

Hubungan Pengetahuan dan Sikap Keluarga dengan Pemanfaatan Klinik Sanitasi pada Masyarakat di Wilayah Kerja Puskesmas Tanjung Samalantakan

Lilis Pujiawati¹, Isnawati², Imam Santoso³, Rahwamati⁴

^{1,2,3,4} Poltekkes Kemenkes Banjarmasin, Indonesia

Corresponding Author

Nama Penulis: Lilis Pujiawati

E-mail: lilishalim1207@gmail.com

Abstrak

Klinik sanitasi adalah kegiatan atau serangkaian kegiatan yang ditujukan untuk mewujudkan kualitas lingkungan yang sehat baik dari aspek fisik, kimia, biologi, maupun sosial guna mencegah penyakit dan gangguan. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui hubungan pengetahuan dan sikap keluarga dengan pemanfaatan klinik sanitasi dengan di wilayah kerja Puskesmas Tanjung Samalantakan Kabupaten Kotabaru. Desain penelitian analitik dengan pendekatan *cross sectional* dengan jumlah sampel 84 responden Analisis data menggunakan uji *chi-square*. Hasil penelitian tingkat pemanfaatan klinik sanitasi masyarakat kategori tinggi dengan presentase 13%. Hasil penelitian tingkat pengetahuan masyarakat kategori tinggi dengan presentase 9%. Hasil penelitian sikap masyarakat kategori tinggi dengan presentase 4%, dan hasil uji statistik penelitian menunjukkan pengetahuan ($p=0,003 > \alpha 0,05$) ada hubungan dengan pemanfaatan klinik sanitasi, sikap ($p=0,008 > \alpha 0,05$) ada hubungan dengan pemanfaatan klinik sanitasi. Diharapkan Puskesmas Tanjung Samalantakan memberikan penyuluhan kepada masyarakat tentang pentingnya peran klinik sanitasi dalam pencegahan penyakit berbasis lingkungan.

Kata kunci - Pengetahuan, Sikap, Klinik-Sanitasi

Abstract

A sanitation clinic is an activity or series of activities aimed at creating a healthy environmental quality from physical, chemical, biological and social aspects in order to prevent disease and disorders. The aim of this research is to determine the relationship between family knowledge and attitudes and the use of sanitation clinics in the working area of the Tanjung Samalantakan Community Health Center, Kotabaru Regency. Analytical research design with a cross-sectional approach with a sample size of 84 respondents. Data analysis used the *chi-square* test. The research results show that the level of utilization of community sanitation clinics is in the high category with a percentage of 13%. The research results show that the level of public knowledge is in the high category with a percentage of 9%. The results of research on community attitudes are in the high category with a percentage of 4%, and the results of statistical research tests show that knowledge ($p=0.003 > \alpha 0.05$) is related to the use of sanitation clinics, attitude ($p=0.008 > \alpha 0.05$) is related to the use of sanitation clinics. It is hoped that the Tanjung Samalanta Community Health Center will provide education to the community about the importance of the role of sanitation clinics in preventing environmental-based diseases.

Keywords - Knowledge, Attitude, Sanitation-Clinic

PENDAHULUAN

Kesehatan Lingkungan adalah upaya pencegahan terhadap penyakit/gangguan kesehatan disebabkan faktor risiko lingkungan (fisik, kimia, biologi, maupun sosial) (Menkes RI, 2023). Tujuan kesehatan lingkungan salah satunya adalah untuk melindungi masyarakat dari faktor risiko lingkungan yang dapat menjadi penyebab timbulnya penyakit. Kualitas kesehatan lingkungan yang rendah dapat menjadi potensi meningkatnya kejadian penyakit berbasis lingkungan (Susanti et al., 2019). PBL (Penyakit Berbasis Lingkungan) merupakan suatu penyakit yang diakibatkan hubungan manusia dengan segala sesuatu disekitarnya yang dapat menjadi penyakit (Purnama SG, 2017). Penanggulangan PBL sangat penting dilaksanakan karena kasus terbanyak di Indonesia adalah PBL contohnya diare, TBC, penyakit kulit dan ISPA

Lingkungan dengan kualitas kesehatan yang rendah memicu tingginya angka kejadian penyakit berbasis lingkungan. Pada tahun 2009 Organisasi Kesehatan Dunia (World Health Organization/WHO) melaporkan bahwa air bersih, sanitasi, dan higienis yang buruk termasuk the leading global risks for burden of disease. Hal ini terjadi terutama di negara-negara dengan tingkat pendapatan rendah (low-income countries) dimana air bersih, sanitasi, dan higienis merupakan faktor risiko penyebab penyakit diare yang saat itu menduduki urutan keempat dengan jumlah kematian sebanyak 1,6 juta jiwa (6,1%). Sebagian besar kematian akibat diare di dunia mencapai 88%. Dari jumlah tersebut, sekitar 84% menimpa anak-anak (WHO, 2009). Polusi udara - salah satu risiko terbesar bagi kesehatan - menyebabkan 7 juta kematian yang dapat dicegah per tahun, dengan lebih dari 90% orang menghirup udara yang tercemar, Lebih dari separuh populasi dunia masih terpapar air yang tidak aman, sanitasi yang tidak memadai dan kebersihan yang buruk, yang mengakibatkan lebih dari 800.000 kematian, Sebagian besar kasus malaria dan penyakit yang ditularkan melalui vektor lainnya terkait erat dengan pengelolaan dan manipulasi lingkungan, seperti drainase, skema irigasi atau desain bendungan (WHO, 2020).

Salah satu upaya untuk menurunkan kejadian penyakit ini adalah dengan mengubah perilaku dan memperbaiki lingkungan. Hal ini bisa dilakukan dengan memberikan edukasi ke masyarakat mengenai penyakit berbasis lingkungan, penyebab dan upaya mencegah penularan penyakit tersebut kepada orang lain. Upaya ini diwujudkan dengan tersedianya klinik sanitasi di Puskesmas. Walau klinik sanitasi telah tersedia, penyakit berbasis lingkungan masih tetap tinggi dan terdapat kesenjangan antara jumlah penderita penyakit berbasis lingkungan dengan pasien yang dirujuk ke klinik sanitasi (Syarifuddin et al., 2010).

Strategi pemerintah dalam menanggulangi PBL di Puskesmas ialah dibentuknya klinik sanitasi. Klinik sanitasi ialah salah satu kegiatan Puskesmas dalam pelayanan kesehatan yang berfokus pada populasi berisiko tinggi untuk mengatasi PBL. Klinik sanitasi Puskesmas memiliki tugas utama berupa konseling dan inspeksi sanitasi lingkungan. (Kuniatillah, 2021).

Pengetahuan masyarakat tentang klinik sanitasi akan mempengaruhi perilaku masyarakat dalam pemanfaatan klinik sanitasi. Pengetahuan masyarakat sangat penting perannya karena dengan adanya pengetahuan yang dimiliki masyarakat maka akan terbentuk sikap yang akan diikuti dengan tindakan memilih pelayanan kesehatan yang baik. Hal ini sejalan dengan penelitian Husnawati dkk (2017) tentang Hubungan Pengetahuan dengan Pemanfaatan Klinik Sanitasi pada ibu bayi dan balita penderita diare akut dengan hasil penelitian terdapat hubungan antara pengetahuan dengan pemanfaatan klinik sanitasi pada ibu bayi dan balita penderita diare akut.

TINJAUAN PUSTAKA

Pengetahuan

Menurut Priyoto (2018) pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui pancaindra manusia,

yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga.

1. Tingkat Pengetahuan

Pengetahuan seseorang terhadap obyek mempunyai intensitas dan tingkat yang berbeda-beda, hal ini mencakup domain kognitif yang dibagi dalam enam tingkatan, yaitu :

- a. Tahu (*know*) dapat diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk kedalam pengetahuan tingkatan ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu "tahu" adalah merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang itu tahu tentang apa yang dipelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan dan sebagainya.
- b. Memahami (*comprehension*) diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui yang dapat menginterpretasikan secara benar tentang objek materi tersebut secara benar, orang yang telah paham terhadap objek suatu materi harus dapat menjelaskan, menyimpulkan, dan meramalkan terhadap objek yang dipelajari.
- c. Aplikasi (*application*) diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi sebenarnya. Aplikasi disini dapat diartikan aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip dan sebagainya dalam konteks atau situasi lain.
- d. Analisis (*analysis*) merupakan suatu kemampuan untuk menjabarkan suatu materi ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam struktur organisasi tersebut yang masih ada kaitannya antara satu dengan yang lainnya.
- e. Sintesis (*synthesis*) merupakan suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian didalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan menyusun formulasi yang ada.
- f. Evaluasi (*evaluation*) ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek, dimana penilaian berdasarkan pada kriteria yang dibuat sendiri atau pada kriteria yang sudah ada.

2. Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket dengan menanyakan tentang materi yang akan diukur dari subjek penelitian. Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang antara lain sebagai berikut :

- a. Pendidikan: Informasi yang diperoleh baik dari pendidikan formal maupun non formal dapat memberikan pengaruh jangka pendek sehingga menghasilkan perubahan atau peningkatan pengetahuan. Majunya teknologi akan tersedia macam-macam media massa yang dapat mempengaruhi pengetahuan masyarakat tentang inovasi baru.
- b. Media Massa/Informasi: Sebagai sarana komunikasi, berbagai bentuk media massa seperti televisi, radio, surat kabar, majalah, dan lain-lain mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan opini dan kepercayaan orang dalam penyampaian informasi sebagai tugas pokoknya, media massa membawa pula pesan-pesan yang berisi sugesti yang dapat mengarahkan opini seseorang. Adanya informasi baru mengenai sesuatu hal memberikan landasan kognitif baru bagi terbentuknya pengetahuan terhadap hal tersebut.
- c. Sosial Budaya dan Ekonomi: Kebiasaan dan tradisi yang dilakukan orang-orang tanpa melalui penalaran apakah yang dilakukan baik atau buruk. Dengan demikian seseorang akan bertambah pengetahuannya walaupun tidak melakukan. Status ekonomi seseorang juga akan menentukan tersedianya suatu fasilitas yang diperlukan untuk kegiatan tertentu, sehingga status ekonomi ini akan mempengaruhi pengetahuan seseorang.
- d. Lingkungan adalah segala sesuatu yang ada disekitar individu, baik lingkungan fisik, biologis, maupun sosial. Lingkungan berpengaruh terhadap proses masuknya pengetahuan

ke dalam individu yang berada dalam lingkungan tersebut. Hal ini terjadi karena adanya interaksi timbal balik ataupun tidak yang akan direspon sebagai pengetahuan oleh setiap individu.

- e. Pengalaman sebagai sumber pengetahuan adalah suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan dengan cara mengulang kembali pengetahuan yang diperoleh dalam memecahkan masalah yang dihadapi masa lalu. Pengalaman belajar dalam bekerja yang dikembangkan memberikan pengetahuan dan keterampilan profesional serta pengalaman belajar dalam bekerja akan dapat mengembangkan kemampuan mengambil keputusan yang merupakan manifestasi dari keterpaduan menalar secara ilmiah dan etik dari masalah nyata dalam bidang kerjanya.
- f. Usia mempengaruhi terhadap daya tangkap dan pola pikir seseorang. Semakin bertambah usia akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya, sehingga pengetahuan yang diperolehnya semakin membaik (Vivi, 2021).

Sikap

Menurut Notoadmojo (2018) Sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Beberapa karakteristik sikap:

1. Sikap merupakan kecenderungan berpikir, berpersepsi, dan bertindak.
2. Sikap mempunyai daya pendorong (motivasi)
3. Sikap relatif lebih menetap, dibanding emosi dan pikiran
4. Sikap mengandung aspek penilaian atau evaluatif terhadap objek dan mempunyai 3 komponen, yakni:
 - a. Komponen Kognitif Adalah aspek intelektual yang berkaitan dengan apa yang diketahui manusia. Komponen kognitif ini adalah olahan pikiran manusia atau seseorang terhadap kondisi eksternal atau stimulus, yang menghasilkan pengetahuan.
 - b. Komponen Afektif Adalah aspek emosional yang berkaitan dengan penilaian terhadap apa yang diketahui manusia. Setelah seseorang mempunyai pemahaman atau pengetahuan terhadap stimulus atau kondisi eksternalnya, maka selanjutnya akan mengolahnya lagi dengan melibatkan emosionalnya.
 - c. Komponen Konatif Adalah aspek visional yang berhubungan dengan kecenderungan atau kemauan bertindak.

Faktor -faktor yang mempengaruhi sikap keluarga terhadap objek sikap antara lain :

1. Pengalaman Pribadi: Untuk dapat menjadi dasar pembentukan sikap, pengalaman pribadi haruslah meninggalkan kesan yang kuat. Karena itu sikap akan lebih mudah terbentuk apabila pengalaman pribadi tersebut dalam situasi yang melibatkan faktor emosional.
2. Pengaruh orang lain yang dianggap penting: Pada umumnya individu cenderung untuk memiliki sikap yang konformis atau searah dengan sikap orang yang dianggap penting. Kecenderungan ini antara lain dimotivasi oleh keinginan untuk menghindari konflik dengan orang yang dianggap penting tersebut.
3. Pengaruh kebudayaan: tanpa disadari kebudayaan telah menanamkan garis pengaruh sikap terhadap berbagai masalah, kebudayaan telah mewarnai sikap anggota masyarakatnya, karena kebudayaan lah yang memberi corak pengalaman individu-individu masyarakat asuhannya.
4. Media massa: dalam pemberitahuan surat kabar maupun radio atau media komunikasi lainnya, berita yang seharusnya factual disampaikan secara obyektif cenderung dipengaruhi oleh sikap penulisannya, akibatnya berpengaruh pada sikap.
5. Lembaga Pendidikan dan Lembaga Agama: Konsep moral dan ajaran dari lembaga pendidikan dan agama sangat menentukan sistem kepercayaan tidaklah mengherankan jika kalau pada gilirannya konsep tersebut mempengaruhi sikap.

6. Faktor Emosional: Suatu bentuk sikap merupakan pernyataan yang didasari emosi yang berfungsi sebagai semacam penyaluran frustrasi atau pengalihan bentuk mekanisme pertahanan ego (Notoatmodjo,2014).

Klinik Sanitasi

1. Definisi klinik sanitasi

Menurut Permenkes No 13 tahun 2015 klinik sanitasi adalah kegiatan atau serangkaian kegiatan yang ditujukan untuk mewujudkan kualitas lingkungan yang sehat baik dari aspek fisik, kimia, biologi, maupun sosial guna mencegah penyakit dan gangguan. Kegiatan utama di klinik sanitasi adalah sesuai Permenkes No. 13/2015 yaitu konseling, inspeksi kesehatan lingkungan hingga intervensi kesehatan. Model kegiatan Klinik sanitasi merupakan model inovatif program promosi kesehatan untuk pemberantasan penyakit akibat faktor lingkungan.

Terdapat beberapa pengertian yang harus dipahami dalam pelaksanaan program klinik sanitasi selain dari pengertian klinik sanitasi (Permenkes RI No.13, 2015) ,yaitu:

- a. Pasien Klinik Sanitasi: Penderita penyakit berbasis lingkungan yang datang ke puskesmas yang kemudian dirujuk oleh dokter ke ruang klinik sanitasi atau yang ditemukan di lapangan baik oleh petugas medis atau paramedis maupun petugas survei.
- b. Klien Klinik Sanitasi: Masyarakat yang datang ke puskesmas atau yang menemui petugas klinik sanitasi namun bukan sebagai penderita penyakit, tetapi untuk berkonsultasi tentang masalah yang berkaitan dengan penyakit berbasis lingkungan/kesehatan lingkungan.
- c. Konseling: Kegiatan wawancara mendalam dan penyuluhan yang bertujuan untuk mengenal masalah lebih rinci kemudian diupayakan pemecahannya yang dilakukan oleh petugas klinik sanitasi sehubungan dengan konsultasi penderita/pasien yang datang ke puskesmas (Permenkes RI No.13, 2015).

2. Tujuan klinik sanitasi

Klinik sanitasi mempunyai tujuan yaitu sebagai berikut (Permenkes No.13 Tahun 2015):

- a. Tujuan Umum: Meningkatkan derajat masyarakat melalui upaya preventif, kuratif, dan promotif yang dilakukan secara terpadu, terarah, dan terus-menerus.
- b. Tujuan Khusus: (1) Meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat (pasien dan klien serta masyarakat di sekitarnya) akan pentingnya lingkungan sehat dan perilaku hidup bersih dan sehat. (2) Masyarakat mampu memecahkan masalah kesehatan yang berhubungan dengan kesehatan lingkungan. (3) Terciptanya keterpaduan lintas program-program kesehatan dan lintas sektor terkait, dengan pendekatan penanganan secara holistik terhadap penyakit-penyakit berbasis lingkungan. (4) Untuk menurunkan angka penyakit berbasis lingkungan dan meningkatkan penyehatan lingkungan melalui pemberdayaan masyarakat. (5) Meningkatkan kewaspadaan dini terhadap penyakit-penyakit berbasis lingkungan melalui Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) secara terpadu.

3. Ruang lingkup klinik sanitasi

Adapun ruang lingkup kegiatan sanitasi meliputi berbagai macam upaya, (Permenkes No.13, 2015) yaitu :

- a. Penyediaan dan penyehatan air bersih/jamban dalam rangka pencegahan penyakit diare, kecacingan, dan penyakit kulit.
- b. Penyehatan perumahan/pemukiman dalam rangka pencegahan penyakit ISPA, TB-Paru, Demam Berdarah Dengue (DBD) dan Malaria.
- c. Penyehatan lingkungan tempat kerja dalam rangka pencegahan penyakit yang berhubungan dengan pekerjaan atau penyakit akibat kerja.
- d. Penyehatan makanan dan minuman dalam rangka pencegahan penyakit saluran pencemaran atau keracunan makanan.

- e. Penanganan pestisida dalam rangka pencegahan dan penanggulangan keracunan pestisida.
 - f. Pengamanan penyakit atau gangguan lainnya yang berhubungan dengan kesehatan lingkungan.
4. Kegiatan klinik sanitasi
- Kegiatan klinik sanitasi dilaksanakan di dalam gedung dan di luar gedung Puskesmas (Permenkes No.13, 2015), yaitu (1) Dalam Gedung: diperiksa oleh petugas medis atau paramedis di puskesmas (dokter, bidang, perawat). Apabila diketahui pasien atau klien menderita penyakit berbasis lingkungan maka yang bersangkutan dirujuk ke ruang klinik sanitasi. Pada ruang klinik sanitasi pasien atau klien diberikan penyuluhan dan bimbingan teknis, petugas mewawancarai pasien tentang penyakit yang diderita dikaitkan dengan masalah kesehatan lingkungan. (2) Luar Gedung: Kunjungan rumah atau lokasi dilakukan oleh petugas dengan membawa hasil analisa keadaan lingkungan pasien atau klien klinik sanitasi yang merupakan lanjut dari kesepakatan antara petugas klinik sanitasi dengan pasien atau klien yang datang ke Puskesmas. Kunjungan rumah ini untuk mempertajam sasarannya karena pada saat kunjungan petugas telah memiliki data pasti adanya sarana lingkungan bermasalah yang perlu diperiksa dan faktor-faktor perilaku yang berperan besar dalam proses terjadinya masalah kesehatan lingkungan dan penyakit berbasis lingkungan.
5. Sasaran klinik sanitasi
- Pelaksanaan program klinik sanitasi mengarah pada suatu sasaran yang ditentukan, yaitu (a) Penderita penyakit yang berhubungan dengan masalah kesehatan lingkungan yang datang ke puskesmas. (b) Masyarakat umum (klien) yang mempunyai masalah kesehatan lingkungan yang datang ke puskesmas. (c) Lingkungan penyebab masalah bagi pasien/klien dan masyarakat sekitarnya.

Penyakit Berbasis Lingkungan (PBL)

Penyakit berbasis lingkungan merujuk pada penyakit yang memiliki akar atau hubungan yang erat dengan satu atau lebih komponen lingkungan pada sebuah ruang dalam mana masyarakat tersebut bertempat tinggal atau beraktivitas dalam jangka waktu tertentu. Penyakit tersebut bisa dicegah atau dikendalikan, kalau kondisi lingkungan yang berhubungan atau diduga berhubungan dengan penyakit tersebut dihilangkan (Achmadi, 2012). Jenis Penyakit Berbasis Lingkungan meliputi :

1. ISPA merupakan singkatan dari Infeksi Saluran Pernapasan Akut, istilah ini diadaptasi dari istilah dalam bahasa Inggris Acute Respiratory Infection (ARI). Penyakit infeksi akut yang menyerang salah satu bagian dan atau lebih dari saluran napas mulai dari hidung (saluran atas) hingga alveoli (saluran bawah) termasuk jaringan adneksanya seperti sinus, rongga telinga tengah dan pleura. Penyakit ISPA merupakan penyakit yang sering terjadi pada anak, karena sistem pertahanan tubuh anak masih rendah (Purnama, 2016).
2. Tuberkulosis paru adalah penyakit menular yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium tuberculosis* tipe *Humanus*. Kuman tuberkulosis pertama kali ditemukan oleh Robert Koch pada tahun 1882. Jenis kuman tersebut adalah *Mycobacterium tuberculosis*, *Mycobacterium africanum* dan *Mycobacterium bovis* (Purnama, 2016).
3. Diare Menurut Ariani 2016, diare adalah buang air besar (BAB) encer atau bahkan dapat berupa air saja (mencret) biasanya lebih dari 3 kali dalam sehari. Diare atau penyakit diare (Diarrheal Disease) berasal dari bahasa Yunani yaitu *Diarrhoi* artinya mengalir terus, adalah keadaan abnormal dari pengeluaran tinja yang frekuen.
4. Demam Berdarah Dengue (DBD) atau dalam bahasa asing dinamakan Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) adalah penyakit yang disebabkan oleh Arbovirus (*arthropod born virus*) dan ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes* (*Aedes Albopictus* dan *Aedes Aegypti*). Demam Berdarah Dengue sering disebut pula Dengue Haemorrhagic Fever (DHF). DHF/DBD adalah suatu penyakit yang

disebabkan oleh virus dengue yang tergolong arbovirus dan masuk ke dalam tubuh penderita melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti* yang betina (Purnama, 2016).

5. Kecacingan Menurut (Haryono, dkk. 2021) Penyakit kecacingan biasanya menyerang anak-anak dan disebabkan oleh Cacing Gelang, Cacing Tambang dan Cacing Kremi.

Definisi Pelayanan Kesehatan

Pelayanan adalah suatu kegiatan atau urutan kegiatan yang terjadi dalam interaksi langsung antara seseorang dengan orang lain atau mesin secara fisik, menyediakan kepuasan langganan. Dalam Kamus Besar bahasa Indonesia dijelaskan layanan sebagai usaha melayani kebutuhan orang lain. Menurut Levey dan Loomba (1973) Pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan perseorangan, keluarga, kelompok, ataupun masyarakat (Sulistyo, 2016).

Standar Pelayanan Kesehatan

Standar pelayanan kesehatan adalah ukuran yang ditetapkan dan disepakati bersama, merupakan tingkat kinerja pelayanan kesehatan yang diharapkan. Standar pelayanan kesehatan adalah pencapaian yang didasarkan pada tingkat keprimaan yang diinginkan. Standar dapat dijadikan modal pelayanan kesehatan untuk dicontoh dan digunakan sebagai dasar studi banding (WHO).

Adapun tujuan dari pemanfaatan pelayanan kesehatan menurut Anderson dan Newman (1973) yang dikutip oleh Notoatmodjo 2011, menjelaskan bahwa pemanfaatan pelayanan kesehatan dapat membantu/memenuhi satu atau lebih dari lima tujuan berikut:

1. Untuk melukiskan hubungan kedua belah pihak antara faktor penentu dari pemanfaatan pelayanan kesehatan.
2. Untuk meramal kebutuhan masa depan pelayanan kesehatan.
3. Untuk menentukan ada/tidak adanya pelayanan dari pemanfaatan pelayanan kesehatan yang berat sebelah.
4. Untuk menyarankan adanya kebijaksanaan serta perubahan – perubahan yang diinginkan.
5. Untuk menilai pengaruh program atau upaya – upaya pelayanan kesehatan yang baru.

Mutu Pelayanan Kesehatan

Menurut Ruly dan Nurul (2020) mutu pelayanan kesehatan adalah pelayanan kesehatan yang dapat memuaskan setiap pemakai jasa pelayanan kesehatan yang sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk serta penyelenggaranya sesuai dengan standar dan kode etik profesi. Dimensi mutu adalah parameter kualitas suatu produk. Dimensi mutu pelayanan kesehatan akan memiliki makna yang berbeda bila dilihat dari sisi yang berbeda.

METODE

Rancangan Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah survei analitik yaitu penelitian survei yang diarahkan untuk menjelaskan suatu keadaan atau situasi dengan pendekatan cross sectional, yaitu untuk mengetahui hubungan antara pengetahuan dan sikap keluarga dengan pemanfaatan klinik sanitasi pada masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Tanjung Samalantakan. Penelitian cross sectional merupakan penelitian yang bertujuan untuk mengetahui hubungan atau pengaruh variabel independen terhadap dependen (Notoatmodjo, 2014).

Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Tanjung Samalantakan Bulan Juni Tahun 2024.

Populasi dan Sampel Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien yang di diagnosa penyakit berbasis lingkungan (PBL) yang berobat ke Puskesmas Tanjung Samalantakan kabupaten Kotabaru. Berdasarkan data rekam medik jumlah seluruh pasien yang didiagnosa penyakit berbasis lingkungan (PBL) tahun 2023 yaitu berjumlah 500 orang.

Besar sampel dalam penelitian ini ditentukan dengan rumus penentuan jumlah sampel menurut Slovin, untuk menentukan ukuran sampel minimal (n) pada populasi tersebut (Sugiyono, 2014). Adapun rumus Slovin tersebut adalah:

$$n = \frac{N}{N \cdot d^2 + 1}$$

Keterangan : n = jumlah anggota sampel
N = jumlah anggota populasi
d = tingkat ketelitian (10%)

Berdasarkan data kunjungan pasien Puskesmas Tanjung Samalantakan yang berobat penyakit berbasis lingkungan diketahui sebanyak 500 orang. Maka besar sampel yang akan diteliti adalah :

$$\begin{aligned} n &= \frac{500}{500(0,1)^2 + 1} \\ n &= \frac{500 \cdot 0,01 + 1}{500} \\ n &= \frac{500}{6} \\ n &= 83,33 \approx 84 \end{aligned}$$

Dengan menggunakan rumus diatas, diperoleh sampel jumlah sebesar 84 responden. Adapun teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah Proportional Random Sampling. Jumlah sampel secara proporsional yang di ambil pada masing-masing wilayah kerja menggunakan rumus sebagai berikut :

$$n = \frac{X}{N} \times N_1$$

Keterangan : n = jumlah sampel yang diinginkan setiap strata
N = Jumlah seluruh populasi KK di wilayah kerja Puskesmas Tanjung Samalantakan
X = Jumlah populasi pada setiap strata (desa) yang berkunjung ke Puskesmas
N1= Sampel

Berdasarkan rumus, jumlah sampel dari masing – masing wilayah kerja tersebut yaitu :

Tabel 1.

Perhitungan Jumlah Sampel Penelitian

No	Nama Desa	Jumlah Sampel (KK)
1	Tanjung Samalantakan	$n = \frac{262}{500} \times 84 = 44,02 \approx 44$ KK
2	Sesulung	$n = \frac{112}{500} \times 84 = 18,81 \approx 19$ KK
3	Sakadoyan	$n = \frac{17}{500} \times 84 = 2,85 \approx 3$ KK
4	Rampa Cengal	$n = \frac{52}{500} \times 84 = 8,73 \approx 8$ KK
5	Mulyodadi	$n = \frac{11}{500} \times 84 = 1,84 \approx 2$ KK
6	Sakalimau	$n = \frac{17}{500} \times 84 = 2,85 \approx 3$ KK

7	Pondok Labu	$n = \frac{29}{500} \times 84 = 4,87 \approx 5$ KK
Jumlah		84 KK

Pengambilan sampel secara proporsi dilakukan dengan mengambil subyek dari setiap strata atau setiap wilayah ditentukan seimbang dengan banyaknya subyek dalam masing-masing strata atau wilayah (Sugiyono, 2014). Kemudian dilakukan teknik Simple Random Sampling yaitu pengambilan sampel secara acak sederhana.

Instrumen Penelitian

Instrumen dalam penelitian ini diambil berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Astuti tahun 2022, selanjutnya dilakukan modifikasi yang disesuaikan dengan kondisi di lapangan. Instrumen dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Lembar karakteristik responden
2. Kuesioner untuk mengukur variabel bebas: Menurut Notoatmodjo, (2014) mengukur pengetahuan dan sikap kesehatan yaitu dengan mengajukan pertanyaan – pertanyaan secara langsung (wawancara) ataupun melalui pertanyaan – pertanyaan tertulis.
 - a. Kuesioner pengetahuan tentang klinik sanitasi
 - b. Kuesioner Sikap tentang Klinik Sanitasi
 - c. Kuesioner Pemanfaatan Klinik Sanitasi

Variabel Penelitian

Variabel bebas yang digunakan dalam penelitian ini adalah pengetahuan dan sikap keluarga. Variabel terikat yang digunakan dalam penelitian ini adalah pemanfaatan klinik sanitasi.

Teknik Pengumpulan dan Pengolahan Data

Data primer diperoleh dari kuisisioner yang diisi oleh responden berupa data pengetahuan, dan sikap keluarga dengan pemanfaatan klinik sanitasi di wilayah kerja Puskesmas Tanjung Samalantakan.

Data sekunder diperoleh dari data kunjungan puskesmas dan kunjungan klinik sanitasi di Puskesmas Tanjung Samalantakan yang digunakan sebagai data pengantar penelitian di latar belakang.

PEMBAHASAN

A. HASIL

1. Pemanfaatan Klinik Sanitasi

Hasil penelitian yang dilakukan diperoleh distribusi frekuensi tingkat pemanfaatan klinik sanitasi responden yang berada di wilayah kerja Puskesmas Tanjung Samalantaka yang disajikan dalam tabel 2 berikut.

Tabel 2.
Pemanfaatan Klinik Sanitasi Responden di wilayah kerja
Puskesmas Tanjung Samalantakan

No	Pemanfaatan Klinik Sanitasi	Jumlah	%
1	Rendah	49	58
2	Sedang	24	29
3	Tinggi	11	13
Jumlah		84	100

Hasil Tabel 2 menunjukkan bahwa dari 84 orang responden di wilayah kerja Puskesmas Tanjung Samalantakan, sebagian besar responden rendah dalam memanfaatkan klinik sanitasi,

yaitu sebanyak 49 orang (58%). 24 orang (29%) responden kategori sedang dalam memanfaatkan klinik sanitasi. Dan 11 orang (13%) kategori tinggi dalam memanfaatkan klinik sanitasi di wilayah kerja Puskesmas Tanjung Samalantakan.

2. Pengetahuan

Hasil penelitian yang dilakukan diperoleh distribusi frekuensi tingkat pengetahuan responden tentang klinik sanitasi yang berada di wilayah kerja Puskesmas Tanjung Samalantakan yang disajikan dalam tabel 3 berikut.

Tabel 3.

Pengetahuan Responden tentang Pemanfaatan Klinik Sanitasi di wilayah kerja Puskesmas Tanjung Samalantakan

No	Pengetahuan	Jumlah	%
1	Rendah	42	50
2	Sedang	35	41
3	Tinggi	7	9
	Jumlah	84	100

Hasil Tabel 3 menunjukkan bahwa dari 84 orang responden di wilayah kerja Puskesmas Tanjung Samalantakan, sebagian besar responden lebih banyak dalam kategori pengetahuan rendah, yaitu sebanyak 42 orang (50%). 35 orang (41%) responden dalam kategori pengetahuan sedang. Dan 7 orang saja (9%) responden dalam kategori pengetahuan tinggi di wilayah kerja Puskesmas Tanjung Samalantakan.

3. Sikap

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan diperoleh distribusi frekuensi tingkat sikap responden tentang pemanfaatan klinik sanitasi yang berada di wilayah kerja Puskesmas Tanjung Samalantakan yang disajikan dalam tabel 4 berikut.

Tabel 4.

Sikap Responden tentang Pemanfaatan Klinik Sanitasi di wilayah kerja Puskesmas Tanjung Samalantakan

No	Sikap	Jumlah	%
1	Rendah	47	56
2	Sedang	34	40
3	Tinggi	3	4
	Jumlah	84	100

Hasil Tabel 4 menunjukkan bahwa dari 84 orang responden di wilayah kerja Puskesmas Tanjung Samalantakan, sebagian besar responden lebih banyak dalam kategori sikap rendah, yaitu sebanyak 47 orang (56%). 34 orang (40%) responden dalam kategori sikap sedang, dan 3 orang saja (4%) responden dalam kategori sikap tinggi di wilayah kerja Puskesmas Tanjung Samalantakan.

4. Hubungan Pengetahuan masyarakat dengan pemanfaatan klinik sanitasi di wilayah kerja Puskesmas Tanjung Samalantakan Kabupaten Kotabaru

Berdasarkan hasil penelitian diketahui distribusi frekuensi hubungan pengetahuan masyarakat dengan pemanfaatan klinik sanitasi di wilayah kerja Puskesmas Tanjung Samalantakan, dapat dilihat dari tabel 5 berikut :

Tabel 5.

Hasil Analisis Hubungan Pengetahuan dengan Pemanfaatan Klinik Sanitasi oleh responden di Wilayah Kerja Puskesmas Tanjung Samalantakan

No	Pengetahuan	Pemanfaatan Klinik Sanitasi				Total	
		Rendah		Tinggi		Σ	%
		Σ	%	Σ	%		
1	Rendah	53	63.1	10	11.9	63	75
2	Tinggi	11	13.1	10	11.9	21	25
	Total	64	76.2	20	23.8	84	100

$p = 0,008 < \alpha = 0,05$

Berdasarkan Tabel 5 diketahui bahwa dari 76.2% yang pemanfaatan klinik sanitasinya rendah sebagian besar pengetahuannya rendah (63.1%), sedangkan dari 23.8% yang pemanfaatan klinik sanitasinya tinggi sebagian besar pengetahuannya juga tinggi (11.9%). Hasil uji penelitian ini menggunakan uji fisher exact karena tidak memenuhi uji chi-square yaitu data berdistribusi normal, nilai frekuensi harapannya <5 dan lebih dari 20%, didapatkan nilai $p = 0,008 < \alpha = 0,05$ Ho ditolak. Interpretasi ada hubungan antara pengetahuan dengan pemanfaatan klinik sanitasi di Puskesmas Tanjung Samalantakan Tahun 2024.

5. Hubungan Sikap keluarga tentang pemanfaatan klinik sanitasi di wilayah kerja Puskesmas Tanjung Samalantakan Kabupaten Kotabaru

Berdasarkan hasil penelitian diketahui distribusi frekuensi hubungan sikap keluarga dengan pemanfaatan klinik sanitasi di wilayah kerja Puskesmas Tanjung Samalantakan, dapat dilihat dari tabel 6 berikut:

Tabel 6.

Hasil Analisis Hubungan Sikap Keluarga dengan Pemanfaatan Klinik Sanitasi di wilayah kerja Puskesmas Tanjung Samalantakan Kabupaten Kotabaru

No	Sikap	Pemanfaatan Klinik Sanitasi				Total	
		Rendah		Tinggi		Σ	%
		Σ	%	Σ	%		
1	Rendah	42	50	5	6	47	56
2	Tinggi	22	26.2	15	17.9	37	44
	Total	64	76.2	20	23.8	84	100

$p = 0,003 < \alpha = 0,05$

Berdasarkan Tabel 6 diketahui bahwa dari 76.2% yang pemanfaatan klinik sanitasinya rendah sebagian besar sikapnya rendah (50%), sedangkan dari 23.8% yang pemanfaatan klinik sanitasinya tinggi sebagian besar sikapnya juga tinggi (17.9%). Hasil uji penelitian ini menggunakan uji fisher exact karena tidak memenuhi uji chi-square yaitu data berdistribusi normal, nilai frekuensi harapannya <5 dan lebih dari 20% didapatkan nilai $p = 0,003 < \alpha = 0,05$ Ho ditolak. Interpretasi ada hubungan antara sikap dengan pemanfaatan klinik sanitasi di Puskesmas Tanjung Samalantakan Tahun 2024.

B. PEMBAHASAN

1. Pemanfaatan Klinik Sanitasi

Berdasarkan tabel 2 dapat diketahui bahwa jumlah responden yang pemanfaatan klinik sanitasi dengan kategori rendah sebanyak 49 orang (58%), kategori sedang 24 orang (29%) dan kategori tinggi sebanyak 11 orang (13%). Masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Tanjung Samalantakan sebagian besar masih rendah dalam memanfaatkan klinik sanitasi. Hal ini disebabkan karena responden tidak mengetahui mengenai manfaat dari klinik sanitasi sehingga untuk proses selanjutnya mengalami hambatan yaitu responden tidak tertarik untuk berkunjung ke klinik sanitasi. Aksesibilitas layanan kesehatan, baik dari segi jarak, biaya, maupun informasi, merupakan faktor penentu juga dalam pemanfaatan layanan tersebut.

Rendahnya pemanfaatan klinik sanitasi dalam kehidupan sehari-hari dapat menyebabkan menurunnya derajat kesehatan serta penyebaran penyakit berbasis lingkungan, seperti diare, kolera, dan tifus. Penyakit-penyakit ini dapat berdampak negatif pada kualitas hidup dan produktivitas masyarakat. Sehingga masyarakat mudah terkena penyakit berbasis lingkungan.

Meskipun masyarakat telah mengetahui bahwa di puskesmas menyediakan pelayanan untuk melakukan pencegahan penyakit berbasis lingkungan dan upaya Kesehatan lingkungan, namun masyarakat tidak mengetahui bahwa di Puskesmas mereka dapat melakukan konsultasi dalam rangka membantu upaya pencegahan penyakit mereka melalui fasilitas klinik sanitasi, masyarakat juga merasa tidak perlu mendatangi fasilitas kesehatan seperti Puskesmas apabila tidak memiliki masalah Kesehatan.

2. Pengetahuan keluarga tentang klinik sanitasi

Pengetahuan klinik sanitasi adalah inovatif program promosi kesehatan yang berbasis kesehatan lingkungan. Klinik sanitasi ini bermanfaat untuk menanggulangi penyakit berbasis lingkungan. Klinik sanitasi bisa berupa konseling, kunjungan rumah (home care) dan intervensi kesehatan yang didasarkan atas analisis kesehatan lingkungan. Pengetahuan tentang klinik sanitasi ini sangat penting karena dengan menilai baik atau kurangnya pengetahuan dapat mempengaruhi derajat kesehatan manusia.

Berdasarkan tabel 3 dapat diketahui bahwa jumlah responden yang pengetahuan tentang klinik sanitasi dengan kategori rendah sebanyak 42 orang (50%), kategori sedang 35 orang (41%) dan kategori tinggi sebanyak 7 orang (9%). Masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Tanjung Samalantakan sebagian besar memiliki pengetahuan yang rendah dengan pemanfaatan klinik sanitasi.

Beberapa faktor yang dapat menyebabkan kurangnya pengetahuan masyarakat tentang klinik sanitasi, di antaranya: Kurangnya sosialisasi kepada masyarakat, Kurangnya koordinasi antara petugas sanitarian dengan layanan pengobatan, Kurangnya jadwal pembagian tugas dan pendelegasian.

Untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang klinik sanitasi, dapat dilakukan dengan: Sosialisasi tentang pentingnya menjaga kesehatan lingkungan, Penyuluhan kepada masyarakat tentang klinik sanitasi, Pemantauan langsung ke masyarakat.

3. Sikap Keluarga tentang Klinik sanitasi

Sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu (Notoadmojo, 2018).

Berdasarkan tabel 4 dapat diketahui bahwa jumlah sikap keluarga tentang klinik sanitasi dengan kategori rendah sebanyak 47 orang (56%), kategori sedang 34 orang (40%) dan kategori tinggi sebanyak 3 orang (4%). Masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Tanjung Samalantakan sebagian besar memiliki sikap yang rendah dengan pemanfaatan klinik sanitasi.

Perubahan sikap seseorang dapat ditentukan dari tingkat pengetahuan orang tersebut, yang dimana jika seseorang memiliki pengetahuan yang kurang maka perubahan sikap dapat dinilai baik atau kurangnya sikap tersebut, dan sikap seseorang dapat dilihat baik atau kurangnya sikap tersebut dengan melihat dan menanyakan kegiatan sehari-hari orang tersebut.

Kurangnya sikap masyarakat tentang klinik sanitasi dapat disebabkan oleh kurangnya pengetahuan masyarakat tentang keberadaan klinik sanitasi. Kurangnya kesadaran masyarakat tentang klinik sanitasi dapat menyebabkan rendahnya kunjungan ke klinik tersebut. Untuk meningkatkan kesadaran masyarakat, dapat dilakukan sosialisasi dan penyuluhan tentang klinik sanitasi.

4. Hubungan pengetahuan keluarga tentang klinik sanitasi dengan pemanfaatan klinik sanitasi di wilayah Kerja Puskesmas Tanjung Samalantakan

Hasil analisis data dengan menggunakan uji chi-square diperoleh nilai p-value sebesar $0,003 < \alpha (0,05)$ maka H_0 ditolak sehingga dapat dikatakan bahwa ada hubungan antara pengetahuan tentang klinik sanitasi dengan kejadian pemanfaatan klinik sanitasi di wilayah kerja Puskesmas Tanjung Samalantakan.

Hal yang menyebabkan adanya hubungan antara pengetahuan tentang klinik sanitasi dengan pemanfaatan klinik sanitasi pada penelitian ini karena ada perbedaan yang signifikan pada hasil penelitian antara variabel pengetahuan dengan pemanfaatan fasilitas klinik sanitasi di Puskesmas dapat dipahami karena sebagian besar responden dengan pengetahuan kurang. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Herwinda dkk ada hubungan dengan pemanfaatan klinik sanitasi pada ibu hamil bayi dan balita penderita diare akut tahun 2017. Bahwa pengetahuan memiliki peranan yang paling besar dalam pemanfaatan klinik sanitasi (Husnawati, Arifin, & Yuliana, 2017).

Kurangnya pengetahuan masyarakat tentang klinik sanitasi dapat menjadi salah satu faktor rendahnya kunjungan ke klinik sanitasi. Klinik sanitasi adalah tempat untuk memperbaiki kondisi kesehatan lingkungan, dengan tujuan mencegah penyakit menular. Klinik sanitasi menyediakan layanan pemeriksaan, konseling, dan bantuan teknis.

Dalam penelitian yang dilakukan oleh Khairina Latifah pada tahun 2024 responden yang menderita penyakit diare lebih banyak berpengetahuan rendah dibandingkan dengan yang tidak menderita diare sehingga dapat dikatakan pengetahuan seseorang dapat mempengaruhi derajat kesehatannya (Latifah, 2022).

5. Hubungan sikap keluarga tentang klinik sanitasi dengan pemanfaatan klinik sanitasi di Wilayah Kerja Puskesmas Tanjung Samalantakan

Hasil analisis data dengan menggunakan uji chi-square diperoleh nilai p-value sebesar $0,008 < \alpha (0,05)$ maka H_0 ditolak sehingga dapat dikatakan bahwa ada hubungan antara sikap keluarga tentang klinik sanitasi dengan pemanfaatan klinik sanitasi di wilayah kerja Puskesmas Tanjung Samalantakan.

Hal ini disebabkan karena ada perbedaan yang signifikan pada hasil penelitian antara variabel sikap dengan pemanfaatan fasilitas klinik sanitasi di Puskesmas dapat dipahami karena sebagian besar responden dengan sikap rendah. Dalam penelitian ini keluarga yang memiliki tingkat sikap yang rendah yang selalu menderita sakit dibandingkan dengan keluarga yang memiliki sikap yang tinggi. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Minati Widya Astuti dkk 2021 ada hubungan pengetahuan, sikap dan pendapatan keluarga dengan pemanfaatan klinik sanitasi pada masyarakat tahun 2021 (Astuti, Marlinae, & Noor, 2021)

Meyatakan bahwa meskipun sebagian besar masyarakat tahu dan memahami tentang bahaya dari penyakit lingkungan yang sering dialami akan tetapi penyesuaian dengan adanya tindakan langsung terhadap upaya menanggulangi kejadian penyakit tersebut belum efektif dalam pelaksanaannya seperti mereka tidak ingin berkunjung untuk berkonsultasi ke klinik sanitasi.

Pada penelitian yang dilakukan oleh Michael Paul Schlegelmilch responden dengan sikap kurang lebih rentan terkena penyakit menular dikarenakan tidak berperilaku hidup bersih dan sehat (Schlegelmilch, Lakhani, Saunders, & Jhangri, 2016)

KESIMPULAN

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Tanjung Samalantakan maka dapat disimpulkan bahwa pengetahuan keluarga tentang klinik sanitasi dengan kategori terbanyak adalah kurang sejumlah 42 orang dengan persentase 50%. Sikap keluarga tentang klinik sanitasi dengan kategori terbanyak adalah kurang sejumlah 47 orang dengan persentase 56%. Pemanfaatan klinik sanitasi dengan kategori terbanyak adalah kurang 49 orang dengan persentase 58%. Terbukti secara statistik ada hubungan antara pengetahuan masyarakat tentang klinik sanitasi dengan pemanfaatan klinik sanitasi di wilayah kerja Puskesmas Tanjung Samalantakan Tahun 2024. Terbukti secara statistik ada hubungan antara sikap keluarga tentang klinik sanitasi dengan pemanfaatan klinik sanitasi di wilayah kerja Puskesmas Tanjung Samalantakan Tahun 2024.

DAFTAR PUSTAKA

- Achmadi, U, F. (2012). *Dasar-Dasar Penyakit Berbasis Lingkungan*. Jakarta. PT.Raja Grafindo Persada.
- Astuti, M. W. (2022). Hubungan Pengetahuan, Sikap Dan Pendapatan Keluarga Dengan Pemanfaatan Klinik Sanitasi Pada Masyarakat. *Jurnal Publikasi Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 8(3), 6–10. <https://doi.org/10.20527/jpkmi.v8i3.13403>
- Haryono, Haryanti, S., dan Husein, A. (2021) *Modul Klinik Sanitasi. Topik : Konseling*. Yogyakarta . Poltekkes Jogja Press
- Husnawati, H., Arifin, S., & Yuliana, I. (2019). Hubungan Pengetahuan Dengan Pemanfaatan Klinik. *Jurnal Kedokteran Dan Kesehatan*, 000, 53–60.
- Latifah, K. (2022). Pengetahuan, Perilaku Masyarakat Tentang Sanitasi Dasar Dan Kejadian Diare Di Puskesmas Sebatung Kabupaten Kotabaru . *Jurnal Dan Aplikasi Teknik Kesehatan Lingkungan*.
- Notoatmodjo, S. (2014). Ilmu Perilaku Kesehatan. In *2nd ed*. Renika Cipta.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2023 Tentang Peraturan Pelaksanaan Peraturan Pemerintah Nomor 66 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Lingkungan, 1969 1 (2023).
- Purnama SG. (2016). *Buku Ajar Penyakit Berbasis Lingkungan*. JMinister Health Republik Indonesia
- Ruly Prapitasari dan Nurul Hidayatun, (2020). *Konsep Dasar Mutu Pelayanan Kesehatan*. Indramayu. CV. Adanu Abimata.
- Sugiyono. (2014). *Metodologi Penelitian Kuantitatif, Kualitatif & R&D*. Alfabeta.
- Susanti, F., Lestari, Y., & Abdiana, A. (2019). Analisis Komparasi Pelaksanaan Klinik Sanitasi antara Puskesmas Pencapaian Tinggi dan Puskesmas Pencapaian Rendah di Kota Jambi Tahun 2018. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 8(3), 677. <https://doi.org/10.25077/jka.v8i3.1057>
- Syarifuddin, Ishak, H., & Seweng, A. (2010). Hubungan Pelaksanaan Klinik Sanitasi Dengan Kejadian Diare Di Kabupaten Takalar. *Jurnal Mkmi* , 6(2), 81–85.
- WHO. (2020). *Strategi Global WHO tentang Kesehatan , Lingkungan dan Perubahan Iklim: Transformasi yang diperlukan untuk meningkatkan kehidupan dan kesejahteraan secara berkelanjutan melalui lingkungan yang sehat*. WHO.
- World Health Organization (WHO). (2009). *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risk*. WHO Press.