuh. Cara pengelolaan makanan yang baik yaitu dengan menerapkan prinsip higiene dan sanitasi makanan. Pengelolaan makanan di rumah tangga, walaupun dalam jumlah kecil atau skala rumah tangga juga harus menerapkan prinsip higiene sanitasi makanan. Prinsip hygiene sanitasi makanan yang baik yaitu meliputi pemilahan bahan makanan, penyimpanan bahan makanan, pengolahan makanan, penyimpanan makanan matang, pengangkutan makanan, penyajian makanan (Depkes RI, 2014)

Pengamanan Sampah Rumah Tangga yang mejadi pilar 4 sanitasi total berbasis masyarakat (STBM) menunjukkan bahwa proporsi perilaku kurang di desa Cikupa sebesar 67% dan proporsi perilaku kurang di desa Teluk Naga sebesar 84%. Berdasarkan observasi menunjukkan bahwa di kedua desa tersebut belum dilakukannya pemilahan sampah organik dan anorganik serta tidak membuang sampah setiap hari.

Masih ditemukannya sampah di sekitar sungai dan kebun terbukti bahwa masyarakat masih kurang akan dampak membuang sampah sembarangan.

Menurut Kemenkes RI (2011), Sampah merupakan sumber penyakit dan tempat berkembang biaknya vektor penyakit seperti lalat, nyamuk, tikus, kecoa. Sampah juga dapat mencemari tanah dan menimbulkan gangguan kenyamanan dan estetika seperti bau yang tidak sedap dan pemandangan yang tidak enak dilihat. Oleh karena itu pengelolaan sampah sangat penting, untuk mencegah penularan penyakit. Tempat sampah harus ada, sampah harus dikumpulkan setiap hari dan dibuang ke tempat penampungan sementara. Bila tidak terjangkau oleh pelayanan pembuangan sampah ke tempat pembuangan akhir dapat dilakukan pemusnahan sampah dengan cara ditimbun atau dibakar.

Pengamanan Limbah Cair Rumah Tangga (pilar 5) menunjukkan bahwa proporsi pengolahan limbah cair kurang di desa Cikupa sebesar 93% dan proporsi perilaku kurang di desa Teluk Naga sebesar 97%. Hasil observasi menunjukkan di kedua area tersebut masih sangat kurang mengenai pengamanan limbah cair hal ini terlihat dari hampir seluruh area tersebut ditemukan got saluran air yang tergenang dan tidak tertutup. Limbah cair yang tergenang dapat menjadi sumber dari vektor penyakit, termasuk kran umum atau wc umum. Limbah cair domestik harus dibuang dengan benar mengikuti standar yang tepat pembuangan limbah. Limbah cair domestik biasanya bukan limbah yang ekstrim bahayanya terhadap lingkungan kecuali dibuang dengan cara yang dapat mempengaruhi air permukaan atau air tanah dangkal. Tahap terakhir dan sangat penting dalam proses manajemen limbah adalah pembuangan limbah yang harus dilakukan dengan cara yang ramah lingkungan. Menurut penelitian Alice (2017), Di kota Rwanda manajemen cairan limbah ada di tangan perusahaan, tetapi pemerintah juga mengembangkan pedoman tentang bagaimana kegiatan pembuangan harus yang dilakukan. Penelitian ini menyatakan bahwa “Setiap limbah cair, terutama dari rumah sakit, klinik dan klinik, industri dan setiap berbahaya lainnya limbah cair harus dikumpulkan, dirawat dan diubah dengan cara tidak menurunkan lingkungan untuk mencegah, menghilangkan atau mengurangi efek buruk pada kesehatan manusia, sumber daya alam, flora dan fauna.



## **BAB VI**

### **RENCANA TAHAPAN BERIKUTNYA**

Tahapan berikutnya yang akan dilakukan adalah menganalisis sanitasi total berbasis masyarakat (STBM). Pada analisis perbedaan sanitasi total berbasis masyarakat (STBM) di wilayah kerja puskesmas cikupa dan teluknaga sudah dilakukan dan didapatkan hasil terdapat perbedaan sanitasi total berbasis masyarakat (STBM). Namun yang belum dilakukan selanjutnya adalah menganalisis STBM dengan kejadian diare, apakah STBM memiliki hubungan dengan kejadian diare disekitar wilayah puskesmas tersebut atau tidak menggunakan uji *chi square*. Dan melakukan evaluasi terhadap program sanitasi total berbasis masyarakat di kedua wilayah kerja puskesmas tersebut.

## **BAB VII**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

Penerapan pendekatan sanitasi total berbasis masyarakat (STBM) diperkotaan dan dipedesaan masih terdapat perbedaan, namun walaupun terdapat perbedaan penerapan STBM diperkotaan dan pedesaan hal ini masih menjadi tantangan besar dan kompleks. Perlu adanya berbagai metode, alat dan pendekatan yang dibutuhkan. Subsidi jamban di rumah tangga merupakan produksi jangka panjang dengan dukungan pemerintah. Permasalahan yang didapat pada hasil penelitian ini adalah perilaku masyarakat yang sulit dirubah dalam menerapkan STBM.

## DAFTAR PUSTAKA

Alice U, Ming Y, Nestor U, Donath N, and Narcisse N. (2017). Liquid wastes Treatment and Disposal in Rwanda. *Journal of Pollution Effects & Control*. Vol 5 Issue 3

Ananto. 2006. Tanamkan Prilaku Hidup Bersih dan Sehat Sejak Usia Dini.

Conant, J. 2005. Sanitation and Cleanliness For a Healthy Environment. Berkeley: Hesperian Foundation. Accessed July 1, 2016.  
[http://www.unwater.org/downloads/EHB\\_Sanitation\\_EN\\_lowres.pdf](http://www.unwater.org/downloads/EHB_Sanitation_EN_lowres.pdf)

Depkes RI. (2014). Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 3 Tahun 2014 Tentang Sanitasi Total Berbasis Masyarakat. Jakarta

Dinas Kesehatan Kabupaten Tangerang. (2014). *Profil Kesehatan Kabupaten Tangerang*.

Kemendes RI. (2011). Situasi Diare Di Indonesia. Diakses dari :  
<http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/buletin/buletindiare.pdf>

Kementerian Kesehatan RI. (2010). Pedoman Perilaku Hidup Bersih dan Sehat. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia;

Kementerian Kesehatan RI. (2014). Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2013. Jakarta : Kementerian Kesehatan

Kementerian Kesehatan RI. (2015). *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia;

Kementerian Kesehatan RI. (2015). Pedoman Pelaksanaan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat. Jakarta : Kementerian Kesehatan

Makotsi Nicholas, Kaseje Dan, Mumma Jane, Opiyo Jactone, Lukorito Lily. Association of Community Led Total Sanitation to Reduced Household Morbidity in Nyando District. *IJSBAR*. Vol 28, No 1.

Notoatmodjo S. (2003). Ilmu Kesehatan Masyarakat Prinsip-prinsip Dasar. Jakarta: PT Rineka Cipta.

Notoatmodjo, Soekidjo. 2003. Pendidikan dan Perilaku Kesehatan. Jakarta : Rineka Cipta.

Peraturan menteri kesehatan Republik Indonesia No. 3 Tahun 2014. *Sanitasi Total Berbasis Masyarakat*.

Ray S, Amarchand R, Srikant J, Majumandar K. A study on prevalence of bacteria in the hands of children and their perception on hand washing in two schools of Bangalore and Kolkata. Indian Journal of Public Health. 2011;55(4):293-7.

Sah Sameer and Negussie Amsalu. (2008). Community led total sanitation (CLTS): Addressing the challenges of scale and sustainability in rural Africa. Desalination.

Sastroasmoro, Sudigdo. Dasar- Dasar Metodologi Penelitian Klinis. Jakarta : Sagung Seto.

UNICEF. (2008). Handwashing. ([http://www.unicef.org/wcaro/overview\\_4553.html](http://www.unicef.org/wcaro/overview_4553.html))

Widyastuti, P. 2005. Penyakit Bawaan Makanan : Fokus untuk Pendidikan Kesehatan. Jakarta : EGC

WHO. (2017). Clean hands protect against infection. [http://www.who.int/gpsc/clean\\_hands\\_protection/en/](http://www.who.int/gpsc/clean_hands_protection/en/). WHO Press

WHO. (2009). WHO guidelines on hand hygiene in health care first global patient safety challenge. Switzerland: WHO Press;



## LAMPIRAN-LAMPIRAN

### Lampiran 1: Laporan Anggaran

<b>1. Gaji dan upah</b>				
<b>Honor</b>	<b>Honor</b>	<b>Kuantitas</b>	<b>Harga satuan</b>	<b>Honor per Tahun</b>
Enumerator	Enumerator	6 orang	500.000	3.000.000
Kader Puskesmas	Kader puskesmas cikupa dan teluknaga saat penelitian	2 orang	600.000	1.200.000
<b>SUB TOTAL (Rp)</b>				<b>Rp 4.200.000</b>
<b>2. Peralatan Penunjang</b>				
<b>Material</b>	<b>Justifikasi Pemakaian</b>	<b>Kuantitas</b>	<b>Harga Satuan (Rp)</b>	<b>Biaya per Tahun (Rp)</b>
Pembelian flash disk	Untuk penyimpanan bahan dan data hasil penelitian	1	200.000	200.000
<b>SUB TOTAL (Rp)</b>				<b>Rp 200.000</b>
<b>3. Bahan Habis pakai dan peralatan</b>				
<b>Material</b>	<b>Justifikasi Pemakaian</b>	<b>Kuantitas</b>	<b>Harga Satuan (Rp)</b>	<b>Biaya per Tahun (Rp)</b>
Souvenir reponden	Sabun cuci tangan	200	8.000	1.600.000
Souvenir Kepala Puskesmas	Souvenir puskesmas	2	250.000	500.000
Kerta HVS A4	Laporan Penelitian	5	70.000	350.000
Pulsa	Komunikasi Penelitian	7	100.000	700.000
Tinta	Memperbanyak laporan penelitian dan kuesioner	3 set	750.000	2.250.000
ATK Enumerator	Pulpen, buku, goodiebag	1 paket	299.000	299.000
<b>SUB TOTAL (Rp)</b>				<b>Rp 5.699.000</b>
<b>4. Transportasi</b>				
<b>Material</b>	<b>Justifikasi Pemakaian</b>	<b>Kuantitas</b>	<b>Harga Satuan (Rp)</b>	<b>Biaya per Tahun (Rp)</b>
Perijinan (PP)	Perijinan ijin penelitian ke Dinas Kesehatan Kabupaten Tangerang	2 kali	300.000	600.000

