

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Diare

1. Pengertian Diare

Diare adalah perubahan frekuensi dan konsistensi tinja. Menurut WHO pada tahun 1984 mendefinisikan diare sebagai berak cair tiga kali atau lebih dalam sehari semalam (24 jam). Para ibu mempunyai istilah tersendiri seperti lembek, cair, berdarah, berlendir, atau dengan muntah (muntaber). Penting untuk menanyakan kepada orang tua mengenai frekuensi dan konsistensi tinja anak yang dianggap sudah tidak normal lagi. (Widoyono, 2011:193).

2. Epidemiologi Diare

Data World Health Organization (WHO) menyatakan bahwa sekitar 2 milyar kasus diare terjadi di seluruh dunia setiap tahun. kasus diare mencapai 200 juta hingga 300 juta kasus per tahun. Di seluruh dunia, terjadi sekitar 2,5 juta kasus kematian karena diare per tahun meskipun tatalaksana sudah maju. . (Widoyono, 2011:194).

Di Indonesia, pada tahun 70 sampai 80-an, prevalensi penyakit diare sekitar 200-400 per 100 penduduk per tahun. Angka CFR diare menurun dari tahun ke tahun. Dari 40-50% pada tahun 1975 menjadi 12% tahun 1990. Masih seringnya terjadi wabah atau KLB diare menyebabkan pemberantasannya menjadi suatu hal yang sangat

penting. Angka kematian yang jauh lebih tinggi dari pada kejadian kasus diare membuat perhatian para ahli kesehatan masyarakat tercurah pada penanggulangan KLB diare secara cepat (Widoyono, 2011:194).

3. Etiologi Diare

a. Infeksi

Proses ini diawali dengan adanya mikroorganisme yang masuk ke dalam saluran pencernaan yang berkembang dalam usus. Agen penyebab diare karena infeksi dapat digolongkan menjadi tiga:

- 1) Bakteri: Salmonella, Escherichia coli, Shigella sp., Vibrio cholerae, Bacillus cereus, Clostridium perfringens, Staphylococcus aureus, Campylobacter, dan Aeromonas.
- 2) Virus: Rotavirus, Adenovirus, Norwalk dan Norwalk Like. Penyebab utama diare pada balita adalah Rotavirus, sekitar 20-80%. Penularannya melalui faecal-oral, menyebabkan diare cair akut dengan masa inkubasi 24-72 jam, dapat menyebabkan dehidrasi berat yang berujung pada kematian.
- 3) Parasit: cacing perut seperti Ascaris, Trichuris, Stongloides, dan Blastocystis homini.
- 4) Malabsorpsi adalah kegagalan usus melakukan absorpsi yang mengakibatkan tekanan osmotik meningkat dan terjadi pergeseran air dan elektrolit ke rongga usus sehingga isi rongga usus meningkat, hal ini memicu diare.

- 5) Alergi adalah ketidak tahanan tubuh terhadap makanan tertentu seperti alergi laktosa dalam susu sapi.
- 6) Keracunan makanan adalah keracunan yang menyebabkan diare bisa terjadi karena keracunan bahan kimia serta keracunan bahan yang dikandung makhluk hidup tertentu seperti racun yang dihasilkan jasad renik, algae, ikan, buah-buahan, sayur- sayuran, dan lainnya.
- 7) Imunodefisiensi dapat bersifat sementara atau lama seperti pada penderita HIV/AIDS. Penurunan daya tahan tubuh ini menyebabkan seseorang mudah terserang penyakit termasuk diare.
- 8) Sebab-sebab lain yaitu berkaitan dengan perilaku seperti tidak menerapkan kebiasaan mencuci tangan, penyimpanan makanan yang tidak higienis, dan faktor lingkungan yang meliputi ketersediaan air bersih yang tidak memadai, kurangnya ketersediaan jamban, kebersihan lingkungan dan pribadi yang buruk. (Widoyono, 20011:195).

4. Gejala dan Tanda Diare

Beberapa gejala dan tanda diare antara lain:

- a. Gejala umum dari penderita diare adalah:
 - 1) Gejala khas diare biasa bentuk feses cair atau lembek dan sering.
 - 2) Muntah, biasanya menyertai diare saat infeksi pada usus/perut.
 - 3) Demam, dapat mendahului atau tidak mendahului gejala diare.

- 4) Gejala dehidrasi yaitu mata cekung, ketegangan kulit menurun, apatis bahkan gelisah.
- b. Gejala spesifik penderita diare adalah:
 - 1) *Vibrio cholera*: diare hebat, warna tinja seperti cucian beras dan berbau amis.
 - 2) *Disenteriform*: tinja berlendir dan berdarah.

Diare yang berkepanjangan dapat menyebabkan:

- a)). Dehidrasi (kekurangan cairan)
- b)). Gangguan sirkulasi
- c)). Gangguan asam basa (asidosis)
- d)). Hipoglikemia (kadar gula darah rendah)
- e)). Gangguan gizi (Widoyono, 2011: 198).

5. Penularan Diare

Penyakit diare sebagian besar (75%) disebabkan oleh kuman seperti virus dan bakteri. Penularan penyakit diare melalui orofekal terjadi dengan mekanisme berikut ini.

- a. Melalui air yang merupakan media penularan utama. Diare dapat terjadi bila seorang menggunakan air minum yang sudah tercemar, Pencemaran di rumah terjadi bila tempat penyimpanan tidak tertutup atau apabila tangan yang tercemar menyentuh air pada saat mengambil air dari tempat penyimpanan.
- b. Melalui tinja terinfeksi. Tinja mengandung virus atau bakteri dalam jumlah besar. Bila tinja tersebut dihirup oleh binatang dan

kemudian binatang tersebut hinggap di makanan, maka makanan itu dapat menularkan diare ke orang yang memakannya (Widoyono, 2011: 197).

Beberapa faktor risiko lain yang berhubungan dengan cara penularan faktor risiko lain yang berhubungan antara lain.

- 1) Tidak tersedia air bersih yang memenuhi syarat
- 2) Air yang tercemar agen penyebab diare
- 3) Pembuangan limbah yang tidak memenuhi syarat kesehatan
- 4) Perilaku yang tidak sehat dan lingkungan yang kurang bersih
- 5) Pengolahan, penyedia, dan penyajian makanan yang tidak memenuhi standar kesehatan.

6. Pengobatan Diare

Pengobatan diare berdasarkan dehidrasinya:

a. Tanpa Dehidrasi, Terapi A

Pada keadaan ini, buang air besar 3-4 kali sehari atau disebut mulai mencret. Pengobatan dapat dilakukan di rumah oleh ibu atau anggota keluarga lainnya dengan memberikan makanan dan minuman yang ada di rumah seperti air kelapa, larutan gula garam (LGG), air tajen, air teh, maupun oralit. Istilah pengobatan ini adalah dengan menggunakan terapi A. Ada 3 cara pemberian cairan yang dapat diberikan di rumah:

- 1) Memberikan lebih banyak cairan.
- 2) Memberikan makanan terus menerus.

3) Membawa ke petugas kesehatan bila tidak membaik dalam 3 hari.

b. Dehidrasi Ringan atau Sedang, Terapi B

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

c. Dehidrasi Berat, Terapi C

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

d. Teruskan Pemberian Makan

Pemberian makanan seperti semula diberikan sedini mungkin dan disesuaikan dengan kebutuhan.

e. Antibiotik Bila Perlu

Sebagian penyebab diare adalah rotavirus yang tidak memerlukan antibiotik dalam penatalaksanaan kasus diare, karena tidak bermanfaat dan efek sampingnya merugikan penderita (Widoyono, 2011:198).

f. Menurut Kemenkes RI (2017) dalam Buletin Indonesia menambahkan pengobatan diare dengan pemberian *zinc*. *Zinc* merupakan salah satu mikronutrien yang penting dalam tubuh. *Zinc* dapat menghambat enzim INOS (*Inducible Nitric Oxide Synthase*), dimana ekskresi enzim ini meningkat selama diare dan mengakibatkan hipersekresi epitel usus. *Zinc* juga berperan dalam epitelisasi dinding usus yang mengalami kerusakan morfologi dan fungsi selama kejadian diare. Pemberian *Zinc* selama diare terbukti mampu mengurangi lama dan tingkat keparahan diare, mengurangi frekuensi buang air besar, mengurangi volume tinja, serta menurunkan kekambuhan kejadian diare pada 3 bulan berikutnya. *Zinc* tetap diberikan selama 10 hari walaupun diare sudah berhenti, dengan cara melarutkan tablet dalam 1 sendok makan air matang.

7. Pencegahan Diare

Menurut penyakit diare dapat dicegah melalui promosi kesehatan, antara lain: (Widoyono (2011:199).

- a. Menggunakan air bersih. Tanda-tanda fisik air bersih yaitu tidak berwarna, tidak berbau, dan tidak berasa.
- b. Memasak air sampai mendidih sebelum diminum untuk mematikan sebagian besar kuman penyakit.
- c. Mencuci tangan dengan sabun pada waktu sebelum makan, sesudah makan, dan sesudah buang air besar.
- d. Memberikan ASI pada anak sampai usia 2 tahun.

- e. Menggunakan jamban yang sehat.
- f. Membuang tinja bayi dan anak dengan benar.

B. Konsep Dasar Sanitasi Total berbasis Masyarakat (STBM)

1. Pengertian STBM

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

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

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

- 1) Pemicuan dalah cara untuk mendorong perubahan perilaku higine dan saniter individu atau masyarakat atas kesadaran sendiri dengan menyentuh perasaan, pola pikir, perilaku dan kebiasaan individua tau masyarakat.

- 2) Desa/kelurahan yang melaksanakan STBM adalah desa/kelurahan intervensi pendekatan stbm dan dijadikan target untuk mencapai kondisi sanitasi total dibutuhkan pencapaian kelima pilar STBM.
- 3) Desa/kelurahanODF/SBS adalah desa/kelurahan yang 100% masyarakatnya telah buang air besar di jamban sehat.
- 4) Desa STBM adalah desa yang telah mencapai 5 pilar STBM atau kondisi sanitasi total.

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

2. Tujuan STBM

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

3. Sejarah Program Sanitasi

Jauh sebelum Indonesia merdeka, program sanitasi sudah dilakukan oleh masyarakat Indonesia. Tahun 1930, menteri hygiene Belanda, Dr. Heydrick melakukan kampanye untuk BAB di kakus. Di tahun 1936, didirikanlah sekolah menteri hygiene di Banyumas yaitu yang kemudian dikenal dengan Sekolah Pembantu Penilik Hygiene untuk mempromosikan hidup sehat dan melakukan upaya pencegahan penyakit. Untuk mendapatkan sumber daya manusia dalam melaksanakan program-program tersebut Kementerian Kesehatan mendirikan sekolah-sekolah kesehatan lingkungan, yang sekarang dikenal dengan nama Politeknik Kesehatan Jurusan Kesehatan Lingkungan. Pemerintah mengeluarkan inpres nomor 5 tahun 1974 tentang bantuan pembangunan sarana kesehatan yang memerintahkan dibangunnya Gedung pusat kesehatan masyarakat (Puskesmas). Pada tahun 1970-1997, Pemerintah melakukan beragam program pembangunan sanitasi. Program-program tersebut umumnya dilakukan dengan pendekatan keproyekan, sehingga faktor keberlanjutannya sangat rendah. Hal ini secara tidak langsung menyebabkan rendahnya peningkatan akses sanitasi masyarakat.

Hasil studi Indonesia Sanitation Sector Development Program (ISSDP) mencatat hanya 53% dari masyarakat Indonesia yang BAB di jamban yang layak pada tahun 2007, sedangkan sisanya BAB di sembarang tempat. Lebih jauh hal ini berkorelasi dengan tingginya angka diare dan Penyakit-penyakit yang disebabkan oleh lingkungan

yang bersih. Pembangunan sanitasi di Indonesia sebelum lahirnya STBM tahun 2008 pada umumnya dilakukan dengan pendekatan proyek dimana masyarakat sebagai sasaran progra kurang terlibat dalam proses pengambilan keputusan, perencanaan, pelaksanaan maupun monitoring dan evaluasi. Desain proyek yang demikian mengakibatkan tidak terjaminnya keberlanjutan sarana. Sarana kurang dimanfaatkan dan dipelihara oleh masyarakat karna kurang merasa memiliki. Akibatnya kondisi sanitasi tetap buruk sehingga dampaknya yang diharapkan yaitu menurunnya kejadian penyakit berbasis lingkungan seperti diare tidak tercapai. Diare tetap menjadi kelompok terbesar di Indonesia. Pada tahun 2008, pemerintah mencanangkan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM), konsep STBM diadopsi dari konsep *community led total sanitasi* (CLST)

4. Prinsip - prinsip STBM

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

1) Tanpa Subsidi

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

2) Masyarakat Sebagai Pemimpin

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

3) Tidak menggurui/memaksa

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

4) Totalitas

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

5. Strategi STBM

Ada tiga strategi pokok pelaksanaan STBM :

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

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

- d. Adanya tenaga fasilitator, pelatihan STBM dan peningkatan kapasitas,
- e. Adanya system pemantauan hasil kinerja dan proses pengelolaan pembelajaran.

Dengan strategi tersebut dapat membentuk penciptaan lingkungan yang kondusif untuk mendukung strategi tersebut ada beberapa indicator yang dapat menggambarkan lingkungan yang kondusif antara lain: kebijakan, kelembagaan, metodologi pelaksanaan program, kapasitas pelaksanaan, produk dan perangkat, keuangan, pelaksanaan dengan biaya yang efektif, monitoring dan evaluasi.

6. Lima Pilar STBM

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

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

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

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

Standar dan persyaratan kesehatan bangunan jamban terdiri dari :

- a. Bangunan atas jamban (dinding dan atap)
Bangunan atas jamban harus berfungsi untuk melindungi pemakai dari gangguan cuaca dan gangguan lainnya.
- b. Bangunan tengah jamban
Lubang pembuangan kotoran dengan konstruksi leher angsa atau bias saja dengan diberikan penutup. Lantai jamban terbuat dari bahan kedap air, tidak licin dan mempunyai saluran untuk pembuangan air bekas ke system Pembuangan Air Limbah (SPAL)
- c. Bangunan bawah
Merupakan bangunan penampung, pengolahan dan pengurai kotoran/tinja jenisnya dapat berupa Tangki Septik yang kedap dan tidak bocor dan Cubluk, cubluk hanya dapat digunakan dipedesaan dengan kepadatan penduduk rendah dan sulit air.

Indikator dan kriteria pilar Stop BABS yaitu :

- a. Jamban berfungsi dengan baik dan dapat digunakan untuk BAB,
- b. Kloset/dudukan dibuat dengan aman

- c. Sumur penampung kotoran dibuat dengan jarak aman lebih > 10m dan tidak mencemari sumber air
- d. Ada penutup pada lubang, baik dan kering atau terdapat air di leher angsa,
- e. Jamban telah meminimalkan lalat atau serangga vector lainnya dapat masuk ke lubang penampung tinja
- f. Tidak ada fases di lantai/dinding/dudukan
- g. Tidak terlihat kotoran manusia di halaman, ditimbunan sampah dan disaluran air
- h. Semua masyarakat telah BAB hanya di jamban sehat dan membuang kotoran bayi serta lansia ke jamban sehat
- i. Tidak tercium bau kotoran manusia di lingkungan sekitar.

Kriteria :

- a. Penampungan kotoran manusia tidak mencemari sumber air
- b. Menjaga tidak terjadinya kontak antara manusia dan kotoran manusia
- c. Menjaga buangan kotoran manusia tidak menimbulkan bau
- d. Kontuksi dudukan jamban dibuat dengan aman bagi pengguna

2) Pilar 2-Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS)

Cuci tangan dengan menggunakan sabun dan air bersih yang mengalir diwujudkan melalui kegiatan membudayakan perilaku CTPS di air bersih yang mengalir, menyediakan dan memelihara sarana cuci tangan yang dilengkapi dengan air mengalir, sabun, dan saluran pembuangan limbah. Perilaku ini

sangat efektif mencegah dan menurunkan insiden diare sebesar 42-53%, dengan perlakuan ini satu juta kematian akibat diare dapat dicegah

Langkah-langkah CTPS yang benar:

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

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

- a. Sebelum makan
- b. Sesudah air besar/kecil
- c. Sebelum meneglolah dan mengidangkan makanan
- d. Sesudah membersihkan kotoran bayi
- e. Sebelum menyusui
- f. Sebelum memberikan makan bayi/balita

Indikator dan kriteria CTPS

Indikator:

- a. Terdapat sarana untuk cuci tangan dan
- b. Terdapat sabun dan air bersih yang mengalir

Kriteria:

- a. Terdapat sarana untuk cucitangan pakai sabun untuk digunakan sebelum makan
 - b. Ada air dan sabun di jamban atau di dekat jamban
 - c. Paham akan waktu-waktu penting kapan melakukan CTPS
 - d. Mampu mempraktekkan cara mencuci tangan dengan benar
- 3) Pilar 3-Pengolahan Air Minum dan Makanan di Rumah Tangga (PAMM-RT)

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

- a. Pengolahan air minum rumah tangga dilakukan dengan cara:
 - a) Pengolahan air baku, dilakukan apabila air baku keruh dengan cara pengolahan awal pengendapan dengan gravitasi alami, penyaringan dengan kain, dan penjernihan dengan bahan kimia/tawas.

- b) Pengolahan air minum dirumah tangga untuk mendapatkan kualitas air minum yang layak untuk dikonsumsi dengan menghilangkan bakteri dan kuman penyebab penyakit melalui Filtrasi, Klorinasi, Koagulasi dan Flokulasi (Penggumpalan), Desinfeksi.
- c) adah penyimpanan air minum setelah pengolahan air dengan cara wadah penyimpanan tertutup, berleher sempit atau lebih baik dilengkapi dengan keran. Wadah penyimpanan dicuci setelah tiga hari atau saat air habis, gunakan air yang sudah diolah sebagai air bilasan terakhir, penyimpanan air yang sudah diolah disimpan dalam tempat bersih dan selalu tertutup dan jauh dari jangkauan binatang, tempat minum dengan menggunakan gelas yang bersih dan kering dan tidak berperilaku meminum air langsung mengenai mulut atau wadah kran.
- b. Pengolahan makanan tingkat rumah tangga
- Pengolahan pangan yang baik dan benar akan menghasilkan pangan yang bersih, sehat, aman dan bermanfaat serta tahan lama. Untuk menjamin hygiene sanitasi pangan perlu melaksanakan 6 prinsip hygiene sanitasi pangan seperti berikut:
- a) Pemilihan bahan pangan : Pangan hewani(berasal dari hewan), pangan nabati (berasal dari tumbuhan), pangan fermentasi, dan pangan olahan pabrik.
- b) penyimpanan bahan makanan sesuai dengan suhunya:

- c. Pengolahan bahan makanan yang baik adalah yang mengikuti kaidah dari prinsip-prinsip hygiene dan sanitasi. Dapur yang memenuhi standar dan pryaratannya hygiene dan sanitasi untuk mencegah risiko pencemaran (kontaminasi silang dan kontaminasi ulang terhadap pangan
- d. Penyimpanan makanan masak harus berada di suhu yang cocok untuk mencegah tumbuhnya bakteri pada makanan harus pada suhu di bawah 10°C atau di atas 60°C.
- e. Pengangkutan makanan yang sehat akan sangat berperan di dalam mencegah terjadinya pencemaran pangan, oleh karena itu prinsip pengangkutan makanan siap santap harus diperhatikan seperti berikut: wadah masing-masing makanan terpisah, isi pangan tidak melebihi wadahnya, pengangkutan pangan harus diatur suhunya, wadah selama dalam perjalanan tidak boleh dibuka, dan kendaraan pengangkut disediakan khusus dan tidak digunakan untuk mengangkut bahan lain.
- f. Penyajian makanan. Makanan yang dinyatakan layak santap dapat dilakukan uji organoleptik atau uji biologis atau uji laboratorium bila ada kecurigaan terhadap makanan tersebut.

Hal penting dalam pilar PAMM-RT:

- a. cuci tangan sebelum menangani air minum dan mengelolah makan siap santap

- b. mengelolah air minum secukupnya sesuai dengan kebutuhan rumah tangga
 - c. gunakan air yang sudah diolah untuk mencuci sayuran dan buah siap santap serta untuk mengelolah makanan siap santap
 - d. tidak mencelupkan tangan ke dalam air yang sudah diolah menjadi air minum
 - e. secara periodic meminta petugas kesehatan untuk melakukan pemeriksaan air guna pengujian laboratorium.
- 4) Pilar 4-Pengamanan sampah rumah tangga (PS-RT)

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

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

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

Prinsip-prinsip dalam pengaman sampah:

- a. Reduce yaitu mengurangi sampah dengan mengurangi pemakaian barang atau benda yang tidak terlalu dibutuhkan
- b. Reuse yaitu memanfaatkan barang yang sudah tidak terpakai tanpa mengubah bentuk
- c. Recycle adalah mendaur ulang kembali barang lama menjadi barang baru

Indikator dan kriteria pilar PS-RT

Indicator:

- a. Masyarakat memiliki perilaku membuang sampah diluar rumah secara rutin, serta memilah sampah rumah tangga sesuai dengan jenisnya,
- b. Melakukan reduce, reuse dan recycle pada sampah rumah tangga
- c. Menyediakan dan memelihara sarana pembuangan sampah diluar rumah

Kriteria:

- a. Masyarakat yang telah melakukan pengamalan sampah rumah tangga ketika 3 indikator telah terpenuhi
- b. Untuk sampah organik jika belum ada pengangkutan sampah, masyarakat boleh melakukan penimbunan,
- c. Tidak terlihat sampah berserakan di lingkungan rumah dan di dalam rumah
- d. Di masing-masing rumah terdapat tempat sampah yang tertutup untuk tempat sampah organik dan anorganik.

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

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

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

Prinsip pengamanan limbah cair rumah tangga adalah:

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

Indikator dan keriterian pilar PLC-RT

Indikator:

- a. Tidak terdapat genangan air
- b. Limbah cair rumah tangga disalurkan pada lubang resapan/SPAL yang tertutup atau terisi oleh batu
- c. Limbah cair rumah tangga disalurkan di saluran drainase/ got dan tidak tergenang
- d. Limbah cair rumah tangga dimanfaatkan untuk menyaring tanaman.

Kriteria:

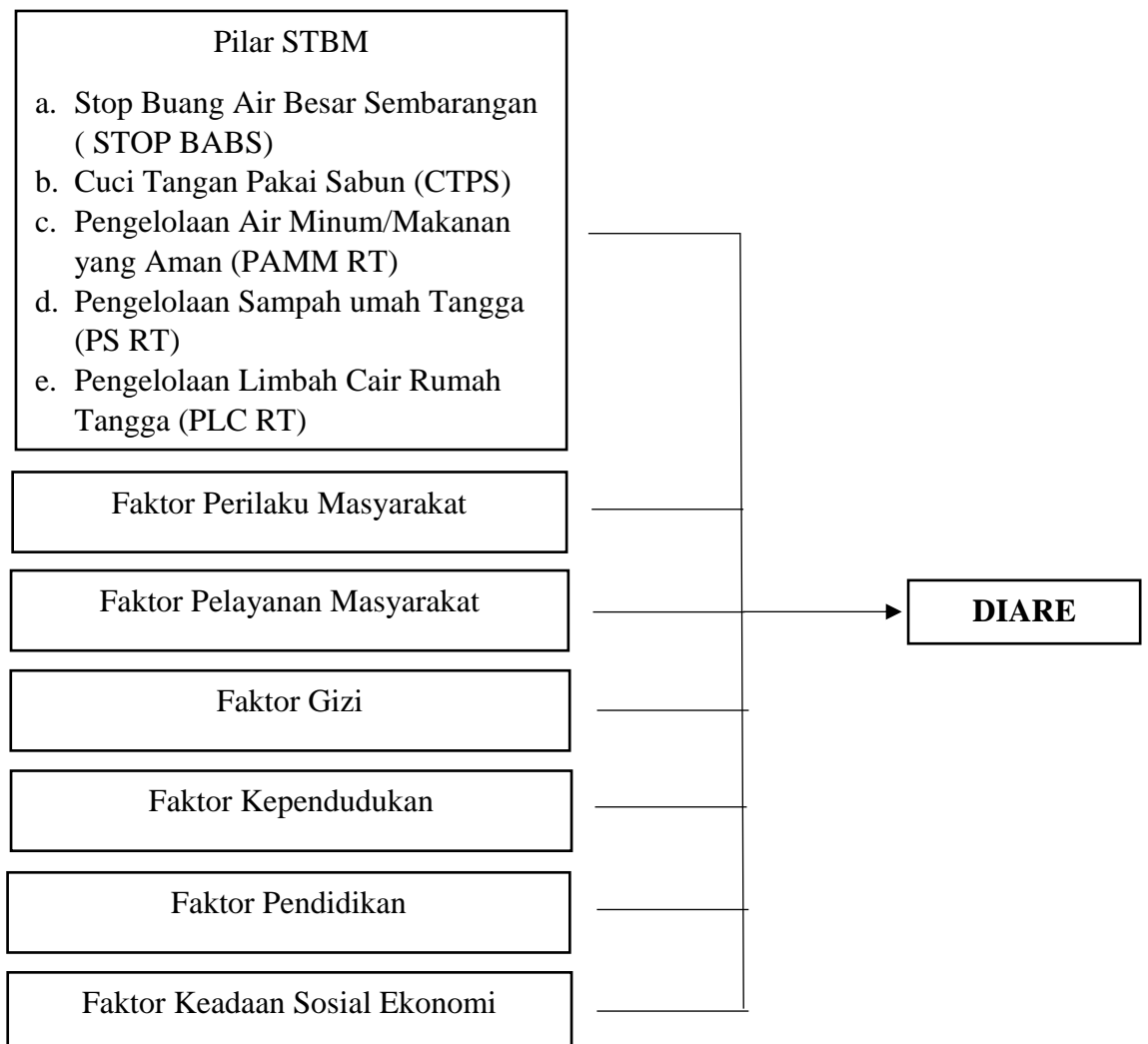
- a. Tidak terlihat genangan air disekitar rumah terkait limbah cair domestic
 - b. Limbah cair sudah diamankan sebelum dibuang.
- 6) Manfaat dan Tujuan Pelaksanaan Lima Pilar STBM

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

dengan baik secara mandiri dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya secara mandiri dan berkeadilan.

C. Kerangka Teori

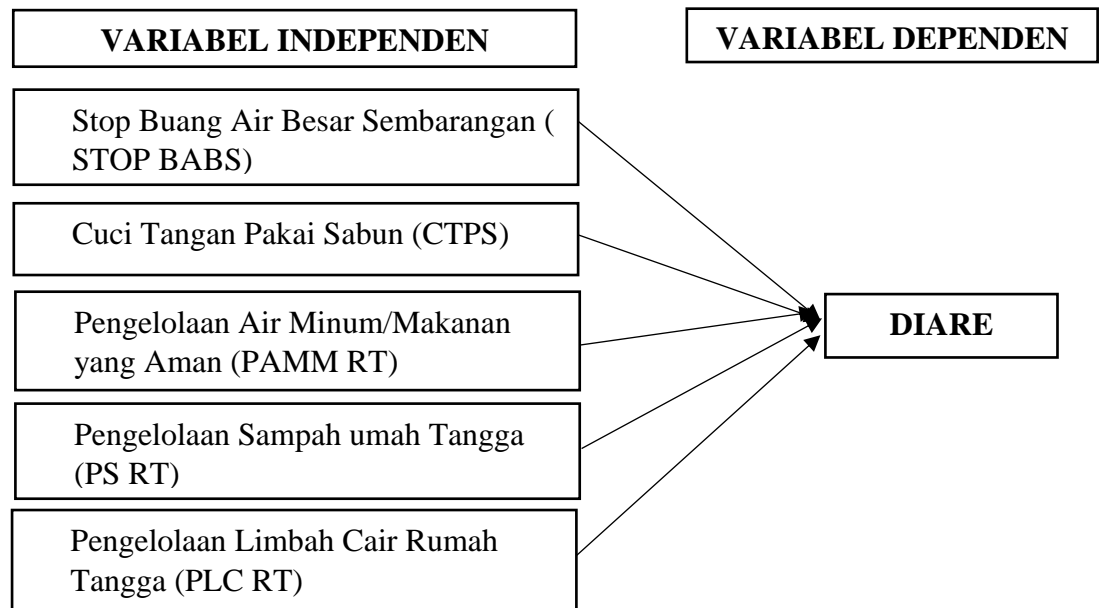
Berdasarkan referensi yang digunakan sebagai dasar teori penelitian ini, maka kerangka teori yang dikembangkan penulis dalam penelitian ini bersumber dari Notoadmodjo (2011) dapat dilihat pada bagan 2.1 berikut ini:



Bagan 2.1 Kerangka Teori

D. Kerangka Konsep

Berdasarkan kerangka teori diatas, maka dapat disusun kerangka konsep dalam penelitian ini dapat dilihat pada bagan 2.2 berikut ini:



Bagan 2.2 Kerangka Konsep

E. Hipotesis Penelitian

Adapun hipotesis dalam penelitian ini sebagai berikut:

1. Ada hubungan antara Stop Buang Air Besar Sembarangan (STOP BABS) dengan kejadian diare di desa Tanjung Rejo wilayah kerja UPT Puskesmas Tanjung Rejo Kecamatan Negeri Agung Kabupaten Way Kanan Tahun 2024
2. Ada hubungan antara Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS) dengan kejadian diare di desa Tanjung Rejo wilayah kerja UPT Puskesmas Tanjung Rejo Kecamatan Negeri Agung Kabupaten Way Kanan Tahun 2024

3. Ada hubungan antara Pengelolaan Air Minum/Makanan Yang Aman (PAMM RT) dengan kejadian diare di desa Tanjung Rejo wilayah kerja UPT Puskesmas Tanjung Rejo Kecamatan Negeri Agung Kabupaten Way Kanan Tahun 2024
4. Ada hubungan antara Pengelolaan Sampah Rumah Tangga (PS RT) dengan kejadian diare di desa Tanjung Rejo wilayah kerja UPT Puskesmas Tanjung Rejo Kecamatan Negeri Agung Kabupaten Way Kanan Tahun 2024
5. Ada hubungan antara Pengelolaan Limbah Cair Rumah Tangga (PLC RT) dengan kejadian diare di desa Tanjung Rejo wilayah kerja UPT Puskesmas Tanjung Rejo Kecamatan Negeri Agung Kabupaten Way Kanan Tahun 2024