

**PENGARUH METODE PEMICUAN TERHADAP PERUBAHAN PERILAKU STOP
BABS DIDESA SENURO TIMUR KABUPATEN OGAN ILIR**

Nur Alam Fajar, Hamzah Hasyim, Asmaripa Ainy
Fakultas Kesehatan Masyarakat Unsri

ABSTRAK

Ancaman yang paling berbahaya adalah ketidaktahuan atau tahu tapi tidak mau melaksanakan. Ketidaktahuan atau ketidakmauan masyarakat ini dapat tercermin dari masih rendahnya perilaku masyarakat terhadap sanitasi. Rendahnya perilaku sanitasi masyarakat dapat dilihat berdasarkan laporan MDG tahun 2007, bahwa ternyata sekitar 70 juta orang masih mempraktikkan buang air besar sembarangan (BABS). Hasil Studi Indonesia Sanitation Development Program (ISSDP) tahun 2006 menunjukkan bahwa 47% masyarakat masih berperilaku buang air besar ke sungai, sawah, kolam, kebun dan tempat terbuka.

Untuk mengetahui adanya pengaruh terhadap perubahan perilaku yang ditimbulkan dari suatu pemicuan yang diberikan pada masyarakat di Desa Senuro Timur, Kecamatan Tanjung Batu, Kabupaten Ogan Ilir agar tidak lagi Buang Air Besar Sembarangan.

Jenis penelitian yang digunakan adalah eksperimen semu dengan rancangan sebelum dan sesudah intervensi. Penelitian ini dilaksanakan di Desa Senuro Timur, Kecamatan Tanjung Batu, Kabupaten Ogan Ilir. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh Masyarakat Desa Senuro Timur Kecamatan Tanjung Batu, Kabupaten Ogan Ilir, sampel diambil dengan tehnik Purposive Sampling didapatkan sebanyak 100 orang. Analisis data dilakukan dengan menggunakan Uji T.

Hasil penelitian didapatkan ada pengaruh pemicuan terhadap perubahan pengetahuan, dan sikap buang air besar sembarangan Masyarakat Desa Senuro Timur Kecamatan Tanjung Batu Kecamatan Ogan Ilir, namun pemicuan tidak berpengaruh terhadap perubahan perilaku masyarakat Desa Senuro Timur Kecamatan Tanjung Batu Kecamatan Ogan Ilir. Diharapkan kegiatan monitoring dan evaluasi pasca pemicuan dengan penyuluhan metode STBM secara berkelanjutan dalam waktu yang tidak terbatas sehingga tercapai sanitasi total berbasis masyarakat secara keseluruhan dalam melaksanakan pembuangan air besar disarana pembuangan tinja (jamban) yang sudah memenuhi syarat kesehatan.

PENDAHULUAN

Kesehatan sangat diidamkan oleh setiap manusia dengan tidak membedakan status sosial maupun usia. Semua mempunyai keinginan yang sama untuk memiliki tubuh yang sehat sebab selain menguntungkan diri sendiri juga berguna bagi perkembangan kemajuan suatu bangsa dan negara. Kita hendaknya menyadari bahwa kesehatan adalah sumber dari kesenangan, kenikmatan serta kebahagiaan, dan karena itu merupakan hal yang bijaksana bila kita selalu memelihara dan meningkatkan kesehatan diri sendiri dan lingkungan. Untuk mempertahankan kesehatan yang baik kita harus mencegah banyaknya ancaman yang akan mengganggu kesehatan kita. Ancaman yang paling berbahaya adalah ketidaktahuan atau tahu tapi tidak mau melaksanakan (Endjang; 2000).

Ketidaktahuan atau ketidakmauan masyarakat ini dapat tercermin dari masih rendahnya perilaku masyarakat terhadap sanitasi. Sanitasi saat ini merupakan salah satu tantangan yang paling utama bagi negara berkembang, Demikian pula di Indonesia, rendahnya perilaku sanitasi masyarakat dapat dilihat berdasarkan laporan MDG tahun 2007, bahwa ternyata sekitar 70 juta orang masih mempraktikkan buang air besar sembarangan (BABS). Hasil Studi *Indonesia Sanitation Development Program* (ISSDP) tahun 2006 menunjukkan bahwa 47% masyarakat masih berperilaku buang air besar ke sungai, sawah, kolam, kebun dan tempat terbuka. (Depkes RI, 2008)

Selain itu, berdasarkan *Studi Basic Human Service* (BHS) di Indonesia tahun 2006, menunjukkan bahwa perilaku masyarakat dalam mencuci tangan adalah, (1) setelah buang air besar 12%, (2) setelah membersihkan tinja bayi dan balita 9%, (3) sebelum makan 14%, (4) sebelum memberi makan bayi 7%, dan (6) sebelum menyiapkan makanan 6%. Sementara hasil studi BHS lainnya terhadap perilaku pengolahan air minum rumah tangga menunjukkan 99,22% merebus air untuk mendapatkan air minum, namun 47,50% dari air tersebut masih mengandung *Escherichia Coli*. (Depkes RI, 2008).

Kondisi tersebut tentunya berkontribusi terhadap tingginya angka kejadian berbagai penyakit berbasis sanitasi seperti diare. Menurut WHO, penyakit diare membunuh 1 anak di dunia setiap 15 detik karena akses pada sanitasi yang masih terlalu rendah. Di Indonesia, angka kejadian diare nasional pada tahun 2006 sebesar

423 per 1000 penduduk pada semua kelompok umur dan 16 provinsi mengalami KLB diare dengan *Case Fatality Rate* (CFR) sebesar 2,52. (Depkes RI, 2008).

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan tahun 2008 diketahui bahwa kejadian diare masih cukup tinggi dan menduduki peringkat ke-3 rata-rata kunjungan penyakit terbanyak pada seluruh Puskesmas yang ada di Provinsi Sumatera Selatan hingga akhir September 2009, sehingga penderita tersebut mencapai jumlah 143.822 jiwa.

Berkaitan dengan hal tersebut, Kabupaten Ogan Ilir juga mempunyai angka kejadian diare yang cukup tinggi dan menempati peringkat ke-2 penyakit terbanyak selama tiga tahun terakhir. Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kabupaten Ogan Ilir Pada tahun 2006 terdapat 7011 kasus diare, pada tahun 2007 meningkat menjadi 8358 kasus, dan pada tahun 2008 menjadi 12.711 kasus. (Profil Kesehatan Kab. Ogan Ilir, 2009)

Menurut studi WHO tahun 2007, kejadian diare dapat menurun 32% dengan meningkatkan akses masyarakat terhadap sanitasi dasar, 45% dengan perilaku mencuci tangan pakai sabun, dan 39% perilaku pengolahan air minum yang aman dirumah tangga, sedangkan dengan mengintegrasikan ketiga intervensi perilaku tersebut kejadian diare menurun hingga 94%. (Depkes RI, 2008)

Menyadari hal ini Departemen Kesehatan RI sejak tahun 2006 telah melakukan intervensi melalui Program STBM dan telah diadopsi serta diimplementasikan di 10.000 desa pada 228 kabupaten/kota di Indonesia. Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) adalah suatu pendekatan untuk merubah perilaku hygiene dan sanitasi melalui pemberdayaan masyarakat dengan metode pemicuan. Program STBM yang meliputi 5 pilar yaitu;(1) Stop Buang Air Besar (BAB) Sembarangan, (2) Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS), (3) Mengelola Air Minum Rumah Tangga (PAM-RT) dan makanan yang aman, (4) Mengelola sampah dengan benar, dan (5) Mengelola Limbah Cair Rumah Tangga dengan aman. Sebagai tahap awal untuk mencapai sanitasi total dari rangkaian kegiatan ini, maka difokuskan pada program Stop Buang Air Besar Sembarangan (BABS) di beberapa tempat. Program STBM ini menunjukkan pencapaian yang cukup mengembirakan, namun sebaliknya di beberapa daerah lainnya justru masih berjalan di tempat (Arifin, 2009).

Untuk Kabupaten Ogan Ilir program ini baru dimulai pada tahun 2008, dimana rata-rata cakupan kepemilikan jamban keluarga untuk setiap kecamatan di Kabupaten Ogan Ilir masih rendah dan hanya 32,59% dari total keseluruhan jumlah masyarakat yang memiliki sarana tersebut. Hal ini juga terlihat dari 23.475 kk di Kabupaten Ogan Ilir yang diperiksa kondisi sanitasinya, dan hanya sekitar 28,33% masyarakat yang memiliki sarana sanitasi dasar seperti jamban serta hanya 15,37% yang berupa jamban sehat. Hingga akhir tahun 2009 sudah 24 desa yang dilakukan metode pemucuan dari 50 desa yang menjadi target program. (Profil Kesehatan Kabupaten Ogan Ilir, 2008)

Untuk tahun 2010 Dinas Kesehatan Kabupaten Ogan Ilir, akan kembali melaksanakan Pemucuan Program STBM di 14 Desa yang tersebar di 10 kecamatan yang ada di Kabupaten Ogan Ilir. Desa Senuro Timur di Kecamatan Tanjung Batu merupakan salah satu desa yang kondisi sanitasinya kurang baik dan sudah mendapatkan PAMSIMAS melalui kegiatan pemucuan dalam program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM). Untuk mengetahui ada tidaknya pengaruh kegiatan tersebut terhadap perubahan perilaku Stop Buang Air Besar Sembarangan (SBABS), maka perlu diketahui perubahan pengetahuan, sikap dan perilaku masyarakat di daerah tersebut dalam mewujudkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) melalui penelitian ini.

TINJAUAN PUSTAKA

A. Penyediaan Sarana Air Bersih

Air merupakan zat yang paling penting dalam kehidupan setelah udara. Sekitar $\frac{3}{4}$ bagian tubuh kita terdiri atas air, dan tidak seorang pun dapat bertahan hidup lebih dari 4-5 hari tanpa minum air. Selain itu, air juga dipergunakan untuk memasak, mencuci, mandi dan membersihkan kotoran yang ada disekitar rumah. Air juga dipergunakan untuk kepentingan industri, pertanian, pemadam kebakaran, tempat rekreasi, transportasi dan lain-lain. Penyakit-penyakit yang menyerang manusia juga dapat ditularkan dan disebarkan melalui air. Kondisi tersebut tentunya dapat menimbulkan wabah penyakit dimana-mana. (Mubarak dan Chayatin, 2009)

Ditinjau dari ilmu kesehatan masyarakat, penyediaan sumber air bersih harus dapat memenuhi kebutuhan masyarakat karena penyediaan air bersih yang terbatas

memudahkan timbulnya penyakit di masyarakat. Volume rata-rata kebutuhan air setiap individu per hari berkisar antara 150-200 liter/35-40 galon. Kebutuhan air tersebut bervariasi dan bergantung pada keadaan iklim, standar kehidupan, dan kebiasaan masyarakat.

1. Sumber Air

Air yang berada di permukaan bumi berasal dari berbagai sumber. Berdasarkan letak sumbernya, air dapat dibagi menjadi air hujan, air permukaan, dan air tanah.

a. Air Hujan (Angkasa)

Air hujan atau air angkasa merupakan sumber utama air di bumi. Air ini dapat dijadikan sebagai sumber air minum, tetapi air ini tidak mengandung kalsium, sehingga perlu dilakukan penambahan kalsium. Walaupun pada saat presipitasi air dapat menjadi yang paling bersih, namun air tersebut cenderung mengalami pencemaran ketika berada di *atmosfer* yang disebabkan oleh partikel debu, mikroorganisme, dan gas (karbondioksida, nitrogen, dan amonia).

b. Air permukaan

Air permukaan yang meliputi badan-badan air semacam sungai, danau, telaga, waduk, rawa, terjun dan sumur di permukaan adalah sebagian besar berasal dari air hujan yang jatuh ke permukaan bumi. Oleh karena keadaan air permukaan yang terbuka, maka air tersebut mudah terkena pengaruh pencemaran baik oleh tanah, sampah, maupun lainnya. Air seperti ini harus mendapat disinfeksi yang baik sebelum didistribusikan kepada konsumen. Pembebasan tempat pengambilan air untuk penyediaan air bersih sangat penting. Tempat pengambilan air harus diletakkan di atas aliran dan sejauh mungkin dari tempat buangan air limbah industri dan air bekas pengairan pertanian.

c. Air Tanah (*Ground Water*)

Air tanah berasal dari air hujan yang jatuh ke permukaan bumi lalu kemudian mengalami perlokasi atau penyerapan ke dalam tanah dan mengalami proses filtrasi secara alamiah di bawah tanah. Hal ini membuat air tanah menjadi lebih baik dan lebih murni dibanding sumber air lain, diantaranya air tanah biasanya

bebas dari kuman penyakit dan tidak perlu mengalami proses purifikasi atau penjernihan meskipun jumlahnya cukup banyak sepanjang tahun, dan atau pada saat musim kemarau sekalipun. (Mubara dan Chayatin, 2009)

2. Sumber Air Bersih dan Aman

Air yang diperuntukan bagi konsumsi manusia harus berasal dari sumber air yang bersih dan aman. Berikut ini adalah batasan-batasan sumber air yang bersih dan aman, yaitu :

- a. Bebas dari kontaminasi kuman atau bibit penyakit.
- b. Bebas dari substansi kimia yang berbahaya dan beracun.
- c. Tidak berasa dan tidak berbau.
- d. Dapat dipergunakan untuk mencukupi kebutuhan domestik atau rumah tangga.
- e. Memenuhi standar minimal yang dikemukakan oleh WHO atau Departemen Kesehatan RI.

Air dikatakan tercemar bila mengandung bibit penyakit, parasit, bahan-bahan kimia yang berbahaya, dan sampah / limbah industri. (Mubarak dan Chayatin, 2009).

B. Penyediaan Jamban Keluarga

Sandang, pangan, dan rumah atau tempat tinggal merupakan keperluan yang telah dirasakan oleh setiap orang sebagai keperluan minimal yang perlu diperolehnya dan harus dikejanya. Dengan meningkatkan pengetahuan, khususnya dalam bidang kesehatan dapat menimbulkan berbagai faktor yang saling mempengaruhi. Orang akan tahu bahwa apa yang ada disekitar atau lingkungannya berpengaruh terhadap kesehatannya. Lingkungan yang buruk akan merugikan kesehatan kita dan untuk dapat mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya, maka lingkungan yang buruk harus diperbaiki. Banyak faktor yang berpengaruh terhadap kesehatan, dan salah satu diantaranya adalah pembuangan kotoran. (Mubarak dan Chayatin, 2009)

1. Pembuangan Kotoran

Pengertian dengan kotoran disini adalah feses atau najis manusia. Najis atau feses manusia selalu dipandang sebagai benda yang berbahaya bagi kesehatan. Berikut ini adalah pertimbangan pembuangan kotoran :

- a. Tidak menjadi sumber penularan penyakit.
- b. Tidak menjadi makanan dan sarang vektor penyakit.
- c. Tidak menimbulkan bau busuk.
- d. Tidak merusak keindahan,
- e. Tidak menyebabkan atau menimbulkan pencemaran kepada sumber-sumber air minum.

2. Menentukan Letak Pembuangan Kotoran

Untuk menentukan letak pembuangan kotoran, terlebih dahulu kita harus memperhatikan ada atau tidaknya sumber-sumber air terdekat. Pertimbangkan jarak yang harus diambil antara tempat pembuangan kotoran dan sumber air, serta perhatikan bagaimana keadaan tanah, kemiringannya, permukaan air tanah, pengaruh banjir pada musim hujan dan sebagainya. (Mubarak dan Chayatin, 2009)

3. Bangunan Kakus (*Latrine = water closet*)

Menurut Endjang (2000) bangunan kakus yang memenuhi syarat kesehatan adalah sebagai berikut :

- a. Rumah kakus (agar pemakai terlindungi)
- b. Lantai kakus (sebaiknya disemen agar mudah dibersihkan)
- c. Slab (tempat kaki memijak waktu si pemakai jongkok)
- d. Closet (lubang tempat feses masuk)
- e. Pit (sumur penampungan feses cubluk)
- f. Bidang resapan

4. Macam-macam Kakus

Menurut Endjang (2000), berdasarkan konstruksi dan cara menggunakannya, ada bermacam-macam jenis kakus diantaranya :

a. *Pit-privacy* (Cubluk)

Kakus ini dibangun dengan cara membuat lubang ke dalam tanah dengan diameter 80 - 120 cm sedalam 2,5 - 8 m. Dindingnya diperkuat dengan batu/bata, dan dapat ditembok ataupun tidak, agar tidak mudah ambruk. Lama pemakainnya 5-15 tahun, bila permukaan excrete sudah mencapai \pm 50 cm dari permukaan tanah, dianggap cubluk sudah penuh. Cubluk yang sudah penuh ditimbun dengan tanah, tunggu 9-12 bulan. Isinya digali kembali untuk pupuk. Sedangkan lubangnya dapat dipergunakan kembali. Sementara yang penuh ditimbun, dan untuk defaecatie dibuat cubluk yang baru. Macam kakus ini hanya baik dibuat ditempat-tempat dimana air tanahnya letaknya dalam. Pada kakus ini harus ddiperhatikan :

- 1) Jangan diberi desinfektans karena mengganggu proses pembusukan sehingga cubluk cepat penuh.
- 2) Untuk mencegah bertelurnya nyamuk tiap minggu diberi minyak tanah.
- 3) Agar tidak terlalu bau diberi kapur barus.

b. *Aqua-privy* (Cubluk Berair)

Terdiri atas bak yang kedap air, diisi air di dalam tanah sebagai tempat pembuangan excreta. Proses pembusukannya sama seperti halnya pembusukan *feces* dalam air kali. Untuk kakus ini agar berfungsi dengan baik, perlu pemasukan air setiap hari, baik sedang dipergunakan atau tidak. Macam kakus ini hanya baik dibuat di tempat yang banyak air. Bila airnya penuh, kelebihannya dapat dialirkan ke sistem lain, misalnya *sistem riool*, *seepage pit* (sumur resapan) atau pun *cesspool*.

c. *Watersealed latrine* (Angsa-latrine)

Kakus ini bukanlah merupakan type kakus tersendiri tapi hanya modifikasi closetnya saja. Pada kakus ini closetnya berbentuk angsa sehingga akan selalu terisi air. Fungsi air ini gunanya sebagai sumbat sehingga bau busuk dari cubluk tidak tercium di ruangan dalam kakus. Bila dipakai, fecesnya tertampung sebentar dan bila disiram air, baru masuk ke bagian yang menurun untuk masuk ke tempat penampungan (pit).

Keuntungan kakus seperti ini yaitu :

- 1) Baik untuk masyarakat kota karena memenuhi syarat aesthetis (keindahan).
- 2) Dapat ditempatkan di dalam rumah karena tidak bau sehingga pemakaiannya lebih praktis.
- 3) Aman untuk anak-anak.

d. *Bored hole latrine*

Sama dengan cubluk hanya ukurannya lebih kecil karena untuk pemakaian yang tidak lama, misalnya untuk perkampungan sementara.

Kerugiannya, yaitu bila air permukaan banyak maka mudah terjadi pengotoran tanah permukaan (meluap).

e. *Bucket latrine (Pail closed)*

Feces ditampung dalam ember atau bejana lain dan kemungkinan dibuang di tempat lain, misalnya untuk penderita yang tidak dapat meninggalkan tempat tidur.

f. *Trench Latrine*

Dibuat lubang dalam tanah sedalam 30-40 cm untuk tempat defaecatie. Tanah galianya dipakai untuk menimbuninya.

g. *Overhung latrine*

Kakus ini semacam rumah-rumahan dibuat di atas kolam, selokan, kali, rawa dan sebagainya

h. *Chemical toilet (chemical closet)*

Feces ditampung dalam suatu bejana yang berisi *caustic soda* sehingga dihancurkan sekalian didisinfeksi. Biasanya dipergunakan dalam kendaraan umum.

C. Perilaku

1. Domain Perilaku Kesehatan

Prilaku manusia itu sangat kompleks dan mempunyai ruang lingkup yang sangat luas. Benyamin Bloom seorang ahli psikologi pendidikan membagi prilaku ke dalam 3 domain (ranah/kawasan), meskipun kawasan-kawasan tersebut tidak

mempunyai batasan yang jelas dan tegas. Pembagian kawasan ini dilakukan untuk kepentingan tujuan pendidikan. Bahwa dalam tujuan suatu pendidikan adalah mengembangkan atau meningkatkan ketiga domain perilaku tersebut, yang terdiri dari : a). Ranah kognitif (kognitif domain), b). Ranah afektif (affectif domain), c). Ranah psikomotor (psikomotor domain). .(Notoadmojdo, 2005)

Dalam perkembangan selanjutnya oleh para ahli pendidikan, dan untuk kepentingan pengukuran hasil pendidikan, ketiga domain ini diukur dari :

a. Pengetahuan (knowledge)

Pengetahuan adalah hasil “tahu”, dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengindraan terjadi melalui pancaindra manusia, yakni :indra pengelihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga.

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*overt behavior*). Karena dari pengalaman dan penelitian ternyata perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari pengetahuan. Penelitian Rogers mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru, maka di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan yakni :

- 1) Awareness (kesadaran), dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui lebih terlebih dahulu terhadap stimulus (objek).
- 2) Interest (merasa tertarik) terhadap stimulus atau objek tersebut. Disini sikap subjek sudah mulai timbul.
- 3) Evaluation (menimbang-nimbang) terhadap baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya. Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi.
- 4) Trial, dimana subjek mulai mencoba melakukan sesuatu sesuai dengan apa yang dikehendaki oleh stimulus.
- 5) Adoption, dimana subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus.

Namun demikian dari penelitian selanjutnya Rogers menyimpulkan bahwa perubahan perilaku tidak selalu melewati tahap-tahap tersebut diatas. Pengetahuan yang tercakup di dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan yakni :

a) Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu “tahu” merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, menyatakan dan sebagainya.

b) Memahami (*compherension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasi materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari.

c) Aplikasi (*Application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi riil (sebenarnya). Aplikasi disini dapat diartikan sebagai penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

d) Analisis (*Analisis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam suatu struktur organisasi tersebut, dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata-kata kerja yang dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan dan sebagainya.

e) Sintesis (*sintesis*)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis itu suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada.

f) Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian itu berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat kita sesuaikan dengan tingkat-tingkat tersebut diatas. (Notoadmojo, 2005)

b. Sikap (*attitude*)

Sikap merupakan reaksi atau respons seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Manifestasi sikap tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu. Dalam kehidupan sehari-hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial.

Sikap merupakan kecenderungan seseorang untuk menginterpretasikan sesuatu dan bertindak atas dasar hasil interpretasi yang diciptakannya. Sikap seseorang terhadap sesuatu dibentuk oleh pengetahuan kebudayaan, antara lain berupa nilai-nilai yang diyakini dan norma-norma yang dianut.

Newcomb salah seorang ahli psikologi sosial yang menyatakan bahwa sikap itu merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, akan tetapi merupakan "pre-disposisi" tindakan atau

prilaku. Sikap itu masih merupakan reaksi tertutup, dan bukan merupakan reaksi terbuka dari tingkah laku yang terbuka. Lebih lanjut dapat dijelaskan lagi bahwa sikap merupakan reaksi terhadap objek di lingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap objek. (Azwar, 2000). Seperti halnya dengan pengetahuan, sikap ini terdiri dari berbagai tindakan, yakni :

1) Menerima (*Receiving*)

Menerima, diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan objek.

2) Merespons (*Responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap.

3) Menghargai (*Valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan dengan orang lain terhadap suatu masalah. Hal ini merupakan suatu indikasi dari sikap tingkat tiga.

4) Bertanggung Jawab (*Responsible*)

Bertanggung jawab atas segala sesuatuyang telah dipilihnya dengan segala resiko adalah merupakan sikap yang paling tinggi.

c. Praktek atau Tindakan (*Practice*)

Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behavior*). Untuk terwujudnya sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan.

Tingkat – tingkat praktek yaitu :

1) Persepsi (*perception*)

Mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil merupakan praktek tingkat pertama.

2) Respon Terpimpin (*guided respons*)

Dapat melakukan sesuatu dengan urutan yang benar sesuai dengan contoh merupakan indikator praktek tingkat dua.

3) Mekanisme (*mekanism*)

Apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan maka ia sudah mencapai praktek tingkat tiga.

4) Adaptasi (*adaptation*)

Adaptasi adalah suatu praktek atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya tindakan itu sudah dimodifikasinya sendiri tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut.

1. Determinan Prilaku

a. Teori Lawrence Green

Green mencoba menganalisa perilaku manusia berangkat dari tingkat kesehatan. Bahwa kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh dua faktor pokok, yakni faktor prilaku (*behavior causes*) dan faktor dari luar prilaku (*non-behavior causes*). Selanjutnya prilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari 3 faktor yakni : (L Green, 1980)

- 1) Faktor-faktor predisposisi (*presdisposisi factors*), yang terwujud dalam sosio demografi, seperti pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan sebagainya.
- 2) Faktor-faktor pendukung (*enabling factors*), yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas – fasilitas atau sarana-sarana kesehatan, misalnya Puskesmas, Rumah Sakit, tempat pembuangan sampah, kepemilikan jamban
- 3) Faktor-faktor pendorong (*reinforcing factors*), yang terwujud dalam sikap dan perilaku seperti contoh dari tokoh masyarakat, yang merupakan kelompok referensi dari prilaku masyarakat.

Model ini dapat digambarkan sebagai berikut :

Dimana :

$B = f (PF, EF, RF)$

B = *Behavior*

PF = *Presdisposing factors*

EF = *Enambling factors*

RF = *Reinforcing factors*

F = fungsi

Disimpulkan bahwa perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi dan sebagainya dari orang atau masyarakat yang bersangkutan. Disamping itu, ketersediaan fasilitas, serta peran tokoh masyarakat juga sangat mendukung serta memperkuat terbentuknya perilaku itu sendiri.

b. Teori Stimulus-Organisme Reaksi (S-O-R)

Teori ini berdasarkan pada asumsi bahwa penyebab terjadinya perubahan perilaku tergantung kepada kualitas rangsangan (stimulus) dengan organisme / makhluk hidup lainnya. Hosland et al (1953) dalam Green mengatakan bahwa perubahan perilaku pada hakekatnya adalah sama dengan proses belajar. Proses perubahan perilaku tersebut menggambarkan proses belajar pada individu yang terdiri dari:

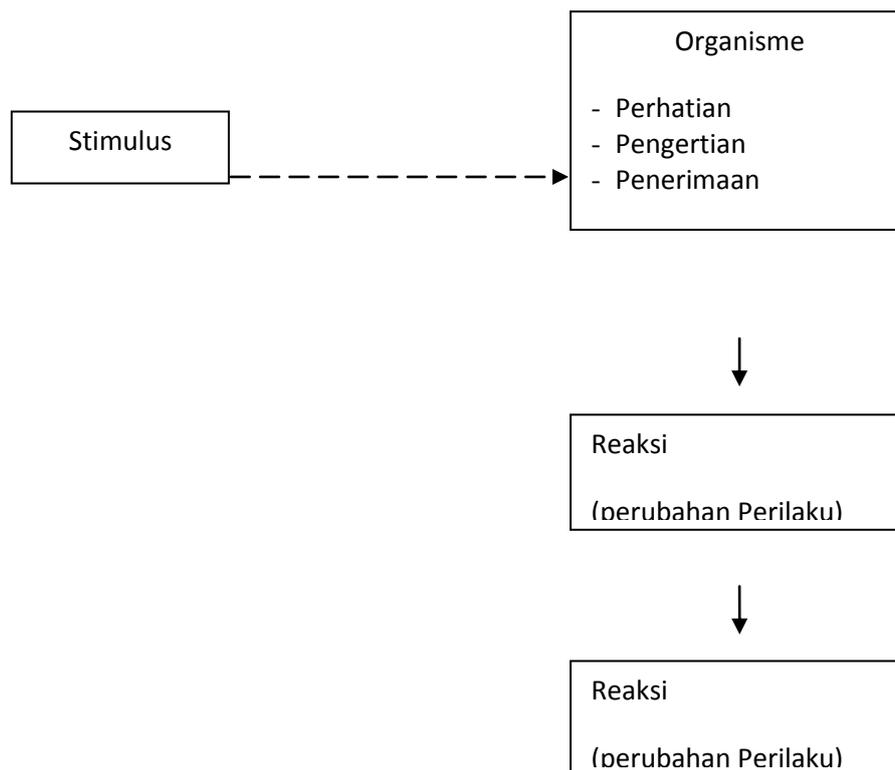
- 1) Stimulus (rangsang) yang diberikan kepada organisme dapat diterima atau ditolak.
- 2) Apabila stimulus telah mendapatkan perhatian dari organisme (diterima) maka ia mengerti stimulus ini dan dilanjutkan kepada proses berikutnya.
- 3) Setelah organisme mengolah stimulus tersebut sehingga terjadi kesediaan untuk bertindak demi stimulus yang telah diterimanya.
- 4) Akhirnya dengan dukungan fasilitas serta dorongan dari lingkungan maka stimulus tersebut berubah (perubahan perilaku).

Selanjutnya teori ini mengatakan bahwa perilaku dapat berubah hanya apabila stimulus (rangsang) yang diberikan benar-benar melebihi dari stimulus semula. (Notoadmodjo, 2005)

Proses perubahan perilaku berdasarkan teori S-O-R ini dapat digambarkan sebagai berikut :

Gambar 1

TEORI S-O-R



c. Teori Fungsi

Teori ini berdasarkan anggapan bahwa perubahan perilaku individu tergantung kepada keutuhan. Menurut Katz (1960) dalam Notoajmodjo 2005, bahwa perilaku dilatarbelakangi oleh kebutuhan individu yang bersangkutan. Katz berasumsi bahwa :

- 1) Perilaku memiliki fungsi instrumental, artinya dapat berfungsi dan memberikan pelayanan terhadap kebutuhan. Seseorang dapat bertindak (berperilaku) positif terhadap objek demi pemenuhan kebutuhannya. Sebaliknya, bila objek tidak dapat memenuhi kebutuhannya maka ia akan berperilaku negatif.

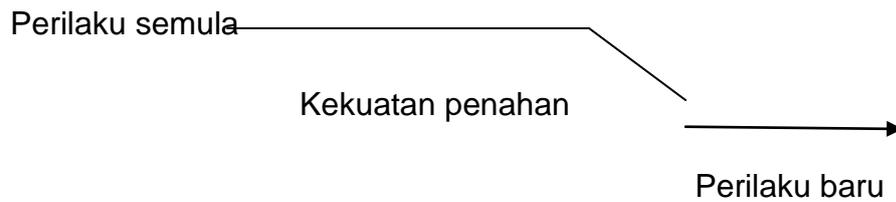
- 2) Perilaku berfungsi sebagai defense mechanism atau sebagai pertahanan diri dalam menghadapi lingkungannya. Artinya, dengan perilakunya atau dengan tindakan-tindakannya, manusia dapat melindungi ancaman-ancaman yang datang dari luar.
- 3) Perilaku berfungsi sebagai penerima objek dan pemberi arti. Dalam perannya seorang dapat menyesuaikan diri dengan lingkungannya. Dengan tindakan sehari-hari tersebut seseorang telah melakukan keputusan-keputusan sehubungan dengan objek atau stimulus yang dihadapi. Pengambilan keputusan yang mengakibatkan tindakan-tindakan tersebut dilakukan secara spontan dan dalam waktu yang singkat. Misalnya, bila seseorang merasa sakit kepala, maka tanpa berfikir lama, ia akan bertindak untuk mengatasi rasa sakit tersebut dengan membeli obat di warung dan kemudian meminumnya, atau tindakan-tindakan lainnya.
- 4) Perilaku berfungsi sebagai nilai ekspresif dari diri seseorang dalam menjawab suatu situasi. Nilai ekspresif ini berasal dari konsep diri seseorang dan merupakan pencerminan dari hati sanubari. Oleh sebab itu perilaku itu dapat merupakan *layar* dimana segala ungkapan diri orang dapat dilihat. Misalnya orang yang sedang marah, senang, gusar, dan sebagainya dapat dilihat dari perilaku atau tindakannya.

d. Teori Kurt Lewin

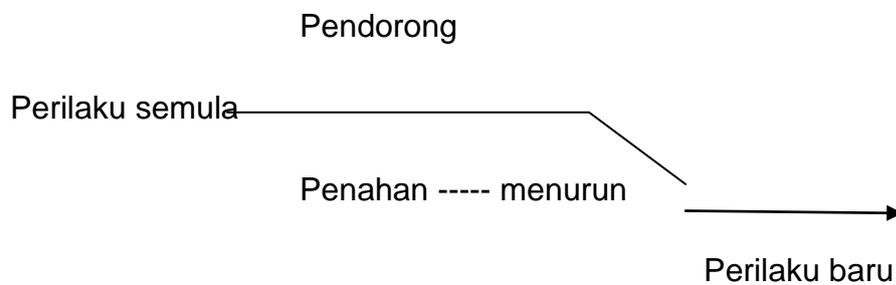
Kurt Lewin (1979) berpendapat bahwa manusia adalah suatu keadaan yang seimbang antara kekuatan-kekuatan pendorong (*driving forces*) dan kekuatan-kekuatan penahan (*restraining forces*). Perilaku itu dapat berubah apabila terjadi ketidak-seimbangan antara kekuatan tersebut di dalam diri seseorang sehingga ada tiga kemungkinan terjadi perubahan perilaku pada diri seseorang, yakni:

- 1) Kekuatan-kekuatan pendorong meningkat. Hal ini terjadi karena adanya stimulus-stimulus yang mendorong untuk terjadinya perubahan-perubahan perilaku. Stimulus ini berupa penyuluhan-penyuluhan atau informasi-informasi sehubungan dengan perilaku yang bersangkutan.

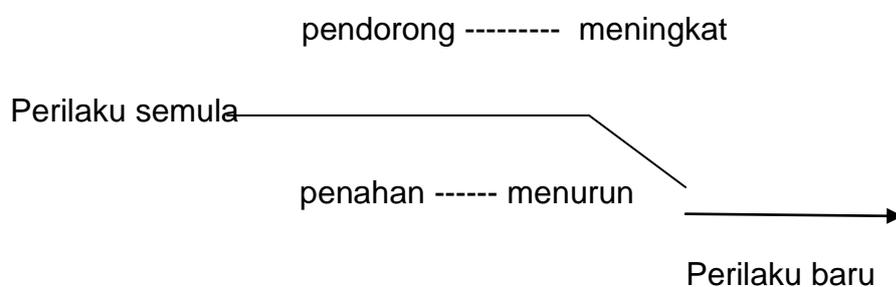
kekuatan pendorong ----- meningkat



2) Kekuatan-kekuatan penahan menurun. Hal ini terjadi adanya stimulus-stimulus yang memperlemah kekuatan penahan tersebut misalnya pada contoh tersebut di atas. Dengan pemberian pengertian kepada orang tersebut bahwa anak banyak rezeki banyak adalah kepercayaan yang salah, maka kekuatan penahan tersebut melemah dan akan terjadi perubahan perilaku pada orang tersebut.



3) Kekuatan pendorong meningkat, kekuatan penahan menurun. Dengan keadaan semacam ini jelas juga akan terjadi perubahan perilaku. Seperti pada contoh diatas juga, penyuluhan KB yang memberikan pengertian terhadap orang tersebut tentang pentingnya ber-KB dan tidak benarnya kepercayaan banyak anak banyak rezeki akan meningkatkan kekuatan pendorong, dan sekaligus menurunkan kekuatan penahan.



3.. Bentuk-Bentuk Perubahan Perilaku

Bentuk perubahan perilaku sangat bervariasi, sesuai dengan konsep yang digunakan oleh para ahli dalam pemahamannya terhadap perilaku. Di bawah ini diuraikan bentuk-bentuk perubahan perilaku menurut WHO. Menurut WHO, perubahan perilaku itu dikelompokkan menjadi 3, yakni :

a. Perubahan Alamiah (Natural Change)

Perubahan perilaku manusia selalu berubah dimana sebagian perubahan itu disebabkan karena kejadian alamiah. Apabila dalam masyarakat sekitar terjadi suatu perubahan lingkungan fisik atau sosial budaya dan ekonomi, maka anggota-anggota masyarakat didalamnya juga akan mengalami perubahan.

b. Perubahan Terencana (Planned Change)

Perubahan perilaku ini terjadi karena memang direncanakan sendiri oleh subjek. Misalnya, Pak Anwar adalah perokok berat. Karena pada suatu saat ia terserang batuk-batuk yang sangat mengganggu, maka ia memutuskan untuk mengurangi rokok sedikit demi sedikit, dan akhirnya ia berhenti merokok sama sekali.

4. Strategi Perubahan Perilaku

Di dalam program-program kesehatan, agar diperoleh perubahan perilaku yang sesuai dengan norma-norma kesehatan, sangat diperlukan usaha-usaha konkrit dan positif. Beberapa strategi untuk memperoleh perubahan perilaku tersebut oleh WHO dikelompokkan menjadi 3 yakni :

a. Menggunakan kekuatan/kekuasaan atau dorongan

Dalam hal ini perubahan perilaku dipaksakan kepada sasaran atau masyarakat sehingga ia mau melakukan seperti yang diharapkan. Cara ini dapat ditempuh misalnya dengan adanya peraturan-peraturan/perundang-undangan yang harus dipatuhi oleh anggota masyarakat. Cara ini akan menghasilkan perilaku yang cepat, akan tetapi perubahan perilaku yang terjadi tidak atau belum disadari oleh kesadaran sendiri.

b. Pemberian Informasi

Dengan memberikan informasi-informasi tentang cara-cara mencapai hidup sehat, cara pemeliharaan kesehatan, cara menghindari penyakit, dan sebagainya akan meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang hal tersebut. Selanjutnya dengan pengetahuan-pengetahuan itu akan menimbulkan kesadaran mereka, dan akhirnya akan menyebabkan orang berperilaku sesuai dengan pengetahuan yang dimilikinya itu. Hasil atau perubahan perilaku dengan cara ini memakan waktu lama, tetapi perubahan yang dicapai akan bersifat langgeng karena didasari pada kesadaran mereka sendiri (bukan karena paksaan).

c. Diskusi dan Partisipasi

Cara ini adalah sebagai peningkatan cara yang kedua tersebut diatas dimana di dalam memberikan informasi tentang kesehatan tidak bersifat searah saja, tetapi dua arah. Hal ini berarti bahwa masyarakat tidak hanya pasif menerima informasi, tetapi juga harus aktif berpartisipasi melalui diskusi-diskusi tentang informasi yang diterimanya. Dengan demikian maka pengetahuan – pengetahuan kesehatan sebagai dasar perilaku mereka diperoleh secara mantap dan lebih mendalam, dan akhirnya perilaku yang mereka peroleh akan lebih mantap juga, bahkan merupakan referensi perilaku orang lain. Sudah barang tentu cara ini akan memakan waktu yang lebih lama dari cara yang kedua tersebut, dan jauh lebih baik dengan cara yang pertama. Diskusi partisipasi adalah salah satu cara yang baik dalam rangka memberikan informasi-informasi dan pesan-pesan kesehatan. (Notoadmodjo, 2005)

3.4. Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM)

1. Pengertian

Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) adalah suatu pendekatan untuk merubah perilaku higiene dan sanitasi melalui pemberdayaan masyarakat dengan metode pemicuan. (Depkes RI, 2008)

STBM adalah pendekatan dengan proses fasilitasi yang sederhana yang dapat merubah sikap lama, kewajiban sanitasi menjadi tanggung jawab masyarakat. Dengan satu kepercayaan bahwa kondisi bersih, nyaman dan sehat adalah

kebutuhan alami manusia. Pendekatan yang dilakukan dalam STBM menyerang/menimbulkan rasa ngeri dan malu kepada masyarakat tentang kondisi lingkungannya. Melalui pendekatan ini kesadaran akan kondisi yang sangat tidak bersih dan tidak nyaman di timbulkan. Dari pendekatan ini juga ditimbulkan kesadaran bahwa sanitasi (kebisaan BAB di sembarang tempat) adalah masalah bersama karena dapat berimplikasi kepada semua masyarakat sehingga pemecahannya juga harus dilakukan dan dipecahkan secara bersama. (Arifin, 2009)

Ciri utama dari pendekatan ini adalah tidak adanya subsidi terhadap infrastruktur (jamban keluarga), dan tidak menetapkan blue print jamban yang nantinya akan dibangun oleh masyarakat. Pada dasarnya STBM adalah “pemberdayaan” dan “tidak membicarakan masalah subsidi”. Artinya, masyarakat yang dijadikan “guru” dengan tidak memberikan subsidi sama sekali.

Sanitasi Total yang dipimpin oleh Masyarakat (STBM/Community Lead Total Sanitation) melibatkan fasilitasi atas suatu proses untuk menyemangati serta memberdayakan masyarakat setempat untuk menghentikan buang air besar di tempat terbuka dan membangun serta menggunakan jamban. Melalui penggunaan metode PRA para anggota masyarakat menganalisa profil sanitasinya masing-masing termasuk luasnya buang air besar di tempat terbuka serta penyebaran kontaminasi dari kotoran-kemulut yang mempengaruhi dan memperburuk keadaan setiap orang. Pendekatan STBM menimbulkan perasaan jijik dan malu di antara masyarakat. Secara kolektif mereka menyadari dampak buruk dari buang air besar di tempat terbuka: bahwa mereka akan selamanya saling memakan kotorannya masing-masing apabila buang air besar di tempat terbuka masih berlangsung. Kesadaran ini menggerakkan mereka untuk memprakarsai tindakan lokal secara kolektif guna memperbaiki keadaan sanitasi di dalam komunitas.

Apabila difasilitasi secara benar, STBM dapat memicu tindakan lokal yang dipimpin oleh masyarakat untuk secara tuntas menghentikan buang air besar di tempat terbuka, dan tanpa program sanitasi eksternal yang menyediakan subsidi atau petunjuk untuk model jamban. Sekali tersulut, STBM akan memicu tindakan yang spontan dan komunitas akan mulai menggali lobang-lobang untuk pembuatan lubang pembuangan jamban yang dibuat sendiri. Keluarga-keluarga mulai

memasang jamban yang masih berada dalam batas kemampuannya, atau bersama-sama memakai jamban komunitas untuk mencapai desa yang bebas 100% dari buang air besar di tempat terbuka. Sekali tercapai, komunitas dengan bangga akan memasang papan pengumuman di jalan masuk ke desa bahwa desanya telah bebas dari buang air besar di tempat terbuka dan orang lainpun tidak diperbolehkan melakukan demikian di desa mereka. (Arifin, 2009)

2. Prinsip-prinsip dasar STBM

1. Subsidi kepada masyarakat
2. Tidak menggurui, tidak memaksa dan tidak mempromosikan jamban
3. Masyarakat sebagai pemimpin

Totalitas; seluruh komponen masyarakat terlibat dalam analisa permasalahan perencanaan-pelaksanaan serta Pelaksanaan Pemicuan STBM, 2009)

3. Pilar Utama Dalam PRA yang Merupakan Basis STBM

pemanfaatan dan pemeliharaan (Pedoman Attitude and Behaviour Change (perubahan perilaku dan kebiasaan)

- a. Sharing (berbagi)
- b. Method (metode)

Tingkatan partisipasi masyarakat, mulai dari yang terendah sampai yang tertinggi adalah sebagai berikut:

- a. Masyarakat hanya menerima informasi; keterlibatan masyarakat hanya sampai diberi informasi (misalnya melalui pengumuman) dan bagaimana informasi itu diberikan ditentukan oleh si pemberi informasi (pihak tertentu).
- b. Masyarakat mulai diajak untuk berunding; Pada level ini sudah ada komunikasi 2 arah, dimana masyarakat mulai diajak untuk diskusi atau berunding. Dalam tahap ini meskipun sudah dilibatkan dalam suatu perundingan, pembuat keputusan adalah orang luar atau orang-orang tertentu
- c. Membuat keputusan secara bersama-sama antara masyarakat dan pihak luar; Masyarakat mulai mendapatkan wewenang atas kontrol sumber daya dan keputusan. (Pedoman Pelaksanaan Pemicuan STBM, 2009)

1. Alat utama PRA dalam STBM
Pemetaan, yang bertujuan untuk mengetahui / melihat peta wilayah BAB masyarakat serta sebagai alat monitoring (pasca triggering, setelah ada mobilisasi masyarakat)
2. Transect Walk, bertujuan untuk melihat dan mengetahui tempat yang paling sering dijadikan tempat BAB. Dengan mengajak masyarakat berjalan ke sana dan berdiskusi di tempat tersebut, diharapkan masyarakat akan merasa jijik dan bagi orang yang biasa BAB di tempat tersebut diharapkan akan terpicu rasa malunya.
3. Alur Kontaminasi (*Oral Fecal*); mengajak masyarakat untuk melihat bagaimana kotoran manusia dapat dimakan oleh manusia yang lainnya.
4. Simulasi air yang telah terkontaminasi; mengajak masyarakat untuk melihat bagaimana kotoran manusia dapat dimakan oleh manusia yang lainnya
5. Diskusi Kelompok (FGD); bersama-sama dengan masyarakat melihat kondisi yang ada dan menganalisanya sehingga diharapkan dengan sendirinya masyarakat dapat merumuskan apa yang sebaiknya dilakukan atau tidak dilakukan. Pembahasannya meliputi:
 - a. FGD untuk menghitung jumlah tinja dari masyarakat yang BAB di sembarang tempat selama 1 hari, 1 bulan, dan dalam 1 tahunnya.
 - b. FGD tentang privacy, agama, kemiskinan, dan lain-lain
 - c. Elemen-elemen yang harus dipicu, dan alat-alat PRA yang digunakan untuk pemicuan faktor-faktor tersebut. (Pedoman Pelaksanaan Pemicuan STBM, 2009)

d.

Hal-hal yang harus dipicu	Alat yang digunakan
Rasa jijik	a. Transect walk b. Demo air yang mengandung tinja, untuk digunakan cuci muka, kumur-kumur, sikat gigi, cuci piring, cuci pakaian, cuci makanan / beras, wudlu, dll
Rasa malu	c. <i>Transect walk (meng-explore perilaku open defecation)</i> d. FGD (terutama untuk perempuan)
Takut sakit	e. Perhitungan jumlah tinja f. Pemetaan rumah warga yang terkena diare dengan didukung data puskesmas g. Alur kontaminasi
Aspek agama	Mengutip hadits atau pendapat-pendapat para ahli agama yang relevan dengan perilaku manusia yang dilarang karena merugikan manusia itu sendiri.
Privacy	FGD (terutama dengan perempuan)
Kemiskinan	Membandingkan kondisi di desa/dusun yang bersangkutan dengan masyarakat "termiskin" seperti di Bangladesh atau India.

6. Deskripsi Pemicuan Masyarakat.

- a. Mengumpulkan masyarakat disuatu arena pertemuan baik diruang terbuka yang luas, lapang dan teduh.
- b. Tanpa ada perkenalan tentang jabatan, instansi atau lain-lain, fasilitator menyampaikan maksud pertemuan yakni mencari permasalahan sanitasi dimasyarakat.
- c. Pembuatan peta desa oleh masyarakat ditanah dengan batas jalan raya, tempat umum, tempat ibadah dan lain-lain dengan suatu model dari kertas karton merah. Selanjutnya masing-masing masyarakat meletakkan suatu tanda dengan kertas pada posisi rumah masing-masing.

- d. Selesai pemetaan desa lalu ditanyakan pada warga masyarakat tempat BAB, baik itu dirumah atau diluar rumah dan ditandai dengan kapur berwarna kuning. Lalu dihitung berapa yang BAB di WC rumah, WC umum dan diruang terbuka. Maka masyarakat akan sadar akan situasi tempat BAB didesa yang diharapkan akan timbul rasa jijik dimasyarakat dengan perlihatkan hasil perhitungan jumlah total feses satu keluarga selama satu tahun yang BAB sembarangan yang akan merugikan bagi masyarakat itu sendiri baik itu dari sisi bau, terinjak atau sebagai sumber penularan penyakit diare. Juga kalkulasikan untuk beberapa buah keluarga agar rasa jijik ini lebih mengenai sasaran.
- e. Apabila sudah timbul rasa jijik dimasyarakat serahkan pemecahan masalah itu kembali ke masyarakat. Semua keputusan sekarang terserah pada masyarakat dalam menyelesaikan masalah bersama, tentu saja melalui keputusan kolektif bersama dari masyarakat. Apabila sudah ditetapkan usulan dari masyarakat hendaknya ditindak lanjuti dengan suatu kontrak bersama semisal tentang pembangunan WC, berisi nama KK dan limit pembangunan WC akan direalisasikan baik secara mandiri ataupun bersama. Catatan yang perlu diperhatikan dalam fasilitasi ke masyarakat tekankan bahwa program ini tidak ada subsidi dana pembangunan dari pemerintah tapi murni dari masyarakat.(Pedoman Pelaksanaan Pemicuan STBM, 2009)

TUJUAN DAN MANFAAT PENELITIAN

A. Tujuan Penelitian

Tujuan Umum:

Untuk mengetahui adanya pengaruh terhadap perubahan perilaku yang ditimbulkan dari suatu pemicuan yang diberikan pada masyarakat di Desa Senuro Timur, Kecamatan Tanjung Batu, Kabupaten Ogan Ilir agar tidak lagi Buang Air Besar Sembarangan.

Tujuan Khusus:

1. Mengetahui pengaruh pemicuan terhadap perubahan pengetahuan masyarakat tentang BAB sembarangan
2. Mengetahui pengaruh pemicuan terhadap perubahan sikap masyarakat tentang BAB sembarangan
3. Mengetahui pengaruh pemicuan terhadap perubahan tindakan masyarakat tentang BAB sembarangan

B. Manfaat Penelitian

Adapun manfaat dari penelitian ini adalah:

1. Bagi Peneliti

Diperolehnya tambahan pengalaman dan pengetahuan penelitian mengenai pemicuan dalam program STBM dapat merubah perilaku masyarakat tidak buang air besar sembarangan.

2. Bagi Institusi Terkait

Diperolehnya gambaran mengenai pelaksanaan pemicuan dalam program STBM yang dapat merubah perilaku masyarakat tidak buang air besar sembarangan.

METODE PENELITIAN

1. Tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Desa Senuro Timur, Kecamatan Tanjung Batu, Kabupaten Ogan Ilir

2. Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah eksperimen semu dengan rancangan sebelum dan sesudah intervensi. (Bhisma Murti, 1997). Secara skematis dapat digambarkan sebagai berikut:



dengan :

E = Kelompok yang mendapatkan intervensi

- O₁ = Pengamatan
- O₂ = Pengamatan kedua
- X = Intervensi

3. Populasi dan Sampel

a. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh Masyarakat Desa Senuro Timur Kecamatan Tanjung Batu, Kabupaten Ogan Ilir

b. Sampel

Sampel penelitian ini adalah sebagian masyarakat Desa Senuro Timur, Kecamatan Tanjung Batu, Kabupaten Ogan Ilir. Sampel diambil dengan *tehnik Purposive Sampling* dengan kriteria :

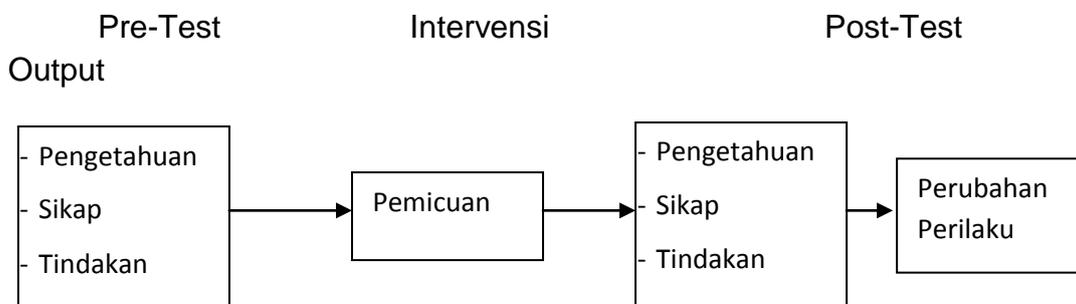
1. Warga yang tidak memiliki jamban
2. Warga yang memiliki jamban tetapi tidak dimanfaatkan
3. Warga yang kooperatif

Sehingga sampel yang menjadi responden sebanyak 100 orang.

4. Kerangka Konsep Penelitian

Adapun kerangka konsep penelitian ini dapat dilihat pada gambar 3 berikut :

Gambar 2
Kerangka Konsep



5. Tahapan Penelitian

- a. Masyarakat yang ditetapkan sampel diukur pengetahuan, sikap dan tindakan dengan alat ukur kuesioner dan cek list.
- b. Setelah dilakukan pengukuran pertama, kemudian masyarakat diberikan intervensi berupa pemicuan yang dilakukan oleh petugas yang telah mendapatkan pelatihan dan didampingi oleh peneliti. Langkah-langkah pemicuan yang dilakukan :
 1. Mengumpulkan masyarakat di arena pertemuan baik diruang terbuka yang luas, lapang dan teduh.
 2. Tanpa ada perkenalan tentang jabatan, instansi atau lain-lain, fasilitator menyampaikan maksud pertemuan yakni mencari permasalahan sanitasi dimasyarakat.
 3. Pembuatan peta desa oleh masyarakat ditanah dengan batas jalan raya, tempat umum, tempat ibadah dan lain-lain dengan suatu model dari kertas karton merah. Selanjutnya masing-masing masyarakat meletakkan suatu tanda dengan kertas pada posisi rumah masing-masing.
 4. Selesai pemetaan desa lalu ditanyakan pada warga masyarakat tempat BAB, baik itu dirumah atau diluar rumah dan ditandai dengan kapur berwarna kuning. Lalu dihitung berapa yang BAB di WC rumah, WC umum dan diruang terbuka. Maka masyarakat akan sadar akan situasi tempat BAB didesa yang diharapkan akan timbul rasa jijik dimasyarakat dengan perlihatkan hasil perhitungan jumlah total feses satu keluarga selama satu tahun yang BAB sembarangan yang akan merugikan bagi masyarakat itu sendiri baik itu dari sisi bau, terinjak atau sebagai sumber penularan penyakit diare. Juga kalkulasikan untuk beberapa buah keluarga agar rasa jijik ini lebih mengenai sasaran.
 5. Apabila sudah timbul rasa jijik dimasyarakat serahkan pemecahan masalah itu kembali ke masyarakat. Semua keputusan sekarang terserah pada masyarakat dalam menyelesaikan masalah bersama, tentu saja melalui keputusan kolektif bersama dari masyarakat. Apabila sudah ditetapkan usulan dari masyarakat hendaknya ditindak lanjuti dengan suatu kontrak bersama semisal tentang pembangunan WC, berisi nama KK dan limit pembangunan WC akan direalisasikan baik secara mandiri

ataupun bersama. Catatan yang perlu diperhatikan dalam fasilitasi ke masyarakat tekankan bahwa program ini tidak ada subsidi dana pembangunan dari pemerintah tapi murni dari masyarakat.

- c. Dalam periode waktu yang sudah ditetapkan, masyarakat yang telah dilakukan pemecuan kemudian dilakukan pengukuran kedua untuk mengetahui perubahan pengetahuan, sikap dan tindakan.

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Analisis Statistik

1. Pengetahuan Responden

Tabel 5.1

Distribusi Deskriptif Pengetahuan Masyarakat tentang BAB Sembarangan
Sebelum Pemicuan

No	Variable	Mean	SD	Min-Mak	95% CI
	Pengetahuan Masyarakat tentang Buang Air Besar Sebelum Pemicuan	13,23	2,487	7-19	12,30-14,16

Dari tabel di atas dapat dilihat dari rata-rata skor Pengetahuan masyarakat tentang Buang Air Besar Sembarangan di Desa Senuro Timur Kecamatan Tanjung Batu Kabupaten Ogan Ilir Tahun 2010 adalah 14 (95% CI: 12,30-14,16) dengan standar deviasi 2,487. Skor tertinggi 19 dan skor terendah adalah 7. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata skor adalah diantara 12,30 sampai dengan 14,16.

Tabel 5.2

Distribusi Deskriptif Pengetahuan Masyarakat tentang BAB Sembarangan

Setelah Pemicuan

No	Variable	Mean	SD	Min-Mak	95% CI
	Pengetahuan Masyarakat tentang Buang Air Besar Setelah Pemicuan	19,80	1,864	14-22	19,10-20,50

Dari tabel di atas dapat dilihat dari rata-rata skor Pengetahuan masyarakat tentang Buang Air Besar Sembarangan di Desa Senuro Timur Kecamatan Tanjung Batu Kabupaten Ogan Ilir Tahun 2010 adalah 20 (95% CI: 19,10-20,50) dengan standar deviasi 1,864. Skor tertinggi 22 dan skor terendah adalah 14. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata skor adalah diantara 19,10 sampai dengan 20,50.

2. Sikap Responden

Tabel 5.3

Distribusi Deskriptif Sikap Masyarakat tentang BAB Sembarangan

Sebelum Pemicuan

No	Variable	Mean	SD	Min-Mak	95% CI
	Sikap Masyarakat tentang Buang Air Besar Sebelum Pemicuan	50,43	7,176	27-63	47,75-53,11

Dari tabel di atas dapat dilihat dari rata-rata skor Sikap Masyarakat Buang Air Besar Sembarangan di Desa Senuro Timur Kecamatan Tanjung Batu Kabupaten Ogan Ilir Tahun 2010 adalah 50,50 (95% CI: 47,75-53,11) dengan standar deviasi 7,176. Skor tertinggi 63 dan skor terendah adalah 27. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata skor adalah diantara 47,75 sampai dengan 53,11.

Tabel 5.4

Distribusi Deskriptif Sikap Masyarakat tentang BAB Sembarangan
Setelah Pemicuan

No	Variable	Mean	SD	Min-Mak	95% CI
	Sikap Masyarakat tentang Buang Air Besar Setelah Pemicuan	53,37	3,469	46-60	52,07-54,66

Dari tabel di atas dapat dilihat dari rata-rata skor Sikap Masyarakat Buang Air Besar Sembarangan di Desa Senuro Timur Kecamatan Tanjung Batu Kabupaten Ogan Ilir Tahun 2010 adalah 53 (95% CI: 52,07-54,66) dengan standar deviasi 3,469. Skor tertinggi 60 dan skor terendah adalah 46. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata skor adalah diantara 52,07 sampai dengan 54,66.

3. Tindakan Responden

Tabel 5.5

Distribusi Deskriptif Tindakan Masyarakat tentang BABSembarangan
Sebelum Pemicuan

No	Variable	Mean	SD	Min-Mak	95% CI
	Tindakan Masyarakat tentang Buang Air Besar Sebelum Pemicuan	15,38	3,670	10-30	15,01-15,65

Dari tabel di atas dapat dilihat dari rata-rata skor Tindakan Masyarakat Buang Air Besar Sembarangan di Desa Senuro Timur Kecamatan Tanjung Batu Kabupaten Ogan Ilir Tahun 2010 adalah 15 (95% CI: 15,01 – 15,65) dengan standar deviasi 3,670. Skor tertinggi 30 dan skor terendah adalah 10 . Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata skor adalah diantara 15,01 sampai dengan 15,65

Tabel 5.6

Distribusi Deskriptif Tindakan Masyarakat tentang BAB Setelah Pemicuan

No	Variable	Mean	SD	Min-Mak	95% CI
	Tindakan Masyarakat tentang Buang Air Besar Setelah Pemicuan	16,76	4,561	10 - 48	15,81 – 17,52

Dari tabel di atas dapat dilihat dari rata-rata skor Masyarakat Buang Air Besar di Desa Senuro Timur Kecamatan Tanjung Batu Kabupaten Ogan Ilir Tahun 2010 adalah 17 dengan standar deviasi 4,561 (95% CI: 15,01 – 15,65) Skor tertinggi 48 dan skor terendah adalah 10. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata skor adalah diantara 15,81 sampai dengan 17,52

B. Analisis Bivariat

Analisa Bivariat bertujuan untuk melihat pengaruh pemicuan terhadap perubahan perilaku buang air besar masyarakat Desa Senuro Timur Kecamatan Tanjun Batu Kabupaten Ogan Ilir antara sebelum dan sesudah dilakukannya intervensi pada setiap variable. Analisa statistic secara bivariat pada penelitian ini menggunakan uji T (*T-Test*) dengan $\alpha = 0,05$.

Sebelum menentukan analisa bivariat, maka dilakukan uji normalitas terlebih dahulu. Dan hasilnya dengan uraian tabel berikut ini :

Tabel 5.7

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

	prepenget	Postnget	Presikap	postsikap	pretindakan	posttindakan
Kolmogorov-Smirnov Z	1,073	0,782	0,964	0,778	1,023	0,665
Asymp.Sig n.(2-tailed)	0,200	0,574	0,311	0,580	0,250	0,514

Dari hasil uji normalitas (Kolmogorov-Smirnov) di atas dapat dilihat bahwa *t value* pada pengetahuan $> 0,05$, yaitu 0,200 pada *Pre-Test* dan 0,574 pada *Post-Test*. Begitu juga pada *t value* sikap $> 0,05$, yaitu 0,311 dan 0,580 pada *Post-Test*, sedangkan *t value* tindakan $> 0,05$, yaitu 0,250 dan 0,514 pada *Post-Test* sehingga datanya dapat dikatakan normal, dan digunakan uji statistic *T-Test*.

Hasil analisis bivariat pengaruh pemberian pemicuan terhadap masing-masing variabel seperti pada berikut ini :

Pengetahuan

Hasil analisis pengaruh pemicuan terhadap pengetahuan Masyarakat Buang Air Besar di Desa Senuro Timur Kecamatan Tanjung Batu Kabupaten Ogan Ilir Tahun 2010, berdasarkan tabel di atas ditemukan bahwa masyarakat yang menjadi responden mengalami perubahan ke arah yang lebih positif/baik tentang Buang Air Besar, dan tidak mengalami perubahan pengetahuan ke arah negatif.

Dari hasil uji statistic didapatkan $\alpha < 0,05$ (*t value* = 0,000). Hal ini berarti ada pengaruh bermakna antara pemicuan terhadap pengetahuan masyarakat tentang Buang Air Besar.

Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Romaji (2010), tentang efektivitas metode *community lead total sanitation* (CLTS)/STBM dalam merubah pengetahuan, sikap dan perilaku buang air besar (Studi di Desa Adan-Adan Kecamatan Gurah Kabupaten Kediri), didapat bahwa penyuluhan dengan pendekatan STBM ini dapat meningkatkan pengetahuan.

Menurut hasil penelitian Annisfaini (2008), juga menyebutkan tentang ternyata perilaku buang air besar masyarakat setelah program STBM yang dilakukan di Desa Plosokidul Kecamatan Plosoklaten Kabupaten Kediri menunjukkan bahwa pengetahuan responden terkait BAB di jamban sebagian besar tinggi (89,4%).

Pengetahuan merupakan hasil tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yaitu indera penglihatan pendengaran, penciuman, rasa dan raba.

Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2005).

Pengetahuan atau *kognitif* merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan atau perilaku seseorang, dengan kata lain apabila seseorang memiliki pengetahuan yang baik maka orang tersebut cenderung akan berperilaku baik pula.

Menurut *World Health Organisation (WHO)*, ada tiga teori perubahan perilaku salah satunya, adalah pemberian informasi. Menurut teori ini dengan memberikan informasi-informasi tentang cara-cara mencapai hidup sehat, cara pemeliharaan kesehatan, cara menghindari penyakit, dan sebagainya akan meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang hal tersebut (Notoadmodjo, 2003).

Sikap

Hasil analisis pengaruh pemicuan terhadap sikap Masyarakat Buang Air Besar di Desa Senuro Timur Kecamatan Tanjung Batu Kabupaten Ogan Ilir Tahun 2010, berdasarkan tabel di atas ditemukan bahwa masyarakat yang menjadi responden mengalami perubahan ke arah yang lebih positif/baik tentang Buang Air Besar, dan tidak mengalami perubahan pengetahuan ke arah negatif.

Dari hasil uji statistic didapatkan $\alpha < 0,05$ (*t value* = 0,000). Hal ini berarti ada pengaruh bermakna antara pemicuan terhadap pengetahuan masyarakat tentang Buang Air Besar. Sikap merupakan reaksi atau respons seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Manifestasi sikap tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu. Dalam kehidupan sehari – hari adalah merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial (Notoadmodjo, 2005).

Sikap merupakan reaksi atau respon seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktifitas, akan tetapi merupakan predisposisi tindakan atau perilaku (Notoatmodjo,2005).

Secara umum sikap berkaitan erat dengan pengetahuan. Jika seseorang memiliki pengetahuan yang baik tentang sesuatu maka sikap yang dimilikinya pun cenderung positif.

Perilaku

Hasil analisis pengaruh pemicuan terhadap perubahan tindakan masyarakat tentang buang air besar berdasarkan hasil analisis ditemukan bahwa dari 100 responden, terdapat 70 (70%) responden yang mengalami perubahan tindakan ke arah yang lebih baik/positif sebanyak, 30 (30%) responden mengalami perubahan tindakan ke arah yang negatif.

Dari hasil uji statistic didapatkan $\alpha < 0,05$ (t value = 0,058). Hal ini berarti tidak ada pengaruh pemicuan terhadap perubahan perilaku masyarakat dalam hal buang air besar sembarangan.

Sejalan dengan hasil penelitian Romaji (2010), tentang efektivitas metode *community lead total sanitation* (CLTS)/STBM dalam merubah pengetahuan, sikap dan perilaku buang air besar (Studi di Desa Adan-Adan Kecamatan Gurah Kabupaten Kediri), didapat bahwa penyuluhan dengan pendekatan STBM ini dapat meningkatkan pengetahuan, tetapi belum efektif merubah sikap dan perilaku buang air besar. Hal ini disebabkan karena perubahan perilaku membutuhkan waktu yang cukup lama, tidak dapat dilihat hanya dalam waktu singkat

Menurut teori Kurt Lewin (1979) perilaku itu dapat berubah apabila terjadi ketidak-seimbangan antara kekuatan tersebut di dalam diri seseorang sehingga ada tiga kemungkinan terjadi perubahan perilaku pada diri seseorang, yakni salah satunya apabila kekuatan-kekuatan pendorong meningkat. Hal ini terjadi karena adanya stimulus-stimulus yang mendorong untuk terjadinya perubahan-perubahan perilaku. Stimulus ini berupa penyuluhan-penyuluhan atau informasi-informasi sehubungan dengan perilaku yang bersangkutan (Notoadmodjo, 2005).

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Kesimpulan yang dapat dibuat dari hasil penelitian ini adalah:

1. Dari hasil uji statistic didapatkan $\alpha < 0,05$ ($t \text{ value} = 0,000$). Hal ini berarti ada pengaruh bermakna antara pemicuan terhadap pengetahuan masyarakat tentang Buang Air Besar Sembarangan.
2. Dari hasil uji statistic didapatkan $\alpha < 0,05$ ($t \text{ value} = 0,000$). Hal ini berarti ada pengaruh bermakna antara pemicuan terhadap sikap masyarakat tentang Buang Air Besar Sembarangan.
3. Dari hasil uji statistic didapatkan $\alpha < 0,05$ ($t \text{ value} = 0,058$). Hal ini berarti tidak ada pengaruh pemicuan terhadap perubahan perilaku masyarakat dalam hal Buang Air Besar Sembarangan.

B. Saran

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, maka ada beberapa saran yang dapat diberikan peneliti diantaranya :

1. Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM), secara tidak langsung merupakan program yang cukup efektif dalam menumbuhkan kesadaran masyarakat untuk mampu secara mandiri mengubah perilaku mereka. Oleh sebab itu diharapkan Pemerintah Kabupaten Ogan Ilir, khususnya Dinas Kesehatan Kabupaten Ogan Ilir dapat melanjutkan program ini secara berkesinambungan sehingga diharapkan adanya peningkatan hasil yang signifikan secara bertahap.
2. Diharapkan pada petugas kesehatan (sanitarian) agar dapat melakukan kegiatan monitoring dan evaluasi pasca pemicuan dengan penyuluhan metode STBM secara berkelanjutan dalam waktu yang tidak terbatas sehingga tercapai sanitasi total berbasis masyarakat dimana total masyarakat melaksanakan pembuangan air besar disarana pembuangan

tinja (jamban) yang memenuhi syarat kesehatan, atau dengan kata lain tidak ada lagi masyarakat yang buang air besar sembarangan.

3. Bagi peneliti selanjutnya yang ingin mengambil penelitian serupa diharapkan dapat melakukan wawancara mendalam kepada masyarakat agar bisa mengetahui lebih jelas mengenai hasil-hasil program ini di masyarakat dan dapat memberikan kontribusi guna perbaikan Program STBM dalam perubahan perilaku di masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Annisfaini. 2008. *Perilaku Buang Air Besar Setelah Community Led Total Sanitation (CLTS): Studi di Dukuh Simbarlor Desa Plosokidul Kecamatan Plosoklaten Kabupaten Kediri*. [http : //www. library@unair.ac.id](http://www.library@unair.ac.id) [18 Maret 2010].
- Arifin, Munif. 2009. *Sebuah Catatan dari Pinggiran Dusun* . <http://inspesisanitasi.blogspot.com/2009/04/sanitasi.berbasis-masyarakat-stbm.html>. [14 Maret 2010].
- Arikunto, Suharsimi. 2006. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta
- Azwar S. 2000. *Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya*. Edisi ke 2. Jakarta : Pustaka Pelajar Offset.
- Bhisma Murti. 1997. *Prinsip dan Metode Riset Epidemiologi*. Jakarta. Gajah Mada University Press.
- Dahlan, Sapiyudin. 2009. *Statistik Untuk Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta, Salemba Medika.
- Dinkes Kabupaten Ogan Ilir. *Profil Kesehatan Kabupaten Ogan Ilir*. 2008
- Dinkes Kabupaten Ogan Ilir. *Profil Kesehatan Kabupaten Ogan Ilir*. 2009
- Depkes RI. 2008. *Pedoman Strategi Nasional Sanitasi Total Berbasis Masyarakat*. http://www.depkes.go.id/downloads/pedoman_stbm.pdf
- Depkes RI. 2008. *Sejarah 2006 Sudah 10.000 Desa Terapkan STBM*. <http://www.Sanitasi.or.id>
- Depkes RI. 2008. *Pedoman Pelaksanaan Pemucuan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat* Jakarta.
- Prosiding Seminar Nasional, 13-14 Desember 2010**

- Depkes RI, 2009. *Lingkungan Sehat Rakyat Sehat. Ditjen PP-PL*. Jakarta
- Enjang, Indan. 2000. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Citra Aditya Bakti, Bandung
- Green. L. 1980. *Health Education Planning A Diagnostic Approach*. California, Mayfield Publishing Company.
- Irmalasari, Resti. 2010. *Studi Komparatif Perilaku Buang Air Besar Pada Masyarakat yang Telah dan Belum Menerapkan Program STBM di Kecamatan Indralaya*. Skripsi yang tidak dipublikasikan.
- Notoadmodjo, S. 2005. *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*. Jakarta : Rineka Cipta
- Notoadmodjo, S. 2005. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Mubarak, Wahid I dan Chayatin Nurul. 2009. *Ilmu Kesehatan Masyarakat : Teori dan Aplikasi*. Jakarta : Salemba Medika.
- Romaji. 2010. *Efektivitas Metode Community Lead Total Sanitation (CLTS) Dalam Merubah Pengetahuan, Sikap Dan Perilaku Buang Air Besar (Studi Di Desa Adan-Adan Kecamatan Gurah Kabupaten Kediri*. <http://pasca.uns.ac.id/?p=761>. [3 Juli 2010].
- STBM. 2009. *Pelaksanaan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat dalam Program Pamsimas*. <http://www.esp.or.id/stbm>.