



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN  
KEBIASAAN CUCI TANGAN PAKAI SABUN PADA  
MASYARAKAT DI DESA CIKONENG KECAMATAN GANEAS  
KABUPATEN SUMEDANG TAHUN 2010**

**TESIS**

**WIDYA UTAMI  
0806470352**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
PROGRAM PASCASARJANA  
DEPOK  
JULI, 2010**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN  
KEBIASAAN CUCI TANGAN PAKAI SABUN PADA  
MASYARAKAT DI DESA CIKONENG KECAMATAN GANEAS  
KABUPATEN SUMEDANG TAHUN 2010**

**TESIS**

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar  
Magister Kesehatan Masyarakat**

**WIDYA UTAMI  
0806470352**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
PENDIDIKAN KESEHATAN DAN ILMU PERILAKU  
DEPOK  
JULI, 2010**

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,  
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk  
telah saya nyatakan dengan benar

Nama : Widya Utami

NPM : 0806470352

Tanda Tangan : 

Tanggal : 6 Juli 2010

## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Widya Utami  
NPM : 0806470352  
Mahasiswa Program : S2 Kesehatan Masyarakat  
Tahun Akademik : 2009

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul :

**“Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kebiasaan Cuci Tangan Pakai Sabun pada Masyarakat di desa Cikoneng, Kecamatan Ganeas, Kabupaten Sumedang Tahun 2010”**

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 6 Juli 2010



(Widya Utami)

## HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :

Nama : Widya Utami  
NPM : 0806470352  
Program Studi : S2 PKIP (Ilmu Kesehatan Masyarakat)  
Judul Tesis : Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kebiasaan Cuci Tangan Pakai Sabun pada Masyarakat di desa Cikoneng, Kecamatan Ganeas, Kabupaten Sumedang Tahun 2010

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

### DEWAN PENGUJI

Pembimbing : dr.Zarfiel Tafal, MPH (  )

Penguji : Drs.Anwar Hasan, MPH. (  )

Penguji : dr.Yuana Wiryawan, M.Kes. (  )

Penguji : Ir.Chandra Rudyanto, MPH (  )

Penguji : Laila Fitria, SKM, MKM (  )

Ditetapkan di : Depok  
Tanggal : 6 Juli 2010

## KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, dengan izin Allah SWT akhirnya penelitian ini dapat terselesaikan. Segala puji penulis panjatkan kehadirat-Nya atas berbagai kemudahan dan pertolonganNya. Penulisan tesis ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Dalam proses penyelesaian tesis ini, penulis sadari bahwa begitu banyak bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, terutama dari Bapak dr. Zarfield Tafal, MPH selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan penulis dalam penyusunan tesis ini, sehingga selesai tepat waktu. Ucapan terima kasih juga penulis sampaikan kepada :

1. Dekan dan wakil dekan, para manajer program dan akademik dan seluruh staf pengajar, staf administrasi serta staf perpustakaan pada Program Pasca Sarjana FKM-UI yang juga memberikan bantuan selama penulis kuliah di FKM UI.
2. Ibu Dr.drg.Ella Nurlela Hadi, M.Kes, selaku ketua Departemen PKIP, beserta staf PKIP yang selalu memberikan dorongan demi selesainya tesis ini.
3. Bapak Zainal I. Nampira, SKM, M.Kes selaku Kasubdit Penyehatan Air,Ditjen PP-PL yang telah memberikan kesempatan dan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan di FKM UI dan teman-teman sekantor yang selalu memberikan dukungan moril sehingga penelitian ini dapat berjalan lancar
4. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sumedang dan Kepala Puskesmas Ganeas, yang telah memberikan ijin penelitian di desa Cikoneng
5. Bapak Drs. Anwar Hasan, MPH selaku dosen dan penguji yang telah banyak memberikan saran dan masukan berarti, sehingga tesis ini dapat disusun dengan baik.
6. Bapak dr.Yuana Wiryawan, M.Kes, sebagai penguji tesis

7. Bapak Ir.Chandra Rudyanto, MPH, sebagai penguji tesis
8. Ibu Laila Fitria, SKM, MKM, ssebagai penguji tesis
9. Teman-teman angkatan 2009/2010 PKIP yang selalu memberikan bantuan dukungan dan semangat
10. Orang tua, suami tercinta, anak-anakku dan kakak adikku yang terus menerus memberikan semangat dan pengorbanan waktunya sehingga tesis ini selesai tepat waktu.

Tak lupa penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang tak dapat disebutkan satu persatu yang telah dengan rela meluangkan waktu untuk memberikan masukan yang berharga selama penulisan tesis ini. Penulis menyadari sepenuhnya bahwa tesis ini masih jauh dari sempurna, sehingga dengan segala kerendahan hati penulis menerima kritik, saran dan koreksi dari semua pihak.

Akhir kata, penulis berharap Allah SWT berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga tesis ini membawa manfaat bagi pengembangan Ilmu Kesehatan Masyarakat.

Depok, 6 Juli 2010

Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI  
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

---

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Widya Utami  
NPM : 0806470352  
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Departemen : Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku  
Fakultas : Kesehatan Masyarakat  
Jenis karya : Tesis


Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul

**Faktor – faktor yang Berhubungan dengan Kebiasaan Cuci Tangan Pakai Sabun  
pada Masyarakat di desa Cikoneng Kecamatan Ganeas Kabupaten Sumedang  
Tahun 2010**

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok  
Pada tanggal : 6 Juli 2010  
Yang menyatakan

  
(Widya Utami)



## ABSTRAK

Nama : Widya Utami  
Program Studi : S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat (PKIP)  
Judul : Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kebiasaan Cuci Tangan Pakai Sabun pada Masyarakat di desa Cikoneng, Kecamatan Ganeas, Kabupaten Sumedang Tahun 2010

Diare masih menjadi masalah kesehatan masyarakat di Indonesia, demikian juga di Jawa Barat kasus Diare masih tinggi, sehingga diperlukan cara untuk mencegah masalah tersebut. Kabupaten Sumedang telah menerapkan program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM), khususnya Cuci Tangan Pakai Sabun dan penelitian ini untuk melihat efektivitas salah satu aspek dari STBM karena belum ada data dan penelitian CTPS di masyarakat desa Cikoneng, Kecamatan Ganeas, Kabupaten Sumedang ini. Sehingga perlu diketahui Gambaran dan Faktor-faktor yang mempengaruhi kebiasaan CTPS di desa tersebut.

Penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan desain *cross-sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah ibu yang mempunyai balita yang tinggal di desa Cikoneng, Puskesmas Ganeas, Kecamatan Sumedang. Dan sampelnya adalah sebagian dari ibu yang mempunyai balita yang ada di desa Cikoneng, Kecamatan Ganeas sejumlah 170 orang. Analisis data menggunakan analisis univariat, analisis bivariat, dan analisis multivariat.

Hasil penelitian menyebutkan secara umum kebiasaan cuci tangan pakai sabun pada masyarakat, khususnya pada ibu balita di desa Cikoneng belum baik, meskipun persentasenya di atas angka Nasional. Dari variabel-variabel yang diteliti, yang memiliki hubungan yang bermakna dengan kebiasaan Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS) adalah variabel Aktivitas Posyandu, dan Penghasilan Keluarga per bulan. Responden yang aktivitas posyandunya baik mempunyai risiko untuk berkebiasaan CTPS baik sebesar 2,70 kali (95% CI: 1,28-5,67) dibandingkan responden yang aktivitas posyandunya kurang baik, setelah dikontrol variabel penghasilan rumah per bulan. Responden yang rumah tangganya berpenghasilan lebih dari Rp700.000,- mempunyai risiko untuk berkebiasaan CTPS baik sebesar 0,39 kali (95% CI: 0,20-0,76) dibandingkan responden yang memiliki penghasilan kurang dari Rp.700.000,-, setelah dikontrol variabel aktivitas posyandu. Dua variabel ini yang berpengaruh terhadap kebiasaan Cuci tangan pakai sabun dan berdampak pada keberlanjutan program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM).

Penelitian ini menyarankan perlunya peningkatan penguatan Posyandu sebagai salah satu bentuk penggerakan masyarakat dan menghidupkan kembali penyuluhan yang bersifat community development. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Sumedang dan Departemen Kesehatan agar dapat menggunakan hasil penelitian ini sebagai bahan perencanaan dan evaluasi serta keberlanjutan program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat. Selain itu agar dilakukan penelitian lanjutan yang dimungkinkan dapat diketahui faktor-faktor lainnya yang berhubungan dengan kebiasaan CTPS di masyarakat dengan populasi yang lebih besar, misalnya di tingkat Kecamatan Ganeas atau Kabupaten Sumedang.

Kata kunci :

Kebiasaan, Cuci Tangan Pakai Sabun, Ibu balita



## ABSTRACT

Name : Widya Utami  
Study Program : S2 Public Health (Health Education and Behavior Science)  
Title : Factors Relating to Handwashing-with-Soap behaviour at the rural community of Cikoneng Village, Kecamatan Ganeas, Sumedang County in the year 2010

Diarrhea is still a problem of public health in Indonesia, and especially in West Java region where its prevalence record is relatively high, and therefore efforts are needed to prevent the problem. Sumedang County has implemented Total Community Based Sanitization program (TCBS), particularly Handwashing-with-Soap (HWS), and this research is dedicated to observe the effectiveness of one of TCBS aspects since there is no data and result of research available on HWS for rural community of Cikoneng Village, Kecamatan Ganeas, Sumedang County. Accordingly, it is strongly needed to find out the Figures and Factors influencing the HWS habit in this village.

This is a quantitative research with cross-sectional design. Population object in this research are mothers having toddlers living in Cikoneng village, Kecamatan Ganeas, Sumedang County. Samples are taken from 170 mothers from this similar area. Data analyses to be performed using univariate analysis, bivariate analysis, and multivariate analysis.

This research revealed that generally the handwashing-with-soap habit in the studied community, especially among toddler's mother in Cikoneng village, was still poor, even though its percentage is above the National score. Among the variables studied, those which had significant relationship with Handwashing-with-Soap (HWS) habits were Posyandu activities and Monthly Family Income. Those respondents with good Posyandu activities had the risk for good HWS at 2.70 times (95% CI: 1.28-5.67) over the respondents of less good Posyandu activities, after the control of monthly family income variable. Respondents having monthly family income above Rp. 700,000 had the risk for good HWS at 0.39 times (95% CI: 0,20-0,76) over those having monthly family income of less than Rp. 700,000, after the control of Posyandu activities variable. Both of variables had effects on Handwashing-with-Soap habits and in turn impacts on the Total Community Based Sanitization (TCBS) program.

This research suggests the need for the improvement of Posyandu strengthening as one form of community building and for the reinstatement of public counseling as a form of community development. Health Agency of Sumedang County as well as Ministry of Health of the Republic of Indonesia could take advantage of the results of this research as a reference material for planning, evaluating and promoting the sustainability of the Total Community Based Sanitization (TCBS) program. Furthermore, it is suggested to perform any further researches permitting the observation of any other different factors relating to the HWS habits in the greater communities at the level of Kecamatan Ganeas or even Sumedang County.

Keywords:

Habit, Handwashing with soap, toddler's mother



## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
SURAT PERNYATAAN .....	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS .....	iii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH.....	vii
ABSTRAK.....	viii
ABSTRACT.....	x
DAFTAR ISI.....	xii
DAFTAR TABEL.....	xvi
DAFTAR SINGKATAN .....	xvii
DAFTAR GAMBAR .....	xix
DAFTAR LAMPIRAN.....	xx
<b>I. PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Perumusan Masalah .....	4
1.3 Pertanyaan Penelitian .....	4
1.4 Tujuan Penelitian .....	5
1.5 Manfaat Penelitian .....	5
1.6 Ruang Lingkup Penelitian .....	6
<b>2. TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>7</b>
2.1 Sanitasi Total Berbasis Masyarakat .....	7
2.1.1 Pengertian .....	7
2.1.2 STBM dan CTPS .....	9
2.1.3 Ruang Lingkup CTPS .....	10
2.1.4 Tujuan Program CTPS .....	10
2.1.5 Sasaran Program CTPS .....	10
2.1.6 Identitas Program CTPS .....	11
2.1.7 Pokok Kegiatan .....	12
2.2 Konsep Perilaku Kesehatan.....	13
2.2.1 Konsep Perilaku.....	13

2.2.2 Domain Perilaku.....	14
2.2.3 Perilaku Kesehatan .....	19
2.3 Teori dan Model Perilaku.....	21
2.4 Perilaku Cuci Tangan Pakai Sabun .....	23
2.4.1 Konsep Perilaku CTPS .....	23
2.4.2 Pengertian Cuci Tangan .....	25
2.4.3 Tujuan Cuci Tangan .....	25
2.4.4 Macam-macam Cuci Tangan .....	25
2.4.5 Jenis Sabun untuk mencuci tangan.....	29
2.4.6 Manfaat Cuci Tangan Pakai Sabun .....	30
2.4.7 Persyaratan Minimal sarana CTPS.....	31
2.5 Kesadaran masyarakat untuk CTPS .....	33
2.6 Perilaku dan Penelitian tentang CTPS di dunia.....	35
2.7 Penyakit-penyakit yang dapat dicegah dengan CTPS.....	42
<b>3. KERANGKA KONSEP, DEFINISI OPERASIONAL DAN HIPOTESIS</b> .....	<b>46</b>
3.1 Kerangka Konsep .....	46
3.2 Definisi Operasional .....	50
3.3 Hipotesis .....	53
<b>4. METODOLOGI PENELITIAN</b> .....	<b>55</b>
4.1 Jenis dan Desain Penelitian .....	55
4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian .....	55
4.3 Populasi dan sampel .....	55
4.4 Teknik pengambilan sampel .....	56
4.5 Pengumpulan data .....	57
4.6 Manajemen data .....	57
4.7 Analisis data.....	59
<b>5. HASIL PENELITIAN</b> .....	<b>60</b>
5.1 Gambaran umum lokasi penelitian .....	60
5.2 Pelaksanaan penelitian .....	62
5.3 Hasil uji coba kuesioner .....	63
5.4 Analisis Univariat .....	63
5.4.1 Kebiasaan CTPS .....	64
5.4.2 Faktor Predisposisi .....	65
5.4.2.1 Umur .....	65
5.4.2.2 Tingkat Pendidikan .....	65
5.4.2.3 Pekerjaan Ibu .....	66
5.4.2.4 Pekerjaan suami/KK .....	67
5.4.2.5 Penghasilan keluarga per bulan .....	68
5.4.2.6 Pengetahuan .....	69
5.4.2.7 Sikap .....	72

5.4.3 Faktor Pemungkin .....	75
5.4.3.1 Ketersediaan Fasilitas CTPS .....	76
5.4.3.2 Kepemilikan sumber air .....	76
5.4.3.2 Paparan informasi CTPS .....	78
5.4.3.3 Aktivitas Posyandu .....	79
5.4.4 Faktor Penguat .....	80
5.4.4.1 Kunjungan petugas .....	81
5.4.4.2 Kebijakan pendukung .....	81
5.4.4.3 Dukungan Pemda .....	82
5.4.4.4 Dukungan Toma/Toga .....	82
5.4.4.5 Dukungan Ormas .....	83
5.4.4.6 Dukungan LSM .....	85
<b>5.5 Analisis Bivariat .....</b>	<b>85</b>
5.5.1 Hubungan faktor Predisposisi dengan Kebiasaan CTPS .....	86
5.5.1.1 Hubungan Umur dengan Kebiasaan CTPS .....	86
5.5.1.2 Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Kebiasaan CTPS .....	86
5.5.1.3 Hubungan Pekerjaan ibu dengan Kebiasaan CTPS .....	86
5.5.1.4 Hubungan Pekerjaan suami/KK dengan Kebiasaan CTPS ...	87
5.5.1.5 Hubungan Penghasilan per bulan dengan Kebiasaan CTPS..	87
5.5.1.6 Hubungan Tingkat pengetahuan dengan Kebiasaan CTPS..	87
5.5.1.7 Hubungan Sikap dengan Kebiasaan CTPS .....	88
5.5.2. Hubungan Faktor Pemungkin dengan Kebiasaan CTPS .....	89
5.5.2.1 Hubungan Ketersediaan fasilitas dengan Kebiasaan CTPS ....	89
5.5.2.2 Hubungan Kepemilikan sumber air dengan Kebiasaan CTPS..	89
5.5.2.3 Hubungan Paparan Informasi dengan Kebiasaan CTPS .....	90
5.5.2.2 Hubungan Aktivitas Posyandu dengan Kebiasaan CTPS .....	90
5.5.3. Hubungan Faktor Penguat dengan Kebiasaan CTPS .....	91
5.5.3.1 Hubungan Kunjungan petugas dengan Kebiasaan CTPS .....	91
5.5.2.2 Hubungan Kebijakan pendukung dengan Kebiasaan CTPS ...	92
5.5.2.3 Hubungan Dukungan Pemda dengan Kebiasaan CTPS .....	92
5.5.2.4 Hubungan Dukungan Toma/Toga dengan Kebiasaan CTPS	93
5.5.2.5 Hubungan Dukungan Ormas dengan Kebiasaan CTPS .....	93
<b>5.6 Analisis Multivariat .....</b>	<b>94</b>
5.6.1 Seleksi Potensial Covariat.....	94
5.6.2 Pemodelan .....	95
5.6.3 Model akhir .....	97
<b>6. PEMBAHASAN.....</b>	<b>99</b>
6.1 Keterbatasan Penelitian .....	99
6.2 Gambaran kebiasaan CTPS ibu balita di desa Cikoneng .....	100

6.3 Faktor-faktor yang berhubungan dengan Kebiasaan CTPS .....	101
6.3.1 Faktor Predisposisi .....	101
6.3.1.1 Umur .....	102
6.3.1.2 Tingkat Pendidikan .....	102
6.3.1.3 Pekerjaan ibu .....	103
6.3.1.4 Pekerjaan suami/KK .....	104
6.3.1.5 Penghasilan per bulan .....	105
6.3.1.6 Tingkat pengetahuan .....	105
6.3.1.7 Sikap .....	107
6.3.2.Faktor Pemungkin .....	108
6.3.2.1 Ketersediaan fasilitas dengan Kebiasaan CTPS.....	108
6.3.2.2 Kepemilikan sumber air dengan Kebiasaan CTPS.....	109
6.3.2.3 Paparan Informasi dengan Kebiasaan CTPS .....	111
6.3.2.4 Aktivitas Posyandu dengan Kebiasaan CTPS .....	112
6.3.3.Faktor Penguat dengan Kebiasaan CTPS .....	114
6.3.3.1 Kunjungan petugas dengan Kebiasaan CTPS.....	115
6.3.3.2 Kebijakan pendukung dengan Kebiasaan CTPS .....	116
6.3.3.3 Dukungan Pemda dengan Kebiasaan CTPS .....	116
6.3.3.4 Dukungan Toma/Toga dengan Kebiasaan CTPS .....	117
6.3.3.5.Dukungan ormas dengan Kebiasaan CTPS .....	118
6.3.3.6 Dukungan LSM dengan kebiasaan CTPS .....	119
<b>7. KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>121</b>
7.1 Kesimpulan .....	121
7.2 Saran .....	123
DAFTAR PUSTAKA .....	124
LAMPIRAN .....	129



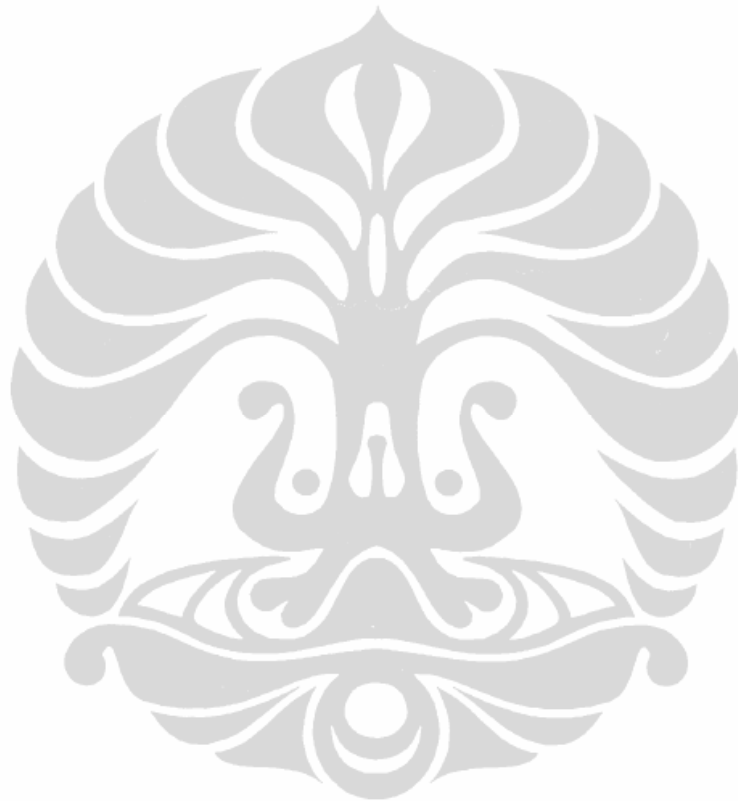
## DAFTAR TABEL

Tabel	5.4.1a	Distribusi Responden menurut Kebiasaan CTPS .....	64
Tabel	5.4.1b	Distribusi Responden menurut Kebiasaan CTPS.....	64
Tabel	5.4.2.1	Distribusi Responden menurut Umur .....	65
Tabel	5.4.2.2a	Distribusi Responden menurut Tingkat Pendidikan .....	65
Tabel	5.4.2.2b	Distribusi Responden menurut Tingkat Pendidikan ...	66
Tabel	5.4.2.3	Distribusi Responden menurut Pekerjaan ibu .....	66
Tabel	5.4.2.4a	Distribusi Responden menurut Pekerjaan suami/KK .....	67
Tabel	5.4.2.4b	Distribusi Responden menurut Pekerjaan suami/KK ...	67
Tabel	5.4.2.5	Distribusi Responden menurut Penghasilan Keluarga per bulan ..	68
Tabel	5.4.2.6a	Distribusi Responden menurut Pengetahuan .....	69
Tabel	5.4.2.6b	Distribusi Responden menurut Kategori Pengetahuan .....	71
Tabel	5.4.2.7a	Distribusi Responden menurut Sikap .....	72
Tabel	5.4.2.7b	Distribusi Responden menurut Total Skor sikap .....	74
Tabel	5.4.2.7c	Distribusi Responden menurut Kategori Sikap .....	74
Tabel	5.4.3.1a	Distribusi Responden menurut Ketersediaan Fasilitas .....	75
Tabel	5.4.3.1b	Distribusi Responden menurut Kategori Ketersediaan Fasilitas ...	76
Tabel	5.4.3.2a	Distribusi Responden menurut Kepemilikan Sumber Air .....	76
Tabel	5.4.3.2b	Distribusi Responden menurut Kategori Kepemilikan Sumber Air	77
Tabel	5.4.3.3	Distribusi Responden menurut Paparan Informasi CTPS .....	78
Tabel	5.4.3.4a	Distribusi Responden menurut Aktivitas Posyandu .....	79
Tabel	5.4.3.4b	Distribusi Responden menurut Kategori Aktivitas Posyandu .....	80
Tabel	5.4.4.1	Distribusi Responden menurut Kunjungan petugas ke rumah .....	80
Tabel	5.4.4.2	Distribusi Responden menurut Kebijakan pendukung .....	81
Tabel	5.4.4.3	Distribusi Responden menurut Dukungan Pemda .....	81
Tabel	5.4.4.4	Distribusi Responden menurut Dukungan Toma/Toga .....	82
Tabel	5.4.4.5a	Distribusi Responden menurut Dukungan Ormas .....	83
Tabel	5.4.4.5b	Distribusi Responden menurut Kategori Dukungan Ormas .....	84
Tabel	5.4.4.6	Distribusi Responden menurut Dukungan LSM .....	85
Tabel	5.5.1a	Distribusi Faktor Predisposisi menurut Kebiasaan CTPS .....	88
Tabel	5.5.1b	Distribusi Faktor Predisposisi (Umur dan Penghasilan) menurut Kebiasaan CTPS .....	89
Tabel	5.5.2	Distribusi Faktor Pemungkin menurut Kebiasaan CTPS .....	91
Tabel	5.5.3.5	Distribusi Faktor Penguat menurut kebiasaan CTPS .....	94
Tabel	5.6.1	Hasil Analisis Regresi Logistik faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kebiasaan CTPS .....	95
Tabel	5.6.2a	Hasil Analisis Regresi Logistik faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kebiasaan CTPS .....	96
Tabel	5.6.2b	Hasil Analisis Regresi Logistik faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kebiasaan CTPS .....	97

## DAFTAR SINGKATAN

BABs	Buang Air Besar sembarangan
Bappenas	Badan Perencanaan dan Pembangunan Nasional
BUMN	Badan Usaha Milik Negara
CTPS	Cuci Tangan Pakai Sabun
CWSHP	Community Water Services and Health Project
Depkes	Departemen Kesehatan
Depdagri	Departemen Dalam Negeri
Depdiknas	Departemen Pendidikan Nasional
DPRD	Dewan Perwakilan Rakyat Daerah
ESP-USAID	Environment Sanitation Program.
ISPA	Infeksi Saluran Pernafasan Akut
KPS-CTPS	Kemitraan Pemerintah Swasta-Cuci Tangan Pakai Sabun
LPM	Lembaga Pemberdayaan Masyarakat
LSM	Lembaga Swadaya Masyarakat
MDG's	Millenium Development Goals
NGO	Non-Government Organization
PAMRT	Pengelolaan Air Minum di Tingkat Rumah Tangga
PAMSIMAS	Program Air Minum dan Sanitasi Berbasis Masyarakat
PCI	Project Concern International
PKK	Pembinaan Kesejahteraan Keluarga
PNS	Pegawai Negeri Sipil
Pokja AMPL	Kelompok Kerja Air Minum dan Penyehatan Lingkungan
Posyandu	Pos Pelayanan Terpadu
PT	Perguruan Tinggi
PU	Pekerjaan Umum
SD	Sekolah Dasar
SMP	Sekolah Menengah Pertama
SMU	Sekolah Menengah Umum
SOP	Standar Operasional Prosedur
SWS	Save Water Systems
TNI	Tentara Nasional Indonesia
TTPS	Tim Teknis Pembangunan Sanitasi
TSSM	Total Sanitation and Sanitation Marketing
TTU	Tempat-Tempat Umum
TPM	Tempat Pengolahan Makanan
UNICEF	United Nations Children's Fund

USAID	United States Agency for International Development .
WES-UNICEF	Water Environment Sanitation
WHO	World Health Organization
WSLIC	Water Supply and Sanitation in Low Income Communities



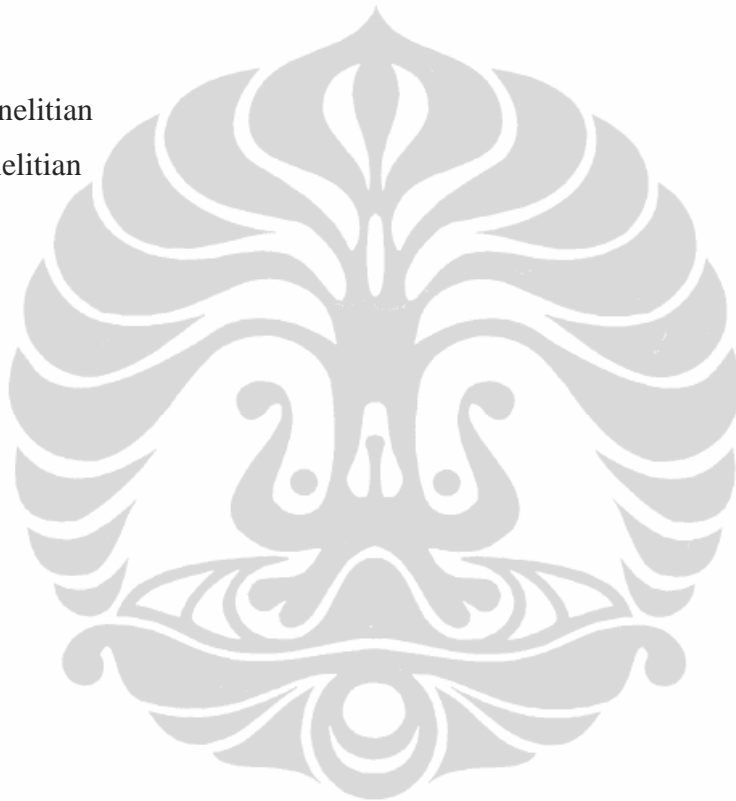
## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1.6a	Logo Kampanye Cuci Tangan Pakai Sabun .....	11
Gambar 2.1.6b	Logo Hari Cuci Tangan Sedunia .....	11
Gambar 2.7	Diagram F transmisi penyakit [Wagner dan Lanoix (1958)] .....	42
Gambar 3.1.1	Kerangka Teori Precede.....	48
Gambar 3.1.2	Kerangka Konsep .....	49



## DAFTAR LAMPIRAN

1. Kuesioner Penelitian
2. Surat Ijin Penelitian



# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1. Latar Belakang

Penyakit menular masih menjadi masalah prioritas kesehatan masyarakat di hampir semua negara berkembang, termasuk Indonesia, karena angka kejadian dan kematiannya yang relatif tinggi dalam waktu yang relatif singkat. Penyakit menular umumnya bersifat akut (mendadak) dan menyerang semua lapisan masyarakat. Penyakit ini diprioritaskan mengingat sifat menularnya yang dapat menyebabkan wabah dan menimbulkan kerugian yang besar. Angka kesakitan penderita beberapa penyakit menular di Indonesia masih tinggi, dan beberapa penyakit cenderung meningkat. Penyakit menular yang dimaksud di antaranya Malaria, Demam Berdarah Dengue (DBD), TB Paru, ISPA, Pneumonia dan Diare. Penyakit menular tersebut ditularkan melalui vektor, udara maupun makanan dan minuman (Depkes, 2008)

Diare merupakan salah satu penyakit menular berbasis lingkungan yang masih menjadi masalah kesehatan yang penting jika dilihat dari angka kesakitan dan kematian. Diare juga merupakan pembunuh Balita kedua setelah ISPA (Depkes, 2008). Menurut WHO (2007) lebih dari sepertiga kematian anak secara global adalah karena Diare (35%) dan sebagian besar terjadi di negara berkembang. Data dari Riskesdas (2007) menunjukkan Prevalensi Nasional Diare sebesar 9%.

Berbagai upaya telah dilakukan untuk menekan angka kesakitan dan kematian yang disebabkan Diare, khususnya pada anak balita. Program lingkungan sehat, perilaku sehat dan pemberdayaan masyarakat serta penyehatan air dan sanitasi merupakan program multisektoral yang terkait langsung dengan upaya pemberantasan penyakit menular berbasis lingkungan. Kebijakan dan strategi Kementerian Kesehatan dalam rangka pengendalian penyakit Diare melalui kegiatan tatalaksana penderita Diare, Surveilans Epidemiologi, Pencegahan Diare, Penyuluhan Kesehatan, Pengelolaan Logistik dan pemantauan/evaluasi dirasakan belum

memberikan daya ungkit terjadinya perubahan perilaku higienis dan peningkatan akses sanitasi, sehingga kasus Diare tiap tahun masih tinggi. Hal ini disebabkan kebanyakan sifat program tersebut masih *top down*, masyarakat kurang dilibatkan, proyek sepenuhnya dibiayai pemerintah, Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) hanya sebagai slogan saja, belum merubah perilaku. Sehingga pada tahun 2006 Depkesmencoba menerapkan strategi baru untuk menurunkan kejadian diare melalui Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM).

Kebijakan Strategi Nasional Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) merupakan suatu strategi percepatan untuk mencapai target MDGs goal 7. STBM selain sebagai aksi terpadu untuk menurunkan angka kejadian diare juga meningkatkan higienitas dan kualitas kehidupan masyarakat Indonesia melalui kegiatan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat yang mencakup 5 pilar, yaitu: 1) Stop BABs (Buang Air Besar sembarangan), 2) Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS), 3) Pengelolaan Air Minum dan Makanan yang aman di Rumah Tangga (PAM RT), 4) Mengelola sampah dengan benar dan 5) Mengelola limbah cair rumah tangga dengan aman. Strategi ini merupakan implementasi kegiatan prioritas Departemen Kesehatan untuk memobilisasi dan memberdayakan masyarakat agar memilih hidup sehat.

Salah satu pilar yang belum banyak diteliti adalah Kebiasaan Cuci Tangan Pakai Sabun di masyarakat. Perilaku cuci tangan pakai sabun merupakan perilaku yang belum biasa dilakukan sehari-hari oleh masyarakat pada umumnya. Data dari survei *baseline* yang dilakukan oleh *Environmental Services Program* (ESP-USAID) pada tahun 2006 menunjukkan bahwa perilaku Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS) pada waktu-waktu kritis sangat rendah yaitu: sebelum makan 14,3%, sesudah buang air besar 11,7%, setelah menceboki bayi 8,9%, sebelum menyuapi anak 7,4% dan sebelum menyiapkan makanan 6%. Sedangkan jalur utama penularan berbagai penyakit adalah melalui tangan yang terkontaminasi bakteri, virus atau telur cacing yang menyebabkan diare dan berbagai penyakit ataupun kecacingan. Hasil kajian dari Curtiss dan Cairncross (2003), menunjukkan bahwa mencuci tangan dengan sabun dapat mengurangi penyakit-penyakit yang berkaitan dengan diare sampai 42-47 persen. Namun penelitian dari Koalisi untuk Indonesia Sehat (KuIS) menunjukkan

hampir 80% kaum ibu tidak mencuci tangan dengan sabun, baik sebelum makan, setelah melakukan pekerjaan di luar rumah, bahkan setelah buang air besar maupun kecil.

Menurut hasil penelitian WHO (2007), penurunan angka kejadian diare dapat dicapai melalui modifikasi lingkungan (94%), termasuk pemanfaatan jamban (32%), cuci tangan pakai sabun (45%), pengelolaan air minum rumah tangga (39%) (Fewtrell I, Kaufmann RB, et al, 2005). Meskipun angka kejadian diare dapat dikurangi dengan praktik salah satu perilaku di atas, jika diintegrasikan dan dilaksanakan bersamaan pengaruh positifnya lebih besar. Menurut *Centers for Disease Control* (2002), mencuci tangan adalah ukuran paling sederhana, paling efektif untuk mencegah penyebaran bakteri, patogen, dan virus. Cuci tangan pakai sabun sangat dekat dengan keseharian kita dan juga merupakan cara yang paling mudah dilakukan dibandingkan 4 pilar lainnya dalam STBM (Depkes, 2008).

Penelitian Suroto (2001) menyatakan bahwa tingkat pendidikan ibu ternyata mempengaruhi perilaku cuci tangan, dimana tingkat pendidikan lebih tinggi, akan mudah melakukan praktik cuci tangan, sehingga secara tidak langsung angka diare juga menurun. Penelitian Prista (2007) menyatakan bahwa ada hubungan antara pengetahuan dengan personal hygiene, termasuk kegiatan cuci tangan. Penelitian Suroto (2001), menyatakan ada hubungan antara pekerjaan dengan perubahan perilaku, ibu yang bekerja akan lebih sering terpapar dengan kegiatan atau sumber informasi kesehatan, sehingga dapat diasumsikan ibu yang bekerja lebih banyak memiliki pengetahuan yang lebih baik dibanding ibu yang tidak bekerja. Penelitian Amalia (2009) menyatakan ada hubungan yang bermakna antara tingkat pendapatan dengan PHBS.

Penelitian Lutfianti (2008) juga menyatakan ada hubungan ketersediaan fasilitas cuci tangan di sekolah dengan perilaku cuci tangan. Informasi dari Digilib AMPL (2009), dukungan Pemda Kabupaten Tangerang dalam upaya peningkatan perilaku CTPS, diwujudkan dengan bantuan pemberian sarana CTPS di desa dan sekolah di wilayah Kecamatan Sepatan, dapat menurunkan kasus Diare. Torik (2005) memaparkan hasil penelitiannya bahwa keberhasilan program kesehatan masyarakat



di Posyandu karena ada kontribusi/dukungan majelis taklim dalam menyebarkan informasi kesehatan ke masyarakat melalui kegiatan pengajian rutin ibu-ibu setempat. Penelitian di atas merupakan beberapa penelitian yang menyatakan faktor-faktor yang berhubungan dengan perubahan perilaku termasuk kebiasaan cuci tangan.

Menurut Data Riskesdas 2007, Jawa Barat termasuk propinsi yang mempunyai prevalensi Diare di atas angka nasional (10,2%), demikian juga Kabupaten Sumedang masih 11,3 %. Data Riskesdas tahun 2007 Prevalensi Nasional berperilaku benar dalam cuci tangan pakai sabun masih 23,2%. Kabupaten Sumedang dari tahun 2007 telah menerapkan Program STBM dan merupakan daerah percontohan di wilayah Jawa Barat, karena sudah menerapkan 5 kegiatan program STBM di hampir semua wilayah Kecamatan/Desanya. Desa Cikoneng dipilih dengan pertimbangan desa ini telah mendapatkan program CTPS dan belum pernah dilakukan penelitian terkait CTPS di daerah ini.

## **1.2. Perumusan Masalah**

Diare masih menjadi masalah kesehatan masyarakat di Indonesia, demikian juga di Jawa Barat kasus Diare masih tinggi, sehingga diperlukan cara untuk mencegah masalah tersebut. Desa Cikoneng telah menerapkan program STBM khususnya CTPS dan penelitian ini untuk melihat efektivitas salah satu aspek dari STBM karena belum ada data dan penelitian CTPS di masyarakat desa Cikoneng, Kecamatan Ganeas, Kabupaten Sumedang ini. Sehingga perlu diketahui gambaran dan faktor-faktor yang mempengaruhi kebiasaan CTPS di desa tersebut.

## **1.3 Pertanyaan Penelitian**

- 1.3.1. Bagaimana gambaran kebiasaan CTPS di masyarakat desa Cikoneng, Kecamatan Ganeas, Kabupaten Sumedang ?
- 1.3.2. Faktor-faktor apa saja yang berhubungan dengan kebiasaan CTPS di desa Cikoneng, Kecamatan Ganeas, Kabupaten Sumedang tahun 2010 ?

#### **1.4. Tujuan Penelitian**

##### 1.4.1. Tujuan Umum :

Diketuinya faktor-faktor yang berhubungan dengan kebiasaan CTPS di desa Cikoneng Kecamatan Ganeas, Kabupaten Sumedang, Propinsi Jawa Barat Tahun 2010

##### 1.4.2. Tujuan Khusus :

- 1) Diketuinya gambaran kebiasaan CTPS pada masyarakat
- 2) Diketuinya faktor predisposisi yang berhubungan dengan kebiasaan CTPS masyarakat
- 3) Diketuinya faktor pemungkin yang berhubungan dengan kebiasaan CTPS masyarakat
- 4) Diketuinya faktor penguat yang berhubungan dengan kebiasaan CTPS masyarakat
- 5) Diketuinya faktor penentu (dominan) yang berhubungan dengan kebiasaan CTPS masyarakat.

#### **1.5. Manfaat Penelitian**

##### 1.5.1. Manfaat Teoritis

- 1) Untuk menambah pengetahuan di bidang perilaku kesehatan yang berkaitan dengan faktor yang mempengaruhi perilaku cuci tangan
- 2) Untuk pengembangan keilmuan diharapkan bermanfaat sebagai bahan acuan dan rujukan dalam penelitian lebih lanjut.
- 3) Dapat memberikan pengalaman, pengetahuan dan wawasan yang berguna di tempat peneliti bekerja.

##### 1.5.2. Manfaat Aplikatif

- 1) Hasil penelitian ini dapat dijadikan masukan bagi pihak berkepentingan dalam evaluasi kebijakan program CTPS sebelum digunakan sebagai program secara luas ke semua kabupaten, khususnya untuk mempelajari elemen lain STBM.

- 2) Hasil penelitian ini dapat menjadi masukan bagi perencana dan evaluasi khususnya di daerah yang melaksanakan CTPS/STBM.

## 1.6 Ruang Lingkup Penelitian

Secara umum penelitian ini ingin mengetahui Kebiasaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat di masyarakat, dan secara khususnya ingin mengetahui telah berjalannya Program STBM terutama kegiatan Cuci Tangan Pakai Sabun di masyarakat. Penelitian ini dilakukan di desa Cikoneng Kecamatan Ganeas, Kabupaten Sumedang, Propinsi Jawa Barat dan dilakukan pada minggu kedua bulan Mei tahun 2010. Sasaran penelitian ini adalah ibu balita.

Penelitian dilakukan dengan menggunakan data primer mengkaji hubungan faktor-faktor yang berhubungan dengan perubahan kebiasaan CTPS masyarakat dengan desain *non eksperimental* dan pengambilan datanya dilakukan pada waktu sesaat dan secara bersamaan (*cross sectional*) untuk variabel bebas dan variabel terikatnya dan selanjutnya dilakukan pengujian statistik

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1. Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM)

##### 2.1.1 Pengertian

STBM merupakan suatu pendekatan untuk merubah perilaku hygiene dan sanitasi melalui pemberdayaan masyarakat dengan metode pemicuan. Payung hukum program ini tertuang dalam KEPMENKES RI Nomor 852/MENKES/SK/IX/2008. Sanitasi total adalah kondisi suatu komunitas yang telah mencapai lima pilar yaitu : 1) Tidak Buang Air Besar sembarangan (Stop BABS), 2) Cuci Tangan Pakai Sabun dengan air mengalir (CTPS), 3) Pengelolaan Air Minum dan Makanan di tingkat Rumah Tangga yang aman (PAMRT), 4) Pengelolaan Sampah rumah tangga dengan benar, 5) Pengelolaan Limbah cair rumah tangga dengan aman. STBM ini lebih mengedepankan upaya preventif dan promotif dengan melibatkan masyarakat dalam perencanaan sampai ke pemecahan masalahnya (DepkesRI, 2008).

Diprioritaskannya lima strategi kegiatan tersebut sebagai ujung tombak dalam STBM ini karena mengacu studi dari WHO tahun 2007 yang menyatakan bahwasanya dengan melakukan perbaikan sanitasi menurunkan kasus Diare 32%, CTPS dapat menurunkan kasus Diare 45%, PAMRT menurunkan kasus Diare 39%, perbaikan penyediaan air menurunkan kasus Diare 25% dan apabila dilakukan keempat-empatnya dapat menurunkan Diare hingga 94%. Komponen dasar dari STBM mencakup perubahan perilaku, peningkatan akses air minum sanitasi yang berkelanjutan, pengelolaan berbasis masyarakat yang berkelanjutan dan dukungan institusi kepada masyarakat (*enabling environment*) (DepkesRI, 2008).

Pendekatan dan prinsip dalam kegiatan STBM mengacu pada pengertian bahwa Sanitasi Total memicu perubahan perilaku dengan memberikan pemahaman pendekatan secara bertahap, dikendalikan berdasarkan kebutuhan masyarakat, bukan top-down. masyarakat yang memimpin untuk melakukan perencanaan, pelaksanaan, dan pemantauan pencapaiannya. Sanitasi total juga merupakan aksi

kolektif/solidaritas masyarakat atau gotong royong dan tolok ukur keberhasilan dan pemantauan dampak program adalah perubahan perilaku, bukan pada kemajuan konstruksi (Pokja AMPL, 2008)

STBM mulai diuji coba tahun 2005 di 6 Kabupaten (Sumbawa, Lumajang, Bogor, Muara Enim, Muaro Jambi, dan Sambas) dengan berbagai latihan dan pemicuan di masyarakat. Tahun 2006 Departemen Kesehatan bersama sektor terkait menyatakan penggunaan pendekatan STBM secara Nasional untuk direplikasikan pada berbagai Program Air Minum dan Penyehatan Lingkungan Berbasis Masyarakat (AMPL-BM) dan diadopsi pendekatan tersebut oleh berbagai LSM dan donor. Sejak tahun 2006 Program STBM sudah diadopsi dan diimplementasikan di 10.000 desa pada 228 kabupaten/ kota (Stop BABS dan CTPS). Tahun 2007, sebanyak 500 desa/kampung/kelompok masyarakat telah menyatakan wilayahnya bebas dari BAB sembarangan. Pada tahun itu juga telah disiapkan draft Strategi Nasional STBM. Pada tahun 2008 sebanyak 220 kabupaten/kota telah menggunakan pendekatan STBM dan pada tahun yang sama dalam event Konferensi Nasional I STBM, dicanangkan oleh Menkes Strategi Nasional STBM sebagai Strategi program prioritas dari Kemenkes. Saat ini, sejumlah daerah telah menyusun rencana strategis pencapaian sanitasi total dalam pembangunan sanitasinya masing-masing. Dalam 5 tahun ke depan (2010 – 2014) STBM diharapkan telah diimplementasikan di 20.000 desa di seluruh kabupaten/ kota. Sampai awal tahun 2010, kabupaten/kota yang telah mengimplementasikan STBM (Stop BABS, CTPS, PAMRT) dalam program kesehatan mereka sebanyak 231 kabupaten/kota dan 8 kabupaten/kota yang telah mengimplementasikan 5 pilar dari STBM.

Pada tahun 2008 disepakati untuk melakukan pendekatan/aksi yang terintegrasi melalui berbagai program bersama para mitra terkait. Kemitraan dalam pelaksanaan Strategi ini terdiri dari Kemenkes, Bappenas, Depdagri, Depdiknas, PU, TTPS, Pokja AMPL, UNICEF, USAID dan lembaga kerjasama internasional serta LSM, bersama-sama dengan Pemerintah Daerah. Beberapa pelaku lainnya perlu dicatat disini seperti Proyek WSLIC-2, CWSHP, PAMSIMAS ketiganya ada di Departemen PU, Kemenkes, Depdagri, Pro Air dan WES UNICEF, ESP-USAID, Plan

Indonesia, CARE, Aman Tirta/SWS Project, PCI, Balifokus, Dian Desa, Yayasan Emanuel, Yayasan Pelita Indonesia, Mercy-Corps, TSSM (World Bank), dan sebuah Core Group beranggotakan perusahaan yang peduli terhadap program ini, dimana mereka ini mempunyai daerah binaan. Selain itu ada perguruan tinggi yang merespon terhadap program ini yaitu Universitas Tirtayasa Banten, dan Universitas Trisakti Jakarta

### **2.1.2 Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) dan Program Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS)**

Untuk mencapai target Tujuan Pembangunan Millenium ke-7 (Menjamin kelestarian lingkungan berkelanjutan – menurunkan sebesar separuh, proporsi penduduk tanpa akses terhadap sumber air minum yang aman serta fasilitas sanitasi dasar) dan tujuan ke-4 (Menurunkan angka kematian Balita sebesar dua-pertiga), maka Pemerintah telah menyusun Strategi Nasional Sanitasi Total Berbasis Masyarakat untuk akselerasi pencapaian akses masyarakat terhadap sanitasi dan peningkatan perilaku higiene. Strategi ini terdiri dari lima pilar perilaku higienis yang saling melengkapi, dan Program Cuci Tangan Pakai Sabun adalah salah satu pilar yang mempunyai tujuan sejalan dengan Strategi Nasional STBM. Dimana secara prinsip program CTPS ini lebih mengarah kepada upaya promotif dengan menggunakan pendekatan pemicuan. Pemicuan merupakan suatu cara yang digunakan untuk menggugah, menggerakkan dan memotivasi masyarakat agar mau, dan biasa cuci tangan pakai sabun (DepkesRI, 2008).

Pada pilar ke-2 ini, perlu dimengerti adanya prinsip dasar sebagai upaya meningkatkan perilaku masyarakat dalam melakukan CTPS. Kelima prinsip tersebut adalah 1) Mencuci tangan dengan air saja tidak cukup, 2) Mencuci tangan pakai sabun dapat mencegah penyakit yang menyebabkan kematian ratusan ribu anak-anak di Indonesia setiap tahunnya, 3) Waktu-waktu penting CTPS adalah sebelum makan, sebelum menyiapkan makanan, setelah BAB, setelah menceboki bayi/anak, setelah memegang unggas/binatang. Waktu-waktu penting lainnya adalah: sebelum

menyusui bayi, setelah batuk/bersin dan membersihkan hidung, setelah membersihkan sampah; dan untuk anak-anak: setelah bermain di tanah atau di lantai, 4) CTPS adalah satu-satunya intervensi kesehatan yang paling *cost-effective*; dan 5) Untuk meningkatkan perilaku CTPS memerlukan pendekatan pemasaran sosial yang berfokus pada si pencuci tangan dan motivasi yang mendorongnya (DepkesRI, 2008)

### **2.1.3 Ruang Lingkup Program CTPS**

Ruang lingkup kegiatan peningkatan perilaku CTPS adalah segala upaya yang dilakukan secara lintas sektor, untuk menciptakan lingkungan yang mendukung dan menyebarkan informasi pentingnya cuci tangan pakai sabun agar mudah diterapkan sebagai perilaku yang dipilih untuk menjaga kesehatan dan mencegah penularan penyakit.

### **2.1.4. Tujuan Program CTPS**

Program CTPS secara umum mempunyai tujuan untuk turut berkontribusi terhadap tercapainya Indonesia Sehat dan pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium 2015 (Menurunkan angka kematian balita dan kesinambungan lingkungan hidup yang sehat, khususnya meningkatkan akses terhadap air minum dan sanitasi). Dan secara khusus bertujuan untuk percepatan penyampaian pesan pentingnya perilaku CTPS agar meningkatkan perilaku CTPS pada waktu-waktu penting, meningkatkan kapasitas insitusi pemerintah, sektor swasta, dan lembaga masyarakat dan memberdayakan masyarakat untuk dapat meningkatkan perilaku CTPS serta akses terhadap sarana CTPS secara mandiri.

### **2.1.5. Sasaran Program CTPS:**

Sasaran utama dari program ini adalah ibu yang mempunyai bayi dan/atau Balita, pengasuh bayi/Balita disamping anak sekolah, kepala rumah tangga, tokoh masyarakat, tokoh agama, Kepala Sekolah, pimpinan sarana kesehatan, pengusaha TPM, pengelola TTU, pimpinan instansi, pimpinan perusahaan swasta; lembaga

donor, LSM lokal dan Internasional, penentu kebijakan di daerah dimana mereka merupakan sasaran yang telah diidentifikasi sebagai unsur yang paling tepat untuk dapat menghasilkan perubahan yang diinginkan, yaitu penurunan insiden diare dikalangan balita.

### 2.1.6. Identitas Program CTPS

#### a. Logo Kampanye CTPS

Gambar 2.1.6a  
Logo Kampanye CTPS



Dalam proses penyampaian pesan CTPS, logo kampanye CTPS dapat digunakan oleh semua pemangku kepentingan dalam rangka semua kegiatan peningkatan perilaku CTPS dengan merujuk pada peraturan penggunaan logo CTPS

#### b. Logo Hari Cuci Tangan Sedunia

Tanggal 15 Oktober setiap tahunnya telah ditetapkan oleh *Global Handwashing Initiative* sebagai hari untuk memperingati Hari Cuci Tangan Pakai Sabun Sedunia (HCTPS) mendampingi logo CTPS.

Gambar 2.1.6b  
Logo Hari Cuci Tangan Sedunia



Penggunaan logo HCTPS Sedunia juga harus mengikuti peraturan yang berlaku, khususnya apabila dipakai oleh mitra terkait kegiatan CTPS. Tema dari Hari Cuci Tangan Sedunia tiap tahun di tiap negara tentunya tidaklah sama, karena tiap negara mempunyai masalah dan kondisi yang berbeda dalam penerapan perubahan perilaku cuci tangan pakai sabun ini. Tahun 2009 kemarin merupakan HCTPS ke-2, peringatan di Indonesia bertema “Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS) di sekolah” dan dengan sub tema “CTPS merupakan kebiasaan yang menyenangkan dan dapat mencegah *pandemic influenza*”



### c. Slogan dan *Tag-line* CTPS

Slogan kampanye CTPS adalah “Ayo, biasakan cuci tangan pakai sabun!”. Sedangkan *tag-line* kampanye CTPS adalah “Biasa Bersih, Hidup Jadi Sehat”. Slogan dan *tag-line* ini berlaku di seluruh negara di dunia. Masalah kebersihan dan mencuci tangan sebenarnya merupakan kebiasaan yang sudah melekat di masyarakat, namun masih belum banyak dilakukan, sehingga perlu dilakukan cara “mengingatkan” dan “menggugah” secara berulang-ulang dengan penggunaan slogan dan *tag-line* tersebut.

### d. Pesan-pesan Kunci CTPS

Pesan-pesan kunci untuk mempromosikan perilaku CTPS pada waktu-waktu penting adalah 1) Perilaku cuci tangan pakai sabun dapat mencegah penularan berbagai penyakit, 2) Bila ibu atau pengasuh bayi/anak mencuci tangan pakai sabun dapat mencegah terjadinya diare pada bayi/anak 3) Tangan yang tampak bersih belum tentu bebas kuman, 4) Cuci tangan pakai air saja tidak cukup untuk menghilangkan kuman.

## 2.1.7 Pokok Kegiatan

Semua kegiatan atau kampanye yang dirancang untuk mempercepat penyampaian pesan-pesan dan meningkatkan perilaku CTPS, dari analisa situasi, perencanaan kegiatan sampai dengan monitoring dan evaluasi sebaiknya dilakukan secara partisipatoris yang melibatkan para pemangku kepentingan dan terutama masyarakat setempat.

Pokok kegiatan yang dilakukan diantaranya 1) Analisa situasi dilakukan untuk mendapatkan data dan informasi sehubungan dengan kondisi, situasi sarana air, sarana sanitasi dan status perilaku hygiene terutama kebiasaan atau perilaku CTPS di kalangan masyarakat. Dari analisa situasi, akan didapatkan informasi tentang ada tidaknya sarana air bersih, sumber air bersih, sarana cuci tangan (apakah lingkungannya mendukung), bagaimanakah kesadaran (*awareness*), pengetahuan

(*knowledge*), sikap (*attitude*), dan perilaku (*behavior*) cuci tangan masyarakat dapat kemudian ditentukan prioritas kegiatan, yaitu apakah perlu dilakukan kegiatan peningkatan kesadaran dan pengetahuan, atau kegiatan peningkatan akses terhadap sarana CTPS; dan siapa saja pemangku kepentingan yang dapat berkontribusi dalam pengelolaan kegiatan peningkatan perilaku CTPS. 2) Advokasi Program CTPS kepada pembuat kebijakan/pemangku kepentingan 3) Sosialisasi Program CTPS 4) Pemasaran Sosial dengan memasarkan “produk” perilaku CTPS, bukan produk merk sabunya, 5) Penyuluhan Partisipatif, 6) Pemberdayaan Masyarakat (*Community Empowerment*), 7) Kemitraan dan peningkatan kapasitas mitra (*Capacity Building*) 8) Pengadaan acara-acara khusus (*Special Events*) serta 9) Monev untuk mengetahui pencapaian keberhasilannya.

## **2.2 Konsep Perilaku Kesehatan**

### **2.2.1 Konsep Perilaku**

Perilaku diartikan sebagai aktivitas yang dapat diobservasi, direkam, dan diukur; termasuk perubahan jasmaniah (fisiologik). Proses mental termasuk pikiran, memori, emosi, motivasi, mimpi, persepsi, dan kepercayaan. Perilaku juga dapat diartikan kelakuan, tindak tanduk, jalan. (Kamus Inggris Indonesia John M. Echols dan Hasan Shadily, Jakarta: Gramedia, 1996). Definisi lain dari perilaku adalah apapun yang melibatkan suatu organisme melakukan tindakan dan respon terhadap rangsangan. (Webster’s Ninth New Collegiate Dictionary). Skinner (1938) seorang ahli psikologi, merumuskan bahwa perilaku merupakan respons atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Dilihat dari bentuk respons terhadap stimulus ini, maka perilaku dibedakan menjadi perilaku tertutup (*covert behaviour*), dimana respon terhadap stimulus dalam bentuk tertutup misalnya ibu balita yang tahu pentingnya CTPS, dan perilaku terbuka (*overt behaviour*), dimana respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka, misalnya ibu balita melakukan cuci tangan pakai dengan sabun, melakukan tahapan CTPS dengan baik dan benar.

### 2.2.2. Domain Perilaku

Perilaku menurut Benyamin S. Bloom (1956), mempunyai beberapa domain (ranah, kawasan) yaitu *Cognitive Domain* (Ranah Kognitif), yang berisi perilaku-perilaku yang menekankan aspek intelektual, seperti pengetahuan, pengertian, dan keterampilan berpikir. *Affective Domain* (Ranah Afektif) berisi perilaku-perilaku yang menekankan aspek perasaan dan emosi, seperti minat, sikap, apresiasi, dan cara penyesuaian diri dan *Psychomotor Domain* (Ranah Psikomotor) berisi perilaku-perilaku yang menekankan aspek keterampilan motorik seperti tulisan tangan, mengetik, berenang, dan mengoperasikan mesin (Taksonomi Bloom - Wikipedia bahasa Indonesia, ensiklopedia bebas.mht). Teori Bloom ini kemudian dimodifikasi untuk pengukuran hasil pendidikan kesehatan, yaitu :

#### 1). Pengetahuan

##### a. Definisi

Pengetahuan adalah pelbagai gejala yang ditemui dan diperoleh manusia melalui pengamatan akal. Pengetahuan muncul ketika seseorang menggunakan akal budinya untuk mengenali benda atau kejadian tertentu yang belum pernah dilihat atau dirasakan sebelumnya. Pengetahuan yang lebih menekankan pengamatan dan pengalaman inderawi dikenal sebagai pengetahuan empiris. Pengetahuan ini bisa didapatkan dengan melakukan pengamatan dan observasi yang dilakukan secara empiris dan rasional. [<http://en.wikipedia.org/wiki/Epistemology>]

Definisi lainnya pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan terjadi setelah melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu atau diperoleh dari pengalaman. Penginderaan terjadi melalui pancaindera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui indera penglihatan dan pendengaran. Sehingga hasil dari sumber yang diperoleh ini manusia dapat berpikir, mengamati, mengalami dan

melakukan. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (Notoatmojo, 2005)

Selain pengetahuan empiris, ada pula pengetahuan yang didapatkan melalui akal budi yang kemudian dikenal sebagai rasionalisme. Rasionalisme lebih menekankan pengetahuan yang bersifat apriori; tidak menekankan pada pengalaman. Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang, diantaranya pendidikan, media, keterpaparan informasi (<http://id.wikipedia.org/wiki/Pengetahuan>)

Menurut John Locke, pengetahuan dapat diperoleh melalui pengalaman (aliran *empirisme*). Dalam hal ini harus ada 3 hal, yaitu yang mengetahui (subyek), yang diketahui (obyek) dan cara mengetahui (pengalaman). Menurut Rene Descartes akal merupakan dasar kepastian dan kebenaran pengetahuan, walaupun belum didukung oleh fakta empiris (aliran rasionalisme). August Comte berpendapat bahwa indera itu sangat penting dalam memperoleh pengetahuan, tetapi harus dipertajam dengan alat bantu dan diperkuat dengan eksperimen (aliran *positivisme*). Henry Bergson menganggap intuisi merupakan hasil dari evolusi pemikiran yang tertinggi, tetapi bersifat personal. Dengan intuisi, manusia memperoleh pengetahuan secara tiba-tiba tanpa melalui proses penalaran tertentu (aliran Intuisiisme). (<http://astaqauliyah.com/article/makna-epistemologi.html>)

### **b. Cara Mengukur Pengetahuan**

Pengetahuan tentang kesehatan adalah mencakup apa yang diketahui oleh seseorang terhadap cara-cara memelihara kesehatan. Pengetahuan tentang cara-cara memelihara kesehatan meliputi : Pengetahuan tentang penyakit menular dan tidak menular, pengetahuan tentang faktor-faktor yang terkait/mempengaruhi kesehatan, pengetahuan tentang fasilitas pelayanan kesehatan yang profesional maupun tradisional dan pengetahuan untuk menghindari kecelakaan

Untuk mengukur Pengetahuan kesehatan adalah dengan mengajukan pertanyaan secara langsung (wawancara) atau melalui pertanyaan tertulis atau angket. Indikator pengetahuan kesehatan adalah tingkat (tinggi–rendah) pengetahuan

responden tentang kesehatan, atau besarnya persentase kelompok responden atau masyarakat tentang variabel-variabel atau komponen-komponen kesehatan.

## 2). Sikap

### a. Definisi

Sikap adalah perasaan seseorang tentang obyek, aktivitas, peristiwa dan orang lain. Perasaan ini menjadi konsep yang merepresentasikan suka atau tidak sukanya (positif, negatif, atau netral) seseorang pada sesuatu. Sikap muncul dari berbagai bentuk penilaian. Sikap dikembangkan dalam tiga model, yaitu afeksi, kecenderungan perilaku, dan kognisi. Respon afektif adalah respon fisiologis yang mengekspresikan kesukaan individu pada sesuatu. Kecenderungan perilaku adalah indikasi verbal dari maksud seorang individu. Respon kognitif adalah pengevaluasian secara kognitif terhadap suatu objek sikap. Kebanyakan sikap individu adalah hasil belajar sosial dari lingkungannya.

Newcomb yang menyatakan sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu (Notoatmojo, 2005). Menurut Utami (2008) sikap adalah suatu bentuk dari perasaan, yaitu perasaan mendukung atau memihak (*favourable*) maupun perasaan tidak mendukung (*unfavourable*) pada suatu obyek. Sikap merupakan bentuk evaluasi dari perasaan yang dapat mendukung terhadap obyek/bersifat positif atau tidak mendukung terhadap obyek/bersifat negatif. Konsep ini didukung oleh Thurstone (1928) dan Likert (1932).

Sikap bukanlah sesuatu yang dibawa sejak lahir sebab munculnya sikap di dalam diri seseorang terbentuk karena adanya interaksi orang yang bersangkutan dengan berbagai hal dalam lingkungan hidupnya. Menurut Sartain (1946) dkk., ada empat faktor yang mempengaruhi terbentuknya sikap, yaitu sebagai berikut:

- Faktor pengalaman khusus (*specific experience*)

Hal ini berarti bahwa sikap terhadap suatu objek itu terbentuk melalui pengalaman khusus.

- Faktor komunikasi dengan orang lain (*communication with other people*)

Banyak sikap individu yang terbentuk disebabkan oleh adanya komunikasi dengan orang lain. Komunikasi itu baik langsung (face to face) maupun tidak langsung, yaitu melalui media massa, seperti: TV, radio, film, koran dan majalah.

- Faktor model

Banyak sikap terbentuk terhadap sesuatu itu dengan melalui jalan mengimitasi (meniru) suatu tingkah laku yang memadai model dirinya, seperti perilaku orang tua, guru dan pemimpin.

- Faktor lembaga-lembaga sosial (institutional)

Suatu lembaga dapat juga menjadi sumber yang mempengaruhi terbentuknya sikap, seperti: lembaga keagamaan, organisasi kemasyarakatan, dan lain-lain.

Sikap merupakan aspek psikis yang dipelajari, maka sikap itu dapat berubah.

Perubahan itu tidak terjadi dengan sendirinya, akan tetapi dipengaruhi oleh faktor-faktor tertentu. McGuire (1989) mengemukakan tentang teorinya mengenai perubahan sikap itu sebagai berikut:

- 1). *Learning Theory Approach* (pendekatan teori belajar)

Pendekatan ini beranggapan, bahwa sikap itu berubah disebabkan oleh proses belajar atau materi yang dipelajari.

- 2). *Perceptual Theory Approach* (pendekatan teori persepsi)

Pendekatan teori ini beranggapan, bahwa sikap seseorang itu berubah bila persepsinya tentang objek itu berubah.

- 3). *Consistency Theory Approach* (pendekatan teori konsistensi)

Dasar pemikiran dari pendekatan ini adalah bahwa setiap orang akan berusaha untuk memelihara harmoni intensional, yaitu keserasian atau keseimbangan (kenyamanan) dalam dirinya. Apabila keserasian terganggu, maka ia akan menyesuaikan sikap dan perilakunya demi kelestarian harmonisnya itu.

- 4). *Functional Theory Approach* (pendekatan teori fungsi)

Sikap seseorang itu akan berubah atau tidak, sangat bergantung pada hubungan fungsional (kemanfaatan) objek itu bagi dirinya atau pemenuhan kebutuhan dirinya.

## **b. Cara Mengukur Sikap**

Sikap dapat diukur dengan menggunakan suatu alat yang dinamakan skala sikap. Skala sikap yang sering digunakan adalah skala Thurstone dan Likert. Mengukur sikap seseorang adalah mencoba untuk menempatkan posisinya pada suatu komitmen afektif berkisar dari “sangat positif” hingga ke “sangat negatif” terhadap suatu obyek sikap.

Dalam teknik penskalaan Likert, kuantifikasi ini dilakukan dengan mencatat penguatan respon dan untuk pernyataan kepercayaan positif dan negatif tentang obyek sikap. Butir-butir skala Likert menggunakan kategori jawaban berkisar dari “sangat setuju” hingga “sangat tidak setuju”. Lima kategori itu sudah standar (“sangat setuju”, “setuju”, “tidak tahu”, “tidak setuju”, “sangat tidak setuju”), namun beberapa orang menyukai empat kategori jawaban tanpa kategori tengah. Semua pilihan ini tampaknya dapat digunakan, karena hasilnya semua memuaskan. Harus dicatat dalam pertimbangan ini bahwa pengurangan banyaknya kategori jawaban akan mengurangi penyebaran skornya. Dalam skala Likert “sangat setuju” mendapat nilai 5, “setuju” bernilai 4, dan seterusnya

LL.Thurstone (1928) percaya bahwa sikap dapat diukur dengan menggunakan Skala Pendapat. Metode Thurstone terdiri dari kumpulan pendapat/memiliki rentang dari sangat positif ke arah sangat negatif terhadap obyek sikap. Prosedur penyusunan items pada skala ini ditempuh dengan cara meminta pada sekelompok orang memberikan pernyataan pada suatu obyek dengan satu muatan ide yang menyetujui dan menolak. Sikap yang diperoleh kemudian ditetapkan berdasarkan “*equal appearing interval*” yaitu dengan cara menghitung mediannya. Thurstone membagi skala sikapnya dalam sebelas skala

## **3). Praktik atau kebiasaan**

### **a. Definisi**

Praktik/kebiasaan merupakan aktualisasi dari sikap yang mempunyai kecenderungan untuk bertindak. Untuk terwujudnya suatu tindakan perlu ada faktor lain yaitu faktor fasilitas, sarana dan prasarana. Praktik atau kebiasaan ini adalah

hal-hal yang kita lakukan berulang-ulang. Definisi lain dari kebiasaan adalah titik temu dari pengetahuan, keterampilan, dan keinginan Praktik juga merujuk pada perilaku yang diekspresikan dalam bentuk tindakan, yang merupakan bentuk nyata dari pengetahuan dan sikap yang telah dimiliki. (<http://boediekoest.blogspot.com/2008/06/definisi-kebiasaan.html>).

Menurut Berger (1990), menyatakan bahwa kebiasaan merupakan transmisi pengetahuan. Kebiasaan tidak hanya berupa gagasan, tetapi juga dipentaskan dalam praktik. Kebiasaan mengacu pada segala hal yang dilakukan sejak lama dan menjadi bagian dari kehidupan kelompok tertentu. Bisa jadi dari suatu negara, kebudayaan, waktu, atau agama. Substansi kebiasaan adalah informasi yang diteruskan dari generasi ke generasi baik secara lisan maupun tulisan. Penemu konsep habitus ( Mauss dan Bourdie ) menyatakan bahwa kebiasaan dilatarbelakangi oleh praktek kolektif. [[http://wemc.sp.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=132](http://wemc.sp.org/index.php?option=com_content&view=article&id=132)]

#### **b. Cara mengukur Praktik/tindakan**

Praktik kesehatan atau tindakan untuk hidup sehat adalah semua kegiatan atau aktivitas orang dalam rangka memelihara kesehatan. Tindakan atau praktik kesehatan ini juga meliputi paling tidak 4 komponen seperti di atas. Sehingga pengukuran atau cara mengamati perilaku dapat dilakukan melalui dua cara, secara langsung, maupun secara tidak langsung. Pengukuran secara langsung dengan cara pengamatan (*observasi*), yaitu mengamati tindakan dari subyek dalam rangka memelihara kesehatannya. Sedangkan secara tidak langsung menggunakan metode mengingat kembali (*recall*). Metode ini dilakukan melalui pertanyaan-pertanyaan terhadap subyek tentang apa yang telah dilakukan berhubungan dengan obyek tertentu.

### **2.2.3 Perilaku Kesehatan**

#### **a. Definisi**

Menurut Sarwono (1985), perilaku kesehatan merupakan “segala bentuk pengalaman dan interaksi individu dengan lingkungannya, khususnya yang menyangkut pengetahuan dan sikap tentang kesehatan, serta tindakannya yang



berhubungan dengan kesehatan”. Sedangkan Cals dan Cobb mengemukakan perilaku kesehatan sebagai: “perilaku untuk mencegah penyakit pada tahap belum menunjukkan gejala (*asymptomatic stage*).

Becker (1979) menguraikan perilaku kesehatan menjadi tiga domain, yakni pengetahuan kesehatan (*health knowledge*), sikap terhadap kesehatan (*health attitude*) dan praktek kesehatan (*health practice*). Klasifikasi dimensi perilaku kesehatan menurut Becker adalah (1) Pengetahuan tentang kesehatan, mencakup apa yang diketahui oleh seseorang terhadap cara-cara memelihara kesehatan, seperti pengetahuan tentang penyakit menular, pengetahuan tentang faktor-faktor yang terkait dan atau mempengaruhi kesehatan, pengetahuan tentang fasilitas pelayanan kesehatan, dan pengetahuan untuk menghindari kecelakaan. (2) Sikap terhadap kesehatan, merupakan pendapat atau penilaian seseorang terhadap hal-hal yang berkaitan dengan pemeliharaan kesehatan, seperti sikap terhadap penyakit menular dan tidak menular, sikap terhadap faktor-faktor yang terkait dan atau mempengaruhi kesehatan, sikap tentang fasilitas pelayanan kesehatan, dan sikap untuk menghindari kecelakaan. (3) Praktek untuk hidup sehat, adalah semua kegiatan atau aktivitas orang dalam rangka memelihara kesehatan, seperti tindakan terhadap penyakit menular dan tidak menular, tindakan terhadap faktor-faktor yang terkait dan atau mempengaruhi kesehatan, tindakan tentang fasilitas pelayanan kesehatan, dan tindakan untuk menghindari kecelakaan.

#### **b. Perubahan (adopsi) Perilaku**

Adalah suatu proses yang kompleks dan memerlukan waktu yang relatif lama. Secara teori perubahan atau seseorang menerima atau mengadopsi perilaku baru dalam kehidupannya melalui 3 tahap yaitu 1) Pengetahuan yang dikelompokkan menjadi Pengetahuan tentang sakit dan penyakit, Pengetahuan tentang cara pemeliharaan kesehatan dan Pengetahuan tentang kesehatan lingkungan 2) Sikap, yang dikelompokkan menjadi sikap terhadap sakit dan penyakit, sikap cara pemeliharaan dan cara hidup sehat, dan sikap terhadap kesehatan lingkungan. 3) Praktek dan Tindakan dengan indikator Tindakan (praktek) sehubungan dengan

penyakit, tindakan (praktek) pemeliharaan dan peningkatan kesehatan tindakan (praktek) kesehatan lingkungan.

### c. Aspek Sosio-Psikologi Perilaku

Di dalam proses pembentukan dan atau perubahan perilaku dipengaruhi oleh beberapa faktor yang berasal dari dalam diri individu itu sendiri. Faktor-faktor tersebut antara lain : susunan saraf pusat, persepsi, motivasi, emosi, dan belajar persepsi adalah pengalaman yang dihasilkan melalui indera penglihatan, pendengaran, penciuman, dsb. Motivasi diartikan sebagai dorongan untuk bertindak untuk mencapai suatu tujuan tertentu. Hasil dari dorongan dan gerakan ini diwujudkan dalam bentuk perilaku.

### 2.3 Teori dan Model Perilaku

Beberapa teori dan model perilaku dapat menjelaskan determinan perilaku, khususnya perilaku yang berhubungan dengan kesehatan antara lain:

No.	Teori/Model	Konsep
1.	Teori Difusi Inovasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Menjelaskan proses bagaimana suatu inovasi disampaikan (dikomunikasikan) melalui saluran-saluran tertentu sepanjang waktu kepada sekelompok anggota dari sistem sosial.</li> <li>▪ Elemen pokok proses difusi inovasi adalah a).Inovasi; gagasan, tindakan, atau barang yang dianggap baru oleh seseorang, b). Saluran komunikasi; 'alat' untuk menyampaikan pesan-pesan inovasi dari sumber kepada penerima. c).Jangka waktu; proses keputusan inovasi d).Sistem sosial; kumpulan unit yang berbeda secara fungsional dan terikat dalam kerjasama untuk memecahkan masalah dalam rangka mencapai tujuan bersama</li> <li>▪ Variabel yang berpengaruh terhadap tahapan difusi inovasi mencakup a) atribut inovasi (<i>perceived attribute of innovation</i>), b) jenis keputusan inovasi (<i>type of innovation decisions</i>),c)saluran komunikasi (<i>communication channels</i>), d) kondisi sistem sosial (<i>nature of social system</i>), dan e) peran agen perubah (<i>change agents</i>).</li> </ul>

No.	Teori/Model	Konsep
2.	<b>Teori aksi beralasan (Theory of Reasoned Action)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dikembangkan oleh Icek Ajzen dan Martin Fishbein (1980).</li> <li>▪ Menjelaskan bahwa perilaku (behavior) dilakukan karena individual mempunyai minat atau keinginan untuk melakukannya (<i>behavioral intention</i>)</li> <li>▪ Minat perilaku adalah suatu fungsi dari sikap (<i>attitude</i>) dan norma-norma subjektif (<i>subjective norms</i>). TRA hanya dimaksudkan untuk menjelaskan perilaku-perilaku yang dikerjakan secara sukarela.</li> </ul>
3.	<b>Theory Planned Behavior (TPB)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Merupakan pengembangan lebih lanjut dari TRA</li> <li>▪ Icek Ajzen (1991) mengembangkan teori ini dengan menambahkan sebuah konstruk yaitu kontrol perilaku persepsian (<i>percieved behavioral control</i>).</li> <li>▪ Asumsi dasarnya adalah banyak perilaku tidak semuanya di bawah kontrol penuh individual sehingga perlu ditambahkan konsep kontrol perilaku persepsian. Jika semua perilaku dapat dikontrol sepenuhnya oleh individual mendekati maksimum maka TPB akan kembali menjadi TRA.</li> </ul>
4.	<b>Teori Social Cognitive</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dikembangkan oleh Bandura, didasarkan pada pandangan bahwa lingkungan dan konteks dari sebuah perilaku merupakan faktor yang saling berkait. Perilaku seseorang di satu situasi tertentu akan dipengaruhi oleh faktor situasional dan kontekstual. Sebaliknya, perilaku itu juga mempengaruhi situasi dan konteks di mana seseorang berperilaku.</li> <li>▪ Perilaku manusia dituntun oleh insentif internal dan harapan-harapan (<i>expectancies</i>). Selain itu rasa percaya seseorang terhadap ‘<i>self-efficacy</i>’ berperan amat penting dalam perilaku seseorang..</li> </ul>
5.	<b>Health Belief Model (HBM)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Didasarkan kepada pemahaman seseorang percaya memelihara kesehatannya dihubungkan dengan aktifitasnya.</li> <li>▪ Konsep : perilaku kesehatan merupakan fungsi dari pengetahuan dan sikap. Perubahan perilaku tergantung :dari <i>perceived severity</i>, <i>perceived threat</i>, <i>perceived benefit</i>, <i>perceived barriers</i> dan <i>self efficacy</i>.</li> </ul>
6.	<b>Precede Model</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fokus pada dua kegiatan yaitu diagnosis dan evaluasi ekosistem</li> <li>▪ Diagnosis ekosistem berisi kegiatan penilaian kualitas hidup melalui penilaian umum terhadap masalah-masalah sosial (identifikasi masalah kesehatan dan diidentifikasi perilaku).</li> <li>▪ Diagnosis edukasional yaitu menentukan faktor-faktor predisposisi (<i>predisposing factors</i>), pemungkin (<i>enabling factors</i>) dan penguat (<i>reinforcing factors</i>) yang berpotensi mempengaruhi perilaku kesehatan</li> </ul>

No.	Teori/Model	Konsep
7.	<b>Snehandu B. Kar Model</b>	Perilaku kesehatan merupakan fungsi dari niat seseorang untuk bertindak sehubungan dengan obyek atau stimulus di luar dirinya ( <i>behavior intention</i> ), dukungan sosial dari masyarakat sekitarnya ( <i>social support</i> ), ada atau tidak adanya informasi terkait dengan tindakan yang akan diambil oleh seseorang ( <i>acessebility of information</i> ), otonom pribadi yang bersangkutan dalam hal mengambil tindakan atau mengambil keputusan ( <i>personal autonomy</i> ), dan situasi dan kondisi yang memungkinkan untuk bertindak atau tidak bertindak ( <i>action situation</i> ).

## 2.4 Perilaku Cuci Tangan Pakai Sabun

### 2.4.1 Konsep Perilaku CTPS

Perilaku cuci tangan pakai sabun merupakan salah satu perilaku wujud dari *personal higyene*, dimana manfaatnya untuk menjaga kesehatan kita serta mencegah timbulnya penyakit, misalnya Diare, Kecacingan, ISPA, Flu burung. *Personal hygiene* dapat kita lakukan dalam rangka menjaga kesehatan kita sendiri misalnya menjaga tangan tetap bersih dan sehat, menjaga kebersihan kuku, menjaga kebersihan badan, kebersihan rambut, dan menggosok gigi secara teratur.

Mencuci tangan dengan sabun adalah salah satu upaya dalam menjaga kebersihan pribadi dengan membersihkan tangan dan jari jemari menggunakan air dan sabun agar menjadi bersih dan memutuskan mata rantai kuman. CTPS adalah satu-satunya intervensi kesehatan yang paling murah tetapi efektif (WHO, 2005). Berperilaku CTPS tidak akan lepas juga dari bagaimana kita melakukan cuci tangan dengan sabun yang baik dan benar. Yang dimaksud dengan langkah-langkah CTPS yang benar adalah yang efektif untuk membersihkan tangan dari kuman. Pada umumnya orang-orang mencuci tangan dengan cara yang tidak benar atau tidak efektif untuk menghilangkan kuman dan kotoran secara tuntas. Cara-cara CTPS yang tidak benar tersebut adalah:

- Mencuci tangan hanya pakai air

- Mencuci tangan tidak dengan air mengalir (kobokan, baskom, ember)
- Mencuci tangan pakai sabun tetapi tidak tuntas/tidak dengan seksama (kurang dari 20 detik)
- Mencuci tangan dengan air yang kotor/terkontaminasi, dan
- Setelah mencuci tangan, mengeringkan tangan dengan kain/lap yang kotor.

Menurut WHO (2005), cara mencuci tangan pakai sabun yang benar dan efektif membersihkan tangan dari kotoran dan kuman prosesnya memerlukan waktu minimal 20 detik, yaitu :

1. Membuka aliran air (atau tuang air dengan gayung)
2. Membasahkan tangan dengan sedikit air.
3. Menutup aliran air untuk menghemat air,
4. Menggosokan sabun pada kedua telapak tangan dan kedua punggung tangan, jari-jemari, kedua jempol secara seksama.
5. Membersihkan sela-sela di bawah kuku, dengan menggunakan kuku.
6. Membuka aliran air lagi (tuangkan air dari gayung) dan menggosok-gosok kedua tangan dibawah air mengalir sampai sisa-sisa sabun habis.
7. Menutup aliran air kembali.
8. Mengeringkan kedua tangan dengan mengibas-ibaskan kedua tangan di udara sampai kering. Kalau ada, gunakan pakai kain atau handuk yang bersih, atau kertas tisu sekali pakai.

#### **2.4.2 Pengertian Cuci Tangan**

Cuci tangan (*handwashing*) adalah salah satu tindakan sanitasi dengan membersihkan tangan dan jari jemari dengan menggunakan air ataupun cairan lainnya dengan tujuan untuk menjadi bersih, sebagai bagian dari ritual keagamaan ataupun tujuan lainnya. Cuci tangan juga merupakan salah satu cara pencegahan infeksi yang paling tua, paling sederhana dan paling konsisten. Tiga komponen untuk

mencuci tangan adalah gosokan (*friction*), sabun (*soap*), dan air mengalir. Sehingga definisi cuci tangan adalah gerakan menggosok kedua permukaan tangan secara menyeluruh dengan sabun, yang diikuti dengan membilas dibawah air yang mengalir (WHO, 2005).

### 2.4.3 Tujuan Cuci Tangan

Tujuan cuci tangan adalah menghilangkan kotoran dan dilakukan secara mekanis, dari permukaan kulit dan secara bermakna mengurangi jumlah mikroorganisme penyebab penyakit pada kedua tangan. Sabun dan detergen dapat menurunkan tegangan permukaan sehingga membantu membuang kotoran, debu dan mikroorganisme dari kedua belah tangan dengan air dan sabun dimaksudkan untuk mencegah infeksi yang ditularkan melalui tangan dengan menyingkirkan kotoran dan debu serta membasmi membunuh mikroorganisme pada kulit (Tietjen, 2004).

### 2.4.4 Macam-macam Cuci Tangan

Mencuci tangan baru dikenal pada akhir abad ke-19 dengan tujuan menjadi sehat saat perilaku dan pelayanan jasa sanitasi menjadi penyebab penurunan tajam angka kematian dari penyakit menular yang terdapat pada negara-negara maju. Perilaku ini diperkenalkan bersamaan dengan isu isolasi dan pemberlakuan teknik membuang kotoran yang aman dan penyediaan air bersih dalam jumlah yang mencukupi [<http://id.wikipedia.org/wiki/mencuci-tangan>]

#### a. Mencuci Tangan dengan air

Ritual mencuci tangan di dunia dipraktekkan sebagai bagian dari budaya maupun praktek keagamaan. Dalam agama Hindu terdapat ritual mencuci tangan “*Bahai*”, dalam agama Yahudi dinamakan *tevilah dan netilat yadayim*. Praktek mencuci tangan yang mirip adalah ritual larabu untuk agama Kristen, wudhu untuk

Islam, dan Misogi di kuil Shinto. Mencuci tangan adalah salah satu tindakan pencegahan yang menjadi perilaku sehat dan baru dikenal pada akhir abad ke-19..

Mencuci tangan dengan air saja lebih umum dilakukan, namun hal ini terbukti tidak efektif dalam menjaga kesehatan dibandingkan dengan mencuci tangan dengan sabun. Di beberapa rumah makan di Indonesia seperti rumah makan padang, rumah makan sunda, atau warung makan lainnya dimana mengkonsumsi makanan dirasakan lebih umum dengan menggunakan tangan langsung (tanpa alat makan seperti sendok dan garpu), penjual terkadang menyediakan wadah berupa mangkuk kecil berisi air (sering juga disebut dengan *kobokan*) untuk mencuci tangan disertai dengan irisan jeruk nipis untuk menghilangkan bau sesudah makan. Praktek mencuci tangan yang dianjurkan pada umumnya adalah dilakukan dibawah air yang mengalir, karena air dalam keadaan diam dan digunakan untuk mencuci tangan yang kotor dapat menjadi tempat *sup kuman* karena berkumpulnya kotoran yang mungkin mengandung kuman penyakit di satu tempat dan menempel lagi saat tangan diangkat dari wadah mencuci tangan tersebut.

#### b. Mencuci tangan dengan air panas

Walaupun ada beberapa pendapat yang mengatakan bahwa mencuci tangan dengan air panas lebih efektif untuk membersihkan tangan, namun pendapat ini tidak disertai dengan pembuktian ilmiah. Temperatur dimana manusia dapat menahan panas air tidak efektif untuk membunuh kuman. Beberapa pendapat lain menyatakan bahwa air panas dapat membersihkan kotoran, minyak, ataupun zat-zat kimia, namun pendapat populer ini sebenarnya tidak terbukti, air panas tidak membunuh mikro organisme. Temperatur yang nyaman untuk mencuci tangan adalah sekitar 45°C, dan temperatur ini tidak cukup panas untuk membunuh mikro organisme apapun. Namun temperatur yang jauh lebih panas (umumnya sekitar 100°C) memang dapat membunuh kuman. Tidak efektifnya temperatur air untuk membunuh kuman juga dinyatakan dalam prosedur standar mencuci tangan untuk operasi medis dimana air keran dibiarkan mengalir deras hingga 2 galon per menit dan kederasan air inilah

yang membersihkan kuman, sementara tinggi rendahnya temperaturnya tidak signifikan

#### c. Mencuci Tangan dengan Sabun

Mencuci tangan dengan sabun adalah praktik mencuci tangan, paling umum dilakukan setelah Cuci Tangan dengan air saja. Walaupun perilaku mencuci tangan dengan sabun diperkenalkan pada abad 19 dengan tujuan untuk memutus mata rantai, namun pada praktiknya perilaku ini dilakukan karena banyak hal diantaranya meningkatkan status sosial, tangan dirasakan menjadi wangi, dan sebagai ungkapan rasa sayang pada anak.

Mencuci tangan dengan sabun adalah salah satu tindakan sanitasi dengan membersihkan tangan dan jari jemari menggunakan air dan sabun oleh manusia untuk menjadi bersih dan memutuskan mata rantai kuman. Mencuci tangan dengan sabun dikenal juga sebagai salah satu upaya pencegahan penyakit. Hal ini dilakukan karena tangan seringkali menjadi agen yang membawa kuman dan menyebabkan patogen berpindah dari satu orang ke orang lain, baik dengan kontak langsung ataupun kontak tidak langsung (menggunakan permukaan-permukaan lain seperti handuk, gelas).

Menggunakan sabun dalam mencuci tangan sebenarnya menyebabkan orang harus mengalokasikan waktunya lebih banyak saat mencuci tangan, namun penggunaan sabun menjadi efektif karena lemak dan kotoran yang menempel akan terlepas saat tangan digosok dan bergesek dalam upaya melepasnya. Didalam lemak dan kotoran yang menempel inilah kuman penyakit hidup. Efek lainnya adalah, tangan menjadi harum setelah dicuci dengan menggunakan sabun dan dalam beberapa kasus, tangan yang menjadi wangilah yang membuat mencuci tangan dengan sabun menjadi menarik untuk dilakukan.

#### d. Mencuci Tangan dengan Cairan



Pada akhir tahun 1990 dan awal abad ke-21, diperkenalkan cairan alkohol untuk mencuci tangan (dikenal juga sebagai cairan pencuci tangan, antiseptik, atau sanitasi tangan), dan menjadi populer. Cairan ini mulai populer digunakan karena penggunaannya yang mudah, praktis karena tidak membutuhkan air dan sabun. Penggunaan cairan sanitasi tangan berbentuk gel dan berbahan dasar alkohol dalam sebuah penelitian di USA pada 292 keluarga di Boston menunjukkan bahwa cairan ini mengurangi kasus Diare di rumah hingga 59%. Dr. Thomas J. Sandora, seorang dokter di Divisi Penyakit Menular pada Rumah Sakit Anak-anak Boston (*Division of Infectious Diseases at Children's Hospital Boston*) dan juga penulis untuk buku "Tangan Sehat, Keluarga Sehat" ("*Healthy Hands, Healthy Families.*") mengemukakan bahwa penelitian ini adalah penelitian pertama yang menunjukkan bahwa penggunaan cairan sanitasi tangan menunjukkan bahwa perilaku ini mengurangi penyebaran kuman di rumah.

Sesuai perkembangan zaman, dikembangkan juga cairan pembersih tangan non alkohol. Namun apabila tangan benar-benar dalam keadaan kotor, baik oleh tanah, darah, ataupun lainnya, maka penggunaan air dan sabun untuk mencuci tangan lebih disarankan karena cairan pencuci tangan baik yang berbahan dasar alkohol maupun non alkohol walaupun efektif membunuh kuman cairan ini tidak membersihkan tangan, ataupun membersihkan material organik lainnya.

Dalam perdebatan yang mana perilaku yang lebih efektif diantara menggunakan cairan pembersih tangan atau mencuci tangan dengan sabun, Wallace Kelly, *Infection Control R.N.* (Paramedik untuk Pengendalian Infeksi) berpendapat bahwa keduanya efektif dalam membersihkan bakteri-bakteria tertentu. Namun cairan pembersih tangan berbahan dasar alkohol tidak efektif dalam membunuh bakteri yang lain seperti e-coli dan salmonela. Karena alkohol tidak menghancurkan spora-spora namun dengan mencuci tangan dengan sabun spora-spora tersebut terbasuh dari tangan. Metode ini dapat dipakai pada keadaan kita dapat mengakses air dan sabun, maka cairan ini jauh lebih baik daripada tidak menggunakan apapun.

Penelitian terbaru, seperti yang dilakukan oleh Don Schaffner dari Rutgers University (2007), telah menunjukkan bahwa *hand sanitizer* masih dapat secara

signifikan mengurangi jumlah bakteri di tangan namun, tidak seefisien mencuci tangan dalam mengurangi jumlah spora bakteri, ookista protozoa, dan beberapa non-terbungkus (*non-lipofilik*) virus. Beberapa virus termasuk HIV, Hepatitis A, dan rhinovirus.

(<http://www.foodpoisonjournal.com/articles/food-poisoning-watch/>)

e. Mencuci tangan dengan tisu basah

Tisu basah diperkenalkan pada awalnya untuk membersihkan tidak hanya tangan, tetapi juga kotoran bayi, permukaan meja, dan di AS dianjurkan untuk peralatan rumah tangga lainnya. Menurut *Center for Disease Control and Prevention (CDC)* (Pusat Pengendalian dan Pencegahan Penyakit Menular) di Amerika Serikat sebanyak 76 juta dari 300 juta orang yang tinggal di AS sakit setiap tahunnya karena penyakit yang dibawa bersamaan dengan masuknya makanan. Sebanyak 300.000 masuk rumah sakit dan dan setiap tahun 5.000 orang meninggal dunia karena penyakit dibawa bersamaan dengan masuknya makanan

Tisu basah menjadi alternatif membersihkan tangan setelah mencuci tangan dengan sabun karena lebih praktis dan tidak memerlukan air. Beberapa tisu basah telah mengembangkan kandungan wewangian beralkohol, atau anti bakteri, ataupun minyak almond untuk menjaga kulit tangan agar tidak terasa kering. Namun menurut dr. Handrawan tisu basah tidak baik untuk mencuci tangan karena hanya mengembalikan kuman bolak-balik di tangan

#### 2.4.5 Jenis sabun untuk mencuci tangan

Tujuan penggunaan sabun/sanitaizer dalam proses mencuci tangan adalah untuk membunuh atau mengurangi jumlah mikroorganisme yang terdapat pada tangan. Sabun dan sanitaizer yang digunakan harus mengandung antimikroa yang dapat membunuh/menekan pertumbuhan mikroorganisme yang ada pada tangan (Guzewich & Ross, 1999). Menurut Purnawijayanti (2001) secara kimia sabun adalah garam natrium (sodium) dari asam organik, karena sifatnya yang tidak menyebabkan

iritasi pada kulit, maka sabun banyak dimanfaatkan untuk membersihkan kulit (pencuci tangan).

Segala jenis sabun dapat digunakan untuk mencuci tangan baik itu sabun (mandi) biasa, sabun antiseptik, ataupun sabun cair. Namun sabun antiseptik/ anti bakteri seringkali dipromosikan lebih banyak pada publik. Hingga kini tidak ada penelitian yang dapat membuktikan bahwa sabun antiseptik atau disinfektan tertentu dapat membuat seseorang rentan pada organisme umum yang berada di alam. Perbedaan antara sabun antiseptik dan sabun biasa adalah, sabun ini mengandung zat anti bakteri umum seperti Triklosan yang memiliki daftar panjang akan resistensinya terhadap organisme tertentu. Namun zat ini tidak resisten untuk organisme yang tidak terdapat didaftar, sehingga mereka mungkin tidak seefektif apa yang diiklankan.

#### **2.4.6 Manfaat CTPS**

Manfaat yang bisa kita rasakan bila melakukan CTPS selain dapat terhindar dari penyakit-penyakit yang ditularkan melalui tangan, kebersihan badan kita terjaga, tangan menjadi wangi, harum, timbul kenyamanan dan rasa percaya diri. Efek tidak langsungnya adalah akan menghemat pengeluaran kita karena kita terhindar dari penyakit, serta secara otomatis perilaku CTPS ini merupakan investasi jangka panjang bagi kesehatan kita. Menurut Centers for Disease Control (2002), mencuci tangan adalah ukuran paling sederhana, paling efektif untuk mencegah penyebaran bakteri, patogen, dan virus [<http://www.joe.org/joe/2009february/rb7.php>]

Penelitian Adam H.R. yang dipublikasikan Jurnal Kedokteran Inggris (*British Medical Journal*) pada November 2007 menyatakan bahwa mencuci tangan dengan sabun secara teratur dan menggunakan masker, sarung tangan, dan pelindung, bisa jadi lebih efektif untuk menahan penyebaran virus ISPA seperti flu dan SARS. Penelitian lainnya yang dipublikasikan oleh *Cochrane Library journal* pada Oktober 2007 menemukan bahwa mencuci tangan dengan air dan sabun adalah cara yang sederhana dan efektif untuk menahan virus ISPA, mulai dari virus flu sehari-hari hingga virus pandemik yang mematikan.

Menurut penelitian Umar, Zaidina (2007), perilaku cuci tangan pakai sabun setelah BAB dapat mencegah penyakit cacingan, terbukti resiko terjadinya kecacingan pada murid yang tidak mencuci tangannya dengan sabun setelah BAB 1,69 x lebih besar daripada murid yang mencuci tangan dengan sabun. Demikian juga dengan resiko terjadinya kecacingan murid yang tidak mencuci tangannya dengan sabun sebelum makan 2,35 x lebih besar dibanding dengan murid yang mencuci tangannya dengan sabun sebelum makan. Beberapa alasan juga mendasari kenapa penting melakukan CTPS, diantara menurut penelitian Fewtrell 1, Kaufmann RB, et al, (2005) menyatakan bahwa perilaku CTPS adalah intervensi kesehatan yang paling murah dibandingkan dengan intervensi kesehatan dengan cara lainnya dalam mengurangi risiko penularan berbagai penyakit termasuk flu burung, ISPA, Hepatitis A dan E, SARs, Kecacingan dan infeksi yang menyebabkan diare terutama pada balita.

Menurut Margaret Prouse Gaurdian (2007), mencuci tangan dapat mencegah penyakit bawaan makanan atau keracunan makanan. Ada banyak hal untuk menjaga makanan agar aman di rumah, cuci tangan sebelum dan sesudah menangani makanan dapat mencegah hal tersebut di atas.

[<http://www.foodpoisonjournal.com/articles/food-poisoning-watch/>]

#### **2.4.7 Persyaratan Minimal Sarana CTPS**

##### **a. Kriteria Sarana CTPS**

Untuk mencuci tangan yang memenuhi syarat kesehatan ada beberapa kriteria yang perlu dipenuhi bagi sarana cuci tangannya (Katalog Informasi CTPS, Depkes, 2008). Beberapa kriteria tersebut terdiri dari (1) Kriteria primer, yaitu adanya air bersih yang dapat dialirkan, adanya sabun, adanya penampungan atau saluran air limbah yang aman., (2) Kriteria sekunder untuk sarana CTPS yang telah memenuhi syarat minimal dan dapat ditingkatkan untuk menjadi lebih baik bila sumber airnya bukan dari air pipa, sebaiknya ditempatkan tidak jauh dari sumber air, adanya tempat sabun yang menjamin kebersihan sabun, disediakan kain bersih,

handuk bersih atau tisu sekali pakai, disediakan tempat sampah untuk tisu bekas, diletakkan ditempat yang praktis (di WC, dekat WC, dekat ruang makan, di dapur dsb), dibuat dengan memperhatikan faktor dimensi ergonomis tubuh manusia (untuk anak-anak sekolah berbeda dimensinya dengan untuk orang dewasa)

Sarana cuci-tangan tidak perlu terdiri dari kran dan wastafel yang mewah atau mahal. Sarana CTPS yang sederhana dan yang tepat guna yaitu dibuat dari bahan/material yang dapat diperoleh dengan mudah, misalnya: dapat dibuat dari ruas bambu, tempat-tempat bekas seperti botol plastik besar, jerigen, gentong, kaleng besar dan lain sebagainya, yang dilubangi sehingga air dapat mengalir dan ditutup kembali. Air yang diperlukan untuk satu kali cuci tangan pakai sabun adalah relatif sedikit (cukup dengan 500-800 cc)

Jumlah titik-titik sarana CTPS yang diperlukan adalah tergantung dari lokasi dan tingkat potensi penggunaan atau kebutuhan. Misalnya jumlah yang diperlukan di rumah tangga berbeda dengan yang dibutuhkan di tempat-tempat umum seperti tempat pengelolaan makanan, rumah-makan, sekolah, perkantoran, stasiun bis, stasiun kereta-api dsb. Untuk rumah tangga, misalnya dibutuhkan paling sedikit satu atau dua yang dapat di akses dengan mudah oleh semua anggota keluarga dari WC/jamban dan dari dapur atau di dalam dapur. Adakalanya beberapa keluarga menggunakan WC dan kamar mandi yang sama. Untuk ini paling tidak sarana CTPS diletakkan agar mudah diakses dari WC umum tersebut.

#### b. Komponen Sarana Cuci tangan pakai sabun ( CTPS ).

Untuk dapat terlaksananya proses CTPS dibutuhkan komponen sarana minimal, yaitu (1) Tersedia air yang cukup, memenuhi persyaratan fisik air dan tidak tercemar, (2) Tersedia sabun, tanpa membedakan jenis dan bentuknya, dan (3) Air dialirkan melalui keran/bambu atau dari material lain seperti ember, baskom, gentong. Air dapat juga diambil menggunakan gayung, kemudian disiramkan ke tangan yang sedang disabuni dan dicuci. Tidak diperkenankan mencuci tangan dengan mencelupkan tangan ke baskom/ ember atau wadah serupa, sarana selanjutnya ialah (4) Buangan bekas cuci tangan tidak menimbulkan bau, dan sarang nyamuk, dan

(5) Tersedia lap kering dan bersih atau tissue. Apabila tidak tersedia sarana tersebut tangan dapat diangin-anginkan sampai kering.

## 2.5 Kesadaran masyarakat untuk mencuci tangan dengan sabun

Jika sejak kecil kebiasaan cuci tangan dengan sabun sudah tertanam dengan baik, maka ketika dewasa mereka akan memiliki pola hidup dan kebiasaan yang baik dan sehat. Mungkin Anda masih ingat syair lagu anak-anak berikut ini, "Sebelum kita makan dik, cuci tanganmu dulu". Ya, cuci tangan memang penting tapi masih dianggap hal yang sepele. Padahal dari kebiasaan inilah kesehatan manusia bisa terbentuk. Lebih sulit mengubah kebiasaan orang daripada memulai menumbuhkan kebiasaan. Yang tak dibiasakan cuci tangan sulit mengubahnya setelah dewasa. Seperti yang kini terjadi, sebagian masyarakat tidak menginsafi perlunya cuci tangan. Yang sudah tahu bahaya tidak cuci tangan tidak melakukannya secara benar. Malah ada pula yang meminum air dari celupan tangan seorang anak yang memegang batu bertuah konon katanya untuk menyembuhkan penyakit. Perilaku kebiasaan cuci tangan dengan sabun seyogianya dibangun sejak kecil. Oleh karena itu cuci tangan harus menjadi bagian pendidikan kesehatan di sekolah, selain di rumah.

Berbagai survei yang telah dilakukan terkait kebiasaan cuci tangan di masyarakat kita menunjukkan hasil yang kurang menggembirakan. Berdasarkan studi *Basic Human Services* (BHS) di Indonesia tahun 2006, perilaku masyarakat dalam mencuci tangan adalah (i) setelah buang air besar 12%, (ii) setelah membersihkan tinja bayi dan balita 9%, (iii) sebelum makan 14%, (iv) sebelum memberi makan bayi 7%, dan (v) sebelum menyiapkan makanan 6 %. Sementara studi BHS lainnya terhadap perilaku pengelolaan air minum rumah tangga menunjukkan 99,20% merebus air untuk mendapatkan air minum, tetapi 47,50 % dari air tersebut masih mengandung *Eschericia coli* ([http : //nyiiis.com/manfaat cuci tangan.html](http://nyiiis.com/manfaat_cuci_tangan.html)).

Praktisi kedokteran, Dr Handrawan Nadesul juga menengarai masih rendahnya kebiasaan masyarakat Indonesia mencuci tangan dengan sabun. Indikasi ini dapat dilihat pada masih tingginya tingkat penyakit diare, tifus, dan cacing terutama pada anak-anak. Orang yang tidak memiliki kebiasaan mencuci tangan

dengan sabun sebelum makan dan setelah melakukan aktivitas akan mengalami kerugian secara medis dan ekonomis, sehingga harus mengeluarkan biaya besar untuk pengobatan. Kebiasaan mencuci tangan sebaiknya dipandang sebagai bagian dari penegakkan disiplin dalam keluarga. Gaya hidup dan kebiasaan mencuci tangan setelah dari kamar mandi, sebelum dan sesudah makan, serta sehabis bepergian, sebaiknya diterapkan sebagai kebiasaan hidup sehari-hari [<http://www.infoanda.com/linksfollow.php?lh=UAcAC1dYWFRQ>]

Ditempat tempat dimana mencuci tangan merupakan praktek umum yang dilakukan sehari-hari, dan banyak terdapat sabun dan air bersih, orang tidak menyadari untuk mencuci tangannya dengan sabun. Sebuah penelitian di Inggris mengungkapkan bahwa hanya separuh orang yang benar-benar mencuci tangannya setelah membuang hajat besar/kecil. Penelitian lain di Amerika Serikat pada dokter-dokter disana terungkap bahwa dokter banyak lupa mencuci tangannya setelah menangani pasien satu dan berganti ke pasien lainnya dengan frekuensi yang cukup tinggi. Para staf kesehatan sepenuhnya mengerti betapa pentingnya mencuci tangan dengan sabun, namun hal ini tidak dilakukan karena: ketidadaan waktu (tidak sempat), kertas untuk pengeringnya kasar, penggunaan sikat yang menghabiskan waktu dan lokasi wastafel yang jauh dimana tangan harus berkali-kali dicuci menggunakan sabun dan dikeringkan sehingga merepotkan.

Pencucian tangan khusus dalam lingkungan medis biasanya membutuhkan banyak sekali sabun dan air untuk memperoleh busa dan saat telapak tangan digosok secara sistematis dalam kurun waktu 15-20 detik dengan teknik mengunci antar tangan, setelah tangan dikeringkan pun para tenaga medis tidak diperkenankan untuk mematikan air atau membuka pegangan pintu, apabila hal ini mereka harus lakukan, tangan harus dilidungi dengan kertas tisu atau handuk kering bersih. Pada lingkungan pemukiman yang padat dan kumuh, kebiasaan mencuci tangan dengan sabun dengan benar dapat menurunkan separuh dari penderita diare. Penelitian ini dilakukan di Karachi, Pakistan dengan intervensi pencegahan penyakit dengan melakukan kampanye mencuci tangan dengan sabun secara benar yang intensif pada komunitas secara langsung. Komunitas yang mendapatkan intervensi dan komunitas

pembandingan yang mirip yang tidak mendapatkan intervensi menunjukkan bahwa jumlah penderita diare berkurang separuhnya.

Keterkaitan perilaku mencuci tangan dengan sabun dan penyakit diare, penelitian intervensi, kontrol kasus, dan lintas sektor dilakukan menggunakan data elektronik dan data yang terkumpul menunjukkan bahwa risiko relatif yang didapat dari tidak mencuci tangan dari percobaan intervensi adalah 95 persen menderita diare, dan mencuci tangan dengan sabun dapat mengurangi risiko diare hingga 47 persen.

## **2.6 Perilaku dan Penelitian tentang Mencuci Tangan dengan Sabun di Dunia**

Perilaku mencuci tangan dengan sabun di berbagai negara mempunyai maksud berbeda-beda., walaupun pada umumnya perilaku mencuci tangan dengan sabun itu secara luas diketahui untuk membersihkan tangan dari kuman namun perilaku ini tidak otomatis dilakukan untuk tujuan tersebut.

Pada 1847, seorang dokter bernama Ignaz Semmelweis bekerja di bagian kebidanan di sebuah rumah sakit di Vienna, Austria. Semmelweis mengamati bahwa angka kematian di antara ibu di bangsal yang dilayani oleh mahasiswa kedokteran tiga kali lebih tinggi dibandingkan bangsal yang dilayani oleh bidan. Semmelweis mendalilkan bahwa hal ini terjadi karena mahasiswa langsung ke bangsal kebidanan setelah belajar otopsi (bedah mayat), dan membawa infeksi dari mayat ke ibu yang melahirkan. Dia memerintahkan dokter dan mahasiswa untuk mencuci tangannya dengan larutan klorin sebelum memeriksa ibu tersebut. Setelah aturan ini diterapkan, angka kematian menurun menjadi serupa dengan bangsal yang dilayani oleh bidan. Pada 1996, Angkatan Laut AS melakukan penelitian terhadap tamtama yang mengikuti pelatihan di suatu asrama besar. Para tamtama tersebut sering mengalami infeksi pada saluran pernapasan. Pada penelitian tersebut, 40.000 tamtama diperintahkan agar mencuci tangannya dengan air dan sabun lima kali sehari. Setelah satu tahun, angka kesakitan menurun 45% (<http://spiritia.or.id/li/bacali.php?lino=690>)

Sebuah studi awal dengan pendekatan kualitatif di Kerala, India menunjukkan bahwa orang dewasa menginginkan tangan yang bersih atas dasar kenyamanan,



tangan yang tidak bau, menunjukkan kecintaan mereka terhadap anak-anaknya, dan mempraktekkan tanggung jawab sosial mereka dalam masyarakat [[http://www.eurekaindonesia.org/kesadaran masyarakat untuk mencuci tangan dengan sabun/](http://www.eurekaindonesia.org/kesadaran_masyarakat_untuk_mencuci_tangan_dengan_sabun/)]

Menurut *Centers for Disease Control* (CDC) (2002), mencuci tangan adalah yang paling, efektif mengukur sederhana untuk mencegah penyebaran bakteri, patogen, dan virus. Bahkan dengan pengetahuan ini, banyak orang Amerika tidak mencuci tangan mereka. Penelitian terbaru oleh *American Society for Microbiology* (2000) menunjukkan bahwa hanya 67% orang Amerika mencuci tangan mereka setelah pergi ke kamar mandi, 78% setelah mengganti popok 77% sebelum memegang atau makan makanan. 45% orang Amerika melaporkan bahwa mereka tidak mencuci setelah memegang hewan, 31% sesudah batuk atau bersin, dan 20% setelah menangani uang. Bahkan para profesional kesehatan gagal untuk mencuci tangan mereka hingga waktu yang cukup lama atau mencuci cukup lama (WHO, 2006). [<http://www.joe.org/joe/2009february/rb7.php>]

Di Ghana, tercatat 25 persen dari seluruh kematian yang dialami oleh balita adalah diakibatkan oleh diare, penyakit ini juga menjadi tiga besar penyakit yang diderita oleh anak-anak. Balita umumnya mengalami tiga hingga lima kali diare selama satu tahun dan jumlah yang kurang lebih sama dialami oleh penderita penyakit infeksi pernafasan. Perhitungan ini berarti 9 juta kejadian penyakit diare dapat dicegah setiap tahunnya dengan mencuci tangan menggunakan sabun. Penduduk di Ghana adalah pengguna sabun yang aktif, mereka membeli banyak sabun untuk kebutuhan sehari-harinya. Namun hampir seluruh sabun digunakan untuk mencuci piring dan mandi. Pada penelitian mendasar yang dilakukan di Ghana, 75 persen ibu rumah tangga mengaku telah mencuci tangan mereka dengan sabun, namun setelah dilakukan penelitian terstruktur, ternyata hanya 3 persen yang benar-benar melakukannya, sementara 32 persen hanya mencuci tangan mereka dengan air. Beberapa alasan mengapa ibu-ibu ini menggunakan sabun karena mereka merasa tangan terasa bersih dan segar setelah kotoran terlepas, mencuci tangan dengan sabun juga merupakan salah satu cara untuk menunjukkan bahwa mereka menyayangi anak

mereka, dan pada saat yang sama meningkatkan status sosial mereka. Kampanye mencuci tangan dengan sabun dimulai pada tahun 2003 di Ghana melibatkan masyarakat dan pihak swasta (Procter & Gamble) dan pada tahun 2007 menunjukkan 13 persen kenaikan perilaku mencuci tangan dengan sabun setelah menggunakan toilet dan 41 persen kenaikan perilaku mencuci tangan dengan sabun sebelum makan [[http://www.eurekaindonesia.org/kesadaran masyarakat untuk mencuci tangan dengan sabun/](http://www.eurekaindonesia.org/kesadaran_masyarakat_untuk_mencuci_tangan_dengan_sabun/)]

Menurut Yayasan Koalisi Untuk Indonesia Sehat (KuIS), Hampir 80% kaum ibu tidak mencuci tangan dengan sabun, baik sebelum makan, setelah melakukan pekerjaan di luar rumah, bahkan setelah buang air besar maupun kecil. Temuan tersebut mengagetkan, karena 80% ibu-ibu yang menjadi responden, termasuk ibu yang memiliki balita, ternyata tidak suka mencuci tangan setelah buang air besar dan kecil, serta sebelum makan (<http://www.rileks.com/entertainment/ragam/org/1003-mencuci-tangan-pakai-sabun-saat-kuman-tak-hinggap-di-10-jariku.pdf>)

Penelitian yang dilakukan Val Curtis & Sandy Cairncross dari *London School of Hygiene and Tropical Medicine*, Inggris tahun 2003. Menurut peneliti tentang kesehatan sanitary dan air ini, perilaku mencuci tangan dengan sabun dapat mengurangi insiden diare sebanyak 42-47%. Artinya, sekitar satu juta anak di dunia dapat diselamatkan tiap tahun dengan cuci tangan. Hanya saja ada yang perlu diperhatikan dalam prosesnya, yaitu harus menggunakan sabun dan membilas tangan menggunakan air mengalir. Menurut Curtis & Cairncross, tanpa sabun, bakteri dan virus tidak akan hilang. Air hanya sebatas menghilangkan kotoran yang tampak, tetapi tak menghilangkan cemaran mikrobiologis yang tidak tampak. (<http://www.rileks.com/entertainment/ragam/org/1003-mencuci-tangan-pakai-sabun-saat-kuman-tak-hinggap-di-10-jariku.pdf>)

Pendapat Alan E Dugdale, *Honorary Principal Research Fellow di Department of Paediatrics and Child Health, University of Queensland*, . Menurut Alan dalam tulisannya di jurnal *bjm.com*, secara tradisional tangan kanan digunakan untuk hal-hal yang bersih, seperti makan dan bersalaman, sementara tangan kiri digunakan untuk hal-hal pribadi seperti saat membersihkan setelah buang air besar

dan kecil. Ketika budaya ini benar-benar dilakukan, bisa dijadikan pengganti cuci tangan, tetapi semua ini dilemahkan karena pengaruh budaya barat. Menyebarkan perilaku ini akan menjadi tindakan yang sangat berguna dan tidak menghabiskan biaya besar untuk menjaga kesehatan masyarakat umum.

Dalam riset Alan, mencuci tangan dengan sabun mengurangi hampir separuh kematian karena penyakit diare di negara-negara berkembang. Mencuci tangan yang efektif membutuhkan air, yang biasanya disediakan pemerintah, sementara itu sabunya sendiri dijual secara komersil dan mengkampanyekan perilaku ini. Dalam budaya Timur Tengah atau Arab dan India, mereka memiliki pengganti yang efektif dan sederhana untuk menggantikan cuci tangan, dan tidak membutuhkan peralatan apapun. Meski secara tradisional mungkin mereka punya perlindungan sendiri, tapi menurut dia kampanye kebersihan cuci tangan dengan melibatkan budaya setempat menjadi penting. (<http://www.rileks.com/entertainment/ragam/org/1003-mencuci-tangan-pakai-sabun-saat-kuman-tak-hinggap-di-10-jariku.pdf>)

Pernyataan Alan ini terasa relevan, karena pernah diungkapkan oleh Menteri Kesehatan Siti Fadilah Supari, menyitir data yang diungkapkan Badan Kesehatan Dunia WHO, sekitar 2,2 juta orang meninggal karena diare, Menurut Siti, menjadi makin menyedihkan, karena dari jumlah orang yang meninggal itu 90 % adalah balita dari negara berkembang. Dan 88 persen kasus tersebut berkaitan dengan pasokan air yang tidak aman serta sanitasi dan hygiene yang tidak memadai..

Dalam tulisannya di *British Medical Journal*, Dr. Alan Stone menyatakan perawat tampaknya lebih berhati-hati dalam hal menjaga kebersihan. Seluruh pekerja kesehatan memang dianjurkan untuk mencuci tangan mereka sebelum memeriksa pasien. Bila tidak, pasien akan lebih rentan terkena infeksi. (<http://spiritia.or.id.sah/Sahabat0702.pdf>)

Dalam riset yang dilakukan para peneliti Rumah Sakit Universitas Iowa yang diterbitkan dalam *New England Journal of Medicine* 1992, akibat kecerobohan dokter yang sering lalai mencuci tangan, pasien rumah sakit terkena infeksi yang biaya pengobatannya sampai 10 milyar dollar setahun. Ditambah dengan riset organisasi kesehatan dunia (World Health Organization - WHO) menunjukkan sekitar 2.2 juta

orang meninggal dunia setiap tahunnya akibat penyakit diare. Sedangkan berdasarkan survey Departemen Kesehatan pada 2003 menunjukkan ratio penderita diare di mencapai 300 penderita per 1.000. orang. (<http://spiritia.or.id.sah/Sahabat0702.pdf>)

Di Indonesia perilaku sanitasi pada umumnya diperkenalkan melalui program pemerintah pada tahun 1970, dimana masyarakat diajarkan untuk menggunakan MCK dan mandi dua kali sehari (Lumajang, Jawa). Lalu program ini dilanjutkan dengan memperkenalkan perilaku sehat mencuci tangan dengan sabun sebelum makan di sekolah-sekolah dasar. Guru dan staf kesehatan bersama membuat tempat air (dari kaleng cat bekas atau ember plastik, apapun yang tersedia) untuk digunakan oleh anak-anak. Lalu para staf kesehatan melatih guru untuk memeriksa kebersihan para muridnya. Di Pakel, Lumajang, guru juga menyimpan catatan kebersihan anak didiknya untuk melihat apakah perilaku mereka berubah, dalam catatan terlihat bahwa selain penurunan tingkat absensi (tidak sekolah), kini anak-anak juga menjadi rajin beribadah tengah hari karena tersedianya air untuk wudhu, yang sebelumnya tidak bisa mereka lakukan karena kesulitan akses air bersih.

(<http://siteresources.worldbank.org/INTINDONESIA/Resources/Publication.pdf>)

Di daerah lain di Indonesia perilaku mencuci tangan dengan sabun juga diperkenalkan melalui program dokter kecil di tahun 2007. Dalam sinetron Si Entong yang ditayang di TPI pada 31 Agustus 2008, tampak Entong menjadi pelaku penyuluhan cilik mengajak masyarakat untuk mencuci tangan di pos kesehatan di kediamannya. [[http://www.eurekaindonesia.org/kesadaran masyarakatuntuk mencuci tangan dengan sabun/](http://www.eurekaindonesia.org/kesadaran_masyarakatuntuk_mencuci_tangan_dengan_sabun/)]

Perilaku mencuci tangan dengan sabun untuk memutus mata rantai penularan penyakit juga menjadi salah satu strategi nasional oleh Departemen Kesehatan dengan tujuan membangun masyarakat yang mandiri untuk hidup sehat. Strategi STBM ini juga merupakan implementasi strategi utama Departemen Kesehatan yaitu untuk memobilisasi dan memberdayakan masyarakat agar memilih hidup sehat (Digilib AMPL, 2009).

Pada sebuah penelitian di Filipina yang dipublikasikan oleh Bank Dunia pada tahun 2008 perilaku praktek-praktek kesehatan yang baik, seperti mencuci tangan

dengan sabun dapat mengurangi biaya-biaya kesehatan hingga US\$455 juta dollar. Sumbangan terbesar dari angka ini terkait dengan angka kematian (yang menjadi biaya terbesar), dan biaya lainnya terkait dari dampak ekonomi seperti kehilangan kesempatan (waktu) untuk sekolah dan memperoleh pendidikan karena sakit, hilangnya waktu produktifitas anggota keluarga karena harus mengurus penderita, biaya-biaya yang harus dibayar di fasilitas kesehatan termasuk biaya administrasi, obat, penanganan kesehatan, dan transportasi. [http://wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer.pdf ]

Upaya mensosialisasikan perilaku sehat sanitasi dan mencuci tangan dengan sabun di Nigeria dimulai oleh sebuah program yang diprakarsai oleh UNICEF dengan menggunakan anak sekolah sebagai agen perubahan. Dalam membentuk perilaku sanitasi mandiri dan pengetahuan akan hidup yang bersih dan sehat anak-anak sekolah dirangsang untuk membentuk kelompok-kelompok sekolah seperti klub sehat & hak untuk anak, yang melibatkan orang tua dan mengajak partisipasi komunitas di desa untuk ikut serta dalam proyek-proyek sanitasi. Salah satu sekolah memprakarsai Klub Lingkungan Sehat dimana para murid mempromosikan perilaku mencuci tangan dengan sabun untuk komunitas dan memperkenalkan teknik-teknik untuk menjaga kebersihan air dalam penggunaannya sehari-hari di rumah dan berusaha agar pengetahuan untuk hidup bersih ini diterapkan di rumah. Dengan pertolongan dari guru-guru sekitar 12 anak perempuan dan 18 anak lelaki yang mendirikan klub lalu mengoperasikan dan merawat fasilitas klub serta mengawasi penggunaan sumur bor. Klub tersebut membiayai aktifitasnya dengan menjual ember plastik dan bejana tembikar yang dilengkapi dengan keran. Dua tahun setelah intervensi ini, perilaku mencuci tangan dengan sabun meningkat hingga 95 persen. Guru mulai melaporkan bahwa para murid datang ke sekolah dalam keadaan bersih, dan kasus cacangan serta penyakit-penyakit kulit lainnya berkurang. Tidak hanya itu, angka kehadiran murid pun naik dengan teratur per tahunnya, dari 320 murid ketika program pertama kali diperkenalkan, hingga 538 murid pada tahun 2001 [http://www.eurekaindonesia.org/kesadaran masyarakat untuk mencuci tangan dengan sabun/]

Survei yang telah dilakukan Departemen Kesehatan tahun 2006, menunjukkan perilaku cuci tangan memakai air dan sabun sebelum makan terbukti berhubungan bermakna dengan kejadian kecacingan. Kebiasaan cuci tangan sebelum makan memakai air dan sabun mempunyai peranan penting dalam kaitannya dengan pencegahan infeksi kecacingan, karena dengan mencuci tangan dengan air dan sabun dapat lebih efektif menghilangkan kotoran dan debu secara mekanis dari permukaan kulit dan secara bermakna mengurangi jumlah mikroorganisme penyebab penyakit seperti virus, bakteri dan parasit lainnya pada kedua tangan. Oleh karenanya, mencuci tangan dengan menggunakan air dan sabun dapat lebih efektif membersihkan kotoran dan telur cacing yang menempel pada permukaan kulit, kuku dan jari-jari pada kedua tangan [[http://www.eurekaindonesia.org/kesadaran masyarakatuntuk mencuci tangan dengan sabun/](http://www.eurekaindonesia.org/kesadaran-masyarakatuntuk-mencuci-tangan-dengan-sabun/)]

Faktor risiko lain, kebiasaan anak yang buang air besar tidak di jamban atau di sembarang tempat menyebabkan pencemaran tanah dan lingkungan oleh tinja yang berisi telur cacing. Penyebaran infeksi kecacingan tergantung dari lingkungan yang tercemar tinja yang mengandung telur cacing. Infeksi pada anak sering terjadi karena menelan tanah yang tercemar telur cacing atau melalui tangan yang terkontaminasi telur cacing. Penularan melalui air sungai juga dapat terjadi, karena air sungai sering digunakan untuk berbagai keperluan dan aktivitas seperti mandi, cuci dan tempat BAB.

Kebiasaan anak-anak di sekolah jajan di sembarang tempat yang kebersihannya tidak dapat dikontrol oleh pihak sekolah dan tidak terlindung dan dapat tercemar oleh debu dan kotoran yang mengandung telur cacing, hal ini dapat menjadi sumber penularan infeksi kecacingan pada anak. Selain melalui tangan, transmisi telur cacing dapat juga melalui makanan dan minuman, terutama makanan jajanan yang tidak dikemas dan tidak tertutup rapat. Telur cacing yang ada di tanah/debu akan sampai pada makanan tersebut jika diterbangkan oleh angin atau dapat juga melalui lalat yang sebelumnya hinggap di tanah/selokan, sehingga kaki-kakinya membawa telur cacing tersebut, terutama pada jajanan yang tidak tertutup.

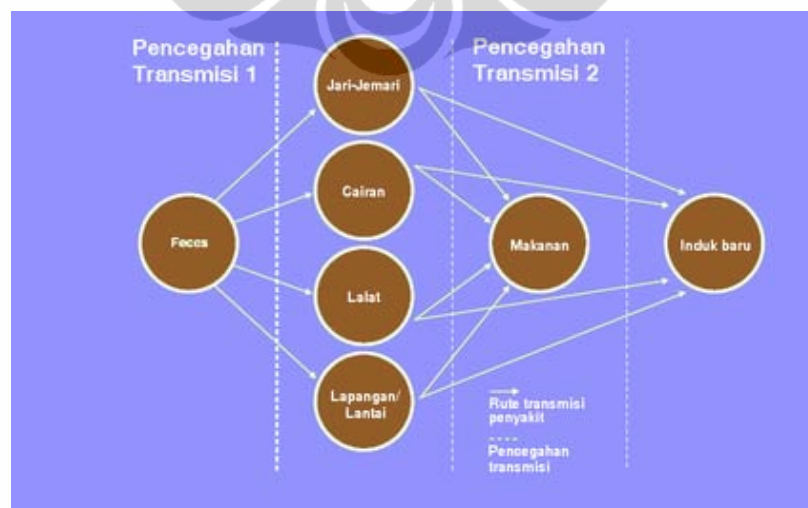
Untuk itu, disarankan bahwa murid SD dan masyarakat membiasakan diri mencuci tangan sebelum makan dengan air dan sabun. Di samping itu, perlu dilakukan penyuluhan kesehatan kepada masyarakat tentang peningkatan perilaku hidup bersih dan sehat, serta Pihak sekolah meningkatkan PHBS kepada murid, dengan melakukan pemeriksaan perilaku cuci tangan sebelum makan, perilaku jajan di sekolah, perilaku BAB di jamban, serta penyuluhan kepada murid pengetahuan dan bahaya penyakit cacing.

## 2.7 Penyakit-penyakit yang dapat dicegah dengan mencuci tangan dengan sabun

Menurut Anderson dan Arnstein (Wagner & Lanoix, dalam Soeparman, 2002) dalam proses penularan penyakit diperlukan beberapa faktor yaitu :

1. Kuman penyebab penyakit
2. Sumber penyakit (reservoir dari kuman penyakit)
3. Cara keluar dari sumber penyakit
4. Cara berpindah dari sumber ke inang (host) baru yang potensial
5. Cara masuk ke inang baru
6. Inang yang peka

Kontaminasi merupakan sumber penyebaran penyakit yang multikomplek. Penyebaran penyakit yang bersumber pada feces dapat melalui berbagai macam jalan atau cara yang dapat dijelaskan seperti gambar berikut ini :



Gambar 2.7 Diagram F transmisi penyakit diambil dari sumber: Wagner dan Lanoix (1958)

Menurut diagram F transmisi penyakit di atas, jari-jari tangan dapat menyebarkan kuman yang berasal dari feses selain lalat, tanah, dan cairan. Jari-jari tangan yang telah banyak melekat kuman penyakit tersebut apabila langsung menyentuh makanan, dan makanan langsung disantap akan menimbulkan beberapa penyakit, diantaranya Diare, Kecacingan. Dan untuk mencegahnya (blocking) agar jari-jari tangan yang akan dipakai untuk makan harus dicuci dulu dengan menggunakan air bersih mengalir dan sabun.

Beberapa penyakit yang dapat dicegah dengan membiasakan cuci tangan pakai sabun diantaranya :

1. **Diare.** Penyakit diare menjadi penyebab kematian kedua yang paling umum untuk anak-anak balita. Sebuah ulasan yang membahas sekitar 30 penelitian terkait menemukan bahwa cuci tangan dengan sabun dapat memangkas angka penderita diare hingga separuh. (Lorna et al, dalam [http://id.wikipedia.org/wiki/Mencuci\\_tangan\\_dengan\\_sabun#cite-rife-10](http://id.wikipedia.org/wiki/Mencuci_tangan_dengan_sabun#cite-rife-10)). Penyakit diare seringkali diasosiasikan dengan keadaan air, namun secara akurat sebenarnya harus diperhatikan juga penanganan kotoran manusia seperti **tinja** dan **air kencing**, karena kuman-kuman penyakit penyebab diare berasal dari kotoran-kotoran ini. Kuman-kuman penyakit ini membuat manusia sakit ketika mereka masuk mulut melalui tangan yang telah menyentuh tinja, air minum yang terkontaminasi, makanan mentah, dan peralatan makan yang tidak dicuci terlebih dahulu atau terkontaminasi akan tempat makannya yang kotor. Menurut Fewtrell et. Al (2005), tingkat keefektifan mencuci tangan dengan sabun dalam penurunan angka penderita diare dalam persen menurut tipe inovasi pencegahan adalah: Mencuci tangan dengan sabun (45%), penggunaan air olahan (39%), sanitasi (32%), pendidikan kesehatan (28%), penyediaan air (25%), sumber air yang diolah (11%).

2. Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) adalah penyebab kematian utama untuk anak-anak balita. Mencuci tangan dengan sabun mengurangi angka infeksi saluran



pernapasan ini dengan dua langkah: dengan melepaskan patogen-patogen pernapasan yang terdapat pada tangan dan permukaan telapak tangan dan dengan menghilangkan patogen (kuman penyakit) lainnya (terutama virus *entrentic*) yang menjadi penyebab tidak hanya Diare namun juga gejala penyakit pernapasan lainnya. Bukti-bukti telah ditemukan bahwa praktek-praktek menjaga kesehatan dan kebersihan seperti mencuci tangan sebelum dan sesudah makan/ buang air besar/kecil - dapat mengurangi tingkat infeksi hingga 25 persen. Penelitian lain di Pakistan menemukan bahwa mencuci tangan dengan sabun mengurangi infeksi saluran pernapasan yang berkaitan dengan Pneumonia pada anak-anak balita hingga lebih dari 50% (S.Luby, Agboatwalla M., Feikin D., Painter J., Billhimer W, Altaf A., and Hoekstra R , 2004)

3. Penyakit kulit; infeksi mata seperti trakoma, dan cacangan khususnya untuk ascariasis dan trichuriasis. Infeksi cacing, Infeksi mata, penyakit kulit, SARS, Flu Burung (<http://www.pu.go.id/publik/forumair/2001/cuci%20tangan.htm>)

4. Tifus, Disentri, Influenza

Selain Kecacingan, SARS, Flu Burung, CTPS mencegah penyakit Hepatitis A dan E (WSP, 2007 dalam *Hand Washing Hand Book, A guide for developing a hygiene promotion to increase handwashing with soap*). Menurut penelitian Firdaus (2002), ada hubungan yang significant antara perilaku CTPS dengan kejadian sakit Hepatitis akut klinis [<http://www.detiknews.com/read/2009/04/30/111441/1123759/10>]

Menurut Direktur Penyehatan Lingkungan, Ditjen PP-PL dalam pernyataannya di Hari Cuci Tangan Sedunia ke-2 (15 Oktober 2009) di Jakarta beberapa waktu lalu, "Sebenarnya berbagai penyakit dapat dicegah dengan mencuci tangan secara benar. Seperti penyakit diare, cacangan, dan Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA). Tak hanya itu penyakit TBC bahkan penyakit yang mematikan seperti SARS, Flu Burung (H5N1) dan Flu Babi (H1N1) dapat dicegah dengan mencuci tangan. Sayangnya, banyak orang yang meremehkan kebiasaan sehat ini dan menganggapnya tidak penting. Padahal dengan membiasakan mencuci tangan

dengan benar, hidup Anda dapat lebih sehat”.  
[<http://www.sumeks.co.id/index.php?option=comcontent&view=article&id=4918:cegah.penyakit-dengan-ctps>]



## BAB III

### KERANGKA KONSEP, DEFINISI OPERASIONAL DAN HIPOTESIS

#### 3.1. Kerangka Konsep

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi seseorang untuk dapat sampai kepada perilaku tertentu. Sehubungan dengan hal tersebut ada beberapa teori dan model yang disampaikan oleh para ahli tentang faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku seperti Health Belief Model, Social Learning Theory, Model Snehandu B.Kar, Planned Behaviour Theory, Social Cognitive Theory, Precede – Proceed Model. Namun dalam penelitian ini penulis lebih banyak mengacu kepada salah satu teori yaitu Precede Model yang disampaikan oleh Green (1980) dengan alasan bahwa teori yang telah disampaikan sebelumnya pada dasarnya semua teori tersebut dapat diintegrasikan ke dalam salah satu faktor perilaku yang meliputi *predisposisi, enabling dan reinforcing factor* dalam Precede Model tersebut.

Model Precede merupakan bagian dari Model Precede – Proceed yang merupakan model yang sering digunakan bersama-sama dalam proses perencanaan, implementasi dan evaluasi. Dalam prosesnya model ini melalui beberapa langkah dan fase. Model PRECEDE *framework* (kerangka kerja Precede merupakan model perencanaan yang dikemukakan Lawrence Green (1980). PRECEDE merupakan akronim *predisposing, reinforcing and enabling constructs in ecosystem diagnosis and evaluation*. Dalam PRECEDE *framework*, berisi dua kegiatan yaitu diagnosis dan evaluasi ekosistem. Evaluasi ekosistem merupakan *assessment* yang hasilnya dipergunakan untuk mendiagnosis ekosistem. Diagnosis ekosistem berisi kegiatan penilaian kualitas hidup melalui penilaian umum terhadap masalah-masalah sosial. Kemudian dilakukan identifikasi masalah-masalah kesehatan yang tampaknya berpengaruh terhadap masalah sosial ini. Selanjutnya diidentifikasi perilaku-perilaku

khusus yang tampaknya berkaitan dengan masalah kesehatan tersebut dilanjutkan dengan melokalisir perilaku (diagnosis perilaku). Kegiatan selanjutnya adalah menegakkan diagnosis edukasional yaitu menentukan faktor-faktor predisposisi (*predisposing factors*), pemungkin (*enabling factors*) dan penguat (*reinforcing factors*) yang berpotensi mempengaruhi perilaku kesehatan.

Faktor predisposisi merupakan faktor pencetus timbulnya perilaku seperti pikiran dan motivasi untuk berperilaku yang meliputi pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap kesehatan, tradisi dan kepercayaan masyarakat terhadap hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan, sistem nilai yang dianut masyarakat, tingkat pendidikan, tingkat sosial ekonomi, dan sebagainya. Faktor-faktor ini terutama yang positif akan mempermudah terwujudnya perilaku baru maka sering disebut faktor yang memudahkan.

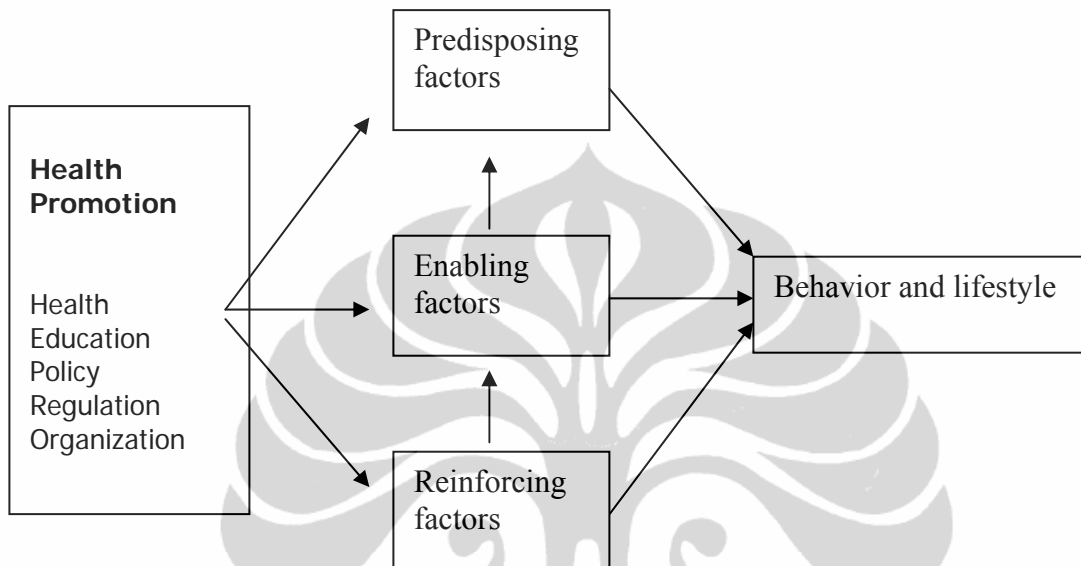
Faktor-faktor pemungkin mendukung timbulnya perilaku sehingga motivasi/pikiran menjadi kenyataan. Wujud dari faktor pendukung ini seperti lingkungan fisik dan sumber-sumber yang ada di masyarakat. Untuk berperilaku sehat, masyarakat memerlukan sarana dan prasarana pendukung. Fasilitas ini pada hakikatnya mendukung untuk atau memungkinkan terwujudnya perilaku kesehatan, maka faktor-faktor ini disebut faktor pendukung, atau faktor pemungkin.

Faktor penguat merupakan sumber yang sangat penting untuk terbentuknya perilaku yang berasal dari orang lain yang merupakan referensi dari perilaku seperti sikap dan perilaku dari keluarga, petugas, tokoh masyarakat, tokoh agama. Termasuk juga di sini undang-undang, peraturan-peraturan baik dari pusat maupun pemerintahan daerah yang terkait dengan kesehatan. Untuk berperilaku sehat, masyarakat kadang-kadang bukan hanya perlu pengetahuan dan sikap positif serta dukungan fasilitas saja, melainkan diperlukan perilaku contoh (acuan) dari para tokoh masyarakat, tokoh agama, para petugas, lebih-lebih para petugas kesehatan. Disamping itu undang-undang juga diperlukan untuk memperkuat perilaku masyarakat tersebut.. Mengacu dari uraian di atas dapat dijelaskan dalam kerangka teori sebagai berikut :

Gambar 3.1.1

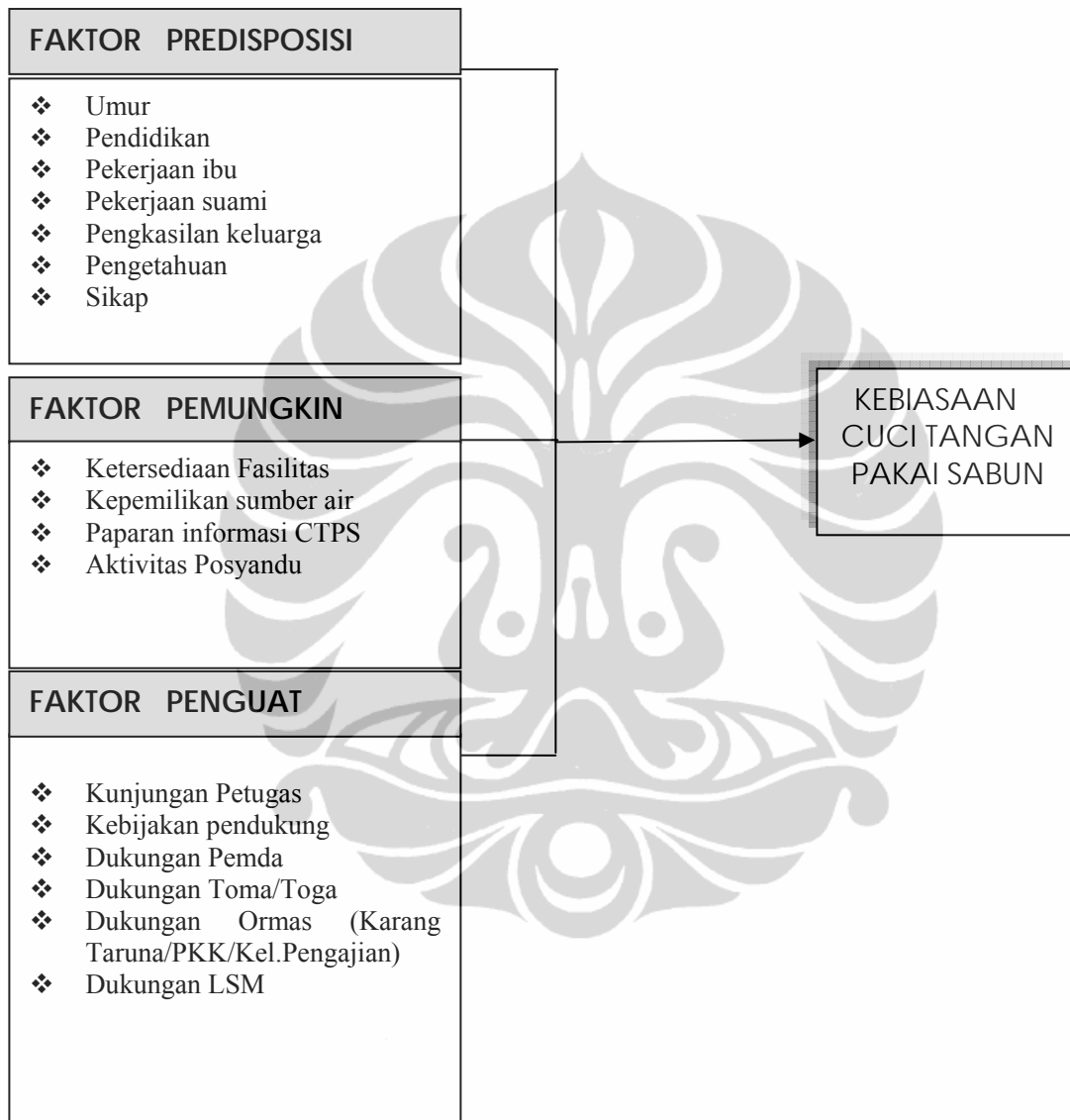
## Kerangka Teori

(Source : Green LW, Kreuter MW, 1999 dalam *Theory at Glance*)



Dari beberapa hasil penelitian dan studi literatur yang dilakukan, didapatkanlah variabel-variabel yang akan diteliti yang berhubungan dengan latar belakang sosiodemografi, pengetahuan, sikap serta kebiasaan Cuci Tangan Pakai Sabun. Untuk menyederhanakan kerangka penelitian tersebut variabel-variabel dikembangkan dalam Model Precede dari Lawrence Green (1980)., menyatakan bahwa untuk merubah perilaku seseorang dapat dilakukan dengan melakukan intervensi terhadap faktor predisposisi, faktor pemungkin dan faktor penguat yang bisa diskemakan sebagai berikut berikut :

Gambar 3.1.2  
Kerangka Konsep



### 3.2. Definisi Operasional

Nama Variabel	Definisi Variabel	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
<b>Dependen</b>					
Kebiasaan CTPS	Pernyataan responden tentang kebiasaan melakukan CTPS di 5 waktu penting : - Sebelum makan - Sebelum menyiapkan makanan - Setelah BAB - Setelah menceboki bayi/anak - Setelah memegang unggas/hewan	Wawancara	Kuesioner P1	1.Ya (Jika responden melakukan 5 waktu penting CTPS) 2.Tidak (Tidak melakukan 5 waktu penting CTPS)	Ordinal
<b>Independen</b>					
1. Umur	Pernyataan responden tentang usia yang dimiliki Ibu balita dilihat dari ulang tahun terakhir	Wawancara	Kuesioner C6	Umur dalam tahun	Rasio
2. Pendidikan	Pernyataan responden tentang jenjang pendidikan formal tertinggi yang pernah dicapai sampai saat penelitian	Wawancara	Kuesioner C8	1= Tamat SMU ke atas 2= Tamat SMP 3= Tamat SD kebawah	Ordinal
3. Pekerjaan ibu	Pernyataan responden tentang pekerjaan yang sedang dijalani	Wawancara	Kuesioner C10	1=Ibu RT 2=Bukan Ibu RT	Ordinal
4. Pekerjaan suami/KK	Pernyataan responden tentang pekerjaan utama yang sedang dijalani	Wawancara	Kuesioner C9	1=PNS/Peg.swasta/BUMN 2=Wiraswasta/Pel.jasa 3= Buruh/Petani/Lainnya/ Ibu RT	Ordinal
5. Penghasilan keluarga	Pernyataan responden tentang penghasilan keluarga dalam sebulan yang terdiri dari penghasilan ayah dan ibu (bila bekerja) yang digunakan untuk memenuhi kebutuhan keluarga	Wawancara	Kuesioner C11	1=> UMR 2=<= UMR	Ordinal

Nama Variabel	Definisi Variabel	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
6. Pengetahuan Tentang CTPS	Pernyataan responden tentang pemahaman waktu penting, kelengkapan, jenis air, jenis sabun, manfaat, alasan, penyakit yang ditimbulkan bila tidak CTPS, cara cuci tangan yang benar.	Wawancara	Kuesioner N1,N2,N5,N6, N7,N8	1= Baik (>70% dari jumlah maksimal jawaban yang benar) 2= Kurang Baik ( $\leq$ 70% dari dari jumlah maksimal jawaban yang benar)	Ordinal
7. Sikap terhadap kebiasaan CTPS	Pernyataan responden tentang kondisi perasaan/kesadaran, pengalaman dan pandangannya terhadap kebiasaan CTPS yang diketahui melalui jawaban terhadap pernyataan terstruktur (20 pernyataan)	Wawancara	Kuesioner O1 – O20	1= Baik (>median) 2= Kurang Baik ( $\leq$ median)	Ordinal
8.Fasilitas CTPS	Pernyataan responden tentang ketersediaan sarana, jenis dan kelengkapan cuci tangan	Wawancara dan observasi	Kuesioner E1 - E4	1=baik (Jika ada sarana dan ada kelengkapannya berupa sabun dan lap) 2=kurang baik (Jika tidak ada sarana/mempunyai tapi kelengkapannya hanya sabun/lap)	Ordinal
9. Kepemilikan sumber air	Pernyataan responden tentang kepemilikan dan jenis sumber air serta kemudahan dalam memperoleh air untuk kebutuhan sehari-hari termasuk untuk kebutuhan CTPS.	Wawancara dan Observasi	Kuesioner F1-F4	1=baik (Jika memiliki sumber air sendiri, dan jarak ke sumber air = Dekat ( $\leq$ 2km) dan waktu tempuh ke sumber air dari rumah = $\leq$ 30 menit dan jenis sumber airnya = saniter)  2=Tidak baik (Jika tidak memiliki sumber air sendiri, jarak ke sumber air jauh, dan waktu tempuh >3 menit dan jenis sumber airnya tidak saniter)	Ordinal



<b>Nama Variabel</b>	<b>Definisi Variabel</b>	<b>Cara Ukur</b>	<b>Alat Ukur</b>	<b>Hasil Ukur</b>	<b>Skala Ukur</b>
10. Paparan Informasi CTPS	Pernyataan responden tentang Paparan informasi tentang CTPS, sumber informasi CTPS dan isi nya	Wawancara	Kuesioner D1 – D3	1=Ya (Jika terpapar informasi tentang CTPS) 2=Tidak (Jika tiak terpapar informasi tentang CTPS)	Ordinal
11. Aktivitas Posyandu	Pernyataan responden tentang keberadaan Posyandu, kehadiran ibu balita dan keaktifan kader	Wawancara	Kuesioner G1-G8	1=Baik (Jika : -Ada posyandu di wilayahnya dan posyandu tersebut buka 12 kali per tahun -ibu hadir di posyandu dan minimal kehadiran 12 kali per tahun -Adanya kader aktif di posyandu yang memberikan informasi tentang CTPS) 2=Kurang baik (Jika tidak Posyandu atau ada Posyandu tapi ibu Posyandu datang kurang dr 12 per tahun atau ada Posyandu tapi kader tidak aktif)	Ordinal
12. Kunjungan petugas	Pernyataan responden tentang pernah tidaknya petugas berkunjung dengan melakukan sosialisasi CTPS	Wawancara	Kuesioner H1,H3,H5	1= Ada 2= Tidak ada	Ordinal
13. Kebijakan pendukung	Pernyataan responden tentang ada tidaknya peraturan,/kebijakan yang mendukung program/kegiatan CTPS	Wawancara	Kuesioner L1 – L2	1= Ada 2= Tidak Ada	Ordinal
14. Dukungan Pemda	Pernyataan responden tentang ada tidaknya dukungan dan bentuk dukungan dari Pemda terhadap program CTPS	Wawancara	Kuesioner I1-I2	1=Ada 2=Tidak ada	Ordinal

<b>Nama Variabel</b>	<b>Definisi Variabel</b>	<b>Cara Ukur</b>	<b>Alat Ukur</b>	<b>Hasil Ukur</b>	<b>Skala Ukur</b>
15. Dukungan Toma/Toga	Pernyataan responden tentang dukungan Toma/toga dan bentuk dukungan terhadap program CTPS	Wawancara	Kuesioner J1 – J2	1= Ada 2= Tidak ada	Ordinal
16. Dukungan Ormas (Karang Taruna,PKK, Pengajian)	Pernyataan responden tentang ada tidaknya dan bentuk dukungan dari ormas terhadap program CTPS	Wawancara	Kuesioner M1- M3	1=Baik (Jika ada 3 ormas dan memberikan dukungan program CTPS) 2=Kurang baik (Jika ada ormas tapi tidak ada dukungan, atau ada salah satu ormas dan ada dukungan)	Ordinal
17. Dukungan LSM	Pernyataan responden tentang ada tidaknya dan bentuk dukungan dari LSM terhadap program CTPS	Wawancara	Kuesioner K1 – K2	1=Ada 2= Tidak ada	Ordinal

### 3.3. Hipotesis

Ada hubungan antara faktor predisposisi ibu balita (umur, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, pengetahuan dan sikap), faktor pemungkin (Paparasi informasi, Keberadaan fasilitas, Kepemilikan sumber air rumah tangga, Aktivitas Posyandu ) dan faktor penguat (Kunjungan petugas, Kebijakan pendukung, Dukungan Pemda, Dukungan toma/toga, Dukungan ormas, Dukungan LSM) terhadap Kebiasaan CTPS pada masyarakat di desa Cikoneng, Kecamatan Ganeas, Kabupaten Sumedang.

Sehingga Hipotesisnya dapat dijabarkan sbb :

3.4.1. Ada hubungan Umur Ibu dengan Kebiasaan CTPS

3.4.2. Ada hubungan Pendidikan Ibu dengan Kebiasaan CTPS

- 3.4.3. Ada hubungan Pekerjaan Suami/KK dengan Kebiasaan CTPS
- 3.4.4. Ada hubungan Penghasilan keluarga dengan Kebiasaan CTPS
- 3.4.5. Ada hubungan Pengetahuan Ibu dengan Kebiasaan CTPS
- 3.4.6. Ada hubungan Sikap Ibu dengan Kebiasaan CTPS
- 3.4.7. Ada hubungan Fasilitas CTPS dengan Kebiasaan CTPS
- 3.4.8. Ada hubungan Kepemilikan sumber air dengan Kebiasaan CTPS
- 3.4.9. Ada hubungan Paparan terhadap informasi CTPS dengan Kebiasaan CTPS
- 3.4.10. Ada hubungan Aktivitas Posyandu dengan Kebiasaan CTPS
- 3.4.11. Ada hubungan Kunjungan petugas dengan Kebiasaan CTPS
- 3.4.12. Ada hubungan Kebijakan pendukung dengan Kebiasaan CTPS
- 3.4.13. Ada hubungan Dukungan Pemda dengan Kebiasaan CTPS
- 3.4.14. Ada hubungan Dukungan Toga/Toma dengan Kebiasaan CTPS
- 3.4.15. Ada hubungan Dukungan Ormas (Karang Taruna/PKK/Kel.Pengajian) dengan Kebiasaan CTPS
- 3.4.16. Ada hubungan Dukungan LSM dengan Kebiasaan CTPS

## BAB IV

### METODOLOGI PENELITIAN

#### 4.1. Jenis dan Desain penelitian

Penelitian ini menggunakan desain non eksperimental dimana pengambilan datanya dilakukan pada waktu sesaat dan secara bersamaan (*cross sectional*), untuk variabel bebas dan variabel terikatnya. Cara pengumpulan data *cross sectional*, digunakan dengan pertimbangan relatif lebih mudah dan cepat dilakukan sehingga tidak memerlukan waktu dan biaya yang terlalu besar

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif menggunakan data primer untuk mengetahui hubungan antara faktor predisposisi, faktor pemungkin dan faktor penguat dengan kebiasaan cuci tangan pakai sabun pada ibu balita di Desa Cikoneng, Kecamatan Ganeas, Kabupaten Sumedang.

#### 4.2. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan pada minggu kedua bulan Mei 2010 di desa Cikoneng, Kecamatan Ganeas, Kabupaten Sumedang. Pemilihan lokasi ini ditetapkan berdasarkan laporan dari Dinkes Kabupaten Sumedang, bahwa desa di wilayah kerja Puskesmas Ganeas tersebut telah dilakukan intervensi STBM dan untuk program CTPS.

#### 4.3. Populasi dan Sampel

##### 4.3.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah ibu yang mempunyai balita yang tinggal di desa Cikoneng, Puskesmas Ganeas, Kecamatan Sumedang.

##### 4.3.2. Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah sebagian dari ibu yang mempunyai balita yang ada di desa Cikoneng, Kecamatan Ganeas. Estimasi besar sampel dihitung dengan menggunakan rumus besar sampel untuk uji hipotesis beda 2 proporsi

(Lemeshow, 1997:18). Besar sampel dihitung dengan rumus, besar sampel untuk uji hipotesis beda 2 proporsi

$$n = \frac{\left( z_{1-\alpha/2} \sqrt{2\bar{P}(1-\bar{P})} + z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right)^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Dimana,

n            besar sampel

=

$P_1$         = Proporsi cuci tangan baik pada responden yang bersikap baik (0,73), Mulyani (2008)

$P_2$         = Proporsi cuci tangan baik pada responden yang bersikap kurang baik (0,48), Mulyani (2008)

$\bar{P}$         =  $(P_1 + P_2)/2$

=

$Z_{(1-\alpha/2)}$  = nilai Z pada derajat kemaknaan 5 % dan uji 2 sisi

$Z_{1-\beta}$      = Nilai Z pada kekuatan uji tertentu (80%)

=

Dengan menggunakan rumus di atas maka didapatkan sampel minimal 73 ibu balita yang bersikap kurang terhadap kebiasaan CTPS dan 73 ibu balita yang bersikap baik terhadap kebiasaan CTPS. Dengan tambahan 10% untuk kemungkinan non response, maka jumlah sampel seluruhnya dibulatkan menjadi 160.

#### 4.4. Teknik Pengambilan Sampel

Desa Cikoneng, dipilih dari Puskesmas Ganeas dengan pertimbangan desa ini telah mendapatkan program Cuci Tangan Pakai Sabun dan belum pernah dilakukan penelitian terkait CTPS di daerah ini. Dari survei pendahuluan, populasi ibu balita di desa Cikoneng didapatkan 170 orang. Oleh karena itu diambil sebanyak 170. Jadi dari

perhitungan sampel yang tadinya mengambil 160 ibu balita, diputuskan diambil seluruh total populasi dari ibu balita sebanyak 170.

#### **4.5. Pengumpulan Data**

Pengumpulan data dimulai dengan menelusuri data sekunder terkait data demografis, data penyakit, khususnya Diare, ada/tidaknya bantuan program CTPS diperoleh dari Puskesmas dan Dinas Kesehatan Kabupaten Sumedang. Data primer diperoleh dengan wawancara dan observasi ke ibu balita/KK yang meliputi data umur, pendidikan, pekerjaan, pendapatan, pengetahuan dan sikap ibu, ketersediaan fasilitas, paparan terhadap informasi CTPS, aktivitas Posyandu, kunjungan petugas, kebijakan pendukung, dukungan Pemda, dukungan toma/toga, dukungan organisasi kemasyarakatan, dan dukungan LSM.

Pengumpulan data dibantu petugas Puskesmas dan Dinas Kesehatan yang sebelumnya dilakukan pelatihan untuk pemahaman pertanyaan kuesioner, penyamaan persepsi alur pertanyaan dan dalam cara pengisian kuesioner. Kuesioner sebelum digunakan, dilakukan ujicoba kuesioner dengan tujuan untuk mengetahui kelayakan kuesioner tersebut. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner yang berisi daftar pertanyaan yang ditujukan kepada ibu balita/KK yang ada di desa di wilayah Ganeas. Sebelum menggunakan kuesioner tersebut dilakukan uji coba pada ibu balita di wilayah Bekasi. Hal ini dilakukan untuk melihat apakah pertanyaan-pertanyaan yang diajukan kepada responden dapat mengerti atau tidak. Hasilnya adalah terjadi perbaikan-perbaikan dalam beberapa pertanyaan dalam kuesioner sesungguhnya.

#### **4.6. Manajemen Data**

Data penelitian kuantitatif diolah terlebih dahulu dengan empat tahapan, yakni :

##### **4.6.1. Editing**

Dilakukan untuk memastikan semua data yang dibutuhkan telah diperoleh oleh peneliti. Setiap pertanyaan dan pernyataan dalam kuesioner dipastikan telah terisi semua.

#### 4.6.2. *Coding*

Yaitu pemberian kode pada setiap jawaban yang terkumpul dalam kuesioner untuk memudahkan proses pengolahan data.

#### 4.6.3. *Processing*

Yaitu melakukan pemindahan atau pemasukan data dari kuesioner ke dalam komputer untuk diproses. *Entry* data kedalam komputer dilakukan dengan menggunakan software komputer.

#### 4.6.4. *Cleaning*

Yaitu proses pemeriksaan data apakah ada kesalahan atau tidak. Jika terdapat data yang salah maka dibersihkan dalam proses ini

#### 4.6.5 Pembobotan

##### 1) Pertanyaan Pengetahuan

- Untuk pertanyaan pengetahuan dinyatakan dalam no 1, 2, 5, 6, 7, 8.
- Untuk pertanyaan dengan jawaban benar diskor 1 (1a, 1b, 1c, 1j, 1k), (2c, 2d), (5a, 5b, 5c, 5d), (6a, 6b, 6c, 6d), (7a, 7b, 7c, 7d, 7e), (8a, 8b, 8c, 8d) dan untuk pertanyaan salah diskor 0.
- Membuat variabel pengetahuan yang merupakan penjumlahan skor dari pertanyaan 1,2,5,6,7,8.
- Membuat kategori pengetahuan berdasarkan presentase (70%) dari total skor maksimal dari jawaban yang benar.

##### 2) Pertanyaan sikap

- Untuk pertanyaan sikap yang merupakan pertanyaan yang negatif adalah pertanyaan no 1, 4, 7, 10, lainnya yang merupakan pertanyaan positif
- Untuk pertanyaan dengan jawaban “sangat setuju” diskor 4, “setuju” diskor 3, “tidak setuju” diskor 2, “sangat tidak setuju” diskor 1

- Membuat variabel sikap yang merupakan penjumlahan skor dari pertanyaan no 1 sampai no.20
- Membuat kategori variabel sikap berdasarkan nilai median total skor sikap

#### 4.7 Analisis Data

Analisa data hasil penelitian dilakukan secara bertingkat yaitu analisis univariat, analisis bivariat dan analisis multivariat dengan menggunakan alat bantu perangkat lunak yang sesuai. Hasil selanjutnya akan disajikan dalam bentuk tabel dan grafik. Langkah analisa yang dilakukan adalah sebagai berikut :

##### 4.7.1 Analisis Univariat

Analisis ini untuk melihat distribusi frekuensi terhadap proporsi sebagai karakteristik atau variabel yang diteliti baik variabel terikat maupun variabel bebas. Selain itu, dari analisis univariat ini berguna untuk menilai kualitas data dan menentukan rencana analisis selanjutnya (analisis bivariat).

##### 4.7.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat adalah analisis yang bertujuan mengetahui hubungan yang signifikan antara masing-masing variabel bebas dengan variabel terikat. Uji *chi-square* merupakan suatu uji statistik yang sering digunakan untuk melihat perbedaan (2 uji beda) antara variabel bebas dan terikat. Intinya analisis ini menjelaskan faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi kebiasaan Cuci Tangan Pakai Sabun.

##### 4.7.3 Analisis Multivariat

Analisis multi variabel untuk memperoleh model yang terdiri dari beberapa variabel bebas yang dianggap terbaik untuk memprediksi kebiasaan Cuci Tangan Pakai Sabun serta untuk mengetahui faktor mana yang dominan yang berhubungan dengan perilaku Cuci Tangan Pakai Sabun. Uji yang digunakan adalah *regresi logistik ganda*.



## **BAB V**

### **HASIL PENELITIAN**

#### **5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian**

Kabupaten Sumedang memiliki posisi strategis dalam letak geografis Propinsi Jawa Barat dan berada di bagian tengah Propinsi Jawa Barat, serta merupakan daerah lintasan utama mobilitas penduduk pada jalur regional Bandung-Cirebon yang sangat padat lalu lintasnya. Dilihat dari batas-batas administratif wilayahnya, Kabupaten Sumedang berbatasan dengan 5 kabupaten lainnya di Propinsi Jawa Barat yaitu Kabupaten Bandung, Garut, Majalengka, Indramayu dan Kabupaten Subang. Jumlah penduduk Kabupaten Sumedang berdasarkan Suseda Propinsi Jawa Barat tahun 2008 1.134.288 jiwa yang tersebar di 26 Kecamatan.

Kecamatan Ganeas merupakan salah satu Kecamatan di Kabupaten Sumedang, tepatnya sebelah timur dari ibu kota Kabupaten Sumedang dengan jarak tempuh  $\pm 7$  Km dengan batas wilayahnya di sebelah utara Kecamatan Cisarua, sebelah selatan Kecamatan Sumedang selatan, sebelah barat Kecamatan Sumedang Utara, dan sebelah timur Kecamatan Situraja. Secara administratif Kecamatan Ganeas terbagi dalam 7 wilayah desa, yaitu desa Ganeas, desa Dayeuhluhur, desa Sukaluyu, desa Sukawening, desa Tanjunghurip, desa Cikondang dan desa Cikoneng. Desa Cikoneng mempunyai luas 159.45 ha/m<sup>2</sup> dengan jumlah penduduk 5.283 jiwa (1.509 KK) yang terdiri dari 2.725 orang penduduk laki-laki dan 2.558 orang penduduk wanita. Penyebaran penduduk yang tidak merata perlu mendapat perhatian karena berkaitan dengan daya dukung lingkungan yang tidak seimbang. Secara geografis desa Cikoneng terletak di dataran tinggi (desa atas) yang banyak untuk perkebunan, ladang dan hutan rakyat. Mata pencaharian penduduk sebagian besar sebagai buruh tani, petani dan pedagang.

Masyarakat desa Cikoneng dalam meningkatkan kualitas kesehatannya baik dalam pelayanan preventif maupun kuratif, mendapatkan pelayanan kesehatan dari

Puskesmas Ganeas. Menurut Profil Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Sumedang tahun 2009, jumlah penderita Diare di Kabupaten Sumedang relatif besar, dimana kasus tertinggi terdapat di Kecamatan Ganeas (9%), yang diduga karena masih banyaknya sarana sanitasi dasar yang belum memenuhi syarat kesehatan, baik dari sarana air bersih, jamban keluarga, saluran pembuangan air limbah serta perilaku kebiasaan masyarakat yang masih rendah. Diare yang banyak diderita oleh balita, tentunya tidak lepas dari peran orang tua balita, khususnya ibu balita dalam menjaga kesehatan anaknya. Terkait dengan Diare, beberapa faktor yang dapat mempengaruhi diantaranya karena faktor gizi, sanitasi dan perilaku ibu. Data dari Puskesmas Ganeas jumlah ibu balita di desa Cikoneng sebanyak 170 orang.

Salah satu program dari Puskesmas Ganeas yang terkait dengan PHBS adalah dengan telah dilakukan pembinaan PHBS dalam rangka merubah perilaku masyarakat untuk berperilaku sehat. Dari beberapa kegiatan PHBS salah satunya adalah kebiasaan cuci tangan pakai sabun di masyarakat dan sekolah. Menurut data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Sumedang tahun 2009, pencapaian perilaku cuci tangan dengan sabun untuk Kabupaten Sumedang adalah (71,7 %) dan untuk Kecamatan Ganeas (42,1%). Khusus untuk CTPS data dari Puskesmas tahun 2007, pencapaian untuk desa Cikoneng adalah 30%, tahun 2008 sebesar 40% dan tahun 2009 meningkat menjadi 66,9 %.

Menggunakan air bersih juga merupakan salah satu indikator dari PHBS di Kabupaten Sumedang, dimana pencapaiannya untuk Kabupaten Sumedang (94,2%), dan Kecamatan Ganeas (93,1%). Data dari Kelurahan Cikoneng, terkait dengan penyehatan lingkungan, masyarakat desa Cikoneng sebagian besar menggunakan sumber air dari sumur terlindungi (SGL) dan beberapa menggunakan air dari mata air terlindungi (PMA) dan Penampungan Air Hujan (PAH). Keluarga yang memiliki sarana air bersih sebanyak 907 KK, sedangkan presentase keluarga yang memiliki akses air bersih di desa Cikoneng adalah untuk kepemilikan sarana SGL sebanyak 561 KK, SPT sebanyak 68 KK, PAH sebanyak 1 KK dan yang lainnya 274 KK.

## 5.2 Pelaksanaan Penelitian

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kebiasaan cuci tangan pakai sabun pada ibu balita di desa Cikoneng, Kecamatan Ganeas, Kabupaten Sumedang tahun 2010. Penelitian dilakukan di desa Cikoneng periode Mei 2010 dengan responden ibu balita berjumlah 170 orang. Sebelumnya telah diperoleh nama dan lokasi ibu balita yang tersebar di wilayah desa Cikoneng dari bidan desa dan tenaga Puskesmas. Pengumpulan data dilakukan oleh peneliti dan staf Dinas Kesehatan Kabupaten Sumedang serta staf Puskesmas Ganeas.

Dalam melakukan pengumpulan data, peneliti melakukan wawancara dengan menggunakan kuesioner terstruktur yang ditanyakan langsung ke ibu balita yang meliputi faktor sosiodemografi responden, paparan terhadap informasi cuci tangan pakai sabun, fasilitas cuci tangan, kepemilikan sumber air, aktivitas Posyandu, kunjungan petugas, dukungan dari pihak Pemda, Toma/Toga, organisasi kemasyarakatan, LSM, pengetahuan ibu balita terkait cuci tangan pakai sabun, sikap ibu balita terkait cuci tangan pakai sabun, dan kebiasaannya dalam cuci tangan pakai sabun, serta observasi langsung terhadap fasilitas cuci tangan dan kepemilikan sumber air. Sebelum melakukan wawancara dan kunjungan langsung ke rumah ibu balita, dilakukan penyamaan persepsi terhadap cara pengisian kuesioner. Responden yang diwawancarai sebanyak 170 orang dan tidak ada yang menolak untuk diwawancarai. Jumlah sampel diambil 170 berdasarkan total populasi ibu balita di desa Cikoneng.

Analisis dari penelitian ini dilakukan dengan 3 cara yaitu analisis univariat, bivariat dan multivariat. Pada analisis univariat akan dilihat distribusi frekuensinya, pada analisis bivariat akan dilihat hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat dengan uji *chi-square*, sedangkan pada tahap analisis multivariat akan dilihat variabel bebas mana yang paling kuat hubungannya dengan variabel terikat dengan menggunakan uji *Regresi Logistik Ganda*.

### 5.3. Hasil uji coba Kuesioner

Dalam pengumpulan data, peneliti menggunakan kuesioner yang telah diujicobakan pada 30 ibu balita di Kabupaten Bekasi, yang mempunyai karakteristik hampir sama dengan responden yang akan diteliti. Maksud dari uji coba ini adalah untuk menguji sejauh mana validitas dan reliabilitas dari instrumen. Uji dilakukan dengan menggunakan "Cronbach Alpha". Berdasarkan hasil uji reliabilitas, pertanyaan di kuesioner sudah reliabilitas dengan  $\alpha = 0,983$ . Validitas dilihat dari r hitung dibandingkan dengan r tabel. r tabel pada uji coba ini sebesar 0,361 diperoleh dari df (n-2) atau pada df=28. Dengan melakukan perhitungan menggunakan komputer didapatkan nilai r hitung dari 20 pertanyaan sikap ternyata nilai r yang paling rendah sebesar 0,724. Jadi dapat dikatakan nilai r untuk setiap pertanyaan sikap sudah lebih besar dari r tabel. Atau dapat dikatakan bahwa semua pertanyaan sikap sudah valid dan siap digunakan untuk pengumpulan data.

### 5.4. Analisis Univariat

Pada hasil penelitian ini analisis univariat dilakukan untuk melihat distribusi frekuensi untuk masing-masing variabel bebas dan variabel terikat. Tujuan lain untuk melihat eksistensi dari variabel yang ada, melihat kualitas data dan melihat gambaran respondennya. Variabel bebas yang akan dijelaskan adalah paparan terhadap informasi cuci tangan pakai sabun, fasilitas cuci tangan, kepemilikan sumber air, aktivitas Posyandu, kunjungan petugas, kebijakan pendukung, dukungan dari pihak Pemda, Toma/Toga, organisasi kemasyarakatan, LSM, pengetahuan ibu balita terkait cuci tangan pakai sabun, sikap ibu balita terkait cuci tangan pakai sabun dan variabel terikatnya Kebiasaan cuci tangan pakai sabun. Untuk mendapatkan gambaran distribusi dari variabel-variabel tersebut, maka terlebih dahulu mengetahui apakah bentuk distribusinya normal atau tidak normal sehingga dapat digunakan sebagai standar untuk mengetahui *cutt of point*. Berdasarkan uji kenormalan (*uji Kolmogorov*

*Smirnov*) ( $p$  value = 0,000) menunjukkan bahwa semua variabel tidak normal (menceng ke kanan), sehingga *cutt of point* menggunakan nilai Median

#### 5.4.1 Kebiasaan Cuci Tangan Pakai Sabun

Tabel 5.4.1a  
Distribusi Responden menurut Kebiasaan CTPS di Desa Cikoneng,  
Kecamatan Ganeas, Kabupaten Sumedang, Tahun 2010

Kebiasaan CTPS	Jumlah	Persentase
Sebelum makan	154	90,6
Sebelum menyiapkan makanan	120	70,6
Setelah BAB/BAK	166	97,6
Setelah menceboki bayi/anak	162	95,3
Setelah memegang hewan	150	88,2

Distribusi responden menurut kebiasaan CTPS di atas, dapat terlihat ternyata diantara 5 waktu penting yang dilakukan, paling banyak responden selalu cuci tangan pakai sabun pada saat setelah BAB/BAK sebesar 97,6%, hampir sama dengan saat setelah menceboki bayi/anak sebesar 95,3%, sebelum makan sebesar 90,6%, setelah memegang hewan 88,2% dan sebelum menyiapkan makanan 70,6%.

Tabel 5.4.1b  
Distribusi Responden menurut Kebiasaan CTPS di Desa Cikoneng,  
Kecamatan Ganeas, Kabupaten Sumedang, Tahun 2010

Kebiasaan CTPS	Jumlah	Persentase
Kurang Baik	56	32,9
Baik	114	67,1
Jumlah	170	100,0

Setelah dikelompokkan menjadi 2 kategori, maka dapat diperoleh hasil bahwa sebagian besar responden (67,1%) mempunyai kebiasaan yang baik dalam melakukan cuci tangan pakai sabun dan 32,9% mempunyai kebiasaan CTPS yang kurang baik.

## 5.4.2. Faktor Predisposisi

### 5.4.2.1 Umur

Tabel 5.4.2.1  
Distribusi Responden menurut Umur di Desa Cikoneng, Kecamatan  
Ganeas, Kabupaten Sumedang, Tahun 2010

Variabel	Mean Median	Minimum Maksimum	Standar Deviasi	95% CI
Umur (tahun)	31,4 31	18 51	6,1	30,4 - 32,3

Hasil analisis didapatkan rata-rata umur ibu adalah 31,4 tahun (95% CI: 30,4-32,3), dengan standar deviasi 6,1 tahun. Umur termuda 18 tahun umur tertua 51 tahun. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% dapat diyakini bahwa rata-rata umur ibu balita adalah diantara 30,4 tahun sampai dengan 32,3 tahun.

### 5.4.2.2 . Tingkat Pendidikan

Tabel 5.4.2.2a  
Distribusi Responden menurut Tingkat Pendidikan di Desa Cikoneng,  
Kecamatan Ganeas, Kabupaten Sumedang, Tahun 2010

Tingkat Pendidikan	Jumlah	Persentase
Tdk Tamat SD	4	2,4
Tamat SD	58	34,1
Tamat SMP	56	32,9
Tamat SMU	49	28,8
Tamat PT	3	1,8
Jumlah	170	100,0

Distribusi tingkat pendidikan di atas menggambarkan paling banyak ibu balita berpendidikan tamat SD yaitu 58 orang (34,1%), hampir sama dengan jumlah ibu balita yang tamat SD sebanyak 56 orang (32,9%), sedangkan yang tamat SMU, tamat PT dan Tidak tamat SD masing-masing 28,8%, 1,8% dan 2,4 %.

Tabel 5.4.2.2b  
Distribusi Responden menurut Tingkat Pendidikan di Desa Cikoneng,  
Kecamatan Ganeas, Kabupaten Sumedang, Tahun 2010

Tingkat Pendidikan	Jumlah	Persentase
Tamat SD ke bawah	62	36,5
Tamat SMP	56	32,9
Tamat SMU ke atas	52	30,6
Jumlah	170	100,0

Sehingga distribusi responden menurut tingkat pendidikan dapat dikelompokkan menjadi 3 kategori, yaitu paling banyak responden Tamat SD ke bawah sebanyak 62 orang (36,5%), tamat SMP sebanyak 56 orang (32,9%) dan tamat SMU ke atas sebanyak 52 orang (30,6%).

#### 5.4.2.3 Pekerjaan Ibu

Tabel 5.4.2.3a  
Distribusi Responden menurut Pekerjaan di Desa Cikoneng, Kecamatan  
Ganeas, Kabupaten Sumedang, Tahun 2010

Pekerjaan	Jumlah	Persentase
Ibu RT	152	89,4
TNI/Polri	1	0,6
PNS	1	0,6
Peg Swasta	2	1,2
Wiraswasta/pedagang	12	7,1
Lainnya	2	1,2
Jumlah	170	100,0

Distribusi responden menurut pekerjaan menunjukkan hampir seluruh ibu balita sebanyak 152 orang (89,4%) adalah ibu RT, 12 orang (7,1%) bekerja sebagai wiraswasta/pedagang dan sisanya masing-masing bekerja sebagai pegawai swasta/lainnya (1,2%), PNS (0,6%), TNI/Polri (0,6%).

Tabel 5.4.2.3b  
Distribusi Responden menurut Pekerjaan (Kategori) di Desa Cikoneng,  
Kecamatan Ganeas, Kabupaten Sumedang, Tahun 2010

Pekerjaan	Jumlah	Persentase
Ibu RT	152	89,4
Bukan Ibu RT	18	10,6
Jumlah	170	100,0

Dari tabel di atas dikelompokkan ke dalam 2 kategori, terlihat paling banyak responden sebagian besar tidak bekerja atau sebagai ibu RT sebanyak 152 orang (89,4%), dan bukan ibu RT sebanyak 18 orang (10,6%)

#### 5.4.2.4 Pekerjaan Suami/Kepala Keluarga

Tabel 5.4.2.4a  
Distribusi Responden menurut Pekerjaan Suami/Kepala Keluarga di Desa  
Cikoneng, Kecamatan Ganeas, Kabupaten Sumedang, Tahun 2010

Pekerjaan Suami/KK	Jumlah	Persentase
Ibu RT	4	2,4
PNS	5	2,9
Peg BUMN	1	0,6
Peg Swasta	21	12,4
Wiraswasta/pedagang	45	26,5
Pelayanan jasa	1	0,6
Petani	5	2,9
Buruh	80	47,1
Lainnya	8	4,7
Jumlah	170	100,0



Pada tabel 5.4.2.4a dapat dilihat bahwa pekerjaan suami/KK sebagian besar bekerja sebagai buruh sebanyak 80 orang (47,1%), wiraswasta/pedagang sebanyak 45 orang (26,5%), pegawai swasta sebanyak 21 orang (12,4%), sisanya berturut-turut sebagai ibu RT (2,4%), PNS (2,9%), Pegawai BUMN (0,6%), pelayanan jasa (0,6%), petani (2,9%) dan lainnya (4,7%).

Tabel 5.4.2.4b

Distribusi Responden menurut Pekerjaan Suami/Kepala Keluarga di Desa Cikoneng, Kecamatan Ganeas, Kabupaten Sumedang, Tahun 2010

Pekerjaan Suami/KK	Jumlah	Persentase
PNS/Peg Swasta/BUMN	27	15,9
Wiraswasta/pedagang/Jasa	46	27,1
Buruh/Petani/Lainnya/Ibu RT	97	57,1
Jumlah	170	100,0

Dari tabel di atas, distribusi responden ini dapat dikelompokkan menjadi 3 kategori yaitu suami/KK yang bekerja sebagai Buruh/Petani/Lainnya/ibu RT sebanyak 97 orang (57,1%), wiraswasta/pedagang/pelayanan jasa sebanyak 46 orang (27,1%) dan PNS/Peg swasta/BUMN sebanyak 27 orang (15,9%).

#### 5.4.2.5 . Penghasilan Keluarga Per Bulan

Tabel 5.4.2.5

Distribusi Responden menurut Tingkat Penghasilan Rumah Tangga di Desa Cikoneng, Kecamatan Ganeas, Kabupaten Sumedang, Tahun 2010

Tingkat Penghasilan Rumah Tangga	Jumlah	Persentase
> Rp. 700.000,-	70	41,2
≤ Rp.700.000,-	100	58,8
Jumlah	170	100,0

Tingkat penghasilan rumah tangga dalam penelitian ini dikategorikan berdasarkan Upah Minimum Regional (UMR) Kabupaten Sumedang sebesar

Rp.700.000,-. Pada tabel di atas terlihat bahwa responden lebih banyak yang berpenghasilan di bawah UMR sebesar 58,8%.

#### 5.4.2.6 Pengetahuan

Tabel 5.4.2.6a  
Distribusi Responden menurut Pengetahuan di Desa Cikoneng,  
Kecamatan Ganeas, Kabupaten Sumedang, Tahun 2010

Pengetahuan	Jumlah	Persentase
Waktu penting yang tepat bagi ibu balita melakukan CTPS:		
1. Sebelum makan	155	91,2
2. Sebelum menyiapkan makanan	28	16,5
3. Setelah buang air kecil/besar	155	91,2
4. Setelah pulang dari bepergian	8	4,7
5. Setelah pulang kerja	8	4,7
6. Setelah menggunakan fasilitas umum	6	3,5
7. Setelah membersihkan rumah	79	46,5
8. Setelah membuang sampah	50	29,4
9. Setelah berkebun	12	7,1
10. Setelah Menceboki bayi/anak	108	63,5
11. Setelah memegang hewan	32	18,8
Kelengkapan untuk mencuci tangan		
1. Air saja	4	2,4
2. Air dan lap	3	1,8
3. Air dan sabun	108	63,5
4. Air dan sabun serta lap	55	32,4
Jenis sabun yang digunakan untuk mencuci tangan		
1. Sabun colek	32	18,8
2. Sabun batangan	98	57,6
3. Sabun cair	41	24,1
4. Lain-lain	2	1,2
Manfaat CTPS		
1. Kebersihan diri	107	62,9
2. Merasa nyaman	5	2,9
3. Tangan menjadi Indah	3	1,8
4. Terhindar penyakit	145	85,3
5. Lain-lain	3	1,8

Pengetahuan	Jumlah	Persentase
Alasan melakukan CTPS :		
1.Mudah	25	14,7
2. Murah	6	3,5
3.Terhindar dari kuman	144	84,7
4.Yakin akan manfaatnya	31	18,2
5.Lain-lain	6	3,5
Penyakit yang dapat timbul apabila tidak melakukan CTPS		
1. Batuk pilek	27	15,9
2. Diare	162	95,3
3. Kecacingan	65	38,2
4. Kulit	83	48,8
5. Flu Burung	17	10,0
6. Lain-lain	1	0,6
Cara melakukan CTPS yang benar		
1. Menggunakan air yang mengalir	136	80,0
2. Menggosokkan sabun pada kedua telapak tangan dan kedua punggung tangan, jari-jemari, kedua jempol secara seksama.	124	72,9
3. Dengan menggunakan kuku, membersihkan sela-sela di bawah kuku	29	17,1
4. Dikeringkan setelah dibilas	112	65,9

Keterangan : Responden dapat menjawab lebih dari satu jawaban

Distribusi responden menurut pengetahuan untuk waktu-waktu yang tepat CTPS, paling banyak dilakukan pada saat sebelum makan sebanyak 155 orang (91,2%), sama dengan yang melakukan CTPS setelah BAK/BAB sebanyak 155 orang (91,2%) dan setelah menceboki bayi/anak sebanyak 108 orang (63,5%). Waktu-waktu lainnya yang dirasakan ibu balita tepat untuk CTPS berturut-turut adalah setelah membersihkan rumah (46,5%), setelah membuang sampah (29,4%), setelah memegang hewan (18,8%), sebelum menyiapkan makanan (16,5%), setelah berkebutan (7,1%), setelah pulang dari bepergian (4,7%), setelah pulang kerja (4,7%) dan setelah menggunakan fasilitas umum (3,5%).

Pengetahuan ibu balita dalam menggunakan kelengkapan yang benar untuk CTPS terbanyak menggunakan air dan sabun sebanyak 108 orang (63,5%), air, sabun dan lap sebanyak 55 orang (32,4%), air saja sebanyak 4 orang (2,4%) dan air dan lap sebanyak 3 orang (1,8%). Sabun yang dipakai untuk cuci tangan paling banyak

responden menggunakan sabun batangan, yaitu 98 orang (57,6%), sabun cair dipakai 41 orang (24,1%), sabun colek dipakai 32 orang (18,8%) dan 2 orang (1,2%) memakai lainnya.

Pengetahuan ibu balita tentang manfaat dari CTPS, yang paling banyak menyatakan agar terhindar penyakit sebanyak 145 orang (85,3%), untuk kebersihan diri sebanyak 107 orang (62,9%), sedangkan 5 orang (2,9%) menyatakan merasa nyaman dan sisanya agar tangan menjadi indah serta lainnya masing-masing 3 orang (1,8%). Begitu juga dengan alasan ibu balita melakukan CTPS, presentase terbanyak adalah agar terhindar dari kuman sebanyak 144 orang (84,7%), yakin akan manfaat CTPS 31 orang (18,2%), mudah dinyatakan oleh 25 orang (14,7%) dan karena murah dan lain-lain masing-masing dinyatakan 6 orang (3,5%).

Tabel 5.4.2.6a juga menjelaskan distribusi responden menurut pengetahuan tentang penyakit yang dapat timbul apabila tidak CTPS, sebagian besar responden menyatakan penyakit Diare sebanyak 162 orang (95,3%), Kulit sebanyak 83 orang (48,8%) dan selebihnya menyatakan dapat timbul penyakit Kecacingan (38,2%), batuk pilek (15,9%), flu burung (10,0%) dan lain-lain (0,6%).

Pengetahuan ibu balita tentang cara CTPS yang benar sebanyak 136 orang (80,0%) menyatakan menggunakan air yang mengalir, 124 orang (72,9%) menyatakan menggosokkan sabun pada kedua telapak tangan dan kedua punggung tangan, jari-jemari, kedua jempol secara seksama, 20 orang (17,1%) menyatakan dengan menggunakan kuku, membersihkan sela-sela di bawah kuku dan 112 orang (65,9%) menyatakan dikeringkan setelah dibilas.

Tabel 5.4.2.6b  
Distribusi Responden menurut Kategori Pengetahuan di Desa Cikoneng,  
Kecamatan Ganeas, Kabupaten Sumedang, Tahun 2010

Kategori Pengetahuan	Jumlah	Persentase
1. Baik	4	2,4
2. Kurang Baik	166	97,6
Jumlah	170	100,0

Selanjutnya pengetahuan dikategorikan berdasarkan jawaban yang benar. Pengetahuan dikatakan baik jika jawaban responden benar jumlahnya lebih dari 70% sedangkan pengetahuan kurang baik jika jawaban benar responden jumlahnya kurang dari 70%. Dari tabel di atas terlihat bahwa hanya 2,4% responden yang berpengetahuan baik, masih sangat kecil dibandingkan yang berpengetahuan kurang baik 97,6%.

#### 5.4.2.7 . Sikap

Tabel 5.4.2.7a  
Distribusi Responden menurut Sikap di Desa Cikoneng, Kecamatan  
Ganeas, Kabupaten Sumedang, Tahun 2010

Sikap	SS		S		TS		STS	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sebelum makan mencuci tangan dengan air saja	1	0,6	64	37,6	103	60,6	2	1,2
Sebelum makan mencuci tangan dengan air dan sabun	35	20,6	134	78,8	1	0,6	0	0,0
Sebelum makan mencuci tangan dengan air, sabun dan lap	142	83,5	24	14,1	4	2,4	0	0,0
Sebelum menyiapkan makanan mencuci tangan dengan air saja	1	0,6	95	55,9	72	42,4	2	1,2
Sebelum menyiapkan makanan mencuci tangan dengan air dan sabun	37	21,8	132	77,6	1	0,6	0	0,0
Sebelum menyiapkan makanan mencuci tangan dengan air, sabun dan lap	146	85,9	23	13,5	1	0,6	0	0,0
Setelah BAB/BAK mencuci tangan dengan air saja	1	0,6	11	6,5	111	65,3	47	27,6
setelah BAB/BAK mencuci tangan dengan air dan sabun	24	14,1	146	85,9	0	0,0	0	0,0
Setelah BAB/BAK mencuci tangan dengan air, sabun dan lap	133	78,2	35	20,6	2	1,2	0	0,0
Setelah menceboki bayi/anak mencuci tangan dengan air saja	16	9,4	126	74,1	28	16,5	0	0,0
Setelah menceboki bayi/anak mencuci tangan dengan air dan sabun	24	14,1	145	85,3	1	0,6	0	0,0
Setelah menceboki bayi/anak mencuci tangan dengan air, sabun dan lap	146	85,9	24	14,1	0	0,0	0	0,0
Setelah memegang hewan mencuci tangan dengan air saja	1	0,6	21	12,4	133	78,2	15	8,8
Setelah memegang hewan mencuci tangan dengan air dan sabun	30	17,6	139	81,8	1	0,6	0	0,0
Setelah memegang hewan mencuci tangan dengan air, sabun dan lap	140	82,4	29	17,1	1	0,6	0	0,0
Tidak harus selalu cuci tangan pakai sabun apabila sebelum makan	2	1,2	14	8,2	122	71,8	32	18,8
Tidak harus selalu cuci tangan pakai sabun apabila sebelum menyiapkan makanan	0	0,0	31	18,2	119	70,0	20	11,8
Tidak harus selalu cuci tangan pakai sabun apabila setelah BAB/BAK	1	0,6	1	0,6	59	34,7	109	64,1
Tidak harus selalu cuci tangan pakai sabun apabila setelah menceboki bayi/anak	0	0,0	7	4,1	52	30,6	111	65,3
Tidak harus selalu cuci tangan pakai sabun apabila setelah memegang hewan	0	0,0	2	1,2	88	51,8	80	47,1

Berdasarkan tabel di atas terlihat bahwa sikap responden yang sangat setuju terhadap kebiasaan CTPS sebelum makan dengan menggunakan air, sabun dan lap sebesar 83,5%, yang menyatakan setuju 14,1 %, sisanya tidak setuju sebesar 2,4%. Ketika ditanyakan sikapnya apabila mencuci tangannya dengan air dan sabun sebesar 20,6% menyatakan setuju dan 78,8% setuju, walaupun masih banyak juga menyatakan setuju mencuci tangan dengan air saja sebanyak 37,6%.

Sikap responden yang sangat setuju terhadap kebiasaan CTPS sebelum menyiapkan makanan dengan menggunakan air, sabun dan lap sebesar 85,9%, yang menyatakan setuju 13,5 %, sisanya tidak setuju sebesar 0,6%. Yang bersikap sangat setuju dengan menggunakan air dan sabun 21,8%, 77,6% menyatakan setuju, namun yang menyatakan setuju dengan menggunakan air saja juga banyak (55,9%).

Responden yang menyatakan tidak setuju apabila mencuci tangannya setelah BAB/BAK dengan air saja sebesar 65,3% dan yang sangat tidak setuju 27,6%. Jawaban paling banyak yang dinyatakan responden adalah setuju apabila mencuci tangan dengan air dan sabun sebesar 85,9% disamping ada 78,2% yang menyatakan sangat setuju mencuci tangan dengan air, sabun dan lap.

Tabel di atas juga menjelaskan banyaknya responden yang menyatakan setuju (85,6%), apabila setelah menceboki bayi/anaknya mencuci tangan dengan air dan sabun, hampir sama dengan yang menyatakan sangat setuju (85,9%) mencuci tangannya dengan air, sabun dan lap. Namun masih banyak juga yang menyatakan setuju apabila mencuci tangannya dengan air saja (74,1%). Begitu pula dengan sikap responden setelah memegang hewan mencuci tangannya dengan air dan sabun yang menyatakan setuju 81,8% sama banyak sama dengan yang menyatakan sangat setuju (82,4%) mencuci tangannya dengan air, sabun dan lap. Sikap yang tidak setuju apabila mencuci tangannya dengan air saja (78,2%).

Sikap responden yang tidak setuju dengan kebiasaan tidak selalu cuci tangan pakai sabun sebelum makan menunjukkan jumlah paling banyak (71,8%), hampir sama dengan responden yang tidak setuju dengan kebiasaan tidak selalu cuci tangan pakai sabun sebelum menyiapkan makanan sebesar (70,0%). Sedangkan responden yang menyatakan sangat tidak setuju mendominasi kebiasaan tidak selalu cuci tangan

pakai sabun setelah BAB/BAK sebesar 64,1%, hampir sama dengan sangat setuju responden terhadap kebiasaan tidak selalu mencuci tangan pakai sabun setelah menceboki bayi/anak. Pada kebiasaan setelah memegang hewan ternyata responden yang bersikap tidak setuju (51,8%) hampir sama dengan yang sangat tidak setuju (47,1%).

Tabel 5.4.2.7b  
Distribusi Responden menurut Total Skor Sikap di Desa Cikoneng,  
Kecamatan Ganeas, Kabupaten Sumedang, Tahun 2010

Variabel	Mean Median	Min Maks	Standar Deviasi	95% CI
Total Skor Sikap	65,971 66,000	51 78	4,068	65,355 66,587

Secara garis besar dapat dijelaskan bahwa rata-rata total skor sikap adalah 65,971 dan median 66,000 dengan standar deviasi 4,068. Total skor yang paling rendah 51 dan yang paling tinggi 78. Dari estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata total skor sikap per bulan adalah diantara 65,355 sampai dengan 66,587. Dengan menggunakan *cut of point* nilai median (66,0), maka variabel sikap dikategori menjadi 2 yaitu sikap baik dan kurang baik, seperti yang terlihat pada tabel di bawah ini

Tabel 5.4.2.7c  
Distribusi Responden menurut Kategori Sikap di Desa Cikoneng,  
Kecamatan Ganeas, Kabupaten Sumedang, Tahun 2010

Kategori Sikap	Jumlah	Persentase
1. Baik	78	45,9
2. Kurang Baik	92	54,1
Jumlah	170	100,0

Distribusi responden menurut kategori sikap dikelompokkan menjadi 2, dimana jumlah responden yang mempunyai sikap yang baik sebanyak 78 orang (45,9%), dan yang kurang baik sebanyak 92 orang (54,1%).

### 5.4.3. Faktor Pemungkin

#### 5.4.3.1 Ketersediaan Fasilitas CTPS

Tabel 5.4.3.1a  
Distribusi Responden menurut Ketersediaan Fasilitas di Desa Cikoneng,  
Kecamatan Ganeas, Kabupaten Sumedang, Tahun 2010

Ketersediaan Fasilitas	Jumlah	Persentase
Ketersediaan sarana untuk cuci tangan		
1. Ada	169	99,4
2. Tidak ada	1	0,6
Jenis sarana untuk cuci tangan		
1. Wastafel	17	10,0
2. Baskom	18	10,6
3. Ember	30	17,6
4. Kran	72	42,4
5. Ember, ada gayung	77	45,3
6. Drum yang dipasang kran	6	3,5
7. Bak mandi	89	52,4
8. Lain-lain	6	3,5
Kelengkapan untuk cuci tangan pada sarana tersebut		
1. Ada	164	96,5
2. Tidak ada	6	3,5
Jenis Kelengkapan untuk cuci tangan		
1. Sabun	85	50,0
2. Lap	5	2,9
3. Sabun dan lap	80	47,1
4. Lain-lain	3	1,8

Dari tabel 5.4.3.1a dapat dilihat bahwa ketersediaan fasilitas CTPS, hampir seluruh responden menyatakan ada sarana CTPS di rumah mereka (99,4%), jenis sarana yang paling banyak dipakai untuk cuci tangan berturut-turut bak mandi (52,4%), ember yang ada gayungnya (45,3%), kran (42,4%), ember (17,6%), baskom (10,6%), wastafel (10,0%), drum dan lain-lain masing-masing (3,5%), dengan catatan responden dapat memberikan pilihan lebih dari satu macam sarana. Pada fasilitas cuci tangan tersebut, ternyata hampir 96,5% responden menyatakan telah ada kelengkapan cuci tangannya. Jenis kelengkapan untuk cuci tangan seperti sabun, sebanyak 50% telah ada di fasilitas



cuci tangan, dan 47,1% responden dilengkapi dengan sabun dan lap, sisanya berturut-turut dengan lap (2,9%) dan lain-lain (1,8%).

Tabel 5.4.3.1b

Distribusi Responden menurut Kategori Ketersediaan Fasilitas di Desa Cikoneng, Kecamatan Ganeas, Kabupaten Sumedang, Tahun 2010

Kategori Ketersediaan Fasilitas	Jumlah	Persentase
1. Baik	164	96,5
2. Kurang Baik	6	3,5
Jumlah	170	100,0

Dari hasil analisis distribusi tabel 5.4.3.1a, variabel ini dikategori menjadi ketersediaan fasilitas yang baik dan ketersediaan fasilitas kurang baik. Sehingga pada tabel 5.4.3.1b dapat dijelaskan bahwa responden sebagian besar sudah mempunyai fasilitas cuci tangan yang baik sebesar 96,5% dan yang mempunyai fasilitas cuci tangan yang kurang baik 3,5%.

#### 5.4.3.2 Kepemilikan Sumber Air

Tabel 5.4.3.2a

Distribusi Responden menurut Kepemilikan sumber air di Desa Cikoneng, Kecamatan Ganeas, Kabupaten Sumedang, Tahun 2010

Kepemilikan Sumber Air	Jumlah	Persentase
Kepemilikan sumber air		
1. Memiliki sendiri	151	88,8
2. Tidak memiliki sendiri	19	11,2
Jarak sumber dari rumah		
1. Dekat ( $\leq 2$ km)	168	98,8
2. Jauh ( $> 2$ Km)	2	1,2
Waktu tempuh dari rumah		
1. $\leq 30$ menit	166	97,6
2. $> 30$ menit	4	2,4
Jenis Sumber air		
1. PDAM/ledeng	0	0,0

2. Sumur Bor/Pompa	8	4,7
3. Sumur Terlindung	125	73,5
4. Sumur Tidak Terlindung	28	16,5
5. Mata air terlindung	6	3,5
6. Mata air tidak terlindung	2	1,2
7. Air sungai	0	0,0
8. Air hujan	0	0,0
9. Lainnya	1	0,6
Kemudahan memperoleh air untuk semua kebutuhan rumah tangga sepanjang tahun		
1. Ya (mudah)	135	79,4
2. Sulit di musim kemarau	35	20,6
3. Sulit sepanjang tahun	0	0,0

Tabel 5.4.3.2a menjelaskan kepemilikan sumber air yang sudah dimiliki sebagian besar responden (88,8%), dimana jarak sumber dari rumah sudah sebagian besar berjarak  $\leq 2$ km (98,8%) dan waktu tempuh dari rumah sebanyak 97,6% menyatakan  $\leq 30$  menit. Jenis sumber air yang dimiliki sebagian besar menggunakan sumur terlindung (73,5%), sumur tidak terlindung (16,5%), sisanya menggunakan sumur bor (4,7%), mata air terlindung (3,5%), mata air tidak terlindung (1,2%) dan lainnya (0,6%). Selain itu sebesar 79,4% responden mudah memperoleh air dan 20,6% masih sulit memperoleh air di musim kemarau.

Tabel 5.4.3.2b

Distribusi Responden menurut Kategori Kepemilikan sumber air di Desa Cikoneng, Kecamatan Ganeas, Kabupaten Sumedang, Tahun 2010

Kategori Kepemilikan Sumber Air	Jumlah	Persentase
1. Baik	128	75,3
2. Kurang Baik	42	24,7
Jumlah	170	100,0

Dari tabel 5.4.3.2a distribusi menurut kepemilikan sumber air dapat dikelompokkan menjadi 2 kategori yaitu baik dan kurang baik. Responden yang memiliki kepemilikan sumber air yang baik sebanyak 128 orang (75,3%) dan yang kurang baik sebanyak 42 orang (24,7%).

### 5.4.3.3 Paparan Informasi CTPS

Tabel 5.4.3.3  
Distribusi Responden menurut Paparan Informasi CTPS di Desa  
Cikoneng, Kecamatan Ganeas, Kabupaten Sumedang, Tahun 2010

Paparan Informasi CTPS	Jumlah	Persentase
Riwayat keterpaparan CTPS dalam 1 tahun terakhir		
1. Ya	163	95,9
2. Tidak	7	4,1
Sumber informasi CTPS		
1. Anggota keluarga	10	6,1
2. Tetangga	1	0,6
3. Pertemuan keluarga	0	0,0
4. Penyuluhan Petugas	40	24,5
5. Media Radio	13	8,0
6. Media TV	157	96,3
7. Media Surat Kabar	5	3,1
8. Media Lainnya (brosur, leaflet, poster, spanduk, stiker, internet, dll)	0	0,0
Isi informasi tentang CTPS yang ibu dapatkan		
1. Cara mencuci tangan	91	55,8
2. Waktu-waktu penting untuk cuci tangan	18	11,0
3. Manfaat cuci tangan	113	69,3
4. Akibat jika tidak cuci tangan	12	7,4
5. Fasilitas cuci tangan (sarana, sabun, lap)	8	4,9

Tabel 5.4.3.3 menjelaskan keterpaparan dengan informasi CTPS dimana sebagian besar responden telah terpapar informasi CTPS (95,9%). Sumber informasi yang paling banyak responden dapatkan dari media TV (96,3%), penyuluhan petugas (24,5%), media radio (8,0%), anggota keluarga (6,1%), media surat kabar (3,1%), tetangga (0,6%) dengan pertimbangan responden menjawab lebih dari satu sumber informasi. Isi informasi yang mereka dapatkan terkait CTPS sebagian besar menjawab manfaat cuci tangan (69,3%), cara mencuci tangan (55,8%), waktu-waktu penting CTPS (11,0%), akibat jika tidak cuci tangan (7,4%) dan fasilitas cuci tangan (4,9%)

#### 5.4.3.4 Aktivitas Posyandu

Tabel 5.4.3.4a  
Distribusi Responden menurut Aktivitas Posyandu di Desa Cikoneng,  
Kecamatan Ganeas, Kabupaten Sumedang, Tahun 2010

Aktivitas Posyandu	Jumlah	Persentase
Adakah Posyandu di tempat ibu ?		
1. Ada	170	100,0
2. Tidak ada	0	0,0
Aktifkah Posyandu tersebut ?		
1. Ya	170	100,0
2. Tidak	0	0,0
Frekuensi Posyandu buka dalam 1 tahun		
1. 12 kali	170	100,0
2. < 12 kali	0	0,0
Apakah Ibu pernah datang/hadir di Posyandu?		
1. Ya	170	100,0
2. Tidak	0	0,0
Frekuensi kehadiran Ibu ke Posyandu dalam 1 tahun		
1. 12 kali	152	89,4
2. < 12 kali	18	10,6
Adakah kader di Posyandu?		
1. Ada	170	100,0
2. Tidak ada	0	0,0
Aktifkah kader tersebut?		
1. Ya	170	100,0
2. Tidak	0	0,0
Apakah kader tersebut memberikan informasi tentang CTPS?		
1. Ya	143	84,1
2. Tidak	27	15,9

Distribusi responden menurut aktivitas Posyandu menjelaskan 100% di tempat responden ada Posyandu, dan Posyandu tersebut aktif, dengan frekuensi 12 kali/tahun. Selain itu 100% responden menyatakan pernah datang/hadir di Posyandu dengan frekuensi kehadiran 12 kali dalam setahun sebesar 89,4%, dan yang < 12 kali dalam setahun sebesar 10,6%. Responden juga menyatakan 100% ada kader dan aktif

di Posyandu, informasi CTPS yang disampaikan oleh kader dinyatakan 84,1% responden.

Aktivitas posyandu selanjutnya dibuat satu variabel yang merupakan gabungan antara keberadaan posyandu dan keaktifan posyandu tersebut, kehadiran ibu di posyandu dan adanya kader yang aktif di posyandu memberikan informasi tentang CTPS. Sehingga distribusi responden menurut aktivitas Posyandu dapat dikelompokkan menjadi 2 kategori seperti dalam tabel 5.4.3.4b

Tabel 5.4.3.4b  
Distribusi Responden menurut Aktivitas Posyandu di Desa Cikoneng,  
Kecamatan Ganeas, Kabupaten Sumedang, Tahun 2010

Aktivitas Posyandu	Jumlah	Persentase
1. Baik	129	75,9
2. Kurang Baik	41	24,1

Distribusi responden menurut Aktivitas Posyandu yang dikategorikan baik sebesar (75,9%), dan yang dikategorikan kurang baik (24,1%).

#### 5.4.4 Faktor Penguat

##### 5.4.4.1 Kunjungan Petugas

Tabel 5.4.4.1  
Distribusi Responden menurut Kunjungan Petugas di Desa Cikoneng,  
Kecamatan Ganeas, Kabupaten Sumedang, Tahun 2010

Kunjungan Petugas	Jumlah	Persentase
Kunjungan petugas ke rumah untuk sosialisasi CTPS		
1. Ada	24	14,1
2. Tidak ada	146	85,9

Distribusi responden menurut kunjungan petugas pada tabel 5.4.4.1 menjelaskan sebanyak 85,9% menyatakan tidak ada kunjungan petugas ke rumah untuk sosialisasi CTPS, namun 14,1% menyatakan ada.

#### 5.4.4.2 Kebijakan Pendukung

Tabel 5.4.4.2  
Distribusi Responden menurut Kebijakan Pendukung di Desa Cikoneng,  
Kecamatan Ganeas, Kabupaten Sumedang, Tahun 2010

Kebijakan Pendukung	Jumlah	Persentase
Ada tidaknya kebijakan pendukung		
1. Ada	17	10,0
2. Tidak ada	153	90,0
Bentuk dukungan		
1. Peraturan Daerah	0	0,0
2. Peraturan tidak tertulis	17	100,0
3. Lain-lain, sebutkan	0	0,0

Tabel 5.4.4.2 menjelaskan kebijakan yang mendukung program CTPS, 90% responden menyatakan tidak ada, namun 10% responden menyatakan ada. Responden yang menyatakan ada kebijakan pendukung yang mendukung program CTPS tersebut berupa peraturan tidak tertulis

#### 5.4.4.3 Dukungan Pemda (Lurah/Kades, Camat, Bupati, Dinkes)

Tabel 5.4.4.3  
Distribusi Responden menurut Dukungan Pemda (Lurah/Kades, Camat,  
Bupati, Dinkes) di Desa Cikoneng, Kecamatan Ganeas,  
Kabupaten Sumedang, Tahun 2010

Dukungan Pemda	Jumlah	Persentase
Dukungan dari Pemda (Lurah/Kades, Camat, Bupati, Dinkes)		
1. Ada	60	35,3
2. Tidak ada	110	64,7
Bentuk dukungan		
1. Kebijakan/peraturan	12	20,0
2. Sarana	26	43,3
3. Dana	0	0,0
4. Tenaga	1	1,7
5. Media	0	0,0
6. Sabun/air	27	45,0

Tabel 5.4.4.3 menjelaskan dukungan Pemda terhadap program CTPS di wilayah responden, yang ternyata 64,7% menyatakan tidak ada dukungan dari Pemda dan 35,3% menyatakan ada dukungan dari Pemda. Responden yang menyatakan ada dukungan, memberikan informasi bentuk dukungannya antara lain berupa sabun/air (45%), sarana (43,3%), sisanya berturut-turut berupa kebijakan (20%) dan tenaga (1,7%)

#### 5.4.4.4 Dukungan Toma/Toga

Tabel 5.4.4.4  
Distribusi Responden menurut Dukungan Toma/Toga di Desa Cikoneng,  
Kecamatan Ganeas, Kabupaten Sumedang, Tahun 2010

Dukungan Toma/Toga	Jumlah	Persentase
Dukungan dari Toma/Toga		
1. Ada	73	42,9
2. Tidak ada	97	57,1
Bentuk dukungan		
1. Advokasi ke Pemda	0	0,0
2. Sosialisasi	73	100,0
3. Dana	0	0,0
4. Tenaga	0	0,0

Tabel 5.4.4.4 menjelaskan dukungan Toma/Toga terhadap program CTPS di wilayah responden, yang ternyata 57,1% menyatakan tidak ada dukungan dari Toma/Toga dan 42,9% menyatakan ada dukungan. Responden yang menyatakan ada dukungan, memberikan informasi bentuk dukungannya berupa sosialisasi tentang CTPS (100%).

#### 5.4.4.5 . Dukungan Ormas

Tabel 5.4.4.5a  
Distribusi Responden menurut Dukungan Ormas di Desa Cikoneng,  
Kecamatan Ganeas, Kabupaten Sumedang, Tahun 2010

Dukungan Ormas	Jumlah	Persentase
Keberadaan Karang Taruna		
1. Ada	77	45,3
2. Tidak ada	93	54,7
Karang Taruna mendukung CTPS		
1. Ya	5	2,9
2. Tidak	165	97,1
Bentuk dukungan Karang Taruna		
1. Sosialisasi	5	100,0
Keberadaan PKK		
1. Ada	140	82,4
2. Tidak ada	30	17,6
PKK mendukung CTPS		
1. Ya	66	38,8
2. Tidak	104	61,2
Bentuk dukungan PKK		
1. Penyuluhan	25	37,9
2. Sosialisasi	41	62,1
Keberadaan Kelompok Pengajian		
1. Ada	156	91,8
2. Tidak ada	14	8,2
Kelompok Pengajian mendukung CTPS		
1. Ya	61	35,9
2. Tidak	109	64,1
Bentuk dukungan Kelompok Pengajian		
1. Ceramah	20	32,8
2. Penyuluhan	6	9,8
3. Sosialisasi	36	59,0

Tabel 5.4.4.5a menjelaskan dukungan Organisasi Kemasyarakatan terhadap program CTPS di wilayah responden, dimana organisasi kemasyarakatan ada 3 yang ditanyakan. Keberadaan Karang Taruna dinyatakan tidak ada oleh 97,1% responden, dan 2,9% menyatakan ada. Dari yang menyatakan ada tersebut, bentuk dukungan



yang diberikan semua menjawab berupa sosialisasi. Untuk keberadaan PKK, 61,2% responden menjawab tidak ada PKK di wilayahnya, dan 38,8% menjawab ada. Bentuk dukungan yang diberikan PKK berupa penyuluhan (37,9%) dan sosialisasi (62,1%). Selain itu keberadaan kelompok pengajian dinyatakan ada oleh 91,% responden, namun dinyatakan mendukung program CTPS hanya oleh 35,9% responden. Bentuk dukungannya berupa sosialisasi (59%), ceramah (20%) dan penyuluhan (9,8%).

Dukungan ormas selanjutnya dibuat satu variabel yang merupakan gabungan antara keberadaan karang taruna dan dukungannya terhadap program CTPS, keberadaan PKK dan dukungannya terhadap program CTPS dan keberadaan kelompok pengajian dan dukungannya terhadap program CTPS. Sehingga distribusi responden menurut dukungan ormas dapat dikelompokkan menjadi 2 kategori seperti dalam tabel 5.4.4.5b

Tabel 5.4.4.5b  
Distribusi Responden menurut Dukungan Ormas di Desa Cikoneng,  
Kecamatan Ganeas, Kabupaten Sumedang, Tahun 2010

Dukungan Ormas	Jumlah	Persentase
1. Baik	79	46,5
2. Kurang Baik	91	53,5
Jumlah	170	100,0

Distribusi responden menurut dukungan ormas yang dikategorikan baik sebesar 46,5%, dan yang kurang baik sebesar 53,5%

#### 5.4.4.6 Dukungan Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM)

Tabel 5.4.4.6  
Distribusi Responden menurut Dukungan Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) di Desa Cikoneng, Kecamatan Ganeas, Kabupaten Sumedang, Tahun 2010

Dukungan Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM)	Jumlah	Persentase
Dukungan dari LSM		
1. Ada	0	0,0
2. Tidak ada	170	100,0
Bentuk dukungan		
1. Pendampingan di masyarakat	0	0,0
2. Sarana	0	0,0
3. Tenaga	0	0,0
4. Media	0	0,0
5. Sabun/air	0	0,0

Tabel 5.4.4.6 menjelaskan dukungan LSM terhadap program CTPS di wilayah responden, yang ternyata 100% menyatakan tidak ada dukungan dari LSM

### 5.5. Analisis Bivariat

Pada hasil penelitian ini analisis bivariat dilakukan untuk melihat asosiasi antara variabel terutama antara variabel bebas dan variabel terikat.

#### 5.5.1 Hubungan Faktor Predisposisi dengan Kebiasaan CTPS

##### 5.5.1.1. Hubungan Umur dengan Kebiasaan CTPS

Dari 114 responden pada yang mempunyai kebiasaan CTPS baik ternyata rata-rata umurnya 32 tahun dengan standar deviasi 5,9548 tahun, sedangkan dari 56 responden pada yang mempunyai kebiasaan CTPS kurang baik ternyata rata-rata umurnya 31 tahun dengan standar deviasi 5,9548 tahun. Secara deskriptif terlihat rata-rata umur sedikit lebih tinggi pada responden yang mempunyai kebiasaan CTPS baik. Hasil uji *t independent* didapatkan nilai  $p = 0,343 (> 0,05)$ , artinya secara

statistik tidak ada perbedaan yang bermakna rata-rata umur responden menurut kebiasaan CTPS.

#### **5.5.1.2. Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Kebiasaan CTPS**

Dari 52 responden yang berpendidikan Tamat SLTA ke atas ternyata ada 65,4% yang mempunyai kebiasaan CTPS yang baik, dari 56 responden yang berpendidikan Tamat SLTP ternyata ada 69,6% yang mempunyai kebiasaan CTPS yang baik sedangkan dari 21 responden yang berpendidikan Tamat SD kebawah ternyata ada 66,1% yang mempunyai kebiasaan CTPS yang baik. Secara persentase ternyata responden yang mempunyai kebiasaan CTPS yang baik adalah Tamat SMP disusul Tamat SD ke bawah dan Tamat SMU ke atas. Hasil uji *chi square* didapatkan nilai  $p = 0,878 (> 0,05)$ , artinya secara statistik tidak ada perbedaan yang bermakna antara kebiasaan CTPS dengan tingkat pendidikan..

#### **5.5.1.3. Hubungan Pekerjaan Ibu dengan Kebiasaan CTPS**

Dari 152 responden yang pekerjaannya Ibu rumah tangga ternyata ada 65,8% yang mempunyai kebiasaan CTPS yang baik, sedangkan dari 18 responden yang pekerjaannya bukan Ibu rumah tangga ternyata ada 77,8% yang mempunyai kebiasaan CTPS yang baik. Secara persentase ternyata responden yang mempunyai kebiasaan CTPS yang baik lebih banyak pada yang pekerjaannya bukan Ibu rumah tangga. Hasil uji *chi square* didapatkan nilai  $p = 0,306 (> 0,05)$ , artinya secara statistik tidak ada perbedaan yang bermakna antara kebiasaan CTPS dengan pekerjaan ibu.

#### **5.5.1.4. Hubungan Pekerjaan Suami/KK dengan Kebiasaan CTPS**

Dari 27 responden yang status pekerjaannya (PNS/TNI/Polri/Peg Swasta/BUMN) ternyata ada 74,1% yang mempunyai kebiasaan CTPS yang baik,

dari 46 responden yang pekerjaannya (Wiraswasta/pedagang/Jasa) ternyata ada 71,7% yang mempunyai kebiasaan CTPS yang baik sedangkan dari 61 responden yang pekerjaannya (Buruh/Petani/Lainnya/Ibu RT) ternyata ada 62,9% yang mempunyai kebiasaan CTPS yang baik. Secara persentase ternyata responden yang mempunyai kebiasaan CTPS yang baik adalah pekerjaannya (PNS/TNI/Polri/Peg.Swasta/BUMN) disusul (Wiraswasta/pedagang/Jasa) dan (Buruh/Petani/ Lainnya/Ibu RT). Hasil uji *chi square* didapatkan nilai  $p = 0,299 (> 0,05)$ , artinya secara statistik tidak ada perbedaan yang bermakna antara kebiasaan CTPS dengan tingkat pendidikan..

#### **5.5.1.5. Hubungan Penghasilan Per bulan dengan Kebiasaan CTPS**

Dari 70 responden yang berpenghasilan per bulan lebih dari Rp.700.000,- ternyata ada 54,3% yang mempunyai kebiasaan CTPS yang baik, sedangkan dari 100 responden yang berpenghasilan per bulan kurang dari Rp.700.000,- ternyata ada 76% yang mempunyai kebiasaan CTPS yang baik. Secara persentase ternyata responden yang mempunyai kebiasaan CTPS yang baik lebih banyak pada yang berpenghasilan per bulan kurang dari Rp.700.000,-.

Hasil uji *chi square* didapatkan nilai  $p = 0,003 (< 0,05)$ , artinya secara statistik ada perbedaan yang bermakna antara kebiasaan CTPS dengan tingkat penghasilan rumah tangga perbulan. Dimana responden yang tingkat penghasilan rumah tangga perbulannya kurang dari Rp.700.000,- berpeluang untuk berkebiasaan CTPS baik sebesar 2,7 kali (95% CI: 0,19-0,72) dibandingkan yang tingkat penghasilan rumah tangga perbulannya lebih dari Rp.700.000,-

#### **5.5.1.6. Hubungan Tingkat Pengetahuan dengan Kebiasaan CTPS**

Dari 4 responden yang berpengetahuan baik ternyata ada 50% yang mempunyai kebiasaan CTPS yang baik, sedangkan dari 166 responden yang berpengetahuan kurang baik ternyata ada 67,5% yang mempunyai kebiasaan CTPS

yang baik. Secara persentase ternyata responden yang mempunyai kebiasaan CTPS yang baik lebih banyak pada yang berpengetahuan kurang baik. Hasil uji *Fisher's Exact* didapatkan nilai  $p = 0,599 (> 0,05)$ , artinya secara statistik tidak ada perbedaan yang bermakna antara kebiasaan CTPS dengan pengetahuan.

#### 5.5.1.7. Hubungan Sikap dengan Kebiasaan CTPS

Dari 78 responden yang bersikap baik ternyata ada 60,3% yang mempunyai kebiasaan CTPS yang baik, sedangkan dari 92 responden yang bersikap kurang baik ternyata ada 72,8% yang mempunyai kebiasaan CTPS yang baik. Secara persentase ternyata responden yang mempunyai kebiasaan CTPS yang baik lebih banyak pada yang bersikap kurang baik. Hasil uji *chi square* didapatkan nilai  $p = 0,082 (> 0,05)$ , artinya secara statistik tidak ada perbedaan yang bermakna antara kebiasaan CTPS dengan sikap.

Tabel 5.5.1a  
Distribusi Faktor Predisposisi menurut Kebiasaan CTPS di Desa Cikoneng, Kecamatan Ganeas, Kabupaten Sumedang, Tahun 2010

Faktor Predisposisi	Kebiasaan CTPS				Jumlah	Nilai P	OR (95% CI)
	Baik		Kurang Baik				
	n	%	n	%			
Tingkat Pendidikan						0,878	
1. Tamat SLTA ke atas	34	65,4	18	34,6	52	0,933	1,03 (0,47-2,25)
2. Tamat SMP	39	69,6	17	30,4	56	0,683	0,85 (0,29-1,35)
3. Tamat SD ke bawah	41	66,1	21	33,9	62		1
Pekerjaan							
1. Ibu RT	100	65,8	52	34,2	152	0,306	0,55
2. Bukan Ibu RT	14	77,8	4	22,2	18		(0,17-1,75)
Pekerjaan Suami/KK						0,405	
1. PNS/TNI/Polri/Peg Swasta/BUMN	20	74,1	7	25,9	27	0,283	0,59 (0,23-1,54)
2. Wiraswasta/pedagang/Jasa	33	71,7	13	28,3	46	0,299	0,67 (0,31-1,43)
3. Buruh/Petani/Lainnya/Ibu RT	61	62,9	36	37,1	97		
Tingkat Penghasilan Rumah Tangga > Rp. 700.000,-	38	54,3	32	45,7	70	0,003	0,37

≤ Rp.700.000,-	76	76,0	24	24,0	100		(0,19-0,72)
Kategori Pengetahuan							
1. Baik	2	50,0	2	50,0	4	0,599	0,48
2. Kurang Baik	112	67,5	54	32,5	166		(0,07-3,51)
Kategori Sikap							
1. Baik	47	60,3	31	39,7	78	0,082	0,56
2. Kurang Baik	67	72,8	25	27,2	92		(0,29-1,08)

Tabel 5.5.1b  
Distribusi Faktor Predisposisi (Umur dan Penghasilan Perbulan) menurut Kebiasaan CTPS di Desa Cikoneng, Kecamatan Ganeas, Kabupaten Sumedang, Tahun 2010

Faktor Predisposisi	Kebiasaan CTPS	N	Mean	Sd	Nilai P
Umur	Baik	114	32	5,9548	0,343
	Kurang Baik	56	31	6,3259	

## 5.5.2. Hubungan Faktor Pemungkin dengan Kebiasaan CTPS

### 5.5.2.1. Hubungan Ketersediaan Fasilitas dengan Kebiasaan CTPS

Dari 164 responden yang ketersediaan fasilitas CTPS baik ternyata ada 65,9% yang mempunyai kebiasaan CTPS yang baik, sedangkan dari 6 responden yang ketersediaan fasilitas CTPS kurang baik ternyata ada 100% yang mempunyai kebiasaan CTPS yang baik. Secara persentase ternyata responden yang mempunyai kebiasaan CTPS yang baik lebih banyak pada yang ketersediaan fasilitas CTPS kurang baik dibandingkan responden yang ketersediaan fasilitas CTPS baik. Hasil uji *Fisher's Exact* didapatkan nilai  $p = 0,179 (> 0,05)$ , artinya secara statistik tidak ada perbedaan yang bermakna antara kebiasaan CTPS dengan ketersediaan fasilitas CTPS.

### 5.5.2.2. Hubungan Kepemilikan Sumber Air dengan Kebiasaan CTPS

Dari 128 responden yang mempunyai Kepemilikan sumber air baik ternyata ada 71,9% yang mempunyai kebiasaan CTPS yang baik, sedangkan dari 42

responden yang mempunyai Kepemilikan sumber air kurang baik ternyata ada 52,4% yang mempunyai kebiasaan CTPS yang baik. Secara persentase ternyata responden yang mempunyai kebiasaan CTPS yang baik lebih banyak pada yang mempunyai Kepemilikan sumber air baik dibandingkan responden yang mempunyai Kepemilikan sumber air kurang baik.

Hasil uji *chi square* didapatkan nilai  $p = 0,020 (< 0,05)$ , artinya secara statistik ada perbedaan yang bermakna antara kebiasaan CTPS dengan Kepemilikan sumber air. Dimana responden yang mempunyai Kepemilikan sumber air baik memiliki peluang untuk mempunyai kebiasaan CTPS baik sebesar 2,32 kali (95% CI: 1,13-4,76) dibandingkan responden yang mempunyai Kepemilikan sumber air kurang baik.

#### **5.5.2.3. Hubungan Keterpaparan Informasi CTPS dengan Kebiasaan CTPS**

Dari 163 responden yang mempunyai Keterpaparan Informasi CTPS ternyata ada 68,7% yang mempunyai kebiasaan CTPS yang baik, sedangkan dari 7 responden yang tidak mempunyai Keterpaparan Informasi CTPS ternyata ada 28,6% yang mempunyai kebiasaan CTPS yang baik. Secara persentase ternyata responden yang mempunyai kebiasaan CTPS yang baik lebih banyak pada yang Keterpaparan Informasi CTPS dibandingkan responden yang tidak mempunyai Keterpaparan Informasi CTPS.

Hasil uji *Fisher's Exact* didapatkan nilai  $p = 0,040 (< 0,05)$ , artinya secara statistik ada perbedaan yang bermakna antara kebiasaan CTPS dengan Keterpaparan Informasi CTPS. Dimana responden yang mempunyai Keterpaparan Informasi CTPS memiliki peluang untuk mempunyai kebiasaan CTPS baik sebesar 5,49 kali (95% CI: 1,03-29,25) dibandingkan responden yang tidak mempunyai Keterpaparan Informasi CTPS.

#### **5.5.2.4. Hubungan Aktivitas Posyandu dengan Kebiasaan CTPS**

Dari 129 responden yang Aktivitas Posyandunya baik ternyata ada 72,9% yang mempunyai kebiasaan CTPS yang baik, sedangkan dari 41 responden yang

Aktivitas Posyandunya kurang baik ternyata ada 48,8% yang mempunyai kebiasaan CTPS yang baik. Secara persentase ternyata responden yang mempunyai kebiasaan CTPS yang baik lebih banyak pada yang Aktivitas Posyandunya baik dibandingkan responden yang Aktivitas Posyandunya kurang baik.

Hasil uji *chi square* didapatkan nilai  $p = 0,004 (< 0,05)$ , artinya secara statistik ada perbedaan yang bermakna antara kebiasaan CTPS dengan Aktivitas Posyandu Dimana responden yang Aktivitas Posyandunya baik memiliki peluang untuk mempunyai kebiasaan CTPS baik sebesar 2,82 kali (95% CI: 1,37-5,82) dibandingkan responden yang Aktivitas Posyandunya kurang baik.

Tabel 5.5.2  
Distribusi Faktor Pemungkin menurut Kebiasaan CTPS  
di Desa Cikoneng, Kecamatan Ganeas, Kabupaten Sumedang, Tahun 2010

Faktor Pemungkin	Kebiasaan CTPS				Jumlah	Nilai P	OR (95% CI)
	Baik		Kurang Baik				
	N	%	N	%			
Ketersediaan Fasilitas						0,179	
Baik	108	65,9	56	34,1	164		
Kurang Baik	6	100,0	0	0,0	6		
Kepemilikan Sumber Air						0,020	2,32
Baik	92	71,9	36	28,1	128		(1,13-4,76)
Kurang Baik	22	52,4	20	47,6	42		
Keterpaparan Informasi CTPS						0,040	5,49
Ada	112	68,7	51	31,3	163		(1,03-29,25)
Tidak ada	2	28,6	5	71,4	7		
Aktivitas Posyandu						0,004	2,82
Baik	94	72,9	35	27,1	129		(1,37-5,82)
Kurang Baik	20	48,8	21	51,2	41		

### 5.5.3. Hubungan Faktor Penguat dengan Kebiasaan CTPS

#### 5.5.3.1. Hubungan Kunjungan Petugas ke Rumah dengan Kebiasaan CTPS

Dari 24 responden yang menyatakan ada dukungan (Kunjungan Petugas ke Rumah) ternyata ada 66,7% yang mempunyai kebiasaan CTPS yang baik, sedangkan dari 146 responden yang menyatakan tidak ada dukungan (Kunjungan Petugas ke



Rumah) ternyata ada 67,1% yang mempunyai kebiasaan CTPS yang baik. Secara persentase ternyata responden yang mempunyai kebiasaan CTPS yang baik sedikit lebih banyak pada yang tidak ada dukungan (Kunjungan Petugas ke Rumah) dibandingkan responden yang ada dukungan dari (Kunjungan Petugas ke Rumah).

Hasil uji *chi square* didapatkan nilai  $p = 0,965 (> 0,05)$ , artinya secara statistik tidak ada perbedaan yang bermakna antara kebiasaan CTPS dengan adanya dukungan dari Kunjungan Petugas ke Rumah.

#### **5.5.3.2. Hubungan Kebijakan Pendukung dengan Kebiasaan CTPS**

Dari 17 responden yang menyatakan ada dukungan (Kebijakan Pendukung) ternyata ada 82,4% yang mempunyai kebiasaan CTPS yang baik, sedangkan dari 146 responden yang menyatakan tidak ada dukungan (Kebijakan Pendukung) ternyata ada 65,4% yang mempunyai kebiasaan CTPS yang baik. Secara persentase ternyata responden yang mempunyai kebiasaan CTPS yang baik lebih banyak pada yang ada dukungan (Kebijakan Pendukung) dibandingkan responden yang tidak ada dukungan (Kebijakan Pendukung).

Hasil uji *chi square* didapatkan nilai  $p = 0,157 (> 0,05)$ , artinya secara statistik tidak ada perbedaan yang bermakna antara kebiasaan CTPS dengan adanya dukungan (Kebijakan Pendukung).

#### **5.5.3.3. Hubungan Dukungan Pemda dengan Kebiasaan CTPS**

Dari 60 responden yang menyatakan ada dukungan dari Pemda ternyata ada 61,7% yang mempunyai kebiasaan CTPS yang baik, sedangkan dari 110 responden yang menyatakan tidak ada dukungan dari Pemda ternyata ada 70,0% yang mempunyai kebiasaan CTPS yang baik. Secara persentase ternyata responden yang mempunyai kebiasaan CTPS yang baik lebih banyak pada yang tidak ada dukungan dari Pemda dibandingkan responden yang ada dukungan dari Pemda.

Hasil uji *chi square* didapatkan nilai  $p = 0,269 (> 0,05)$ , artinya secara statistik tidak ada perbedaan yang bermakna antara kebiasaan CTPS dengan adanya dukungan dari Pemda.

#### **5.5.3.4. Hubungan Dukungan Toma/Toga dengan Kebiasaan CTPS**

Dari 73 responden yang menyatakan ada dukungan dari Toma/Toga ternyata ada 65,8% yang mempunyai kebiasaan CTPS yang baik, sedangkan dari 97 responden yang menyatakan tidak ada dukungan dari Toma/Toga ternyata ada 68,0% yang mempunyai kebiasaan CTPS yang baik. Secara persentase ternyata responden yang mempunyai kebiasaan CTPS yang baik lebih banyak pada yang tidak ada dukungan dari Toma/Toga dibandingkan responden yang ada dukungan dari Toma/Toga.

Hasil uji *chi square* didapatkan nilai  $p = 0,753 (> 0,05)$ , artinya secara statistik tidak ada perbedaan yang bermakna antara kebiasaan CTPS dengan adanya dukungan dari Toma/Toga.

#### **5.5.3.5. Hubungan Dukungan Ormas dengan Kebiasaan CTPS**

Dari 79 responden yang menyatakan ada dukungan dari Ormas ternyata ada 64,6% yang mempunyai kebiasaan CTPS yang baik, sedangkan dari 91 responden yang menyatakan tidak ada dukungan dari Ormas ternyata ada 69,2% yang mempunyai kebiasaan CTPS yang baik. Secara persentase ternyata responden yang mempunyai kebiasaan CTPS yang baik sedikit lebih banyak pada yang tidak ada dukungan dari Ormas dibandingkan responden yang ada dukungan dari Ormas.

Hasil uji *chi square* didapatkan nilai  $p = 0,518 (> 0,05)$ , artinya secara statistik tidak ada perbedaan yang bermakna antara kebiasaan CTPS dengan adanya dukungan dari Ormas.

Tabel 5.5.3.5  
Distribusi Faktor Penguat menurut Kebiasaan CTPS di Desa Cikoneng,  
Kecamatan Ganeas, Kabupaten Sumedang, Tahun 2010

Faktor Penguat	Kebiasaan CTPS				Jumlah	Nilai P	OR (95% CI)
	Baik		Kurang Baik				
	N	%	N	%			
Kunjungan Petugas Ke rumah						0,965	0,98
Ada	16	66,7	8	33,3	24		(0,39-2,45)
Tidak ada	98	67,1	48	32,9	146		
Kebijakan pendukung						0,157	2,47
Ada	14	82,4	3	17,6	17		(0,68-8,99)
Tidak ada	100	65,4	53	34,6	153		
Dukungan Pemda							
Ada	37	61,7	23	38,3	60		(0,36-1,33)
Tidak ada	77	70,0	33	30,0	110		
Dukungan Toma/Toga						0,753	0,90
Ada	48	65,8	25	34,2	73		(0,47-1,72)
Tidak ada	66	68,0	31	32,0	97		
Dukungan Ormas						0,518	0,81
Baik	51	64,6	28	35,4	79		(0,43-1,54)
Kurang Baik	63	69,2	28	30,8	91		

## 5.6. Analisis Multivariat

Untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan Kebiasaan CTPS di Desa Cikoneng, Kecamatan Ganeas, Kabupaten Sumedang, Tahun 2010, dilakukan analisis multivariat. Dengan analisis multivariat akan didapatkan model yang paling baik (*fit*) dan *parsimony* dan dapat menentukan variabel apa yang paling dominan hubungannya dengan Kebiasaan CTPS. Uji yang digunakan adalah Regresi Logistik Berganda. Menurut Hosmer and Lemeshow (2000), ada beberapa langkah dalam melakukan analisis regresi logistik berganda yaitu mencari potensial kovariat dan pemodelan dengan eliminasi variabel sampai didapatkan model akhir.

### 5.6.1. Seleksi Potensial Covariat

Pada tahapan ini dilakukan analisis regresi logistik untuk mencari potensial covariat. Variabel yang terpilih sebagai potensial covariat jika secara substansi berhubungan dengan variabel bebas dan mempunyai nilai  $p < 0,25$  sesuai yang direkomendasikan oleh Mickey and Greenland (1989).

Hasil analisis pada univariat regresi logistik ternyata didapatkan seperti pada tabel. Dari 16 variabel, ternyata ada 7 variabel yang mempunyai nilai  $p < 0,25$  yaitu variabel tingkat penghasilan, sikap, ketersediaan fasilitas, kepemilikan sumber air bersih, keterpaparan informasi, aktivitas posyandu dan kebijakan pendukung. Sehingga dalam tahapan selanjutnya ketujuh variabel tersebut yang diikutsertakan.

Tabel 5.6.1  
Hasil Analisis Regresi Logistik Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kebiasaan CTPS di Desa Cikoneng, Kecamatan Ganeas, Kabupaten Sumedang, Tahun 2010

Variabel	-2LL	Nilai P
Umur	214,562	0,338
Pendidikan Ibu	215,218	0,878
Pekerjaan ibu	214,366	0,291
Pekerjaan suami/KK	213,634	0,398
Penghasilan	206,742	<b>0,003*</b>
Pengetahuan	215,384	0,476
Sikap	211,912	<b>0,082*</b>
Ketersediaan Fasilitas	210,576	<b>0,027*</b>
Kepemilikan sumber air bersih	210,226	<b>0,022*</b>
Keterpaparan Informasi	210,948	<b>0,033*</b>
Aktivitas Posyandu	207,631	<b>0,005*</b>
Kunjungan Petugas	215,477	0,965
Kebijakan Pendukung	213,624	<b>0,173*</b>
Dukungan Pemda	214,271	0,272
Dukungan Toma/Toga	215,380	0,754
Dukungan Ormas	215,061	0,518

\*) Masuk sebagai kandidat (nilai  $p < 0,25$ )

### 5.6.2. Pemodelan

Tujuan dari pemodelan ini adalah untuk mendapatkan variabel yang paling dominan berhubungan dengan Kebiasaan CTPS. Dari variabel yang terpilih sebagai potensial covariat selanjutnya dilakukan pemodelan untuk mendapatkan model yang *fit* dan *parsimony*. Caranya dengan melakukan eliminasi variabel-variabel yang mempunyai nilai signifikansi parsial  $> 0,05$  dan dimulai dari yang paling besar. Hasil pemodelan seperti terlihat pada tabel 5.6.2a adalah model awal pada analisis regresi logistik berganda. Ternyata pada model ini masih terdapat variabel yang nilai signifikansi parsial yang  $> 0,05$ , yaitu variabel Ketersediaan Fasilitas, Keterpaparan Informasi dan Kebijakan Pendukung. Oleh karena itu harus dilakukan eliminasi variabel yang mempunyai nilai  $> 0,05$  dan dimulai dari nilai p terbesar yaitu Ketersediaan Fasilitas (nilai  $p=0,999$ ).

Tabel 5.6.2a  
Hasil Analisis Regresi Logistik Berganda Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kebiasaan CTPS di Desa Cikoneng, Kecamatan Ganeas, Kabupaten Sumedang, Tahun 2010

Variabel	B	Nilai P	OR	95% CI
Tingkat penghasilan RT	-1,032	0,006	0,36	0,17 – 0,74
Sikap	-0,795	0,036	0,45	0,21 – 0,95
Ketersediaan Fasilitas	-21,277	0,999	0,00	
Kepemilikan sumber air bersih	1,130	0,044	3,10	1,03 – 9,31
Keterpaparan Informasi	1,456	0,124	4,29	0,67 – 27,43
Aktivitas Posyandu	1,208	0,005	3,35	1,43 – 7,82
Kebijakan Pendukung	0,918	0,145	2,50	0,73 – 8,62
Constanta	17,380			

(Nilai P model =0,000 ; -2LL= 180,702)

Pada pemodelan selanjutnya berturut-turut variabel yang dikeluarkan adalah variabel Kebijakan Pendukung (0,192), Keterpaparan Informasi (0,069), sikap (0,077) dan kepemilikan sumber air bersih. Setelah kepemilikan sumber air bersih

dikeluarkan dari model terlihat bahwa semua variabel dalam model sudah mempunyai nilai signifikansi kurang dari 0,05, jadi dapat disimpulkan model ini adalah model akhir (tabel 5.6.2b)

Tabel 5.6.2b  
Hasil Analisis Regresi Logistik Berganda Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kebiasaan CTPS di Desa Cikoneng, Kecamatan Ganeas, Kabupaten Sumedang, Tahun 2010

Variabel	B	Nilai P	OR	95% CI
Tingkat Penghasilan RT	-0,944	0,006	0,39	(0,20-0,76)
Aktivitas Posyandu	0,992	0,009	2,70	(1,28-5,67)
Constanta	-0,506			

(Nilai P model = 0,000 ; -2LL= 199,915)

### 5.6.3. Model Akhir

Hasil analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan Kebiasaan CTPS di Desa Cikoneng, Kecamatan Ganeas, Kabupaten Sumedang, Tahun 2010 didapatkan dari 16 variabel yang diduga berhubungan ternyata ada 2 variabel yang berhubungan bermakna dengan Kebiasaan CTPS Yitu penghasilan rumah tangga per bulan dan aktivitas posyandu. Faktor-faktor yang berhubungan dengan Kebiasaan CTPS di Desa Cikoneng, Kecamatan Ganeas, Kabupaten Sumedang, Tahun 2010 adalah sebagai berikut:

Responden yang rumah tangganya kurang dari Rp700.000,- mempunyai peluang untuk berkebiasaan CTPS baik sebesar 2,5 kali (95% CI: 0,20-0,76) dibandingkan responden yang memiliki berpenghasilan lebih dari Rp.700.000,-, setelah dikontrol variabel aktivitas posyandu.

Responden yang aktivitas posyandunya baik mempunyai peluang untuk berkebiasaan CTPS baik sebesar 2,70 kali (95% CI: 1,28-5,67) dibandingkan responden yang aktivitas posyandunya kurang baik, setelah dikontrol penghasilan keluarga tiap bulan.

Variabel yang paling dominan berhubungan dengan kebiasaan CTPS di Desa Cikoneng, Kecamatan Ganeas, Kabupaten Sumedang, Tahun 2010 adalah variabel Aktivitas posyandu (OR=2,70), dan variabel penghasilan rumah tangga per bulan



## BAB VI

### PEMBAHASAN

#### 6.1. Keterbatasan Penelitian

Dalam penelitian ini tidak tertutup kemungkinan adanya beberapa keterbatasan diantaranya adalah yang berkaitan dengan desain penelitian, pengumpulan data dan kemungkinan adanya pengaruh variabel lain yang menekan pola hubungan antara variabel bebas dan terikat pada penelitian ini. Berikut ini adalah keterbatasan-keterbatasan dalam penelitian ini :

1). Desain penelitian yang digunakan.

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah *cross sectional*, yang hanya terbatas dalam mencari hubungan dan mencari model prediktif antara variabel bebas terhadap variabel terikat sehingga kurang kuat untuk mencari hubungan sebab akibat. Hal ini disebabkan pengukuran variabel terikat dengan variabel independen dilakukan pada waktu yang bersamaan.

2). Pengumpulan data

Pada penelitian ini pengumpulan data dilakukan dengan teknik wawancara dengan menggunakan lembar pertanyaan (kuesioner). Pengumpulan data berlangsung selama 3 hari, peneliti dibantu staf dari Dinkes Kabupaten dan Puskesmas. Karena dalam satu waktu peneliti dan pengambil data yang lain mewawancarai, sehingga pengisian kuesioner pada pengambil data yang lain kurang terkontrol

3). Variabel penelitian.

Secara teoritis banyak faktor yang berhubungan dengan perilaku CTPS, namun karena keterbatasan waktu, tenaga dan dana yang dimiliki, peneliti hanya meneliti beberapa variabel.



4). Homogenitas sampel.

Dengan jumlah sampel yang hanya 170, tentu saja hasil penelitian ini tidak dapat menggambarkan kebiasaan CTPS pada ibu balita di Kecamatan Ganeas maupun Kabupaten Sumedang, dan hanya berlaku untuk desa Cikoneng saja. Hasil penelitian juga tidak bisa menggambarkan kebiasaan CTPS responden yang sesungguhnya karena pengambil data hanya memperoleh informasi saja, tidak langsung melihat responden melakukan CTPS..

5).Pertanyaan dalam kuesioner

Jumlah pertanyaan yang terlalu banyak, sehingga terkadang responden menjawab dengan seenaknya. Pengisian yang dilakukan terkadang tergesa-gesa, sehingga jawaban dari responden kurang tergal dengan baik.

6). Bias informasi

Bias informasi juga dapat terjadi karena kesalahan persepsi petugas pengumpul data terhadap kuesioner yang ada. Untuk mengatasi hal itu maka dilakukan pelatihan kuesioner terhadap petugas pengumpul data untuk menyamakan persepsi. Terkadang juga responden kurang mengerti maksud pertanyaan yang ada di kuesioner sehingga data yang diperoleh juga kurang akurat. Selain itu karena informasi yang kita peroleh hanya pada saat itu, kebiasaan responden yang sebenarnya dalam hal cuci tangan tidak bisa kita observasi.

## 6.2 Gambaran Kebiasaan CTPS ibu balita di desa Cikoneng

Kebiasaan CTPS di 5 waktu penting bagi ibu balita pada penelitian ini kita peroleh dengan mewawancarai ibu balita dengan menjawab pernyataan yang ada di kuesioner dengan pilihan jawaban”selalu” dan “tidak selalu”. Dari hasil analisis Univariat dapat dijelaskan bahwa ibu balita di desa Cikoneng sebagian besar sudah melakukan kebiasaan CTPS di 5 waktu penting. Dari 170 responden yang diwawancarai, didapatkan hasil paling banyak responden selalu cuci tangan pakai sabun pada saat setelah BAB/BAK sebesar 97,6%, hampir sama dengan saat setelah

menceboki bayi/anak sebesar 95,3%, sebelum makan sebesar 90,6%, setelah memegang hewan 88,2% dan sebelum menyiapkan makanan 70,6%. Setelah dikelompokkan menjadi 2 kategori, maka dapat diperoleh hasil bahwa sebagian besar responden (67,1%) mempunyai kebiasaan yang baik dalam melakukan cuci tangan pakai sabun dan 32,9% mempunyai kebiasaan CTPS yang kurang baik. Ibu balita yang sudah mempunyai kebiasaan baik, bila ibu sudah melakukan 5 waktu penting dan kurang baik apabila belum melakukan 5 waktu penting. Beberapa alasan ibu yang menyatakan “tidak selalu” melakukan CTPS pada 5 waktu penting diantaranya karena merasa sudah bersih, malas, lupa, tidak sempat, tidak biasa, tangan tidak terlalu kotor, makan memakai sendok, jarang memegang hewan/tidak punya hewan. Dari hasil ini menunjukkan bahwa kebiasaan CTPS pada ibu balita di desa Cikoneng, ternyata belum baik, walaupun angkanya di atas angka Nasional. Beberapa faktor yang mempengaruhi terkait kebiasaan ibu balita di desa Cikoneng akan dijelaskan dalam pembahasan berikutnya.

### **6.3. Faktor-faktor yang berhubungan dengan Kebiasaan Cuci Tangan Pakai Sabun**

#### **6.3.1. Faktor Predisposisi Ibu**

##### **6.3.1.1 Umur**

Umur responden adalah usia yang dimiliki Ibu balita dilihat dari ulang tahun terakhir. Umur termuda dari ibu balita adalah 18 tahun dan umur tertua 51 tahun. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% dapat diyakini bahwa rata-rata umur ibu balita adalah diantara 30,4 sampai dengan 32,3 tahun. Dari 114 responden pada yang mempunyai kebiasaan CTPS baik ternyata rata-rata umurnya 32 tahun dengan standar deviasi 5,9548 tahun, sedangkan dari 56 responden pada yang mempunyai kebiasaan CTPS kurang baik ternyata rata-rata umurnya 31 tahun dengan standar deviasi 5,9548 tahun.

Hasil uji *t independent* didapatkan nilai  $p = 0,343 (> 0,05)$ , artinya secara statistik tidak ada perbedaan yang bermakna rata-rata umur responden menurut

kebiasaan CTPS. Demikian juga pada analisis lanjut Multivariat didapatkan tidak ada hubungan yang bermakna dengan kebiasaan CTPS. Umur seseorang secara logika berhubungan dengan pengetahuan, namun tidak berhubungan dengan sikap dan perilaku. Dalam beberapa hal misalnya orang yang berusia lebih banyak dimungkinkan pengetahuannya tentang CTPS lebih baik, sehingga dia mempunyai sikap dan kebiasaan yang mengarah kepada CTPS yang lebih baik. Namun begitu umur yang lebih banyak tidak menjamin seperti hal tersebut di atas. Dapat saja usia anak-anak yang pengetahuannya masih minim tentang CTPS, karena beberapa faktor yang mempengaruhinya misalnya banyaknya informasi dan kebiasaan yang dia dapat dari sekolah, teman, keluarga, media menjadikan dia lebih sering membiasakan diri mereka CTPS. Sehingga dapat disimpulkan umur tidak berpengaruh terhadap praktik CTPS. Hal ini sejalan dengan penelitian Butar-butar (2007), umur tidak berhubungan dengan perilaku namun tidak sejalan dengan Penelitian Suroto (2001), yang menyatakan bahwa umur ibu mempengaruhi dalam berperilaku cuci tangan..

### 6.3.1.2 Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan yang dimaksud disini adalah jenjang pendidikan formal tertinggi yang pernah dicapai ibu balita sampai saat penelitian. Distribusi responden menurut tingkat pendidikan dapat dikelompokkan menjadi 3 kategori, yaitu paling banyak responden Tamat SD ke bawah sebanyak 62 orang (36,5%), tamat SMP sebanyak 56 orang (32,9%) dan tamat SMU ke atas sebanyak 52 orang (30,6%).

Hasil analisis bivariat dapat dijelaskan, responden yang mempunyai kebiasaan baik dalam melakukan CTPS adalah responden yang tamat SMP (69,6%), tamat SD (66,1%) dan tamat SMU (65,4%). tingkat pendidikan responden ternyata tidak ada hubungan yang bermakna dengan kebiasaan CTPS. Hasil uji *chi square* didapatkan nilai  $p = 0,878 (> 0,05)$ , artinya secara statistik tidak ada perbedaan yang bermakna antara kebiasaan CTPS dengan tingkat pendidikan

Demikian juga pada analisis lanjut multivariat didapatkan tidak ada hubungan yang bermakna dengan kebiasaan CTPS. Tidak bermaknanya hubungan tingkat

pendidikan dengan kebiasaan CTPS pada penelitian ini dapat disebabkan karena tingkat pendidikan rata-rata rendah secara merata, dan juga selama ini tingkat pendidikan selalu diwakili dengan bangku sekolah/mendapatkan ijazah, sementara pendidikan dapat diperoleh di luar sekolah misalnya dari pengalaman dan lingkungan. Selain itu kemungkinan juga kurang diaplikasikannya pendidikan ibu balita di desa Cikoneng kedalam perilakunya dalam cuci tangan.

Hal ini sejalan dengan penelitian Jubaedah (2003), bahwa pendidikan ayah tidak berpengaruh terhadap personal hygiene seorang anak. Sejalan juga dengan penelitian Suryaningsih (2009) yang menyatakan tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan hasil intervensi peningkatan perilaku CTPS. Namun bertolak belakang dengan penelitian Mulyani (2008), yang menyatakan semakin tinggi tingkat pendidikan semakin baik perilakunya dalam melakukan CTPS. Tidak sejalan juga dengan penelitian Suroto (2001), bahwa tingkat pendidikan ibu mempengaruhi perilaku cuci tangan, dimana tingkat pendidikan lebih tinggi, akan mudah melakukan praktik cuci tangan, sehingga secara tidak langsung angka diare juga menurun. Juga tidak sejalan dengan penelitian Firdaus (2002) menyebutkan bahwa tingkat pendidikan berhubungan dengan penyakit Hepatitis Akut, dimana pendidikan yang rendah akan mempengaruhi praktik cuci tangan yang buruk di kalangan penduduk pada daerah KLB Hepatitis Akut. Penelitian Amalia (2009) juga menyatakan ada hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan PHBS. Sama dengan Penelitian Nawangwulan (2007), yang menyatakan bahwa tingkat pendidikan seseorang sangat berpengaruh terhadap program peningkatan pengetahuan secara langsung dan secara tidak langsung pada terhadap perilaku

### **6.3.1.3 Pekerjaan Ibu**

Pekerjaan ibu adalah pekerjaan yang sedang dijalani ibu saat ini. Dari analisis univariat terlihat sebagian besar responden adalah sebagai ibu rumah tangga (89,4%) dan yang bukan ibu rumah tangga sebanyak (10,6%). Hasil analisis bivariat menjelaskan bahwa ternyata tidak ada hubungan pekerjaan ibu dengan kebiasaan

CTPS. Secara presentase ternyata responden yang mempunyai kebiasaan CTPS yang baik lebih banyak pada ibu yang bukan ibu rumah tangga. Begitu juga dengan hasil analisis lanjut Multivariat, tidak ada hubungan yang bermakna dengan kebiasaan CTPS. Tidak bermaknanya hubungan ini karena pekerjaan ibu yang homogen, yaitu sebagai ibu rumah tangga. Selain itu juga dapat disebabkan ibu balita yang bukan ibu rumah tangga sudah mempunyai tingkat pendidikan yang baik. Hal ini sejalan dengan penelitian Luthfianti (2008) yang menyatakan tidak ada hubungan perilaku mencuci tangan memakai sabun dengan pekerjaan.

#### 6.3.1.4 Pekerjaan suami/KK

Pekerjaan suami/KK adalah pekerjaan utama yang sedang dijalani. Hasil analisis univariat terlihat sebagian besar responden adalah sebagai buruh sebanyak 80 orang (47,1%), sebagai wiraswasta/pedagang (26,5%) dan sisanya sebagai pegawai swasta, petani, PNS, ibu rumah tangga. Hasil bivariat menyatakan secara presentase ternyata responden yang mempunyai kebiasaan CTPS yang baik adalah pekerjaannya (PNS/TNI/Polri/Peg.Swasta/BUMN) disusul (Wiraswasta/pedagang/Jasa) dan (Buruh/Petani/ Lainnya/Ibu RT). Hasil uji *chi square* didapatkan nilai  $p = 0,299 (> 0,05)$ , artinya secara statistik tidak ada perbedaan yang bermakna antara kebiasaan CTPS dengan tingkat pendidikan. Hasilnya menjelaskan secara presentase ternyata responden yang mempunyai kebiasaan CTPS yang baik lebih banyak pada responden yang pekerjaannya PNS/TNI/Polri/Peg.Swasta/BUMN) dimana rata-rata respondennya sudah mempunyai tingkat pendidikan yang baik. Begitu juga dengan hasil analisis lanjut multivariat, tidak ada hubungan yang bermakna dengan kebiasaan CTPS. Hal ini dapat dikarenakan pekerjaan suami responden sebagian besar adalah sebagai buruh. Hal ini sejalan dengan penelitian Luthfianti (2008) yang menyatakan tidak ada hubungan perilaku mencuci tangan memakai sabun dengan pekerjaan.

### 6.3.1.5 Penghasilan Keluarga Per bulan

Penghasilan keluarga per bulan dalam penelitian adalah penghasilan dari suami dan istri yang diperoleh dalam satu bulan dari hasil kerjanya. Setelah dikategorikan menurut Upah Minimum Regional (UMR), ternyata sebanyak 58,8% responden berpenghasilan di bawah UMR.

Dan secara analisis bivariat dari 70 responden yang penghasilannya di atas UMR, ada 54,3% yang mempunyai kebiasaan CTPS baik, sedangkan 100 responden yang penghasilannya di bawah UMR, ada 76% yang mempunyai kebiasaan CTPS baik. Hasil uji *chi square* didapatkan  $p = 0,003 (< 0,05)$ , dapat dikatakan ada hubungan yang bermakna antara penghasilan dengan kebiasaan CTPS.

Hasil analisis lanjut multivariat, juga menjelaskan ada hubungan yang bermakna antara penghasilan keluarga per bulan dengan kebiasaan CTPS, dengan hubungan yang berkorelasi negatif, dimana responden yang mempunyai kebiasaan CTPS baik adalah responden yang mempunyai penghasilan per bulan di bawah UMR. Hal ini dapat dijelaskan bahwa walaupun penghasilan mereka di bawah UMR, oleh berbagai faktor misalnya pengaruh paparan informasi ataupun aktivitas Posyandu yang sering mereka ikuti, secara tidak langsung dapat mempengaruhi pengetahuan dan sikap mereka, sehingga akan berpengaruh juga kepada kebiasaan responden.

Hal ini sejalan dengan penelitian Daud (2000) yang menyatakan bahwa penghasilan merupakan faktor yang berhubungan dengan kualitas PHBS. Demikian juga sejalan dengan penelitian Amalia (2009) yang menyatakan ada hubungan yang bermakna antara tingkat penghasilan dengan PHBS, dengan nilai  $p$  sebesar 0,049

### 6.3.1.6 Pengetahuan

Pengetahuan responden yang dimaksud adalah tingkat pemahaman mengenai kapan saat yang tepat bagi ibu balita untuk CTPS, kelengkapan yang digunakan untuk cuci tangan, manfaat dan alasan CTPS, penyakit yang timbul apabila tidak CTPS, cara melakukan melakukan CTPS yang benar. Dari hasil analisis univariat dijelaskan

bahwa ibu balita yang mempunyai pengetahuan baik adalah sebanyak 4 orang (2,4%) dan yang mempunyai pengetahuan kurang baik sebanyak 166 orang (97,6%).

Sehingga hanya 2,4% responden yang berpengetahuan baik, masih sangat kecil dibandingkan yang berpengetahuan kurang baik 97,6%.

Dari 4 responden yang berpengetahuan baik ternyata ada 50% yang mempunyai kebiasaan CTPS yang baik, sedangkan dari 166 responden yang berpengetahuan kurang baik ternyata ada 67,5% yang mempunyai kebiasaan CTPS yang baik. Dan hasil uji *Fisher's Exact* didapatkan nilai  $p = 0,599 (> 0,05)$ , sehingga secara statistik tidak ada perbedaan yang bermakna antara kebiasaan CTPS dengan pengetahuan.

Demikian juga pada analisis lanjut multivariat juga tidak ada hubungan yang bermakna. Dapat disimpulkan bahwa tidak berhubungannya pengetahuan dan kebiasaan CTPS karena pengetahuan responden yang rendah secara merata di desa ini. Sehingga dapat dijelaskan bahwa untuk desa Cikoneng ternyata tidak berlaku teori yang dikatakan Berger (1990) yang menyatakan kebiasaan merupakan transmisi dari pengetahuan. Kebiasaan CTPS yang baik lebih banyak pada ibu balita yang mempunyai pengetahuan kurang. Menurut Green (1980) pengetahuan tidak selalu menyebabkan perubahan perilaku. Pengetahuan yang dimiliki seseorang bukanlah faktor yang cukup kuat untuk mengubah perilaku menjadi baik.

Hal ini tidak sesuai dengan temuan Budi (2008) yang menyatakan kebiasaan adalah titik temu dari pengetahuan, ketrampilan dan keinginan. Hasil penelitian ini juga sejalan dengan penelitian Ambarwati (2003) yang menyatakan tidak ada hubungan antara tingkat pengetahuan dengan perilaku cuci tangan. Juga sejalan dengan penelitian Rahmawati, Diah (2004), yang menyatakan tingkat pengetahuan seseorang tidak ada hubungan dengan perilaku cuci tangan.

Hal ini tidak sejalan dengan penelitian Sunawi (2003) yang menyatakan bahwa ada hubungan antara pengetahuan dengan praktek PHBS. Penelitian Prista (2007) juga menyatakan bahwa ada hubungan antara pengetahuan dengan personal higiene, termasuk kegiatan cuci tangan. Penelitian Suryaningsih (2009), juga menyatakan ada hubungan antara pengetahuan dan intervensi peningkatan perilaku CTPS.

### 6.3.1.7 Sikap

Sikap dalam penelitian ini adalah pernyataan ”sangat setuju”, ”setuju”, ”tidak setuju” dan ”sangat tidak setuju” dari responden terhadap kebiasaan CTPS pada 5 waktu penting. Pada analisis univariat setelah dikelompokkan menjadi 2 ternyata jumlah responden yang mempunyai sikap yang baik sebanyak 78 orang (45,9%), dan yang kurang baik sebanyak 92 orang (54,1%).

Hasil analisis bivariat dijelaskan dari 78 responden yang bersikap baik ternyata ada 60,3% yang mempunyai kebiasaan CTPS yang baik, sedangkan dari 92 responden yang bersikap kurang baik ternyata ada 72,8% yang mempunyai kebiasaan CTPS yang baik, sehingga secara persentase ternyata responden yang mempunyai kebiasaan CTPS yang baik lebih banyak pada yang bersikap kurang baik, dan dari hasil uji *chi square* didapatkan nilai  $p = 0,082 (> 0,05)$ , artinya secara statistik tidak ada perbedaan yang bermakna antara kebiasaan CTPS dengan sikap. Demikian juga pada analisis lanjut multivariat didapatkan tidak ada hubungan yang bermakna antara sikap dengan kebiasaan CTPS. Hal ini sejalan dengan penelitian Suryaningsih (2009) yang menyatakan tidak ada hubungan yang bermakna antara sikap dengan intervensi peningkatan perilaku CTPS. Namun bertolak belakang dengan penelitian Pusparini (2004) bahwa sikap berhubungan secara signifikan dengan praktik CTPS dan penelitian Santoso (2005) menyatakan ada hubungan yang signifikan antara sikap dan perilaku.

Dapat dijelaskan disini bahwa ternyata sikap ibu balita di desa Cikoneng yang tidak berhubungan dengan kebiasaan CTPS tidak sesuai dengan yang dinyatakan Newcomb yang menyatakan sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak. Sikap dapat diubah dan dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti yang dinyatakan Sartain (1946) dkk., ada empat faktor yang mempengaruhi terbentuknya sikap, diantaranya dari faktor pengalaman, faktor komunikasi dengan orang lain, faktor model dan referensi dari orang yang dipanuti, faktor lembaga-lembaga kemasyarakatan.



Sikap merupakan aspek psikis yang dipelajari, sehingga sikap itu dapat berubah. Perubahan itu tidak terjadi dengan sendirinya, akan tetapi dipengaruhi oleh faktor-faktor tertentu. Menurut McGuire (1989) orang bisa berubah oleh karena proses belajar dimana ibu balita dapat berubah sikapnya apabila informasi CTPS dan kebiasaan CTPS yang baik dan benar disampaikan secara benar. Selain itu menurut teori ini sikap dapat berubah tergantung pada hubungan kemanfaatan obyek itu bagi dirinya. Ini artinya sikap ibu balita di desa Cikoneng dapat berubah jika ibu yakin akan manfaat CTPS bagi dirinya.

Green (1980) juga menyatakan bahwa perilaku kesehatan dipengaruhi oleh faktor predisposisi, dimana sikap termasuk dalam faktor ini

### **6.3.2 Faktor Pemungkin**

#### **6.3.2.1 Ketersediaan Fasilitas CTPS**

Ketersediaan fasilitas CTPS yang dimaksud dalam penelitian ini adalah tersedianya fasilitas CTPS yang meliputi adanya sarana cuci tangan, jenis sarana, dan kelengkapan untuk cuci tangan. Dari hasil analisis univariat yang telah dikelompokkan menjadi 2 kategori, dapat dijelaskan bahwa responden sebagian besar sudah mempunyai fasilitas cuci tangan yang baik sebesar 96,5% dan yang mempunyai fasilitas cuci tangan yang kurang baik 3,5%.

Hasil analisis bivariat menjelaskan bahwa 164 responden yang ketersediaan fasilitas CTPS baik ternyata ada 65,9% yang mempunyai kebiasaan CTPS yang baik, sedangkan dari 6 responden yang ketersediaan fasilitas CTPS kurang baik ternyata ada 100% yang mempunyai kebiasaan CTPS yang baik. Secara persentase ternyata responden yang mempunyai kebiasaan CTPS yang baik lebih banyak pada yang ketersediaan fasilitasnya kurang baik dibandingkan responden yang ketersediaan fasilitasnya baik. Melalui uji *Fisher's Exact* didapatkan nilai  $p = 0,179 (> 0,05)$ , didapatkan hasil tidak ada hubungan yang bermakna antara ketersediaan fasilitas CTPS dengan kebiasaan CTPS.

Demikian juga pada analisis lanjut multivariat juga tidak berhubungan secara bermakna. Tidak bermaknanya hubungan ini seperti yang Snehandu B.Karr nyatakan kemungkinan dapat disebabkan karena ketersediaan fasilitas ini tidak dibarengi dengan niat dari ibu balita dalam menyediakan sarana dan kelengkapan untuk CTPS. Selain itu dapat dikarenakan situasi dan kondisi yang tidak memungkinkan di lingkungan atau di desa Cikoneng agar berperilaku CTPS. Situasi dan kondisi ini tidak hanya sarana dan kelengkapan CTPS, namun juga termasuk kemampuan dari ibu balita untuk menyediakan sarana dan kelengkapan CTPS tersebut.

Hal ini sejalan dengan penelitian Ambarwati (2003) yang menyatakan tidak ada hubungan yang bermakna antara proporsi perilaku cuci tangan oleh kelompok yang menyatakan sarana tidak memadai dengan kelompok yang menyatakan sarana memadai, namun tidak sejalan dengan penelitian Lutfianti (2008) yang menyatakan ada hubungan ketersediaan fasilitas cuci tangan di sekolah dengan perilaku cuci tangan, serta penelitian Mulyani (2008) yang menyatakan proporsi perilaku untuk mencuci tangan lebih banyak pada fasilitas yang baik dibandingkan dengan proporsi perilaku cuci tangan pada fasilitas yang kurang baik.

### **6.3.2.2 Kepemilikan Sumber Air**

Kepemilikan sumber air dalam penelitian adalah kepemilikan dan jenis sumber air serta kemudahan responden dalam memperoleh air untuk kebutuhan sehari-hari termasuk untuk kebutuhan CTPS. Dari analisis bivariat dapat dijelaskan 128 responden yang mempunyai kepemilikan sumber air baik ternyata ada 71,9% yang mempunyai kebiasaan CTPS yang baik, sedangkan dari 42 responden yang mempunyai kepemilikan sumber air kurang baik ternyata ada 52,4% yang mempunyai kebiasaan CTPS yang baik. Secara persentase ternyata responden yang mempunyai kebiasaan CTPS yang baik lebih banyak pada yang mempunyai kepemilikan sumber air baik dibandingkan responden yang mempunyai kepemilikan sumber air kurang baik.

Hasil uji *chi square* didapatkan nilai  $p = 0,020 (< 0,05)$ , artinya secara statistik ada perbedaan yang bermakna antara kebiasaan CTPS dengan kepemilikan sumber air. Dimana responden yang mempunyai kepemilikan sumber air baik memiliki peluang untuk mempunyai kebiasaan CTPS baik sebesar 2,32 kali (95% CI: 1,13-4,76) dibandingkan responden yang mempunyai Kepemilikan sumber air kurang baik.

Namun pada analisis lanjut multivariat, tidak ada hubungan antara kepemilikan sumber air dengan kebiasaan CTPS. Tidak bermaknanya hubungan ini, sesuai model Snehandu B.Karr bahwa selain kurangnya niat dari ibu balita di desa Cikoneng terkait dengan kepemilikan sumber air, juga karena kurangnya akses sumber air bersih serta situasi dan kondisi yang kurang mendukung. Masih ada 20,6% ibu balita yang sulit memperoleh air di musim kemarau, menjadikan situasi yang tidak mendukung untuk melakukan CTPS.

Hal ini tidak sejalan dengan penelitian Ma'rufi (2004) yang menyatakan ketersediaan sarana sanitasi dan kebersihan perorangan berpengaruh terhadap perilaku kebersihan seseorang. Juga tidak sejalan dengan penelitian dari *Institute of Development Studies* (2007) menyatakan perubahan perilaku masyarakat karena didorong oleh kesadaran, pengetahuan dan kebersamaannya, disamping ada dukungan lain diantaranya adanya sumber air bersih.

Ibu balita yang memiliki sumber air bersih, memperoleh air dengan mudah dan mempunyai kebiasaan CTPS harus tetap didukung kebiasaannya tersebut dengan tetap mempertahankan kondisi lingkungannya agar sumber air tersebut tetap ada dan air mudah didapatkan. Begitu juga dengan ibu balita yang kepemilikan sumber airnya kurang baik, namun mempunyai kebiasaan CTPS yang baik perlu mendapatkan perhatian khusus dari Pemda dan institusi terkait, sehingga kebiasaannya yang selama ini sudah baik, harus didukung dengan sumber air yang baik, dan air mudah didapatkan. Apabila akses kepemilikan sumber air bersih sudah mudah diperoleh, secara tidak langsung kebiasaan ibu terhadap CTPS akan baik.

Tentunya hal ini juga tidak sesuai dengan apa yang dikemukakan Green (1980) bahwa perilaku kesehatan dipengaruhi oleh faktor pemungkin, dimana wujud dari faktor pendukung ini seperti lingkungan fisik dan sumber-sumber yang ada di

masyarakat. Fasilitas ini pada hakikatnya mendukung untuk terbentuknya perilaku kesehatan

### 6.3.2.3 Paparan informasi CTPS

Paparan informasi CTPS dalam penelitian ini adalah terpaparnya ibu balita terkait informasi CTPS, sumber informasi CTPS dan isi informasi CTPS yang didapatkan. Hasil analisis univariat menjelaskan bahwa responden telah terpapar informasi CTPS (95,9%). Sumber informasi yang paling banyak responden dapatkan dari media TV (96,3%), penyuluhan petugas (24,5%), media radio (8,0%), anggota keluarga (6,1%), media surat kabar (3,1%), tetangga (0,6%) dengan pertimbangan responden menjawab lebih dari satu sumber informasi. Isi informasi yang mereka dapatkan terkait CTPS sebagian besar menjawab manfaat cuci tangan (69,3%), cara mencuci tangan (55,8%), waktu-waktu penting CTPS (11,0%), akibat jika tidak cuci tangan (7,4%) dan fasilitas cuci tangan (4,9%)

Hasil analisis bivariat menjelaskan bahwa secara persentase ternyata responden yang mempunyai kebiasaan CTPS yang baik lebih banyak pada yang keterpaparan Informasi CTPS dibandingkan responden yang tidak mempunyai Keterpaparan Informasi CTPS. Dan menurut hasil uji *Fisher's Exact* didapatkan nilai  $p = 0,040 (< 0,05)$ , artinya secara statistik ada perbedaan yang bermakna antara kebiasaan CTPS dengan keterpaparan Informasi CTPS. Dimana responden yang mempunyai keterpaparan Informasi CTPS memiliki peluang untuk mempunyai kebiasaan CTPS baik sebesar 5,49 kali dibandingkan responden yang tidak mempunyai Keterpaparan Informasi CTPS. Namun ketika dianalisis dengan analisis lanjut multivariat ternyata tidak ada hubungan antara kebiasaan CTPS dengan keterpaparan informasi responden.

Pada era globalisasi saat ini berbagai informasi dapat dengan mudah kita dapatkan termasuk informasi mengenai kesehatan (Pazriani, 2007). Informasi dapat mempengaruhi seseorang dalam berperilaku. Semakin banyak informasi yang didapat oleh seseorang maka akan semakin besar pengaruhnya terhadap perilaku seseorang.

Terutama jika info tersebut disampaikan dengan cara yang benar, karena penyampaian informasi yang didapat dapat merubah perilaku seseorang yang tadinya tidak melakukan sesuatu menjadi melakukan sesuatu (Effendi, 1990). Penelitian ini sejalan dengan penelitian Jubaedah (2003) yang menyatakan bahwa keterpaparan informasi kesehatan tidak mempengaruhi Perilaku Hidup Bersih dan Sehat. ini dimungkinkan responden Jubaedah sebagian besar kurang terpapar dengan sumber informasi kesehatan

Namun hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Lutfianti (2008) yang menyatakan semakin banyak sumber informasi yang didapat oleh responden tentang perilaku CTPS maka semakin tinggi perilaku mereka dalam CTPS. Juga tidak sejalan dengan Model Perilaku Kesehatan yang dikemukakan Snehandu B.Khar bahwa Perilaku kesehatan merupakan fungsi dari niat seseorang untuk bertindak sehubungan dengan obyek atau stimulus di luar dirinya (*behavior intention*), salah satunya ada tidaknya informasi terkait dengan tindakan yang akan diambil oleh seseorang (*acessebility of information*). Masih ada 4,1% ibu balita di desa Cikoneng yang tidak terpapar akses informasi terkait CTPS, sehingga akan berpengaruh juga kepada kebiasaan dia dalam melakukan CTPS.

Hal ini juga tidak sesuai dengan teori dari Ajzen dan Fishbein (1980), yaitu tentang *theory of reasoned action*. Teori ini lebih menekankan pada proses kognitif serta menganggap bahwa manusia adalah makhluk yang berfikir menggunakan daya nalar dalam memutuskan perilaku apa yang akan diambilnya, dan secara sistematis memanfaatkan informasi yang tersedia di sekitarnya.

#### **6.3.2.4 Aktivitas Posyandu**

Aktivitas Posyandu dalam penelitian ini adalah keberadaan Posyandu dan keaktifannya, kehadiran ibu balita, keberadaan dan keaktifan kader dalam kegiatan Posyandu. Gambaran aktivitas dalam univariat dijelaskan bahwa aktivitas Posyandu yang dikategorikan baik sebesar (75,9%), dan yang dikategorikan kurang baik (24,1%).

Hasil analisis bivariat menjelaskan bahwa secara persentase ternyata responden yang mempunyai kebiasaan CTPS yang baik lebih banyak pada yang aktivitas Posyandunya baik dibandingkan responden yang aktivitas Posyandunya kurang baik. Dan menurut hasil uji *chi square* didapatkan nilai  $p = 0,004 (< 0,05)$ , artinya secara statistik ada perbedaan yang bermakna antara kebiasaan CTPS dengan aktivitas Posyandu. Dimana responden yang mempunyai aktivitas Posyandunya baik memiliki peluang untuk mempunyai kebiasaan CTPS baik sebesar 2,86 kali dibandingkan responden yang aktivitas Posyandunya kurang baik. Demikian juga ketika dianalisis dengan analisis lanjut multivariat ternyata ada hubungan antara kebiasaan CTPS dengan aktivitas Posyandu dan menjadi faktor yang paling dominan berhubungan dengan kebiasaan CTPS di masyarakat desa Cikoneng. Responden yang aktivitas Posyandunya baik mempunyai peluang untuk berkebiasaan CTPS baik sebesar 2,70 kali (95% CI: 1,28-5,67) dibandingkan responden yang aktivitas Posyandunya kurang baik, setelah dikontrol variabel sikap dan kepemilikan sumber air bersih

Posyandu merupakan wujud dari upaya menggerakkan masyarakat dan sebagai wadah pemberdayaan masyarakat dalam upaya preventif dan promotif. Faktor yang sangat mempengaruhi terus bergeraknya kegiatan Posyandu di desa Cikoneng salah satunya adalah peran aktif kader kesehatan sebagai wujud peran serta aktif masyarakat dalam pelayanan terpadu, dengan adanya kader yang dipilih oleh masyarakat, kegiatan diprioritaskan pada lima program dan mendapat bantuan dari petugas kesehatan termasuk dalam kegiatan penyuluhan PHBS di Posyandu. Desa Cikoneng yang mempunyai 42 kader aktif, program kesehatan berjalan progresif karena peran serta dan keaktifan para kader.

Model Snehandu Karr menjelaskan bahwa perilaku kesehatan merupakan fungsi dari niat seseorang untuk bertindak sehubungan dengan obyek atau stimulus di luar dirinya (*behavior intention*), dukungan sosial dari masyarakat sekitarnya (*social support*), ada atau tidak adanya informasi terkait dengan tindakan yang akan diambil oleh seseorang (*acessebility of information*), otonom pribadi yang bersangkutan dalam hal mengambil tindakan atau mengambil keputusan (*personal autonomy*), dan situasi

dan kondisi yang memungkinkan untuk bertindak atau tidak bertindak (*action situation*).

Menurut model Karr di atas, keberadaan dan aktivitas Posyandu dapat menciptakan situasi dan kondisi yang memungkinkan untuk bertindak atau tidak bertindak. Aktivitas Posyandu yang secara rutin dihadiri kader dan ibu balita, merupakan momen yang dapat dimanfaatkan untuk menyampaikan berbagai informasi program kesehatan termasuk program CTPS. Kebersamaan yang terjalin diantara ibu-ibu balita yang selama ini sudah respon dan tanggap terhadap program kesehatan khususnya program CTPS dapat lebih ditingkatkan lagi melalui peran aktif kader dan petugas Puskesmas. Selain itu Green (1980) juga menyatakan perilaku kesehatan dipengaruhi oleh faktor yang memungkinkan dan mendukung orang dapat berubah perilakunya diantaranya kegiatan Posyandu di desa Cikoneng ini.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian dari Stikes Yogyakarta (2008) menyatakan ada peningkatan pengetahuan dan sikap dari ibu balita setelah petugas Posyandu melakukan penyuluhan, sehingga dapat disimpulkan aktivitas Posyandu akan mempengaruhi perubahan perilaku. Penelitian Kusnadi (2001) juga menyatakan ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan kader tentang Posyandu dengan kinerja kader dalam peningkatan peran Posyandu. Kusnadi juga menyatakan ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan KIE dengan kinerja kader. Selain keaktifan kader, peran serta/kehadiran ibu balita menjadikan Posyandu menjalankan rutinitasnya dengan bagus. Penelitian Hartanto, Bambang (1990) menyatakan ada hubungan antar karakteristik ibu balita dan lingkungan Posyandu dengan partisipasi masyarakat.

### **6.3.3 Faktor Penguat**

#### **6.3.3.1. Kunjungan Petugas**

Kunjungan petugas dalam penelitian ini adalah kunjungan dari petugas Puskesmas/Dinkes ke rumah responden. Dalam hasil univariat dijelaskan dari 24 responden yang menyatakan ada kunjungan petugas ke rumah ternyata ada 66,7%

yang mempunyai kebiasaan CTPS yang baik, sedangkan dari 146 responden yang menyatakan tidak ada kunjungan petugas ke rumah ternyata ada 67,1% yang mempunyai kebiasaan CTPS yang baik. Secara persentase ternyata responden yang mempunyai kebiasaan CTPS yang baik sedikit lebih banyak pada yang menyatakan tidak ada kunjungan dibandingkan responden yang menyatakan ada kunjungan.

Hasil uji *chi square* didapatkan nilai  $p = 0,965 (> 0,05)$ , artinya secara statistik tidak ada perbedaan yang bermakna antara kebiasaan CTPS dengan adanya kunjungan petugas ke rumah. Demikian juga pada analisis lanjut multivariat didapatkan tidak ada hubungan yang bermakna dengan kebiasaan CTPS. Kunjungan petugas dalam rangka sosialisasi CTPS hampir tidak ada, yang ada adalah program kesehatan yang lain, misalnya untuk pencegahan Demam Berdarah, penyembuhan penyakit TB.

#### 6.3.3.2 Kebijakan Pendukung

Kebijakan pendukung yang dimaksud disini adalah keberadaan peraturan/kebijakan yang mendukung program/kegiatan CTPS. Dari gambaran hasil univariat didapatkan 90% responden menyatakan tidak ada kebijakan pendukung untuk program CTPS di desa Cikoneng. Hasil analisis bivariat dapat dijelaskan bahwa dari 17 responden yang menyatakan ada dukungan kebijakan ternyata ada 82,4% yang mempunyai kebiasaan CTPS yang baik, sedangkan dari 146 responden yang menyatakan tidak ada dukungan kebijakan ternyata ada 65,4% yang mempunyai kebiasaan CTPS yang baik. Secara persentase ternyata responden yang mempunyai kebiasaan CTPS yang baik lebih banyak pada yang menyatakan ada dukungan dibandingkan responden yang tidak ada dukungan kebijakan. Hasil uji *chi square* didapatkan nilai  $p = 0,157 (> 0,05)$ , artinya secara statistik tidak ada perbedaan yang bermakna antara kebiasaan CTPS dengan adanya dukungan kebijakan.

Demikian juga pada analisis lanjut multivariat didapatkan tidak ada hubungan yang bermakna dengan kebiasaan CTPS. Hal ini tidak sejalan dengan penelitian



Luthfianti (2008) yang menyatakan dukungan kebijakan sekolah ternyata mempengaruhi siswa dalam melakukan CTPS. Menurut Ambarwati, Diah (2003) menyatakan ada perbedaan yang bermakna antara proporsi perilaku cuci tangan untuk responden yang menyatakan ada SOP CTPS dengan responden tidak ada SOP CTPS di RS Pertamina

Menurut informasi dari Dinas Kesehatan Kabupaten Sumedang sebenarnya ada kebijakan dari Bupati Kabupaten Sumedang yang mendukung berlakunya program PHBS ini. Peraturan yang tertuang dalam Peraturan Bupati Sumedang no.113 tahun 2009 tentang Sumedang Puser Budaya Sunda (SPBS). SPBS ini sebagai wujud dari Perilaku, antara lain dikembangkan melalui : Pengembangan PHBS berbasis budaya Sunda, termasuk kebiasaan dan model-model sarana yang menunjang CTPS dengan berbagai kreasi lokal yang ada. Kurangnya informasi/sosialisasi nampaknya menjadi penyebab hampir sebagian besar responden (146 orang) menjawab tidak ada dukungan kebijakan tersebut, walaupun mereka mempunyai kebiasaan CTPS yang baik sebesar 65,4%.

#### **6.3.3.3 Dukungan Pemda (Lurah/Kades, Camat, Bupati, Dinkes)**

Dukungan Pemda yang dimaksud dalam penelitian ini adalah dukungan yang mungkin diberikan oleh Lurah/Kades, Camat, Bupati dan Dinkes terkait program CTPS. Dukungan yang ada dapat berupa kebijakan, peraturan, sarana, dana, tenaga, media, atau sabun/air. Hasil analisis univariat didapatkan 64,7% menyatakan tidak ada dukungan dari Pemda dan 35,3% menyatakan ada dukungan dari Pemda. Responden yang menyatakan ada dukungan, memberikan informasi bentuk dukungannya antara lain berupa sabun/air (45%), sarana (43,3%), sisanya berturut-turut berupa kebijakan ( 20%) dan tenaga (1,7%).

Hasil analisis bivariat menyatakan secara persentase ternyata responden yang mempunyai kebiasaan CTPS yang baik lebih banyak pada yang menyatakan tidak ada dukungan dari Pemda dibandingkan responden yang menyatakan ada dukungan dari Hasil uji *chi square* didapatkan nilai  $p = 0,269 (> 0,05)$ , artinya secara statistik tidak

ada perbedaan yang bermakna antara kebiasaan CTPS dengan adanya dukungan dari Pemda.

. Demikian juga pada analisis lanjut multivariat didapatkan tidak ada hubungan yang bermakna dengan kebiasaan CTPS. Tidak bermaknanya hubungan dukungan Pemda dengan kebiasaan CTPS pada penelitian ini dapat disebabkan karena selain kurang informasinya dukungan Pemda ke ibu balita, dan juga mereka merasa tidak ada wujud dukungan Pemda tersebut untuk sampai ke desa mereka.

Hal ini tidak sejalan dengan Green (1980), bahwa untuk berperilaku sehat memerlukan dukungan juga dari berbagai pihak termasuk dari Pemda. Hal ini tidak sejalan dengan penelitian Simanjuntak (2009) ada hubungan antara dukungan sosial terhadap perubahan perilaku dalam bidang air dan sanitasi dengan cara, ada juga nasehat dari masyarakat dan aparat desa. Tidak sejalan juga dengan penelitian Septiadi (2007) bahwa dukungan Kepala Desa, aparat, kader dan petugas kesehatan sangat berpengaruh terhadap perubahan perilaku sanitasi di masyarakat.

#### **6.3.3.4 Dukungan Toga/Toma**

Dukungan Toga/Toma disini maksudnya keberadaan Toga/Toma di wilayah responden yang dimungkinkan mendukung program CTPS, yang mana dukungan tersebut dapat berupa sosialisasi, dana, tenaga ataupun membantu advokasi ke Pemda. Ternyata dari gambaran univariat diperoleh 57,1% responden menyatakan tidak ada dukungan dari Toga/Toma dan 42,9% menyatakan ada dukungan Toga/Toma terhadap program CTPS. Responden yang menyatakan ada dukungan, memberikan informasi bentuk dukungannya berupa sosialisasi tentang CTPS (100%).

Hasil analisis juga menyatakan dari 73 responden yang menyatakan ada dukungan dari Toga/Toma ternyata ada 65,8% yang mempunyai kebiasaan CTPS yang baik, sedangkan dari 97 responden yang menyatakan tidak ada dukungan dari Toga/Toma ternyata ada 68,0% yang mempunyai kebiasaan CTPS yang baik. Sehingga secara persentase ternyata responden yang mempunyai kebiasaan CTPS

yang baik lebih banyak pada yang tidak ada dukungan dari Toma/Toga dibandingkan responden yang ada dukungan dari Toma/Toga.

Hasil uji *chi square* didapatkan nilai  $p = 0,753 (> 0,05)$ , artinya secara statistik tidak ada perbedaan yang bermakna antara kebiasaan CTPS dengan adanya dukungan dari Toma/Toga. Demikian juga pada analisis lanjut multivariat didapatkan tidak ada hubungan yang bermakna dengan kebiasaan CTPS.

Dalam suatu komunitas biasanya ada orang-orang tertentu yang menjadi tempat bertanya dan meminta nasihat anggota masyarakat lainnya mengenai urusan-urusan tertentu bahkan dapat berkenaan dengan berbagai urusan. Kepemimpinan para tokoh masyarakat diperoleh bukan karena jabatan resmi namun melainkan karena kemampuan dan hubungan antar pribadi dengan anggota masyarakat. Umumnya tokoh ini sering punya kemampuan untuk mempengaruhi orang lain untuk bertindak. Para tokoh masyarakat dapat memainkan peranan penting dalam penyebaran inovasi (Hanafi, 1986). Pada Etnis Minang, himbuan dan perintah dari Wali Nagari yang merupakan ketua adat bagi masyarakat adalah keharusan untuk diikuti dan diperhatikan, jika diabaikan akan terkena sangsi (Institute of Development Studies, 2007). Dukungan Toma/Toga adalah dukungan secara langsung, maupun tidak langsung terhadap suatu program.. Penelitian Desnalita (2007) menyatakan bahwa ada hubungan Peran Wali Nagari dengan keberhasilan penyuluhan kesehatan tentang UKBM di masyarakat.

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan apa yang dinyatakan Green (1980), bahwa perilaku sehat dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor yang merupakan sumber yang sangat penting untuk terbentuknya perilaku yang merupakan referensi dari perilaku seperti sikap dan perilaku dari keluarga, petugas, tokoh masyarakat, dan tokoh agama.

### **6.3.3.5 Dukungan Ormas**

Dukungan organisasi kemasyarakatan yang dimaksudkan disini adalah keberadaan dan keaktifan Karang Taruna, PKK dan kelompok pengajian yang dimungkinkan mendukung program CTPS di desa Cikoneng. Hasil dari gambaran

univariat 79 responden yang menyatakan ada dukungan dari ormas ternyata ada 64,6% yang mempunyai kebiasaan CTPS yang baik, sedangkan dari 91 responden yang menyatakan tidak ada dukungan dari ormas ternyata ada 69,2% yang mempunyai kebiasaan CTPS yang baik. Secara persentase ternyata responden yang mempunyai kebiasaan CTPS yang baik sedikit lebih banyak pada yang tidak ada dukungan dari Ormas dibandingkan responden yang ada dukungan dari Ormas.

Hasil uji *chi square* didapatkan nilai  $p = 0,518 (> 0,05)$ , artinya secara statistik tidak ada perbedaan yang bermakna antara kebiasaan CTPS dengan adanya dukungan dari Ormas. Demikian juga pada analisis lanjut multivariat didapatkan tidak ada hubungan yang bermakna dengan kebiasaan CTPS.

Hal ini tidak sejalan dengan penelitian Torik (2005) yang memaparkan hasil penelitiannya bahwa keberhasilan program kesehatan masyarakat di Posyandu karena ada kontribusi/dukungan majelis taklim dalam menyebarkan informasi kesehatan ke masyarakat melalui kegiatan pengajian rutin ibu-ibu setempat. Juga tidak sejalan dengan penelitian Simanjuntak (2009) yang menyatakan ada hubungan antara dukungan sosial dan peningkatan perilaku masyarakat dalam bidang air dan sanitasi. Dukungan sosial yang dimaksud dapat berupa gotong royong, membangun suasana yang kondusif di masyarakat dengan menanamkan nilai PHBS dalam setiap kesempatan kegiatan sosial masyarakat. Responden yang menyatakan ada dukungan, bentuk dukungan ormas di desa Cikoneng diantaranya sosialisasi/penyuluhan di kelompok pengajian dan di kegiatan ibu-ibu PKK. Tidak sejalan juga dengan Model dari Snehandu B.Kar yang menjelaskan bahwa perilaku kesehatan merupakan fungsi dari niat seseorang untuk bertindak sehubungan dengan obyek atau stimulus di luar dirinya (*behavior intention*), salah satunya melalui adanya dukungan sosial dari masyarakat sekitarnya (*social support*).

#### **6.3.3.6. Dukungan Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM)**

Dukungan Lembaga Swadaya Masyarakat disini adalah keberadaan dari sebuah organisasi nirlaba yang didirikan oleh perorangan ataupun sekelompok orang

yang secara sukarela memberikan pelayanan kepada masyarakat umum yang dimungkinkan mendukung program CTPS. Dukungan ini merupakan dukungan yang secara langsung maupun tidak langsung terhadap program dan dalam jangka waktu tertentu. Bentuk dukungan dapat berupa pendampingan di masyarakat, sarana, tenaga, media dan sabun/air. Dari hasil analisis univariat menjelaskan seluruh responden (100%) menyatakan tidak ada dukungan LSM terkait program CTPS di desa Cikoneng.



## BAB VII

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 7.1. Kesimpulan

Dari penelitian yang telah dilakukan maka dapat diambil kesimpulan :

##### 1. Gambaran kebiasaan cuci tangan pakai sabun

Secara umum dapat disimpulkan bahwa kebiasaan cuci tangan pakai sabun pada masyarakat, khususnya pada ibu balita di desa Cikoneng belum baik, meskipun presentasenya di atas angka nasional (67,1%)

##### 2. Analisis Bivariat

###### a. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi yang berhubungan secara bermakna dengan kebiasaan CTPS di desa Cikoneng adalah variabel penghasilan keluarga dimana responden yang berpenghasilan kurang dari UMR mempunyai peluang untuk melakukan CTPS dengan baik sebesar 2,7 x (95% CI: 0,19-0,72) dibandingkan dengan responden yang berpenghasilan lebih dari UMR

###### b. Faktor Pemungkin

Faktor pemungkin yang berhubungan secara bermakna dengan kebiasaan CTPS di desa Cikoneng adalah variabel kepemilikan sumber air, keterpaparan informasi, dan aktivitas Posyandu. Responden yang mempunyai kepemilikan sumber air mempunyai peluang untuk terbiasa melakukan CTPS yang baik sebesar 2,32 kali (95%CI: 1,13-4,76). Responden yang terpapar informasi mempunyai peluang untuk terbiasa melakukan CTPS yang baik sebesar 5,49 kali (95%CI: 1,03-29,25). Responden yang aktivitas Posyandunya baik mempunyai peluang untuk terbiasa melakukan CTPS yang baik sebesar 2,82 kali (95%CI: 1,37-5,82).

### c. Faktor Penguat

Variabel-variabel yang merupakan faktor penguat ternyata tidak ada satupun yang berhubungan secara bermakna dengan kebiasaan CTPS.

## 3. Analisis Multivariat

### a. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi yang berhubungan secara bermakna dengan kebiasaan CTPS di desa Cikoneng ternyata hanya variabel penghasilan keluarga. Responden yang berpenghasilan kurang dari UMR mempunyai peluang untuk melakukan CTPS dengan baik sebesar 2,5 kali (95% CI: 0,20-0,76) dibandingkan dengan responden yang berpenghasilan lebih dari UMR

### b. Faktor Pemungkin

Faktor pemungkin yang berhubungan dengan Kebiasaan CTPS di desa Cikoneng adalah Aktivitas Posyandu. Responden yang aktivitas posyandunya baik mempunyai peluang untuk berkebiasaan CTPS baik sebesar 2,70 kali (95% CI: 1,28-5,67) dibandingkan responden yang aktivitas posyandunya kurang baik, setelah dikontrol variabel penghasilan rumah per bulan.

### c. Faktor Penguat

Semua variabel faktor penguat tidak berhubungan dengan kebiasaan CTPS ibu balita di desa Cikoneng. Hal ini dapat dimungkinkan karena selain desa Cikoneng adalah daerah proyek dimana masyarakat merasa tidak ada kekurangan, juga karena peran petugas yang kurang maksimal dalam penyampaian program CTPS ke masyarakat.

## 4. Faktor Dominan

Variabel yang paling dominan berhubungan dengan kebiasaan CTPS di Desa Cikoneng, Kecamatan Ganeas, Kabupaten Sumedang, Tahun 2010 adalah

variabel Aktivitas posyandu (OR=2,70), dan variabel penghasilan rumah tangga per bulan. Dalam hal ini juga dapat dikatakan bahwa yang datang ke Posyandu dimungkinkan adalah ibu balita yang mempunyai penghasilan per bulan di bawah UMR dimana mereka mempunyai pengetahuan yang kurang tapi mempunyai kebiasaan CTPS yang baik.

## 7.2. Saran

Setelah diketahuinya faktor-faktor yang berhubungan dengan Kebiasaan Cuci Tangan Pakai Sabun di desa Cikoneng, Kecamatan Ganeas, Kabupaten Sumedang, maka kami ingin memberikan saran-saran :

1. Pusat Promosi Kesehatan agar lebih memfokuskan strategi promosi kesehatannya pada gerakan pemberdayaan masyarakat (Posyandu) sebagai ujung tombak keberhasilan program CTPS.
2. Direktorat Penyehatan Lingkungan agar mengevaluasi kebijakan program CTPS yang telah diterapkan di daerah dan memfokuskan implementasinya pada pemberdayaan masyarakat (Posyandu) sehingga program ini dapat berlanjut dengan baik
3. Dinas Kesehatan Kabupaten Sumedang
  - Agar menggunakan hasil penelitian ini sebagai bahan advokasi program CTPS kepada Pemda Kabupaten Sumedang sehingga program CTPS menjadi program prioritas
  - Menghidupkan kembali penyuluhan/edukasi *community development*
4. Puskesmas Ganeas
 

Agar lebih memperkuat peran Posyandu dan peran kader sebagai salah satu bentuk penggerakan masyarakat sehingga kebiasaan CTPS di masyarakat lebih meningkat.
5. Agar dilakukan penelitian lanjutan yang dimungkinkan dapat diketahui faktor-faktor lainnya yang berhubungan dengan kebiasaan CTPS di masyarakat dengan populasi yang lebih besar, misalnya di tingkat Kecamatan Ganeas atau Kabupaten Sumedang.



## DAFTAR PUSTAKA

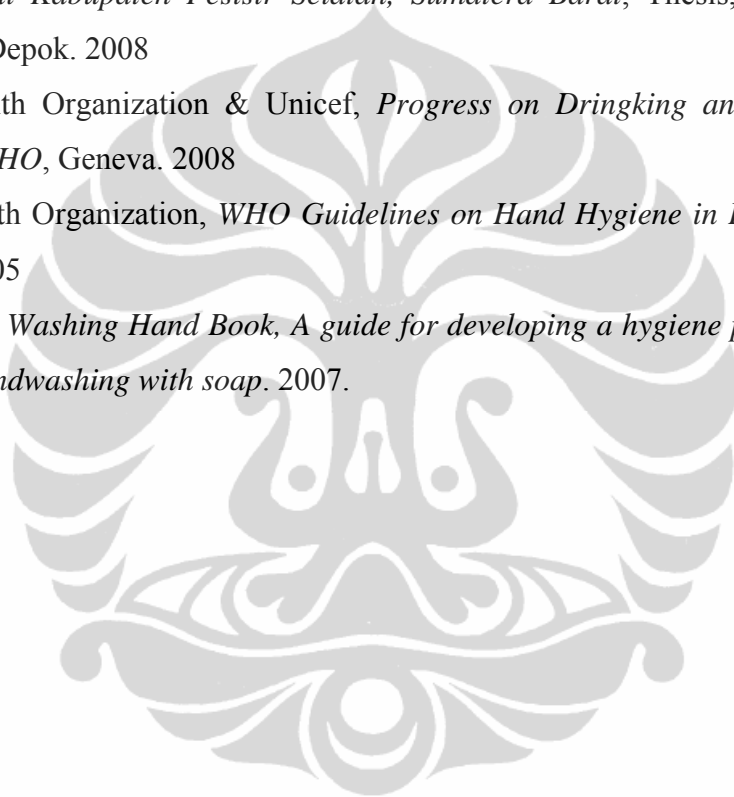
1. Adisasmito, Wiku, Faktor Risiko Diare Pada Bayi Dan Balita Di Indonesia :  
*Systematic Review Penelitian Akademik Bidang Kesehatan Masyarakat*,  
Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Fakultas Kesehatan  
Masyarakat, Universitas Indonesia, Depok, 2007
2. *Apakah arti kepribadian*. 20 April 2010.  
[<http://bintangbangsaku.com/artikel/2010/01/apakah-arti-kepribadian.html>].
3. Astaquliyah. *Cara memperoleh pengetahuan*. 7 April 2010  
[<http://astaquliyah.com/article/makna-epistemologi.html>]
4. Badan Perencanaan Pembangunan Nasional. *Laporan MDGs Indonesia*, Bappenas,  
Jakarta, 2007
5. Dusenbery, David B. *Living at Micro Scale*, p. 124. Harvard University Press,  
Cambridge, Mass. ISBN 978-0-674-03116-6. (2009).  
[<http://en.wikipedia.org/wiki/Behavior>]
6. Curtis & Valerie, '*Evidence of Behaviour Change Following A Higiene  
Promotion Programme in Burkina Faso*', On line 2001. Buletin of World Health  
Organization. 18 November 2009. [<http://www.proquest.com>]
7. Departemen Kesehatan RI. *Materi Pelatihan Penyehatan Air*. Depkes, Jakarta .  
2007
8. Departemen Kesehatan RI. *Pedoman Umum Cuci Tangan Pakai Sabun*. Ditjen  
PP- PL, Jakarta. 2008
9. Departemen Kesehatan RI. *Katalog Informasi Pilihan Sarana Cuci Tangan Tepat  
Guna*. Ditjen PP-PL, Jakarta. 2008
10. Departemen Kesehatan RI. *Kepmenkes No.852/Menkes/SK/IX/2008 tentang  
Strategi Nasional Sanitasi Total Berbasis Masyarakat*. Depkes, Jakarta. 2008.
11. Departemen Kesehatan RI. *Buku Pedoman Pengendalian Penyakit Diare*. Depkes,  
Jakarta. 2009
12. Departemen Kesehatan RI. *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar Indonesia  
Tahun 2007*. Depkes, Jakarta 2008

13. *Determinan Perilaku*. 5 Desember 2009 [<http://www.wordpress.com>]
14. *Domain perilaku*. 8 April 2010. [Taksonomi Bloom - Wikipedia bahasa Indonesia, ensiklopedia bebas.mht]
15. Echols, John dan Hasan Shadily. *Kamus Inggris Indonesia*, Jakarta: Gramedia, 1996
16. Effendi, Uchjana Onong. *Radio, siaran. Teori dan Praktek*. Mandar Maju Bandung, 1990
17. Food Poisoning Lawyer & Attorney: Marler Clark: *Food Poison Journal*. 25 Mei 2010.[<http://www.foodpoisonjournal.com/articles/food-poisoning-watch/>]
18. Glanz, Karen and Rimer, Barbara K. *Theory at a Glance, A.Guide for Health Promotion Practice*. National Cancer Institute, National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services, NIH Pub.No.97-3896, Washington, DC; NIH, Revised September 1997
19. Graef, Elder & Booth. *Communication for Health and Behaviour Change*, (Komunikasi untuk kesehatan dan Perubahan Perilaku), edisi terjemahan, Gajah Mada, University Press, Yogyakarta, 1996
20. Hastono, SP, *Analisis Data*, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Depok 2001.
21. Murti, Bisma. *Riset Epidemiologi*. Gajah Mada University Press, Yogyakarta.1995.
22. Institute of Development Studies, *How change happe*. 20 April 2010 [<http://www.ids.ac.uk/go/browse-by-subject/all-subjects/participation>]
23. *Konsep Pengetahuan*. 8 April 2010 [<http://id.wikipedia.org/wiki/Pengetahuan>].
24. *Konsep Perilaku Kesehatan*. 21 Mei 2010 [<http://www.Bascom.World.com>]
25. *Konsep dan teori Praktik*. 8 April 2010 [[http://wemc.sp.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=132:adat-dan-tradisi&catid=52:artikel&Itemid=58](http://wemc.sp.org/index.php?option=com_content&view=article&id=132:adat-dan-tradisi&catid=52:artikel&Itemid=58)]
26. Luthfianti. *Faktor-faktor yang berhubungan dengan Perilaku CTPS pada Siswa-Siswi di Depok, Jawa Barat Tahun 2008* . FKM, UI, 2008.
27. *Manfaat cuci tangan* 1 April 2010 [<http://spiritia.or.id/li/bacali.php?lino=690>]

28. *Manfaat cuci tangan* 1 April 2010 [[http : //nyiiis.com/manfaat cuci tangan..html](http://nyiiis.com/manfaat_cuci_tangan..html)]
29. *Mencuci tangan dengan sabun.* 3 April 2010  
[[http://id.wikipedia.org/wiki/Mencuci\\_tangan\\_dengan\\_sabun#cite-rife-10](http://id.wikipedia.org/wiki/Mencuci_tangan_dengan_sabun#cite-rife-10)]
31. *Mencuci tangan pakai sabun saat kuman tak hinggap di 10 jariku.* 1 April 2010.  
[<http://www.rileks.com/entertainment/ragam/org/1003-mencuci-tangan-pakai-sabun-saat-kuman-tak-hinggap-di-10-jariku.pdf>]
32. Mueller, Daniel, *Mengukur Sikap Sosial, Pegangan Untuk Peneliti dan Praktisi (terjemahan)*, Teachers Colleges, Columbia University, 2002
33. Notoatmodjo, Soekidjo, & Sarwono, Solita.. *Pengantar Ilmu Perilaku Kesehatan.* Jakarta: Badan Penerbit Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia 1985
34. Notoatmodjo. *Promosi Kesehatan, Teori dan Aplikasi.* Rineka Cipta, Jakarta. 2005
35. Notoatmodjo. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku.* Cetakan 1, Rineka Cipta, Jakarta. 2007
36. Pazriani, Ratna Yuss. *Hubungan antara Karakteristik Individu, Karakteristik Keluarga, dan Karakteristik Lingkungan dengan Konsumsi Serat pada Remaja di SMAN 1 Depok tahun 2007.* FKM, UI. 2007.
37. *Pembentukan sikap.* 3 April 2010. [<http://bidanshop.blogspot.com/2010/02/sikap-adalah.html>]
38. *Penelitian tentang cuci tangan pakai sabun.* 3 April 2010  
[<http://siteresources.worldbank.org/INTINDONESIA/Resources/Publication.pdf>]
39. *Penelitian tentang cuci tangan.* 3 April 2010. [<http://spiritia.or.id.sah/Sahabat0702.pdf>]
40. *Penelitian tentang manfaat cuci tangan.* 3 April 2010  
[[http://www.eurekaindonesia.org/kesadaran masyarakat untuk mencuci tangan dengan sabun](http://www.eurekaindonesia.org/kesadaran_masyarakat_untuk_mencuci_tangan_dengan_sabun)]
41. *Penelitian tentang cuci tangan.* 3 April 2010  
/[wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2008/06/23/0](http://wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2008/06/23/0)

- 00333038\_20080623011756/Rendered/PDF/443260v20WSP001mic0impacts01PUBLIC1.pdf),.
42. *Pengetahuan*. 20 April 2010. (<http://id.wikipedia.org/wiki/Pengetahuan>)
  43. *Perilaku manusia*. 8 April 2010. [[http://id.wikipedia.org/wiki/Perilaku\\_manusia](http://id.wikipedia.org/wiki/Perilaku_manusia)]
  44. Pokja AMPL, Sanitasi Total Berbasis Masyarakat, Digilib Pokja AMPL, 2009
  45. *Power of a super attitude*. 20 April 2010. [[http://en.wikipedia.org/wiki/Attitude\\_\(psy\)](http://en.wikipedia.org/wiki/Attitude_(psy))]
  46. *Reducing the Spread of Infectious Disease Through Hand Washing*. 18 April 2010. [<http://www.joe.org/joe/2009february/rb7.php>]
  47. *Revitalisasi Posyandu*. 20 Maret 2010. [<http://www.wordpress.com>]
  48. Rogers, E.M. dan Shoemaker, F.F. *Communication of Innovations*, London: The Free Press. 1971
  49. Rogers, Everett M. *Diffusion of Innovations*. London: The Free Press. 1983.
  50. *Sekilas STBM*. 6 April 2010 [<http://ryedagloeg.wordpress.com/2010/02/28/sepintas-mengenai-sanitasi-total-berbasis-masyarakat-stbm>]
  51. S.Luby, Agboatwalla M., Feikin D., Painter J., Billhimer W, Altaf A., and Hoekstra R "The Effect of handwashing on child health: A randomised controlled trail." *The Lancet* Vol.366, Issue 9481:225-33. 2004.
  52. Sugiyono. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif Dan R&D*. Alfabeta, Bandung, 2007.
  53. Sumeks. *Cegah penyakit dengan Cuci Tangan Pakai Sabun*. 2 April 2010 [<http://www.sumeks.co.id/index.php?option=comcontent&view=article&id=4918:cega-penyakit-dengan-ctps>]
  54. Suroto. *Pengaruh Perilaku Ibu Terhadap Kejadian Diare pada Balita di Propinsi Sulawesi Tengah, Sulawesi Tenggara dan Nusa Tenggara Timur Tahun 2001*. FKM, UI, 2001
  55. Sabri, Luknis dan Priyohastono, Sutanto. *Statistik Kesehatan*, PT.Raja Grafindo Persada, Jakarta. 2007.
  56. "Theory of knowledge" 31 Mei 2010. [<http://en.wikipedia.org/wiki/Epistemology>]

57. *Terapkan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat*. 3 April 2010.  
[<http://www.kompas.com/read/xml/2008/08/04/19220986/terapkan.sanitasi.total.berbasis.masyarakat>]
58. Tones and Green. *Health Promotion, Planning and Strategies*, Sage Publication, London.2004.
59. Umar, Zaidina, , *Perilaku cuci tangan sebelum makan dan kecacingan pada murid SD di Kabupaten Pesisir Selatan, Sumatera Barat*, Thesis, Universitas Indonesia, Depok. 2008
60. World Health Organization & Unicef, *Progress on Drinking and Sanitation Unicef & WHO*, Geneva. 2008
61. World Health Organization, *WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care*, Geneva. 2005
62. WSP. *Hand Washing Hand Book, A guide for developing a hygiene promotion to increase handwashing with soap*. 2007.



## DAFTAR LAMPIRAN

1. Kuesioner Penelitian
2. Surat Ijin Penelitian



UNIVERSITAS INDONESIA



KUESIONER

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEBIASAAN CUCI  
TANGAN PAKAI SABUN PADA MASYARAKAT DI DESA CIKONENG  
KECAMATAN GANEAS  
KABUPATEN SUMEDANG TAHUN 2010**

**A. Maksud Penelitian**

Penelitian ini dilakukan dalam rangka memenuhi syarat kelulusan di Fakultas Kesehatan Masyarakat UI, dimana tujuan dari penelitian ini untuk mengetahui *Faktor-faktor yang berhubungan dengan kebiasaan Cuci Tangan Pakai Sabun pada masyarakat di desa Cikoneng, Kabupaten Sumedang tahun 2010.* Untuk melengkapi data kuesioner ini akan dilakukan wawancara dan observasi pada Ibu Balita. Waktu yang dibutuhkan untuk wawancara dan observasi untuk tiap responden sekitar 45 menit. Partisipasi Bapak/Ibu/Sdr/Sdri adalah sukarela dan bila tidak berkenan sewaktu-waktu dapat menolak tanpa dikenakan sanksi apapun. Bila Bapak/Ibu/Sdr/Sdri memerlukan penjelasan lebih lanjut mengenai survei ini, dapat menghubungi :

Widya Utami, Jurusan PKIP Telp. (021) 7863475 atau HP 081310259901  
Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

---

**PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN (PSP)  
(INFORMED CONSENT)**

Saya telah mendapatkan penjelasan secara rinci dan mengerti mengenai studi "**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEBIASAAN CUCI TANGAN PAKAI SABUN PADA MASYARAKAT**" yang dilakukan oleh tim pengumpul data dari Dinkes Kab.Sumedang/Puskesmas Ganeas. Saya mengerti bahwa partisipasi saya dilakukan secara sukarela dan dapat menolak atau mengundurkan diri sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Pernyataan bersedia diwawancara

Nama responden	
Tgl/bln/thn	
Tanda Tangan	

B. LOKASI			
1	Kabupaten	SUMEDANG	
2	Kecamatan	GANEAS	
3	Desa/kelurahan		
4	RW/RT		
5	Alamat Rumah		
6	Nomor Kuesioner		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
C. IDENTITAS RESPONDEN			
1	Nama Kepala Rumah Tangga/ibu balita		
2	Nama Responden/Ibu balita:		
3	Status Responden	1. Istri    2. Janda    3. Lainnya	<input type="checkbox"/>
4	Banyaknya anggota rumah tangga	..... orang	<input type="text"/> <input type="text"/>
5	Jumlah balita	..... orang	<input type="text"/>
6	Umur responden	..... tahun	<input type="text"/> <input type="text"/>
7	Umur responden waktu pertama menikah	..... tahun	<input type="text"/> <input type="text"/>
8	Pendidikan terakhir yang ditamatkan	1 = Tidak sekolah 2 = Tidak tamat SD 3 = Tamat SD 4 = Tamat SMP 5 = Tamat SMU 6 = Tamat PT/Akademi	<input type="checkbox"/>
9	Pekerjaan Suami/Kepala Keluarga	01 = Tidak bekerja 02 = Ibu rumah tangga 03 = TNI/ Polri 04 = PNS 05 = Pegawai BUMN 06 = Pegawai swasta 07 = Wiraswasta/pedagang 08 = Pelayanan jasa 09 = Petani 10 = Nelayan 11 = Buruh 12 = Lainnya	<input type="checkbox"/>
10	Pekerjaan ibu sebagai pekerjaan tambahan	01 = Ibu rumah tangga 02 = TNI/ Polri 03 = PNS 04 = Pegawai BUMN 05 = Pegawai swasta 06 = Wiraswasta/pedagang 07 = Pelayanan jasa 08 = Petani 09 = Nelayan 10 = Buruh 11 = Lainnya	<input type="checkbox"/>
11	Penghasilan RT/rata-rata/bulan	Rp. ....	Rp. <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
D. Paparan terhadap informasi Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS)			
1	Dalam 1 tahun terakhir, apakah Ibu terpapar informasi CTPS ?	1. Ya    2. Tidak Jika "2" → E No.1	<input type="checkbox"/>
2	Jika ya, sumber informasi CTPS diperoleh dari mana ?		
	a. Anggota keluarga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	e. Media Radio		<input type="checkbox"/>
	b. Tetangga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	f. Media TV		<input type="checkbox"/>



	c. Pertemuan keluarga	<input type="checkbox"/>	g. Media Surat Kabar	<input type="checkbox"/>
	d. Penyuluhan Petugas	<input type="checkbox"/>	h. Media Lainnya (brosur, leaflet, poster, spanduk, stiker, internet, dll)	<input type="checkbox"/>
3.	3. Apa saja informasi tentang CTPS yang ibu dapatkan ?			
	a. Cara mencuci tangan	<input type="checkbox"/>	d. Akibat jika tidak cuci tangan	<input type="checkbox"/>
	b. Waktu-waktu penting untuk cuci tangan	<input type="checkbox"/>	e. Fasilitas cuci tangan (sarana, sabun, lap)	<input type="checkbox"/>
	c. Manfaat cuci tangan	<input type="checkbox"/>		
<b>E. Fasilitas CTPS ( WAWANCARA DAN OBSERVASI )</b>				
1	Apakah di rumah Ibu, tersedia sarana untuk cuci tangan ?		1. Ada                      2. Tidak ada Jika "2" → F. No.1	<input type="checkbox"/>
2	Jika ada, apa jenis sarannya ?			
	a. Wastafel	<input type="checkbox"/>	e. Ember, ada gayung	<input type="checkbox"/>
	b. Baskom	<input type="checkbox"/>	f. Drum yang dipasang kran	<input type="checkbox"/>
	c. Ember	<input type="checkbox"/>	g. Bak mandi	<input type="checkbox"/>
	d. Kran	<input type="checkbox"/>	h. Lain-lain, sebutkan	<input type="checkbox"/>
3.	Apakah ada kelengkapan untuk cuci tangan pada sarana tersebut ?		1. Ada                      2. Tidak ada	
4.	Jika ada, kelengkapannya apa saja ?			
	a. Sabun	<input type="checkbox"/>	c. Sabun dan lap	<input type="checkbox"/>
	b. Lap	<input type="checkbox"/>	d. Lain-lain (Sebutkan)	<input type="checkbox"/>
<b>F. Kepemilikan Sumber Air (wawancara dan observasi)</b>				
1	Kepemilikan sumber air keluarga		1. Memiliki sendiri      2. Tidak memiliki sendiri	<input type="checkbox"/>
2.	a. Jarak sumber dari rumah		1. Dekat ( $\leq 2$ km)      2. Jauh ( $> 2$ Km)	<input type="checkbox"/>
	b. Waktu tempuh dari rumah		1. $\leq 30$ menit              2. $> 30$ menit	<input type="checkbox"/>
3.	Jenis Sumber air			
	a. PDAM/ledeng	<input type="checkbox"/>	f. Mata air tidak terlindung	<input type="checkbox"/>
	b. Sumur Bor/Pompa	<input type="checkbox"/>	g. Air sungai	<input type="checkbox"/>
	c. Sumur Terlindung	<input type="checkbox"/>	h. Air hujan	<input type="checkbox"/>
	d. Sumur Tidak Terlindung	<input type="checkbox"/>	i. Lainnya	<input type="checkbox"/>
	e. Mata air terlindung	<input type="checkbox"/>		
4.	Apakah air untuk semua kebutuhan rumah tangga diperoleh dengan mudah sepanjang tahun ?			
	a. Ya (mudah)	<input type="checkbox"/>	c. Sulit sepanjang tahun	<input type="checkbox"/>
	b. Sulit di musim kemarau	<input type="checkbox"/>		
<b>G. Aktivitas Posyandu</b>				
1	Adakah Posyandu di tempat ibu ?		1. Ada                      2. Tidak ada	<input type="checkbox"/>

2	Aktifkah Posyandu tersebut ?	1. Aktif	2. Tidak aktif Jika "2" → No.4	<input type="checkbox"/>
3	Kalau aktif, berapa frekuensinya ...../tahun			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4	Apakah Ibu pernah datang/hadir di Posyandu?	1. Pernah	2. Tidak pernah Jika "2" → No.7	<input type="checkbox"/>
5	Kalau pernah, dalam 1 tahun terakhir, berapa kali ?.....			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6	Adakah kader di Posyandu ?	1. Ada	2. Tidak ada Jika "2" → I No.1	<input type="checkbox"/>
7	Aktifkah kader tersebut ?	1. Aktif	2. Tidak aktif Jika "2" → I No.1	<input type="checkbox"/>
8	Apakah kader tersebut memberikan informasi tentang CTPS ?	1. Ada	2. Tidak ada	<input type="checkbox"/>

H. Kunjungan Petugas ( Puskesmas, Dinas Kesehatan)				
1	Adakah kunjungan petugas ke rumah untuk sosialisasi CTPS ?	1. Ada	2. Tidak ada	<input type="checkbox"/>
2.	Jika ada, seberapa sering ?	.....kali		<input type="checkbox"/>

I. Dukungan Pemda (Lurah/Kades, Camat, Bupati, Dinkes)				
1	Menurut Anda, adakah dukungan dari Pemda ?	1. Mendukung	2. Tidak mendukung Jika "2" → J. No.1	<input type="checkbox"/>
2	Jika ya, apa bentuk dukungannya			
	a. Kebijakan/peraturan	<input type="checkbox"/>	d. Tenaga	<input type="checkbox"/>
	b. Sarana	<input type="checkbox"/>	e. Media	<input type="checkbox"/>
	c. Dana	<input type="checkbox"/>	f. Sabun/air	<input type="checkbox"/>

J. Dukungan Tokoh Agama (TOGA)/ Tokoh Masyarakat (TOMA)				
1	Menurut Anda, adakah dukungan dari Toga/Toma ?	1. Mendukung	2. Tidak mendukung Jika "2" → K. No.1	<input type="checkbox"/>
2	Jika ya, apa bentuk dukungannya ?			
	a. Advokasi ke Pemda	<input type="checkbox"/>	c. Dana	<input type="checkbox"/>
	b. Sosialisasi	<input type="checkbox"/>	d. Tenaga	<input type="checkbox"/>

K. Dukungan Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM)				
1	Menurut Anda, adakah dukungan dari LSM ?	1. Ya	2. Tidak Jika "2" → L. No.1	<input type="checkbox"/>
2.	Kalau ya, apa bentuk dukungannya ?			
	a. Pendampingan di masyarakat	<input type="checkbox"/>	d. Media	<input type="checkbox"/>
	b. Sarana	<input type="checkbox"/>	e. Sabun/air	<input type="checkbox"/>
	c. Tenaga	<input type="checkbox"/>		

L. Kebijakan pendukung				
1	Menurut Anda, adakah kebijakan yang mendukung program CTPS ini ?	1. Ya	2. Tidak Jika "2" → M. No.1	<input type="checkbox"/>

2	Jika ya, apa bentuk dukungannya ?			
	a. Peraturan Daerah	<input type="checkbox"/>		
	b. Peraturan tidak tertulis	<input type="checkbox"/>		
	c. Lain-lain, sebutkan	<input type="checkbox"/>		
<b>M. Organisasi Kemasyarakatan</b>				
1	Karang Taruna			
	a. Adakah Karang Taruna di tempat Saudara ?	1. Ada	2. Tidak ada	<input type="checkbox"/>
	b. Apakah Karang Taruna mendukung program CTPS ?	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	c. Jika Ya, apa bentuk dukungannya? (sebutkan)	.....		
2	PKK			
	a. Adakah PKK di tempat Saudara ?	1. Ada	2. Tidak ada	<input type="checkbox"/>
	b. Apakah PKK mendukung program CTPS ?	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	c. Jika Ya, apa bentuk dukungannya ? (sebutkan)	.....		
3.	Kelompok Pengajian			
	a. Adakah Kelompok Pengajian di tempat Saudara ?	1. Ada	2. Tidak ada	<input type="checkbox"/>
	b. Apakah Kelompok Pengajian mendukung program CTPS ?	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	c. Jika Ya, apa bentuk dukungannya ? (sebutkan)	.....		
<b>N. PENGETAHUAN (Semua jawaban TIDAK DIBACAKAN)</b>				
1	Menurut Ibu, Kapan waktu yang tepat bagi ibu balita untuk melakukan CTPS ? <i>Jawaban a sampai k TIDAK DIBACAKAN.</i>			
	a. Sebelum makan	<input type="checkbox"/>	g. Setelah membersihkan rumah	<input type="checkbox"/>
	b. Sebelum menyiapkan makanan	<input type="checkbox"/>	h. Setelah membuang sampah	<input type="checkbox"/>
	c. Setelah buang air kecil/besar	<input type="checkbox"/>	i. Setelah berkebugun	<input type="checkbox"/>
	d. Setelah pulang dari bepergian	<input type="checkbox"/>	j. Setelah Menceboki bayi/anak	<input type="checkbox"/>
	e. Setelah pulang kerja	<input type="checkbox"/>	k. Setelah memegang hewan	<input type="checkbox"/>
	f. Setelah menggunakan fasilitas umum (WC, toilet, warnet, wartel, bus, kereta, dll)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
2	Menurut ibu, kelengkapan apa saja yang dapat digunakan? <i>Jawaban a sampai d TIDAK DIBACAKAN</i>			
	a. Air saja	<input type="checkbox"/>	c. Air dan sabun	<input type="checkbox"/>
	b. Air dan lap	<input type="checkbox"/>	d. Air dan sabun serta lap	<input type="checkbox"/>
3	Bila Ibu mencuci tangan, jenis sabun apa yang digunakan? <i>Jawaban a sampai d TIDAK DIBACAKAN</i>			
	a. Sabun colek	<input type="checkbox"/>	c. Sabun cair	<input type="checkbox"/>
	b. Sabun batangan	<input type="checkbox"/>	d. Lain-lain	<input type="checkbox"/>

4	Menggunakan apa, jika tidak ada sabun ? (Sebutkan)	.....				
5	Menurut Ibu, apa Manfaat CTPS? <i>Jawaban a sampai d TIDAK DIBACAKAN</i>					
	a.Kebersihan diri	<input type="checkbox"/>	d. Terhindar penyakit	<input type="checkbox"/>		
	b.Merasa nyaman	<input type="checkbox"/>	e. Lain-lain	<input type="checkbox"/>		
	c. Tangan menjadi Indah	<input type="checkbox"/>				
6	Kenapa Ibu melakukan cuci tangan ? <i>Jawaban a sampai e TIDAK DIBACAKAN</i>					
	a. Mudah	<input type="checkbox"/>	d. Yakin akan manfaatnya	<input type="checkbox"/>		
	b. Murah	<input type="checkbox"/>	e. Lain-lain	<input type="checkbox"/>		
	c. Terhindar dari kuman	<input type="checkbox"/>				
7	Menurut Ibu, Penyakit apa yang dapat timbul apabila tidak melakukan CTPS? <i>Jawaban a sampai f TIDAK DIBACAKAN</i>					
	a. Batuk pilek	<input type="checkbox"/>	d. Kulit	<input type="checkbox"/>		
	b. Diare	<input type="checkbox"/>	e. Flu Burung	<input type="checkbox"/>		
	c. Kecacingan	<input type="checkbox"/>	f. Lain-lain, sebutkan (.....)	<input type="checkbox"/>		
8	Bagaimanakah cara melakukan CTPS yang benar ? <i>Jawaban a sampai d TIDAK DIBACAKAN</i>					
	a. Menggunakan air yang mengalir		1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
	b. Menggosokkan sabun pada kedua telapak tangan dan kedua punggung tangan, jari-jemari, kedua jempol secara seksama.		1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
	c. Dengan menggunakan kuku, membersihkan sela-sela di bawah kuku		1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
	d. Dikeringkan setelah dibilas		1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
<b>O. Sikap</b>						
No	Pernyataan	Sangat Setuju (SS)	Setuju (S)	Tidak Setuju (TS)	Sangat Tidak Setuju (STS)	
		1	2	3	4	
1	Sebelum makan mencuci tangan dengan air saja					<input type="checkbox"/>
2	Sebelum makan mencuci tangan dengan air dan sabun					<input type="checkbox"/>
3	Sebelum makan mencuci tangan dengan air, sabun dan lap					<input type="checkbox"/>
4	Sebelum menyiapkan makanan mencuci tangan dengan air saja					<input type="checkbox"/>
5	Sebelum menyiapkan makanan mencuci tangan dengan air dan sabun					<input type="checkbox"/>
6	Sebelum menyiapkan makanan mencuci tangan dengan air, sabun dan lap					<input type="checkbox"/>
7	Setelah BAB/BAK mencuci tangan dengan air saja					<input type="checkbox"/>
8	Setelah BAB/BAK mencuci tangan dengan air dan sabun					<input type="checkbox"/>
9	Setelah BAB/BAK mencuci tangan dengan air, sabun dan lap					<input type="checkbox"/>

10	Setelah menceboki bayi/anak mencuci tangan dengan air saja					<input type="checkbox"/>
11	Setelah menceboki bayi/anak mencuci tangan dengan air dan sabun					<input type="checkbox"/>
12	Setelah menceboki bayi/anak mencuci tangan dengan air, sabun dan lap					<input type="checkbox"/>
13	Setelah memegang hewan mencuci tangan dengan air saja					<input type="checkbox"/>
14	Setelah memegang hewan mencuci tangan dengan air dan sabun					<input type="checkbox"/>
15	Setelah memegang hewan mencuci tangan dengan air, sabun dan lap					<input type="checkbox"/>
16.	Tidak harus selalu cuci tangan pakai sabun apabila sebelum makan					<input type="checkbox"/>
17.	Tidak harus selalu cuci tangan pakai sabun apabila sebelum menyiapkan makanan					<input type="checkbox"/>
18.	Tidak harus selalu cuci tangan pakai sabun apabila setelah BAB/BAK					<input type="checkbox"/>
19.	Tidak harus selalu cuci tangan pakai sabun apabila setelah menceboki bayi/anak					<input type="checkbox"/>
20.	Tidak harus selalu cuci tangan pakai sabun apabila setelah memegang hewan					<input type="checkbox"/>

P. Kebiasaan CTPS						
1	Apakah ibu melakukan CTPS pada waktu :					<input type="checkbox"/>
	a. Sebelum makan	1. Selalu	2. Tidak Selalu	Jika "2" → 2a		<input type="checkbox"/>
	b. Sebelum menyiapkan makanan	1. Selalu	2. Tidak Selalu	Jika "2" → 2b		<input type="checkbox"/>
	c. Setelah BAB/BAK	1. Selalu	2. Tidak Selalu	Jika "2" → 2c		<input type="checkbox"/>
	d. Setelah menceboki bayi/anak	1. Selalu	2. Tidak Selalu	Jika "2" → 2d		<input type="checkbox"/>
	e. Setelah memegang hewan	1. Selalu	2. Tidak Selalu	Jika "2" → 2e		<input type="checkbox"/>
2.	Alasan jika tidak selalu mencuci tangan :					
	a.....					
	b.....					
	c.....					
	d.....					
	e.....					

Q. Keterangan Pengumpul Data	
1. Nama pewawancara	
2. Tgl/bln/thn	
3. Lama wawancara	
4. Tanda tangan	