PENGARUH MEDIA AUDIO VISUAL TERHADAP PENGETAHUAN MASYARAKAT TENTANG SANITASI TOTAL BERBASIS MASYARAKAT (STBM) KELURAHAN WEK III DI KOTA PADANGSIDIMPUAN TAHUN 2024

SKRIPSI

Oleh:

ABDUL HARIS NASUTION
NIM.20030012

PROGRAM STUDI
ILMU KESEHATAN MASYARAKAT PROGRAM SARJANA
FAKULTAS KESEHATAN UNIVERSITAS AUFA ROYHAN
DI KOTA PADANGSIDIMPUAN

TAHUN 2024

PENGARUH MEDIA AUDIO VISUAL TERHADAP PENGETAHUAN MASYARAKAT TENTANG SANITASI TOTAL BERBASIS MASYARAKAT (STBM) KELURAHAN WEK III DI KOTA PADANGSIDIMPUAN TAHUN 2024

Diajukan Untuk Memenuhi Persyaratan Memperoleh
Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh

ABDUL HARIS NASUTION
NIM.20030012

PROGRAM STUDI
ILMU KESEHATAN MASYARAKAT PROGRAM SARJANA
FAKULTAS KESEHATAN UNIVERSITAS AUFA ROYHAN
DI KOTA PADANGSIDIMPUAN
TAHUN 2024

HALAMAN PENGESAHAN

PENGARUH MEDIA AUDIO VISUAL TERHADAP PENGETAHUAN MASYARAKAT TENTANG SANITASI TOTAL BERBASIS MASYARAKAT (STMB) KELURAHAN WEK III DI KOTA PADANGSIDIMPUAN TAHUN 2024

Skripsi ini telah diseminarkan dan dipertahankan dihadapan tim penguji Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Program Sarjana Fakultas Kesehatan Universitas Aufa Royhan Di Kota Padangsidimpuan

Padangsidimpuan, Juli 2024

Pembimbing Utama	Pembimbing Pendamping
Arinil Hidayah, SKM, M.Kes	Ahmad Safii Hasibuan, SKM,M.KM
NIDN. 0118108703	NIDN. 0107049402

Ketua Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Program Sarjana	Dekan Fakultas Kesehatan
Nurul Hidayah Nasution,SKM,M.K.M	Arinil Hidayah, SKM, M.Kes
NIDN. 0112099101	NIDN. 0118108703

HALAMAN PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Abdul Haris Nasution
NIM : 20030012
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat

Dengan ini menyatakan bahwa skripsi yang berjudul "Pengaruh media audio visual terhadap pengetahuan masyarakat tentang sanitasi total berbasis masyarakat (STBM)Kelurahan Wek III Di Kota Padangsidimpuan Tahun 2024" benar bebas dari plagiat, dan 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.

Padangsidimpuan, Oktober 2024

Penulis



Abdul Haris Nasution

IDENTITAS PENULIS

Nama	: Abdul Haris Nasution
NIM	: 20030012
Tempat/Tanggal Lahir	: Padangsidimpuan.24/April.2000
Jenis Kelamin	: Laki-laki
Alamat	:JL.KH.AHMAD DAHLAN NO8e

Riwayat Pendidikan:

1. SD Negeri 200112 : Lulus Tahun 2011
2. SMP N 4 Padangsidimpuan : Lulus Tahun 2014
3. SMK N 1 Padangsidimpuan : Lulus Tahun 2017

KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti ucapkan kehadirat Allah SWT, karena atas berkat dan rahmat- Nya penulis dapat menyusun skripsi dengan judul "Pengaruh media audio visual terhadap pengetahuan masyarakat tentang STBM Sanitasi total berbasis masyarakat Di Kelurahan Wek III", sebagai salah satu syarat memperoleh gelar sarjana kesehatan masyarakat di Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Program Sarjana Universitas Aufa Royhan Kota Padangsidimpuan.

Dalam proses penyususnan skripsi ini penulis banyak mendapat bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terimakasih dan penghargaan yang setinggi- tingginya kepada yang terhormat:

1. Arinil Hidayah, SKM, M. Kes selaku Dekan Fakultas Kesehatan Universitas Aufa Royhan Kota Padangsidimpuan, sekaligus pembimbing utama yang telah meluangkan waktu untuk membimbing dalam menyelesaikan skripsi ini.
2. Nurul Hidayah Nasution, M.K.M selaku Ketua Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Program Sarjana Fakultas Kesehatan Universitas Aufa Royhan Kota Padangsidimpuan. Sekaligus Penguji utama yang telah memberikan masukan dan pengarahan guna penyempurnaan penulisan skripsi ini.
3. Arinil Hidayah SKM.M.Kes selaku pembimbing utama yang telah meluangkan waktu untuk membimbing dalam menyelesaikan skripsi ini.
4. Ahmad Safii Hasibuan, SKM, M.K.M selaku pembimbing pendamping, yang telah meluangkan waktu untuk membimbing dalam menyelesaikan skripsi ini.
5. Delfi Ramadhini.M.Biomed selaku anggota penguji, yang telah meluangkan waktu untuk membimbing dalam menyelesaikan skripsi ini.

6. Seluruh Dosen Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Program Sarjana Fakultas Kesehatan Universitas Aufa Royhan Kota Padangsidimpuan.
7. Kedua Orang Tua yang selalu memberikan do'a, dukungan, motivasi, nasehat, cinta dan kasih sayang dalam segala keadaan sehingga penulis bisa sampai pada posisi yang saat ini.
8. Semua pihak yang ikut membantu peneliti dalam menyelesaikan skripsi ini.

Kritik dan saran yang bersifat membangun penulis harapkan guna perbaikan dimasa mendatang. Mudan-mudahan penelitian ini bermanfaat bagi peningkatan kualitas pelayanan Kesehatan Masyarakat. Amiin.

Padangsidimpuan, Juli 2024

Peneliti

ABSTRAK

Sanitasi Total Berbasis Masyarakat yang selanjutnya disingkat STBM adalah suatu pendekatan untuk mengubah perilaku higiene dan sanitasi melalui pemberdayaan masyarakat dengan memperkuat upaya pembudayaan hidup bersih dan sehat, pencegahan penyebaran penyakit berbasis lingkungan, peningkatan kapasitas masyarakat. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh media audio visual terhadap pengetahuan masyarakat Desa Wek III. Penelitian ini menggunakan desain pre eksperimen dengan pendekatan one group pre test post test. Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah total sampling dengan jumlah responden sebanyak 70 orang dengan cara menyebarkan kuesioner pengetahuan kepada masyarakat. Analisis data menunjukkan nilai p (Sig.) sebesar 0,000 - 0,05 yang artinya ada pengaruh media audio visual terhadap pengetahuan masyarakat tentang STBM di masyarakat Desa Wek IIL. Pengetahuan tentang STBM berada pada kategori kurang sebanyak 29 orang (41,4%), yang memiliki pengetahuan cukup sebanyak 28 orang (40,0%) dan yang memiliki pengetahuan baik sebanyak 13 orang (18,6%). Pengetahuan setelah dilakukan penyuluhan kesehatan menggunakan media Audio Visual pengetahuan masyarakat menjadi lebih baik dan meningkat sebanyak 27 orang berpengetahuan baik. 32 orang berpengetahuan cukup, dan 11 orang berpengetahuan kurang. Ada pengaruh media audio visual terhadap peningkatan pengetahuan masyarakat tentang STBM pada masyarakat di Desa Wek III. Disarankan untuk meningkatkan Personal Hygiene dengan menjaga kesehatan, tekun mencari informasi tentang Personal Hygiene dan mengikuti kegiatan penyuluhan kesehatan.

Kata Kunci : Pengetahuan, Audio Visual Video, Masyarakat, STBM.

ABSTRACT

Community-Based Total Sanitation, hereinafter abbreviated as CBTS, is an approach to changing hygiene and sanitation behavior through community empowerment by strengthening efforts to cultivate clean and healthy living, preventing the spread of environmental-based diseases, increasing community capacity. This research aims to determine the influence of audio-visual media on the knowledge of the Wek III Village community. This research uses a pre-experimental design with a one group pre-test post-test approach. The sampling technique used was total sampling with 70 respondents by distributing knowledge questionnaires to the public. Data analysis shows a p value (Sig.) of 0.000 - 0.05, which means that there is an influence of audio-visual media on people's knowledge about CBTS to stop open defecation in the Wek III. Village community. Knowledge about CBTS is in lack category for 29 people (41.4%), who have sufficient knowledge about 28 people (40.0%) and about 13 people (18.6%) had good knowledge. The knowledge after conducting health education using Audio Visual media, public knowledge became better and increased about 27 people had good knowledge. 32 people had sufficient knowledge, and 11 people had insufficient knowledge. There is an influence of audio visual media on increasing public knowledge about CBTS to stops open defecation in the community in Wek III Village. It is suggested to improve the Personal Hygiene by maintaining health, diligently seeking information about Personal Hygiene and participating in health counseling activities.

Keywords : Knowledge, Audio Visual Video, Society, STBM.

PUBLIC HEALTH STUDY PROGRAM UNDERGRADUATE PROGRAM
HEALTH FACULTY OF AUFA ROYHAN UNIVERSITY
IN PADANGSIDIMPUAN

Research Report, July 2024
Abdul Haris Nasution

The Influence of Audio-Visual Media on Public Knowledge about STBM to Stop Open Defecation in the Community of Wek III Village, Padangsidimpuan City In 2024

ABSTRACT

Community-Based Total Sanitation, hereinafter abbreviated as CBTS, is an approach to changing hygiene and sanitation behavior through community empowerment by strengthening efforts to cultivate clean and healthy living, preventing the spread of environmental-based diseases, increasing community capacity. This research aims to determine the influence of audio-visual media on the knowledge of the Wek III Village community. This research uses a pre-experimental design with a one group pre-test post-test approach. The sampling technique used was total sampling with 70 respondents by distributing knowledge questionnaires to the public. Data analysis shows a p value (Sig.) of 0.000 - 0.05, which means that there is an influence of audio-visual media on people's knowledge about CBTS to stop open defecation in the Wek IIL Village community. Knowledge about CBTS is in lack category for 29 people (41.4%), who have sufficient knowledge about 28 people (40.0%) and about 13 people (18.6%) had good knowledge. The knowledge after conducting health education using Audio Visual media, public knowledge became better and increased about 27 people had good knowledge. 32 people had sufficient knowledge, and 11 people had insufficient knowledge. There is an influence of audio visual media on increasing public knowledge about CBTS to stops open defecation in the community in Wek III Village. It is suggested to improve the Personal Hygiene by maintaining health, diligently seeking information about Personal Hygiene and participating in health counseling activities.

Keywords : Knowledge, Audio Visual Video, Society, STBM Stop Babs.

UNIVERSITAS
LEMBAGA PUSAT BAHASA
AUFA ROYHAN

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN JUDUL ..... **i**
HALAMAN PENGESAHAN ..... **ii**
HALAMAN PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT ..... **iii**
IDENTITAS PENULIS ..... **iv**
KATA PENGANTAR ..... **v**
ABSTRAK ..... **vii**
ABSTRACT ..... **viii**
DAFTAR ISI ..... **ix**
DAFTAR TABEL ..... **xi**
DAFTAR SKEMA ..... **xii**
DAFTAR LAMPIRAN ..... **xiii**

BAB 1 PENDAHULUAN **1**
1.1 Latar Belakang 1
1.2 Rumusan Masalah 5
1.3 Tujuan Penelitian 5
1.3.1 Tujuan Umum 5
1.3.2 Tujuan Khusus 5
1.4 Manfaat Penelitian 6
1.4.1 Manfaat Praktis 6
1.4.2 Manfaat Teoritis 6

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA **9**
2.1 Sanitasi Total Berbasis Masyarakat 9
2.1.1 Pengertian STBM 9
2.1.2 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi STBM 11
2.1.3 Dampak Bahaya Tinja 14
2.1.4 Penyakit Diakibatkan Tinja 16
2.1.5 Proses Terjadinya Diare Melalui Hewan Lalat 19
2.2 Pengetahuan 19
2.2.1 Faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan 21
2.3 Media Audio Visual 22
2.3.1 Pengertian Media Audio Visual 22
2.3.2 Jenis-Jenis Audio Visual 22
2.3.3 Kelebihan Dan Kelebihan Media Audio Visual 23
2.4 Kerangka Konsep 23
2.5 Hipotesis 24

BAB 3 METODE PENELITIAN **25**
3.1 Jenis Dan Desain Penelitian 25
3.1.1 Desain Penelitian 25
3.1.2 Jenis Penelitian 25
3.1.3 Tehnik Pengambilan Sampel 26
3.2 Lokasi Dan Waktu Penelitian 27

3.2.1 Lokasi Penelitian 27
3.2.2 Waktu Penelitian 27
3.3 Populasi Dan Sampel Penelitian 28
3.3.1 Populasi Penelitian 28
3.3.2 Sampel Penelitian 28
3.3.3 Kriteria Sampel 29
3.4 Etika Penelitian 29
3.5 Alat Pengumpulan Data 31
3.5.1 Instrumen Penelitian 31
3.5.2 Sumber Data 31
3.6 Prosedur Pengumpulan Data 32
3.7 Defenisi Operasional 33
3.8 Pengolahan Data 34
3.8.1 Analisa Data 35

BAB 4 HASIL PENELITIAN 37
4.1 Gambaran Umum Tempat Penelitian 37
4.2 Analisa Univariat 38
4.3 Analisis Bivariat 39

BAB 5 PEMBAHASAN 41
5.1 Karakteristik Responden 41
5.2 Pengaruh Edukasi Melalui Media Audio Visual Terhadap Pengetahuan Mayarakat Tentang STBM Di Kelurahan Wek III Kota Padangsidimpuan Tahun 2024 43

BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN 46
6.1 Kesimpulan 46
6.2 Saran 46

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Bahaya Tinja.(Riskedas 2019) 14

Gambar.2.2 Kerangka Konsep 23

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Surat survey pendahuluan dari Universitas Aufa Royhan di Kota Padangsidimpuan
Lampiran 2. Surat balasan survey pendahuluan dari tempat penelitian
Lampiran 3. Surat izin penelitian dari Universitas Aufa Royhan di Kota Padangsidimpuan
Lampiran 4. Surat balasan penelitian dari dari tempat penelitian
Lampiran 5. Lembar Permohonan dan Persetujuan Menjadi Responden
Lampiran 6. Kuesioner
Lampiran 7. Master Data
Lampiran 8. Output SPSS
Lampiran 9. Lembar konsultasi

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Sanitasi Total Berbasis Masyarakat yang selanjutnya disingkat STBM adalah pendekatan untuk mengubah perilaku higiene dan sanitasi melalui pemberdayaan masyarakat dengan cara pemicuan. (Permenkes No. 3/ 2014) STBM adalah sebuah program nasional di bidang sanitasi berbasis masyarakat yang bersifat lintas sektoral. Program ini direncanakan pada bulan Agustus 2008 oleh Menteri Kesehatan Republik Indonesia. Pada bulan September 2008 STBM dikukuhkan sebagai Strategi Nasional melalui Kepmenkes No. 852/Menkes/SK/IX/2008 bahwa dalam rangka memperkuat upaya pembudayaan hidup bersih dan sehat, mencegah penyebaran penyakit berbasis lingkungan, meningkatkan kemampuan masyarakat, serta mengimplementasikan komitmen pemerintah untuk meningkatkan akses air minum dan sanitasi dasar yang berkesinambungan dalam pencapaian SDG'S (*Sustainable Development Goals's*). (Heru Subaris, 2021).

Data UNICEF, terdapat 25 juta penduduk Indonesia melakukan praktek BABS yang disebabkan oleh kepemilikan dan pemanfaatan jamban yang masih rendah (Unicef Indonesia,2019). Pemerintah Indonesia, melalui kebijakan RPJMN 2020- 2024 telah mentargetkan 100% masyarakat tidak lagi melakukan praktek BABS atau secara keluruhan masyarakat telah menerapkan perilaku sanitasi dasar yang baik. Sementara, pada target sasaran SDGs poin 6 terkait dengan akses air bersih dan sanitasi dasar juga menargetkan di tahun 2030.

Diharapkann sebagian besar penduduk Indonesia tidak lagi melakukan perilaku membuang kotorannya disembarang tempat seperti: sungai, lading, parit, dan kebun yang berpotensi mengakibatkan pencemaran air tanah (Kementerian PUPR, 2022).

Profil tahunan Kementerian Kesehatan tahun 2021 menyajikan data desa atau kelurahan yang telah mampu melaksanakan sanitasi total berbasis masyarakat baru sejumlah 48.7%, hal ini memiliki arti bahwa masih terdapat kurang lebih 51,3% penduduk Indonesia masih belum mempunyai akses jamban shat (Kemenkes, 2021).

E-monev STBM tahun 2022 menyampaikan bahwa secara nasional dari 34 propinsi yang ada di Indonesia, baru Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta yang telah mencapai 100% akses sanitasi, sementara Provinsi DKI Jakarta berada pada urutan ketujuh dengan cakupan akses sanitasi sebesar 92.17% (Sekretariat STBM Nasional, 2022).Tantangan pembangunan sanitasi di Indonesia adalah masalah sosial budaya dan perilaku penduduk yang terbiasa buang air besar (BAB) di sembarang tempat,khususnya ke badan air yang juga digunakan untuk mencuci, mandi, dan kebutuhan higienis lainnya. Oleh karena itu, diperlukan suatu strategi nasional sanitasi total berbasis masyarakat untuk mengetahui pengetahuan higiene dan peningkatan akses sanitasi (Indah etal.2021). Hal ini sejalan dengan komitmen pemerintah dalam mencapai target tahun 2030 dalam Agenda *for Sustainable Development Goals* (SDG's) atau Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (TPB) 2030, yaitu meningkatkan akses air minum dan sanitasi bagi masyarakat (Weiland et al.2021).

Data *World Health Organization* (2020) menunjukkan dari tahun 2000-2020,kasus BABS terus menurun dari 1.229 juta menjadi 494 juta dengan rata- rata

turun 37 juta orang pertahun. Meskipun di seluruh wilayah SDG's mengalami penurunan, masih ada beberapa wilayah yang masih mengalami peningkatan serta lebih dari 5% penduduk yaitu di 55 negara masih melakukan BABS di tahun 2020, diantaranya 9 dari 10 orang di bagian asia tengah, selatan, serta afrika sub-sahara.Di Indonesia, Prevalensi BABS sebesar 8,44% di tahun 2018, lalu di tahun 2019 turun menjadi 7,27%, dan tahun 2020 sebesar 6.11%. Tetapi, *World Health Organization* tahun 2020 membuktikan Negara Indonesia merupakan wilayah yang penduduknya terbanyak kedua di dunia dengan buang air besar sembarangan (BABS).

Kementerian kesehatan RI (2021) melaporkan bahwa sekitar 1.016.354 KK di Provinsi Sumatera Utara masih melakukan kebiasaan Buang Air Besar Sembarangan. Berdasarkan laporan Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara bahwa masih ditemukan perilaku masyarakat yang melakukan Buang Air Besar Sembarangan (BABS) di berbagai kabupaten di wilayah Sumatera Utara. Berdasarkan laporan Profil Kesehatan Provinsi Sumatera Utara tahun 2021 diketahui bahwa persentase rumah tangga di Sumatera Utara menggunakan tempat pembuangan tinja berupa tangki septik/SPAL sebesar 86,60%, kolam, sawah, sungai, danau, laut sebesar 4,36%, lubang tanah/pantai/tanah lapang/kebun sebesar 8,08%, dan lainnya sebesar 0,96% (Profil Kesehatan Provinsi Sumatera Utara, 2021).

Salah satu tujuan dari Stop Buang Air Besar adalah untuk menurunkan wabah diare yang mana penyakit ini berbasis lingkungan. Secara global penyakit diare masih menjadi salah satu penyakit yang tinggi dengan kejadian 525.000 kematian setiap tahun (WHO,2022). Cakupan pelayanan pada penderita diare di

Indonesia pada tahun 2020 sebanyak 44,4 % untuk semua umur dan sebesar 28,9% pada balita dari target yang telah di tetapkan (Sasaran pelayanan penderita diare pada balita yang datang ke sarana kesehatan ditargetkan oleh program sebesar 20% dari perkiraan jumlah penderita diare pada balita. Sedangkan sasaran pelayanan penderita diare pada semua umur ditargetkan sebesar 10% dari perkiraan jumlah penderita diare semua umur. (Profil Kesehatan Indonesia, 2020).

Provinsi Kalimantan Timur pada Tahun 2020 jumlah kasus diare yang dilayani sebesar 29.636 kasus (Profil Kesehatan Prov. Kaltim, 2020) dan di Kabupaten Berau pada tahun 2020 penyakit diare menyumbang angka kematian pada bayi sebesar 1,69 % dari 118 kasus kematian, dengan jumlah kasus diare sebanyak 2.896 untuk semua umur (Profil Kesehatan Kab.Berau,2020).

Berdasarkan survei pendahuluan yang saya lakukan di wilayah wek III dan di wilayah wek II dan I dengan melakukan wawancara dor to dor sebanyak 3 kepala keluarga di ketiga wilayah tersebut, wawancara yang dapat saya rangkum yaitu di ketiga Wek tersebut memang melakukan BABS sembarangan tetapi di wilayah Wek III masih ada masyarakat yang belum memiliki kamar mandi pribadi, sedangkan di wilayah Wek I dan II rata-rata sudah memiliki kamar mandi.

Adapun dalam mengembangkan STBM di masyarakat tentunya kampung teleng kelak akan menjadi kampung percontohan dalam konteks pengimplementasian STBM dan institusionalisasi STBM perlu digambarkan bagaimana kondisi implementasi pilar STBM yang telah dilakukan oleh warga masyarakatnya, agar nantinya pengembangan kampung sanitasi juga dapat dikembangkan berdasarkan kondisi yang berbasis dengan *EVIDENCE BASED* di masyarakatnya.

Berdasarkan pertimbangan diatas, peneliti tertarik untuk meneliti bagaimana implementasi lima pilar sanitasi total berbasis masyarakat di wilayah kampung teleng, untuk dapat mengetahui pengaruh implementasi pilar STBM di wilayah tersebut dan dapat menggambarkan potret kondisi STBM di wilayah tersebut sehingga dapat digunakan sebagai data dan bahan evaluasi ataupun penelitian selanjutnya dalam pengembangan STBM di wilayah kampung teleng secara khusus maupun wilayah-wilayah lainnya.

Kondisi ini mendorong penulis untuk melaksanakan penelitian dengan judul: Pengaruh Media Audio Visual Terhadap Pengetahuan Masyarakat Tentang Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) Kelurahan Wek III yang berada di daeraharea / aliran sungai (DAS).

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah di atas, maka rumusan masalah dari penelitian ini adalah "Pengaruh media audio visual terhadap pengetahuan masyarakat tentang Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) Kelurahan Wek III Di Kota Padangsidimpuan Tahun 2024"

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui Pengaruh kesehatan melalui media audio visual terhadap pengetahuan masyarakat tentang Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) Kelurahan Wek III Di Kota Padangsidimpuan Tahun 2024.

1.3.2 Tujuan Khusus

a. Untuk mengetahui karakteristik responden berdasarkan umur, jenis kelamin, Pendidikan dan pekerjaan di Kelurahan wek III.

b. Mengidentifikasi pengetahuan tentang Buang Air Besar Sembarangan
c. (BABS) pada masyarakat sebelum diberikan edukasi melalui audio visual di Kelurahan wek III.
d. Mengidentifikasi pengetahuan tentang Sanitasi Total Berbasis Masyarakat sesudah diberikan edukasi melalui audio visual diKelurahan wek III.
e. Menganalisis Pengaruh kesehatan melalui media audio visual terhadap pengetahuan masyarakat tentang Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) di sungai pada masyarakat di Kelurahan wek III

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah ilmu pengetahuan dan informasi yang bermanfaat dalam perkembangan ilmu kesehatan masyarakat, dapat digunakan sebagai bahan referensi, menambah wawasan , menambah pengetahuan.

1.4.2 Manfaat Teoritis

1. Bagi Penulis

a. Pengaplikasian teori yang telah diperoleh selama perkuliahan ke dalam karya nyata serta menambah pengetahuan, wawasan dan pengalaman penulis dalam Menyusun skripsi.
b. Peneliti mampu memanfaatkan ilmu pengetahuan, teknologi, dan keterampilan yang dimilikinya di lapangan sesuai keinginannya.

2. Bagi Masyarakat

a. Sebagai bahan masukan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat pentingnya menjaga kesehatan dalam meningkatkan pengetahuan tentang

Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM).

b. Termotivasinya generasi muda mengawal desa/kelurahan dalam pelaksanaan program STBM agar masyarakat sehat dan produktif.

c. Termotivasinya masyarakat agar aktif mengikuti dan melaksanakan program STBM secara mandiri.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

a. Sebagai bahan referensi di perpustakaan yang akan dimanfaatkan oleh mahasiswa khususnya program studi kesehatan masyarakat.

b. Membuat mahasiswa mampu melihat potensi desa/ kelurahan, mengidentifikasi masalah dan mencari solusi untuk meningkatkan potensi agar menjadi desa/kelurahan yang warganya sehat dan produktif melalui kegiatan STBM

4. Bagi Instansi Kesehatan

a. Bagi instansi kesehatan khususnya Dinas Kesehatan, Rumah Sakit, Puskesmas adalah data dan hasil yang diperoleh dari penelitian dapat dijadikan suatu tolak ukur serta upaya dalam meningkatkan kualitas pelayanan dengan cara meningkatkan kesejahteraan masyarakat, Serta meningkatkan Kesehatan.

b. Membantu perubahan/perbaikan tata kelola desa/kelurahan di bidang kesehatan lingkungan.

c. Memperoleh bantuan pemikiran dan teknis pendampingan dari tenaga terdidik (mahasiswa) menjadikan desa/ kelurahan bebas buang besar sembarangan, warga yang patuh untuk melaksanakan CTPS, warga yang patuh mengelola air minum dan makan yang sehat di tingkat keluarga,

warga yang patuh untuk mengelola sampah rumah tangga dengan konsep 3R (*Reduce* , *Reuse* , *Recycle*) serta warga yang patuh untuk mengelola air limbah cair hasil rumah tangga secara baik dan tepat sehingga derajat kesehatan serta produktivitas warga meningkat.

d. Memberikan umpan balik bagi perguruan tinggi tentang ilmu pengetahuan dan teknologi yang dibutuhkan secara nyata oleh masyarakat khususnya dalam metode dan pendekatan perubahan perilaku hidup bersih dan sehat melalui program STBM.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Sanitasi Total Berbasis Masyarakat

2.1.1 Pengertian STBM

Sanitasi yang layak dan baik merupakan hal mutlak dibutuhkan setiap hari dalam pemenuhan kebutuhan keseharian, tetapi tidak setiap orang dapat menyediakan dan mengelola sanitasinya dengan baik. Di lihat dari hasil observasinya bahwa pengelolaan air minum bersih dan pola makan sehat baru mencakup 90% karena tidak sesuai dengan indikatornya atau kurang kebersihan, Azmir, (2022).

Air dan sanitasi adalah dua hal yang tidak dapat dipisahkan. Setiap ada air minum atau air bersih maka pasti akan ada air limbah, tidak kurang dari 85% air bersih berubah menjadi air limbah. Sebagai gambaran, apabila satu orang menggunakan 100 liter air perhari untuk minum, mandi, cuci, maka air yang dibuang menjadi air limbah sekitar 85 liter per hari (Suryani, 2020).

Tujuan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) menurut kementerian Kesehatan Republik Indonesia adalah untuk mencapai kondisi sanitasi total dengan mengubah perilaku higienis dan sanitasi melalui pemberdayaan masyarakat yang meliputi 3 komponen yaitu penciptaan lingkungan yang mendukung, peningkatan kebutuhan sanitasi, peningkatan penyediaan sanitasi dan pengembangan inovasi sesuai dengan konteks wilayah. Program STBM atau dikenal *dengan Community Lead Total Sanitation* (CLTS) merupakan program untuk memperkuat upaya pembudayaan hidup bersih dan sehat, mencegah penyebaran penyakit berbasis

lingkungan, meningkatkan kemampuan masyarakat (Rahmuniyati dan Sahayati 2021).

Sanitasi merupakan perilaku disengaja dalam pembudayaan hidup bersih dengan maksud mencegah manusia bersentuhan langsung dengan kotoran dan bahan yang berbahaya lainnya dengan harapan usaha ini akan menjaga dan meningkatkan kesehatan manusia. Pendapat lain juga mengatakan arti sanitasi ini merupakan suatu kondisi yang berhubungan dengan kesehatan masyarakat, terutama dalam penyediaan air minum bersih serta juga pembuangan limbah yang memadai. Sanitasi tersebut dapat membantu mencegah timbulnya penyakit dengan cara pengendalian faktor-faktor lingkungan fisik yang berhubungan dengan rantai penularan penyakit (Suryani, 2020).

Tujuan pembangunan kesehatan menurut Undang Undang Nomor 17 tahun 2023 tentang Kesehatan adalah untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial ekonomis.

Salah satu tujuan Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJMN) 2020-2024 adalah memperkuat infrastruktur untuk mendukung pembangunan ekonomi dan pelayanan dasar, dimana salah satu kegiatan prioritas pembangunan infrastruktur pelayanan dasar adalah penyediaan air minum dan sanitasi yang layak dan aman. Pemerintah mentargetkan akses masyarakat pada perumahan dan permukiman yang layak, aman dan terjangkau meningkat pada tahun 2024. Hal ini termasuk target 90% sanitasi layak, termasuk di dalamnya 15% akses sanitasi aman, dan ketiadaan rumah tangga yang BAB sembarangan di tempat terbuka. Sedangkan

untuk akses air minum, 100% akses air minum layak, termasuk di dalamnya 15% akses air minum aman, ditargetkan pada 2024.

Berdasarkan data BPS Tahun 2022, persentase rumah tangga memiliki akses terhadap sanitasi layak sudah mencapai 80,92% di 34 Provinsi seluruh Indonesia. Akses sanitasi berkaitan dengan ketersediaan sarana dan perilaku masyarakat. Upaya tersebut dilakukan melalui program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat yang selanjutnya disingkat STBM dengan pengertian yaitu pendekatan untuk mengubah perilaku higienis dan saniter melalui pemberdayaan masyarakat dengan cara pemicuan, dimana output nya terdiri dari lima pilar yaitu Stop Buang Air Besar Sembarangan (SBABS), Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS), Pengelolaan Air Minum dan Makanan Rumah Tangga (PAMMRT), Pengelolaan Sampah Rumah Tangga (PSRT) dan Pengelolaan Air Limbah Domestik Rumah Tangga.

2.1.2 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi STBM

1. Faktor predisposisi

Pengetahuan yang diberikan kepada masyarakat yang terkait dengan keberhasilan Stop Buang Air Besar Sembarangan adalah Pengetahuan yang dimiliki masyarakat meliputi:

a. Pengertian Buang Air Besar Sembarangan merupakan perilaku yang tidak baik dan tidak sehat. Buang Air Besar Sembarangan atau yang biasa dikenal dengan sebutan *Open Defecation* adalah suatu perilaku untuk membuang kotoran (tinja) disembarang tempat, seperti di bantaran sungai, lading, kebun, semak-semak, pantai, dan lahan terbuka lain yang dapat digunakan sebagai tempat buang air besar. Tinja (kotoran) tersebut dibiarkan di tempat sehingga dapat terkontaminasi lingkungan (tanah, udara, dan air).

b. Dampak dari Buang Air Besar Sembarangan Dampak yang ditimbulkan dari buang air besar sembarangan yaitu mencemari lingkungan (air dan tanah), menimbulkan berbagai penyakit seperti diare, pneumonia, cholera, dan bahkan bisa menimbulkan kematian pada anak karena daya tahan tubuh anak yang masih rentan terhadap tertularnya penyakit. Untuk memberikan pengetahuan tentang tingkat STBM yang dihasilkan setiap hari dan persebaran tinja jika dibuang di sembarang tempat.

Dapat diartikan sebagai berikut :

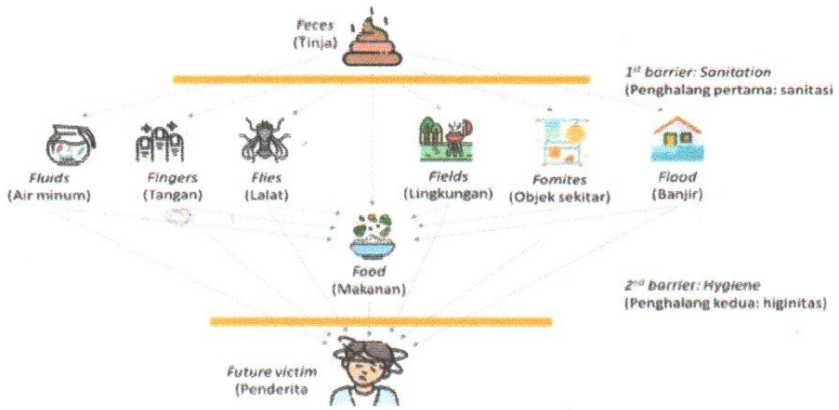
a. Jika STBM di kebun lalu dimakan ayam, dan akhirnya ayam dimakan manusia.
b. Jika STBM di lahan kosong mengering menjadi debu lalu dihirup oleh manusia.
c. Jika STBM di sungai mencemari air dan akhirnya masuk ke manusia juga Selain itu masyarakat juga diajak untuk turun ke lokasi tempat mereka melakukan buang air besar, selama berada di lokasi tersebut masyarakat dilarang untuk menutup hidung agar mereka merasakan apa yang dirasakan masyarakat lain saat melintasi lokasi tersebut dan masyarakat diajak berdiskusi sejenak di lokasi tanpa menutup hidung. Mendiskusikan keadaan tersebut bauk dari aspek keindahan dan kebersihan lingkungan dan dari aspek penyebaran penyakit, tanyakan masyarakat bagaimana perasaan beliau ketika orang menderita akibat bau yang ditimbulkan. Dengan dilakukan langsung turun ke lokasi, akan lebih menyentuh ego seseorang dengan timbulnya rasa jijik dan malu apalagi dengan melihat kotoran (tinja) yang berserakan di lokasi terbuka.

2. Faktor *Enabling*

Salah satu hal yang terpenting dalam memenuhi keberhasilan stop buang air besar sembarangan adalah terpenuhinya sarana sanitasi yang meliputi ketersediaan jamban dan air bersih yang memenuhi syarat. Air bersih yang memenuhi syarat yaitu terhindar dari pencemaran sampah dan pencemaran akibat septic tank yang tidak pernah dikuras. Sedangkan untuk ketersediaan jamban, masyarakat masih terbiasa dengan proyek, masih tergantung dengan subsidi dan bantuan fisik perusahaan. Tetapi dengan adanya ketersediaan sanitasi jamban dan air bersih, masyarakat mau merubah perilaku untuk menjadi lebih baik lagi dengan buang air besar di jamban. Dengan adanya masyarakat sudah melakukan stop buang air besar sembarangan, masyarakat bisa merasakan dampaknya yaitu jika ditinjau dari aspek ekonomi pengeluaran masyarakat menurun karena tingkat masyarakat yang terkena penyakit diare menurun dan tingkat kepedulian masyarakat terhadap lingkungan meningkat dengan membiasakan buang air besar dan kecil pada tempatnya (Windy Febriani,al,2021).

Masyarakat yang memiliki tingkat pendidikan yang tinggi memiliki pengetahuan yang luas. Pendidikan sangat penting dalam mengembangkan sumber daya manusia untuk kebutuhan lingkungan sanitasi, seseorang yang berpendidikan rendah belum tentu memiliki jamban sehat karena kurangnya literasi tentang hal itu (Budiman & Indiyani, 2022). Memberikan informasi penyuluhan tentang sanitasi dan kesehatan lingkungan serta dampaknya terhadap kejadian penyakit akibat sanitasi yang buruk akan membentuk pengetahuan seseorang yang akhirnya dapat segera berubah ke pengetahuan yang lebih baik, dan menuju perubahan perilaku (I Wayan Gargita et al., 2020).

2.1.3 Dampak Bahaya Tinja



Gambar 2.1. Bahaya Tinja.(Riskedas 2019).

Jika tinja mampu dikelola dengan aman dari sumbernya, maka kecil kemungkinan terjadinya penyakit-penyakit terkait, seperti diare, tifoid, disentri, dan lainnya. WHO memprediksi bahwa akses sanitasi yang tidak aman bertanggung jawab terhadap kematian lebih dari 400,000 orang di seluruh dunia setiap tahun. Menurut data Riskesdas 2019, 1 dari 10 balita di Indonesia terkena diare, dimana diare ini adalah penyebab utama kematian balita di Indonesia, melebihi angka kematian akibat ISPA, demam, malaria, dan sebagainya. Infeksi cacing atau *Soil Transmitted Helminth* (STH) juga akibat akses sanitasi yang tidak aman. WHO memprediksi bahwa 1 dari 4 orang di dunia terinfeksi STH. Cara penyebaran STH biasanya lewat telur STH yang ada pada feses penderita STH yang kemudian mencemari tanah.

a. Mikroba

Tinja manusia mengandung puluhan miliar mikroba, termasuk bakteri koli-tinja. Sebagian di antaranya tergolong sebagai mikroba patogen, seperti bakteri Salmonela typhus penyebab demam tifus, bakteri *Vibrio cholerae* penyebab kolera,

virus penyebab hepatitis A, dan virus penyebab polio. Tingkat penyakit akibat kondisi sanitasi yang buruk di Indonesia sangat tinggi. BAPENNAS menyebutkan, tifus mencapai 800 kasus per 100.000 penduduk. Sedangkan polio masih dijumpai, walaupun dinegara lain sudah sangat jarang.

b. Materi Organik

Kotoran manusia (tinja) merupakan sisi dan ampas makanan yang tidak tercerna. Ia dapat berbentuk karbohidrat, dapat pula protein, enzim, lemak, mikroba dan sel-sel mati. Satu liter tinja mengandung materi organik yang setara dengan 200-300 mg BODS (kandungan bahan organik)

c. Telur Cacing

Seseorang yang cacingan akan mengeluarkan tinja yang mengandung telu-telur cacing. Beragam cacing dapat dijumpai di perut kita. Sebut saja, cacing cambuk, cacing gelang, cacing tambang, dan keremi. Satu gram tinja berisi ribuan telur cacing yang siap berkembang biak diperut orang lain. Anak cacingan adalah kejadian yang biasa di Indonesia. Penyakit ini kebanyakan diakibatkan cacing cambuk dan cacing gela ng. Prevalensinya bisa mencapai 70 persen dari balita.

d. Nutrien

Umumnya merupakan senyawa nitrogen (N) dan senyawa fosfor (P) yang dibawa sisa-sisa protein dan sel-sel mati. Nitrogen keluar dalam bentuk senyawa amonium, sedangkan fosfor dalam bentuk fosfat. Satu liter tinja manusia mengandung amonium sekitar 25 gram dan fosfat seberat 30 miligram. Senyawa nitrogen memacu pertumbuhan ganggang (algae). Akibatnya, warna air menjadi hijau. Ganggang menghabiskan oksigen dalam air sehingga ikan dan hewan lainnya mati.

2.1.4 Penyakit Diakibatkan Tinja

a. Kanker Usus

Penyakit yang bisa dibilang amat serius ini bisa dideteksi melalui cek feses, yaitu dengan melihat perubahan warna pada feses. Pasalnya, kanker usus bisa menyebabkan feses berubah warna menjadi merah terang atau kehitaman. Nah, bila feses terus menerus berwarna merah dalam beberapa hari ke depan, sebaiknya segera memeriksakan diri ke dokter. Meski demikian, dalam beberapa kasus, warna merah pada feses juga bisa disebabkan oleh faktor lain, seperti perdarahan pada saluran pencernaan bagian bawah atau terlalu banyak mengonsumsi buah tomat, dan wasir.

b. Diare dan Gangguan Empedu

Selain melihat dari bentuknya, dan gangguan empedu juga bisa diketahui dengan melihat warna feses. Umumnya, feses yang berwarna kehijauan sebenarnya masih bisa dikatakan normal. Hal ini bisa disebabkan karena kamu terlalu banyak mengonsumsi sayuran, suplemen zat besi, ataupun makanan dan minuman dengan pewarna hijau. Namun, feses berwarna hijau juga bisa disebabkan oleh makanan yang terlalu cepat disalurkan ke usus besar. Hal tersebut terjadi karena adanya gangguan pada empedu, sehingga organ tersebut tidak sempat mencerna makanan dengan sempurna. Selain itu, feses berwarna hijau juga sering ditemukan pada orang yang sedang mengalami diare.

c. Celiac

Selain warna hijau, feses yang berwarna cokelat dan kuning juga masih bisa dikatakan normal. Warna cokelat pada feses disebabkan karena adanya zat bilirubin yang dihasilkan oleh hati dan dikeluarkan melalui feses. Sedangkan bakteri dan

enzim pencernaan di usus turut berperan dalam membuat warna feses menjadi kuning. Namun, bila feses berwarna kuning, terlihat berminyak dan berbau busuk, kamu perlu mewaspadainya. Pasalnya, kondisi tersebut bisa menandakan adanya gangguan pencernaan, seperti Penyakit ini bisa membuat feses mengalami kelebihan lemak. Penyakit Celiac bisa terjadi akibat terlalu banyak mengonsumsi makanan yang mengandung gluten tinggi, seperti roti dan sereal.

d. Masalah Lambung

Bila kamu mengalami masalah lambung seperti maag, kondisi ini juga bisa diketahui melalui cek feses. Saat mengalami maag, feses biasanya mengalami perubahan warna menjadi hitam. Dalam beberapa kasus, perubahan ini juga bisa disebabkan oleh saluran pencernaan bagian atas, seperti lambung atau kerongkongan yang mengalami perdarahan. Selain masalah lambung seperti maag, warna feses yang menghitam juga bisa mengindikasikan adanya penyakit yang lebih serius, yaitu kanker. Namun, ada kalanya perubahan warna pada feses ini juga disebabkan oleh efek samping yang umum dialami ketika kita mengonsumsi suplemen zat besi.

e. Gangguan Hati

Tidak hanya bisa membantu mengidentifikasi penyakit pada saluran pencernaan dan pankreas, cek feses juga bisa dilakukan untuk menelisik fungsi organ hati. Bila feses berubah warna menjadi putih dan terlihat pucat seperti tanah liat, kondisi ini bisa jadi menandakan adanya masalah pada organ hati atau penyumbatan di saluran empedu.

f. Kolera

Cholera atau kolera adalah penyakit infeksi yang mengganggu sistem pencernaan. Gejala utama yang dialami penderita kolera adalah diare parah serta dehidrasi. Penularan kolera kerap kali berasal dari air yang terkontaminasi bakteri *Vibrio cholerae.Kolera* adalah penyakit yang sudah ada sejak dahulu, di mana saat itu sistem pembuangan dan sanitasi masih belum sebaik sekarang. Penyakit ini menyebar hampir di seluruh dunia. Seiring membaiknya sanitasi yang didukung dengan berkembangnya teknologi, kasus kolera mengalami penurunan drastis. Akan tetapi, kasus kolera di beberapa negara masih cukup tinggi, khususnya negara berkembang yang memiliki sistem sanitasi buruk, padat penduduk, area perang atau kawasan bencana alam.

g. Disentri

Disentri basiler disebabkan oleh infeksi bakteri shigella (paling umum ditemui). Namun demikian, bakteri Campylobacter, E. coli, dan Salmonella, juga dapat menyebabkan kondisi ini. Sementara itu, disentri amuba, disebabkan oleh infeksi parasit bersel satu, yaitu *Entamoeba histolytica*. Umumnya, daerah dengan sanitasi yang buruk merupakan tempat amuba sering ditemui. Komplikasi pada organ hati, yang berupa abses hati bisa disebabkan karena disentri amuba.

h. Cacing Tambang

Infeksi cacing tambang paling sering disebabkan oleh cacing tambang jenis *Necator americanus* dan *Ancylostoma duodenale*. Larva cacing ini bisa masuk ke dalam tubuh ketika seseorang mengonsumsi makanan atau minuman yang terkontaminasi. Di dalam tubuh, larva cacing tambang akan masuk ke sistem

percernaan, kemudian menjadi cacing dewasa dan berkembang biak di usus sehingga menimbulkan gejala. Telur yang dihasilkan cacing tambang saat berada di usus akan keluar bersama feses. Di lingkungan yang sanitasinya buruk, feses yang mengandung telur cacing tambang ini akan mengontaminasi tanah dan air di sekitarnya.

2.1.5 Proses Terjadinya Diare Melalui Hewan Lalat

Lalat merupakan salah satu vektor penting dalam penyebaran penyakit dan tidak bisa dipisahkan dari kehidupan manusia, sering dijumpai dalam keseharian kita. Lalat dapat berperan pada ekosistem dalam proses pembusukan, sebagai predator, parasit pada serangga, sebagai polinator, dapat berperan sebagai vektor penyakit saluran pencernaan seperti kolera, myasis, typhus, disentri dan diare. Penularan penyakit ini terjadi secara mekanis, dimana kulit tubuh dan kaki-kakinya yang kotor tadi yang merupakan tempat menempelnya mikroorganisme penyakit yang kemudian lalat tersebut hinggap pada makanan. Lalat rumah diketahui dapat menularkan patogen enterik, berikut kami tunjukkan bahwa lalat jamban, Chrysomya puttoria , kemungkinan merupakan vektor penting dari patogen ini, karena rata-rata jamban dapat menghasilkan 100.000 lalat jamban setiap tahunnya. Lalat ini membawa Shigella , Salmonella , dan E. Coli , yang semuanya merupakan penyebab utama diare.

2.2 Pengetahuan

Pengetahuan atau kognitif adalah domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behavior*). Tingkat Pengetahuan dalam domain kognitif memiliki enam tingkatan (Notoatmodjo, 2014), yaitu:

1. Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Yang termasuk dalam tingkat pengetahuan ini adalah mengingat (recall) sesuatu yang spesifik dan semua materi rangsangan yang dipelajari atau diterima. Karena itu, tahu adalah tingkat pengetahuan yang paling rendah.

2. Pemahaman (*Comprehension*)

Pemahaman diartikan sebagai kemampuan untuk menjelaskan benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi dengan benar. Orang yang memiliki memahami objek materi dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, memprediksi, dan sebagainya terhadap objek dipelajari.

3. Aplikasi (*Application*)

Aplikasi didefinisikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari dalam situasi atau kondisi nyata (sebenarnya). Aplikasi di sini dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks lain.

4. Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menggambarkan suatu materi atau suatu objek menjadi komponen, tetapi masih di dalam struktur organisasi, dan masih berkaitan satu sama lain.

5. Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis mengacu pada kemampuan untuk menempatkan atau menghubungkan bagian-bagian menjadi satu kesatuan yang baru. Dengan kata lain, sintesis adalah bentuk kemampuan mengembangkan formulasi baru dari formulasi baru.

6. Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan untuk membenarkan atau penilaian suatu benda atau benda. Peringkat ini berdasarkan kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria yang ada.

2.2.1 Faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2016), ada faktor penyebab yang mempengaruhi pengetahuan yaitu:

1. Tingkat Pendidikan

Pendidikan ialah salah satu usaha untuk meningkatkan karakter seseorang agar orang tersebut dapat memiliki kemampuan yang baik. Pendidikan ini mempengaruhi sikap dan tingkah laku seseorang untuk mendewasakan melalui pengajaran.

2. Informasi

Informasi ialah suatu pengetahuan yang didapatkan dari pembelajaran, pengalaman, atau instruksi. Informasi ini juga sebenarnya dapat ditemui didalam kehidupan sehari-hari karena informasi ini bisa kita jumpai di sekitar lingkungan kita baik itu keluarga, kerabat, atau media lainnya.

3. Lingkungan

Lingkungan ialah segala sesuatu yang ada di sekitar individu, baik itu lingkungan fisik, biologis, maupun sosial.

4. Usia

Usia dapat mempengaruhi daya tangkap dan pola pikir seseorang. Semakin bertambah usia maka semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya sehingga pengetahuannya semakin membaik.

2.3 Media Audio Visual

2.3.1 Pengertian Media Audio Visual

Audio visual adalah media perantara yang penyerapannya melalui pandangan dan pendengaran sehingga membangun kondisi yang dapat membuat seseorang mampu memperoleh pengetahuan, keterampilan, atau sikap yang dipergunakan untuk membantu tercapainya tujuan belajar (Najmi, 2017).

Menurut Ardyanto (2018) Media audio visual merupakan sebuah alat bantu yang dipergunakan dalam situasi belajar untuk membantu tulisan dan kata yang diucapkan dalam menularkan pengetahuan, sikap, dan ide, sehingga memudahkan pemahaman peserta didik dalam proses pembelajaran untuk mencapai hasil belajar yang sudah ditentukan. Media audio visual merupakan salah satu jenis media pembelajaran yang dapat digunakan dalam proses pembelajaran.

2.3.2 Jenis-Jenis Audio Visual

Menurut Djamarah (2007) media audio visual dibagi menjadi dua yaitu:

a. Audio visual diam, yaitu media yang menampilkan suara dan gambar seperti bingkai suara/sound slide.
b. Audio visual gerak, yaitu media yang dapat menampikan unsur suara dan gambar bergerak seperti film dan video. Kedua jenis media ini digunakan untuk tujuan hiburan, dokumentasi dan Pendidikan.

Pengembangan lain dari media ini adalah :

a. Audio visual murni, yaitu baik unsur suara maupun unsur gambar berasal dari suatu sumber seperti film video-cassette.
b. Audio visual tidak murni, yaitu yang usur suara dan unsur gambarnya berasal dari sumber yang berbeda, misalnya film bingkai suara yang unsur

gambarnya bersumber dari slide proyektor dan unsur suaranya bersumber dari tape recorder. Contoh lainnya adalah film strip suara dan cetak suara.

2.3.3 Kelebihan Dan Kelebihan Media Audio Visual

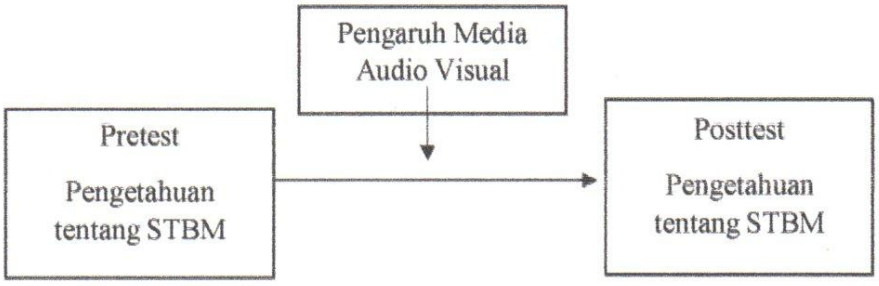
Adapun kelebihan media audio visual ini adalah :

a. Lebih efektif dalam menerima pembelajaran karena dapat melayani gaya bahasa siswa audio maupun visual.
b. Dalam memberi pengalaman nyata lebih dari yang disampaikan media audio maupun visual.
c. Siswa akan lebih cepat mengerti karena mendengarkan disertai melihat langsung, sehingga tidak hanya membayangkan.
d. Lebih menarik dan menyenangkan menggunakan media audio visual.

Kelemahan media audio visual yaitu :

a. Pembuatan media audio visual memerlukan waktu yang lama, karena memadukan 2 elemen, yakni audio dan visual.
b. Membutuhkan keterampilan dan ketelitian dalam pembuatannya.
c. Biaya yang digunakan dalam pembuatan media audio visual cukup mahal.
d. Jika tidak dapat perannya akan sulit untuk membuatnya (terbentur alat pembuatannya).

2.4 Kerangka Konsep



Gambar.2.2.Kerangka Konsep

2.5 Hipotesis

Dari penjelasan di atas dapat disimpulkan bahwa hipotesis penelitian ini adalah sebagai berikut :

Ho : Adanya pengaruh media audio visual terhadap pengetahuan masyarakat tentang STBM di Kampung Teleng.

Ha :Tidak adanya pengaruh media audio visual terhadap pengetahuan masyarakat tentang STBM di Kampung Teleng.

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Dan Desain Penelitian

3.1.1 Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode jenis penelitian kuantitatif. Jenis penelitian kuantitatif menurut Cooper (2017), penelitian kuantitatif adalah untuk mengukur sesuatu dengan tepat dan digunakan untuk mengukur perilaku pelanggan, pengetahuan, opini, maupun sikap.

Desain penelitian ini menggunakan rancangan *Pre experiment* (*one group pretest posttest*).Rancangan ini tidak ada kelompok pembanding (kontrol), tetapi paling tidak sudah dilakukan observasi pertama (pretest) yang memungkinkan peneliti dapat menguji perubahan-perubahan yang terjadi setelah adanya eksperimen. (Notoatmodjo.2010).Bentuk rancangan ini sebagai berikut :

Kelompok Eksperimen	Pretest	Perlakuan	Postest
	01	X	02

Keterangan

X: Pengaruh media audio visual terhadap pengetahuan masyarakat tentang STBM.

Pretest : adanya pengaruh media audio visual terhadap pengetahuan masyarakat tentang STBM.

Posttest : Tidak adanya pengaruh media audio visual terhadap pengetahuan masyarakat tentang STBM.

3.1.2 Jenis Penelitian

Menurut Sugiyono (2016:46),Jenis penelitian ini adalah penelitian asosiatif (pengaruh), karena peneliti ingin mengetahui hubungan antara variabel persepsi

harga ( ) dan kualitas produk ( ) berpengaruh terhadap keputusan pembelian (Y).Hasil penelitian asosiatif berfungsi untuk menjelaskan, meramalkan, dan mengontrol suatu gejala permasalahan.

Jenis penelitian yang merupakan investasi sistematis mengenai sebuah fenomena atau situasi dengan mengumpulkan data yang dapat diukur menggunakan teknik statistik, matematika, atau komputasi.

Peneliti memiliki tujuan untuk mengembangkan dan menggunakan berbagai model sistematis, berbagai teori, dan hipotesis yang berkaitan dengan fenomena alam yang sedang terjadi. Pada intinya, penelitian kuantitatif merupakan suatu proses pengukuran. Metode penelitian kuantitatif yang digunakan untuk mendapatkan suatu data yang terjadi, baik pada masa lampau atau saat ini mengenai keyakinan, pendapat, karakteristik, dan hubungan variabel yang dapat digunakan untuk menguji beberapa hipotesis. Biasanya, hipotesis yang diuji bisa berupa variabel sosiologis dan atau psikologis dari sampel yang diambil dari populasi tertentu. Teknik pengumpulan data yang digunakan melalui pengamatan yang diambil dari wawancara atau kuesioner dan dari hasil penelitian yang cenderung digeneralisasikan.

3.1.3 Tehnik Pengambilan Sampel

Metode pengambilan sampel yang digunakan pada penelitian ini adalah teknik sampling jenuh (total sampling). Sampling jenuh (total sampling) adalah teknik penentuan sampel bila semua anggota populasi digunakan sebagai sampel dikarenakan jumlah populasi relatif kecil dan penelitian yang ingin membuat generalisasi dengan kesalahan yang sangat kecil (Sugiyono, 2009). Total sampling digunakan pada penelitian ini karena penyebaran jumlah responden di populasi

yang tidak merata dan cakupan wilayah yang tidak terlalu luas sehingga tidak menyulitkan peneliti untuk mengambil data dari 70 sampel.

KEPALA KELUARGA	POPULASI	SAMPEL
=	100	70

3.2 Lokasi Dan Waktu Penelitian

3.2.1 Lokasi Penelitian

Berdasarkan pertimbangan di atas, peneliti tertarik untuk meneliti bagaimana implementasi pilar sanitasi total berbasis masyarakat di wilayah kampung teleng, untuk dapat mengetahui pengaruh implementasi pilar STBM di wilayah tersebut dan dapat menggambarkan kondisi STBM di wilayah tersebut sehingga dapat digunakan sebagai data dan bahan evaluasi ataupun penelitian.

3.2.2 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan mulai tahap pengajuan judul hingga pelaksanaan penelitian dimulai pada bulan Desember 2023 – Juli 2024.

Tabel 3.1 Waktu Penelitian

Kegiatan	Bulan								
	Nov	Des	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul
Survei pendahuluan									
Pengajuan judul									
Penyusunan proposal									
Seminar proposal									
Revisi proposal									
Survei lokasi penelitian									
Penyusunan hasil penelitian									
Seminar hasil penelitian									
Revisi hasil penelitian									

3.3 Populasi Dan Sampel Penelitian

3.3.1 Populasi Penelitian

Populasi dalam penelitian adalah Populasi pada penelitian ini adalah seluruh KK yang ada di Wilayah wek III kampung teleng yang terdiri dari 1 Kelurahan dengan jumlah 240 KK.

3.3.2 Sampel Penelitian

Sampel dalam penelitian ini adalah sebagian populasi yang diambil dari keseluruhan objek penelitian dan dianggap mewakili seluruh populasi. Dengan Sampel dalam penelitian sebanyak 70 responden di antaranya kepala keluarga (KK) yang berada di Kelurahan wek III. Untuk mengetahui besar sampel dalam penelitian ini maka penelitian ini maka peneliti menggunakan rumus Slovin. Berikut rumus sampel yang digunakan:

Menurut Sugiyono (2016) Sampel adalah sebagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi, Sedangkan teknik pengambilan sampel disebut dengan sampling. Menurut Sugiyono (2009), teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah total sampling. Total sampling adalah teknik pengambilan sampel dimana jumlah sampel sama dengan populasi. Alasan mengambil total sampling karena jumlah populasi yang kurang dari 100. Jadi jumlah sampel dalam penelitian ini adalah sebanyak 70 orang.

3.3.3 Kriteria Sampel

Adapun sampel yang diambil harus memiliki kriteria sebagai berikut :

1. Kriteria Inklusi

Kriteria atau ciri-ciri yang perlu dipenuhi oleh setiap anggota populasi yang dapat diambil sebagai sampel (Notoadmodjo,2012.) Pada penelitian ini kriteria inklusinya adalah :

a. Kepala keluarga yang setuju menjadi responden
b. Orang yang mampu berkomunikasi dengan baik
c. Tinggal di daerah dekat aliran sungai.

3.4 Etika Penelitian

Menurut Nursalam (2011) secara umum prinsip etika penelitian atau pengumpulan data dibedakan menjadi tiga bagian, yaitu sebagai berikut:

1. Prinsip Manfaat

a. Bebas dari penderitaan.
b. Penelitian harus dilaksanakan tanpa mengakibatkan penderitaan kepada subjek, khususnya jika menggunakan tindakan khusus.
c. Bebas dari eksploitasi
d. Partisipasi subjek dalam penelitian, harus dihindarkan dari keadaan yang tidak menguntungkan. Subjek harus diyakinkan bahwa partisipasinya dalam penelitian atau informasi yang telah diberikan, tidak akan dipergunakan dalam hal-hal yang dapat merugikan subjek dalam bentuk apapun.
e. Resiko (*benefits ratio*) Peneliti harus hati-hati mempertimbangkan resiko dan keuntungan yang akan berakibat kepada subyek pada setiap tindakan.

2. Prinsip menghargai hak azasi manusia (*respect human dignity*)

a. Hak untuk ikut atau tidak menjadi responden (*right to self determination*) Subyek harus diperlakukan secara manusiawi, subyek mempunyai hak memutuskan apakah mereka bersedia menjadi subyek ataupun tidak.

b. Hak untuk mendapatkan jaminan dari perlakuan yang diberikan (*right to full disclosure*)

c. Seorang peneliti harus memberikan penjelasan secara rinci serta bertanggung jawab jika ada sesuatu yang terjadi kepada subyek.

f. Informed consent

g. Subjek harus mendapatkan informasi secara lengkap tentang tujuan penelitian yang akan dilaksanakan, mempunyai hak untuk bebas berpartisipasi atau menolak menjadi responden. Pada informed consent juga perlu dicantumkan bahwa data yang diperoleh hanya akan dipergunakan untuk pengembangan ilmu.

3. Prinsip keadilan (right to justice)

a. Hak untuk mendapatkan pengobatan yang adil (*right in fair treatment*) Subyek harus diperlakukan secara adil baik sebelum, selama dan sesudah keikutsertaannya dalam penelitian tanpa adanya diskriminasi apabila ternyata mereka tidak bersedia atau dikeluarkan dari penelitian.

b. Hak dijaga kerahasiaannya (*right to privacy*)

c. Subyek mempunyai hak untuk meminta bahwa data yang diberikan harus dirahasiakan, untuk itu periu adanya tanpa nama (a*nonymity*) dan rahasia (*confidentiality*)

3.5 Alat Pengumpulan Data

3.5.1 Instrumen Penelitian

Menurut Sugiyono (2015), Data penelitian adalah semua informasi yang diperlukan untuk memecahkan masalah penelitian. Teknik pengumpulan data yang dilakukan oleh penulis pada penelitian ini adalah :

a. Teknik kuisioner

Kuisioner adalah teknik penelitian yang dilakukan dengan menyebarkan angket, sehingga dalam waktu relatif singkat dapat menjangkau banyak responden. Secara garis besar ada dua cara penggunaan, yaitu disebarkan kemudian diisi oleh respons dan digunakan sebagai pedoman wawancara dengan responden yang menggunakan Skala Likert.

b. Pengetahuan

Kuesioner pengetahuan terdiri dari 10 pertanyaan.Pada kuesioner ini peneliti menggunakan skala Guttman,Yaitu benar = 1 dan salah = 0 dengan kriteria :

Kurang	0-5	Tidak ada benar sampai benar 5
Cukup	6-8	Benar 6 sampai 8
Baik	9-10	Benar 9 sampai 10

3.5.2 Sumber Data

Pengumpulan data dilakukan secara primer dan sekunder.

1. Data Primer

Data yang diperoleh langsung dari responden melalui pengisian kuesioner dengan cara angket. Sebelum pengisian, peneliti menjelaskan terlebih dahulu tujuan dari penelitian dan tata cara pengisian kuesioner.

Lembar informed consent ditandatangani oleh responden sebagai bentuk pernyataan persetujuan bersedia menjadi responden.

Data yang didapat responden yaitu data tentang pengetahuan STBM berdasarkan kepala keluarga, remaja, dan dewasa di kelurahan wek III Kota Padangsidimpuan

2. Data Sekunder

Data yang didapatkan peneliti dari Dinas kesehatan/puskesmas wek 1 Kota Padangsidimpuan. Data tersebut berupa pengumpulan data sekunder juga didapatkan dari bidan desa yang bersangkutan untuk mengetahui jumlah responden yang akan dilakukan kegiatan penelitian.

3.6 Prosedur Pengumpulan Data

Terdapat beberapa teknik dalam pengumpulan data yang dilakukan oleh peneliti. Teknik pengumpulan data yang ada di dalam pengumpulan data ini didapatkan dari berbagai sumber yang berkaitan dengan penelitian yang sedang dilakukan oleh peneliti. Menurut Sugiyono (2020) Teknik pengumpulan data merupakan langkah yang paling strategis dalam penelitian, karena tujuan utama dari penelitian adalah mendapatkan data untuk diteliti lebih lanjut. Menurut Sugiyono (2020) menyebutkan jika dilihat dari sumbernya maka data terbagi menjadi 2 yaitu data primer dan data sekunder. Teknik pengumpulan data yang dilakukan peneliti dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Penelitian Lapangan (Field Research)

a. Penelitian di lapangan adalah penelitian yang dimaksudkan untuk memperoleh data primer yaitu data yang diperoleh melalui:

b. Peneliti mengajukan surat izin survey pendahuluan kepada Tata Usaha Universitas Aufa Royhan Padangsidimpuan.

Table 3.2 Defenisi operasional

No.	Variabel	Defenisi operasional	Alat ukur	Skala ukur	Hasil ukur
1	Pengetahuan tentang STBM	Dapat memahami program STBM	Kuesioner	1.Kurang (< 56 %= 0-4) 2.Cukup (56–75% =5-7) 3.Baik (76-100%= 8-10)	Ordinal
2	Pengaruh media audio visual terhadap pengetahuan masyarakat wek III	Memberikan pemahaman dan informasi kepada masyarakat melalui media audio visual			

3.8 Pengolahan Data

Pengolahan data dilakukan melalui tahap-tahap sebagai berikut :

a. *Editing* (Mengedit Data)

Tahap ini dilakukan pengecekan data yang telah terkumpul untuk memastikan data yang diperoleh terisi dan dibaca dengan baik. Editing dapat dilakukan pada tahap pengumpulan data, pengisian kuesioner dan setelah data terkumpul

b. *Coding* (Pemberian Data) Tahap ini peneliti mengubah atau menyederhanakan data hasil penelitian yang terkumpul dengan pemberian kode sehingga memudahkan dalam pengolahan data.

c. *Entry* (Memasukkan Data)

Data yang telah lengkap kemudian dimasukkan kedalam program pengolahan angka untuk dilakukan analisis.

d. *Cleaning* (Membersihkan Data)

Dilakukan pemeriksaan kembali pada data yang sudah dimasukkan dalam program SPSS sebelum dilakukan analisis data.

e. Penyajian Data

Data yang telah diolah akan disajikan dalam bentuk narasi dan tabel.

3.8.1 Analisa Data

1. Analisa univariat

Analisis data univariat digunakan untuk dapat mendeskripsikan setiap variabel yang digunakan dalam penelitian. Kegunaannya adalah untuk melihat kondisi fenomena dari topik yang diangkat dalam penelitian ini. Analisis ini menggunakan analisis univariat dimana berfungsi untuk mendapatkan distribusi frekuensi masing-masing variabel penelitian yang meliputi variabel independent pada penelitian ini yaitu pengetahuan terhadap sanitasi total berbasis masyarakat, pengetahuan terhadap pilar-pilar STBM, serta faktor pendukung seperti dukungan petugas sanitasi, dukungan pemerintah daerah dan dukungan sarana prasarana. Sedangkan variabel dependent yaitu perilaku stop buang air besar sembarangan, perilaku cuci tangan pakai sabun, perilaku pengelolahan air minum dan makanan rumah tangga, perilaku pengelolahan limbah padat rumah tangga dan perilaku pengelolaan limbah cair rumah tangga. Hasil analisis univariat akan disajikan dalam bentuk tabel .

2. Analisa Bivariat

Analisa bivariat untuk mengetahui ada atau tidaknya pengaruh media audio visual terhadap pengetahuan masyarakat tentang STBM. Dalam tahap ini data diolah dan dianalisis dengan teknik-teknik tertentu.

Pengolahan data kuantitatif dapat dilakukan dengan tangan atau melalui proses komputer, Analisis pada penelitian ini menggunakan uji Wilcoxon untuk menguji perbedaan proporsi/presentase antara beberapa kelompok data.

BAB 4

HASIL PENELITIAN

4.1 Gambaran Umum Tempat Penelitian

Lokasi penelitian ini adalah Wek III Kota Padangsidimpuan merupakan salah satu kelurahan yang terletak di Jl. Prof .H . M . Yamin , Sh . Kampung Teleng, Kecamatan Padangsidimpuan Utara, Kota Padangsidimpuan, Sumatera utara. Mempunyai luas tanah 567m^2 , dengan akses jalan yang dapat dilalui oleh kendaraan roda dua dan roda empat.

Kelurahan Wek III Kota Padangsidimpuan adalah salah satu kelurahan dari enam belas kelurahan di Kota Padangsidimpuan Utara. Kelurahan Wek III terdapat 4 Masjid , 1 Sekolah dasar. 1 Taman kanak-kanak.Kelurahan Wek III pada tahun 2019 terdiri dari 240 KK dengan jumlah jiwa sebanyak 550 jiwa dengan rincian jenis kelamin laki-laki sebanyak 185 jiwa dan jumlah perempuan sebanyak 365 jiwa. Masyarakat kelurahan wek III , sebagian besar bekerja sebagai petani. Selain itu pekerjaan dari masyarakat kampung teleng adalah pedagang (wiraswasta), pegawai swasta dan sebagai aparatur negara. Dalam kehidupan sosial kampung teleng termasuk yang suka bermusyawarah. Sama halnya dengan kelurahan lain masyarakat kampung teleng memiliki sikap yang ramah, mempunyai solidaritas yang tinggi dan juga suka bergotong royong. Hal ini terlihat dari aktivitas mereka dalam semua kegiatan kemasyarakatan yang terdapat di kampung teleng baik dalam segi sosial seperti kerja bakti, perbaikan jalan desa, makam, madrasah, maupun dari segi keagamaan seperti menghadiri hajatan, perkawinan, ta'ziyah, dan lain-lain.

4.2 Analisa Univariat

Tabel 4.1 Karakteristik Responden

Umur	Frekuensi	%
Dewasa 19-44 tahun	30	42.9
Pra lansia 45-59 tahun	23	32.2
Lansia 60 tahun keatas	17	34.9
Total	**70**	**100**

Jenis Kelamin	Frekuensi	%
Laki-laki	-	-
Perempuan	70	100
Total	**70**	**100**

Berdasarkan Tabel 4.1 menunjukkan bahwa dari 70 masyarakat kelurahan Wek III terbagi menjadi 3 kategori.Yaitu: Dewasa.19–44 tahun ada 30 orang.Pra lansia 45–59 tahun ada 23 orang, sedangkan untuk 60 tahun keatas ada 17 0rang.

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Responden Menurut Pengetahuan Sebelum dan Sesudah diberikan Media Audio Visual

Variabel	Sebelum diberi Media Audio visual N=70	%	Sesudah diberikan MediaAudio Visual N=70	%
Pengetahuan				
Kurang	29	41.4	11	51.7
Cukup	28	40.0	32	45.7
Baik	13	18.6	27	38.6

Berdasarkan Tabel 4.2 menunjukkan bahwa sebelum diberikan media audio visual ada 29 orang yang memiliki pengetahuan kurang yaitu hanya benar menjawab 0-5 pertanyaan, 28 orang memiliki pengetahuan cukup yaitu benar menjawab 6-7 pertanyaan sedangkan pengetahuan baik hanya ada 13 orang..

Dan sedangkan sesudah diberikannya media audio visual ada 11 orang memiliki pengetahuan kurang yaitu benar menjawab pertanyaan sebanyak 0-5 pertanyaan, ada 32 orang memiliki pengetahuan cukup yaitu benar menjawab pertanyaan sebanyak 6-7 pertanyaan, dan 27 orang yang memiliki pengetahuan baik yaitu benarmenjawab 8-10 pertanyaan. Dari penelitian yang dilakukan peneliti di Kelurahan Wek III Kota Padangsidimpuan dapat dilihat bahwa sebelum dilakukan penyuluhan/pembagian media Audio visual dan sesudah dilakukan penyuluhan/pembagian media audio visual memiliki perbandingan yang sangat kuat. Peningkatan pengetahuan sebelum dan sesudah diberikan perlakuan menggunakan media audio visual sangat drastis.

4.3 Analisis Bivariat

Tabel 4.3 Distribusi hasil pekerjaan responden

Pekerjaan	Frekuensi	Percent
PNS	20	28.6
WIRASWASTA	26	37.1
PETANI	24	34.3
TOTAL	**70**	**100**

Berdasarkan Tabel 4.3 menunjukkan bahwa masyarakat Wek III berprofesi sebagai PNS sebanyak 20 (28.6%), sedangkan profesi Wiraswasta yang paling tinggi sebanyak 26 (37.1%),dan disusul profesi Petani sebanyak 24 (34.3%).

Tabel 4.4 Distribusi hasil pretest-postest Pengaruh media audio visual terhadap pengetahuan masyarakat tentang STBM di kelurahan wek III Kota Padangsidimpuan

Pengetahuan	*p-value*	N	Mean
Pretes dengan menggunakan media audio visual	0,000	70	1.77
postest dengan menggunakan media audio visual	0,000	70	2.23

Uji Wilcoxon didapatkan hasil *p-value* pretest-postest dengan media video = 0,000 ($p<0,05$) yang artinya adanya pengaruh yang signifikan antara media audio visual terhadap pengetahuan masyarakat kelurahan wek III Kota Padangsidimpuan.

BAB 5

PEMBAHASAN

5.1 Karakteristik Responden

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan oleh peneliti bahwa pengetahuan responden sebelum dan sesudah diberikan perlakuan berupa edukasi melalui media audio visual di kelurahan wek III Kota Padangsidimpuan Tahun 2024 maka diperoleh data pretest yang memiliki tingkat pengetahuan kurang sebanyak 29 orang (41.4%), yang memiliki pengetahuan cukup sebanyak 28 orang (40.0%) dan sebanyak 13 orang (18.6%) masyarakat berpengetahuan baik. Sedangkan untuk post test diperoleh data posttest untuk tingkat pengetahuan kurang menjadi 11 orang(51.7%), yang memiliki pengetahuan cukup sebanyak 32 orang (45.7%),dan sebanyak 27 orang (38.6%) masyarakat berpengetahuan baik.

Pengetahuan merupakan suatu informasi hasil yang diketahui oleh seseorang baik langsung maupun tidak langsung, sehingga dapat mengetahui atau mengerti tang hal-hal baru. Tingkat pengetahuan seseorang dipengaruhi oleh beberapa faktor, yakni lingkungan, usia, pengalaman, pendidikan dan sumber informasi. Semakin bertambahnya usia, semakin terus berkembang aspek sosialnya maupun aspek psikologis dan mempengaruhi pola pikir seseorang. Pendidikan seseorang mempengaruhi cara pandang terhadap lingkungan dan proses belajar untuk mendapatkan pengetahuan. Sumber informasi mempengaruhi pengetahuan seseorang, semakin banyak sumber informasi yang diperoleh maka pengetahuan seseorang akan semakin meningkat (Rani, 2014).

Berdasarkan dari hasil perhitungan menerangkan bahwa penerapan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) pilar 1 Stop Buang Air Besar Sembarangan

(SBABS) Di Kelurahan Wek III Kec. Padangsidimpuan Utara dilihat dari pengetahuan masyarakat mencapai 38.6% ini menunjukkan tingkat kesadaran masyarakat terhadap program STBM.

Di samping itu, faktor sosial budaya masyarakat juga merupakan salah satu faktor penting yang menjadi penyebab tidak tercapainya akses sanitasi jamban sehat di Puskesmas Wek I. Hal ini dikarenakan kebiasaan atau tradisi masyarakat yang turun-menurun lebih memilih/menyukai BAB di sungai daripada di jamban. Alasan masyarakat memilih sungai karena jarak antara rumah dengan sungai yang relatif dekat.

Menurut Chandra (2007), faktor yang mendorong kegiatan pembuangan tinja secara sembarangan antara lain: tingkat sosial ekonomi yang rendah, pengetahuan kesehatan lingkungan yang kurang dan kebiasaan buruk dalam BABS yang diturunkan dari generasi ke generasi. Lingkungan fisik seringkali berkaitan dengan adanya supply air.

Hasil evaluasi proses pelaksanaan program STBM pilar Stop BABS di Puskesmas Wek I masih tergolong kategori buruk. Hasil kategori tersebut disebabkan oleh faktor perencanaan program STBM yang tidak dilakukan oleh petugas sanitasi Puskesmas antara lain analisis situasi dan identifikasi masalah, pembentukan fasilitator STBM tingkat desa(Kelurahan) dan pembentukan forum/kelembagaan diskusi sanitasi masyarakat. Selain itu, kegiatan pendampingan dan advokasi masih dalam kategori buruk karena tidak sepenuhnya petugas sanitasi Puskesmas yang melakukan. Namun, pelaksanaan dan pencatatan pelaporan hasil program STBM sudah dilakukan oleh petugas sanitasi Puskesmas sehingga masuk dalam kategori yang baik.

Berdasarkan asumsi peneliti dari hasil penelitian yang sudah dilakukan tentang STBM, didapatkan bahwa tingkat pengetahuan responden Masyarakat Wek III di Kota Padangsidimpuan pada kelompok intervensi didapatkan data tingkat pengetahuan masyarakat mayoritas berpengetahuan kurang sebelum diberikan edukasi. Dikarenakan kurangnya informasi dari orang tua maupun media massa.

5.2 Pengaruh Edukasi Melalui Media Audio Visual Terhadap Pengetahuan Tentang Sanitasi total berbasis masyarakat (STBM) Di Kelurahan Wek III Kota Padangsidimpuan Tahun 2024.

Berdasarkan hasil analisis statistik dengan menggunakan *uji Wilcoxon* menunjukkan nilai *p-value*=0.000 ($p<0.05$) hal ini mengidentifikasi H0 ditolak, artinya terdapat pengaruh edukasi melalui media Audio Visual terhadap peningkatan pengetahuan STBM pada masyarakat Wek III.

Berdasarkan Tabel 4.3 menunjukkan bahwa sebelum diberikan media audio visual ada 29 orang yang memiliki pengetahuan kurang yaitu hanya benar menjawab 0-5 pertanyaan, 28 orang memiliki pengetahuan cukup yaitu benar menjawab 6-7 pertanyaan sedangkan pengetahuan baik hanya ada 13 orang. Dan sedangkan sesudah diberikannya media audio visual ada 11 orang memiliki pengetahuan kurang yaitu benar menjawab pertanyaan sebanyak 0-5 pertanyaan, ada 32 orang memiliki pengetahuan cukup yaitu benar menjawab pertanyaan sebanyak 6-7 pertanyaan, dan 27 orang yang memiliki pengetahuan baik yaitu benar menjawab 8-10 pertanyaan. Dari penelitian yang dilakukan peneliti di Kelurahan Wek III Kota Padangsidimpuan dapat dilihat bahwa sebelum dilakukan penyuluhan/pembagian media Audio visual dan sesudah dilakukan

penyuluhan/pembagian media audio visual memiliki perbandingan yang sangat kuat. Peningkatan pengetahuan sebelum dan sesudah diberikan perlakuan menggunakan media audio visual sangat drastis.

Menurut Mukherjee (2000) dalam penelitian Farouk (2016), keberadaan fasilitator STBM tingkat desa/kelurahan di masyarakat dapat memicu untuk terjadinya perubahan perilaku BABS masyarakat. Semakin sering masyarakat terpicu dan diajak, semakin tinggi pula tingkat kesadaran masyarakat untuk mengubah perilakunya. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Zastrow (2008) yang menjelaskan bahwa keberadaan dan peran fasilitator dalam pelaksanaan pemicuan STBM sangat lah penting sebagai enabling faktor, yang dapat membantu masyarakat dalam mengungkapkan dan menjelaskan masalah yang sedang dihadapi masyarakat.

Proses pelaksanaan pemicuan program STBM Pilar I yang meliputi perencanaan,pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi, dan pencatatan dan pelaporan belum sesuai dengan Permenkes RI nomor 3 Tahun 2014 tentang Sanitasi Total Berbasis Masyarakat karena terdapat beberapa langkah kegiatan yang tidak dilaksanakan oleh petugas sanitasi yaitu pembentukan fasilitator tingkat desa, diskusi dengan masyarakat, pembentukan kelompok kegiatan sanitasi, penyusunan rencana program STBM terkait kebiasaan sanitasi, kerja sama dengan lintas sektor dan lintas program dalam rencana pembangunan jamban sehat, dan evaluasi terhadap rencana program STBM dengan melibatkan masyarakat. Salah satu prinsip STBM yang menyebutkan bahwa masyarakat sebagai pemimpin, dimaksudkan bahwa dalam mewujudkan suatu komunitas yang ODF, hendaknya gagasan dalam membangun sarana sanitasi berasal dari masyarakat. Fasilitator

dalam hal ini petugas sanitasi hanya membantu menyampaikan masukan dan alternatif solusi kepada masyarakat dalam usaha meningkatkan akses dan kualitas higiene dan sanitasinya. Seluruh kegiatan maupun pembuatan sarana sanitasi dibuat oleh masyarakat dan akan menciptakan *natural leader* di masyarakat. Pembentukan fasilitator desa sangat penting untuk melaksanakan kegiatan diskusi dengan masyarakat.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan penelitian Pengaruh Media Audio Visual mengenai STBM terhadap pengetahuan tentang STBM Pada Masyarakat Kelurahan Wek III Di Kota Padangsidimpuan Tahun 2024 dapat disimpulkan bahwa :

1. Pengetahuan tentang pengetahuan kurang sebanyak 29 orang (41.4%), yang memiliki pengetahuan cukup sebanyak 28 orang (40.0%) dan sebanyak 13 orang (18.6%) masyarakat berpengetahuan baik.
2. Pengetahuan sesudah melakukan edukasi Kesehatan menggunakan media Audio Visual, pengetahuan masyarakat menjadi lebih baik dan meningkat sebanyak 27 orang memiliki pengetahuan baik, 32 orang memiliki pengetahuan yang cukup, dan 11 orang memiliki pengetahuan yang kurang.
3. Ada Pengaruh media Audio visual terhadap peningkatan pengetahuan masyarakat tentang STBM di Kelurahan Wek III Kota Padangsidimpuan Tahun 2024.

6.2 Saran

1. Bagi Responden

Diharapkan kepada masyarakat Kelurahan Wek III Kota Padangsidimpuan yang memiliki *Higiene and Sanitation* yang buruk agar dapat meningkatkan *Personal Hygiene* dengan cara menjaga kesehatan diri sendiri, rajin mencari informasi mengenai *Personal Hygiene* serta mengikuti kegiatan penyuluhan jika ada.

2. Bagi Tempat Penelitian

Peneliti mengharapkan agar pihak Kelurahan dan Puskesmas dapat memberikan lebih banyak informasi untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang STBM STOP BABS. Seperti bekerja sama dengan tenaga kesehatan untuk memberikan edukasi kesehatan tentang pentingnya *Personal Hygiene* dalam menanggapi STBM.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Disarankan kepada peneliti lain agar dapat melakukan penelitian lebih lanjut untuk mengubah wawasan bagi peneliti lain dengan menggali lebih dalam lagi apa saja faktor penyebab yang menghalangi masyarakat dalam mendapatkan sumber informasi mengenai pengetahuan tentang STBM.

DAFTAR PUSTAKA

Azizah, N. et al. (2021). Kajian Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) di Lingkungan Kumuh Kota Palembang: Studi Kualitatif. Jurnal Kesehatan Lingkungan Indonesia, 20 (2), 2021, 65-73

Budiman, B., & Indiyani, S. (2022). Factors Affecting the Levels of Open Defecation in Cibaduyut, Bandung, Indonesia. KnE Life Sciences. https://doi.org/10.18502/kls.v7i2.10290

Damanik RA.Deskripsi Pelaksanaan Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat di Wilayah Kerja Puskesmas SeringKecamatan Medan Tembung Kota MedanTahun 2018. Medan: Universitas Sumatera Utara; 2019.

I Wayan Gargita, Miswan, & Rosnawati. (2020). Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kepemilikan Jamban Setelah Pemicuan STBM di Desa Pantolobete Wilayah Kerja Puskesmas Lalundu Despot Kecamatan Rio Pakava Kabupaten Donggala. Jurnal Kolaboratif Sains, 3(5), 223–231. https://doi.org/10.56338/jks.v3i5.1718

Indah, F. P. S., Ismaya, N. A., Puji, L. K. R., Hasanah,N., & Jaya, F. P. (2021). Penerapan Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) dengan Kejadian Diare pada Balita. Jurnal Ilmiah Kesehatan, 20(1), 10–15.

Kasjono, HS (2021). Model Pemicu "Create" Dalam Upaya Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM)

Kemenkes RI. Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2021. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2022.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat- Kesehatan Lingkungan. Sanitasi Total Berbasis Masyarakat.2022

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pokok-pokok Renstra Kemenkes 2020-2024. Jakarta; 2020.

Kementerian PUPR. Kementerian PUPR akses sanitasi layak. Kementerian Pekerjaan Umum dan Perumahan Rakyat; 2022

Kurniawati RD, Saleha AM. Analisis Pengetahuan, Sikap dan Peran Petugas Kesehatan dengan Keikutsertaan dalam Pemicuan Stop BABS. J Ilmu Kesehatan Masyarakat. 2020;9(02):99–108.

Naelana, Y., & Istiyanto, S. B. (2019). Implementasi Program Daerah Pemberdayaan Masyarakat (Pdmp) Dalam Mewujudkan

"Kabupaten Tegal Open Defecation Free 2019". Jurnal Dakwah Tabligh, 20(1), 106. https://doi.org/10.24252/jdt.v20i1.9604

PAMSIMAS. POB Pemicuan Perubahan Perilaku Stop Buang Air Besar Sembarangan (BABS). Jakarta: Penyediaan Air Minum dan Sanitasi Berbasis Masyarakat (PAMSIMAS); 2021

Sanjaya, Y., Tasnim, T., & Jayadipraja, E. A. (2022). Hubungan Pengelolaan Pengetahuan dengan Ketercapaian Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat. Jurnal Surya Medika, 8(1), 87–93. https://doi.org/10.33084/jsm.v8i1.3443

Sekretariat STBM Nasional. Emonev STBM [Internet]. Kementerian Kesehatan RI. 2022. Available from: http://monev.stbm.kemkes.go.id/monev/transformative change through the sustainable development goals? Politics and Governance, 9(1), 90–95.

Unicef Indonesia. Air, Sanitasi dan Kebersihan (WASH) | UNICEF Indonesia. Unicef.org. 2019.

UNICEF/WHO. Progress on Household Drinking Water, Sanitation and Hygiene 2000-2020: Five years into the SDGs. Geneva; 2021.

Weiland, S., Hickmann, T., Lederer, M., Marquardt,J., & Schwindenhammer, S. (2021). The 2030 agenda for sustainable development goal's.

Ruba, Y. E. (2021). Faktor Pendukung dan Penghambat Program Stop Buang Air Besar Sembarangan (BABS) di Wilayah Kerja Puskesmas. Jurnal Riset Kesehatan Masyarakat, 1(2), 1–11.

WHO. (2021). SDG's Drinking Water and Sanitation. In World Health Organitation.

Wulandari. (2021). Hubungan Pengetahuan Kepala Keluarga Dengan Keberhasilan STBM Pilar Stop Babs Di Wilayah Kerja Puskesmas Talang Leak Kabupaten Lebong. Jnph, 9(1), 101–106

UNIVERSITAS AUFA ROYHAN DI KOTA PADANGSIDIMPUAN
FAKULTAS KESEHATAN
Berdasarkan SK Menristekdikti RI Nomor: 461/KPT/I/2019,17 Juni 2019
Jl. Raja Inal Siregar Kel. Batunadua Julu, Kota Padangsidimpuan 22733.
Telp.(0634) 7366507 Fax. (0634) 22684
e -mail: aufa.royhan@yahoo.com http//: unar.ac.id

Nomor : 151/FKES/UNAR/E/PM/II/2024 Padangsidimpuan, 15 Februari 2024
Lampiran : -
Perihal : Izin Survey Pendahuluan

KepadaYth.
Lurah WEK III
Di

Padangsidimpuan

Dengan hormat,

Dalam rangka penyelesaian studi pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Program Sarjana Fakultas Kesehatan di Universitas Aufa Royhan Di Kota Padangsidimpuan, kami mohon bantuan saudara agar kepada mahasiswa tersebut di bawah ini :

Nama : Abdul Haris Nasution
NIM : 20030012
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat Program Sarjana

Dapat diberikan Izin Survey Pendahuluan di Kelurahan Wek III untuk penulisan Skripsi dengan judul "Pengaruh Media Audio Visual Terhadap Pengetahuan Masyarakat Tentnag STBM Buang Air Besar Sembaran Ke Sungai Pada Masyarakat Kelurahan Wek III Di Kota Padangsidimpuan".

Demikian kami sampaikan atas perhatian dan bantuan saudara kami ucapkan terimakasih.

Dekan

Asrinil Hidayah, SKM, M.Kes
NIDN. 0118108703

KUESIONER STBM PILAR 1 STOP BABS (BUANG AIR BESAR SEMBARANGAN)

1. Untuk mewujudkan derajat kesehatan yang optimal bagi masyarakat diselenggarakan upaya kesehatan dengan pendekatan.....

a. Promotif & preventif

b. Pemberantasan penyakit menular

c. Penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan

d. Kesehatan lingkungan

e. Pengawasan secara langsung

2. Perhatikan uraian berikut :

- Mempunyai akses dan menggunakan jamban sehat
- Mencuci tangan pakai sabun dengan benar sebelum makan, setelah BAB,sebelum memegang bayi, setelah menceboki anak, dan sebelum menyiapkan makanan
- Mengelola dan menyimpan air minum dan makanan yang aman
- Mengelola sampah dengan baik
- Mengelola limbah rumah tangga (cair dan padat) Berdasarkan uraian di atas kaitannya dengan STBM, maka sub pokok keseluruhan dari poin tersebut merupakan.....

a. Metode pelaksana STBM

b. Manfaat STBM

c. Tujuan STBM

d. Tantangan STBM

e. Landasan perencanaan STBM

3. Pada tahun 2008 lahir Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) sebagai strategi nasional. Strategi ini pada dasarnya dilaksanakan dalam rangka memperkuat upaya pembudayaan hidup bersih dan sehat, mencegah penyebaran penyakit berbasis lingkungan , meningkatkan kemampuan

masyarakat , serta menginplementasikan komitmen pemerintah untuk meningkatkan akses air minum dan sanitasi dasar yang berkesinambungan. Maka upaya tersebut diperkuat dengan adanya landasan hukum tentang dasar pelaksanaan STBM , dasar hukum tersebut apabila ditinjau dari aspek sejarah awal terbentuknya diatur dalam…….

a. *Keputusan Menteri Kesehatan No. 852/MENKES/SK/IX/2008*
b. PERMENKES No. 3 Tahun 2014
c. PERMENKES No. 52 Tahun 2016
d. PERMENKES No. 028/MENKES/PER/I/2011
e. PERMENKES No. 188/MENKES/PB/I/2011

4. Apa kepanjangan dari STBM ……?

a. *SANITASI TOTAL BERBASIS MASYARAKAT*
b. SANITARIAN TOTAL BERBASIS MASYARAKAT
c. STRATEGI TOTAL BERMUTU
d. SANITARIAN KIT
e. SANITASI TOTAL BERHUBUNGAN MASYARAKAT

5. Penyakit yang ditimbulkan dari buang air besar sembarangan adalah …..

a. Cacingan
b. TBC
c. Mata
d. *Diare*
e. Kulit

6. Yang merupakan pilar ke-1 dari STBM 5 pilar adalah…..

a. Cuci tangan pakai sabun
b. *Stop buang air besar sembarangan*
c. PAM RT
d. Pengelolahan limbah
e. Sanitasi

7. Ada berapa pilar STBM .....?

a. 5 pilar

b. 6 pilar

c. 7 pilar

d. 8 pilar

e. 4 pilar

8. Dimanakah sebaiknya kita buang air besar yang memenuhi syarat kesehatan……

a. Kamar mandi / Wc

b. Sungai

c. Kebun

d. Paret / Got

e. Sawah

9. Pendekatan untuk merubah perilaku serta menambah pengetahuan tentang higiene dan sanitasi melalui pemberdayaan masyarakat , adalah pengertian dari…….

a. STBM

b. Kesehatan

c. Kebersihan

d. Lingkungan

e. Pemahaman

10. Apa saja 3 komponen dalam STBM…..

a. penciptaan lingkungan yang mendukung, penciptaan kebutuhaan, dan peningkatan penyediaan

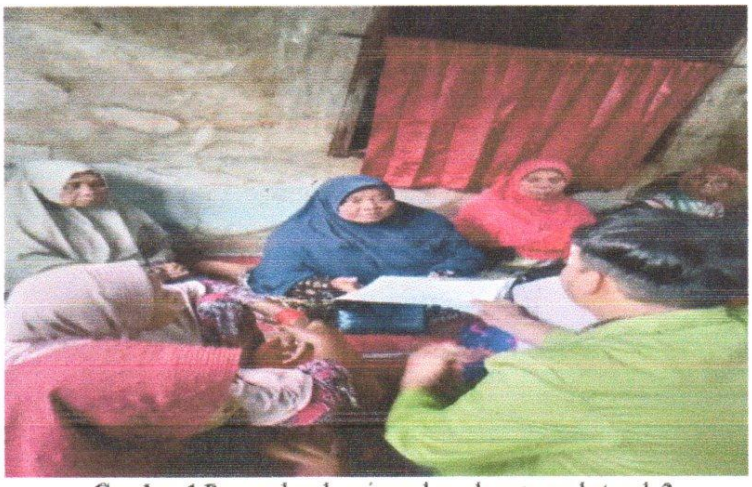
b. Pengelolahan air , fasilitas kontruksi , lingkungan sehat

c. Polusi udara , pencemaran lingkungan , reboisasi

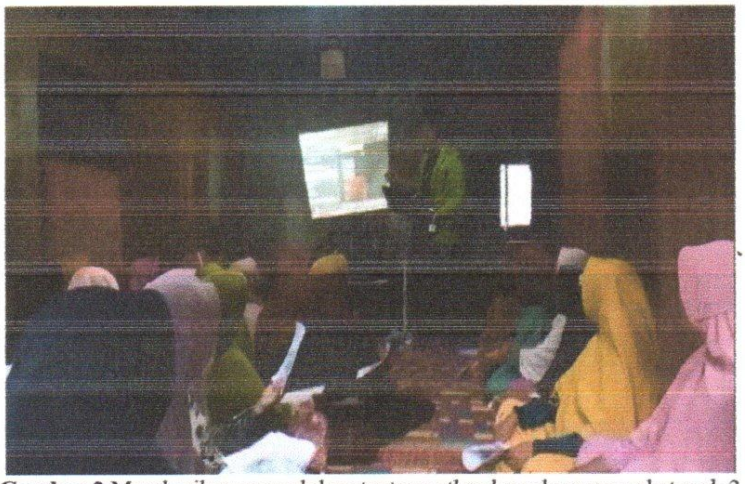
d. Sehat , ramah lingkungan , aman

e. Penyediaan jamban , penyediaan air bersih , penyediaan kamar mandi

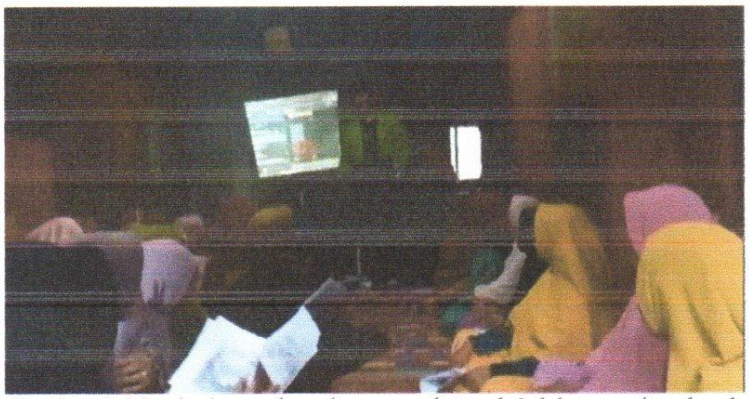
DOKUMENTASI



Gambar 1.Penyerahan kuesioner kepada masyarakat wek 3



Gambar 2. Memberikan penyuluhan tentang stbm kepada masyarakat wek 3



Gambar 3. Memberi saran kepada masyarakat wek 3 dalam menjaga kesehatan

PEMERINTAH KOTA PADANGSIDIMPUAN
KECAMATAN PADANGSIDIMPUAN UTARA
KELURAHAN WEK III

Jalan Slamet Riadi Padangsidimpuan Kode Pos 22719

Padangsidimpuan, 12 September 2024
Kepada Yth:
Universitas AUFA ROHYAN
Fakultas Kesehatan
di -

Padangsidimpuan.

Nomor : 351 / 089 / 2024
Lampiran : -
Perihal : Izin Penelitian

Sehubungan dengan Surat dari Universitas AUFA Royhan Fakultas Kesehatan Nomor : 351/FKES/UNAR/I/PM/V/2024 tanggal 31 Mei 2024 perihal Izin Penelitian.

Berkenaan dengan hal tersebut kami dari Kelurahan Wek III Kecamatan Padangsidimpuan Utara Bersedia membantu dan memberikan Izin melaksanakan penelitian dalam rangka pengumpulan data untuk penulisan Skripsi kepada Mahasiswa tersebut dibawah ini :

Nama : **ABDUL HARIS NASUTION**

NPM : **20030012**

Judul : **Pengaruh Media Audio Visual Terhadap Penetahuan Masyarakat Tentang STBM Buang Air Besar Sembarangan di Kelurahan Wek III**

Demikan kami sampaikan untuk urusan selanjutnya, dan kami ucapkan terima kasih.

KEPALA KELURAHAN WEK.III
KEC.PADANGSIDIMPUAN UTARA
an.KASI PENDAPATAN

FARIDAHANNUM NASUTION
NIP. 19680815 198903 2 002

OUTPUT SPSS

Frequencies

Statistics

umur

N	Valid	70
	Missing	0
Percentiles	25	34.00
	50	46.50
	75	59.25

umur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	23	1	1.4	1.4	1.4
	24	2	2.9	2.9	4.3
	25	1	1.4	1.4	5.7
	26	2	2.9	2.9	8.6
	27	1	1.4	1.4	10.0
	28	2	2.9	2.9	12.9
	29	1	1.4	1.4	14.3
	30	3	4.3	4.3	18.6
	31	1	1.4	1.4	20.0
	32	1	1.4	1.4	21.4
	34	3	4.3	4.3	25.7
	35	2	2.9	2.9	28.6
	36	1	1.4	1.4	30.0
	38	1	1.4	1.4	31.4
	40	3	4.3	4.3	35.7
	41	1	1.4	1.4	37.1
	42	1	1.4	1.4	38.6
	43	2	2.9	2.9	41.4
	44	1	1.4	1.4	42.9
	45	3	4.3	4.3	47.1
	46	2	2.9	2.9	50.0
	47	2	2.9	2.9	52.9
	49	1	1.4	1.4	54.3
	50	1	1.4	1.4	55.7
	51	1	1.4	1.4	57.1
	52	1	1.4	1.4	58.6
	53	1	1.4	1.4	60.0
	54	1	1.4	1.4	61.4
	55	2	2.9	2.9	64.3
	56	3	4.3	4.3	68.6
	57	2	2.9	2.9	71.4
	58	1	1.4	1.4	72.9
	59	2	2.9	2.9	75.7
	60	4	5.7	5.7	81.4
	64	2	2.9	2.9	84.3
	65	2	2.9	2.9	87.1
	66	1	1.4	1.4	88.6
	67	1	1.4	1.4	90.0
	68	2	2.9	2.9	92.9
	69	2	2.9	2.9	95.7
	70	1	1.4	1.4	97.1
	71	1	1.4	1.4	98.6
	73	1	1.4	1.4	100.0
	Total	70	100.0	100.0	

Frequencies

Statistics

umur

N	Valid	70
	Missing	0
Range		50
Minimum		23
Maximum		73
Percentiles	25	34.00
	50	46.50
	75	59.25

Frequencies

Statistics

umur

N	Valid	70
	Missing	0
Mean		47.27
Std. Error of Mean		1.730
Median		46.50
Mode		60
Std. Deviation		14.477
Variance		209.592
Range		50
Minimum		23
Maximum		73
Sum		3309

Frequencies

Statistics

		p.sebelum	sebelumk
N	Valid	70	70
	Missing	0	0

Frequency Table

p.sebelum

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	4	1	1.4	1.4	1.4
	5	11	15.7	15.7	17.1
	6	27	38.6	38.6	55.7
	7	19	27.1	27.1	82.9
	8	5	7.1	7.1	90.0
	9	6	8.6	8.6	98.6
	10	1	1.4	1.4	100.0
	Total	70	100.0	100.0	

sebelumk

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kurang 0-5	29	41.4	41.4	41.4
	cukup 6-7	28	40.0	40.0	81.4
	baik = 8-10	13	18.6	18.6	100.0
	Total	70	100.0	100.0	

Frequency Table

Psesudah

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	5	4	5.7	5.7	5.7
	6	7	10.0	10.0	15.7
	7	16	22.9	22.9	38.6
	8	27	38.6	38.6	77.1
	9	11	15.7	15.7	92.9
	10	5	7.1	7.1	100.0
	Total	70	100.0	100.0	

sesudahk

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kurang 0-5	11	15.7	15.7	15.7
	cukup 6-7	32	45.7	45.7	61.4
	baik= 8-10	27	38.6	38.6	100.0
	Total	70	100.0	100.0	

Explore

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
p.sebelum	70	100.0%	0	0.0%	70	100.0%
sebelumk	70	100.0%	0	0.0%	70	100.0%
sesudahk	70	100.0%	0	0.0%	70	100.0%
Psesudah	70	100.0%	0	0.0%	70	100.0%

Descriptives

			Statistic	Std. Error
p.sebelum	Mean		6.54	.146
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	6.25	
		Upper Bound	6.83	
	5% Trimmed Mean		6.49	
	Median		6.00	
	Variance		1.498	
	Std. Deviation		1.224	
	Minimum		4	
	Maximum		10	
	Range		6	
	Interquartile Range		1	
	Skewness		.703	.287
	Kurtosis		.327	.566
sebelumk	Mean		1.77	.089
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	1.59	
		Upper Bound	1.95	
	5% Trimmed Mean		1.75	

	Median		2.00	
	Variance		.556	
	Std. Deviation		.745	
	Minimum		1	
	Maximum		3	
	Range		2	
	Interquartile Range		1	
	Skewness		.401	.287
	Kurtosis		-1.089	.566
sesudahk	Mean		2.23	.084
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2.06	
		Upper Bound	2.40	
	5% Trimmed Mean		2.25	
	Median		2.00	
	Variance		.498	
	Std. Deviation		.705	
	Minimum		1	
	Maximum		3	
	Range		2	
	Interquartile Range		1	
	Skewness		-.356	.287
	Kurtosis		-.920	.566
Psesudah	Mean		7.70	.147
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	7.41	
		Upper Bound	7.99	
	5% Trimmed Mean		7.72	
	Median		8.00	
	Variance		1.517	
	Std. Deviation		1.232	
	Minimum		5	
	Maximum		10	
	Range		5	
	Interquartile Range		1	
	Skewness		-.262	.287
	Kurtosis		-.070	.566

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
p.sebelum diberikan media audio visual	.228	70	.000	.901	70	.000
sebelumk diberikan media audio visual	.264	70	.000	.789	70	.000
sesudahk diberikan media audio visual	.249	70	.000	.791	70	.000
Psesudah diberikan media audio visual	.210	70	.000	.927	70	.001

a. Lilliefors Significance Correction

p.sebelum

p.sebelum Stem-and-Leaf Plot

```
 Frequency     Stem &  Leaf

     1,00 Extremes    (=<4,0)
    11,00        5 .  00000000000
      ,00        5 .
    27,00        6 .  000000000000000000000000000
      ,00        6 .
    19,00        7 .  0000000000000000000
      ,00        7 .
     5,00        8 .  00000
     7,00 Extremes    (>=9,0)

 Stem width:          1
 Each leaf:       1 case(s)
```

T-Test

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	sebelumk	1.77	70	.745	.089
	sesudahk	2.23	70	.705	.084

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	sebelumk & sesudahk	70	.404	.001

Paired Samples Test

		Paired Differences			
					95% Confidence Interval of the Difference
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	Lower
Pair 1	sebelumk - sesudahk	-.457	.793	.095	-.646

Paired Samples Test

		Paired Differences			
		95% Confidence Interval of the Difference			
		Upper	t	df	Sig. (2-tailed)
Pair 1	sebelumk - sesudahk	-.268	-4.824	69	.000

```
NPAR TESTS
  /WILCOXON=sebelumk WITH sesudahk (PAIRED)
  /MISSING ANALYSIS.
```

NPar Tests

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
sesudahk - sebelumk	Negative Ranks	6[a]	15.50	93.00
	Positive Ranks	31[b]	19.68	610.00
	Ties	33[c]		
	Total	70		

a. sesudahk < sebelumk
b. sesudahk > sebelumk
c. sesudahk = sebelumk

Test Statistics[a]

	sesudahk - sebelumk
Z	-4.180[b]
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000

a. Wilcoxon Signed Ranks Test
b. Based on negative ranks.

```
T-TEST PAIRS=sebelumk WITH sesudahk (PAIRED)
  /CRITERIA=CI(.9500)
  /MISSING=ANALYSIS.
```

NPar Tests

Chi-Square Test
Frequencies

p.sebelum

	Observed N	Expected N	Residual
4	1	10.0	-9.0
5	11	10.0	1.0
6	27	10.0	17.0
7	19	10.0	9.0
8	5	10.0	-5.0
9	6	10.0	-4.0
10	1	10.0	-9.0
Total	70		

sebelumk

	Observed N	Expected N	Residual
kurang 0-5	29	23.3	5.7
cukup 6-7	28	23.3	4.7
baik = 8-10	13	23.3	-10.3
Total	70		

Psesudah

	Observed N	Expected N	Residual
5	4	11.7	-7.7
6	7	11.7	-4.7
7	16	11.7	4.3
8	27	11.7	15.3
9	11	11.7	-.7
10	5	11.7	-6.7
Total	70		

sesudahk

	Observed N	Expected N	Residual
kurang 0-5	11	23.3	-12.3
cukup 6-7	32	23.3	8.7
baik= 8-10	27	23.3	3.7
Total	70		

Test Statistics

	p.sebelum	sebelumk	Psesudah	sesudahk
Chi-Square	57.400[a]	6.886[b]	32.514[c]	10.314[b]
df	6	2	5	2
Asymp. Sig.	.000	.032	.000	.006

a. 0 cells (.0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 10.0.
b. 0 cells (.0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 23.3.
c. 0 cells (.0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 11.7.

```
CORRELATIONS
  /VARIABLES=sebelumk sesudahk
  /PRINT=TWOTAIL NOSIG
  /MISSING=PAIRWISE.
```

Correlations

Correlations

		sebelumk	sesudahk
sebelumk	Pearson Correlation	1	.404**
	Sig. (2-tailed)		.001
	N	70	70
sesudahk	Pearson Correlation	.404**	1
	Sig. (2-tailed)	.001	
	N	70	70

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

```
T-TEST GROUPS=sesudahk(1 2)
  /MISSING=ANALYSIS
  /VARIABLES=sebelumk
  /CRITERIA=CI(.95).
```

T-Test

Group Statistics

	sesudahk	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
sebelumk	kurang 0-5	11	1.00	.000	.000
	cukup 6-7	32	1.84	.723	.128

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means	
		F	Sig.	t	df
sebelumk	Equal variances assumed	20.718	.000	-3.838	41
	Equal variances not assumed			-6.599	31.000

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means			
		Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference Lower
sebelumk	Equal variances assumed	.000	-.844	.220	-1.288
	Equal variances not assumed	.000	-.844	.128	-1.105

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means 95% Confidence Interval of the Difference Upper
sebelumk	Equal variances assumed	-.400
	Equal variances not assumed	-.583

```
NPAR TESTS
  /WILCOXON=sebelumk WITH sesudahk (PAIRED)
  /MH=sebelumk WITH sesudahk (PAIRED)
  /MISSING ANALYSIS.
```

NPar Tests

a. Based on availability of workspace memory.

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
sesudahk - sebelumk	Negative Ranks	6[a]	15.50	93.00
	Positive Ranks	31[b]	19.68	610.00
	Ties	33[c]		
	Total	70		

a. sesudahk < sebelumk
b. sesudahk > sebelumk
c. sesudahk = sebelumk

Test Statistics[a]

	sesudahk - sebelumk
Z	-4.180[b]
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000

a. Wilcoxon Signed Ranks Test
b. Based on negative ranks.

Tests of Normality

		Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk	
	p.sebelumk	Statistic	df	Sig.	Statistic	df
umur responden	kurang	.220	32	.000	.810	32
	cukup	.208	22	.014	.805	22
	baik	.308	15	.000	.686	15

Tests of Normality

		Shapiro-Wilk[a]
	p.sebelumk	Sig.
umur responden	kurang	.000
	cukup	.001
	baik	.000

a. Lilliefors Significance Correction

Tests of Normality

		Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk	
	s.sebelumk	Statistic	df	Sig.	Statistic	df
umur responden	negatif	.216	52	.000	.800	52
	positif	.295	17	.000	.760	17

Tests of Normality

		Shapiro-Wilk[a]
	s.sebelumk	Sig.
umur responden	negatif	.000
	positif	.001

a. Lilliefors Significance Correction