

Kode>Nama Rumpun Ilmu : 357/Promosi Kesehatan

**LAPORAN AKHIR
PENELITIAN HIBAH BERSAING**



**MODEL PROMOSI KESEHATAN STBM (SANITASI TOTAL BERBASIS
MASYARAKAT) PADA KOMUNITAS ANAK SEKOLAH SEBAGAI PREVENSI
PRIMER TERHADAP PENYAKIT BERBASIS LINGKUNGAN DI DAERAH
TERISOLIR KALIMANTAN BARAT**

TIM PENGUSUL

Helman Fachrie, SE, MM	NIDN 1107056101
Linda Suwarni, SKM, M. Kes	NIDN 1125058301
Selviana, SKM, MPH	NIDN 1122028801

**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PONTIANAK
NOVEMBER 2015**

HALAMAN PENGESAHAN

Judul : MODEL PROMOSI KESEHATAN STBM (SANITASI TOTAL BERBASIS MASYARAKAT) PADA KOMUNITAS ANAK SEKOLAH SEBAGAI PREVENSI PRIMER TERHADAP PENYAKIT BERBASIS LINGKUNGAN DI DAERAH TERISOLIR KALIMANTAN BARAT

Peneliti/Pelaksana
Nama Lengkap : HELMAN FACHRI SE., MM.
Perguruan Tinggi : Universitas Muhammadiyah Pontianak
NIDN : 1107056101
Jabatan Fungsional : Lektor Kepala
Program Studi : Manajemen
Nomor HP : 082150421123
Alamat surel (e-mail) : helmanump@gmail.com

Anggota (1)
Nama Lengkap : LINDA SUWARNI M.Kes
NIDN : 1125058301
Perguruan Tinggi : Universitas Muhammadiyah Pontianak

Anggota (2)
Nama Lengkap : SELVIANA SKM, M.P.H
NIDN : 1122028801
Perguruan Tinggi : Universitas Muhammadiyah Pontianak

Institusi Mitra (jika ada)
Nama Institusi Mitra : -
Alamat : -
Penanggung Jawab : -
Tahun Pelaksanaan : Tahun ke 1 dari rencana 2 tahun
Biaya Tahun Berjalan : Rp 56.500.000,00
Biaya Keseluruhan : Rp 150.000.000,00


Mengetahui,
Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan

(Indah Budiastutik, SKM, M. Kes)
NIP/NIK 005151020180001

Pontianak, 10 - 11 - 2015
Ketua,


(HELMAN FACHRI SE., MM.)
NIP/NIK 090131070561001

Menyetujui,
Ketua LPPM


(Edy Suryadi, SE, MM)
NIP/NIK 091131100263003

DAFTAR ISI

Halaman Sampul	i
Halaman Pengesahan.....	ii
Daftar Isi	iii
Ringkasan.....	iv
BAB I Pendahuluan.....	1
BAB II Tinjauan Pustaka.....	9
BAB III Metode Penelitian.....	15
BAB IV Biaya dan Jadwal Penelitian	16
BAB V Hasil Penelitian dan Pembahasan	17
BAB VI Kesimpulan dan Saran`	29
Daftar Pustaka	30
Lampiran-Lampiran	

RINGKASAN

Buruknya kondisi sanitasi merupakan salah satu penyebab kematian anak di bawah 3 tahun yaitu sebesar 19% atau sekitar 100.000 anak meninggal karena diare setiap tahunnya dan kerugian ekonomi diperkirakan sebesar 2,3% dari Produk Domestik Bruto (studi World Bank, 2007). Buruknya sanitasi berdampak negatif pada kerugian ekonomi yang nilainya sangat besar di Indonesia. Pada tahun 2006, perkiraan biaya yang dikeluarkan per tahun mencapai Rp 56 triliun. Biaya sebesar itu setara dengan 2,3% GDP (*Gross Domestic Product*), dan dapat dibelanjakan untuk perawatan dan penyembuhan penyakit yang kejangkitannya berakar pada air dan sanitasi buruk serta perilaku tidak higiene. Dampak ekonomi dari pencemaran air akibat sanitasi yang buruk mencapai Rp 14,9 triliun (*Research Report, Economic Impact of Sanitation In Indonesia : Water and Sanitation Program-East Asia and Pasific, World Bank : 2008*).

Kalimantan Barat merupakan salah satu propinsi yang banyak terdapat daerah terisolir karena dikelilingi oleh sungai (julukan “seribu sungai”), sehingga untuk menjangkau daerah tidak mudah. Prevalensi penyakit berbasis lingkungan cukup tinggi pada wilayah terisolir ini. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor determinan penyakit berbasis lingkungan di daerah terisolir Kalimantan Barat dalam upaya promosi kesehatan Sanitasi Total Berbasis Lingkungan (STBM) sebagai prevensi primer pada anak sekolah dasar (SD). Metode penelitian yang digunakan adalah penelitian kualitatif dan kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional* dan menggunakan *total sampling* pada 80 anak SD (kelas 3,4, dan 5) di daerah terisolir (sepuk laut).

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa determinan penyakit berbasis lingkungan yang signifikan antara lain: pengetahuan (p value = 0,000), sikap (p value = 0,000), praktek Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) (p value = 0,005), kepemilikan jamban (p value = 0,000), dan Buang Air Besar (BAB) di sungai/tempat terbuka (p value = 0,000) (p value < 0,05). Pengetahuan, sikap, dan praktek PHBS merupakan faktor protektif yang dapat mencegah kejadian penyakit berbasis lingkungan (OR < 1). Berdasarkan hasil penelitian ini media yang disenangi oleh anak SD adalah dalam bentuk cerita bergambar (komik), dan dalam bentuk video singkat (film). Anak sekolah merupakan generasi penerus bangsa yang secara potensial dan pemicu untuk menerapkan STBM. Mereka juga sebagai *agent of change* dalam lingkungan keluarga, sehingga dapat menstimulus keluarganya untuk menerapkan STBM pada khususnya, dan masyarakat pada umumnya, yang akan berdampak pada pencegahan penyakit berbasis lingkungan. Oleh karena itu, diperlukan promosi kesehatan STBM pada anak SD sebagai *agent of change* sehingga dapat menurunkan angka kejadian penyakit berbasis lingkungan melalui komik dan film sesuai dengan kebutuhan. Selain itu, perlunya kerjasama dengan pemerintahan setempat dalam penyediaan sarana dan prasarana umum pada masyarakat di wilayah terisolir.

Kata Kunci: Model Promosi Kesehatan, STBM, Komunitas Anak Sekolah, Prevensi Primer, Penyakit Berbasis Lingkungan, Daerah Terisolir

BABI

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang dan Permasalahan

Kualitas dan kuantitas pelayanan kesehatan di negara berkembang, termasuk Indonesia, ditentukan banyak faktor, yang paling utama adalah perkembangan sosial politik dan ekonomi di Negara tersebut. Diperkirakan 4/5 dari total populasi dunia hidup di negara berkembang (Isturitz and Carbon, 2000). Kemiskinan dan kepadatan penduduk adalah gambaran yang biasa pada jutaan orang, yang bertahan hidup tanpa makanan, air atau sanitasi yang mencukupi dan memadai, sehingga lebih rentan terhadap penyakit infeksi (Horton, 2002).

Indonesia menghadapi tantangan yang masih sangat besar terkait dengan masalah air minum, hygiene dan sanitasi. Tantangan pembangunan sanitasi di Indonesia adalah masalah sosial budaya dan perilaku penduduk yang terbiasa buang air besar (BAB) di sembarang tempat, khususnya ke badan air yang juga digunakan untuk mencuci, mandi dan kebutuhan higienis lainnya. Hal ini didukung dengan hasil studi *Indonesia Sanitation Sector Development Program* (ISSDP) tahun 2006, menunjukkan bahwa 47% masyarakat masih berperilaku buang air besar di sungai, sawah, kolam, kebun dan tempat terbuka. Demikian juga hasil studi *Basic Human Services* (BHS) di Indonesia yang menunjukkan bahwa perilaku mencuci tangan masih rendah, di antaranya, mencuci tangan setelah buang air besar hanya 12%, sebelum makan 14%, sebelum memberi makan bayi hanya 7%, dan sebelum menyiapkan makanan sebesar 6%. Studi ini juga menunjukkan bahwa perilaku pengelolaan air minum rumah tangga sebanyak 99,2% merebus air untuk mendapatkan air minum, tetapi 47,5% dari air tersebut masih mengandung *Eschericia coli*. Buruknya kondisi sanitasi merupakan salah satu penyebab kematian anak di bawah 3 tahun yaitu sebesar 19% atau sekitar 100.000 anak meninggal karena diare setiap tahunnya dan kerugian ekonomi diperkirakan sebesar 2,3% dari Produk Domestik Bruto (studi World Bank, 2007).

Buruknya sanitasi merupakan dampak negatif pada kerugian ekonomi yang nilainya sangat besar di Indonesia. Pada tahun 2006, perkiraan biaya yang dikeluarkan per tahun mencapai Rp 56 triliun. Biaya sebesar itu setara dengan 2,3% GDP (*Gross Domestic Product*), dan dapat dibelanjakan untuk perawatan dan penyembuhan penyakit yang kejangkitannya berakar pada air dan sanitasi buruk serta perilaku tidak hygiene. Dampak

ekonomi dari pencemaran air akibat sanitasi yang buruk mencapai Rp 14,9 triliun (*Research Report, Economic Impact of Sanitation In Indonesia : Water and Sanitation Program-East Asia and Pasific, World Bank : 2008*). Biaya ekonomi sebesar itu, dapat diatasi jika masalah sanitasi teratasi dan perilaku hidup bersih dan sehat diwujudkan dapat dialihkan untuk kegiatan produktif meningkatkan kesejahteraan masyarakat miskin yang memang paling banyak menjadi korban *waterborne disease*

World Health Organization (WHO) menyatakan bahwa kematian yang disebabkan karena *waterborne disease* mencapai 3.400.000 jiwa/tahun. Semua kematian yang bersumber pada buruknya sanitasi dan kualitas air, diare merupakan penyebab kematian terbesar yaitu 1.400.000 jiwa/tahun. Menurut Hardoy dan Satterwaite (1992), layanan air minum yang kualitasnya buruk dan kurang memadainya sistem pembuangan air limbah dan sampah menimbulkan endemic penyakit di rumah tangga miskin (P2PL, 2013).

Hasil studi yang sudah dilakukan menunjukkan bahwa kondisi tersebut berkontribusi dengan tinggi angka kejadian diare di Indonesia. Hal ini dapat dilihat dari angka kejadian diare nasional pada tahun 2000 s/d 2010 terlihat kecenderungan insidens naik. Pada tahun 2000, *Insidence Rate* (IR) penyakit Diare 301/ 1000 penduduk, tahun 2003 naik menjadi 374 /1000 penduduk, tahun 2006 naik menjadi 423 /1000 penduduk dan tahun 2010 menjadi 411/1000 penduduk. Kondisi tersebut mengakibatkan Kejadian Luar Biasa (KLB) diare di banyak propinsi di Indonesia, dengan CFR yang masih tinggi. Pada tahun 2008 terjadi KLB di 69 Kecamatan dengan jumlah kasus 8133 orang, kematian 239 orang (CFR 2,94%). Tahun 2009 terjadi KLB di 24 Kecamatan dengan jumlah kasus 5.756 orang, dengan kematian 100 orang (CFR 1,74%), sedangkan tahun 2010 terjadi KLB diare di 33 kecamatan dengan jumlah penderita 4204 dengan kematian 73 orang (CFR 1,74 %.) (Kemenkes RI, 2011).

Salah satu langkah dalam pencapaian target MDG's (Goal ke-4) adalah menurunkan kematian anak menjadi 2/3 bagian dari tahun 1990 sampai pada 2015. Berdasarkan Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT), Studi Mortalitas dan Riset Kesehatan Dasar dari tahun ke tahun diketahui bahwa diare masih menjadi penyebab utama kematian balita di Indonesia. Demikian juga hasil Riskesdas 2007 menunjukkan bahwa diare merupakan penyebab kematian peringkat ke 13 berdasarkan pola penyebab kematian semua umur, sedangkan berdasarkan penyakit menular, diare merupakan penyebab kematian peringkat ke 3 setelah TB dan Pnemonia (Riskesdas, 2007).

Kalimantan Barat merupakan salah satu propinsi di Indonesia yang masih banyak masalah terkait sanitasi lingkungan. Daerah Kalimantan Barat termasuk salah satu daerah yang dapat dijuluki Provinsi “Seribu Sungai”. Julukan ini selaras dengan kondisi geografis yang mempunyai ratusan sungai besar dan kecil yang diantaranya dapat dan sering dilayari. Beberapa sungai besar sampai saat ini masih merupakan urat nadi dan jalur utama untuk angkutan daerah pedalaman, walaupun prasarana jalan darat telah dapat menjangkau sebagian besar kecamatan. Masyarakat di Kalimantan Barat menggunakan air hujan untuk konsumsi air minum. Hal ini akan berdampak pada masalah kesehatan pada musim kemarau tiba, kesulitan air bersih untuk konsumsi sehari-hari menyebabkan banyaknya masalah yang timbul akibat terbatasnya persediaan air bersih. Akses terhadap sumber air minum „berkualitas“ yang mempertimbangkan jenis sumber air terlindung (termasuk air kemasan dan depot air minum), jarak ke sumber air minum, kemudahan memperoleh air minum dan kualitas fisik air minum adalah sebesar 67,5% dengan persentase tertinggi di Provinsi DKI Jakarta (87,0%) dan terendah di Provinsi Kalimantan Barat (35,9%) (Profil Propinsi Kalbar, 2011).

Sebagian wilayah yang ada di Kalimantan Barat masuk dalam kategori terisolir dan tertinggal. Hal dikarenakan letak geografis yang dikelilingi sungai, sehingga menyebabkan sulitnya akses menjangkau daerah tersebut. Desa Sepok laut dan Desa Tanjung Saleh adalah dua desa yang berada di wilayah kecamatan Sungai Kakap Kabupaten Kubu Raya yang termasuk daerah terisolir. Permasalahan kesehatan yang berbasis lingkungan banyak dijumpai di daerah tersebut di antaranya, diare, disentri, kecacingan, demam berdarah (DBD). Oleh karena itu, diperlukan upaya promosi kesehatan yang sesuai dan tepat sasaran sehingga dapat meningkat status kesehatan dan sosial ekonomi masyarakat sekitar. Kondisi di desa Sepok Laut dan Tanjung Saleh masih sangat memprihatinkan, masyarakat masih melakukan Mandi Cuci kakus (MCK) di sungai, dan masih minimnya kesadaran masyarakat sekitar tentang sanitasi lingkungan dan kesehatan.

Berbagai upaya sudah dilakukan pemerintah dalam rangka mengatasi permasalahan yang ada terkait sanitasi dan hygiene. Salah satu strategi nasional dalam mengatasi permasalahan tersebut dengan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM). Strategi Nasional STBM adalah aksi terpadu untuk menurunkan angka kejadian penyakit menular berbasis lingkungan diantaranya adalah diare, serta meningkatkan perilaku higienitas dan kualitas kehidupan masyarakat Indonesia. Disebut Sanitasi Total karena target yang ingin

dicapai di antaranya: (1) Tidak buang air besar sembarangan (Stop BABS); (2) Mencuci tangan pakai sabun (CTPS); (3) Mengelola air minum dan makanan yang aman (PAMM RT); (4) Mengelola sampah dengan benar dan (5) Mengelola limbah cair rumah tangga dengan aman.

Sekolah merupakan sasaran yang sangat potensial untuk menerapkan STBM khususnya pada pendidikan dasar. Hal ini dikarenakan sebagian besar waktu anak di sekolah, pendidikan sejak dini merupakan modal/aset yang penting dalam mempengaruhi perilaku, dan anak sebagai generasi penerus bangsa. Namun demikian, sampai saat ini promosi kesehatan STBM di sekolah masih belum banyak diperhatikan. Padahal, potensi sekolah untuk mempromosikan kesehatan, termasuk kebersihan sanitasi sangat besar. Sebagai wadah pendidikan, sekolah memang merupakan tempat paling pas untuk memberikan pengetahuan akan kebersihan dan kesehatan kepada anak melalui strategi STBM.

Sebagai institusi pendidikan,, sekolah berperan dan berkedudukan strategis dalam upaya promosi kesehatan. Hal ini disebabkan karena sebagian besar anak usia 5-19 tahun terpajan dengan lembaga pendidikan dalam jangka waktu cukup lama. Berdasarkan segi populasi, promosi kesehatan di sekolah dapat menjangkau 2 jenis populasi, yaitu populasi anak sekolah dan masyarakat umum/keluarga. Apabila promosi kesehatan ditujukan pada usia sampai dengan 12 tahun saja, yang berjumlah sekitar 25 juta, maka mereka akan mampu menyebarkan informasi kesehatan kepada hamper 100 juta populasi masyarakat umum yang terpajan promosi kesehatan (Depkes RI, 2008).

Menyadari pentingnya hal itu, sekolah sebagai sasaran potensial untuk promosi. Salah satunya, dengan menggulirkan program “Sanitasi Sekolah” yang bertujuan untuk meningkatkan perhatian pihak sekolah dalam kepedulian sanitasi, serta peningkatan perilaku hidup bersih dan sehat. Sanitasi sekolah bertujuan untuk mengedukasi generasi muda akan pentingnya sanitasi. Selain itu, sanitasi sekolah dapat mendorong siswa mempengaruhi orang tuanya untuk membangun jamban sehat di rumah karena terpicu pendidikan higiene yang diperoleh di sekolah. Anak-anak merupakan generasi penerus bangsa yang sangat besar pengaruhnya pada kehidupan keluarga.

WHO mendefinisikan pendidikan kesehatan sebagai aktivitas pendidikan yang didisain untuk menyebarkan pengetahuan kepada masyarakat mengenai kesehatan dan mengembangkan nilai dan keterampilan (*skill*) personal dalam meningkatkan

kesehatan (WHO *cit* Villareal *et al*, 2011). Promosi kesehatan sekolah memegang peranan yang penting. Program kesehatan yang efektif di sekolah dapat menjadi investasi yang paling efektif yang menstimulus peningkatan pendidikan dan kesehatan. Proses promosi kesehatan di sekolah memiliki 4 kunci yaitu: lingkungan, kurikulum, kebijakan dan perencanaan, dan kerjasama/kemitraan (IUHPE,2009)

Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) merupakan pendekatan dan paradigma baru pembangunan sanitasi di Indonesia yang mengedepankan pemberdayaan masyarakat dan perubahan perilaku. Pendekatan ini cukup efektif untuk mempercepat akses terhadap sanitasi yang layak melalui perubahan perilaku secara kolektif dan pemberdayaan masyarakat. Konsep utama pada STBM adalah perubahan perilaku. Penerapan STBM pada masyarakat sudah banyak dilakukan oleh pemerintah. Akan tetapi, penerapan pada komunitas anak sekolah masih sedikit dilakukan, dan belum adanya model promosi kesehatan STBM pada komunitas anak sekolah. Padahal, anak sekolah merupakan generasi penerus bangsa, yang dapat menjadi *agent of change* di masyarakat. Dengan adanya promosi kesehatan STBM pada anak sekolah, maka diharapkan sejak dini seorang anak dapat mengetahui dan melakukan prinsip dalam STBM yang dapat menjadi prevensi primer terhadap penyakit berbasis lingkungan.

Anak sekolah yang ada di wilayah terisolir Kalimantan Barat, khususnya di desa Sepok Laut dan Tanjung Saleh, mempunyai akses terbatas pada pengetahuan tentang sanitasi. Hal ini didukung dengan kondisi geografis dan lingkungan yang ada. Adanya budaya Buang Air Besar (BAB) di sungai, dan sulitnya akses air bersih menyebabkan berbagai masalah kesehatan yang berbasis sanitasi lingkungan. Selain itu, sebagian anak sekolah yang ada di dua desa ini, memiliki kemampuan membaca yang masih minim sehingga diperlukan model promosi kesehatan sanitasi yang mudah dipahami dan diaplikasikan dalam kehidupan sehari-hari. Dengan demikian, diharapkan dengan adanya pengetahuan dan keterampilan yang dimiliki komunitas anak sekolah dapat mengubah perilakunya selama ini yang kurang sehat menjadi sehat, yang kemudian dapat menerapkan di keluarga masing-masing, dan diikuti perubahan perilaku oleh seluruh anggota keluarga. Sehingga dapat mewujudkan *cost effectiveness* dalam keluarga, terutama dalam pembiayaan kesehatan, sehingga mewujudkan keluarga yang sehat dan sejahtera.

Oleh karena itu, dalam penelitian ini akan menemukan model promosi kesehatan STBM pada komunitas anak sekolah sebagai prevensi primer terhadap penyakit sanitasi berbasis lingkungan di daerah terisolir Kalimantan Barat. Pendekatan STBM terdiri dari tiga komponen yang harus dilaksanakan secara seimbang dan komprehensif, yaitu: 1) peningkatan kebutuhan sanitasi, 2) peningkatan penyediaan sanitasi, dan 3) peningkatan lingkungan yang kondusif. Penelitian ini terbagi dalam 3 tahap, di antaranya adalah: 1) tahap 1 penelitian kualitatif untuk mengidentifikasi kebutuhan sanitasi; tahap 2 penelitian kuantitatif untuk menganalisis faktor yang berperan pada penerapan STBM pada komunitas anak sekolah dan membuat model yang sesuai; dan tahap ke 3 penelitian *quasy experiment* yaitu penerapan model promosi kesehatan dan menilai efektivitas model promosi yang dilakukan.

B. Tujuan Khusus

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahui dan menganalisis model dan promosi kesehatan STBM (Sanitasi Total Berbasis Masyarakat) yang sesuai, efektif dan efisien diterapkan pada komunitas anak sekolah sebagai prevensi primer terhadap penyakit berbasis lingkungan di daerah terisolir Kalimantan Barat. Adapun tujuan khusus dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Menganalisis kebutuhan sanitasi, peningkatan sanitasi, dan lingkungan yang kondusif pada komunitas anak sekolah di daerah terisolir Kalimantan Barat.
2. Mengetahui model promosi kesehatan STBM yang efektif dan efisien pada komunitas anak sekolah di daerah terisolir Kalimantan Barat
3. Menganalisis determinan perilaku anak sekolah dalam menerapkan STBM di daerah terisolir Kalimantan Barat
4. Merencanakan intervensi (penerapan model promosi kesehatan yang tepat dan sesuai dengan kebutuhan) dan faktor determinan yang paling berpengaruh pada komunitas anak sekolah di daerah terisolir Kalimantan Barat.
5. Menganalisis pengetahuan, sikap, dan praktek STBM pada komunitas anak sekolah sebelum dan setelah adanya penerapan model promosi kesehatan STBM di daerah terisolir Kalimantan Barat.
6. Menganalisis efektivitas model promosi kesehatan STBM pada komunitas anak sekolah sebagai prevensi primer terhadap penyakit berbasis lingkungan di daerah terisolir Kalimantan Barat.

C. Urgensi Penelitian

Urgensi penelitian ini bersifat **sangat urgen** karena penerapan sanitasi total berbasis masyarakat (STBM) masih sangat minim pada masyarakat di daerah terisolir Kalimantan Barat, sehingga menyebabkan tingginya angka kejadian penyakit berbasis lingkungan (ISPA, diare, DBD, kecacangan, TB paru, dan Keracunan) di wilayah tersebut. Pada tahun 2012 terdapat 23 kasus DBD pada anak sekolah di wilayah terisolir, dan 2 diantaranya meninggal dunia. Pada tahun 2013 sebanyak 63 % anak pernah mengalami diare, 32% DBD dan 43% anak mengalami kecacangan.

Anak sekolah merupakan generasi penerus bangsa yang secara potensial dan pemicu untuk menerapkan STBM. Mereka juga sebagai *agent of change* dalam lingkungan keluarga, sehingga diperlukan penelitian yang tepat dalam mempromosikan STBM pada anak sekolah sehingga dapat menstimulus keluarganya untuk menerapkan STBM pada khususnya, dan masyarakat pada umumnya, yang akan berdampak pada pencegahan penyakit berbasis lingkungan. Oleh karena itu perlu adanya suatu penelitian mengenai model promosi kesehatan STBM pada komunitas anak sekolah sebagai prevensi primer terhadap penyakit berbasis lingkungan di daerah terisolir Kalimantan Barat.

D. Temuan/Inovasi

Hasil penelitian mengenai promosi kesehatan STBM yang efektif pada komunitas anak sekolah masih sedikit dan jarang dilakukan. Selama ini program STBM yang lebih banyak ditujukan pada keluarga dan masyarakat. Padahal, anak sekolah merupakan sasaran yang potensial dalam promosi kesehatan karena anak sekolah menghabiskan waktunya lebih lama di sekolah dan mereka dapat mempengaruhi perilaku kesehatan dalam keluarga masing-masing. Temuan dalam penelitian ini adalah model promosi kesehatan STBM pada komunitas anak sekolah sebagai prevensi primer terhadap penyakit berbasis lingkungan di daerah terisolir Kalimantan Barat. Selain itu, dalam penelitian ini juga akan membuat media yang efektif dan efisien dalam menstimulus anak sekolah melakukan sanitasi total sejak dini, yang akan meningkatkan pengetahuan, sikap dan praktek anak sekolah dalam berperilaku kesehatan sehari-hari, khususnya terkait mencegah terjadinya penyakit berbasis lingkungan. Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai model acuan dan media yang digunakan dalam mempromosikan STBM pada anak sekolah. Selama ini belum ada model promosi

kesehatan STBM pada komunitas anak sekolah sebagai prevensi primer terhadap penyakit berbasis lingkungan, khususnya di daerah terisolir, sehingga dapat menjadi model promosi kesehatan STBM pada anak sekolah di daerah terisolir.

Target Luaran dalam penelitian ini adalah produk ipteks dan sosbud berupa model promosi kesehatan STBM pada anak sekolah, media promosi kesehatan STBM dan publikasi ilmiah berupa jurnal nasional, dan poster.

E. Penerapan dalam Rangka Menunjang Pembangunan dan Pengembangan IPTEKS-SOSBUD

Dengan ditemukan model promosi kesehatan STBM yang efektif dan efisien pada komunitas anak sekolah maka diharapkan akan mempengaruhi perilaku anak sekolah tersebut dalam sanitasi, dan juga mempengaruhi perilaku sanitasi keluarga dan masyarakat pada umumnya. Selain itu dapat menjadi pertimbangan bagi pemerintah dalam menerapkan program promosi kesehatan di sekolah khususnya tentang STBM yang dapat menjadi prevensi primer terhadap penyakit berbasis lingkungan, sehingga dapat dapat mempercepat pencapaian MDGs . Penerapan promosi kesehatan STBM yang sesuai pada anak sekolah dapat berdampak luas pada masyarakat luas, dan mereka juga menjadi generasi penerus bangsa yang menjadi modal/asset suatu negara.

Promosi Kesehatan Sekolah dibuat untuk mendukung program peningkatan Sarana Air Bersih dan Sanitasi dan untuk memperluas manfaat kesehatan masyarakat desa dengan cara meningkatkan pengetahuan dan perilaku kesehatan dan sanitasi pada anak-anak sekolah dasar. Selain itu, Promosi Kesehatan Sekolah bertujuan agar murid-murid tersebut bertindak sebagai agen perubahan bagi orangtua mereka, saudara-saudara, tetangga dan kawan-kawan mereka. Dengan demikian dapat meningkatkan kesehatan anak sekolah, keluarga, dan masyarakat yang sebagai aset suatu negara dalam pembangunan dan pengembangan dalam semua bidang termasuk ilmu pengetahuan dan teknologi serta sosial budaya, sehingga dapat mempercepat pencapaian MDGs.

BAB II

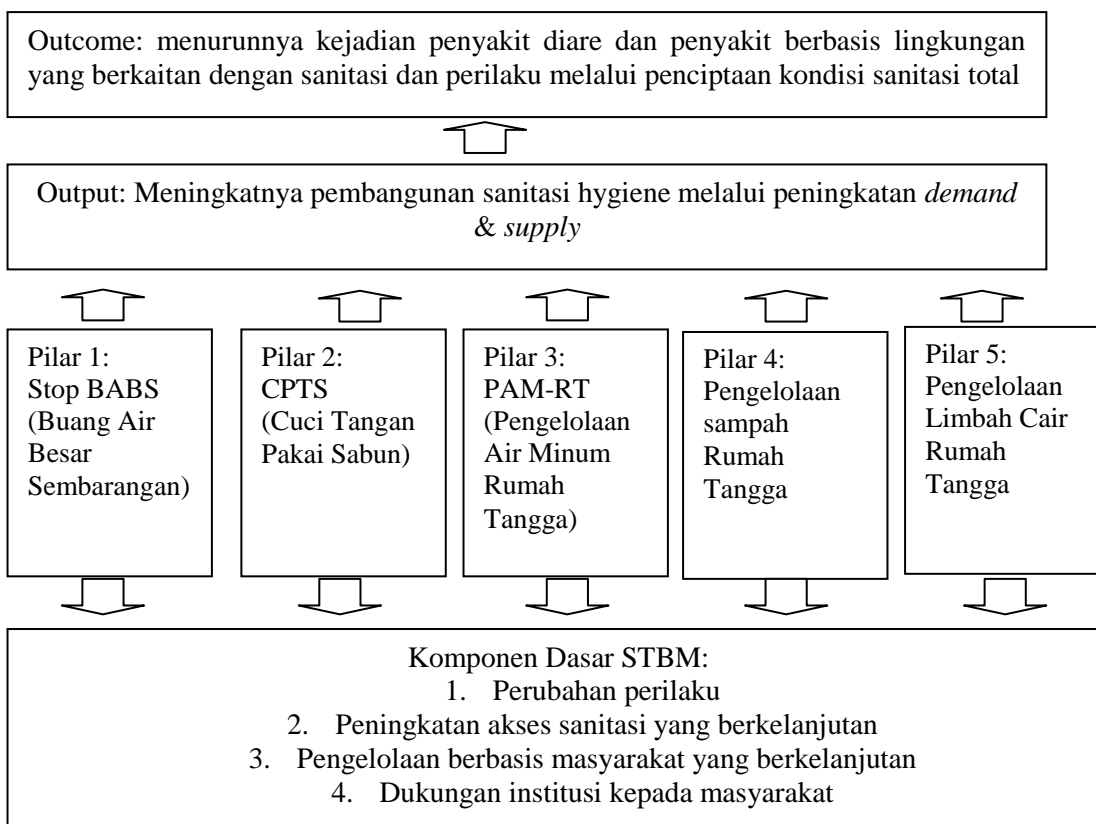
TINJAUAN PUSTAKA

A. Literatur Terkait

Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) merupakan pendekatan untuk merubah perilaku higiene dan sanitasi melalui pemberdayaan masyarakat dengan metode pemucuan. STBM adalah pendekatan dengan proses fasilitasi yang sederhana yang dapat merubah sikap lama, kewajiban sanitasi menjadi tanggung jawab masyarakat. Dengan satu kepercayaan bahwa kondisi bersih, nyaman dan sehat adalah kebutuhan alami manusia. Pendekatan yang dilakukan dalam STBM menyerang/menimbulkan rasa ngeri dan malu kepada masyarakat tentang kondisi lingkungannya. Melalui pendekatan ini kesadaran akan kondisi yang sangat tidak bersih dan tidak nyaman di timbulkan. Dari pendekatan ini juga ditimbulkan kesadaran bahwa sanitasi (kebisaan BAB di sembarang tempat) adalah masalah bersama karena dapat berimplikasi kepada semua masyarakat sehingga pemecahannya juga harus dilakukan dan dipecahkan secara bersama.

Sanitasi Total yang dipimpin oleh Masyarakat (*STBM/Community Lead Total Sanitation*) melibatkan fasilitasi atas suatu proses untuk menyemangati serta memberdayakan masyarakat setempat untuk menghentikan buang air besar di tempat terbuka dan membangun serta menggunakan jamban. Melalui penggunaan metode PRA, masyarakat menganalisa profil sanitasinya masing-masing termasuk luasnya buang air besar di tempat terbuka serta penyebaran kontaminasi dari kotoran-kemulut yang mempengaruhi dan memperburuk keadaan setiap orang. Pendekatan STBM menimbulkan perasaan jijik dan malu di antara masyarakat.

Upaya peningkatan perilaku higiene dan peningkatan akses sanitasi terus dikembangkan. Belajar dari berbagai pengalaman pelaksanaan CLTS dan program/proyek sanitasi lainnya, CLTS di Indonesia kemudian mengalami berbagai evaluasi dan penyesuaian. CLTS yang lebih fokus pada perilaku Stop BABS dengan strategi di peningkatan kebutuhan sanitasi kemudian dievaluasi dan dikembangkan dengan menambahkan 4 (empat) perubahan perilaku, diarahkan pelaksanaannya dengan 6 (enam) strategi, dan dinamakan STBM. Berikut kerangka pikir STBM:



Teknik pemicuan yang dapat digunakan dalam STBM di antaranya adalah: 1) memicu rasa “malu” dan hal-hal yang bersifat pribadi; 2) memicu rasa “jijik” dan “takut sakit”; 3) memicu hal-hal yang berkaitan dengan keagamaan; 4) memicu dengan menyangkutkan kemiskinan.

Promosi kesehatan di sekolah merupakan suatu upaya untuk menciptakan sekolah menjadi suatu komunitas yang mampu meningkatkan derajat kesehatan masyarakat sekolah melalui 3 kegiatan utama (a) penciptaan lingkungan sekolah yang sehat, (b) pemeliharaan dan pelayanan di sekolah, dan (c) upaya pendidikan yang berkesinambungan. Ketiga kegiatan tersebut dikenal dengan istilah TRIAS UKS.

Dalam promosi kesehatan sekolah, keluarga anak sekolah dapat dipandang sebagai 2 aspek yaitu: a) sebagai pendukung keberhasilan program promosi kesehatan di sekolah (*support side*); b) sebagai pihak yang juga memperoleh manfaat atas berlangsungnya promosi kesehatan di sekolah itu sendiri (*impact side*). Pada segi pendukung keberhasilan, promosi kesehatan di sekolah akan lebih berhasil jika mendapat dukungan yang memadai dari keluarga siswa. Hal ini terkait dengan intensitas hubungan antara anak dan keluarga, sebagian besar waktu berinteraksi dengan keluarga lebih banyak. Pada segi pihak yang

turut memperoleh manfaat, peran orang tua yang memadai, hangat, membantu serta berpartisipasi aktif akan lebih menjamin keberhasilan program promosi kesehatan. Sebagai contoh bila di sekolah dilakukan kampanye perilaku Cuci Tangan Pakai Sabun kemudian di rumah orang tua juga menyediakan fasilitas CTPS, maka perilaku anak akan lebih lestari (*sustainable*). Bentuk dukungan orang tua ini meyakinkan bahwa tindakan cuci tangan pakai sabun merupakan tindakan yang benar, baik di sekolah maupun di rumah.

Teori Sosial Kognitif (Bandura, 1986), perilaku adalah hasil interaksi antara proses kognitif dan kejadian di lingkungan. Bandura menekankan adanya pengaruh sosial dalam belajar perilaku. Proses belajar yang ditekankan dalam Teori Sosial Kognitif adalah proses belajar yang tidak langsung atau melalui proses observasi. Belajar melalui proses observasi (*vicarious learning*) adalah belajar respon baru dengan mengobservasi perilaku orang lain. Hal ini menunjukkan bahwa seseorang akan belajar perilaku dan konsekuensi-konsekuensi dari perilaku (*reward dan punishment*) secara tidak langsung. Jika perilaku yang diamati mendapat konsekuensi positif, maka perilaku tersebut akan ditiru dan diulang. Belajar melalui proses observasi akan membutuhkan model perilaku.

Teori Sosial Kognitif menjelaskan adanya keterkaitan antara faktor-faktor dalam menjelaskan perilaku manusia, disebut sebagai hubungan timbal balik (*reciprocal determinism*). Reciprocal determinism menjelaskan bahwa perilaku dikontrol dan ditentukan oleh individu melalui proses kognitif dan lingkungan. Jadi ada tiga faktor yang saling berkaitan, yaitu faktor behavioral atau perilaku, faktor personal atau kognitif, dan faktor lingkungan atau kejadian-kejadian sosial.

Menurut Bennet & Murphy (1997), promosi kesehatan berfokus pada peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit. Fokus primer dari pendidikan kesehatan telah berubah dari yang awalnya untuk merubah perilaku individu atau faktor intrapersonal (seperti sikap dan keyakinan), telah menjadi mediator perilaku dengan tujuan mempromosikan kesehatan yang lebih baik.

Physical and Health Education Canada (dalam Gleddie et al., 2010) membuat program 4E sebagai pengelompokan dalam program promosi kesehatan di sekolah: *Education, Environment, Everyone, Evidence*. *Education* melibatkan proses belajar mengajar yang mendukung bagi promosi kesehatan untuk semua anggota komunitas sekolah. *Environment* melibatkan semua aspek lingkungan sekolah untuk menciptakan lingkungan yang aman dan mendukung bagi promosi kesehatan di sekolah. *Everyone*

melibatkan seluruh anggota dari sekolah (guru, siswa, penjual makanan di kantin sekolah) dan juga luar sekolah (orang tua, masyarakat sekitar sekolah). *Evidence* terdiri dari konsep kolaboratif dalam mengidentifikasi tujuan, perencanaan tindakan dan mengumpulkan semua informasi yang dapat mendukung keefektifan program promosi kesehatan.

Promosi Kesehatan Sekolah dibuat untuk mendukung program peningkatan Sarana Air Bersih dan Sanitasi dan untuk memperluas manfaat kesehatan masyarakat desa dengan cara meningkatkan pengetahuan dan perilaku kesehatan dan sanitasi pada anak-anak sekolah dasar. Selain itu Promosi Kesehatan Sekolah bertujuan agar murid-murid tersebut bertindak sebagai agen perubahan bagi orangtua mereka, saudara-saudara, tetangga dan kawan-kawan mereka.

B. Studi Pendahuluan yang sudah dilakukan

Studi pendahuluan yang sudah dilakukan menunjukkan bahwa anak-anak di wilayah terisolir (Desa Sepuk Laut dan Tanjung Saleh) dalam tahun 2013 menunjukkan bahwa 63% pernah mengalami diare, 32 % DBD, dan 43 % fesesnya mengandung larva cacing. Selain itu juga diperoleh data bahwa 100 % anak-anak belum mengetahui cara mencuci tangan yang baik dan benar. Umumnya mereka pada saat jam istirahat sekolah langsung ke warung atau kantin dan langsung makan kue / makanan yang dijual , tanpa mencuci tangan terlebih dahulu.

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan terhadap 20 anak, diperoleh hasil bahwa terdapat 5 anak yang rumahnya tidak memiliki jamban, dan sebanyak 7 orang mengaku lebih memilih untuk Buang Air Besar di sungai, dari pada di jamban. Menurut mereka Buang Air besar di sungai lebih praktis dibandingkan di jamban. Karena sangat gampang untuk memperoleh air, dan kebiasaan tersebut sudah menjadi kebiasaan yang lumrah bagi masyarakat di sekitarnya, dan kebiasaan tersebut tidak hanya dilakukan anak-anak, tidak sedikit orang dewasa juga melakukannya.

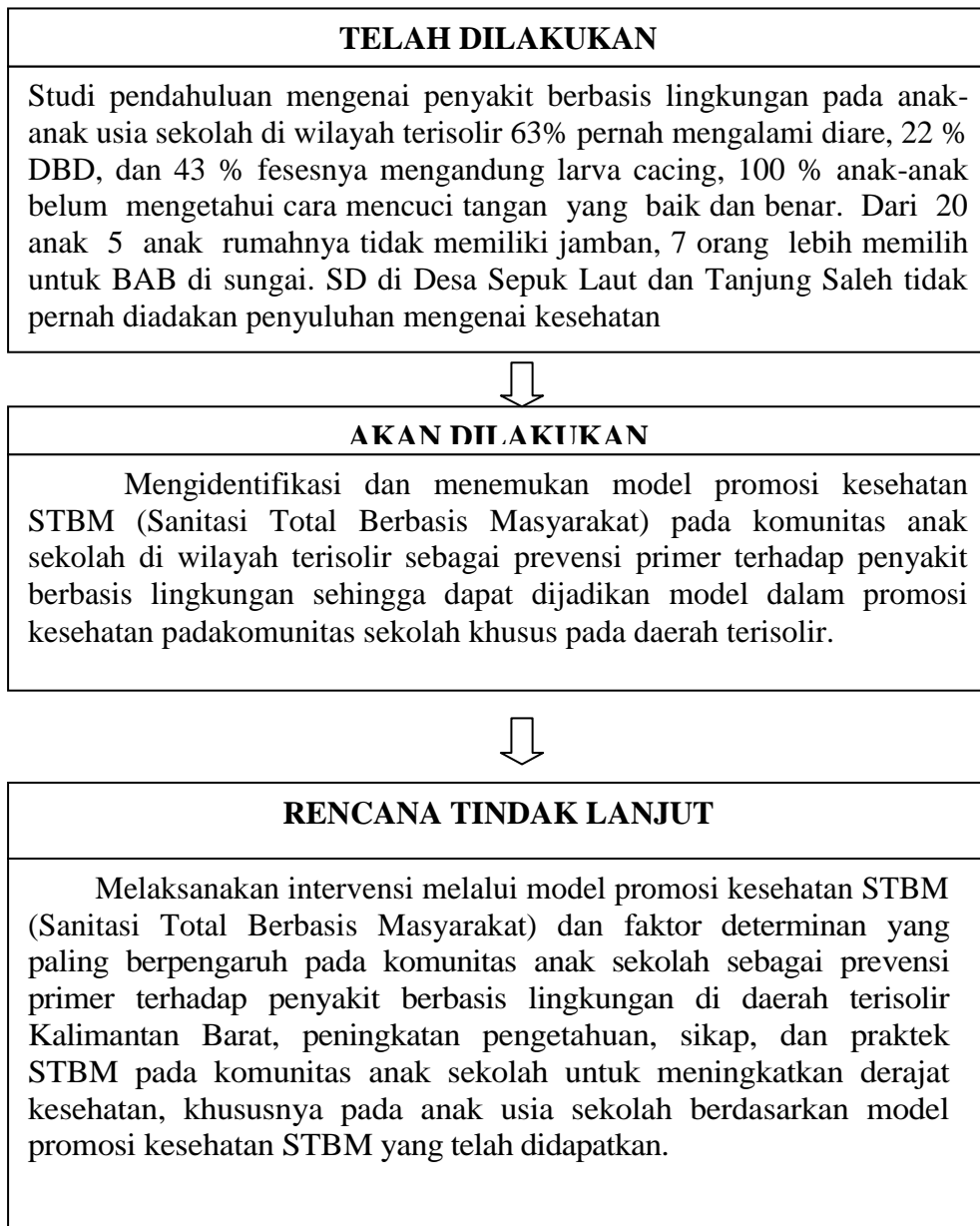
Selain itu diperoleh informasi bahwa umumnya rumah mereka tidak memiliki bak sampah. Sampah organik maupun anorganik dibuang begitu saja atau ditumpuk di belakang rumah mereka. Karena menurut mereka dengan menumpuk sampah dibelakang rumah, maka sampah tidak akan merusak pemandangan rumah mereka.

Pada tahun 2012 sempat terjadi wabah Demam berdarah, 23 diantaranya adalah usia anak sekolah, dan terdapat 1 anak yang meninggal dunia diakibatkan Demam

Berdarah. Dari hasil wawancara pada anak-anak dan pihak sekolah, diperoleh informasi bahwa di sekolah mereka tidak pernah mendapatkan penyuluhan mengenai kesehatan, baik itu mengenai pencegahan penyakit maupun sanitasi lingkungan.

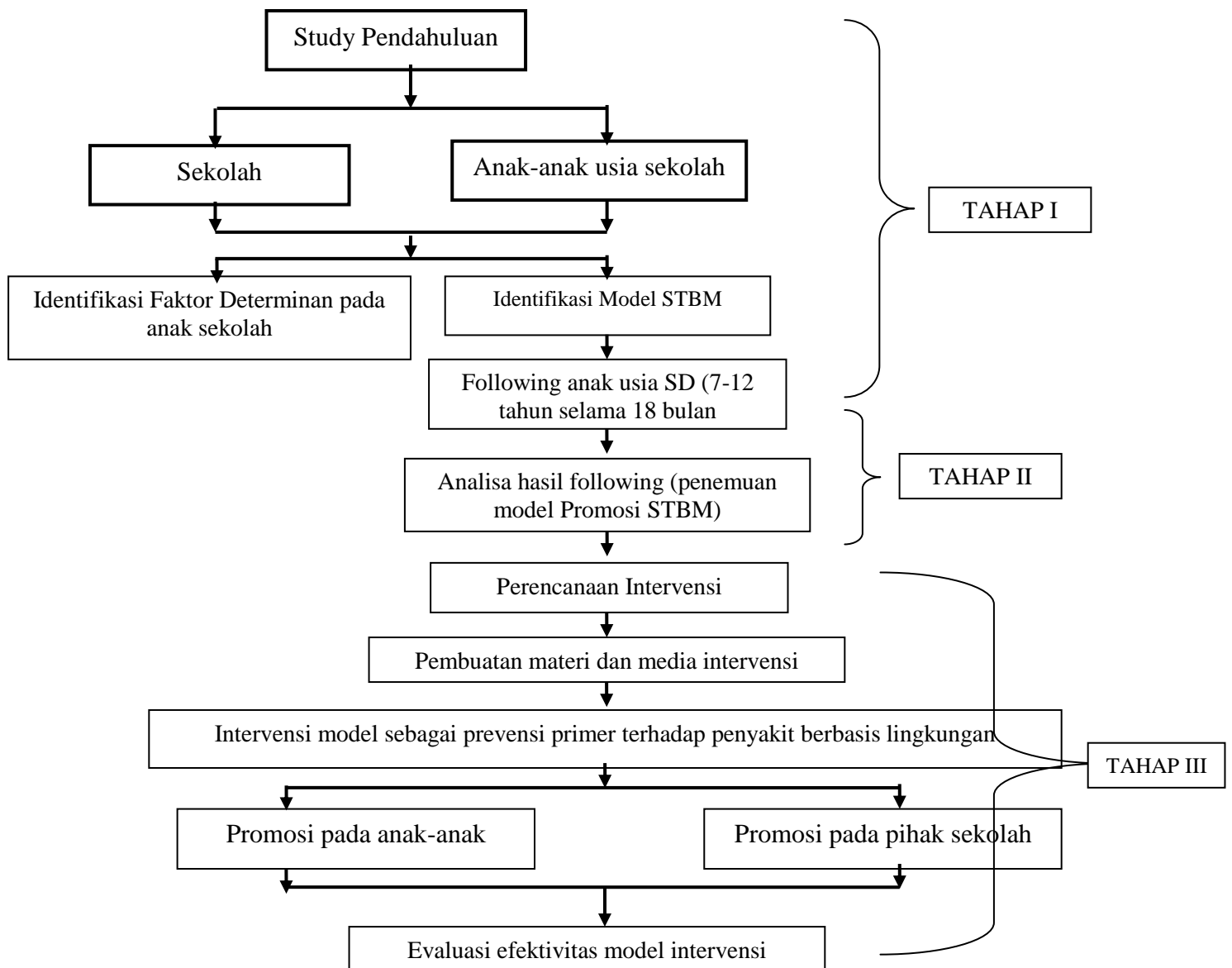
Dari studi pendahuluan yang telah dilakukan diatas, maka cukup menjadi dasar yang kuat untuk melakukan model promosi kesehatan STBM (Sanitasi Total Berbasis Masyarakat) pada komunitas anak sekolah sebagai prevensi primer terhadap penyakit berbasis lingkungan di daerah terisolir, dengan menganalisis kebutuhan sanitasi, peningkatan sanitasi, dan lingkungan yang kondusif, mengetahui model promosi kesehatan STBM yang efektif dan efisien, menganalisis determinan perilaku anak sekolah dalam menerapkan STBM, merencanakan intervensi (penerapan model promosi kesehatan yang tepat dan sesuai dengan kebutuhan) dan faktor determinan yang paling berpengaruh pada komunitas anak sekolah, menganalisis pengetahuan, sikap, dan praktek STBM pada komunitas anak sekolah sebelum dan setelah adanya penerapan model promosi kesehatan STBM serta menganalisis efektivitas model promosi kesehatan STBM pada komunitas anak sekolah sebagai prevensi primer terhadap penyakit berbasis lingkungan di daerah terisolir Kalimantan Barat.

C. Peta Penelitian



BAB III
METODE PENELITIAN

Bagan alir penelitian (*fishbone diagram*) dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :



BAB IV
BIAYA DAN JADWAL PENELITIAN

4.1 Anggaran Penelitian

Rincian anggaran penelitian dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

No	Jenis Pengeluaran	Biaya Yang Diusulkan	
		Tahun 1	Tahun 2
1.	Gaji dan Upah	22.704.000	22.704.000
2.	Bahan Habis Pakai	30.950.000	30.950.000
3.	Perjalanan	12.000.000	12.000.000
4.	Lain-lain		
	a. Biaya Pencarian dan Pembelian Literatur (Buku, Jurnal,dll)	500.000	500.000
	b. Konsumsi Intervensi	3.000.000	2.500.000
	c. Biaya Pengolahan dan Analisis	1.500.000	1.500.000
	d. Laporan	346.000	346.000
	e. Seminar	2.000.000	2.000.000
	f. Publikasi Nasional/internasional & Poster	2.500.000	2.500.000
	Jumlah	9.346.000	9.346.000
	Sub Total	75.000.000	75.000.000
	Total Biaya Keseluruhan	150.000.000	

BAB V

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Penelitian tahap 1 (kualitatif)

1) Pengetahuan tentang sanitasi

Hasil wawancara mendalam menunjukkan bahwa pengetahuan sanitasi informan masih minim terkait dengan sanitasi. Mereka menyatakan bahwa informasi tentang sanitasi jarang didengar, dan upaya promosi di sekolah masih belum berjalan dengan baik. Selain itu, media informasi yang terkait dengan kesehatan (termasuk sanitasi) tidak ada di sekolah, baik dalam bentuk poster dan leaflet maupun sejenisnya.

Dari 5 informan ada 2 informan yang sudah cukup memahami secara umum tentang sanitasi dan perilaku hidup bersih dan sehat. Akan tetapi, pengetahuan ini tidak didukung oleh dukungan dari keluarga dan masyarakat sekitar. Dengan demikian, walaupun mereka tahu tentang sanitasi (termasuk PHBS) tidak diikuti dengan perilaku dalam menerapkan hidup bersih dan sehat.

Informan tidak mengetahui dampak yang bisa ditimbulkan jika melakukan Buang Air Besar Sembarangan (BABs). Selama ini, mereka tidak pernah mendapati permasalahan yang signifikan, baik berdasarkan pengalamannya sendiri maupun pengalaman orang sekitar (masyarakat).

Semua informan mengetahui pentingnya perilaku mencuci tangan pakai sabun. Tetapi, cara mencuci tangan yang baik dan benar tidak diketahui oleh semua informan. Informan hanya mengetahui mencuci tangan seperti biasa, yaitu dengan menggunakan air biasa tanpa menggunakan sabun serta menggosok di sela-sela jari tangan.

Demikian juga indikator Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS), olahraga dan makan makanan bergizi. Semua informan tidak mengetahui dengan benar. Hal ini akan berpengaruh pada tindakan mereka. Selain itu, hampir seluruh informan tidak mengetahui jika ada anggota yang melahirkan dibawa kemana. Berdasarkan pengetahuan mereka, melahirkan itu dilakukan di Dukun Desa. Hanya satu informan saja yang mengetahuai secara benar dan tepat yang mengetahui melahirkan dibawa ke petugas kesehatan (pustu).

Pengetahuan tentang penyakit dan bagaimana cara mencegah penyakit yang berbasis lingkungan, mereka tidak mengetahui secara benar. Oleh karena itu, perlunya ada intervensi dalam meningkatkan pengetahuan informan mengenai kesehatan termasuk tentang sanitasi dan perilaku hidup bersih dan sehat.

2) Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)

Berdasarkan hasil wawancara mendalam kepada responden menunjukkan bahwa responden hanya mengetahui yang dimaksud dengan PHBS adalah mencuci tangan saja. Akan tetapi, walaupun mereka mengetahui bahwa cuci tangan merupakan salah satu indikator hidup bersih dan sehat, namun cara mencuci tangan yang benar masih minim di kalangan mereka.

Menurut Pusat Pencegahan dan Kendali Penyakit (*Center of Disease Control/CDC*), cuci tangan adalah tindakan paling utama dan menjadi satu-satunya cara mencegah serangan dari penyakit. Cuci tangan adalah murah, mudah dan untuk mencegah penyakit. Mencuci tangan dalam upaya meningkatkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) sangatlah penting dan mudah dilakukan.

Hasil wawancara juga diperoleh bahwa sarana dan prasarana untuk cuci tangan di sekolah sudah tersedia, akan tetapi keberlanjutan tidak berjalan, Hal ini dikarenakan kurangnya dukungan dari berbagai pihak. Sebagian informan ada yang masih membuang air besar di atas tangga jembatan, dengan alasan tidak punya WC dan jika menumpang WC tetangga di marah.

Sumber air yang digunakan untuk Mandi Cuci dan Kakus (MCK) masyarakat di desa Sepuk Laut adalah air sungai. Dimana air limbah dan sampah dibuang di sungai. Hal ini akan membawa dampak negative bagi kesehatan masyarakat sekitar. Selain itu, dapat juga menimbulkan bencana alam pada masa yang akan datang. Informan mengatakan bahwa tidak ada tempat pembuangan yang tepat. Mereka hanya tahu itu yang dilakukan oleh masyarakat terdahulu, sehingga masih mengikuti kebiasaan lama.

3) Sanitasi di lingkungan sekolah

Berdasarkan hasil observasi dan wawancara mendalam dengan kepala sekolah di SD di Desa Sepuk Laut, menunjukkan bahwa kesadaran siswa masih minim tentang menjaga sanitasi di lingkungan sekolah. Keadaan WC sekolah sangat memprihatinkan. Hal ini dapat dilihat dari kebersihan WC. Siswa yang buang air besar dan kecil jarang disiram, sehingga WC sekolah menjadi bau an kotor. Berdasarkan informasi dari kepala sekolah, air untuk keperluan di WC sudah tersedia, dan biasanya selalu diisi rutin oleh petugas sekolah. Namun, kadang sudah habis sebelum jam pulang sekolah habis dan siswa tidak ada yang mau mengisinya kembali.

Sarana dan prasarana cuci tangan sudah ada sebelumnya. Akan tetapi, karena halaman sekolah digunakan oleh anak-anak dan remaja desa bermain sepak bola, dan setelah bermain mereka sering menghamburkan air sesukanya dan kadang sampai merusak fasilitas yang ada. Oleh karena itu, penyaringan air bersih sederhana (bantuan program pengabdian masyarakat dari UNMUH Pontianak) dipindahkan ke salah satu rumah warga, agar tetap terpelihara dan terawat.

Tempat sampah di sekolah juga sangat minim. Tempat sampah ini hanya tersedia di luar kelas dengan jumlah yang tidak memadai. Pihak sekolah memberikan alasan karena dulunya tempat sampah ada di setiap kelas, tetapi dirusak (ditendang, dilempar, dan dijadikan mainan) oleh siswa yang ada. Hal ini terjadi karena masih kurangnya kesadaran anak-anak sekolah tentang pentingnya menjaga sanitasi lingkungan sekolah.

Selain itu, saluran pembuangan limbah tidak tertutup yang dialirkan ke sungai. Hal ini dikarenakan masih minimnya pengetahuan dan sarana serta prasana di desa tersebut. Pihak sekolah mengharapkan ada pihak yang peduli untuk membangun desanya menjadi lebih baik dan sehat.

4) Media promosi PHBS

Hasil wawancara mendalam kepada beberapa informan menunjukkan

bahwa lebih banyak informan yang senang media promosi melalui media komik dan film. Hal ini dikarenakan mereka menganggap penyajian pesan kesehatan melalui komik dan film singkat jauh lebih menarik daripada media lainnya. Selain itu, bacaan melalui komik dan film singkat lebih mudah dipahami dan diingat pesan yang disampaikan.

Berdasarkan hasil studi di atas maka media yang akan dibuat dalam upaya promosi kesehatan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM), termasuk Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) melalui media komik (cerita bergambar) dan film singkat pada anak sekolah dasar di Desa Sepuk Laut.

Pemilihan media komik pada anak sekolah dasar (usia 9-12 tahun) dinilai lebih tepat dan bisa memancing minat membaca. Dengan menyajikan pesan kesehatan yang menarik melalui cerita bergambar ini diharapkan mereka dapat membaca dan memahami pesan kesehatan yang disampaikan. Selain itu, media komik ini dari sisi biaya tidak membutuhkan biaya yang begitu mahal, dan nilai kemanfaatan yang besar pada anak-anak usia 9-12 tahun dalam meningkatkan pengetahuan, sikap, dan perilaku mereka mengenai perilaku hidup bersih dan sehat (PBHS) dan penyakit yang berbasis lingkungan. Sedangkan film singkat juga dinilai lebih mudah dalam menyampaikan unsure promosi kesehatan. Film yang disajikan harus dibuat semenarik mungkin agar dapat menarik perhatian anak-anak dan pesan yang ingin disampaikan dapat diterima dengan baik. Media film melibatkan 2 indera yaitu penglihatan dan pendengaran, sehingga penyampaian pesan akan lebih mudah diingat.

Dengan demikian, intervensi upaya promosi kesehatan melalui media komik dan film singkat perlu dilakukan pada anak sekolah dasar, sehingga dapat meningkatkan pengetahuan, sikap, kesadaran, dan perilaku, serta motivasi mereka dalam menerapkan hidup bersih dan sehat sehingga sanitasi lingkungan berbasis masyarakat dapat di mulai pada anak sekolah dasar.

B. Penelitian tahap 2 (kuantitatif)

1) Pengetahuan tentang sanitasi

Berdasarkan analisis data penelitian pada 80 anak Sekolah Dasar di Desa Sepuk Laut, Kabupaten Kubu Raya, Kalimantan Barat, menunjukkan distribusi data

variabel pengetahuan tentang sanitasi berdistribusi tidak normal, sehingga pengkategorianya menggunakan nilai median (22). Pengetahuan tentang sanitasi dikategorikan menjadi 2 yaitu: baik (jika skor ≥ 22) dan kurang baik (jika skor < 22). Berikut ini distribusi data berdasarkan variabel pengetahuan tentang sanitasi:

Tabel V.1
Distribusi responden berdasarkan pengetahuan tentang sanitasi

No	Pengetahuan	n	%
1.	Kurang baik	30	37,5
2.	Baik	50	62,5
Total		80	100,0

Sumber: data primer 2015

Tabel di atas menunjukkan bahwa sebagian responden masih mempunyai pengetahuan yang kurang mengenai sanitasi, yaitu sebesar 30%. Hasil uji bivariat dengan menggunakan uji Chi Square diperoleh nilai $p = 0,0001$ dan PR = 0,486 (95%CI = 0,330 – 0,716). Hal ini menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan kejadian penyakit berbasis lingkungan. Pengetahuan ini merupakan faktor protektif (PR < 1). Artinya responden yang berpengetahuan baik tentang PBHS dapat mencegah kejadian penyakit berbasis lingkungan 2,06 kali dari pada yang berpengetahuan kurang baik.

Berdasarkan distribusi jawaban responden menunjukkan bahwa sebagian besar responden masih belum mengetahui secara benar tentang sanitasi total berbasis masyarakat, yang termasuk di dalamnya mengenai tentang Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS). Sebagian besar responden tidak mengetahui tentang akibat yang akan ditimbulkan jika Buang Air Besar (BAB) sembarangan (62,5%), jika ada anggota keluarga yang akan melahirkan dibawa kemana (63,8%), frekuensi mengkonsumsi buah dan sayur (32,5%), dan akibat yang akan ditimbulkan dari membuang sampah sembarangan serta manfaat olahraga (27,5%).

Hal ini dikarenakan dari sisi kebiasaan perilaku masyarakat sekitar di tempat tinggal responden tinggal masih kurang mendukung terciptakan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS). Adapun beberapa kebiasaan masyarakat di sekitar tempat tinggal responden yaitu: masih BAB di sungai atau tanah lapang

(kebun), membuang sampah sembarangan (di tepi sungai maupun di halaman rumah tanpa ada lubang tempat pembuangan sampah, dan pelayanan kesehatan masih didominasi oleh dukun kampung.

Pengetahuan yang kurang (minim) tentang PHBS pada anak sekolah akan berdampak pada perilaku mereka sehari-hari dan berpengaruh jangka panjang sampai mereka dewasa kelak. Menurut L.W. Green pengetahuan ini merupakan faktor predisposisi (faktor yang mempermudah terjadinya suatu perilaku). Pengetahuan merupakan hasil tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (Notoadmodjo, 2003). Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, dan sebagian besar manusia memperoleh dari mata dan telinga. Pengetahuan seseorang dapat diperoleh melalui pendidikan, paparan media massa (akses informasi), ekonomi (pendapatan), hubungan sosial (lingkungan sosial budaya) dan pengalaman.

Sebelum anak berperilaku hidup bersih dan sehat, ia harus terlebih dahulu mengetahui arti dan manfaat perilaku dan apa risikonya apabila tidak menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS). Melalui promosi kesehatan PHBS, anak akan mendapatkan pengetahuan tentang pentingnya melakukan PHBS dan yang seharusnya dilakukan sehingga diharapkan anak tahu, bisa menilai, bersikap yang didukung adanya fasilitas sehingga dapat mendukung terwujudnya Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM).

Dengan demikian, diperlukan upaya promosi kesehatan di sekolah. Promosi kesehatan di sekolah merupakan suatu upaya untuk menciptakan sekolah menjadi suatu komunitas yang mampu menciptakan derajat kesehatan masyarakat sekolah melalui 3 kegiatan utama, yaitu: (a) penciptaan lingkungan sekolah yang sehat; (b) pemeliharaan dan pelayanan di sekolah; dan (c) upaya pendidikan yang berkesinambungan. Ketiga kegiatan tersebut dikenal dengan istilah TRIAS UKS.

Adapun beberapa hal yang menjadi masalah dalam promosi kesehatan di sekolah adalah perilaku hidup bersih dan sehat belum mencapai pada tingkat yang diharapkan, disamping itu ancaman sakit terhadap murid sekolah masih

cukup tinggi dengan adanya penyakit endemis dan kekurangan gizi. Promosi kesehatan di sekolah dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan dan perilaku kesehatan dan sanitasi pada anak-anak sekolah dasar. Selain itu, promosi kesehatan sekolah bertujuan agar murid-murid tersebut bertindak sebagai agen perubahan bagi orangtua mereka, saudara-saudara, tetangga, dan masyarakat sekitar tempat tinggal. Mereka juga sebagai generasi penerus bangsa.

2) Sikap tentang sanitasi

Berdasarkan analisis data penelitian pada 80 anak Sekolah Dasar di Desa Sepuk Laut, Kabupaten Kubu Raya, Kalimantan Barat, menunjukkan distribusi data variabel sikap tentang sanitasi berdistribusi normal, sehingga pengkategorian menggunakan nilai mean (12,89). Sikap tentang sanitasi dikategorikan menjadi 2 yaitu: mendukung (jika skor $\geq 12,89$) dan tidak mendukung (jika skor $< 12,89$). Berikut ini distribusi data berdasarkan variabel sikap tentang sanitasi:

Tabel V.2
Distribusi responden berdasarkan sikap tentang sanitasi

No	Sikap	n	%
1.	Tidak mendukung	38	47,5
2.	Mendukung	42	52,5
Total		80	100,0

Tabel di atas menunjukkan bahwa sebagian responden mempunyai sikap yang tidak mendukung sanitasi, yaitu sebesar 38%. Hasil uji analisis bivariat dengan menggunakan uji Chi Square diperoleh nilai $p = 0,0001$ dan $PR = 0,608$ ($95\% CI = 0,460 - 0,804$). Hal ini menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara sikap tentang sanitasi dengan kejadian perilaku berbasis lingkungan. Sikap tentang sanitasi sebagai faktor protektif ($PR < 1$). Artinya, responden yang mempunyai sikap tentang sanitasi yang mendukung dapat mencegah kejadian penyakit berbasis lingkungan 1,6 kali daripada yang bersikap tidak mendukung tentang sanitasi.

Berdasarkan distribusi jawaban responden menunjukkan bahwa sebagian responden masih ada yang menganggap (setuju) bahwa diare (mencret-mencret) merupakan penyakit keturunan, Buang Air Besar Sembarangan (BABs) tidak akan menimbulkan penyakit, BAB di sungai, genangan air tidak dapat menjadi

tempat (sarang) nyamuk, dan rokok mengandung zat yang tidak berbahaya, serta merokok diperbolehkan jika sudah mencapai umur dewasa. Sikap yang tidak mendukung terhadap terwujudnya PHBS ini akan berpengaruh pada perilaku yang diterapkan.

Sikap menurut Notoadmodjo (2003) merupakan respon yang masih tertutup terhadap suatu stimulus. Selain itu, ada juga yang mendefinisikan sikap sebagai kecenderungan beritindak. Hubungan antara sikap dengan perilaku tidak sepenuhnya dimengerti, namun bukti dari penelitian terdahulu menunjukkan adanya hubungan yang signifikan cukup banyak. Analisis akan memperlihatkan bahwa sikap tertentu merupakan komponen dan akibat dari perilaku. Setelah seorang anak mengetahui akibat yang dapat ditimbulkan jika tidak menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat (melalui pengalaman, pengaruh orang lain, maupun media massa, serta lembaga pendidikan), proses selanjutnya akan menilai atau bersikap terhadap kegiatan sanitasi termasuk PHBS.

3) Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)

Berikut ini distribusi Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) responden:

Tabel V.3
Distribusi frekuensi responden berdasarkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)

No	Perilaku Hidup Bersih dan Sehat	n	%
1.	Kurang Baik	46	57,5
2.	Baik	34	42,5
Total		80	100,0

Sumber: data primer 2015

Tabel di atas menunjukkan bahwa sebagian besar responden perilakunya kurang baik dalam menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat. (57,5%). Berdasarkan analisis bivariat dengan menggunakan uji Chi Square diperoleh nilai $p = 0,005$ dan nilai $PR = 0,693$ (95%CI = 0,552 – 0,870). Hal ini menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara perilaku hidup bersih dan sehat dengan kejadian penyakit berbasis lingkungan. Perilaku hidup bersih dan sehat sebagai faktor protektif ($PR < 1$), artinya responden yang mempunyai perilaku hidup bersih dan sehat yang baik maka dapat mencegah 1,4 kali

penyakit berbasis lingkungan.

Variabel perilaku hidup bersih dan sehat ini dipengaruhi juga oleh pengetahuan dan sikap tentang PHBS. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan (p value = 0,004 dan OR = 5,091; 95%CI = 1,773 – 14,615) dan sikap (p value = 0,035 dan OR = 2,971; 95%CI = 1,175-7,514). Sejalan dengan teori L. W Green yang menyatakan bahwa perilaku seseorang dipengaruhi oleh faktor predisposing yaitu pengetahuan dan sikap. Pengetahuan dan sikap ini akan membentuk atau mengarahkan terwujudnya perilaku tertentu.

Berdasarkan distribusi jawaban responden menunjukkan bahwa masih ada responden yang membuang air besar di sungai, dan di lapangan. Hal ini dikarenakan tidak tersedianya jamban pribadi di rumah, dan sudah menjadi kebiasaan masyarakat di sana sejak jaman dahulu untuk buang air besar di sungai.

Mengotori sungai dengan membuang sampah dan buang air besar di sungai adalah tindakan yang tidak baik karena kualitas air sungai menjadi jelek dan menjadi sumber penyakit. Membuat sumur di dekat sungai yang kotor atau tercemar juga tidak baik karena air yang mengalir ke dalam sumur kemungkinan masih tercemar Menggunakan sungai untuk keperluan mandi, mencuci, gosok gigi maupun untuk memasak dapat membahayakan kesehatan masyarakat Mengambil air dari sumber atau sarana air bersih yang tidak sehat untuk keperluan rumah tangga akan membahayakan kesehatan penggunanya Perilaku tidak baik dengan mengambil air dari sungai atau sumur yang tidak terjaga dapat menyebabkan sakit pemakai air tersebut Mengambil air dari tempat penyimpanan air seperti tempayan, bak air, dll, tidak boleh dengan tangan masuk ke dalam air karena dapat mengotori air. Menghambur-hamburkan air adalah termasuk perilaku yang tidak baik karena akan mengurangi kandungan air di dalam tanah. Air limpaan yang tidak dibuang dengan benar dapat menggenang dan menjadi tempat berkembangbiak nyamuk. Mimum air yang belum diolah terlebih dahulu dapat menyebabkan sakit karena kuman penyakit yang ada didalam air belum mati

Perilaku hidup bersih dan sehat sangat penting dalam mencegah serangan

penyakit, termasuk penyakit berbasis lingkungan. Adapun penyakit berbasis lingkungan yang ada pada masyarakat di desa Sepuk Laut antara lain: Diare, ISPA, Demam Berdarah (DBD), Malaria, TBC, Kecacingan, dan penyakit kulit. Masih banyaknya kasus yang berbasis lingkungan di daerah tersebut dikarenakan sanitasi lingkungan yang kurang baik. Hal ini dipengaruhi juga pengetahuan dan kesadaran masyarakat dalam menciptakan lingkungan yang sehat dan bersih, termasuk dalam menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat. Minimnya akses informasi di daerah tersebut, semakin memperparah keadaan di sana. Akses menuju ke Desa Sepuk Laut juga melewati sungai besar, sehingga dapat dikatakan tidak mudah menjangkau daerah tersebut (walaupun sudah ada kapal motor air rute ke sana dengan jarak tempuh 3-4 jam).

4) Kepemilikan jamban

Distribusi kepemilikan jamban responden dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

Tabel V.4

Distribusi frekuensi responden berdasarkan kepemilikan jamban

No	Kepemilikan Jamban	n	%
1.	Ada	60	75,0
2.	Tidak ada	20	25,0
Total		80	100,0

5) Kejadian penyakit berbasis lingkungan

Berikut ini distribusi kejadian penyakit berbasis lingkungan:

Tabel V.4

Distribusi frekuensi responden berdasarkan kejadian penyakit berbasis lingkungan

No	Kejadian penyakit berbasis Lingkungan	n	%
1.	Ya pernah	62	77,5
2.	Tidak pernah	18	22,5
Total		80	100,0

Sumber: data primer 2015

Tabel diatas menunjukkan bahwa sebagian besar responden (termasuk anggota keluarga yang tinggal bersama responden) pernah terkena penyakit berbasis lingkungan, diantaranya : diare (45%), ISPA (55%), DBD (7,5%), TBC (2,5%), malaria (5%) dan penyakit kulit 30%.

Menurut HL.Blum kesehatan lingkungan dan perilaku manusia merupakan dua faktor determinan yang paling berpengaruh terhadap status kesehatan masyarakat. Komponen perilaku dan komponen kesehatan lingkungan ini merupakan dua faktor yang paling memungkinkan untuk diintervensi, sehingga telah menjadi kiblat berbagai tindakan promotif dan preventif pada mayoritas masalah penyakit dan masalah kesehatan.

Berdasarkan berbagai data dan laporan, termasuk hasil penelitian ini menunjukkan bahwa, penyakit berbasis lingkungan masih menjadi permasalahan kesehatan masyarakat di Indonesia. ISPA dan diare yang merupakan penyakit berbasis lingkungan selalu masuk dalam 10 besar penyakit di hampir seluruh Puskesmas yang ada di Indonesia, selain Malaria, Demam Berdarah Dengue (DBD), Filariasis, TB Paru, Cacangan, Penyakit Kulit, Keracunan dan Keluhan akibat Lingkungan Kerja yang buruk.

Masih tingginya penyakit berbasis lingkungan antara lain disebabkan oleh faktor lingkungan serta perilaku hidup bersih dan sehat yang masih rendah. Berdasarkan aspek sanitasi angka penyakit berbasis lingkungan banyak disebabkan tidak terpenuhinya kebutuhan air bersih masyarakat, pemanfaatan jamban yang masih rendah, tercemarnya tanah, air dan udara karena limbah dan polusi rumah tangga, limbah industry, limbah pertanian dan sarana transportasi.

Tingginya angka kesakitan pada penyakit berbasis lingkungan tersebut disebabkan oleh masih buruknya kondisi sanitasi dasar terutama air bersih dan sanitasi lingkungan, rendahnya perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS), kurangnya higienisnya cara pengolahan makanan dan sebagainya.

5.2 JADWAL KEGIATAN PENELITIAN

No	Jenis Kegiatan	Tahun I												Tahun II											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1.	Identifikasi pihak sekolah dan murid SD dan SMP	■																							
2.	Identifikasi Faktor Determinan pada murid SD dan SMP		■																						
3.	Identifikasi Model STBM			■	■																				
4.	Following murid SD dan SMP					■	■	■	■	■															
5.	Analisis Hasil <i>Following</i> (penemuan model STBM)										■	■													
6.	Perencanaan intervensi												■												
7.	Pembuatan Materi dan media Intervensi													■	■	■	■								
8.	Intervensi Model STBM Sebagai prevensi primer terhadap penyakit berbasis lingkungan																■	■	■	■					
9.	Promosi pada pihak sekolah dan murid SD dan SMP																	■	■	■					
10.	Evaluasi																			■					
11.	Laporan																				■	■	■		
12.	Seminar																						■		
13.	Publikasi																							■	

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 KESIMPULAN

1. Determinan penyakit berbasis lingkungan yang signifikan antara lain: pengetahuan (*p value* = 0,000), sikap (*p value* = 0,000), praktek Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PBHS) (*p value* = 0,005), dan kepemilikan jamban (*p value* = 0,000).
2. Pengetahuan, sikap, dan praktek PHBS merupakan faktor protektif yang dapat mencegah kejadian penyakit berbasis lingkungan ($OR < 1$).
3. Media yang disenangi oleh anak SD adalah dalam bentuk cerita bergambar (komik), dan dalam bentuk video singkat (film).

6.2 SARAN

1. Diperlukan upaya intervensi mengenai faktor determinan penyakit berbasis lingkungan, diantaranya dengan promosi kesehatan STBM pada anak SD.
2. Diperlukan media promosi kesehatan yang tepat untuk anak SD diantaranya dengan menggunakan media komik dan film pendek. Anak SD diharapkan dapat menjadi *agent of change* sehingga diharapkan dapat menurunkan angka kejadian penyakit berbasis lingkungan

DAFTAR PUSTAKA

- Departemen Kesehatan RI, 2008. Strategi Nasional Sanitasi Total Berbasis Masyarakat, Depkes RI, Jakarta.
- Dit. PL, Ditjen PP PL. 2008. Departemen Kesehatan RI, Pedoman Umum Pengelolaan Kegiatan Peningkatan Perilaku Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS), Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI, Direktorat Jenderal PP&PL, 2007. Modul Pelatihan Bagi Pelatih PSN DBD dengan pendekatan Komunikasi Perubahan Perilaku (COMBI).
- Departemen Kesehatan RI, Pusat Promosi Kesehatan, 2008. Pedoman Pengelolaan Promosi Kesehatan Dalam Pencapaian PHBS, Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI, Pusat Promosi Kesehatan, 2008. Panduan Pelatihan Komunikasi Perubahan Perilaku, Untuk KIBBLA, Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI, Pusat Promosi Kesehatan, 2008. Promosi Kesehatan Sekolah, Jakarta.
- Department of Education and Skills, 2013. Well-Being in Post_Primary Schools: Guidelines for Mental Health Promotion and Suicide Prevention. Ireland.
- Grundey, D., 2011. The Marketing Philosophy and Challenges for the New Millenium. *Scientific Bulletin-Economics Sciences*, Vol 9 (15): 169-180.
- Horton, Rozila. (2002). Strengthening Infection Control in Developing Countries: introducing a formal structure. *British Journal of Infection Control*. 3(1): 14-16.
- International Union for Health Promotion and Education (IUHPE). 2009. *School for health in Ireland: Framework for developing a health promoting school*.
- Isturiz, RE., and Carbon C, (2000). Antibiotics use in developing countries. *Infections Control Hospital Epidemiology*. 21: 394-397.
- Laporan 1. 2012. *Desk study High Five* tentang Sanitasi Berbasis Masyarakat Perkotaan, Laporan.
- Lokakarya Menemukan Strategi Perluasan Pelaksanaan Program STBM di Indonesia, 2012. pada tanggal 7 – 11 Agustus 2012
- P2PL, 2013. Road Map Percepatan program STBM 2013-2015. Kemenkes RI. Jakarta
- Villareal, G., Alvarez, L., Jimenez, K., Martinez, K., Martinez, E., Ojeda, C. (2011). Educational Intervention for the Prevention of Diarrhea Disease in the Mano De Dios Neighborhood, Sincelejo, Colombia: A Succes Experiences. *Coloumbia Medical*. 42(3): 319-326.
- WHO, 2008. *Primary Health Care: Now More Than Ever*. The World Health Report, 2008.

Lampiran 1.
Justifikasi Anggaran Penelitian

Honor	Honor/Jam (Rp)	18 Waktu (Jam/Minggu)	Minggu	Honor per Tahun (Rp)	
				Tahun I	Tahun II
Ketua	11.500	10 Jam	48	5.520.000	5.520.000
Anggota1	9.500	12 Jam	48	5.472.000	5.472.000
Anggota2	9.500	12 Jam	48	5.472.000	5.472.000
Enumerator I	5.000	13 Jam	48	3.120.000	3.120.000
Enumerator II	5.000	13 Jam	48	3.120.000	3.120.000
SUB TOTAL (Rp)				22.704.000	22.704.000
2. Bahan Habis Pakai					
Material	Justifikasi Pemakaian	Kuantitas	Harga Satuan (Rp)	Tahun I	Tahun II
Kertas	Proposal dan laporan	10 Rim	30.000	300.000	300.000
Tinta Print	Proposal dan laporan	10 Botol	30.000	300.000	300.000
Pulpen	Kuesioner	50 kotak	30.000	150.000	150.000
Pembuatan Film	Media Promosi	1 paket	20.000.000	20.000.000	-
Pembuatan Poster	Media Promosi	1 paket	5.000.000	-	5.000.000
Pembuatan Buku Saku	Media Promosi	1 paket	6.500.000	-	6.500.000
Pembuatan Komik	Media Promosi	1 paket	7.900.000	-	7.900.000
CD dan Stiker CD	Laporan	10 Buah	10.000	-	100.000
Tempat CD	Tempat menyimpan cd	4 Buah	7.500	30.000	30.000
Kaset DVD	Intervensi	4 buah	70.000	280.000	280.000
Map	Penyimpanan kuisisioner responden	200 buah	5000	1.000.000	-
Penggandaan Kuesioner	Kuesioner	2000 Lembar	200	400.000	400.000
Penggandaan laporan	Laporan	6 Rangkap	20.000	120.000	120.000
Cinderamata Responden	Responden	200 Buah	40.000	8.000.000	8.000.000
Penggandaan Proposal	Proposal	6 Rangkap	20.000	120.000	120.000
Cuci Foto	Laporan	25 Lembar	2000	50.000	50.000
Cetak Modul	Intervensi	100 buah	10.000		1.000.0000
Banner	Intervensi	7 buah	200.000	-	-
Doorprize	Intervensi	20 buah	25.000	-	500.0000
Logbook	Laporan Kemajuan	1 paket	200.000	200.000	200.000
Jumlah				30.950.000	30.950.000

Transportasi	Perizinan dan Sosialisasi	2 paket	1.000.000	2.000.000	2.000.000
	Survei	2 paket	1.000.000	2.000.000	-
	Pendataan	2 paket	1.000.000	2.000.000	2.000.000
	Ujicoba Film	2 paket	1.000.000	2.000.000	2.000.000
	Ujicoba Komik	2 paket	1.000.000	-	2.000.000
	Pengumpulan Data Tahap I	2 paket	1.500.000	3.000.000	-
	Pengumpulan Data Tahap II	2 paket	1.500.000	-	1.500.000
Pengumpulan Data Tahap III	2 paket	1.500.000	-	1.500.000	
Transportasi Panitia	Intervensi	2 paket	1.000.000	1.000.000	1.000.000
Jumlah				12.000.000	12.000.000
Konsumsi	Sosialisasi	1 paket	1.000.000	1.000.000	-
	Proses syuting film	1 paket	1.000.000	1.000.000	-
	Ujicoba media	1 paket	1.000.000	1.000.000	1.000.000
	Intervensi Siswa	1 paket	750.000	-	750.000
	Intervensi Sekolah	1 paket	750.000	-	750.000
Biaya Literatur	Proposal & Laporan	1 paket	500.000	500.000	500.000
Biaya Pengolahan dan Analisis data	Analisa data Faktor Determinan	1 paket	500.000	-	500.000
	Analisa promosi film	1 paket	1.500.000	1.500.000	-
	Analisa Efektivitas Training	1 paket	500.000	-	500.000
	Analisa Komik dan Poster	1 paket	500.000	-	500.000
Laporan	Laporan	4 rangkap	86.500	346.000	346.000
Seminar Hasil Penelitian	Seminar	1 paket	2.000.000	2.000.000	2.000.000
Publikasi Nasional/Internasional	Publikasi	1 paket	2.500.000	2.500.000	2.500.000
Jumlah				9.346.000	9.346.000
			SUB TOTAL (Rp)		75.000.000
			TOTAL KESELURUHAN		

Lampiran 2.

Dukungan Sarana Dan Prasana Penelitian

(1) Laboratorium

Dalam penelitian ini memanfaatkan laboratorium komunitas yang telah mengadakan kerjasama yang dapat digunakan dalam penelitian dan pengabdian masyarakat. Kerjasama ini telah terjalin sekitar 3 tahun terakhir yang tertulis dalam dokumen MOU antara Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Pontianak dengan Pemerintah Kota Pontianak.

(2) Peralatan utama:

Salah satu peralatan yang penting dalam penelitian ini adalah peralatan penunjang pembuatan film dan komik sebagai media promosi STBM. Dipilihnya media komik dan film karena menyesuaikan karakteristik sasaran dalam penelitian ini yaitu murid SD dan SMP.

(3) Keterangan tambahan

1. Pada penelitian ini disediakan aula pertemuan di Sekolah Satu atap di Desa Tanjung Saleh dan Kantor Desa Sepuk laut sebagai tempat intervensi dalam penelitian ini berupa *training* model STBM pada pihak sekolah dan murid SD dan SMP.
2. Pada penelitian ini juga disediakan mobil Fakultas Ilmu Kesehatan dalam menunjang transportasi
3. Tersedia Pusat Data dan Kajian Kesehatan untuk mengolah data yang telah didapatkan
4. Tersedia Badan yang dapat bekerjasama untuk mempublikasikan hasil penelitian ini yaitu jurnal *Ar Ribath* dan Buletin Kesehatan

Lampiran 3

Susunan Organisasi Tim Peneliti/Pelaksanaan dan Pembagian Tugas

No.	Nama/NIDN	Instansi Asal	Bidang Ilmu	Alokasi Waktu (Jam/Minggu)	Uraian Tugas
1	Helman Fahri, SE, MM	Universitas Muhammadiyah Pontianak	Manajemen	10 jam / minggu	<ol style="list-style-type: none"> 1. Advokasi 2. Penyusunan Proposal 3. Uji Validitas 4. Survei Pendahuluan 5. Indept Interview 6. Pengumpulan Data Perilaku Awal 7. Pengumuplan Data Semester I 8. Pengumpulan Data Semester II 9. Pengumpulan Data III 10. Analisis Data 11. Intervensi 12. Monitoring 13. Evaluasi 14. Penyusunan Laporan 15. Publikasi 16. Seminar
1.	Linda Suwarni, SKM, M.Kes / 1125058301	Universitas Muhammadiyah Pontianak	Promosi Kesehatan	10 jam / minggu	<ol style="list-style-type: none"> 1. Advokasi 2. Penyusunan Proposal 3. Uji Validitas 4. Survei Pendahuluan 5. Indept Interview 6. Pengumpulan Data Perilaku Awal 7. Pengumuplan Data Semester I 8. Pengumpulan Data Semester II 9. Pengumpulan Data III 10. Analisis Data 11. Intervensi 12. Monitoring 13. Evaluasi 14. Penyusunan Laporan 15. Publikasi 16. Seminar
2.	Selviana, SKM / 1122028801	Universitas Muhammadiyah Pontianak	Kesehatan Lingkungan	13 jam / minggu	<ol style="list-style-type: none"> 1. Advokasi 2. Penyusunan Proposal 3. Uji Validitas 4. Survei Pendahuluan 5. Indept Interview 6. Pengumpulan Data Perilaku Awal 7. Pengumuplan Data Semester I 8. Pengumpulan Data Semester II 9. Pengumpulan Data III

					10. Intervensi 11. Monitoring 12. Evaluasi 13. Penyusunan Laporan 14. Publikasi 15. Seminar
3.	Willy Candra	Universitas Muhammadiyah Pontianak	Promosi Kesehatan	15 jam / minggu	1. Survei Pendahuluan 2. Indept Interview 3. Pengumpulan Data Perilaku Awal 4. Pengumuplan Data Semester I 5. Pengumpulan Data Semester II 6. Pengumpulan Data III 7. Entri Data 8. Intervensi
4	Ayuning	Universitas Muhammadiyah Pontianak	Kesehatan Lingkungan	15 jam / minggu	1. Survei Pendahuluan 2. Indept Interview 3. Pengumpulan Data Perilaku Awal 4. Pengumuplan Data Semester I 5. Pengumpulan Data Semester II 6. Entri Data 7. Intervensi

SURAT PERSETUJUAN DAN DUKUNGAN



**PEMERINTAH DESA TANJUNG SALEH
KECAMATAN SUNGAI KAKAP
KABUPATEN KUBU RAYA**

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Muksin
Jabatan : Kepala Desa Tanjung Saleh
Alamat Kantor : Desa Tanjung Saleh
Sebagai : Mitra Penelitian I

Dengan ini memberikan kesediaan untuk mendukung dan bekerjasama dalam kegiatan penelitian Hibah Bersaing (Hiber) yang berjudul **Model Promosi Kesehatan STBM (Sanitasi Total Berbasis Masyarakat) Pada Komunitas Anak Sekolah Sebagai Prevensi Primer Terhadap Penyakit Berbasis Lingkungan Di Daerah Terisolir Kalimantan Barat** yang akan diselenggarakan oleh Tim pengusul dari Universitas Muhammadiyah Pontianak tahun 2015.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya agar dapat dipergunakan sesuai dengan kebutuhannya.

Kubu Raya, 26 April 2014

Kepala Desa Tanjung Saleh





**PEMERINTAH DESA SEPUK LAUT
KECAMATAN SUNGAI KAKAP
KABUPATEN KUBU RAYA**

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Mastur
Jabatan : Kepala Desa Sepuk Laut
Alamat Kantor : Desa Sepuk Laut
Sebagai : Mitra Penelitian II

Dengan ini memberikan kesediaan untuk mendukung dan bekerjasama dalam kegiatan penelitian Hibah Bersaing (Hiber) yang berjudul **Model Promosi Kesehatan STBM (Sanitasi Total Berbasis Masyarakat) Pada Komunitas Anak Sekolah Sebagai Prevensi Primer Terhadap Penyakit Berbasis Lingkungan Di Daerah Terisolir Kalimantan Barat** yang akan diselenggarakan oleh Tim pengusul dari Universitas Muhammadiyah Pontianak tahun 2015.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya agar dapat dipergunakan sesuai dengan kebutuhannya.

Kubu Raya, 28 April 2014

Kepala Desa Sepuk Laut



Lampiran 1

Biodata Ketua dan Anggota Tim Pengusul yang telah ditandatangani

KETUA PENGUSUL

1. Nama Lengkap : H.Helman Fachri, SE, MM
2. NIDN : 1107056101
3. Tempat Tanggal Lahir : Sambas, 07 Mei 1961
Program Studi : Manajemen
Fakultas : Ekonomi
Perguruan Tinggi : Universitas Muhammadiyah Pontianak
4. Alamat Rumah : Jl. M. Tanjung Raya 2. Komplek Bali Lestari B.7
No Telp/Fax/Hp : 082150421123
5. Alamat Kantor : Jl. A. Yani No. 111 Pontianak
No Telp/Fax : (0561) 737278/764571
Alamat Email : helmanump@gmail.com

6. RIWAYAT PENDIDIKAN

Program	S1	S2
Nama PT	STIE Malang	UNIV TANJUNG PURA
Bidang Ilmu	Manajemen	Manajemen
Tahun Masuk	1982	2001
Tahun Lulus	1986	2003
Judul Skripsi	Analisis Pengembangan Produk Pada Industri Plastik di Kota Malang	Faktor-faktor yang mempengaruhi konsumen dalam membeli produk Kosmetik Mustika Ratu di Pontianak

PENGALAMAN PENELITIAN DALAM 3 TAHUN TERAKHIR

No	Tahun	Judul Penelitian	Pendanaan	
			Sumber	Dalam (juta Rp)
1	2009	Analisis Kinerja Kualitas Pelayanan Terhadap Kepuasan Pelanggan Telokomsel Pontianak	UMP	3
2	2010	Analisis Kepuasan Konsumen jasa penerbangan rute Pontianak- Jakarta	UMP	2
3	2011 2012	Teknologi Domestika Ikan Semah sebagai Peluang Pengembangan komoditas baru di daerah Kalimantan barat	Hibah Bersaing Dikti, (2011-2012)	100
4	2013	Pengaruh Jenis kelamin, Usia, Tingkat Pendidikan, dan Golongan terhadap disiplin kerja PNS Bagian umum Kantor Setda Bengkayang	Mandiri	2

PENGALAMAN PENGABDIAN MASYARAKAT DALAM 3 TAHUN TERAKHIR

No	Tahun	Judul Pengabdian Kepada Masyarakat	Pendanaan	
			Sumber	Dalam (juta)
1	2007 2008 2009	Pengembangan Pengolahan Produk Sabut Kelapa Untuk Komoditas Ekspor	Dikti, UJI	170
2	2010	Teori dan Praktik Penyusunan Profil Usaha (Penyuluhan dan Bimbingan) di Desa Jawi Kab. Ketapang	UMP	2
3.	2011	Manajemen Pengelolaan Usaha Simpan Pinjam (Penyuluhan) Pulau kabung Kabupaten Bengkayang	PEMDA Bengkayang	3
4.	2012	WORKSHOP MARKETING PLAN PENGEMBANGAN SENTRA USAHA KUMKM KALBAR Dinas Koperasi KUMKM Kalbar	PEMDA Dinas Koperasi dan UKM	2

V PENGALAMAN PROFESIONAL SERTA KEDUDUKAN SAAT INI

No	Institusi	Jabatan	Periode Kerja
	Universitas Muhammadiyah Pontianak	Rektor UM Pontianak	2008 – 2012 2012-2016
2	Asosiasi Perguruan Tinggi Swasta Wilayah C Kalimantan Barat	Ketua	2011-2015

Semua data yang saya isikan dan tercantum dalam biodata ini adalah benar dan dapat dipertanggung jawabkan secara hukum. Apabila dikemudian hari ternyata dijumpai ketidaksesuaian dengan kenyataan, saya sanggup menerima sanksi.

Demikian biodata ini saya buat dengan sebenarnya untuk memenuhi persyaratan sebagai salah satu syarat pengajuan Hibah KKN-PPM

Pontianak, April 2014

Ketua



Helman Fahri, SE, MM
NIDN. 1107056101

BIODATA ANGGOTA PENGUSUL 1

1. Nama Lengkap : Linda Suwarni, SKM, M. Kes
2. NIDN : 1125058301
3. Tempat Tanggal Lahir : Pontianak, 25 Mei 1983
4. Program Studi : Kesehatan Masyarakat
5. Fakultas : Ilmu Kesehatan
6. Perguruan Tinggi : Universitas Muhammadiyah Pontianak
7. Alamat Rumah : Jl. M. Yamin Gg. Morodadi V no. 33 Pontianak
8. No Telp/Fax/Hp : 081345621729
9. Alamat Kantor : Jl. A. Yani No. 111 Pontianak
10. No Telp/Fax : (0561) 737278/764571
11. Alamat Email : lienharis@yahoo.co.id

12. RIWAYAT PENDIDIKAN

Program	S1	S2
Nama PT	UNDIP SEMARANG	UNDIP SEMARANG
Bidang Ilmu	Kesehatan Masyarakat	Promosi Kesehatan
Tahun Masuk	2001	2007
Tahun Lulus	2005	2009
Judul Skripsi	Hubungan Antara Pengetahuan dan Ketaatan Beragama dengan Sikap terhadap Perilaku Seksual Pranikah (Studi pada siswa SMA N 2 Pontianak)	Pengaruh Monitoring Parental terhadap Perilaku Seksual Remaja SMA di Kota Pontianak
Nama Pembimbing	Farid Agushybana, SKM, DEA	Dr. Antono Suryoputro, MPH

III. PENGALAMAN PENELITIAN DALAM 3 TAHUN TERAKHIR

No	Tahun	Judul Penelitian	Pendanaan	
			Sumber	Dalam (juta Rp)
1	2009	Pengaruh Monitoring Parental Terhadap Perilaku Seksual Remaja di Kota Pontianak	Dikti	6,75
2	2010	Hubungan Perilaku Teman Sebaya dengan Perilaku Seksual Remaja di Kecamatan Pontianak Barat	Kopertis	2
3	2011	Hubungan Pengetahuan dan Sikap tentang HIV AIDS dengan Perilaku Pencegahan Penularan HIV AIDS pada Supir Truk di Kota Pontianak	Pribadi	1,5
4	2012	Faktor-Faktor yang Berhubungan Dengan Penggunaan Napza Suntik Di Kabupaten Ketapang	Pribadi	1,5

5	2014	Model Inisiasi Seks Pranikah Remaja: Studi Longitudinal pada Remaja di Kota Pontianak Tahun 2014	Dikti	50.000.000
6	2014	Sexual Lifestyles Dan Hubungan Interpersonal Pada Remaja Di Kota Pontianak Dan Implikasinya Pada Kesehatan Seksual Dan Reproduksi	Dikti	13.500.000

IV. PEN GALAMAN PENGABDIAN MASYARAKAT DALAM 3 TAHUN TERAKHIR

No	Tahun	Judul Pengabdian Kepada Masyarakat	Pendanaan	
			Sumber	Dalam (juta)
1	2011	Metode Promosi Kesehatan Melalui Pembentukan PMO dalam pengobatan TB di Punggur.	LPPM UNMUH PTK	2,5
2	2012	Penyuluhan TB ke Sekolah-Sekolah menuju Kalbar bebas TB (dalam rangka memperingati hari TB Sedunia)	DINKES KOTA Pontianak dan PROPINSI Kalbar	10
5.	2012	Pemberdayaan Masyarakat Melalui Pembinaan Desa Siaga Di Wilayah Terisolir Dalam Upaya Meningkatkan Derajat Kesehatan Dan Sosial Ekonomi Masyarakat di Kecamatan Sungai Kakap.	Dikti	70.000.000
6.	2012	Pembinaan Desa Siaga Di Daerah Terisolir Di Wilayah Kerja Puskesmas Kakap Kabupaten Kubu Raya Kalimantan Barat	Dikti	2.500.000
7.	2014	IbM Teknologi Terpadu di Wilayah Tersolir	Dikti	47.500.000
8.	2014	Pemberdayaan Masyarakat Suku Dayak Asli Pedalaman Melalui Desa Siaga Dan Kewirausahaan Ekonomi Pertanian Dan perikanan (DASKEP2) di daerah tertinggal kabupaten Pontianak KALIMANTAN BARAT	Dikti	72.000.000

6.	2014	Pemberdayaan Masyarakat Suku Dayak Asli Pedalaman Melalui Desa Siaga Dan Kewirausahaan Ekonomi Pertanian Dan perikanan (DASKEP2) di daerah tertinggal kabupaten Pontianak	Dikti	72.000.000
----	------	---	-------	------------

V PENGALAMAN PROFESIONAL SERTA KEDUDUKAN SAAT INI

No	Institusi	Jabatan	Periode Kerja
1	Universitas Muhammadiyah Pontianak	Ketua Program Studi FIKES UNMUH Pontianak	2009 – 2012
2	Pusat Data dan Kajian Kesehatan UNMUH Pontianak	Sekretaris	2011 - sekarang

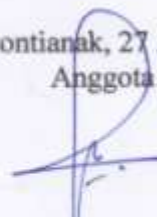
VI. PUBLIKASI ILMIAH YANG TERKAIT (3 TAHUN TERAKHIR)

No	Judul Publikasi	Nama Jurnal	Tahun Terbit
1	Pengaruh Monitoring Parental dan Perilaku Seksual Remaja SMA di Kota Pontianak	Promosi Kesehatan UNDIP	2009
2	Hubungan Pengetahuan dan Sikap tentang HIV AIDS dengan Perilaku Pencegahan Penularan HIV AIDS pada Supir Truk di Kota Pontianak	Majalah Ilmiah AL-RIBAATH. LPPM UMP	2012
3	Faktor-Faktor yang Berhubungan Dengan Penggunaan Napza Suntik Di Kabupaten Ketapang	Jurnal Kesehatan Indonesia Poltekemenkes Pontianak	2012

Semua data yang saya isikan dan tercantum dalam biodata ini adalah benar dan dapat dipertanggungjawabkan secara hukum. Apabila kemudian hari ternyata dijumpai ketidaksesuaian dengan kenyataan saya sanggup menerima sanksi.

Demikian biodata ini saya buat dengan sebenar-benarnya untuk memenuhi persyaratan sebagai salah satu syarat pengajuan Ipteks Bagi Masyarakat (IbM)

Pontianak, 27 April 2014
Anggota



Linda Suwarni, SKM, M.Kes
NIDN. 1125058301

Biodata Anggota Pelaksana II

A. Identitas Diri

1. Nama Lengkap : Selviana, SKM, MPH
2. Jenis Kelamin : Perempuan
3. Jabatan Fungsional : -
4. NBM : 1115140
5. NIDN : 1122028801
6. Tempat Tanggal Lahir : Pontianak, 22 Februari 1988
7. E-mail : selvi_soulmate@yahoo.com
8. Nomor telepon/hp : 0561-6783855/081345366661
9. Alamat Kantor : Jl. A. Yani 111 Pontianak
10. Nomor Telepon / Faks : 0561-737278
11. Lulusan yang Telah Dihilangkan : -
12. Mata Kuliah yang diampu :
 1. Parasitologi
 2. Toksikologi
 3. Kesehatan Lingkungan Pemukiman dan perkotaan
 4. Ekonomi Kesehatan
 5. Surveilans Epidemiologi

B. Riwayat Pendidikan

Program	S1	S2
1. Nama Perguruan Tinggi	Universitas Muhammadiyah Pontianak	Universitas Gadjah Mada Yogyakarta
2. Bidang Ilmu	Kesehatan Masyarakat	Kesehatan Masyarakat
3. Tahun Masuk-Lulus	2006-2010	2011 – 2013
4. Judul Skripsi/Tesis/ Disertasi	Hubungan Antara Kepadatan Nyamuk <i>Anopheles spp</i> , jarak <i>breeding places</i> , dan jarak kandang ternak dengan kejadian malaria di Desa Pulau Lemukutan	Hubungan Individu dan Lingkungan Dengan Kejadian Malaria Di Wilayah Kerja Puskesmas Sekura Kabupaten Sambas
5. Nama Pembimbing/ Promotor	Suharno, SKM, M.Kes	Prof. Soeyoko, DTM & H, SU

**C. Pengalaman Penelitian Dalam 5 Tahun Terakhir
(Bukan Skripsi, Tesis, maupun Disertasi)**

No	Tahun	Judul Penelitian	Pendanaan	
			Sumber*	Jml (Juta Rp)
1.	2012	Hubungan antara Karakteristik individu dan praktik kebersihan diri dengan kejadian tinea pedis (Studi Kasus Pada Pemulung Di Tempat Pemrosesan Akhir Sampah (TPAS) Batu Layang Kota Pontianak)	Kopertis	3.500.000
2.	2011	Faktor-Faktor yang mempengaruhi kepatuhan menelan OAT pada penderita TB Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Sungai Durian	LPPM Unmuh Pontianak	3.000.000
3.	2013	Analisis Spasial Kejadian Malaria di Wilayah Kerja Puskesmas Sekura Kabupaten Sambas Kalimantan Barat	Dikti	13.500.000
4.	2014	Faktor-Faktor yang berhubungan dengan infeksi soil transmitted helminthes (STH) pada Murid di Wilayah Terisolir di Kabupaten Kubu Raya	Dikti	14.000.000
5	2014	Model Inisiasi Seks Pranikah Remaja: Studi Longitudinal pada Remaja di Kota Pontianak Tahun 2014	Dikti	50.000.000

*Tuliskan sumber pendanaan baik dari skema penelitian DIKTI maupun dari sumber lainnya.

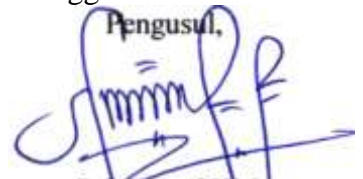
D. Pengalaman Pengabdian Kepada Masyarakat

No	Tahun	Judul Pengabdian Kepada Masyarakat	Pendanaan	
			Sumber*	Jml (Juta Rp)
1.	2008	Upaya Peningkatan Peran Suami Sebagai Faktor Reinforcing Terhadap Kesehatan Ibu Hamil Dalam Program Suami Siaga, Istri Bahagia Di Dusun Parit Keladi II, Kabupaten Kubu Raya	Dikti	6.000.0000
2.	2011	Penerapan metode promosi kesehatan dan <i>biological control</i> dalam upaya untuk menurunkan angka kejadian malaria di Desa Pulau Lemukutan Kabupaten Bengkayang	Dikti	2.500.000
3.	2012	Pemberdayaan Masyarakat Melalui Pembinaan Desa Siaga Di Wilayah	Dikti	70.000.000

		Terisolir Dalam Upaya Meningkatkan Derajat Kesehatan Dan Sosial Ekonomi Masyarakat di Kecamatan Sungai Kakap.		
4.	2012	Pembinaan Desa Siaga Di Daerah Terisolir Di Wilayah Kerja Puskesmas Kakap Kabupaten Kubu Raya Kalimantan Barat	Dikti	2.500.000

Semua data yang saya isikan dan tercantum dalam biodata ini adalah benar dan dapat dipertanggung jawabkan secara hukum. Apabila dikemudian hari ternyata dijumpai ketidaksesuaian dengan kenyataan, saya sanggup menerima sanksi. Demikian biodata ini saya buat dengan sebenarnya untuk memenuhi salah satu persyaratan dalam pengajuan Ipteks Bagi Masyarakat (IbM)

Pontianak, Apri 2013
Anggota Tim 1

Pengusul,

Selviana, SKM
NIDN. 1122028801



LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGABDIAN PADA MASYARAKAT
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PONTIANAK

Jalan Ahmad Yani No. 111, Telp / Fax. 0561 - 764571
PONTIANAK - KALIMANTAN BARAT

Lampiran 6

SURAT PERNYATAAN KETUA PENELITIAN / PELAKSANA

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Helman Fahri, SE, MM
NIDN : 1107056101
Golongan : III d
Jabatan Fungsional : Lektor Kepala

Dengan ini menyatakan bahwa proposal penelitian saya dengan judul :

Model Promosi Kesehatan Stbm (Sanitasi Total Berbasis Masyarakat) Pada Komunitas Anak Sekolah Sebagai Prevensi Primer Terhadap Penyakit Berbasis Lingkungan Di Daerah Terisolir Kalimantan Barat yang diusulkan dalam skema Hibah Bersaing untuk tahun anggaran 2015/2016 bersifat original dan belum pernah dibiayai oleh lembaga / sumber dana lain.

Bilamana di kemudian hari ditemukam ketidaksesuaian dengan pernyataan ini, maka saya bersedia dituntut dan diproses sesuai dengan ketentuan yang berlaku dengan mengembalikan seluruh biaya penelitian yang sudah diterima ke kes negara.

Pontianak, 28 April 2014

Mengetahui,
Ketua Lembaga Penelitian

Edy Suryadi, SE, MM
NIK. 091131100263003

Yang menyatakan

Yang Meneliti

Helman Fahri, SE, MM
NIDN. 1107056101

**DOKUMENTASI PENELITIAN HIBER
DESA SEPUK LAUT**

