

SKRIPSI

**HUBUNGAN PERILAKU DEWAN KEMAKMURAN MASJID
(DKM) DENGAN KONDISI SANITASI MASJID DI
WILAYAH KERJA PUSKESMAS MANGGOPOH
KABUPATEN AGAM
TAHUN 2025**



NABILLA PUTI RINATA

211210559

**PROGRAM STUDI SARJANA TERAPAN SANITASI LINGKUNGAN
JURUSAN KESEHATAN LINGKUNGAN
KEMENKES POLTEKKES PADANG
2025**

SKRIPSI

**HUBUNGAN PERILAKU DEWAN KEMAKMURAN MASJID
(DKM) DENGAN KONDISI SANITASI MASJID DI
WILAYAH KERJA PUSKESMAS MANGGPOH
KABUPATEN AGAM
TAHUN 2025**

Diajukan ke Program Studi Sarjana Terapan Sanitasi Lingkungan
Kemenkes Poltekkes Padang Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh
Gelar Sarjana Terapan Sanitasi Lingkungan



NABILLA PUTI RINATA

211210559

**PROGRAM STUDI SARJANA TERAPAN SANITASI LINGKUNGAN
JURUSAN KESEHATAN LINGKUNGAN
KEMENKES POLTEKKES PADANG
2025**

PERSETUJUAN PEMBIMBING

Skripsi "Hubungan Perilaku Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) dengan Kondisi Sanitasi Masjid di Wilayah Kerja Puskesmas Manggopoh Kabupaten Agam Tahun 2025"

Disusun Oleh

NAMA : NABILLA PUTI RINATA

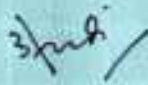
NIM : 211210559

Telah disetujui oleh pembimbing pada tanggal :

04 Juni 2025

Menyetujui,

Pembimbing Utama



ERDI NUR, SKM, M.Kes
NIP. 196309241987031001

Pembimbing Pendamping



AWALUDDIN, S.Sos, M.Pd
NIP. 196008101983021004

Padang, Juli 2025

Ketua Prodi Sarjana Terapan Sanitasi Lingkungan



Darwel, SKM, M.Epid
NIP. 198009142006041012

LEMBAR PENGESAHAN

SKRIPSI

“Hubungan Perilaku Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) dengan Kondisi Sanitasi Masjid di Wilayah Kerja Puskesmas Manggopoh Kabupaten Agam Tahun 2025”

Disusun Oleh

NABILLA PUTI RINATA

NIM : 211210559

Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji

Pada Tanggal : 18 Juni 2025

SUSUNAN DEWAN PENGUJI

Ketua,

Dr. Burhan Muslim, SKM, M.Si

NIP. 196101131986031002



Anggota,

Basuki Ario Seno, SKM, M.Kes

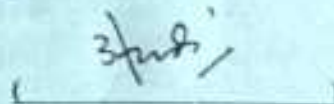
NIP. 196011111986031006



Anggota,

Erdi Nur, SKM, M.Kes

NIP. 196309241987031001



Anggota,

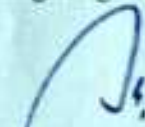
Awaluddin, S.Sos, M.Pd

NIP. 196008101983021004



Padang, Juli 2025

Ketua Prodi Sarjana Terapan Sanitasi Lingkungan



Darwel, SKM, M.Epid

NIP. 198009142006041012

PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama Lengkap	: Nabilla Puti Rinata
NIM	: 211210559
Tempat/Tanggal Lahir	: Balai Satu/14 April 2003
Tahun Masuk	: 2021
Nama PA	: Erdi Nur, SKM, M.Kes
Nama Pembimbing Utama	: Erdi Nur, SKM, M.Kes
Nama Pembimbing Pendamping	: Awaluddin, S.Sos, M.Pd

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan hasil Skripsi Saya, yang berjudul : "Hubungan Perilaku Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) dengan Kondisi Sanitasi Masjid di Wilayah Kerja Puskesmas Manggopoh Kabupaten Agam Tahun 2025".

Apabila di kemudian hari ternyata ditemukan adanya penjiplakan (plagiat), maka saya bersedia menerima sanksi akademik.

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Padang, 04 Juni 2025
Yang Menyatakan



(Nabilla Puti Rinata)
NIM : 211210559

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Skripsi ini adalah hasil karya penulis sendiri, dan semua sumber yang dikutip maupun dirujuk telah penulis nyatakan dengan benar.

Nama : Nabilla Puti Rinata

Nim : 211210559

Tanda Tangan :



Tanggal : 04 Juni 2025

KATA PENGANTAR

Puji Syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan skripsi ini yang berjudul Hubungan Perilaku Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) dengan Kondisi Sanitasi Masjid di Wilayah Kerja Puskesmas Manggopoh Kabupaten Agam Tahun 2025. Penulisan skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Sarjana Terapan Kesehatan pada Program Studi Sanitasi Lingkungan Jurusan Kesehatan Lingkungan Kemenkes Poltekkes Padang. Skripsi ini terwujud atas bimbingan dan pengarahan dari Bapak Erdi Nur, SKM, M.Kes selaku pembimbing utama dan Bapak Awaluddin, S.Sos, M.Pd selaku pembimbing pendamping serta bantuan dari berbagai pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu. Penulis pada kesempatan ini menyampaikan ucapan terima kasih kepada :

1. Ibu Renidayati, S.Kp, M.Kep, Sp.Jiwa selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Padang.
2. Bapak Dr. Muchsin Riviwanto, SKM, M.Si selaku Ketua Jurusan Kesehatan Lingkungan.
3. Bapak Darwel, SKM, M.Epid selaku Ketua Program Studi Sarjana Terapan Sanitasi Lingkungan.
4. Bapak Dr. Burhan Muslim, SKM, M.Si dan Bapak Basuki Ario Seno, SKM, M.Kes selaku Penguji.
5. Bapak Erdi Nur, SKM, M.Kes selaku Pembimbing Akademik.
6. Bapak/Ibu Dosen dan Staff Jurusan Kesehatan Lingkungan Kemenkes Poltekkes Padang yang telah membimbing dan membantu selama perkuliahan di Jurusan Kesehatan Lingkungan Kemenkes Poltekkes Padang.
7. Kedua orang tua, abang-abang, kakak dan keluarga yang selalu memberikan semangat dan dukungan serta doa sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan sebaik mungkin.
8. Teman-teman kelas A tersesat dan sahabat yang telah banyak membantu penulis dan selalu menemani disaat terpuruk, memberikan semangat dalam menyelesaikan skripsi ini.

9. Dalam proses yang penuh tantangan ini, saya ingin menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada diri saya sendiri. Terima kasih telah sabar menjalani setiap proses, tetap bertahan dalam tekanan, dan tidak menyerah meski rasa lelah dan putus asa kerap datang. Terima kasih karena telah terus berusaha, belajar dari kegagalan, dan bangkit setiap kali jatuh. Ucapan terima kasih ini merupakan bentuk apresiasi atas keberanian dan ketekunan yang telah ditunjukkan selama perjalanan ini. Semoga pencapaian ini menjadi pengingat bahwa saya mampu melewati apapun selama saya mau berusaha.

Akhir kata, penulis berharap berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga skripsi ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Padang, 15 Juli 2025

Nabilla Puti Rinata

Program Studi Sarjana Terapan Sanitasi Lingkungan Jurusan Kesehatan Lingkungan, Kemenkes Poltekkes Padang, Skripsi, Juni, Nabilla Puti Rinata

Hubungan Perilaku Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) dengan Kondisi Sanitasi Masjid di Wilayah Kerja Puskesmas Manggopoh Kabupaten Agam Tahun 2025

ABSTRAK

Sanitasi lingkungan masjid merupakan aspek penting dalam menciptakan tempat ibadah yang bersih, nyaman, dan aman dari potensi penyebaran penyakit berbasis lingkungan. Namun, di wilayah kerja Puskesmas Manggopoh, ditemukan bahwa sanitasi masjid masih belum memenuhi standar kesehatan lingkungan. Faktor internal seperti pengetahuan, sikap, dan tindakan Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) sangat menentukan kondisi ini. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antara pengetahuan, sikap, dan tindakan DKM dengan kondisi sanitasi masjid di wilayah kerja Puskesmas Manggopoh.

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan desain cross sectional. Populasi penelitian mencakup seluruh masjid dan DKM seksi sarana dan prasarana dan di wilayah kerja Puskesmas Manggopoh yang berjumlah 44 masjid, dengan teknik sensus atau sampel jenuh. Instrumen penelitian terdiri dari kuesioner untuk mengukur pengetahuan, sikap, dan tindakan DKM, serta formulir inspeksi sanitasi untuk menilai kondisi sanitasi masjid. Analisis data dilakukan menggunakan uji statistik *Chi-Square*.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki tingkat pengetahuan yang tinggi 27 (56,8%), lebih dari separuh responden memiliki sikap negatif 23 (52,3%), dan sebagian besar responden memiliki tindakan baik 24 (54,5%). Sementara itu, 25 (56,8%) masjid memiliki kondisi sanitasi yang dikategorikan sudah memenuhi syarat. Hasil uji statistik menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan ($p\text{-value} = 0,023$), sikap ($p\text{-value} = 0,030$), dan tindakan ($p\text{-value} = 0,008$) Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) dengan kondisi sanitasi masjid.

Kesimpulan dari penelitian ini menunjukkan bahwa semakin baik pengetahuan, sikap, dan tindakan DKM, maka semakin baik pula kondisi sanitasi masjid. Disarankan agar instansi kesehatan setempat seperti Dinas Kesehatan dan Puskesmas memberikan edukasi dan pelatihan rutin kepada DKM serta melakukan monitoring berkala untuk menjamin kualitas sanitasi masjid tetap terjaga demi kenyamanan dan kesehatan jamaah.

xiii, 54 halaman, 38 Daftar Pustaka (2015-2024), 11 tabel, 2 gambar, 17 lampiran
Kata Kunci : Perilaku, Pengetahuan, Sikap, Tindakan, Sanitasi Masjid

Bachelor of Applied Environmental Sanitation Study Program, Department of Environmental Health, Ministry of Health Padang Health Polytechnic, Thesis, June, Nabilla Puti Rinata

The Relationship Between the Behavior of the Mosque Prosperity Council (DKM) and Mosque Sanitation Conditions in the Working Area of the Manggopoh Community Health Center Agam Regency in 2025

ABSTRACT

Mosque environmental sanitation is an important aspect in creating a clean, comfortable, and safe place of worship free from the potential spread of environment-based diseases. However, in the Manggopoh Health Center work area, it was found that mosque sanitation still does not meet environmental health standards. Internal factors such as the knowledge, attitudes, and actions of the Mosque Prosperity Council (DKM) significantly influence this condition. The objective of this study is to determine the relationship between the knowledge, attitudes, and actions of the DKM and the condition of mosque sanitation in the Manggopoh Health Center service area.

This study employs a quantitative approach with a cross-sectional design. The study population included all mosques and DKM sections for facilities and infrastructure within the Manggopoh Health Center's service area, totaling 44 mosques, using a census or saturated sampling technique. The research instruments consisted of a questionnaire to measure the DKM's knowledge, attitudes, and actions, as well as a sanitation inspection form to assess mosque sanitation conditions. Data analysis was conducted using the *Chi-Square* statistical test.

The results showed that most respondents had a high level of knowledge (27, 56.8%), more than half of the respondents had negative attitudes (23, 52.3%), and most respondents had good practices (24, 54.5%). Meanwhile, 25 (56.8%) mosques had sanitation conditions that were categorized as meeting the requirements. The statistical test results showed a significant relationship between the knowledge ($p\text{-value} = 0.023$), attitudes ($p\text{-value} = 0.030$), and actions ($p\text{-value} = 0.008$) of the Mosque Prosperity Council (DKM) and the sanitation conditions of the mosque.

The conclusion of this study indicates that the better the knowledge, attitude, and actions of the DKM, the better the sanitation conditions of the mosque. It is recommended that local health authorities such as the Health Department and Community Health Centers provide regular education and training to the DKM and conduct periodic monitoring to ensure the quality of mosque sanitation is maintained for the comfort and health of the congregation.

xiii, 54 pages, 38 References (2015-2024), 11 tables, 2 figures, 17 appendices
Keywords: Behavior, Knowledge, Attitude, Action, Mosque Sanitation

DAFTAR ISI

SKRIPSI.....	i
PERSETUJUAN PEMBIMBING.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT	iv
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	v
KATA PENGANTAR	vi
ABSTRAK	viii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	6
C. Tujuan Penelitian	6
D. Ruang Lingkup.....	7
E. Manfaat Penelitian	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	9
A. Masjid.....	9
B. Dewan Kemakmuran Masjid.....	10
C. Sanitasi	11
D. Sanitasi Masjid.....	13
E. Teori <i>Health Belief Model</i> (HBM).....	18
F. Pengetahuan, Sikap dan Tindakan	19
G. Kerangka Teori.....	22
H. Kerangka Konsep	22
I. Hipotesis.....	23
J. Definisi Operasional (DO)	24
BAB III METODE PENELITIAN	25
A. Jenis Penelitian.....	25
B. Waktu dan Tempat	25
C. Populasi dan Sampel	25
D. Jenis dan Teknik Pengumpulan Data	26
E. Instrumen Penelitian.....	26
F. Pengolahan Data.....	27
G. Analisis Data	28
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	30
A. Hasil Penelitian	30
B. Pembahasan.....	37
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	49
A. Kesimpulan	49
B. Saran.....	49
DAFTAR PUSTAKA	51
LAMPIRAN.....	54

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Definisi Operasional	24
Tabel 4.1 Jenis Kelamin.....	30
Tabel 4.2 Umur	31
Tabel 4.3 Pendidikan.....	31
Tabel 4.4 Uji Normalitas.....	32
Tabel 4.5 Distribusi frekuensi pengetahuan Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) tentang kondisi sanitasi masjid di wilayah kerja Puskesmas Manggopoh.....	32
Tabel 4.6 Distribusi frekuensi sikap Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) tentang kondisi sanitasi masjid di wilayah kerja Puskesmas Manggopoh.....	33
Tabel 4.7 Distribusi frekuensi tindakan Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) tentang kondisi sanitasi masjid di wilayah kerja Puskesmas Manggopoh.....	34
Tabel 4.8 Distribusi frekuensi kondisi sanitasi masjid di wilayah kerja Puskesmas Manggopoh	34
Tabel 4.9 Hubungan pengetahuan Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) dengan kondisi sanitasi masjid di wilayah kerja Puskesmas Manggopoh.....	35
Tabel 4.10 Hubungan sikap Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) dengan kondisi sanitasi masjid di wilayah kerja Puskesmas Manggopoh	36
Tabel 4.11 Hubungan tindakan Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) dengan kondisi sanitasi masjid di wilayah kerja Puskesmas Manggopoh.....	36

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori.....	22
Gambar 2.2 Kerangka Konsep	22

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Kuesioner Penelitian.....	50
Lampiran 2. Formulir Inspeksi Sanitasi	56
Lampiran 3. Surat Izin Survei Awal Penelitian	60
Lampiran 4. Uji Validitas Kuesioner Pengetahuan.....	61
Lampiran 5. Uji Reliabilitas Kuesioner Pengetahuan.....	64
Lampiran 6. Uji Validitas Kuesioner Sikap	65
Lampiran 7. Uji Reliabilitas Kuesioner Sikap	69
Lampiran 8. Uji Validitas Kuesioner Sikap	70
Lampiran 9. Uji Reliabilitas Kuesioner Pengetahuan	73
Lampiran 10. Surat Izin Penelitian.....	74
Lampiran 11. Dokumentasi Penelitian.....	75
Lampiran 12. Data Responden.....	77
Lampiran 13. Pernyataan Pengetahuan	79
Lampiran 14. Pernyataan Sikap	81
Lampiran 15. Pernyataan Tindakan dan Kondisi Sanitasi Masjid	83
Lampiran 16. Output Analisis Data	85
Lampiran 17. Surat Selesai Penelitian	92

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menurut *World Health Organization* (WHO), sanitasi merupakan upaya untuk mengendalikan berbagai faktor lingkungan fisik yang berdampak pada manusia, khususnya yang dapat membahayakan perkembangan fisik, kesehatan, dan keberlangsungan hidup. Dimana lingkungan berperan sebagai faktor yang sangat berharga bagi kesehatan, baik dari segi fisik maupun mental seseorang.¹ Menurut (Mukono 2000) dalam (Sucipto 2019) menjelaskan bahwa sanitasi merupakan upaya kesehatan yang bertujuan untuk menjaga kebersihan lingkungan. Sanitasi umum (*General Environmental Sanitation*) mencakup berbagai aspek, antara lain: penyediaan air bersih (*water supply*), perumahan sehat (*housing*), kebersihan makanan (*food sanitation*), metode pembuangan limbah dan air kotor (*excreta and swage disposal*), pengendalian serangga dan tikus (*insect and rodent control*), kebersihan industri (*industrial sanitation*), kebersihan tempat-tempat umum (*public places sanitation*).²

Menurut WHO (2013) saat ini diperkirakan 2,4 miliar orang di dunia hidup dalam kondisi tidak sehat disebabkan tidak memiliki akses sanitasi dan berperilaku tidak sehat sehingga sangat berisiko untuk terkena penyakit serta mempunyai andil dalam penyebaran penyakit berbasis lingkungan yang dapat menular seperti diare, cacingan, *giardiasis*, *schistosomiasis*, *trachoma*, dan berbagai infeksi lainnya.³ Pada tahun 2019, *World Health Organization* (WHO) mengeluarkan laporan bahwa Indonesia merupakan negara ketiga dengan sanitasi terburuk di dunia, dimana peringkat pertama dan kedua adalah India dan Tiongkok. Sanitasi Indonesia jauh tertinggal dibandingkan negara tetangga yakni Singapura dan Malaysia, mereka sudah memiliki standar sanitasi yang tinggi. Menurut data, ada sekitar lebih kurang 109 Juta jiwa orang di Indonesia yang hidup dengan sistem sanitasi belum layak.⁴ Secara keseluruhan, isu sanitasi lingkungan merupakan tantangan di berbagai belahan dunia.

Pemerintah Indonesia dan masyarakat semakin menyadari bahwa percepatan pembangunan pada sektor air dan sanitasi menjadi sangat penting dan membutuhkan peran serta banyak pihak dan sinergi untuk mencapainya, termasuk didalamnya peran penting organisasi-organisasi Islam, para alim ulama. Bahaya yang berasal dari lingkungan berpotensi mengancam kesehatan manusia dan efek yang ditimbulkannya sangat beragam mulai dari timbulnya gejala ringan seperti gatal-gatal, batuk, iritasi ringan, kanker, hingga kematian.⁵ Salah satu sanitasi yang paling penting diterapkan adalah pada tempat-tempat umum. Sanitasi tempat-tempat umum di Indonesia menjadi isu penting seiring dengan meningkatnya jumlah penduduk dan urbanisasi yang pesat. Tempat-tempat umum seperti pasar, sekolah, terminal, masjid dan fasilitas umum lainnya sering kali menjadi pusat penyebaran penyakit akibat kurangnya fasilitas sanitasi yang memadai.

Sanitasi tempat-tempat umum merupakan usaha-usaha untuk mencegah dan mengawasi kerugian akibat dari tempat-tempat umum yang memiliki potensi terjadinya penularan, pencemaran lingkungan, ataupun gangguan kesehatan lainnya. Pengawasan atau pemeriksaan sanitasi terhadap tempat-tempat umum yang terjaga kebersihannya dilakukan untuk melindungi kesehatan masyarakat dari risiko penularan penyakit dan masalah kesehatan lainnya.⁶ Tempat ataupun sarana layanan umum yang wajib menyelenggarakan sanitasi lingkungan antara lain: tempat umum yang dikelola secara komersial, tempat yang dapat memfasilitasi terjadinya penularan penyakit atau tempat layanan umum yang intensitas jumlah dan waktu kunjungannya tinggi.⁷

Salah satu sarana tempat umum tersebut adalah masjid, yaitu tempat yang dipergunakan masyarakat untuk berkumpul melaksanakan ibadah dan kegiatan keagamaan lainnya yang berpotensi ditemukannya pencemaran lingkungan, adanya penularan penyakit, ataupun gangguan kesehatan lainnya. Hal ini terjadi apabila kondisi lingkungan tidak diperhatikan dan dikelola dengan baik.⁸ Dasar pelaksanaan Penyehatan Lingkungan Masjid merujuk pada Permenkes No. 2 Tahun 2023 Tentang Peraturan Pelaksanaan Peraturan Pemerintah No. 66 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Lingkungan mengenai

Pedoman Penyehatan Sarana dan Bangunan Umum, yang bertujuan untuk mengawasi dan mencegah kerugian yang dapat ditimbulkan oleh tempat-tempat umum, khususnya yang berkaitan dengan penyebaran atau penularan penyakit.⁹

Masjid yang tidak dalam kondisi baik atau kurang layak misalnya memiliki atap yang bocor, toilet yang kotor, lantai yang berlubang atau retak, tempat wudhu yang tidak bersih, karpet yang berdebu, atau mukena yang berbau tidak sedap. Beberapa masjid hanya dibuka saat waktu salat dengan alasan jika dibuka sepanjang hari, masjid akan menjadi tempat bermain atau persinggahan, yang dapat menyebabkan lingkungan masjid menjadi kotor. Meskipun ada petugas kebersihan, banyak dari mereka yang belum memiliki pengetahuan yang memadai tentang bagaimana menjaga kebersihan, kesucian, dan kesehatan masjid. Selain itu, masyarakat atau jamaah juga belum sepenuhnya memahami pentingnya kebersihan, kesucian, dan lingkungan yang sehat di masjid.¹⁰

Peran pengelola dan pengurus atau yang sekarang menggunakan istilah baru yaitu Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) yang bertugas dalam mengawasi serta memantau sanitasi masjid sangat berpengaruh terhadap kebersihan fasilitas sanitasi yang diperlukan untuk menciptakan lingkungan masjid yang bersih dan sehat.⁸ Pengelola dan pengurus masjid bergantung pada petugas kebersihan (garin) untuk menjaga kebersihan dan kesehatan masjid dimana tanpa mempertimbangkan aspek sanitasi di dalamnya.¹¹

Sanitasi masjid merupakan aspek penting dalam menjaga kesehatan lingkungan dan kenyamanan jamaah. Sebagai pengelola utama masjid, Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) memiliki peran penting dalam memastikan fasilitas sanitasi yang layak. Namun, masih banyak masjid yang menghadapi tantangan dalam menjaga kebersihannya, seperti kurangnya fasilitas air bersih, tempat wudhu yang tidak higienis, serta pengelolaan sampah yang kurang optimal. Oleh karena itu, penting untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan tindakan Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) mengenai dampak penyakit yang dapat timbul akibat sanitasi yang buruk dan pentingnya menjaga kesehatan lingkungan.⁸

Berdasarkan Badan Pusat Statistik (BPS) Kabupaten Agam, bahwa Kabupaten Agam memiliki 23 Puskesmas yang tersebar di 16 kecamatan, salah

satunya adalah Puskesmas Manggopoh yang terletak di Kecamatan Lubuk Basung.¹³ Berdasarkan data dari Puskesmas Manggopoh Kecamatan Lubuk Basung, Puskesmas Manggopoh memiliki 3 wilayah kerja yaitu Nagari Manggopoh, Nagari Kampung Tengah, Nagari Kampung Pinang. Menurut data rekapitan dari kantor wali nagari Manggopoh, terdapat 44 masjid yang tersebar di masing-masing nagari yang berada dalam wilayah kerja Puskesmas Manggopoh.

Berdasarkan data inspeksi sanitasi Tempat Fasilitas Umum (TFU) sarana ibadah yang diperoleh dari Puskesmas Manggopoh, sebagian besar memiliki kondisi toilet tidak bersih. Meskipun banyak yang sudah menggunakan dudukan toilet leher angsa, banyak juga yang tidak memiliki Saluran Pembuangan Air Limbah (SPAL). Rata-rata, limbah dari masjid-masjid di wilayah kerja Puskesmas Manggopoh dialirkan ke sungai dan selokan, dan tidak terdapat fasilitas Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS).¹⁴

Menurut penelitian terbaru Samosir et al. (2024) tentang Sanitasi Rumah Ibadah (Masjid) dan Perilaku Marbot Masjid di Kota Tanjungpinang, menemukan bahwa kondisi lingkungan dan bangunan masjid di Kota Tanjungpinang memenuhi syarat yaitu sebanyak 65 masjid (100%). Kondisi fasilitas sanitasi Masjid di Kota Tanjungpinang memenuhi syarat sebanyak 54 masjid (83,1%) dan yang tidak memenuhi syarat sebanyak 11 masjid (16,9%). Tindakan marbot (garin) masjid di Kota Tanjungpinang kategori baik sebanyak 5 marbot masjid (7,7%), kategori cukup sebanyak 21 marbot masjid (32,3%) dan kategori kurang sebanyak 39 marbot masjid (60%).¹⁵

Berdasarkan data yang telah didapatkan pada penelitian di masjid wilayah kerja Puskesmas Manggopoh, terdapat pengetahuan tinggi, sikap negatif dan tindakan positif dari Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) serta beberapa permasalahan sanitasi yang perlu diperhatikan. Pada tempat salat, ditemukan langit-langit yang bolong dan bocor, sehingga air hujan ditampung menggunakan ember. Jamban dan tempat wudhu terlihat kurang bersih dan terawat, dengan banyaknya toilet yang berbau tidak sedap dan sangat kotor, serta dinding toilet yang berlumut dan berkerak, bahkan ada bagian yang bolong. Meskipun demikian, sebagian besar fasilitas wudhu di masjid dalam kondisi baik, dengan

toilet dan tempat wudhu untuk laki-laki dan perempuan terpisah, serta jumlah keran wudhu yang memadai.

Namun, sarana pendukung ibadah di masjid, seperti karpet salat sajadah, dan mukena tidak dicuci secara rutin. AC dan kipas angin terlihat sangat berdebu karena tidak dibersihkan secara berkala. Pada langit-langit, terdapat sarang laba-laba, dan ketinggian langit-langit masjid menyulitkan proses pembersihan. Meskipun sebagian besar masjid telah menyediakan tempat sampah, jumlahnya belum memenuhi syarat, dan banyak yang tidak dilengkapi dengan penutup, sampah juga ditemukan berserakan di beberapa titik.

Teori Health Belief Model (HBM) merupakan salah satu teori perilaku kesehatan yang dapat menjelaskan mengapa perilaku pengurus atau Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) dalam mengelola sanitasi masjid sangat dipengaruhi oleh persepsi dan keyakinan mereka terhadap risiko serta manfaat tindakan kesehatan. Menurut HBM, seseorang akan terdorong untuk melakukan tindakan kesehatan jika merasa dirinya rentan terhadap suatu masalah (*perceived susceptibility*), memahami tingkat keparahan dari masalah tersebut (*perceived severity*), menyadari manfaat dari tindakan yang dilakukan (*perceived benefits*), serta mampu mengenali hambatan yang mungkin dihadapi (*perceived barriers*), mendapatkan pemicu untuk bertindak (*cues to action*), dan memiliki keyakinan diri untuk melakukannya (*self-efficacy*).

Dalam konteks sanitasi masjid, apabila DKM menyadari bahwa kondisi sanitasi yang buruk dapat meningkatkan risiko penularan penyakit dan membahayakan kesehatan jamaah, serta memahami bahwa perbaikan sanitasi membawa manfaat besar bagi kenyamanan dan kesehatan bersama, maka mereka akan lebih termotivasi untuk menjaga dan meningkatkan kebersihan masjid. Selain itu, dengan memahami hambatan yang ada, seperti keterbatasan fasilitas atau sumber daya, serta adanya dorongan eksternal seperti sosialisasi dari Puskesmas, DKM dapat mencari solusi yang tepat untuk mengatasi masalah sanitasi.¹²

Berdasarkan latar belakang di atas maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian tentang “Hubungan Perilaku Dewan Kemakmuran Masjid

(DKM) dengan Kondisi Sanitasi Masjid di Wilayah Kerja Puskesmas Manggopoh Kabupaten Agam Tahun 2025”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang di atas, peneliti dapat merumuskan permasalahan yaitu bagaimana hubungan perilaku Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) dengan kondisi sanitasi masjid di wilayah kerja Puskesmas Manggopoh Kabupaten Agam Tahun 2025?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan pengetahuan, sikap, dan tindakan Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) dengan kondisi sanitasi masjid di wilayah kerja Puskesmas Manggopoh Kabupaten Agam Tahun 2025.

2. Tujuan Khusus

- a. Diketuainya distribusi frekuensi pengetahuan Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) tentang kondisi sanitasi masjid di wilayah kerja Puskesmas Manggopoh Kabupaten Agam Tahun 2025.
- b. Diketuainya distribusi frekuensi sikap Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) tentang kondisi sanitasi masjid di wilayah kerja Puskesmas Manggopoh Kabupaten Agam Tahun 2025.
- c. Diketuainya distribusi frekuensi tindakan Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) tentang kondisi sanitasi masjid di wilayah kerja Puskesmas Manggopoh Kabupaten Agam Tahun 2025.
- d. Diketuainya distribusi frekuensi kondisi sanitasi masjid di wilayah kerja Puskesmas Manggopoh Kabupaten Agam Tahun 2025.
- e. Diketuainya hubungan pengetahuan Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) dengan kondisi sanitasi masjid di wilayah kerja Puskesmas Manggopoh Kabupaten Agam Tahun 2025.
- f. Diketuainya hubungan sikap Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) dengan kondisi sanitasi masjid di wilayah kerja Puskesmas Manggopoh Kabupaten Agam Tahun 2025.

- g. Diketuinya hubungan tindakan Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) dengan kondisi sanitasi masjid di wilayah kerja Puskesmas Manggopoh Kabupaten Agam Tahun 2025.

D. Ruang Lingkup

Ruang lingkup penelitian ini hanya sebatas mengetahui hubungan pengetahuan, sikap, dan tindakan Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) dengan kondisi sanitasi masjid di wilayah kerja Puskesmas Manggopoh Kabupaten Agam Tahun 2025.

E. Manfaat Penelitian

1. Bagi Peneliti

Penelitian ini memberikan kesempatan bagi peneliti untuk memperdalam pemahaman mengenai sanitasi masjid dan peran Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) dalam menjaga sanitasi masjid. Selain itu, peneliti akan mendapatkan pengalaman praktis dalam melakukan penelitian lapangan, termasuk dalam pengumpulan dan analisis data, yang sangat berguna untuk masa depan. Keterampilan peneliti dalam merancang dan melaksanakan penelitian, serta berkomunikasi dengan berbagai pihak terkait, juga akan meningkat melalui proses ini.

2. Bagi Dewan Kemakmuran Masjid (DKM)

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan kesadaran Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) dan jamaah tentang pentingnya sanitasi masjid, sehingga mendorong tindakan yang lebih baik dalam menjaga kebersihan. Temuan dari penelitian ini juga dapat digunakan sebagai dasar untuk merumuskan kebijakan dan prosedur kebersihan yang lebih efektif di masjid. Dengan kondisi sanitasi masjid yang lebih baik, jamaah akan merasa lebih nyaman dan khusyuk dalam beribadah, yang pada akhirnya dapat meningkatkan kualitas ibadah jamaah.

3. Bagi Institusi

Bagi Puskesmas Manggopoh, hasil dari penelitian ini dapat membantu dalam merancang program-program kesehatan yang lebih relevan dan efektif untuk masyarakat. Penelitian ini juga dapat mendorong kerjasama antara Puskesmas dan masjid dalam upaya meningkatkan kesehatan dan sanitasi di lingkungan masyarakat.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Masjid

Dalam Bahasa Arab, kata “masjid” berasal dari kata “sajada” (fi’il madhi) yang kemudian berubah menjadi “masjid” (isim makan) sesuai dengan pola tashrif tsulatsi mujarrood bab dua (Sajada-Yasjidu), yang berarti tempat sujud. Secara istilah, Masjid adalah bangunan yang dibangun khusus sebagai tempat untuk beribadah kepada Allah SWT, baik untuk salat maupun untuk kegiatan sosial lainnya yang bertujuan untuk mengembangkan masyarakat islam.¹⁶

Keberadaan masjid di tengah masyarakat berfungsi sebagai pusat keagamaan yang sangat penting, sehingga masjid menjadi simbol kebesaran umat Islam. Masjid juga berperan sebagai barometer dan ukuran kondisi masyarakat Muslim di suatu daerah. Kondisi masjid mencerminkan keadaan masyarakat Muslim itu sendiri.¹⁷

Berikut adalah peran dan fungsi masjid¹⁸ :

1. Masjid Sebagai Sarana Dakwah
2. Masjid Sebagai Pusat Pembangunan Moral dan Sosial
3. Masjid Sebagai Pusat Pendidikan
4. Masjid Sebagai Pusat Pengembangan Ekonomi
5. Masjid Sebagai Pusat Pengembangan Politik

Untuk menuju masjid yang dapat berfungsi secara optimal, maka pengelolaan masjid harus dilakukan secara profesional.¹⁹ Masjid disini dapat diartikan sebagai tempat berkumpulnya banyak orang, sehingga perlu dilakukan penerapan upaya sanitasi di masjid untuk meminimalkan risiko penularan penyakit. Hal ini mencakup penerapan manajemen pada Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) yang efektif dan upaya sanitasi yang memadai untuk meminimalkan risiko penularan penyakit.

B. Dewan Kemakmuran Masjid

Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) memiliki beberapa seksi atau bidang kepengurusan yang bertanggung jawab atas berbagai aspek pengelolaan masjid. Struktur organisasi DKM dapat bervariasi di setiap masjid, tetapi umumnya mencakup seksi-seksi berikut :

1. Seksi Ibadah dan Dakwah
 - a. Mengelola jadwal sholat dan khutbah.
 - b. Mengatur kajian dan ceramah keagamaan.
 - c. Menyelenggarakan kegiatan keagamaan seperti tadarus, pengajian, dan tabligh akbar.
2. Seksi Sarana dan Prasarana
 - a. Bertanggung jawab atas pemeliharaan bangunan masjid.
 - b. Mengelola kebersihan dan sanitasi, termasuk tempat wudhu, toilet, dan pengelolaan sampah.
 - c. Menjaga fasilitas masjid seperti pengeras suara, karpet, dan pencahayaan.
3. Seksi Keuangan dan Dana Usaha
 - a. Mengelola pemasukan dan pengeluaran keuangan masjid.
 - b. Mengatur kotak amal, infak, sedekah, dan donasi.
 - c. Menyusun laporan keuangan masjid secara transparan.
4. Seksi Sosial dan Kesejahteraan
 - a. Mengelola program sosial seperti santunan anak yatim dan dhuafa.
 - b. Mengadakan kegiatan bakti sosial.
 - c. Mengurus bantuan untuk jamaah yang membutuhkan.
5. Seksi Pendidikan dan Pelatihan
 - a. Menyelenggarakan pendidikan agama Islam, seperti Taman Pendidikan Al-Qur'an (TPA).
 - b. Mengadakan pelatihan bagi remaja masjid dan pengurus DKM.
 - c. Mengembangkan program literasi Islam untuk jamaah.
6. Seksi Keamanan dan Ketertiban
 - a. Mengawasi keamanan masjid dan sekitarnya.

- b. Menjaga ketertiban selama ibadah dan acara masjid berlangsung.
 - c. Berkoordinasi dengan pihak keamanan jika ada situasi darurat.
7. Seksi Humas dan Publikasi
- a. Bertanggung jawab atas komunikasi dengan jamaah dan masyarakat.
 - b. Mengelola media sosial dan website masjid.
 - c. Mempublikasikan kegiatan masjid melalui buletin, brosur, atau pengumuman.
8. Seksi Remaja Masjid
- a. Mengkoordinasikan kegiatan untuk pemuda dan remaja masjid.
 - b. Menyelenggarakan kegiatan keislaman, olahraga, dan kepemimpinan bagi generasi muda.
 - c. Membina kaderisasi remaja untuk regenerasi kepengurusan DKM.

C. Sanitasi

1. Definisi Sanitasi

Rendahnya kesadaran masyarakat akan pentingnya menjaga kebersihan dan kesehatan, menyebabkan berbagai penyakit dengan mudahnya muncul dan menyebar.²⁰ Menurut *World Health Organization* (WHO), sanitasi adalah upaya untuk memantau berbagai faktor lingkungan fisik yang berdampak pada manusia, khususnya yang dapat mempengaruhi perkembangan fisik, kesehatan, dan kelangsungan hidup.²¹ Ini dapat diartikan sebagai cara untuk menjaga lingkungan manusia, khususnya lingkungan fisik seperti tanah, air, dan udara. Secara umum, sanitasi merujuk pada perilaku yang bertujuan untuk mengembangkan pola hidup sehat serta strategi untuk mencegah kontak langsung dengan bahan berbahaya dan kotor, sehingga kebersihan tetap terjaga dan kesehatan manusia meningkat.²²

Salah satu sanitasi yang perlu segera ditangani adalah sanitasi tempat-tempat umum. Tempat umum adalah lokasi di mana orang-orang berkumpul atau melakukan berbagai aktivitas yang dapat diakses oleh semua individu. Contoh tempat umum meliputi hotel, salon kecantikan,

pasar tradisional atau supermarket, terminal transportasi, bioskop, objek wisata, dan tempat ibadah.²³ Dengan memenuhi standar baku mutu yang telah ditetapkan, tempat-tempat umum dapat mengurangi dampak kesehatan dan memutus rantai dalam penyebaran penyakit, sehingga terciptanya lingkungan yang lebih sehat untuk masyarakat.²⁴

2. Sanitasi Tempat-Tempat Umum

Sanitasi tempat-tempat umum merupakan masalah kesehatan yang cukup mendesak.² Sanitasi tempat-tempat umum (STTU) dapat didefinisikan sebagai upaya untuk mengawasi dan mencegah kerugian yang disebabkan oleh kurangnya perawatan pada tempat-tempat umum. Selain itu, STTU juga dapat dimaknai sebagai usaha untuk menjaga kebersihan lokasi-lokasi yang sering digunakan dalam aktivitas sehari-hari, sehingga masyarakat terhindar dari risiko penyebaran penyakit yang dapat membahayakan kesehatan.²⁵ Dengan demikian maka sanitasi tempat-tempat umum harus memenuhi syarat-syarat kesehatan dalam arti melindungi, memelihara, dan mempertimbangkan derajat kesehatan masyarakat.²

Tujuan dari pengawasan tempat-tempat umum, antara lain²⁶:

- a. Untuk memantau keadaan sanitasi tempat-tempat umum secara berkala.
- b. Untuk membina dan meningkatkan peran aktif masyarakat dalam menciptakan lingkungan yang bersih dan sehat di tempat-tempat umum.
- c. Untuk mencegah timbulnya berbagai macam penyakit menular (*communicable diseases*).

Adapun batas-batas untuk menggolongkan suatu tempat disebut sebagai tempat-tempat umum. Kriteria tempat-tempat umum, antara lain :

- a. Tempat tersebut diperuntukkan bagi masyarakat umum bukan masyarakat khusus.
- b. Terdapat tempat atau gedung yang bersifat permanen.

- c. Dalam tempat tersebut dilakukan kegiatan atau aktivitas yang dapat menimbulkan risiko terjadinya penularan penyakit.
- d. Memiliki fasilitas atau perlengkapan umum seperti Sarana Air Bersih (SAB), *Water-closet* (WC), Urinoir, tempat sampah, dan lain-lain.

Sasaran khusus dalam pengawasan tempat-tempat umum²:

- a. Manusia sebagai pelaksana kegiatan (kebersihan secara umum maupun personal hygiene).
- b. Alat-alat kebersihan.
- c. Tempat kegiatan.

Peran sanitasi tempat-tempat umum (TTU) dalam konteks kesehatan masyarakat adalah upaya untuk memastikan bahwa²⁶ :

- a. Kondisi fisik lingkungan TTU yang memenuhi syarat :
 - 1) Kualitas Kesehatan.
 - 2) Kualitas Sanitasi.
- b. Psikologis bagi masyarakat
 - 1) Rasa keamanan (*security*): bangunan yang kuat dan kokoh sehingga tidak menimbulkan rasa takut bagi pengunjung.
 - 2) Kenyamanan (*conformity*): Seperti suasana yang sejuk.
 - 3) Ketenangan (*safety*): tidak adanya gangguan dari kebisingan atau keramaian kendaraan.

D. Sanitasi Masjid

1. Sanitasi Masjid

Masjid adalah suatu tempat termasuk fasilitasnya yang dipakai untuk berkumpul oleh umum pada waktu-waktu tertentu guna melakukan ibadah keagamaan islam.²⁷ Sanitasi masjid merupakan upaya untuk menjaga kebersihan, kesehatan dan kenyamanan lingkungan masjid. Upaya sanitasi melibatkan berbagai aspek, termasuk sanitasi lingkungan sekitar masjid, sanitasi air dan toilet, tata kelola sampah, dan limbah, serta tata kelola jamaah yang beribadah di masjid. Sanitasi lingkungan sekitar masjid meliputi pengelolaan lahan parkir, taman dan area terbuka lainnya.

Hal ini termasuk dalam upaya menjaga kebersihan lingkungan dan meminimalkan risiko penyebaran penyakit. Sanitasi air dan toilet juga merupakan aspek penting dari sanitasi masjid. Toilet harus selalu dijaga kebersihannya, dengan menggunakan pembersih dan disinfektan yang tepat. Air yang digunakan untuk berwudhu juga harus bersih dan tidak terkontaminasi. Dasar pelaksanaan sanitasi tempat-tempat umum, termasuk sanitasi masjid adalah Permenkes No. 2 Tahun 2023 tentang Tentang Peraturan Pelaksanaan Peraturan Pemerintah No. 66 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Lingkungan.⁹

Untuk mendukung upaya peningkatan kesehatan lingkungan melalui sanitasi dasar dan pengawasan mutu lingkungan di tempat umum, termasuk pengendalian pencemaran, sangat penting bagi pengelola atau pengurus tempat ibadah untuk mendapatkan pengetahuan mengenai isu-isu kesehatan lingkungan yang berkaitan dengan tempat ibadah. Diharapkan pengurus tempat ibadah akan bertanggung jawab atas :

- a. Pengurus tempat ibadah harus memperhatikan dan mengelola setiap perubahan atau kerusakan pada lingkungan fisik di sekitar tempat ibadah, agar tidak berdampak buruk pada kesehatan pengunjung masjid.
- b. Peningkatan kualitas kesehatan lingkungan di tempat ibadah melalui pelestarian dan perbaikan kondisi lingkungan.
- c. Munculnya kesadaran dan partisipasi masyarakat serta sektor lain dalam upaya pelestarian dan peningkatan kesehatan lingkungan di tempat ibadah.

2. Persyaratan Kesehatan Tempat Ibadah (Masjid)

Berdasarkan Permenkes No. 2 Tahun 2023 mengatur tentang upaya penyehatan sarana dan bangunan, mencakup pengawasan dan pemantauan kualitas lingkungan baik secara internal maupun eksternal. Peraturan ini bertujuan untuk memastikan kesehatan dan kebersihan di area masjid.⁹

a. Persyaratan lingkungan fisik meliputi :

1) Letak

- a) Sesuai dengan rencana tata kota.
- b) Tidak berada di daerah rawan banjir dan longsor.
- c) Tidak berada pada arah angin dari sumber pencemaran (debu, asap, bau dan cemaran lainnya).
- d) Tidak berada pada jarak <100 meter dari sumber pencemaran debu, asap dan cemaran lainnya.

2) Persyaratan kesehatan tempat ibadah

- a) Alat salat bersih dan tidak lembab, selalu dibersihkan dan dijemur secara rutin, bebas dari kutu busuk dan serangga lainnya. Sepanjang bagian depan shaf dipasang kain putih yang bersih dengan lebar 30 cm² yang digunakan untuk tempat bersujud.
- b) Bangunan kuat, kokoh, permanen, rapat dari serangga dan tikus.
- c) Lantai kuat, tidak terbuat dari tanah, bersih, rapat air, tidak licin, dan mudah dibersihkan.
- d) Ventilasi minimal 10% dari luas bangunan, sejuk dan nyaman (tidak pengap dan tidak panas).
- e) Dinding bersih, berwarna terang, kedap air dan mudah dibersihkan.
- f) Atap menutup bangunan, kuat, bersih, cukup landau dan tidak bocor.
- g) Pencahayaan terang, tersebar merata dan tidak menyilau (min. 10 fc/60 lux).
- h) Pintu rapat serangga dan tikus, menutup dengan baik dan membuka ke arah luar serta terbuat dari bahan yang kuat dan mudah dibersihkan.

- i) Langit-langit memiliki tinggi minimal 2,4 m dari lantai, kuat dan tidak terdapat lubang, serta berwarna terang dan mudah dibersihkan.
 - j) Pagar kuat, aman dan dapat mencegah binatang pengganggu masuk.
 - k) Halaman bersih, tidak berdebu dan becek, tidak terdapat genangan air, terdapat tempat sampah yang cukup dan terdapat tempat parkir yang cukup.
 - l) Saluran air limbah tertutup dan mengalir dengan lancar.
 - m) Tersedia tempat sandal dan sepatu khusus.
- b. Fasilitas sanitasi meliputi :
- 1) Air bersih
 - a) Jumlah mencukupi/tersedia setiap saat.
 - b) Tidak berbau, tidak berasa dan tidak berwarna.
 - c) Angka kuman dan kadar bahan kimia tidak melebihi NAB.
 - 2) Pembuangan air kotor
 - a) Terdapat penampungan air limbah yang rapat serangga.
 - b) Air limbah mengalir dengan lancar.
 - c) Saluran kedap air.
 - d) Saluran tertutup.
 - 3) Toilet/WC
 - a) Bersih dan jumlahnya mencukupi untuk pengunjung terbanyak.
 - b) Letaknya tidak berhubungan dengan bangunan utama.
 - c) Tersedia air yang cukup.
 - d) Tersedia sabun dan alat pengering.
 - e) Toilet pria dan wanita terpisah.
 - f) Saluran pembuangan air limbah dilengkapi dengan penahan debu (water seal).
 - g) Lubang penghawaan harus berhubungan dengan udara luar.

- 4) Urinoir/Peturasan
 - a) Bersih.
 - b) Dilengkapi dengan kran pembersih.
 - c) Jumlahnya mencukupi.
- 5) Tempat sampah
 - a) Tempat sampah kuat, kedap air, tahan karat, dan dilengkapi dengan penutup.
 - b) Jumlah tempat sampah mencukupi.
 - c) Sampah diangkut setiap kali 25 jam ke TPA.
 - d) Kapasitas tempat sampah terangkat oleh satu orang.
- 6) Tempat wudhu
 - a) Bersih.
 - b) Terpisah dari toilet, urinoir/peturasan dan ruangan masjid.
 - c) Air wudhu keluar melalui kran-kran khusus dan jumlahnya mencukupi.
 - d) Kolam air wudhu tertutup (rapat serangga).
 - e) Tidak terdapat jentik nyamuk pada kolam air wudhu.
 - f) Limbah air wudhu mengalir lancar.
 - g) Tempat wudhu pria dan wanita sebaiknya terpisah.
- 7) Tempat salat
 - a) Bersih dan tidak berbau.
 - b) Bebas kutu busuk dan serangga lainnya.
 - c) Shaf wanita dan laki-laki dibatasi dengan tirai.
 - d) Alat salat (karpet, sajadah, mukenah dan lain-lain) dibersihkan dan dijemur secara rutin.
- 8) Tempat sandal dan sepatu
 - a) Tersedia tempat sandal dan sepatu khusus.
 - b) Bersih dan kuat.

E. Teori *Health Belief Model* (HBM)

Teori perilaku model *The Health Belief* biasa digunakan dalam menjelaskan perubahan perilaku kesehatan di masyarakat. Beberapa hal yang dikembangkan dalam model *The health belief* antara lain teori adopsi tindakan (*action*). Teori ini menekankan pada sikap dan kepercayaan individu dalam berperilaku khususnya perilaku kesehatan. Kepercayaan dan persepsi individu terhadap sesuatu menumbuhkan rencana tindakan dalam diri individu. Teori perilaku ini lebih menekankan pada aspek keyakinan dan persepsi individu. Adanya persepsi yang baik atau tidak baik dapat berasal dari pengetahuan, pengalaman, informasi yang diperoleh individu yang bersangkutan sehingga terjadi tindakan dalam memandang sesuatu.

Teori perubahan perilaku kesehatan yang dikembangkan meletakkan adanya keyakinan atau persepsi individu terhadap tindakan medis atau kesehatan yang telah didapatkan. Adanya pengalaman pengobatan dalam diri individu maupun pengalaman orang lain menumbuhkan persepsi tentang kesehatan. Adanya kepercayaan yang ada menyebabkan individu mengikuti perilaku sesuai kepercayaan yang diyakini. Kepercayaan yang dibangun dalam model perilaku kesehatan dipandang dari 2 aspek penting yaitu adanya pengalaman dalam diri individu atas adanya pengobatan dan keyakinan pada individu tentang perilaku sehat.

Menurut HBM, seseorang akan terdorong untuk melakukan tindakan kesehatan jika merasa dirinya rentan terhadap suatu masalah (*perceived susceptibility*), memahami tingkat keparahan dari masalah tersebut (*perceived severity*), menyadari manfaat dari tindakan yang dilakukan (*perceived benefits*), serta mampu mengenali hambatan yang mungkin dihadapi (*perceived barriers*), mendapatkan pemicu untuk bertindak (*cues to action*), dan memiliki keyakinan diri untuk melakukannya (*self-efficacy*). Dalam konteks sanitasi masjid, apabila DKM menyadari bahwa kondisi sanitasi yang buruk dapat meningkatkan risiko penularan penyakit dan membahayakan kesehatan jamaah, serta memahami bahwa perbaikan sanitasi membawa manfaat besar bagi kenyamanan dan kesehatan bersama, maka mereka akan lebih termotivasi untuk menjaga dan

meningkatkan kebersihan masjid. Selain itu, dengan memahami hambatan yang ada, seperti keterbatasan fasilitas atau sumber daya, serta adanya dorongan eksternal seperti sosialisasi dari Puskesmas, DKM dapat mencari solusi yang tepat untuk mengatasi masalah sanitasi.

F. Pengetahuan, Sikap dan Tindakan

1. Pengetahuan (*Knowledge*)

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indra manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Tanpa pengetahuan seseorang tidak mempunyai dasar untuk mengambil keputusan dan menentukan tindakan terhadap masalah yang dihadapi. Pengetahuan terdapat berbagai jenis yaitu²⁸ :

a. Pengetahuan Faktual

Pengetahuan yang berupa potongan-potongan informasi yang terpisah-pisah atau unsur dasar yang ada dalam suatu disiplin ilmu tertentu. Pengetahuan faktual pada umumnya merupakan abstraksi tingkat rendah. Ada dua macam pengetahuan faktual yaitu pengetahuan tentang terminologi (*knowledge of terminology*) mencakup pengetahuan tentang label atau simbol tertentu baik yang bersifat verbal maupun non verbal dan pengetahuan tentang bagian detail dan unsur-unsur (*knowledge of specific details and element*) mencakup pengetahuan tentang kejadian, orang, waktu dan informasi lain yang sifatnya sangat spesifik.

b. Pengetahuan Konseptual

Pengetahuan yang menunjukkan saling keterkaitan antara unsur-unsur dasar dalam struktur yang lebih besar dan semuanya berfungsi bersama-sama. Pengetahuan konseptual mencakup skema, model pemikiran, dan teori baik yang implisit maupun eksplisit. Ada tiga

macam pengetahuan konseptual, yaitu pengetahuan tentang klasifikasi dan kategori, pengetahuan tentang prinsip dan generalisasi, dan pengetahuan tentang teori, model, dan struktur.

c. Pengetahuan Prosedural

Pengetahuan tentang bagaimana mengerjakan sesuatu, baik yang bersifat rutin maupun yang baru. Seringkali pengetahuan prosedural berisi langkah-langkah atau tahapan yang harus diikuti dalam mengerjakan suatu hal tertentu.

d. Pengetahuan Metakognitif

Mencakup pengetahuan tentang kognisi secara umum dan pengetahuan tentang diri sendiri. Penelitian-penelitian tentang metakognitif menunjukkan bahwa seiring dengan perkembangannya audiens menjadi semakin sadar akan pikirannya dan semakin banyak tahu tentang kognisi, dan apabila audiens bisa mencapai hal ini maka mereka akan lebih baik lagi dalam belajar.

2. Sikap (*Attitude*)

Sikap merupakan reaksi atau respons yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Dari batasan-batasan diatas dapat disimpulkan bahwa manifestasi sikap itu tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu yang dalam kehidupan sehari-hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku. Sikap itu mempunyai tiga komponen pokok yaitu²⁸ :

- a. Kepercayaan (keyakinan), ide, dan konsep terhadap suatu objek.
- b. Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek.
- c. Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*).

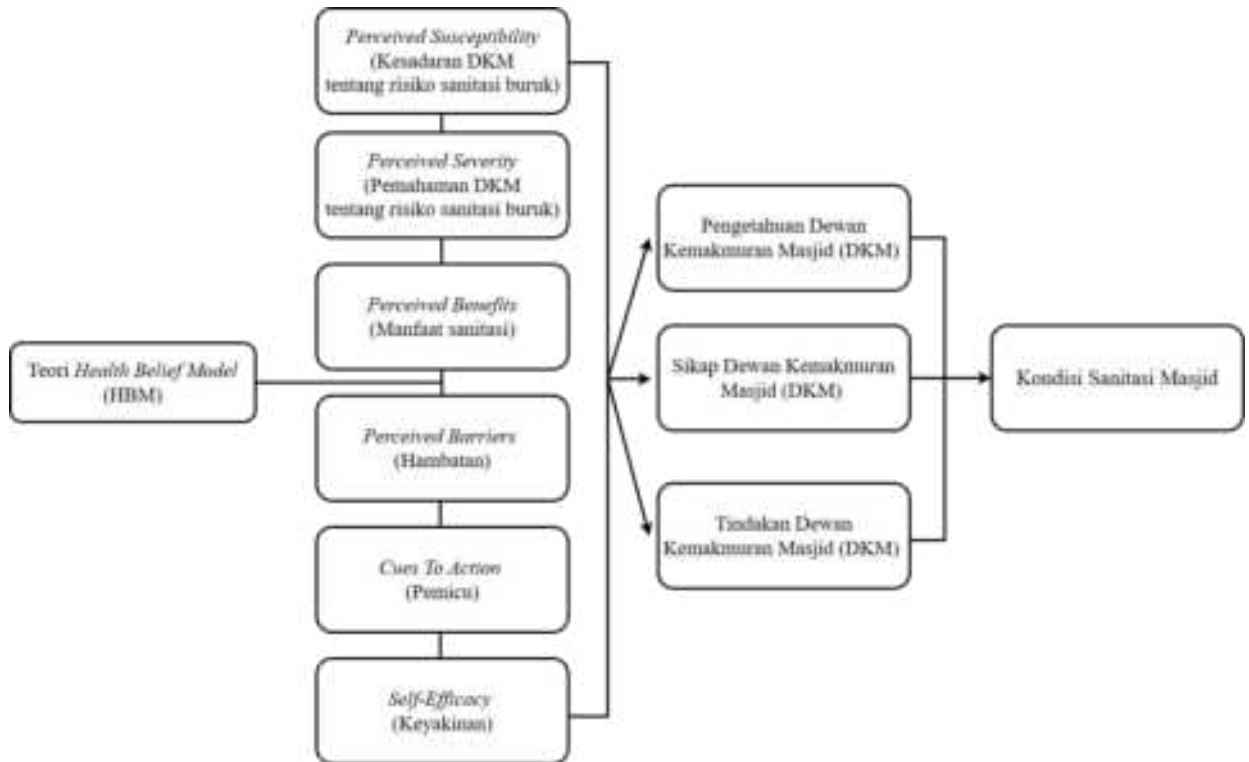
Ketiga komponen ini secara bersama – sama membentuk sikap yang utuh (total attitude). Dalam penentuan sikap yang utuh ini,

pengetahuan, pikiran, keyakinan, dan emosi memegang peranan penting. Penelitian oleh Winarti (2020) menemukan bahwa sikap yang baik berhubungan dengan perilaku hidup bersih dan sehat di lingkungan sekolah, yang dapat dianalogikan dengan lingkungan masjid. Sikap yang positif mencerminkan kesadaran dan kepedulian terhadap pentingnya sanitasi.³⁰

3. Tindakan (*Practice*)

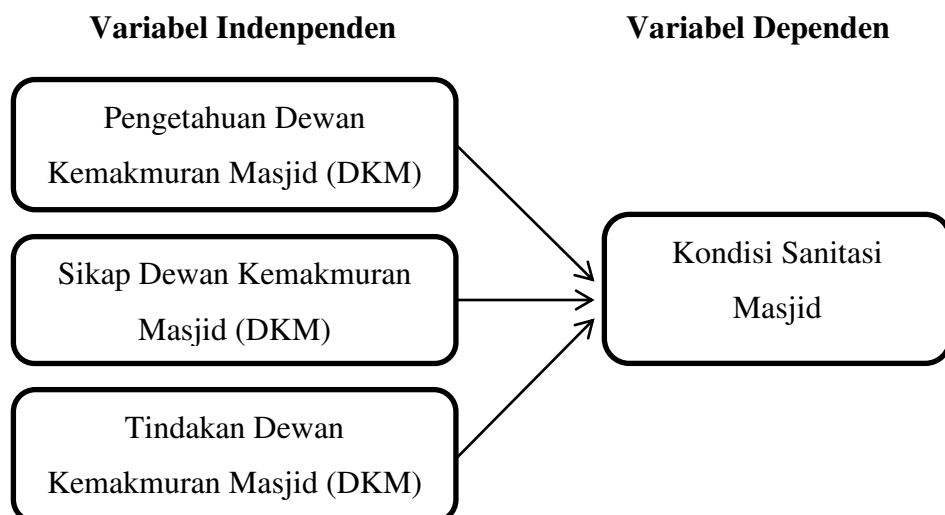
Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behavior*). Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain adalah fasilitas. Pengukuran perilaku dapat dilakukan dengan secara tidak langsung yakni dengan wawancara terhadap kegiatan-kegiatan yang telah dilakukan beberapa jam, hari, atau bulan yang lalu (*recall*). Pengukuran juga dapat dilakukan secara langsung, yakni dengan mengobservasi tindakan atau kegiatan responden. Pengukuran praktik (*overt behavior*) juga dapat diukur dari hasil perilaku tersebut. Misalnya perilaku higiene perorangan (*personal hygiene*) dapat diukur dari kebersihan kulit, kuku, rambut, dan sebagainya.²⁸ Penelitian di Tanjungpinang menunjukkan bahwa tindakan marbot masjid dalam kategori baik hanya sebesar 7,7%, menekankan perlunya peningkatan tindakan kebersihan oleh pengelola masjid.¹⁵

G. Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori *Health Belief Model* (HBM)³¹

H. Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

I. Hipotesis

Adapun hipotesis dalam penelitian ini adalah :

1. Ha : ada hubungan pengetahuan Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) dengan kondisi sanitasi masjid di wilayah kerja Puskesmas Manggopoh Kabupaten Agam Tahun 2025.
2. Ha : ada hubungan sikap Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) dengan kondisi sanitasi masjid di wilayah kerja Puskesmas Manggopoh Kabupaten Agam Tahun 2025.
3. Ha : ada hubungan tindakan Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) dengan kondisi sanitasi masjid di wilayah kerja Puskesmas Manggopoh Kabupaten Agam Tahun 2025.

J. Definisi Operasional (DO)

Tabel 2.1 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Variabel	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
1	Pengetahuan Dewan Kemakmuran Masjid (DKM)	Tingkat pemahaman Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) terhadap sanitasi yang mencakup kebersihan masjid, pengelolaan sampah, air bersih dan pencegahan penyakit menular di masjid.	Wawancara	Kuesioner	1 = Tinggi jika median ≥ 37 0 = Rendah jika median < 37	Ordinal
2	Sikap Dewan Kemakmuran Masjid (DKM)	Respon positif atau negatif terhadap pentingnya menjaga sanitasi masjid.	Wawancara	Kuesioner	1 = Positif jika median $\geq 47,5$ 0 = Negatif jika median $< 47,5$	Ordinal
3	Tindakan Dewan Kemakmuran Masjid (DKM)	Perilaku nyata Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) dalam menjaga kebersihan masjid, termasuk pembuangan sampah, penggunaan air bersih dan pengelolaan kebersihan ruang salat.	Wawancara	Kuesioner	1 = Baik jika median ≥ 34 0 = Buruk jika median < 34	Ordinal
4	Kondisi Sanitasi Masjid	Keadaan kebersihan dan sanitasi masjid yang mencakup aspek fisik (tempat wudhu, toilet, ruang salat) dan lingkungan sekitar masjid.	Observasi	Checklist	1 = Memenuhi syarat jika $\geq 75\%$ 0 = Tidak memenuhi syarat jika $< 75\%$	Ordinal

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional*. Penelitian ini bertujuan untuk mengukur hubungan antara variable-variabel yang telah ditentukan (pengetahuan, sikap, tindakan, dan kondisi sanitasi) dengan menggunakan instrumen pengumpulan data seperti kuesioner dan formulir inspeksi sanitasi. Data yang diperoleh akan dianalisis secara statistik untuk menentukan hubungan antar variabel.

B. Waktu dan Tempat

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Maret – Juni 2025 dilakukan di masjid wilayah kerja Puskesmas Manggopoh, Kecamatan Lubuk Basung, Kabupaten Agam.

C. Populasi dan Sampel

Populasi merujuk pada seluruh objek atau subjek yang menjadi fokus dalam suatu penelitian.³² Populasi dan sampel pada penelitian ini adalah seluruh masjid yang berada di wilayah kerja Puskesmas Manggopoh, Kecamatan Lubuk Basung, Kabupaten Agam yang berjumlah 44 masjid. Teknik sampling yang digunakan adalah sensus atau sampel jenuh, yaitu seluruh Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) ketua Sarana dan Prasarana yang terlibat dalam pengelolaan sanitasi masjid dijadikan responden.

1. Kriteria Inklusi

Responden yang dimasukkan dalam penelitian ini adalah:

- a. Pengurus masjid yang menjabat sebagai Ketua Sarana dan Prasarana, atau jika tidak dapat ditemui, maka kepada Seksi Sarana dan Prasarana yang memahami pengelolaan sanitasi masjid.
- b. Berasal dari masjid yang berada di wilayah kerja Puskesmas Manggopoh, Kecamatan Lubuk Basung, Kabupaten Agam.
- c. Bersedia menjadi responden dengan memberikan persetujuan.

2. Kriteria Eksklusi

Responden yang dikeluarkan dari penelitian ini adalah:

- a. Pengurus masjid yang tidak memiliki keterlibatan atau pengetahuan mengenai pengelolaan sanitasi masjid.
- b. Masjid yang tidak aktif digunakan untuk ibadah atau dalam proses renovasi total sehingga tidak relevan untuk dinilai kondisi sanitasi saat penelitian.
- c. Pengurus yang tidak bersedia menjadi responden atau menolak untuk diwawancarai.

D. Jenis dan Teknik Pengumpulan Data

1. Data Primer

Data primer mengenai pengetahuan, sikap dan tindakan Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) ketua sarana dan prasarana serta sanitasi masjid diperoleh melalui wawancara dan observasi langsung terhadap Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) dan kondisi sanitasi masjid. Data ini diperiksa untuk mengidentifikasi hubungan antara pengetahuan, sikap dan tindakan Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) seksi sarana dan prasarana dengan sanitasi masjid.

2. Data Sekunder

Data sekunder dalam penelitian ini diperoleh dari Badan Pusat Statistik (BPS) Kabupaten Agam, laporan tahunan Puskesmas Manggopoh, rekapitan data masjid dari kantor Wali Nagari Manggopoh, data sanitasi Tempat Fasilitas Umum (TFU) sarana ibadah dari petugas kesehatan lingkungan Puskesmas Manggopoh.

E. Instrumen Penelitian

Dalam penelitian ini, instrumen yang akan digunakan terdiri dari kuesioner dan formulir inspeksi sanitasi. Kuesioner dirancang untuk mengumpulkan data primer mengenai pengetahuan, sikap dan tindakan Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) terkait sanitasi masjid. Pertanyaan dalam kuesioner akan mencakup berbagai aspek, seperti pemahaman tentang praktik sanitasi yang

baik, sikap terhadap kebersihan, dan tindakan yang diambil untuk menjaga sanitasi di lingkungan masjid. Selain itu, formulir inspeksi sanitasi akan digunakan untuk melakukan observasi langsung terhadap kondisi sanitasi masjid, mencakup aspek-aspek seperti kebersihan fasilitas, pengelolaan limbah, dan ketersediaan sarana sanitasi. Dengan menggunakan kedua instrumen ini, diharapkan dapat diperoleh data yang komprehensif dan akurat untuk menganalisis hubungan antara pengetahuan, sikap dan tindakan garin dengan sanitasi masjid.

F. Pengolahan Data

Pengolahan data adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan terhadap data, baik dengan cara mengelompokkan atau dengan menerapkan fungsi matematika, sehingga data siap dianalisis sesuai dengan jenis analisis yang direncanakan. Langkah-langkah dari pengolahan data adalah³³ :

1. Editing

Editing adalah kegiatan melakukan pengecekan kembali terhadap data yang sudah dikumpulkan. Sebaiknya dilakukan di lapangan sesaat setelah data selesai dikumpulkan.

2. Coding

Coding yaitu merubah data yang dalam bentuk huruf menjadi data dalam bentuk angka. Ini khususnya dilakukan untuk data yang bersifat kategorik atau dilakukan pengelompokkan data terhadap data numerik.

3. Entry/processing

Entry/processing adalah kegiatan untuk memproses data sehingga data siap dianalisis. Untuk mengentry data selain manual maka dapat menggunakan program komputer.

4. Cleaning

Cleaning adalah kegiatan untuk mengecek kembali data yang sudah dientry apakah sudah sesuai dengan jawaban yang ada di kuesioner.

G. Analisis Data

1. Uji Normalitas

Uji normalitas adalah suatu pengujian yang bertujuan untuk menentukan apakah sebaran data berdistribusi normal atau tidak. Ada berbagai metode yang dapat digunakan untuk melakukan pengujian normalitas dan setiap metode dapat menghasilkan keputusan yang berbeda. Untuk mengetahui apakah data berdistribusi normal atau tidak, maka dapat diuji menggunakan metode *Kolmogorov-Smirnov* atau *Shapiro-Wilk* yang bernilai 0,05. Jika $K_{hitung} < K_{tabel}$ atau nilai $Sig. > \alpha (0,05)$, maka nilai residu yang terstandar dinyatakan berdistribusi normal.³⁴

2. Analisis Univariat

Analisis univariat merupakan metode analisis data yang fokus pada satu variabel secara terpisah, di mana setiap variabel dianalisis tanpa mempertimbangkan variabel lain. Hasil analisis ini bias disajikan dalam berbagai format, seperti narasi, tabel, grafik, diagram, atau gambar.³⁵ Analisis univariat dilakukan untuk mendapatkan distribusi frekuensi dan persentase dari masing-masing variabel yang diantaranya pengetahuan, sikap dan tindakan Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) terhadap sanitasi masjid.

3. Analisis Bivariat

Analisis bivariat adalah metode statistik yang digunakan untuk meneliti hubungan antara dua variabel. Metode ini sering kali melibatkan penggunaan tabel silang untuk menganalisis hubungan antara variabel-variabel.³⁵ Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan variabel independen (pengetahuan, sikap dan tindakan Dewan Kemakmuran Masjid (DKM)) dan variabel dependen (kondisi sanitasi masjid). Pengujian dilakukan menggunakan uji *chi-square* dengan tingkat signifikansi 95% ($\alpha = 0,05$). Jika nilai $p \leq (\alpha = 0,05)$, maka ada hubungan yang signifikan antara variabel independen (pengetahuan, sikap, dan tindakan Dewan Kemakmuran Masjid (DKM)) dan Variabel dependen

(kondisi sanitasi masjid). Jika nilai $p > (\alpha = 0,05)$, maka tidak ada hubungan yang signifikan antara variabel independen (pengetahuan, sikap, dan tindakan Dewan Kemakmuran Masjid (DKM)) dan Variabel dependen (kondisi sanitasi masjid).

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran Umum Masjid di Wilayah Kerja Puskesmas Manggopoh, Kecamatan Lubuk Basung, Kabupaten Agam

Puskesmas Manggopoh adalah salah satu Puskesmas yang terletak di Kecamatan Lubuk Basung, Kabupaten Agam, dengan luas wilayah kerja $\pm 137,44 \text{ km}^2$ atau sekitar 49,3% dari total luas Kecamatan Lubuk Basung. Secara geografis Kecamatan Lubuk Basung sebelah utara berbatasan dengan Kecamatan IV Nagari, sebelah selatan dengan Kabupaten Padang Pariaman, sebelah barat dengan Kecamatan Tanjung Mutiara sebelah timur dengan Kecamatan Tanjung Raya.³⁶

Wilayah kerja Puskesmas Manggopoh, Kecamatan lubuk Basung, Kabupaten Agam terdiri dari tiga Nagari, yaitu Nagari Manggopoh dengan 9 Jorong, Nagari Kampung Tangah dengan 4 Jorong, dan Nagari Kampung Pinang dengan 2 Jorong. Berdasarkan data dari kantor Wali Nagari Manggopoh, terdapat total 44 masjid yang tersebar di ketiga wilayah tersebut masjid-masjid tersebut merupakan sarana ibadah utama masyarakat dan juga menjadi pusat keagamaan lainnya.¹³

2. Karakteristik Responden

Karakteristik responden dalam penelitian ini adalah pengurus Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) seksi Sarana dan Prasarana yang berada di wilayah kerja Puskesmas Manggopoh dengan jumlah keseluruhan sebanyak 44 orang, karakteristik DKM di masjid-masjid wilayah kerja Puskesmas Manggopoh dapat dilihat pada Tabel berikut :

Tabel 4.1 Jenis Kelamin

Jenis Kelamin	Frekuensi (f)	Persen (%)
Laki-Laki	39	88,6
Perempuan	5	11,4
Total	44	100

Berdasarkan Tabel 4.1, sebagian besar responden adalah berjenis kelamin laki-laki, yaitu sebanyak 39 orang (88,6%). Hal ini menunjukkan bahwa keterlibatan laki-laki dalam pengelolaan sarana dan prasarana masjid masih dominan.

Tabel 4.2 Umur

Umur	Frekuensi (<i>f</i>)	Persen (%)
20-30	4	9,1
31-40	4	9,1
41-50	9	20,5
51-60	16	36,4
>60	11	25
Total	44	100

Berdasarkan Tabel 4.2, sebagian besar responden berada pada kelompok umur 51-60 tahun, yaitu sebanyak 16 orang (36,4%). Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar pengurus DKM berada pada umur produktif lanjut hingga lansia aktif, yang kemungkinan memiliki pengalaman dan kepedulian tinggi terhadap pengelolaan sarana dan prasarana masjid.

Tabel 4.3 Pendidikan

Pendidikan	Frekuensi (<i>f</i>)	Persen (%)
S1	6	13,6
SMA	27	61,4
SMK	4	9,1
SMP	7	15,9
Total	44	100

Berdasarkan tabel 4.3, sebagian besar responden memiliki latar belakang pendidikan terakhir SMA, sebanyak 27 orang (61,4%). Hal ini mencerminkan bahwa mayoritas pengurus DKM memiliki pendidikan formal yang cukup untuk mendukung peran mereka dalam pengelolaan sarana dan prasarana masjid.

3. Analisis Data

a. Uji Normalitas

Uji normalitas dilakukan untuk mengetahui apakah data variabel Independen dalam penelitian ini (pengetahuan, sikap dan tindakan) berdistribusi normal atau tidak. Uji yang digunakan adalah

Shapiro-Wilk, karena jumlah sampel sebanyak 44 responden masih berada dibawah batas maksimal penggunaan uji ini (<50). Berikut hasil uji normalitas.

Tabel 4.4 Uji Normalitas

Variabel	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Pengetahuan	.174	44	.002	.880	44	.000
Sikap	.192	44	.000	.824	44	.000
Tindakan	.127	44	.072	.905	44	.002

Berdasarkan Tabel 4.4, diperoleh nilai signifikansi *Shapiro-Wilk* untuk pengetahuan, sikap sebesar 0,000 dan tindakan sebesar 0,002. Karena seluruh nilai sig. $< 0,05$, maka dapat disimpulkan bahwa data ketiga variabel tidak berdistribusi normal. Oleh karena itu, analisis bivariat dalam penelitian ini menggunakan uji statistik *non-parametrik*, yaitu Uji *Chi-Square* untuk melihat hubungan antara variabel Independen dan Dependen (Kondisi Sanitasi Masjid).

b. Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk mendapatkan distribusi frekuensi dan persentase dari masing-masing variabel yang diantaranya pengetahuan, sikap dan tindakan Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) terhadap sanitasi masjid.

- 1) Distribusi frekuensi tingkat pengetahuan Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) tentang kondisi sanitasi masjid di wilayah kerja Puskesmas Manggopoh

Tabel 4.5 Distribusi frekuensi pengetahuan Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) tentang kondisi sanitasi masjid di wilayah kerja Puskesmas Manggopoh

Pengetahuan	Frekuensi (<i>f</i>)	Persen (%)
Rendah	17	38,6
Tinggi	27	61,4
Total	44	100

Berdasarkan Tabel 4.5, sebagian besar responden memiliki pengetahuan yang tinggi mengenai kondisi sanitasi masjid, yaitu sebanyak 27 orang (61,4%). Hasil telaah kuesioner menunjukkan bahwa pengetahuan rendah diperoleh pada

beberapa pertanyaan, antara lain pada pertanyaan nomor 6 tentang seberapa sering seharusnya air di bak penampungan kamar mandi masjid dikuras dan dibersihkan, pertanyaan nomor 7 mengenai alasan mengapa jamban yang digunakan minimal berbentuk leher angsa, dan pertanyaan nomor 10 bagaimana keadaan halaman masjid yang baik.

- 2) Distribusi frekuensi sikap Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) tentang kondisi sanitasi masjid di wilayah kerja Puskesmas Manggopoh

Tabel 4.6 Distribusi frekuensi sikap Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) tentang kondisi sanitasi masjid di wilayah kerja Puskesmas Manggopoh

Sikap	Frekuensi (<i>f</i>)	Persen (%)
Negatif	23	52,3
Positif	21	47,7
Total	44	100

Berdasarkan Tabel 4.6, sebagian besar responden menunjukkan sikap negatif terhadap kondisi sanitasi masjid, yaitu sebanyak 23 orang (52,3%). Hasil telaah kuesioner menunjukkan bahwa sikap negatif ini tercermin dari tingginya persetujuan terhadap pertanyaan yang seharusnya ditolak, antara lain pada pertanyaan nomor 7 yaitu pembuangan limbah sembarangan tidak memiliki dampak terhadap tanah dan air bersih, nomor 8 tidak ada bahaya lingkungan jika tidak terdapat tempat pengolahan limbah di masjid, nomor 12 tidak perlu adanya septic tank yang baik di masjid untuk pengelolaan limbah, dan pertanyaan nomor 13 yaitu kebersihan tempat wudhu dan toilet di masjid bukanlah tanggung jawab bersama.

- 3) Distribusi frekuensi tindakan Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) tentang kondisi sanitasi masjid di wilayah kerja Puskesmas Manggopoh

Tabel 4.7 Distribusi frekuensi tindakan Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) tentang kondisi sanitasi masjid di wilayah kerja Puskesmas Manggopoh

Tindakan	Frekuensi (<i>f</i>)	Persen (%)
Buruk	20	45,5
Baik	24	54,5
Total	44	100

Berdasarkan Tabel 4.7, sebagian besar responden sudah menunjukkan tindakan baik dalam menjaga sanitasi masjid, yaitu sebanyak 24 orang (54,4%). Hasil telaah kuesioner menunjukkan bahwa tindakan yang tergolong buruk tercermin dari beberapa pertanyaan, antara lain pada pertanyaan nomor 5 yang menyebutkan bahwa lingkungan dan halaman masjid kotor dan terdapat genangan air yang dapat menimbulkan penyakit, pertanyaan nomor 6 yang mengindikasikan bahwa lantai masjid tidak dibersihkan secara berkala sehingga mengurangi kenyamanan jamaah, pertanyaan nomor 7 tidak tersedia tempat sampah yang cukup di masjid, menyebabkan sampah berserakan, dan pertanyaan nomor 9 yaitu masjid tidak memiliki saluran pembuangan limbah yang memadai, yang dapat menyebabkan pencemaran.

- 4) Distribusi frekuensi kondisi sanitasi masjid di wilayah kerja Puskesmas Manggopoh

Tabel 4.8 Distribusi frekuensi kondisi sanitasi masjid di wilayah kerja Puskesmas Manggopoh

Kondisi Sanitasi Masjid	Frekuensi (<i>f</i>)	Persen (%)
Tidak Memenuhi Syarat	19	43,2
Memenuhi Syarat	25	56,8
Total	44	100

Berdasarkan Tabel 4.8, sebagian besar masjid sudah memenuhi syarat sanitasi, yaitu sebanyak 25 masjid (56,8%), Beberapa permasalahan yang ditemukan pada masjid yang tidak

memenuhi syarat antara lain adalah tidak adanya SPAL yang kedap air, keterbatasan tempat sampah yang memadai dan tertutup, jamban yang tidak bersih dan berbau, serta tidak tersedianya fasilitas cuci tangan pakai sabun (CTPS).

c. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan variabel independen (pengetahuan, sikap dan tindakan Dewan Kemakmuran Masjid (DKM)) dengan variabel dependen (kondisi sanitasi masjid).

- 1) Hubungan pengetahuan Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) dengan kondisi sanitasi masjid di wilayah kerja Puskesmas Manggopoh

Tabel 4.9 Hubungan pengetahuan Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) dengan kondisi sanitasi masjid di wilayah kerja Puskesmas Manggopoh

Pengetahuan	Kondisi Sanitasi Masjid				Total		<i>p-value</i>
	Tidak Memenuhi Syarat		Memenuhi Syarat				
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
Rendah	11	68,8	5	31,2	16	100	0,023
Tinggi	8	28,6	20	71,4	28	100	
Total	19	43,2	25	56,8	44	100	

Berdasarkan Tabel 4.9, hasil uji statistik yang dilakukan pada penelitian ini, terdapat 11 (68,8%) responden yang memiliki pengetahuan rendah berada pada kondisi sanitasi masjid tidak memenuhi syarat lebih besar dibandingkan dengan yang memiliki pengetahuan tinggi sebanyak 8 (28,6%) responden. Nilai *p-value* sebesar 0,023 ($<0,05$), maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) dengan kondisi sanitasi masjid di wilayah kerja Puskesmas Manggopoh.

- 2) Hubungan sikap Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) dengan kondisi sanitasi masjid di wilayah kerja Puskesmas Manggopoh

Tabel 4.10 Hubungan sikap Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) dengan kondisi sanitasi masjid di wilayah kerja Puskesmas Manggopoh

Sikap	Kondisi Sanitasi Masjid				Total		<i>p-value</i>
	Tidak Memenuhi Syarat		Memenuhi Syarat				
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
Negatif	14	60,9	9	39,1	23	100	0,030
Positif	5	23,8	16	76,2	21	100	
Total	19	43,2	25	56,8	44	100	

Berdasarkan Tabel 4.10, hasil uji statistik yang dilakukan pada penelitian ini, terdapat 14 (60,9%) responden yang memiliki sikap negatif berada pada kondisi sanitasi masjid tidak memenuhi syarat lebih besar dibandingkan dengan yang memiliki sikap positif sebanyak 5 (23,8%) responden. Nilai *p-value* sebesar 0,030 ($< 0,05$), maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara sikap Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) dengan kondisi sanitasi masjid di wilayah kerja Puskesmas Manggopoh.

- 3) Hubungan tindakan Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) dengan kondisi sanitasi masjid di wilayah kerja Puskesmas Manggopoh

Tabel 4.11 Hubungan tindakan Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) dengan kondisi sanitasi masjid di wilayah kerja Puskesmas Manggopoh

Tindakan	Kondisi Sanitasi Masjid				Total	<i>p-value</i>	
	Tidak Memenuhi Syarat		Memenuhi Syarat				
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>		%
Buruk	13	68,4	6	31,6	19	100	0,008
Baik	6	24	19	76	25	100	
Total	19	43.2	25	56.8	44	100	

Berdasarkan Tabel 4.11, hasil uji statistik yang dilakukan pada penelitian ini, terdapat 13 (68,4%) responden yang memiliki tindakan buruk berada pada kondisi sanitasi masjid tidak memenuhi

syarat lebih besar dibandingkan dengan yang memiliki tindakan baik sebanyak 6 (24%) responden. Nilai *p-value* sebesar 0,008 ($< 0,05$), maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara tindakan Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) dengan kondisi sanitasi masjid di wilayah kerja Puskesmas Manggopoh.

B. Pembahasan

1. Karakteristik Responden

Penelitian ini melibatkan 44 responden yang merupakan anggota Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) seksi Sarana Prasarana di wilayah kerja Puskesmas Manggopoh. Berdasarkan hasil uji statistik pada Tabel 4.1, sebagian besar responden berjenis kelamin laki-laki yaitu sebanyak 39 orang (88,6%). Hal ini menunjukkan bahwa pengelolaan sarana dan prasarana masjid di wilayah ini masih didominasi oleh laki-laki, yang sejalan dengan struktur organisasi DKM yang secara umum memang lebih banyak melibatkan laki-laki sebagai pengurus utama masjid.

Dari segi umur, berdasarkan uji statistik pada Tabel 4.2, sebagian besar responden berusia antara 51-60 tahun (36,4%). Hal ini menunjukkan bahwa pengelolaan sarana dan prasarana masjid umumnya masih dipercayakan kepada kelompok usia produktif lanjut dan lansia aktif. Menurut teori Notoadmodjo (2012), usia dapat mempengaruhi persepsi risiko dan pengambilan keputusan, di mana generasi yang lebih tua cenderung memiliki pengalaman lebih banyak, meskipun kadang tidak mudah menerima inovasi baru terkait sanitasi dan kesehatan lingkungan.²⁸

Dalam aspek pendidikan, berdasarkan uji statistik pada Tabel 4.3, sebagian besar responden memiliki latar belakang pendidikan SMA (61,4%). Hal ini mengindikasikan bahwa sebagian besar pengurus DKM memiliki tingkat pendidikan formal menengah, yang umumnya cukup memadai untuk memahami pentingnya kebersihan dan sanitasi. Penelitian Sitorus et al. (2023) juga mendukung bahwa tingkat pendidikan yang

lebih tinggi berkorelasi positif dengan kesadaran akan pentingnya sanitasi dan pengelolaan kebersihan lingkungan.²²

Secara keseluruhan, karakteristik responden ini menunjukkan bahwa pengelolaan sanitasi masjid di wilayah kerja Puskesmas Manggopoh masih didominasi oleh laki-laki yang berusia produktif lanjut dan lansia, dengan tingkat pendidikan formal yang bervariasi namun sebagian besar SMA. Hal ini memiliki implikasi terhadap program intervensi sanitasi masjid. Pengurus yang lebih tua umumnya memiliki pengalaman dan kepedulian tinggi, namun mungkin membutuhkan pendekatan edukasi yang disesuaikan dengan kebiasaan dan pola pikir mereka. Tingkat pendidikan SMA yang mendominasi juga menjadi peluang untuk memberikan materi edukasi sanitasi yang praktis dan aplikatif. Dengan demikian, karakteristik responden ini menjadi dasar penting untuk menyusun strategi penyuluhan, pembinaan, dan pendampingan yang lebih efektif, demi mewujudkan sanitasi masjid yang optimal dan berkelanjutan.

2. Analisis Univariat

a. Pengetahuan Dewan Kemakmuran Masjid (DKM)

Pada Tabel 4.5, menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki tingkat pengetahuan tinggi tentang sanitasi masjid, yaitu sebanyak 27 orang (61,4%). Temuan ini menunjukkan bahwa sebagian besar Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) telah memiliki pemahaman dasar mengenai kebersihan tempat ibadah, seperti pentingnya membersihkan ruang dan alat salat, membersihkan toilet dan tempat wudhu, pengelolaan air bersih dan ventilasi yang cukup serta membersihkan sarana dan prasarana.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian sebelumnya Sari & Ismah (2024) yang menyebutkan bahwa pengetahuan yang tinggi tentang sanitasi berkaitan erat dengan kepatuhan terhadap kebersihan masjid. Pengetahuan menjadi dasar penting dalam menggerakkan tindakan preventif terhadap penyakit berbasis lingkungan.²⁹ Penelitian

Achmad Allfaress et al. (2022) di Masjid Syuhada, Kota Bengkulu, yang menyatakan bahwa rendahnya pemahaman pengurus masjid terhadap prinsip sanitasi menyebabkan kurangnya pengelolaan kebersihan secara optimal.³⁷ Penelitian ini juga didukung oleh Ailsa et al. (2021) di Kota Bengkulu menemukan bahwa rendahnya pengetahuan marbot masjid menjadi salah satu penyebab tidak terpenuhinya standar sanitasi masjid secara menyeluruh. Sari & Ismah (2024) juga menambahkan bahwa aspek pengetahuan menjadi dasar pengambilan keputusan yang efektif bagi pengurus masjid untuk merencanakan dan melaksanakan program kebersihan yang berkelanjutan.²⁹

Hasil telaah kuesioner menunjukkan bahwa pengetahuan rendah pada responden diperoleh dari beberapa pertanyaan tertentu. Pertanyaan nomor 6, yang menanyakan tentang frekuensi pengurasan bak kamar mandi, menunjukkan bahwa sebagian besar responden belum memahami pentingnya pengurasan secara rutin untuk mencegah pertumbuhan jentik nyamuk dan mikroorganisme patogen. Selain itu, pada pertanyaan nomor 7 mengenai fungsi jamban leher angsa, sebagian responden tidak mengetahui bahwa desain tersebut bertujuan untuk mencegah bau dan kontaminasi balik dari saluran pembuangan. Hal ini juga sejalan dengan hasil jawaban pada pertanyaan nomor 10, yaitu karakteristik halaman masjid yang sehat, yang menunjukkan bahwa masih ada DKM yang belum memahami pentingnya halaman yang bersih, tidak becek, dan tidak terdapat genangan air untuk menciptakan lingkungan ibadah yang sehat.

Pengetahuan yang rendah dapat menyebabkan pengurus masjid tidak mampu mengenali potensi sumber penyakit seperti bakteri dan virus yang berkembang di toilet kotor, tempat wudhu yang berlumut, dan karpet yang jarang dicuci. Hal ini berdampak pada meningkatnya risiko penyebaran penyakit berbasis lingkungan seperti diare, infeksi kulit, dan gangguan pernapasan, sebagaimana

ditekankan oleh WHO (2013)³ dan didukung penelitian Hermawan et al. (2023) bahwa tindakan nyata pengurus masjid, seperti membersihkan toilet, merawat tempat wudhu, dan menjaga kebersihan masjid, berhubungan erat dengan kondisi sanitasi yang baik. Kurangnya pemahaman ini menunjukkan bahwa masih dibutuhkan peningkatan edukasi mengenai prinsip-prinsip dasar sanitasi masjid.⁸

Peningkatan pengetahuan DKM dapat dilakukan melalui pelatihan sanitasi rutin yang difasilitasi oleh Puskesmas dan Dinas Kesehatan setempat. Penyuluhan berbasis agama, seperti khutbah Jumat atau ceramah, dinilai efektif untuk memberikan pemahaman yang lebih dalam. Teori *Health Belief Model* (HBM) menjadi sangat relevan, di mana peningkatan pengetahuan akan mempengaruhi persepsi kerentanan (*perceived susceptibility*) dan persepsi keparahan (*perceived severity*) dari sanitasi yang buruk. Pengurus masjid juga dapat diberikan media edukasi berupa poster, leaflet, atau video edukasi tentang sanitasi masjid yang baik.³¹

b. Sikap Dewan Kemakmuran Masjid (DKM)

Berdasarkan hasil uji statistik, meskipun sebagian besar memiliki pengetahuan tinggi, namun pada Tabel 4.6, menunjukkan bahwa 23 responden (52,3%) menunjukkan sikap negatif terhadap pentingnya menjaga sanitasi masjid. Hal ini menunjukkan adanya kesenjangan antara pengetahuan dan sikap, yang kemungkinan bisa dipengaruhi dari faktor sosial, budaya, ekonomi dan kebiasaan lama ataupun struktur organisasi dalam pengelolaan sarana dan prasarana pada masjid.

Hasil ini sejalan dengan penelitian Winarti (2020) yang menunjukkan bahwa sikap individu dapat dipengaruhi oleh persepsi lingkungan, nilai agama, dan dukungan sosial.³⁰ Penelitian Karyono (2015) juga menemukan adanya hubungan signifikan antara sikap pengurus masjid dan kualitas sanitasi masjid ($p\text{-value} = 0,007$).³⁸ Sementara itu, Marinda & Ardillah (2019) juga mencatat bahwa sikap

positif pengurus tempat ibadah sangat mempengaruhi perilaku kebersihan dan terciptanya lingkungan yang sehat.⁷ Penelitian Utami & Ismah (2024) menegaskan bahwa beberapa aspek sikap kebersihan seperti larangan merokok, kebiasaan membuang sampah, dan pengendalian jentik nyamuk di masjid masih belum sepenuhnya dilaksanakan, meskipun pengurus memiliki pemahaman dasar yang memadai.²⁹

Hasil telaah kuesioner menunjukkan bahwa sikap negatif ditunjukkan oleh banyaknya persetujuan responden terhadap pertanyaan-pertanyaan yang seharusnya dijawab dengan tidak setuju. Hal tersebut tampak pada pertanyaan nomor 7, di mana sebagian responden menyetujui bahwa pembuangan limbah sembarangan tidak berdampak terhadap kualitas tanah dan air, yang menunjukkan kurangnya kepedulian terhadap dampak pencemaran lingkungan. Pertanyaan nomor 8 dan 12 mengindikasikan bahwa masih terdapat pandangan bahwa keberadaan pengolahan limbah dan septic tank yang memadai di masjid tidak dianggap penting. Sementara pada pertanyaan nomor 13, sebagian responden tidak setuju bahwa kebersihan tempat wudhu dan toilet merupakan tanggung jawab bersama.

Sikap negatif pengurus masjid dapat berdampak pada kurangnya kepedulian untuk memelihara fasilitas sanitasi, yang akhirnya menurunkan kualitas kesehatan lingkungan masjid. Jamaah akan merasa tidak nyaman dan kualitas ibadah pun terganggu. Perubahan sikap pengurus masjid dapat diupayakan melalui pendekatan keagamaan, seperti mengaitkan kebersihan masjid dengan nilai iman dan ibadah. Kegiatan ceramah, khotbah, dan diskusi kelompok bersama tokoh agama dapat membantu memupuk kesadaran dan kepedulian mereka. Teori *Health Belief Model* (HBM) juga menyarankan pentingnya memperkuat persepsi manfaat (*perceived benefits*) dan menurunkan persepsi hambatan (*perceived*

barriers), seperti kesulitan biaya atau keterbatasan tenaga. Hal ini memerlukan kolaborasi lintas sektor: Puskesmas, Dinas Kesehatan, dan lembaga keagamaan.³¹

c. Tindakan Dewan Kemakmuran Masjid (DKM)

Pada Tabel 4.7, sebanyak 24 responden (54,5%) telah memiliki tindakan kebersihan yang baik. Hal ini menunjukkan bahwa lebih dari setengah Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) sudah mulai mengimplementasikan pengetahuan mereka ke dalam praktik nyata, namun masih diperlukan peningkatan terutama dalam hal pengawasan dan konsistensi tindakan.

Penelitian ini diperkuat oleh penelitian Samosir et al. (2024) menemukan bahwa meskipun 83,1% masjid sudah memenuhi standar sanitasi, hanya 7,7% marbot yang melakukan tindakan kebersihan secara konsisten.¹⁵ Pramanta (2012) dan Hermawan et al. (2023) juga mendukung bahwa tindakan nyata pengurus masjid, seperti membersihkan toilet, merawat tempat wudhu, dan menjaga kebersihan halaman masjid, berhubungan erat dengan kondisi sanitasi yang baik.¹⁵ Penelitian Wulandari (2024) menegaskan bahwa meskipun beberapa masjid memiliki fasilitas sanitasi memadai, tindakan pengurus yang tidak rutin membersihkan toilet dan tempat ibadah menjadi penyebab utama tidak terpenuhinya syarat kesehatan.

Hasil telaah kuesioner tindakan menunjukkan bahwa beberapa pertanyaan memperlihatkan masih lemahnya praktik sanitasi oleh DKM. Pertanyaan nomor 5 menggambarkan bahwa masih terdapat lingkungan masjid yang kotor dan kurang terawat. Pada pertanyaan nomor 6, ditemukan bahwa lantai masjid masih jarang dibersihkan secara berkala, yang bisa berdampak pada kenyamanan dan kesehatan jamaah. Selain itu, pada pertanyaan nomor 7 dan 9, diketahui bahwa banyak masjid belum memiliki tempat sampah yang cukup dan tertutup serta tidak memiliki saluran pembuangan limbah yang memadai. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian tindakan

pengurus DKM masih belum konsisten dengan pengetahuan dan sikap yang baik yang mungkin telah mereka miliki. Kurangnya tindakan nyata dalam mengelola fasilitas sanitasi menunjukkan perlunya pembinaan langsung dan pendampingan praktis di lapangan.

Tindakan buruk dalam menjaga sanitasi masjid berdampak pada akumulasi kuman dan pencemaran lingkungan ibadah. Hal ini meningkatkan risiko penyakit menular dan menurunkan kenyamanan jamaah yang datang untuk beribadah. Selain penyuluhan berbasis agama, perlu disediakan sarana sanitasi yang memadai seperti tempat sampah tertutup, sabun cuci tangan, dan alat pembersih. Pelatihan praktis yang melibatkan petugas kebersihan dan pengurus masjid juga sangat penting. DKM perlu mendapatkan pendampingan dari Puskesmas dan tokoh agama untuk memastikan tindakan menjaga sanitasi menjadi rutinitas dan budaya bersama.

d. Kondisi Sanitasi Masjid

Pada Tabel 4.8, dari hasil observasi lapangan yang dilakukan menggunakan formulir inspeksi sanitasi, diketahui bahwa sebanyak 25 masjid (56,8%) dinyatakan memenuhi syarat sanitasi (nilai $\geq 75\%$). Beberapa masalah yang paling sering ditemukan di masjid yang tidak memenuhi syarat adalah tidak adanya SPAL kedap air, tempat sampah tidak tersedia dengan jumlah yang cukup, tidak terbuat dari bahan yang kuat dan tahan karat, tidak kedap air dan tertutup, TPS tidak memenuhi syarat, jamban yang tidak bersih dan berbau, serta tidak tersedia tempat cuci tangan pakai sabun (CTPS).

Sebagai pihak yang memiliki peran sentral dalam pengelolaan masjid, DKM bertanggung jawab langsung terhadap kondisi sanitasi masjid. Untuk itu, DKM perlu melaksanakan langkah-langkah berikut demi memastikan kebersihan dan kesehatan lingkungan masjid :

- 1) Mengimplementasikan standar kebersihan dan sanitasi sesuai dengan Permenkes No. 2 Tahun 2023 tentang Kesehatan

Lingkungan yang salah satunya mengatur tentang Penyehatan Sarana dan Bangunan Umum, sehingga masjid dapat menjadi tempat ibadah bersih, aman dan nyaman.

- 2) Melakukan inspeksi sanitasi secara berkala terhadap seluruh area masjid, seperti toilet, tempat wudhu, tempat sampah, dan ruang salat, guna mengevaluasi kebersihan dan mendeteksi bagian yang perlu diperbaiki.
- 3) Mengadakan program penyuluhan internal untuk meningkatkan kesadaran seluruh pengurus mengenai pentingnya menjaga sanitasi masjid dan dampaknya terhadap kesehatan jamaah.
- 4) Memastikan kelengkapan dan kelayakan sarana sanitasi, seperti tersedianya toilet bersih, tempat wudhu yang higienis dan tidak tercemar, serta tempat sampah tertutup dan memadai,
- 5) Menjamin ketersediaan air bersih setiap saat serta menyediakan fasilitas cuci tangan pakai sabun (CTPS) di area strategis masjid sebagai bentuk perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS),
- 6) Bekerja sama dengan Puskesmas dan Dinas Kesehatan untuk memperoleh dukungan teknis, evaluasi sanitasi, dan bimbingan dalam perbaikan fasilitas sanitasi yang tidak memenuhi standar.

Sanitasi masjid yang baik bukan hanya tanggung jawab petugas kebersihan, tetapi merupakan bagian dari komitmen manajemen masjid yang dipimpin oleh Dewan Kemakmuran Masjid (DKM). Dengan menjalankan langkah-langkah di atas, DKM dapat memastikan bahwa masjid menjadi tempat ibadah yang sehat, suci dan nyaman bagi seluruh jamaah.

3. Analisis Bivariat

a. Hubungan Pengetahuan Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) dengan Kondisi Sanitasi Masjid

Berdasarkan hasil uji statistik pada Tabel 4.9, terdapat 11 (68,8%) responden yang memiliki pengetahuan rendah berada pada kondisi sanitasi masjid tidak memenuhi syarat lebih besar

dibandingkan dengan yang memiliki pengetahuan tinggi sebanyak 8 (28,6%) responden. Nilai $p\text{-value} = 0,023$ ($<0,05$) maka H_a diterima, artinya ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) dengan kondisi sanitasi masjid. Hal ini mengindikasikan bahwa pengetahuan yang baik memungkinkan DKM untuk memahami standar sanitasi dan tata kelola kebersihan yang benar, seperti pemeliharaan toilet, tempat wudhu dan pengelolaan sampah. Penelitian ini sejalan dengan Karyono (2015) menganalisis faktor-faktor yang berhubungan dengan kondisi sanitasi masjid di Kecamatan Tempuran, Kabupaten Magelang. Penelitian ini menemukan bahwa pengetahuan takmir masjid berhubungan signifikan dengan kondisi sanitasi masjid, dengan nilai $p\text{-value} = 0,000$.³⁸ Penelitian ini juga diperkuat oleh Sari & Ismah (2024) yang menyebutkan bahwa pengurus masjid yang memiliki pengetahuan baik tentang sanitasi cenderung lebih patuh dalam menjaga kebersihan lingkungan masjid.²⁹

Dampaknya, jika Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) tidak memiliki pengetahuan yang cukup, maka sanitasi buruk dapat menyebabkan berbagai penyakit berbasis lingkungan seperti diare, infeksi kulit, hingga gangguan saluran pernapasan. Oleh karena itu, peningkatan pengetahuan DKM menjadi salah satu strategi utama dalam mengatasi persoalan sanitasi masjid.

Dalam perspektif teori *Health Belief Model* (HBM), pengetahuan yang baik meningkatkan *perceived susceptibility* (persepsi risiko terkena penyakit akibat sanitasi buruk) dan *perceived severity* (kesadaran akan bahaya dan dampak serius dari lingkungan yang kotor). Hal ini menjadi dasar munculnya motivasi untuk lebih memperhatikan kebersihan dan kesehatan masjid. Dengan pemahaman yang memadai, Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) lebih mudah menerima pentingnya sanitasi sebagai bagian dari tanggung jawab mereka dalam menjaga kenyamanan dan kesehatan jamaah.³¹

b. Hubungan Sikap Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) dengan Kondisi Sanitasi Masjid

Berdasarkan hasil uji statistik pada Tabel 4.10, terdapat 14 (60,9%) responden yang memiliki sikap negatif berada pada kondisi sanitasi masjid tidak memenuhi syarat lebih besar dibandingkan dengan yang memiliki sikap positif sebanyak 5 (23,8%) responden. Nilai $p\text{-value} = 0,030$ ($<0,05$) maka H_a diterima, artinya ada hubungan yang signifikan antara sikap Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) dengan kondisi sanitasi masjid. Sikap positif mencerminkan komitmen dan kemauan yang lebih besar dari DKM untuk memprioritaskan kebersihan dan kesehatan lingkungan masjid. Penelitian ini sejalan dengan Karyono (2015) juga menemukan bahwa sikap takmir masjid berhubungan signifikan dengan kondisi sanitasi masjid, dengan nilai $p\text{-value} = 0,007$.³⁸ Penelitian ini juga didukung oleh penelitian Marinda & Ardillah (2019) yang menemukan bahwa sikap positif tempat ibadah sangat berpengaruh pada perilaku kebersihan yang lebih konsisten dan lingkungan yang lebih sehat.³⁸

Menurut teori *Health Belief Model* (HBM), sikap positif berkaitan langsung dengan *perceived benefits* (keyakinan bahwa kebersihan masjid memberikan manfaat bagi kesehatan jamaah dan citra masjid) serta *perceived barriers* (kesadaran untuk mengatasi hambatan yang ada, seperti waktu, tenaga, atau biaya). Sikap positif menjadi landasan penting untuk mendorong pengurus melakukan tindakan nyata dalam menjaga kebersihan, sekaligus menjadi indikator kesiapan mental untuk berkomitmen pada perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS).³¹

Namun, tantangan muncul saat pengetahuan tidak sejalan dengan sikap, misalnya saat DKM memahami pentingnya kebersihan tetapi tidak merasa bertanggung jawab secara pribadi. Maka, pemecahan masalah yang perlu dilakukan adalah melalui internalisasi

nilai kebersihan sebagai bagian dari iman melalui ceramah agama dan pelatihan berbasis nilai.

c. Hubungan Tindakan Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) dengan Kondisi Sanitasi Masjid

Berdasarkan hasil uji statistik pada Tabel 4.11, terdapat 13 (68,4%) responden yang memiliki tindakan buruk berada pada kondisi sanitasi masjid tidak memenuhi syarat lebih besar dibandingkan dengan yang memiliki tindakan baik sebanyak 6 (24%) responden. Nilai $p\text{-value} = 0,008$ ($<0,05$) maka H_a diterima, artinya ada hubungan yang signifikan antara tindakan Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) dengan kondisi sanitasi masjid. Tindakan nyata menjadi faktor utama yang menentukan apakah masjid benar-benar terjaga kebersihannya.

Pramanta (2012) melaporkan bahwa tindakan takmir masjid berhubungan signifikan dengan kondisi sanitasi masjid, dengan nilai $p\text{-value} = 0,000$. Hal ini diperkuat oleh penelitian Hermawan et al. (2023) yang menunjukkan bahwa tindakan kebersihan rutin oleh pengurus masjid, seperti membersihkan toilet, tempat wudhu, dan area ibadah lainnya, secara langsung berkontribusi pada kualitas sanitasi masjid.⁸ Selain itu, penelitian Samosir et al. (2024) menemukan bahwa meskipun pengurus masjid sudah memahami pentingnya kebersihan, hanya sebagian kecil (7,7%) yang benar-benar melaksanakan tindakan kebersihan secara konsisten.¹⁵

Dalam teori *Health Belief Model* (HBM), tindakan nyata ini berkaitan dengan *cues to action* (dorongan dari luar, seperti penyuluhan dari Puskesmas, pengingat agama, atau teladan sesama pengurus) dan *self-efficacy* (kepercayaan diri bahwa DKM mampu melakukan tindakan kebersihan secara efektif). Tindakan yang dilakukan menjadi cerminan akhir dari pengetahuan dan sikap yang baik. Oleh karena itu, tindakan merupakan komponen yang paling penting dan konkrit dalam menjaga sanitasi masjid.³¹

Secara keseluruhan, hasil dari analisis bivariat ini sangat mendukung kerangka teori *Health Belief Model* (HBM), yang menekankan pentingnya pengetahuan sebagai dasar untuk meningkatkan persepsi risiko dan manfaat (*perceived susceptibility* dan *perceived benefits*), sikap positif untuk mengatasi hambatan (*perceived barriers*), dan tindakan nyata didorong oleh keyakinan diri (*self-efficacy*) dan pemicu eksternal (*cues to action*).³¹ Hal ini juga memperkuat temuan dari berbagai penelitian terdahulu (Sari & Ismah, Marinda & Ardillah, Hermawan et al., dan Samosir et al.) yang semuanya menekankan bahwa sanitasi yang baik di tempat ibadah tidak hanya bergantung pada pemahaman teori, tetapi terutama pada penerapan nyata dalam tindakan sehari-hari.

Dengan demikian, hasil penelitian ini menjadi dasar penting untuk merekomendasikan berbagai upaya intervensi, seperti penyuluhan berkelanjutan, pelatihan kebersihan berbasis agama, serta pendampingan teknis dari Puskesmas dan lembaga terkait yang berpedoman pada Permenkes No. 2 Tahun 2023 tentang Kesehatan Lingkungan yang salah satunya mengatur tentang Penyehatan Sarana dan Bangunan Umum.³¹ Kolaborasi lintas sektor ini diharapkan dapat memperkuat kapasitas dan komitmen Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) terutama seksi sarana prasarana serta pengurus lainnya dalam menjaga kebersihan dan kesehatan lingkungan masjid, sehingga masjid menjadi tempat ibadah yang suci, nyaman, dan aman dari risiko penyebaran penyakit bagi semua jamaah.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian tentang Hubungan Perilaku Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) dengan Kondisi Sanitasi Masjid di Wilayah Kerja Puskesmas Manggopoh, Kabupaten Agam Tahun 2025, maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengetahuan Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) menunjukkan bahwa 27 (61,4%) DKM memiliki pengetahuan tinggi tentang sanitasi masjid.
2. Sikap Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) menunjukkan bahwa 23 (52,3%) DKM memiliki sikap negatif terhadap sanitasi masjid.
3. Tindakan Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) menunjukkan bahwa 24 (54,5%) DKM memiliki tindakan baik terhadap sanitasi masjid,
4. Distribusi frekuensi kondisi sanitasi masjid menunjukkan bahwa sebanyak 25 (56,8%) masjid sudah memenuhi syarat sanitasi.
5. Terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) dengan kondisi sanitasi masjid ($p\text{-value} = 0,023$).
6. Terdapat hubungan yang signifikan antara sikap Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) dengan kondisi sanitasi masjid ($p\text{-value} = 0,030$).
7. Terdapat hubungan yang signifikan antara tindakan Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) dengan kondisi sanitasi masjid ($p\text{-value} = 0,008$).

B. Saran

Berdasarkan hasil penelitian dan kesimpulan di atas, maka peneliti memberikan saran sebagai berikut :

1. Bagi Dewan Kemakmuran Masjid (DKM)

Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) diharapkan lebih aktif dalam merencanakan jadwal kebersihan, melaksanakan inspeksi sanitasi rutin, dan menindaklanjuti temuan sanitasi yang bermasalah. Pemahaman tentang pentingnya sanitasi dan tanggung jawab menjaga kebersihan

masjid perlu ditingkatkan, serta mendorong kerja sama dengan pemerintah dan lembaga lain untuk perbaikan fasilitas sanitasi.

2. Bagi Puskesmas Manggopoh

Puskesmas Manggopoh sebagai mitra strategis diharapkan Diharapkan memberikan edukasi sanitasi secara rutin dengan metode dan materi yang sesuai dengan latar belakang pengurus masjid. Puskesmas juga perlu melakukan pembinaan dan pendampingan berkelanjutan, serta monitoring dan evaluasi untuk memastikan tindakan nyata dari edukasi yang telah diberikan.

3. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Agam

Dinas Kesehatan diharapkan aktif berkoordinasi dengan Puskesmas, Kantor Urusan Agama (KUA) Kecamatan Lubuk Basung, dan Majelis Ulama Indonesia (MUI) Kecamatan Lubuk Basung untuk memperkuat edukasi dan advokasi kepada masyarakat, sehingga tercipta kesadaran kolektif dalam menjaga kebersihan dan kesehatan masjid. Langkah ini diharapkan dapat meningkatkan kualitas lingkungan masjid, mengurangi risiko penularan penyakit berbasis lingkungan, dan mendukung tercapainya standar kesehatan lingkungan di seluruh masjid di wilayah Kabupaten Agam.

4. Bagi Lembaga Keagamaan/Tokoh Agama

Majelis Ulama Indonesia (MUI) Kecamatan Lubuk Basung sebagai lembaga keagamaan dan tokoh agama memiliki peran penting dalam menanamkan nilai-nilai agama yang berkaitan dengan kebersihan sebagai bagian dari iman. Mereka diharapkan dapat menyampaikan ceramah, khotbah, dan pengajian yang menekankan pentingnya menjaga kebersihan dan kesehatan lingkungan masjid. Melalui ceramah agama, diharapkan muncul partisipasi aktif dari jamaah untuk ikut menjaga kebersihan masjid. Lembaga keagamaan dan tokoh agama juga perlu berkolaborasi dengan Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) dan pemerintah dalam menciptakan budaya bersih dan sehat yang sesuai dengan ajaran agama Islam serta prinsip kesehatan masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

1. Nanda M, Anasti A, Andini C, Ramadhani DF, Ayuanda TH, Tanjung HY. Faktor yang Mempengaruhi Sanitasi Lingkungan Masyarakat di Kelurahan Belawan Bahari Kecamatan Medan Belawan. *J Pendidik Tambusai*.
2. Sucipto DC. *Buku Kesehatan Lingkungan*. Gosyen Publishing; 2019.
3. Muslikha, Friska. Implementasi Sanitasi Masjid di Wilayah Kecamatan Wonocolo Kota Surabaya ditinjau dari Aspek Fasilitas Sanitasi. *Proceeding Natl Semin Germas*. 2018;1(1):89-94.
4. Rante IR& R& S. Hubungan Kondisi Sanitasi Dengan Keberadaan Vektor Lalat di Pelelangan Ikan Pasar Makale Kabupaten Tana Toraja. *Hig J Kesehat Lingkung*. 2022;8(2):97-103.
5. Siregar RR, Melianan Gultom D. Gambaran Lingkungan Fisik Masyarakat Desa Perkebunan Marpinggan. *J Kesehat Masy Darmas*. 2023;2(1):45-52.
6. Santoso I. *Buku Inspeksi Sanitasi Tempat-Tempat Umum*. Gosyen Publishing; 2019.
7. Marinda D, Ardillah Y. Implementasi Penerapan Sanitasi Tempat-tempat Umum Pada Rekreasi Benteng Kuto Besak Kota Palembang. *J Kesehat Lingkung Indones*. 2019;18(2):89.
8. Hermawan D, Subari FA, Tua R. Peningkatan Sanitasi Masjid di Kelurahan Mata Air Kota Padang Tahun 2022. *War Pengabdian Andalas*. 2023;30(3):480-491.
9. Kementerian Kesehatan. Permenkes No. 2 Tahun 2023. *Kemenkes Republik Indones*. 2023;(55):1-175.
10. Putra Pratama A. Peran Masjid Terhadap Peningkatan Kesejahteraan Jamaah (Studi Pada Masjid Al-Huda Desa Gumiwang Kecamatan Purwanegara Kabupaten Banjarnegara). *IAIN Purwokerto*.
11. Muzayyanah I, Anshor MU, Riyadi DS, et al. *Pedoman Pengelolaan Masjid*. Litbangdiklat Press; 2020.
12. Notoadmodjo S. *Promosi Kesehatan & Ilmu Perilaku*.; 2012.
13. Badan Pusat Statistic (BPS) Kabupaten Agam. Published 2021. Accessed December 30, 2025.
14. Kesling P. *DATA TTU*. Data TTU Puskesmas Manggopoh; 2024.

15. Samosir K, Nurhasanah S, Putri A. Sanitasi Rumah Ibadah (Masjid) Dan Perilaku Marbot Masjid Di Kota Tanjungpinang. *J Med Usada*. 2024;7(2):52-61. doi:10.54107/medikausada.v7i2.283
16. Jannah M, Aini N, Amalia S, Putri ZK, Wismanto W. Hakikat dan Fungsi Masjid sebaga Fasilitas Ibadah dalam Pembinaan Akhlak. *J Rev Pendidik Dan Pengajaran*. 2023;6(3):1092–1100.
17. Mirdad J, Nofrianti M, Zahara M, Putra YA. Eksistensi Masjid dan Sejarah Umat Islam. *Proceeding Fak Ushuluddin, Adab dan Dakwah IAIN Kerinci*. 2023;1(1):249-258.
18. Rifa'i A. Revitalisasi Fungsi Masjid sebagai Basis Perubahan Sosial (Sej: Kontinuitas dan Perubahannya). *J REVORMA*. 2022;2(2):1-12.
19. Fahrudin F, Hyangsewu P. Manajemen Pengelolaan Masjid Menuju Masjid Yang Bersih, Sehat, dan Suci Berbasis Teknologi Informasi. *J Abmas*. 2022;22(2):63-70.
20. Artiningrum T, Havianto, A C. *Buku Pengenalan Sanitasi Lingkungan*. 2018.
21. Cornelya Said Y, Hayati N, Kurniawan D. Pengaruh Pengetahuan Tentang Sanitasi Lingkungan Terhadap Kualitas Kesehatan Lingkungan Rumah Di Kebayoran Lama Utara. *J Techlink*. 2023;4(2):30-34.
22. Sitorus CS, Lengkong FDJ, Palar NR. Pengelolaan Sanitasi pada Fasilitas Publik di Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil Kota Manado. *J Adm Publik*. 2023;IX(2):40-51.
23. Mekarisce AA, Rohdiyah Z, Samsidar. Implementasi Sanitasi Tempat-Tempat Umum (Studi Kasus: Wisata Alam Sebapo Kabupaten Muaro Jambi). *Syntaz Lit J Ilm Indones*. 2023;8(4).
24. Masyarakat FK, Sriwijaya U. Program studi ilmu kesehatan masyarakat (s1) fakultas kesehatan masyarakat universitas sriwijaya 2020. 2020;2014.
25. Farachatus s. Literature Review: Hubungan Keadaan Sanitasi Lingkungan Dengan Kualitas Makanan Di Kawasan Tempat Wisata. *J Chem Inf Model*. 2020;110(9):1689-1699.
26. Mahaza, Nur E, Gusti A, Febriani W. *Buku Monografi Sanitasi Masjid*. PT. Global Eksekutif Teknologi; 2022.
27. Chandra B. *Buku Pengantar Kesehatan Lingkungan*. (Widyastuti P, ed.). Buku Kedokteran EGC; 2012.

28. Notoadmodjo S. *Promosi Kesehatan & Prilaku Kesehatan.*; 2012.
29. Utami Sari D, Ismah Z. Analisis Perilaku Hidup Bersih dan Sehat di Masjid. *J Menara Med.* 2024;6(2):354-367.
30. Winarti C. Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Tentang Sanitasi Dasar Dengan Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat (PHBS) Siswa Sekolah Dasar negeri Karangasem Kecamatan Depok, Sleman Yogyakarta. *J Rekayasa Lingkung.* 2020;20(2):48-55.
31. Irwan. *Buku Etika Dan Perilaku Kesehatan.*; 2017.
32. Suriani N, Risnita, Jailani MS. Konsep Populasi dan Sampling Serta Pemilihan Partisipan Ditinjau Dari Penelitian Ilmiah Pendidikan. *J IHSAN J Pendidik Islam.* 2023;1(2):24-36.
33. Irmawartini, Nurhaedah. *Buku Metodologi Penelitian.*; 2017.
34. Sintia I, Pasarella MD, Nohe DA. Perbandingan Tingkat Konsistensi Uji Distribusi Normalitas Pada Kasus Tingkat Pengangguran di Jawa. *Pros Semin Nas Mat Stat dan Apl.* 2022;2(2):322-333.
35. Sukma Senjaya, Aat Sriati, Indra Maulana, Kurniawan K. Dukungan Keluarga Pada Odha Yang Sudah Open Status Di Kabupaten Garut. *J Cakrawala Ilm.* 2022;2(3):1003-1010.
36. Agam K. Statistik sektoral 2024. Published online 2024.
37. Achmad Allfaress R, Wati N, Febriawati H, Angraini W. Edukasi Tentang Sanitasi Tempat Ibadah Di Masjid Syuhada Kelurahan Handayani Mulya. *J Pengabd Masy Bumi Raflesia.* 2023;6(3):87-90.
38. Karyono. Analisis sanitasi lingkungan masjid di kecamatan indralaya utara. 2024.

LAMPIRAN

Lampiran 1. Kuesioner Penelitian

Hubungan Perilaku Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) dengan Kondisi Sanitasi Masjid di Wilayah Kerja Puskesmas Manggopoh Kecamatan Lubuk Basung Kabupaten Agam Tahun 2025

No. Responden :

Petunjuk pengisian :

Berikut ini adalah pertanyaan mengenai sikap terhadap perilaku, silahkan beri tanda (✓) pada kolom yang disediakan.

Skor pernyataan pengetahuan dimulai dari :

1. a = 4
2. b = 3
3. c = 2
4. d = 1

I. KARAKTERISTIK RESPONDEN

1. Nama Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) :
2. Nama Masjid :
3. Umur Responden :
4. Alamat :
5. Pendidikan Terakhir :
6. Hari/Tanggal Pemeriksaan :

II. PENGETAHUAN

1. Bagaimana sebaiknya pengelolaan sampah dilakukan?

- ☐ a. Dibuang ke Tempat Pembuangan Sampah (TPS)
- ☐ b. Ditimbun
- ☐ c. Dibakar
- ☐ d. Dibuang sembarangan

2. Bagaimana seharusnya tong sampah yang baik digunakan di masjid?

- ☐ a. Permanen, tertutup, mudah dibersihkan, dan kedap air
- ☐ b. Permanen, tertutup dan tidak kedap air
- ☐ c. Tidak permanen, tidak tertutup, dan tidak mudah dibersihkan
- ☐ d. Tidak ada tempat sampah

3. Bagaimana kualitas fisik air yang baik?

- ☐ a. Secara fisik tidak berbau, tidak berwarna, dan tidak berasa
- ☐ b. Secara fisik tidak berbau, tidak bewarna, dan berasa
- ☐ c. Secara fisik tidak berbau, bewarna, dan berasa
- ☐ d. Secara fisik berbau, berwarna dan berasa

4. Bagaimana keadaan ruang salat yang baik?

- ☐ a. Lantai tidak lembab, mudah dibersihkan, lantai, dinding dan langit-langit selalu dalam keadaan bersih, peralatan dan perlengkapan bersih
- ☐ b. Lantai lembab, mudah dibersihkan, lantai, dinding dan langit-langit selalu dalam keadaan bersih, peralatan dan perlengkapan kotor
- ☐ c. Lantai tidak lembab, mudah dibersihkan, peralatan dan perlengkapan bersih
- ☐ d. Lantai bersih dan tidak licin

5. Berapa kali alat salat seharusnya dibersihkan?

- ☐ a. Dua kali seminggu
- ☐ b. Satu kali sebulan
- ☐ c. Apabila telah berbau kotor
- ☐ d. Tidak pernah dibersihkan

6. Seberapa sering seharusnya air di bak penampungan kamar mandi masjid dikuras dan dibersihkan?

- ☐ a. Setiap hari
- ☐ b. Seminggu sekali
- ☐ c. Tidak perlu, karena setiap hari air selalu terganti
- ☐ d. Tidak perlu dibersihkan

7. Mengapa jamban yang digunakan minimal berbentuk leher angsa?

- ☐ a. Agar tidak berbau, tidak dihindangi serangga, terlihat bagus

- ☐ b. Agar tidak berbau, tidak dihindangi serangga, tidak terlihat bagus
- ☐ c. Agar tidak berbau, dihindangi serangga, tidak terlihat bagus
- ☐ d. Agar berbau, dihindangi serangga, tidak terlihat bagus
8. Bagaimana keadaan perlengkapan salat yang sebaiknya?
- ☐ a. Tidak berbau, tidak kotor, tidak berdebu dan layak pakai
- ☐ b. Tidak berbau, tidak kotor, tidak berdebu dan tidak layak pakai
- ☐ c. Tidak berbau, tidak kotor, berdebu dan tidak layak pakai
- ☐ d. Berbau, kotor, berdebu dan tidak layak pakai
9. Berapakah perbandingan kuantitas penyediaan air wudhu yang seharusnya?
- ☐ a. 1 kran : 20 Jemaah
- ☐ b. 1 kran : 30 Jemaah
- ☐ c. 1 kran : 50 Jemaah
- ☐ d. Tidak tahu
10. Bagaimana keadaan halaman masjid yang baik?
- ☐ a. Bersih, tidak ada genangan, banyak tanaman, dan diplester
- ☐ b. Bersih, tidak ada genangan, banyak tanaman, dan tidak diplester
- ☐ c. Bersih, tidak ada genangan, tidak banyak tanaman, dan tidak diplester
- ☐ d. Tidak Bersih, ada genangan, tidak banyak tanaman, dan tidak diplester

III. SIKAP

Skor pernyataan sikap dimulai dari :

Pertanyaan Positif		Pertanyaan Negatif	
Sangat Setuju	= 4	Sangat Setuju	= 1
Setuju	= 3	Setuju	= 2
Kurang Setuju	= 2	Kurang Setuju	= 3
Tidak Setuju	= 1	Tidak Setuju	= 4

No	Pertanyaan	Pernyataan Sikap			
		Sangat Setuju	Setuju	Kurang Setuju	Tidak Setuju
1	Pengangkutan sampah dilakukan secara berkala, dan tong sampah disediakan di setiap toilet serta pekarangan masjid				

2	Melaporkan kondisi sanitasi yang tidak memadai kepada pengurus masjid adalah tindakan yang sangat penting untuk menjaga kebersihan				
3	Tersedianya jamban sehat di masjid sangat mendukung kesehatan dan kenyamanan jamaah				
4	Air di masjid harus selalu mengalir dengan lancar untuk mendukung kebersihan				
5	Tempat wudhu untuk laki-laki dan perempuan terpisah untuk menjaga privasi dan kenyamanan				
6	Garin masjid tidak bertanggung jawab atas kebersihan dan kenyamanan masjid				
7	Pembuangan limbah sembarangan tidak memiliki dampak negatif terhadap tanah dan air bersih				
8	Tidak ada bahaya lingkungan jika tidak terdapat tempat pengolahan limbah di masjid				
9	Jamaah masjid tidak bersedia berpartisipasi dalam kegiatan edukasi higiene yang diadakan di masjid				
10	Air di masjid boleh berwarna, berbau, dan berasa				
11	Toilet perempuan dan laki-laki sebaiknya tidak terpisah untuk efisiensi penggunaan				
12	Tidak perlu adanya septic tank yang baik di masjid untuk pengelolaan limbah				

13	Kebersihan tempat wudhu dan toilet di masjid bukanlah tanggung jawab bersama				
----	--	--	--	--	--

IV. TINDAKAN

Skor pernyataan tindakan dimulai dari :

Pertanyaan Positif

Sangat Setuju	= 4
Setuju	= 3
Kurang Setuju	= 2
Tidak Setuju	= 1

Pertanyaan Negatif

Sangat Setuju	= 1
Setuju	= 2
Kurang Setuju	= 3
Tidak Setuju	= 4

No	Pertanyaan	Pernyataan Tindakan			
		Sangat Setuju	Setuju	Kurang Setuju	Tidak Setuju
1	Lingkungan dan halaman masjid selalu dijaga kebersihannya dan tidak terdapat genangan air yang dapat menimbulkan masalah kesehatan				
2	Lantai masjid dibersihkan secara berkala untuk memastikan kenyamanan dan kebersihan bagi jamaah				
3	Masjid menyediakan tempat sampah yang cukup dan terjangkau untuk mendukung pengelolaan sampah yang baik				
4	Masjid memiliki saluran pembuangan air limbah yang baik untuk menjaga sanitasi				
5	Lingkungan dan halaman masjid kotor dan terdapat genangan air yang dapat menimbulkan penyakit				
6	Lantai masjid tidak dibersihkan secara berkala, sehingga mengurangi				

	kenyamanan jamaah				
7	Tidak tersedia tempat sampah yang cukup di masjid, menyebabkan sampah berserakan				
8	Jamban tidak dilengkapi dengan tutup, sehingga serangga dapat menyentuh tinja dan menimbulkan masalah kesehatan				
9	Masjid tidak memiliki saluran pembuangan limbah yang memadai, yang dapat menyebabkan pencemaran				
10	Tidak terdapat sarana dan fasilitas yang ramah bagi disabilitas dan lansia, sehingga menghambat aksesibilitas mereka				

Lampiran 2. Formulir Inspeksi Sanitasi

**Formulir Penilaian Pemeriksaan Kesehatan Lingkungan (Inspeksi Sanitasi)
Masjid di Wilayah Kerja Puskesmas Manggopoh Kecamatan Lubuk Basung
Kabupaten Agam Tahun 2025**

1. Nama :
 2. Alamat :
 3. Jabatan :
 4. Tanggal Pemeriksaan :
- a. Beri tanda (✓) pada kotak [] (kolom 4, dan lingkaran nilai (kolom 5) untuk komponen penilaian yang sesuai.
 - b. Skor (kolom 6) adalah bobot (kolom 3) dikalikan dengan nilai (kolom 5) pada komponen penilaian yang sesuai (kolom 4).
 - c. Setiap variabel memiliki nilai maksimum 10 dan nilai minimum 0.

No	Variabel Upaya	Bobot	Komponen yang Dinilai	Nilai	Skor
1	2	3	4	5	6
I	PERSYARATAN KESEHATAN LINGKUNGAN DAN BANGUNAN				
A	UMUM				
	1. Lokasi	4	[] Tidak terletak di daerah banjir	5	
			[] Sesuai dengan perencanaan tata kota	5	
	2. Lingkungan/halaman	4	[] Bersih dan tertata rapi	4	
			[] Sistem drainase berfungsi baik	3	

B	BAGIAN DALAM				
	1. Lantai	6	[] Bersih	4	
			[] Kuat, kedap air permukaan rata	3	
			[] Tidak licin	3	
	2. Dinding	5	[] Bersih	5	
			[] Permukaan yang selalu kontak dengan air kedap air	3	
			[] Berwarna terang	2	
	3. Atap	6	[] Tidak bocor/kuat	6	
			[] Tidak memungkinkan terjadinya genangan air	4	
	4. Langit-langit	5	[] Tinggi dari lantai minimal 2,5m	5	
			[] Kuat	3	
			[] Bewarna terang	2	
	5. Pagar	4	[] Kuat	6	
			[] Terpelihara	4	
	6. Pencahayaan	8	[] Cukup Terang	4	
	7. Ventilasi	8	[] Terdapat perlengkapan untuk mengatur sirkulasi udara	5	
			[] Kondisi udara ruang terasa nyaman	5	
	8. Alat salat (tiker, karpet, sajadah, dan	10	[] Bersih dan tidak lembab	6	

	lain-lain)		☐ Dibersihkan dan dijemur secara rutin	4	
II	FASILITAS SANITASI				
	1. Air bersih	12	☐ Tersedia dengan jumlah yang cukup	4	
			☐ Memenuhi persyaratan fisik	3	
			☐ Air wudhu keluar melalui kran-kran khusus	3	
	2. Pembuangan air limbah	10	☐ Air limbah mengalir dengan lancar (memiliki septic tank)	6	
			☐ Saluran air limbah kedap air dan sistem tertutup	4	
	3. Tempat sampah	8	☐ Tersedia dengan jumlah yang cukup	5	
			☐ Tempat sampah terbuat dari bahan yang kuat dan tahan karat, kedap air dan tertutup	3	
			☐ Tersedia TPS yang memenuhi syarat	2	
	4. Jamban dan urinoir	10	☐ Bersih dan tidak berbau	4	
			☐ Lantai kedap air, miring ke arah saluran	3	

			pembuangan		
			[] Jamban pria dan wanita terpisah	3	
TOTAL BOBOT		100	TOTAL SKOR HASIL		
Perhitungan Persentase Skor Hasil Observasi (%)			$= \frac{\text{Total skor hasil}}{\text{Total skor maksimum (940)}} \times 100\%$		

....., 2025

Mengetahui,
Pengurus Masjid

Petugas/Pemeriksa

() ()

I. Petunjuk Pegisian Formulir Dan Penentuan Memenuhi Syarat dan Tidak Memenuhi Syarat Masjid

1. Komponen yang dinilai (kolom 4)

Apabila kenyataan yang ada tidak memenuhi persyaratan sebagaimana tercantum pada komponen yang dinilai, maka nilainya adalah 0 (nol), sebaliknya apabila memenuhi persyaratan maka nilainya adalah sebesar nilai yang tercantum pada kolom 5

2. Variable upaya (kolom 2)

Setiap bagian atau kegiatan dari variable upaya memiliki nilai antara (nol) sampai dengan 100.

3. Skor (kolom 6)

Skor adalah perkalian antara bobot (kolom 3) nilai yang diperoleh (kolom 5).

II. Kesimpulan Hasil Penilaian Pemeriksaan Kesehatan Lingkungan Masjid

Masjid dinyatakan MEMENUHI SYARAT apabila memperoleh nilai $\geq 75\%$ dan TIDAK MEMENUHI SYARAT $< 75\%$

Lampiran 3. Surat Izin Survei Awal Penelitian



Kementerian Kesehatan
Poltekkes Padang

Jalan Simpang Pondok Kipi, Nanggala,
Padang, Sumatera Barat 25146
(0751) 7058120
<https://poltekkes-pdg.ac.id>

Nomor : PP.01.01/F.XXXIX.13/ 461 /2024
Lamp : "
Perihal : Izin Survey Awal Penelitian

Padang, 30 Desember 2024

Kepada Yth :

1. Kepala BPS Kabupaten Agam
2. Kepala Puskesmas Manggopoh
3. Kepala KUA Kecamatan Lubuk Basung

Sesuai dengan tuntutan Kurikulum Jurusan Kesehatan Lingkungan Kemenkes Poltekkes Padang, Mahasiswa Tingkat Akhir Program Studi Sarjana Terapan Sanitasi Lingkungan Jurusan Kesehatan Lingkungan Kemenkes Poltekkes Padang diwajibkan untuk membuat suatu penelitian berupa Skripsi, dimana tahapan awalnya adalah pengumpulan data-data pendukung (survey awal penelitian).

Sehubungan dengan hal tersebut kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk dapat memberi izin mahasiswa kami untuk mendapatkan data yang dibutuhkan. Adapun mahasiswa tersebut adalah :

Nama : Nabilla Puli Rinata
NIM : 211210559
Judul Penelitian : Hubungan Pengetahuan, Sikap dan Tindakan Garin Dengan Kondisi Sanitasi Masjid di Wilayah Kerja Puskesmas Manggopoh, Kecamatan Lubuk Basung Kabupaten Agam Tahun 2025

Demikianlah kami sampaikan atas perhatian dan kerjasama Bapak/ Ibu kami ucapkan terima kasih.

Ketua Jurusan Kesehatan Lingkungan



Hj. Awalla Gusti, S.Pd, M.Si
NIP 19670802 198003 2 002

Kementerian Kesehatan tidak menerima suap dan/atau gratifikasi dalam bentuk apapun. Jika terdapat potensi suap atau gratifikasi silahkan laporkan melalui HALO KEMENKES 1600567 dan <https://web.kemkes.go.id>. Untuk verifikasi keaslian tanda tangan elektronik, silakan unggah dokumen pada laman <https://tts.keminfo.go.id/verify/PDE>.



Lampiran 4. Uji Validitas Kuesioner Pengetahuan

Correlations

		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	Total
P1	Pearson Correlation	1	.242	.240	.270	.534**	.407*	.197	-.047	.149	.242	.503**
	Sig. (2-tailed)		.197	.202	.149	.002	.026	.298	.806	.433	.197	.005
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
P2	Pearson Correlation	.242	1	.265	.427*	.591**	.362*	.532**	.297	.143	.633**	.672**
	Sig. (2-tailed)	.197		.156	.019	.001	.049	.002	.111	.451	.000	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
P3	Pearson Correlation	.240	.265	1	-.063	.266	.205	.514**	.948**	.307	.607**	.678**
	Sig. (2-tailed)	.202	.156		.739	.155	.276	.004	.000	.099	.000	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
P4	Pearson Correlation	.270	.427*	-.063	1	.212	.112	.802**	-.050	.063	.427*	.377*
	Sig. (2-tailed)	.149	.019	.739		.261	.557	.000	.795	.741	.019	.040
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
P5	Pearson Correlation	.534**	.591**	.266	.212	1	.536**	.264	.147	.031	.337	.617**

	Sig. (2-tailed)	.002	.001	.155	.261		.002	.158	.438	.870	.068	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
P6	Pearson Correlation	.407*	.362*	.205	.112	.536**	1	.139	.078	.344	.133	.604**
	Sig. (2-tailed)	.026	.049	.276	.557	.002		.463	.684	.063	.482	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
P7	Pearson Correlation	.197	.532**	.514**	.802**	.264	.139	1	.557**	.196	.745**	.663**
	Sig. (2-tailed)	.298	.002	.004	.000	.158	.463		.001	.299	.000	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
P8	Pearson Correlation	-.047	.297	.948**	-.050	.147	.078	.557**	1	.240	.653**	.585**
	Sig. (2-tailed)	.806	.111	.000	.795	.438	.684	.001		.201	.000	.001
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
P9	Pearson Correlation	.149	.143	.307	.063	.031	.344	.196	.240	1	.053	.616**
	Sig. (2-tailed)	.433	.451	.099	.741	.870	.063	.299	.201		.782	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
P10	Pearson Correlation	.242	.633**	.607**	.427*	.337	.133	.745**	.653**	.053	1	.654**
	Sig. (2-tailed)	.197	.000	.000	.019	.068	.482	.000	.000	.782		.000

N		30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Total	Pearson Correlation	.503**	.672**	.678**	.377*	.617**	.604**	.663**	.585**	.616**	.654**	1
	Sig. (2-tailed)	.005	.000	.000	.040	.000	.000	.000	.001	.000	.000	
N		30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

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

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Penentuan nilai r-Tabel ditentukan dari N-2, artinya jika jumlah responden 30 maka dikurang 2 sehingga pada kolom df=(N-2) baris ke 28 dan pada signifikansi 0,05 di r-Tabel adalah 0,361, sehingga hasil uji validitas dari kuesioner pengetahuan adalah valid karena nilai r-Hitung > nilai r-Tabel.

Lampiran 5. Uji Reliabilitas Kuesioner Pengetahuan

Scale: PENGETAHUAN

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.721	10

Nilai *Cronbach's Alpha* sebesar $0,721 \geq 0,70$ menunjukkan bahwa instrumen penelitian ini Reliabel. Dengan demikian instrumen ini layak dan dapat digunakan dalam penelitian, karena mampu mengukur variabel secara konsisten.

Lampiran 6. Uji Validitas Kuesioner Sikap

Correlations

		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	Total
P1	Pearson Correlation	1	.683**	.321	.564**	.447*	.168	.376*	.252	.262	.211	.403*	.305	.293	.441*
	Sig. (2-tailed)		.000	.084	.001	.013	.375	.040	.179	.163	.264	.027	.101	.116	.015
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
P2	Pearson Correlation	.683**	1	.565**	.642**	.509**	.137	.320	.342	.188	.235	.197	.271	.320	.434*
	Sig. (2-tailed)	.000		.001	.000	.004	.471	.085	.065	.321	.212	.297	.148	.085	.017
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
P3	Pearson Correlation	.321	.565**	1	.556**	.349	.311	.325	.414*	.161	.341	.124	.342	.376*	.463*
	Sig. (2-tailed)	.084	.001		.001	.059	.095	.080	.023	.395	.065	.515	.064	.040	.010
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
P4	Pearson Correlation	.564**	.642**	.556**	1	.793**	.329	.511**	.460*	.217	.198	.208	.261	.380*	.509**
	Sig. (2-tailed)	.001	.000	.001		.000	.076	.004	.010	.250	.295	.270	.164	.038	.004
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
P5	Pearson Correlation	.447*	.509**	.349	.793**	1	.313	.405*	.313	.287	.157	.262	.310	.405*	.464**

	Sig. (2-tailed)	.013	.004	.059	.000		.092	.026	.092	.125	.407	.162	.095	.026	.010
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
P6	Pearson Correlation	.168	.137	.311	.329	.313	1	.820**	.676**	.743**	.727**	.601**	.757**	.732**	.829**
	Sig. (2-tailed)	.375	.471	.095	.076	.092		.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
P7	Pearson Correlation	.376*	.320	.325	.511**	.405*	.820**	1	.791**	.756**	.843**	.705**	.812**	.854**	.930**
	Sig. (2-tailed)	.040	.085	.080	.004	.026	.000		.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
P8	Pearson Correlation	.252	.342	.414*	.460*	.313	.676**	.791**	1	.614**	.727**	.601**	.699**	.732**	.833**
	Sig. (2-tailed)	.179	.065	.023	.010	.092	.000	.000		.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
P9	Pearson Correlation	.262	.188	.161	.217	.287	.743**	.756**	.614**	1	.683**	.836**	.811**	.692**	.827**
	Sig. (2-tailed)	.163	.321	.395	.250	.125	.000	.000	.000		.000	.000	.000	.000	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
P10	Pearson Correlation	.211	.235	.341	.198	.157	.727**	.843**	.727**	.683**	1	.697**	.918**	.937**	.885**
	Sig. (2-tailed)	.264	.212	.065	.295	.407	.000	.000	.000	.000		.000	.000	.000	.000

N		30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
P11	Pearson Correlation	.403*	.197	.124	.208	.262	.601**	.705**	.601**	.836**	.697**	1	.830**	.705**	.813**
	Sig. (2-tailed)	.027	.297	.515	.270	.162	.000	.000	.000	.000	.000		.000	.000	.000
N		30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
P12	Pearson Correlation	.305	.271	.342	.261	.310	.757**	.812**	.699**	.811**	.918**	.830**	1	.928**	.930**
	Sig. (2-tailed)	.101	.148	.064	.164	.095	.000	.000	.000	.000	.000	.000		.000	.000
N		30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
P13	Pearson Correlation	.293	.320	.376*	.380*	.405*	.732**	.854**	.732**	.692**	.937**	.705**	.928**	1	.922**
	Sig. (2-tailed)	.116	.085	.040	.038	.026	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000		.000
N		30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Total	Pearson Correlation	.441*	.434*	.463*	.509**	.464**	.829**	.930**	.833**	.827**	.885**	.813**	.930**	.922**	1
	Sig. (2-tailed)	.015	.017	.010	.004	.010	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	
N		30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

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

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Penentuan nilai r-Tabel ditentukan dari N-2, artinya jika jumlah responden 30 maka dikurang 2 sehingga pada kolom df=(N-2) baris ke 28 dan pada signifikansi 0,05 di r-Tabel adalah 0,361, sehingga hasil uji validitas dari kuesioner sikap adalah valid karena nilai r-Hitung > nilai r-Tabel.

Lampiran 7. Uji Reliabilitas Kuesioner Sikap

Scale: SIKAP

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.930	13

Nilai *Cronbach's Alpha* sebesar $0,930 \geq 0,70$ menunjukkan bahwa instrumen penelitian ini sangat Reliabel. Dengan demikian instrumen ini layak dan dapat digunakan dalam penelitian, karena mampu mengukur variabel secara konsisten.

Lampiran 8. Uji Validitas Kuesioner Tindakan

Correlations

		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	Total
P1	Pearson Correlation	1	.636**	.614**	.767**	.202	.166	.257	.223	.223	.083	.380*
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000	.284	.380	.171	.236	.236	.661	.039
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
P2	Pearson Correlation	.636**	1	.840**	.763**	.110	.353	.402*	.279	.374*	.266	.505**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000	.000	.563	.056	.028	.135	.042	.155	.004
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
P3	Pearson Correlation	.614**	.840**	1	.650**	.058	.332	.328	.236	.236	.190	.424*
	Sig. (2-tailed)	.000	.000		.000	.762	.073	.077	.210	.210	.314	.020
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
P4	Pearson Correlation	.767**	.763**	.650**	1	.115	.193	.234	.201	.248	.143	.395*
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000		.544	.308	.213	.286	.186	.452	.031
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
P5	Pearson Correlation	.202	.110	.058	.115	1	.642**	.715**	.747**	.725**	.647**	.773**

	Sig. (2-tailed)	.284	.563	.762	.544		.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
P6	Pearson Correlation	.166	.353	.332	.193	.642**	1	.846**	.817**	.817**	.744**	.873**
	Sig. (2-tailed)	.380	.056	.073	.308	.000		.000	.000	.000	.000	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
P7	Pearson Correlation	.257	.402*	.328	.234	.715**	.846**	1	.951**	.951**	.846**	.956**
	Sig. (2-tailed)	.171	.028	.077	.213	.000	.000		.000	.000	.000	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
P8	Pearson Correlation	.223	.279	.236	.201	.747**	.817**	.951**	1	.954**	.931**	.952**
	Sig. (2-tailed)	.236	.135	.210	.286	.000	.000	.000		.000	.000	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
P9	Pearson Correlation	.223	.374*	.236	.248	.725**	.817**	.951**	.954**	1	.884**	.952**
	Sig. (2-tailed)	.236	.042	.210	.186	.000	.000	.000	.000		.000	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
P10	Pearson Correlation	.083	.266	.190	.143	.647**	.744**	.846**	.931**	.884**	1	.878**
	Sig. (2-tailed)	.661	.155	.314	.452	.000	.000	.000	.000	.000		.000

N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Total Pearson Correlation	.380*	.505**	.424*	.395*	.773**	.873**	.956**	.952**	.952**	.878**	1	
Sig. (2-tailed)	.039	.004	.020	.031	.000	.000	.000	.000	.000	.000		
N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

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

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Penentuan nilai r-Tabel ditentukan dari N-2, artinya jika jumlah responden 30 maka dikurang 2 sehingga pada kolom df=(N-2) baris ke 28 dan pada signifikansi 0,05 di r-Tabel adalah 0,361, sehingga hasil uji validitas dari kuesioner tindakan adalah valid karena nilai r-Hitung > nilai r-Tabel.

Lampiran 9. Uji Reliabilitas Kuesioner Tindakan

Scale: TINDAKAN

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.909	10

Nilai *Cronbach's Alpha* sebesar $0,909 \geq 0,70$ menunjukkan bahwa instrumen penelitian ini sangat Reliabel. Dengan demikian instrumen ini layak dan dapat digunakan dalam penelitian, karena mampu mengukur variabel secara konsisten.

Lampiran 10. Surat Izin Penelitian



Kementerian Kesehatan Poltekkes Padang

Jalan Simpang Pondok Kopi, Nanggalo,
Padang, Sumatera Barat 25146
(0751) 7058128
<https://poltekkes-pdg.ac.id>

Padang, 19 Maret 2025

Nomor : PP.01.01/F.XXXIX.13/ /2025
Lamp : -
Penhal : Izin Penelitian

Kepada Yth :
Kepala DPMPTSP Kabupaten Agam
Jl. Veteran 1 Lubuk Basung, Agam

Sesuai dengan tuntutan Kurikulum Jurusan Kesehatan Lingkungan Kemenkes Poltekkes Padang, Mahasiswa Tingkat Akhir Program Studi Sarjana Terapan Sanitasi Lingkungan Jurusan Kesehatan Lingkungan Kemenkes Poltekkes Padang diwajibkan untuk membuat suatu penelitian berupa Skripsi, dimana lokasi penelitian Mahasiswa tersebut adalah ditempat yang Bapak/Ibu pimpin.

Sehubungan dengan hal tersebut kami mohon kesedian Bapak/ Ibu untuk dapat memberi izin mahasiswa kami untuk melakukan penelitian. Adapun mahasiswa tersebut adalah :

Nama	: Nabilla Puti Rinata
NIM	: 211210559
Judul Penelitian	: Hubungan Pengetahuan, Sikap Dan Tindakan Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) Dengan Kondisi Sanitasi Masjid Di Wilayah Kerja Puskesmas Manggopoh Kecamatan Lubuk Basung Kabupaten Agam Tahun 2025
Tempat Penelitian	: Puskesmas Manggopoh
Waktu	: 19 Maret s.d 20 Juni 2025

Demikianlah kami sampaikan atas perhatian dan kerjasama Bapak/ Ibu kami ucapkan terima kasih.

Ketua Jurusan Kesehatan Lingkungan

Dr. Muchsin Riviwanto, SKM, M.Si
NIP 19700629 199303 1 001

Tembusan :

1. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Agam
2. Kepala Puskesmas Manggopoh
3. Ketua Dewan Mesjid Kecamatan Lubuk Basung
4. Pengurus Mesjid
5. Arsip

Kementerian Kesehatan tidak menerima suap dan/atau gratifikasi dalam bentuk apapun. Jika terdapat otensi suap atau gratifikasi silahkan laporkan melalui HALO KEMENKES 1500567 dan <https://web.kemkes.go.id>. Untuk verifikasi keaslian tanda tangan elektronik, silakan unggah dokumen pada laman <https://te.kominfo.go.id/verifyPDF>.



Lampiran 11. Dokumentasi Penelitian

Wawancara dan Pengisian Kuesioner	
	
	
	
Inspeksi dan Observasi Kondisi Sanitasi Masjid	
	



Lampiran 12. Data Responden

Nama Masjid	Nama Responden	Jenis Kelamin	Umur (Tahun)	Pendidikan	Alamat
Pahlawan	ED	Laki-Laki	51-60	SMA	Balai Satu, Manggopoh
Baitul Makmur	IN	Perempuan	>60	SMA	Batu Hampar, Manggopoh
Nurul Iman	JU	Laki-Laki	>60	SMA	Batu Hampar, Manggopoh
Nurul Huda	SA	Laki-Laki	51-60	S1	Batu Hampar, Manggopoh
Al-Manar	JA	Laki-Laki	51-60	SMA	Batu Hampar, Manggopoh
Arafah	MU	Laki-Laki	51-60	SMA	Batu Hampar, Manggopoh
Al Ikhlas	RA	Perempuan	51-60	S1	Batu Hampar, Manggopoh
Taqwa	WA	Laki-Laki	20-30	SMK	Batu Hampar, Kampung Tengah
Nurul Baqa	IH	Laki-Laki	>60	SMA	Padang Mardani, Manggopoh
Al-Ikhlas	RK	Laki-Laki	41-50	SMA	Sago, Manggopoh
DARUSSALAM	RI	Laki-Laki	41-50	SMA	Sikabu, Kampung Tengah
RAYA SIKABU	RJ	Laki-Laki	>60	SMP	Sikabu, Kampung Tengah
RAYA KAMPUNG PINANG	MGN	Perempuan	51-60	SMA	Batang Piarau, Kampung Pinang
Baiturrahman	AR	Laki-Laki	>60	SMA	Pasar Durian, Manggopoh
Nurul Fallah	BI	Laki-Laki	>60	SMA	Pasar Durian, Manggopoh
Nurul Huda	SO	Laki-Laki	>60	SMA	Anak Air Dadok, Manggopoh
Nurul Huda	NH	Perempuan	51-60	S1	Kubu Anau, Manggopoh
Nurul Fallah	LH	Laki-Laki	51-60	SMA	Kubu Anau, Manggopoh
Raya Padang Tongga	ZA	Laki-Laki	41-50	SMA	Padang Tongga, Manggopoh
Nurul Baqa	LK	Laki-Laki	>60	SMP	Kajai Pisik, Manggopoh
Taqwa	IA	Laki-Laki	51-60	SMA	Padang Tongga, Manggopoh

Arrawiyah	AS	Laki-Laki	>60	SMK	Padang Tongga, Manggopoh
Nurul Huda	NA	Laki-Laki	51-60	SMA	Padang Tongga, Manggopoh
Muhajirin	AK	Laki-Laki	20-30	SMP	Kajai Pisik, Manggopoh
Al Iman	NZ	Laki-Laki	41-50	SMA	Anak Air Dadok, Manggopoh
Baiturrahim	MR	Laki-Laki	41-50	S1	Sago, Manggopoh
Nurul Aman	AM	Laki-Laki	51-60	SMP	Sago, Manggopoh
Nurul fallah	DH	Perempuan	31-40	S1	Sago, Manggopoh
Muhajirin	ZI	Laki-Laki	41-50	SMA	Sago, manggopoh
Almuqarabin	MN	Laki-Laki	31-40	SMA	Padang Tongga, Manggopoh
Taqwa	RH	Laki-Laki	31-40	SMK	Pasar Durian, Kampung Pinang
Muhajirin	DO	Laki-Laki	20-30	SMK	Padang Tongga, Manggopoh
Taqwa	IR	Laki-Laki	51-60	SMA	Padang Mardani, Manggopoh
Nurul Baqa	ZM	Laki-Laki	51-60	SMP	Padang Mardani, Manggopoh
Mutaqaddimin	BU	Laki-Laki	41-50	SMA	Sikabu, Kampung Tengah
Nurul Islah	KA	Laki-Laki	20-30	SMA	Ujung Padang, Kampung Tengah
Nurul Huda	ZK	Laki-Laki	41-50	SMA	Ujung Padang, Kampung Tengah
Nurul Iman	YB	Laki-Laki	41-50	SMA	Padang Mardani, Manggopoh
Nurul Amal	BU	Laki-Laki	31-40	SMA	Padang Mardani, Manggopoh
Al-Muttaqin	KH	Laki-Laki	>60	SMP	Padang Mardani, Manggopoh
JIHAD	BS	Laki-Laki	51-60	SMA	Anak Air Kumayan, Kampung Tengah
Baiturrahmah	KH	Laki-Laki	51-60	SMP	Anak Air Kumayan, Kampung Tengah
Sabilussa'dah	YO	Laki-Laki	>60	S1	Balai Satu, Manggopoh
Nur Islah	JA	Laki-Laki	51-60	SMA	Anak Air Kumayan, Kampung Tengah

Lampiran 13. Pernyataan Pengetahuan

P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	TOT_P	KAT_P
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	40	1
2	4	4	4	2	2	4	4	4	4	34	0
2	4	4	4	4	3	4	4	3	4	36	0
2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	38	1
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	40	1
2	1	4	4	2	4	4	4	4	4	33	0
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	40	1
2	4	4	4	4	3	4	4	4	4	37	1
4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	38	1
1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	37	1
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	40	1
4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	39	1
4	3	4	4	4	3	4	3	3	3	35	0
4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	38	1
4	4	4	4	3	3	4	4	3	4	37	1
3	4	4	4	3	4	4	4	3	4	37	1
4	3	4	4	3	3	4	4	2	2	33	0
4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	38	1
2	4	4	4	3	3	4	4	1	4	33	0
3	4	4	4	4	2	4	4	4	4	37	1
4	4	4	4	4	3	4	4	3	4	38	1
4	2	4	4	2	2	4	4	1	4	31	0
4	4	4	4	3	4	4	4	1	4	36	0
2	4	4	4	4	3	4	4	4	4	37	1
4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	38	1
4	4	4	4	3	3	4	4	3	4	37	1
4	4	4	4	3	4	4	4	1	4	36	0
4	4	4	4	3	3	4	4	1	4	35	0
4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	39	1
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	40	1
4	3	4	4	4	3	3	3	4	4	36	0
4	4	4	3	4	4	3	3	3	3	35	0
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	40	1
4	4	4	3	3	3	4	4	4	3	36	0
4	4	4	4	3	4	4	4	3	3	37	1
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	40	1
4	4	4	4	3	3	4	4	3	4	37	1

4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	39	1
2	3	4	4	3	4	3	4	4	3	34	0
3	4	4	4	3	4	4	4	3	4	37	1
4	4	3	4	3	3	4	4	4	4	37	1
3	2	2	3	2	3	4	2	3	4	28	0
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	40	1
2	3	2	3	4	3	2	2	3	3	27	0

Lampiran 14. Pernyataan Sikap

S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13	TOT_S	KAT_S
3	3	3	3	3	1	2	2	1	3	1	1	2	28	0
4	4	4	4	4	3	4	4	3	4	4	4	4	50	1
3	3	4	4	4	4	3	3	3	3	1	3	3	41	0
4	4	4	4	4	1	4	4	4	4	4	3	3	47	0
4	4	4	4	4	1	4	1	4	4	4	4	4	46	0
3	3	2	2	3	2	1	1	3	2	2	2	1	27	0
3	4	4	4	4	3	4	3	4	4	4	4	4	49	1
4	3	3	3	4	3	3	2	4	4	4	4	4	45	0
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	52	1
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	46	0
4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	50	1
4	4	4	4	4	3	4	4	2	4	4	4	4	49	1
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	45	0
3	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	49	1
4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	51	1
4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	45	0
3	3	3	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	47	0
3	3	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	3	48	1
4	2	3	4	4	4	4	1	3	4	1	4	3	41	0
4	3	3	3	4	4	4	4	4	4	1	4	4	48	1
4	4	4	4	4	3	4	3	4	4	4	4	3	49	1

4	4	4	4	4	1	1	1	1	1	1	1	1	31	0
4	4	4	3	4	3	4	4	3	4	4	4	3	48	1
4	3	3	3	4	4	4	3	4	4	1	3	4	44	0
4	4	3	3	4	3	4	4	3	4	4	4	4	48	1
4	4	4	3	4	3	4	4	3	4	4	4	4	49	1
4	4	4	3	4	3	4	4	3	4	4	4	4	46	0
4	4	4	3	4	3	4	4	3	4	4	4	4	49	1
4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	50	1
4	4	4	4	4	1	1	1	4	4	4	4	4	43	0
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	52	1
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	52	1
4	4	4	4	4	1	1	1	4	4	4	4	4	43	0
3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	37	0
4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	49	1
3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	38	0
3	3	4	3	3	3	4	4	3	4	4	4	4	46	0
3	3	3	4	3	3	2	2	3	4	4	3	4	41	0
4	4	4	3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	50	1
3	4	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	46	0
3	4	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	49	1
3	4	4	3	3	4	4	4	2	3	4	4	4	46	0
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	52	1
4	3	3	3	3	2	4	4	2	3	4	4	2	41	0

Lampiran 15. Pernyataan Tindakan dan Kondisi Sanitasi Masjid

T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7	T8	T9	T10	TOT_T	KAT_T	KONDISI SANITASI MASJID (%)	KAT_KONDI SI SANITASI MASJID
4	2	3	3	3	1	1	2	1	2	22	0	74	0
4	4	4	4	1	1	2	1	1	1	37	1	84	1
4	4	4	4	1	3	3	3	3	3	32	0	66	0
4	3	3	3	1	1	4	4	3	4	30	0	67	0
4	4	4	4	1	4	1	1	1	1	25	0	69	0
4	3	4	3	1	2	1	1	1	1	21	0	70	0
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	40	1	88	1
3	3	3	3	2	2	1	1	2	2	34	1	81	1
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	40	1	76	1
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	40	1	83	1
4	4	3	2	4	4	4	4	4	4	33	0	87	1
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	40	1	79	1
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	40	1	60	0
4	4	4	4	4	2	2	1	1	1	27	0	57	0
3	3	3	2	3	3	3	4	3	3	30	0	91	1
3	3	2	2	3	3	2	3	2	2	25	0	51	0
4	4	4	3	3	2	3	2	2	2	35	1	83	1
4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	38	1	76	1
4	4	4	4	4	4	4	1	4	3	36	1	83	1
4	4	4	4	4	4	1	2	2	2	36	1	77	1
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	40	1	77	1
4	4	4	4	1	1	1	1	1	1	22	0	64	0

4	4	4	4	1	1	1	1	1	1	22	0	59	0
4	4	4	4	4	4	1	4	4	2	33	0	69	0
4	4	4	4	1	1	1	1	1	1	34	1	75	1
4	4	4	2	1	1	1	1	1	1	35	1	88	1
4	2	4	4	1	1	1	1	1	1	20	0	70	0
4	4	4	4	1	1	1	1	1	1	35	1	91	1
4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	39	1	91	1
4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	39	1	90	1
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	31	0	71	0
4	4	4	4	1	4	4	4	4	4	32	0	69	0
4	4	4	4	1	1	4	4	4	4	32	0	72	0
4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	34	1	84	1
4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	34	1	79	1
4	4	4	4	1	3	4	4	3	3	33	0	73	0
4	4	4	4	1	1	2	2	2	2	36	1	85	1
4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	37	1	82	1
4	4	4	4	3	1	4	3	4	4	33	0	73	0
4	4	4	4	3	4	4	4	4	3	38	1	93	1
4	4	4	4	3	4	4	4	4	3	38	1	92	1
4	4	4	4	3	2	2	2	2	2	29	0	66	0
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	40	1	75	1
4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	31	0	63	0

Lampiran 16. Output Analisis Data

A. Output Karakteristik Responden

Jenis Kelamin

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Laki-Laki	39	88.6	88.6	88.6
Perempuan	5	11.4	11.4	100.0
Total	44	100.0	100.0	

Umur

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid >60	11	25.0	25.0	25.0
20-30	4	9.1	9.1	34.1
31-40	4	9.1	9.1	43.2
41-50	9	20.5	20.5	63.6
51-60	16	36.4	36.4	100.0
Total	44	100.0	100.0	

Pendidikan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid S1	6	13.6	13.6	13.6
SMA	27	61.4	61.4	75.0
SMK	4	9.1	9.1	84.1
SMP	7	15.9	15.9	100.0
Total	44	100.0	100.0	

B. Output Uji Normalitas

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pengetahuan	44	100.0%	0	.0%	44	100.0%
Sikap	44	100.0%	0	.0%	44	100.0%
Tindakan	44	100.0%	0	.0%	44	100.0%

Test Of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Pengetahuan	.174	44	.002	.880	44	.000
Sikap	.192	44	.000	.824	44	.000
Tindakan	.127	44	.072	.905	44	.002

a. Lilliefors Significance Correction

C. Output Uji Univariat

Pengetahuan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Rendah	17	38.6	38.6	38.6
Tinggi	27	61.4	61.4	100.0
Total	44	100.0	100.0	

Sikap

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Negatif	23	52.3	52.3	52.3
Positif	21	47.7	47.7	100.0
Total	44	100.0	100.0	

Tindakan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Buruk	20	45.5	45.5	45.5
Baik	24	54.5	54.5	100.0
Total	44	100.0	100.0	

Kondisi_Sanitasi_Masjid

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Memenuhi Syarat	19	43.2	43.2	43.2
	Memenuhi Syarat	25	56.8	56.8	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

D. Output Uji Bivariat

1. Output Hubungan tingkat pengetahuan Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) dengan kondisi sanitasi masjid di wilayah kerja Puskesmas Manggopoh

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pengetahuan * Kondisi_Sanitasi_Masjid	44	100.0%	0	.0%	44	100.0%

Pengetahuan * Kondisi_Sanitasi_Masjid Crosstabulation

			Kondisi_Sanitasi_Masjid		Total
			Tidak Memenuhi Syarat	Memenuhi Syarat	
Pengetahuan Rendah	Count		11	5	16
	% within Pengetahuan		68.8%	31.2%	100.0%
Tinggi	Count		8	20	28
	% within Pengetahuan		28.6%	71.4%	100.0%
Total	Count		19	25	44
	% within Pengetahuan		43.2%	56.8%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6.699 ^a	1	.010	.013	.011
Continuity Correction ^b	5.162	1	.023		
Likelihood Ratio	6.798	1	.009		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	6.547	1	.011		
N of Valid Cases ^b	44				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,91.

b. Computed only for a 2x2 table

- Output Hubungan sikap Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) dengan kondisi sanitasi masjid di wilayah kerja Puskesmas Manggopoh

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Sikap * Kondisi_Sanitasi_Masjid	44	100.0%	0	.0%	44	100.0%

Sikap * Kondisi_Sanitasi_Masjid Crosstabulation

			Kondisi_Sanitasi_Masjid		Total
			Tidak Memenuhi Syarat	Memenuhi Syarat	
Sikap Negatif	Count		14	9	23
	% within Sikap		60.9%	39.1%	100.0%
Positif	Count		5	16	21
	% within Sikap		23.8%	76.2%	100.0%
Total	Count		19	25	44
	% within Sikap		43.2%	56.8%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6.145 ^a	1	.013	.017	.014
Continuity Correction ^b	4.727	1	.030		
Likelihood Ratio	6.334	1	.012		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	6.005	1	.014		
N of Valid Cases ^b	44				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,07.

b. Computed only for a 2x2 table

3. Output Hubungan tindakan Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) dengan kondisi sanitasi masjid di wilayah kerja Puskesmas Manggopoh

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Tindakan * Kondisi_Sanitasi_Masjid	44	100.0%	0	.0%	44	100.0%

Tindakan * Kondisi_Sanitasi_Masjid Crosstabulation

			Kondisi_Sanitasi_Masjid		Total
			Tidak Memenuhi Syarat	Memenuhi Syarat	
Tindakan Buruk	Count		13	6	19
	% within Tindakan		68.4%	31.6%	100.0%
Baik	Count		6	19	25
	% within Tindakan		24.0%	76.0%	100.0%
Total	Count		19	25	44
	% within Tindakan		43.2%	56.8%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	8.682 ^a	1	.003	.005	.004
Continuity Correction ^b	6.966	1	.008		
Likelihood Ratio	8.923	1	.003		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	8.485	1	.004		
N of Valid Cases ^b	44				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,20.

b. Computed only for a 2x2 table

Lampiran 17. Surat Selesai Penelitian



DINAS KESEHATAN KABUPATEN AGAM
UPTD PUSKESMAS MANGGPOH

Jln. Majo Ali Balai Satu Manggopoh, Kode Pos 26451
Email : puskesmas_manggopoh@yahoo.com



SURAT PENGALAMAN KERJA

No: /92/TU-Kepeg/Pusk-Mgp/VI/2025

Yang bertanda tangan di bawah ini Kepala UPTD Puskesmas Manggopoh Kabupaten Agam dengan ini menerangkan:

Nama : NABILLA PUTI RINATA
Tempat/Tanggal Lahir : Balai Satu/14 April 2003
Nomor Kartu Identitas : 1306025404030005
Program Studi : Sarjana Terapan Sanitasi Lingkungan

Bahwa namanya yang tersebut di atas telah selesai melakukan penelitian di UPTD Puskesmas Manggopoh pada bulan Maret sampai Juni 2025.

Adapun tujuan dari Penelitian ini dimaksud adalah sebagai landasan faktual oleh yang bersangkutan untuk menyusun Skripsi dengan judul : **"Hubungan Pengetahuan, Sikap dan Tindakan Dewan Kemakmuran Masjid (DKM) dengan Kondisi Sanitasi Masjid di Wilayah Kerja Puskesmas Manggopoh Kecamatan Lubuk Basung Kabupaten Agam Tahun 2025"**Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan seperlunya.

Manggopoh, 14 Juni 2025
Kepala Puskesmas Manggopoh



drg. Rozi Cahaya
NIP. 197804162009012004

Skripsi_Nabilla_Puti_Rinata-1752429188064

ORIGINALITY REPORT

24%

SIMILARITY INDEX

22%

INTERNET SOURCES

12%

PUBLICATIONS

8%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1

docplayer.info

Internet Source

1%

2

doaj.org

Internet Source

1%

3

repository.poltekkesbengkulu.ac.id

Internet Source

1%

4

repo.poltekkes-medan.ac.id

Internet Source

1%

5

jurnal.poliupg.ac.id

Internet Source

1%

6

repository.stikes-bhm.ac.id

Internet Source

1%

7

eprints.uniska-bjm.ac.id

Internet Source

1%

8

jurnal.syedzasaintika.ac.id

Internet Source

1%

9

ejournal.stikesdarmaispadangsidimpuan.ac.id

Internet Source

1%

10

repository.poltekkes-denpasar.ac.id

Internet Source

1%

11

jptam.org

Internet Source

1%