

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Pelaksanaan Pembangunan kesehatan pada dasarnya dilaksanakan oleh semua komponen bangsa Indonesia yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hiba dup sehat masyarakat agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis. Di Indonesia, program sanitasi pada awalnya mengalami stagnasi hasil, banyak proyek sanitasi yang gagal, padahal penyampaian program sanitasi terutama jamban telah lama dilakukan. Keadaan ini disebabkan antara lain karena pembangunan masih berorientasi pada target fisik serta belum berorientasi pada perubahan perilaku masyarakat. Kepedulian masyarakat terhadap persoalan proyek sanitasi cenderung menurun pada pasca proyek dan kurangnya kebersamaan dalam mengatasi permasalahan sanitasi. Kecenderungan masyarakat terhadap uluran subsidi pemerintah juga masih tinggi (1,2).

Upaya peningkatan perilaku higiene dan peningkatan akses sanitasi terus dikembangkan. Pemerintah Indonesia mengembangkan program *Community Lead Total Sanitation* (CLTS) yang lebih fokus pada perilaku Stop BABS menjadi program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM). STBM adalah pendekatan untuk mengubah perilaku higienis dan saniter melalui pemberdayaan masyarakat

dengan cara pemicuan. STBM merupakan program pemerintah dalam rangka memperkuat upaya membudayakan hidup bersih dan sehat, mencegah penyebaran penyakit berbasis lingkungan, meningkatkan kemampuan masyarakat, serta mengimplementasikan akses air minum dan sanitasi dasar yang berkesinambungan (2).

Pemerintah Indonesia melalui Kementerian Kesehatan Republik Indonesia telah mengeluarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 852/MENKES/SK/IX/2008 tentang strategi Nasional Sanitasi Total Berbasis Masyarakat. STBM adalah pendekatan untuk merubah perilaku hygiene dan sanitasi melalui pemberdayaan masyarakat dengan metode pemicuan yang meliputi 5 Pilar yaitu : Stop Buang Air Besar Sembarangan (Stop BABS), Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS), Pengelolaan Air Minum dan Makanan Rumah Tangga (PAMM-RT), Pengamanan Sampah Rumah Tangga (PSRT), Pengamanan Limbah Cair Rumah Tangga. Fokus pertama dilakukan pada Stop BABS karena pilar tersebut berfungsi sebagai pintu masuk menuju sanitasi total serta merupakan upaya untuk memutus rantai kontaminasi kotoran manusia terhadap air baku minum, makanan, dan lainnya. Program ini lebih menekankan pada perubahan perilaku kelompok masyarakat dengan metode pemicuan. Pemicuan dilaksanakan dengan cara fasilitasi kepada masyarakat dalam upaya memperbaiki keadaan sanitasi di lingkungan mereka hingga mencapai kondisi *Open Defecation Free* (ODF). Kondisi ODF ditandai dengan 100% masyarakat telah mempunyai akses BAB di jamban sendiri, tidak adanya kotoran di lingkungan mereka, serta mereka mampu menjaga kebersihan jamban (2).

Berdasarkan sudut pandang Ekonomi, Indonesia mengalami kerugian sebesar \$ 6,3Milyar (56,7 triliun) per tahun akibat buruknya kondisi hygiene dan sanitasi. Menurut laporan *Join Monitoring Program WHO 2015*, Berdasarkan data WHO diperkirakan sebesar 1,1 milyar orang atau 17% penduduk dunia masih buang air besar di area terbuka. Untuk mengatasi hal ini di formulasikan program STBM Sebagai Program Nasional (3).

Indonesia menempati urutan kedua penyumbang BAB Sembarangan terbanyak di dunia, satu peringkat diatas India. Data UNICEF tahun 2012 menyebutkan 5 (Lima) negara dengan populasi BAB sembarangan paling besar yaitu India (626 juta), Indonesia (63 juta), Pakistan (40 juta), Etiopia (38 juta) dan Nigeria (34 juta) (3).

Masalah strategis Air Minum dan Penyehatan Lingkungan (AMPL) di Indonesia tahun 2010 berdasarkan data dari RPJM 2010-2014 dan perhitungan Bappenas 2010, 22,29 % penduduk Indonesia belum memiliki akses air minum, lebih dari 70 juta jiwa belum memiliki akses sanitasi dasar, 90% air permukaan tidak layak, 85% air tanah tercemar tinja, 14,49% saluran drainase mengalir lambat, 32,68% rumah tangga tidak memiliki saluran drainase, 68% sudah ada pelayanan sanitasi dasar tetapi belum memperhatikan kualitas layanan sanitasi aman bagi lingkungan dan kesehatan, potensi kerugian ekonomi 56 Trilyun/tahun sebagai dampak dari 70 juta jiwa belum mendapatkan akses pada sanitasi dasar, dan kesadaran berperilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) masih rendah (4). Realisasi dan target RPJMN 2015-2019 pada infrastruktur dasar akses air minum layak pada *baseline* tahun 2014 70%, dan sasaran tahun 2019 100% (5).

Hasil Riskesdas 2018 tentang proporsi rumah tangga berdasarkan tempat pembuangan air limbah. Rerata Nasional perilaku BAB di jamban adalah (88,2%). Dengan persentase tertinggi rumah tangga yang berperilaku benar dalam BAB adalah DKI Jakarta (97,6%) dan persentase terendah adalah Papua (55,8%). Berdasarkan tempat pembuangan akhir tinja, sebesar 66% rumah tangga di Indonesia menggunakan tangki septik sebagai tempat pembuangan akhir tinja. Rumah tangga yang menggunakan tempat Saluran Pembuangan Akhir Limbah (SPAL) sebesar 4%, kolam/sawah sebesar 4,4%, sungai/danau/laut sebesar 13,9%, lubang tanah sebesar 8,6%, pantai/tanah lapang/kebun sebesar 2,7% (6).

Berdasarkan data dari kecamatan Air Putih Puskesmas Pematang Panjang Tahun 2019 dari 10 desa terdapat 7046 KK, yang sudah memiliki jamban sehat permanen (JSP) sebanyak 2207 KK, jamban sehat semi permanen (JSSP) sebanyak 485 KK, sharing (menumpang) sebanyak 124 KK, dan yang belum memiliki jamban (*Open Defecation*) sebanyak 4230 KK. Hal ini menunjukkan bahwa masih banyak masyarakat di Kecamatan Air Putih yang masih mempunyai perilaku BABS sembarangan (60%).

Berdasarkan data dari Puskesmas Pematang Panjang Tahun 2018 cakupan rumah tangga di Desa Limau Sundai Kecamatan Air Putih terdapat 525 KK, yang memiliki Jamban Sehat Permanen (JSP) 121 KK, jamban sehat semi permanen (JSSP) sebanyak 77 KK, yang masih menggunakan Jamban menumpang (*Sharing*) sebanyak 10 KK, yang masih buang air besar sembarangan sebanyak 317 KK.

Teori Lawrence Green mengatakan bahwa perilaku manusia dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu predisposisi, pendukung dan pendorong. Faktor predisposisi (*predisposing factor*), terwujud dalam pengetahuan, sikap, tradisi dan kepercayaan, pekerjaan, pendidikan, ekonomi masyarakat dan sebagainya. Faktor pendukung (*enabling factor*) terwujud dalam ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan masyarakat, misalnya air bersih, tempat pembuangan sampah, tempat pembuangan tinja, ketersediaan makanan yang bergizi, termasuk puskesmas, rumah sakit, poliklinik, posyandu, polindes dan sebagainya. Faktor pendorong (*reinforcing factor*) terwujud dalam sikap dan perilaku tokoh masyarakat (toma), tokoh agama (toga), sikap dan perilaku para petugas termasuk petugas kesehatan. Terkait perilaku BAB sembarang masyarakat pada prinsipnya merupakan suatu masalah kesehatan yang sangat kompleks di mana berbagai faktor tersebut saling berkaitan satu sama lain (7).

Permasalahan perilaku BAB sembarangan masyarakat pesisir pada dasarnya merupakan masalah kompleks dari perumahan sehat pada masyarakat di wilayah pesisir. Wilayah pesisir merupakan satu area yang sangat penting diperhatikan pengelolaannya baik secara administrasi, tata ruang, maupun pengelolaan sanitasi lingkungan. Penerapan rumah sehat pada masyarakat pesisir dinilai sulit terwujud jika dilihat dari keseluruhan aspek indikator rumah sehat itu sendiri, seperti pembuangan sampah, lantai rumah yang permanen, serta kepemilikan jamban keluarga (8).

Masyarakat yang tinggal di wilayah pesisir mempunyai karakteristik tersendiri dan umumnya merupakan nelayan tradisional dengan penghasilan pas-

pasan, dan tergolong keluarga miskin yang disebabkan oleh faktor alamiah, yaitu semata-mata bergantung pada hasil tangkapan dan bersifat musiman, serta faktor non alamiah berupa keterbatasan teknologi alat penangkap ikan, sehingga berpengaruh terhadap pendapatan keluarga. Rendahnya pendapatan keluarga berdampak terhadap ketersediaan pangan keluarga, dan ketersediaan rumah yang layak dan sehat (9). Rumah bagi nelayan sebagian besar hanya merupakan tempat persinggahan karena umumnya nelayan hampir separuh hidupnya berada di laut, sehingga kepedulian terhadap rumah yang sehat dinilai relative rendah, demikian juga dengan perilaku kesehatan seperti kebiasaan BAB cenderung melakukan BAB di pinggir pantai.

Hasil penelitian Febriani di Desa Summersari Metro Selatan tahun 2016 mengatakan ada pengaruh akses/ketersediaan sanitasi (OR=3,49), ada pengaruh pengetahuan (OR=2,75), ada pengaruh dukungan (OR=3,52), ada pengaruh sikap dan keyakinan (OR=9,11) terhadap perilaku stop BABS, Kesimpulan penelitian bahwa keberhasilan program STBM dipengaruhi oleh akses/ketersediaan sanitasi, pengetahuan, dukungan sosial, sikap dan keyakinan masyarakat(10).

Hasil penelitian Chaniago di Desa Batuhula dan Desa Telo Kecamatan Batangtoru Kabupaten Tapanuli Selatan Tahun 2018 mengatakan partisipasi masyarakat di Desa Batuhula 64,9%, dan Desa Telo 71,4%, penggunaan jamban desa Batuhula 16,2% tidak memiliki jamban di dalam rumah dan Desa Telo 14,3% tidak memiliki jamban di dalam rumah (11).

Hasil penelitian Saliani di Desa Garuga Kecamatan Mantoh Kabupaten Banggai Provinsi Sulawesi Tengah mengatakan bahwa faktor yang berhubungan

dengan praktek BAB masyarakat adalah faktor pengetahuan, sikap, pendidikan, pendapatan, peran petugas kesehatan, dan peran tokoh masyarakat selanjutnya dari enam faktor tersebut faktor yang paling berpengaruh adalah peran petugas kesehatan (12).

Peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya merupakan tujuan dari pembangunan kesehatan yang salah satunya adalah peningkatan komunitas ODF (*Open Defecation Free*) sedangkan di Puskesmas Pematang Panjang Kecamatan Air Putih tercatat 40% Desa/kelurahan terverifikasi ODF, serta masih terdapat 60% Desa/kelurahan yang belum Stop BABS padahal telah dilakukan pemucuan STBM. Hal ini disebabkan karena pekerjaan masyarakat kebanyakan sebagai petani serta pendapatan masyarakat yang masih kurang ditambah lagi mahalnya harga kloset di pasaran menjadi salah satu faktor penyebab kurangnya pembuatan sekaligus pemanfaatan jamban keluarga di Kecamatan tersebut. Oleh karena itu, untuk mengetahui hasil program STBM di Kecamatan Air Putih yang lebih detail perlu dilakukan evaluasi untuk memperbaiki kebijakan pelaksanaan program dan perencanaan program yang akan datang untuk mewujudkan terciptanya masyarakat yang sehat dengan akses layanan sanitasi yang layak.

Berdasarkan data yang diperoleh dari Puskesmas Pematang Panjang ditemukan masih banyak masyarakat BAB sembarangan. Maka hadirilah pelaksanaan program STBM yaitu pemucuan STBM. Fasilitator berperan aktif yang terdiri dari 5 tim/ 5 orang yang dipilih untuk mengikuti pelatihan *Training Of Trainer* (TOT) yaitu Sanitari Puskesmas, bidan Desa, Tokoh Masyarakat,

Tokoh Adat/Agama dan *Natural Leader*. Mereka selalu ikut mempersiapkan pelaksanaan pemucuan *Stop BABS* sesuai dengan kesepakatan yang ditentukan oleh masyarakat. Tujuan pemucuan yang diadakan dengan tidak memberikan suatu bantuan melainkan kesadaran masyarakat itu sendiri, untuk kelengkapan bahan yang dibutuhkan pada pemucuan disediakan oleh sanitarian Puskesmas serta fasilitator menyiapkan bahan-bahan lokal dalam pemucuan. 5 tim tersebut hanya bertugas memfasilitasi dan tidak boleh melakukan kegiatan yang berbentuk penyuluhan. Pengetahuan yang didapat dari hasil diskusi bersama cenderung lebih bisa diterima dari pada pengetahuan yang diterima langsung oleh Narasumber karena cenderung memiliki latar belakang budaya yang berbeda. Proses pemucuan diupayakan seminimal mungkin bersal dari Narasumber/ fasilitator. Fasilitator hanya mengarahkan agar masyarakat bisa menemukan masalahnya sendiri sekaligus mencari solusinya bersama-sama.

Berdasarkan hasil survei awal terhadap 10 KK yang masih BAB sembarangan ditemukan bahwa banyak faktor yang menyebabkan masyarakat tidak BAB di jamban. 4 (empat) KK diantaranya terlihat masih belum mengetahui akibat yang akan ditimbulkan BAB sembarangan dengan mengatakan tidak ada dampak yang disebabkan oleh karena BAB sembarangan, tinja dapat digunakan sebagai pakan ikan dan mereka sekeluarga sehat-sehat semuanya, sementara itu 6 (enam) KK lagi mengatakan bahwa tidak ingin membuat jamban karena jamban itu mahal dan masih merasa nyaman untuk BAB di tali air, karena untuk membuat jamban membutuhkan biaya, sedangkan masih banyak kebutuhan lain yang lebih diutamakan.

Berdasarkan uraian latar belakang diatas, maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Hubungan Faktor Predisposisi Dengan Perilaku Buang Air Besar Sembarangan (BABS) Setelah Pemicuan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) di Desa Limau Sundai Kecamatan Air Putih Kabupaten Batu Bara Tahun 2019”.

1.2. Rumusan Masalah

Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “bagaimana hubungan faktor predisposisi dengan perilaku Buang Air Besar Sembarangan Setelah Pemicuan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) di Desa Limau Sundai Kecamatan Air Putih Kabupaten Batu Bara Tahun 2019”.

1.3. Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan faktor predisposisi dengan Perilaku BAB masyarakat setelah pemicuan STBM di Desa Limau Sundai Kecamatan Air Putih Kabupaten Batu Bara Tahun 2019.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

1. Institusi Pendidikan

Diharapkan penelitian ini bermanfaat bagi mahasiswa Institut Kesehatan Helvetia khususnya mahasiswa program studi S1 Kesehatan Masyarakat dalam menganalisa perilaku BAB Masyarakat Setelah Pemicuan STBM.

2. Peneliti Selanjutnya

Diharapkan dapat menambah ilmu pengetahuan bagi peneliti dan bahan perbandingan bagi peneliti selanjutnya untuk melakukan penelitian tentang perilaku BAB masyarakat setelah pemicuan STBM.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Petugas Pelayanan Kesehatan

Untuk menambah informasi kepada Petugas Kesehatan khususnya petugas pemicuan STBM.

2. Bagi Desa Limau Sundai Kecamatan Air Putih Kabupaten Batu Bara

Sebagai masukan bagi Desa Limau Sundai Kecamatan Air Putih Kabupaten Batu Bara untuk meningkatkan evaluasi laporan program pemicuan dan menindaklanjuti serta meningkatkan program pemicuan STBM terhadap Stop BAB sembarangan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Tinjauan Peneliti Terdahulu

Hasil penelitian Fajar di Desa Senuro Timur Kabupaten Ogan Ilir. Jenis penelitian yang digunakan adalah eksperimen semu dengan rancangan sebelum dan sesudah intervensi. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh Masyarakat Desa Senuro Timur Kecamatan Tanjung Batu, Kabupaten Ogan Ilir, sampel diambil dengan tehnik Purposive Sampling sebanyak 100 orang. Analisis data dilakukan dengan menggunakan Uji T. Hasil penelitian mengatakan bahwa ada pengaruh pengetahuan masyarakat (*p value* = 0,000), sikap (*p value* = 0,000), tidak ada pengaruh (*p value* = 0,058), terhadap perubahan perilaku masyarakat dalam BAB sembarangan (13).

Hasil penelitian Widowati di wilayah kerja Puskesmas Sambungmacan II Kabupaten Sragen. Penelitian ini menggunakan metode survei analitik dengan rancangan kasus kontrol. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh kepala keluarga yang berperilaku BABS di wilayah kerja Puskesmas Sambungmacan II. Sampel yang dibutuhkan adalah 102 kasus dan 102 kontrol. Teknik pengambilan sampel menggunakan *porposive sampling*. Analisis menggunakan *Chi-Square*, hasil penelitian menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara Pendidikan $p = 0,000$; OR = 4,230, Pekerjaan $p = 0,002$; OR = 3,535, Pendapatan $p = 0,000$; OR = 9,500, Pengetahuan $p = 0,000$; OR = 3,255, Sikap $p = 0,000$; OR = 2,646 dengan perilaku Buang Air Besar Sembarangan (BABS) (14).

Hasil penelitian Pudjaningrum Kelurahan Kauman Kidul Kota Salatiga. Penelitian ini menggunakan desain pre-eksperimental dengan desain *one-pre-test post-test*. Populasi dalam penelitian ini adalah masyarakat Kauman Kidul yang masih melakukan praktik buang air besar sembarangan secara keseluruhan. Analisis menggunakan uji *Wilcoxon* dengan tingkat signifikansi 0,05. Hasil penelitian mengatakan bahwa ada perbedaan yang signifikan dalam pengetahuan, sikap dan praktik responden tentang perilaku BAB dengan nilai p kurang dari 0,05(15).

2.2. Telaah Teori

2.2.1. Sejarah STBM

STBM merupakan adopsi dari keberhasilan pembangunan sanitasi total dengan menerapkan model CLTS (*Community-Led Total Sanitation*). Pendekatan CLTS berasal dari evaluasi oleh Kamal Kar mengenai WaterAid dari VERC's (*Village Education Resource*). Hasil dari evaluasi adalah penemuan pendekatan CLTS dengan metode PRA pada tahun 2000. Sejak tahun 2000, melalui pelatihan langsung oleh Kamal Kar dan dukungan dari banyak lembaga serta dibantu dengan kunjungan lintas Negara, CLTS telah menyebar ke organisasi lain di Bangladesh dan Negara lain di Asia Selatan dan Asia Tenggara, Afrika, Amerika Latin, dan Timur Tengah. Lembaga atau instansi yang mensponsori pelatihan ini oleh Kamal Kar antara lain the WSP-World Bank, CARE, Concern, WSLIC II(16).

Uji coba implementasi CLTS di 6 kabupaten di Indonesia pada tahun 2005. Pada Juni 2006, Departemen Kesehatan mendeklarasikan pendekatan CLTS

sebagai strategi nasional untuk program sanitasi. Pada september 2006, program WSLIC memutuskan untuk menerapkan pendekatan CLTS sebagai pengganti pendekatan dana bergulir di seluruh lokasi program (36 kabupaten). Pada saat yang sama, beberapa LSM mulai mengadopsi pendekatan ini. Mulai Januari sampai Mei 2007, Pemerintah Indonesia bekerja sama dengan Bank Dunia merancang proyek PAMSIMAS di 115 kabupaten. Program ini mengadopsi pendekatan CLTS dalam rancangannya. Bulan Juli 2007 menjadi periode yang sangat penting bagi perkembangan CLTS di Indonesia, karena pemerintah bekerja sama dengan Bank Dunia mulai mengimplementasikan sebuah proyek yang mengadopsi pendekatan sanitasi total bernama *Total Sanitation and Sanitation Marketing* (TSSM) atau Sanitasi Total dan Pemasaran Sanitasi (SToPS), dan pada tahun 2008 (11).

2.2.2. Pengertian STBM

Sanitasi Total Berbasis Masyarakat yang selanjutnya disingkat STBM adalah pendekatan untuk mengubah perilaku higienis dan saniter melalui pemberdayaan masyarakat dengan cara pemicuan (17).

Pilar Sanitasi Total Berbasis Masyarakat yang selanjutnya disebut Pilar STBM adalah perilaku higienis dan saniter yang digunakan sebagai acuan dalam penyelenggaraan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat. Masyarakat menyelenggarakan STBM secara mandiri dengan berpedoman pada Pilar STBM. Pilar STBM sebagaimana terdiri atas perilaku: a). Stop Buang Air Besar Sembarangan; b).Cuci Tangan Pakai Sabun; c). Pengelolaan Air Minum dan

Makanan Rumah Tangga; d). Pengamanan Sampah Rumah Tangga; dan e). Pengamanan Limbah Cair Rumah Tangga (17).

Pelaksanaan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) dengan lima pilar akan mempermudah upaya meningkatkan akses sanitasi masyarakat yang lebih baik serta mengubah dan mempertahankan keberlanjutan budaya hidup bersih dan sehat. Pelaksanaan STBM dalam jangka panjang dapat menurunkan angka kesakitan dan kematian yang diakibatkan oleh sanitasi yang kurang baik, dan dapat mendorong tewujudnya masyarakat sehat yang mandiri dan berkeadilan. Perubahan perilaku dalam STBM dilakukan melalui metode Pemicuan yang mendorong perubahan perilaku masyarakat sasaran secara kolektif dan mampu membangun sarana sanitasi secara mandiri sesuai kemampuan (17).

STBM dilaksanakan melalui pemberdayaan masyarakat dimana masyarakat sadar, mau dan mampu untuk melaksanakan sanitasi total yang timbul dari dirinya sendiri, bukan melalui paksaan. Melalui cara ini diharapkan perubahan perilaku tidak terjadi pada saat pelaksanaan program melainkan berlangsung seterusnya (18).

Metode yang digunakan dalam STBM adalah metode pemicuan. Metode pemicuan ini dilaksanakan oleh tim fasilitator dengan cara memicu masyarakat dalam lingkup komunitas terlebih dahulu untuk memperbaiki sarana sanitasi sehingga tercapai tujuan dalam hal memperkuat budaya perilaku hidup bersih dan sehat pada masyarakat serta mencegah penyakit berbasis lingkungan (19).

Faktor-faktor yang harus dipicu antara lain rasa jijik, rasa malu, takut sakit, aspek agama, *privacy*, dan kemiskinan. Setelah pemicuan faktor tersebut

terlaksana, dibentuklah komite dari komunitas tersebut. Komite dibentuk agar rencana aksi dari masyarakat yang terpicu dapat berjalan dengan baik. Selain itu monitoring dari tim fasilitator juga harus diterapkan. Kegiatan terus dilakukan sampai tercapai kondisi desa bebas buang air besar sembarangan (ODF/ *Open Defecation Free*)

Terdapat empat parameter desa ODF antara lain:

1. Semua rumah tangga mempunyai jamban yang memenuhi syarat kesehatan.
2. Semua sekolah yang berada di wilayah tersebut mempunyai jamban yang memenuhi syarat kesehatan dan program perbaikan hygiene.
3. Semua sarana jamban digunakan dan dipelihara.
4. Lingkungan tempat tinggal bebas dari kotoran manusia.

Tujuan umum dari program STBM adalah memicu masyarakat sehingga dengan kesadarannya sendiri mau menghentikan kebiasaan buang air besar di tempat terbuka pindah ke tempat tertutup dan terpusat (19). Sedangkan tujuan khusus dari program STBM antara lain:

1. Memfasilitasi masyarakat sehingga masyarakat dapat mengenali permasalahan kesehatan lingkungannya sendiri.
2. Memfasilitasi masyarakat untuk menganalisis masalah kesehatan lingkungan mereka dengan memicu perasaan jijik, malu, takut sakit, rasa dosa, dan lain sebagainya sehingga muncul kesadaran untuk merubah perilakunya kearah perilaku hidup bersih dan sehat dengan meninggalkan kebiasaan BAB di tempat terbuka.

3. Memunculkan kemauan keras masyarakat untuk membangun jamban yang sesuai dengan keinginannya dan kemampuan mereka tanpa menunggu bantuan (16).

Prinsip dari program nasional STBM antara lain non-subsidi, kebersamaan, keberpihakan terhadap kelompok miskin, keberpihakan pada lingkungan, prinsip tanggap kebutuhan, kesetaraan gender, pembangunan berbasis masyarakat, dan keberlanjutan (20).

2.2.3. Pilar STBM

Penyelenggaraan STBM bertujuan untuk mewujudkan perilaku masyarakat yang higienis dan saniter secara mandiri dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya (17).

Lima Pilar STBM terdiri dari:

1. Stop Buang Air Besar Sembarangan

Suatu kondisi ketika setiap individu dalam komunitas tidak buang air besar sembarangan. Perilaku SBS diikuti dengan pemanfaatan sarana sanitasi yang saniter berupa jamban sehat. Saniter merupakan kondisi fasilitas sanitasi yang memenuhi standar dan persyaratan kesehatan yaitu:

- 1) Tidak mengakibatkan terjadinya penyebaran langsung bahan-bahan yang berbahaya bagi manusia akibat pembuangan kotoran manusia
- 2) Dapat mencegah vektor pembawa untuk menyebar penyakit pada pemakai dan lingkungan sekitarnya.

2. Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS)

CTPS merupakan perilaku cuci tangan dengan menggunakan sabun dan air bersih yang mengalir. Perilaku cuci tangan dengan menggunakan sabun dan air yang mengalir pada 5 waktu kritis. Lima waktu kritis tersebut antara lain sebelum makan, sesudah makan, setelah BAB atau kontak dengan kotoran, setelah mengganti popok bayi, dan sebelum memberikan makan bayi. Tujuan jangka panjang dari pilar kedua adalah untuk berkontribusi terhadap penurunan kasus diare pada anak balita di Indonesia.

3. Pengelolaan Air Minum dan Makanan Rumah Tangga (PAMM-RT)

Pengelolaan Air Minum dan Makanan Rumah Tangga merupakan suatu proses pengolahan, penyimpanan, dan pemanfaatan air minum dan pengelolaan makanan yang aman di rumah tangga.

4. Pengamanan Sampah Rumah Tangga (PSRT)

Pengamanan sampah yang aman adalah pengumpulan, pengangkutan, pemrosesan, pendaur-ulangan atau pembuangan dari material sampah dengan cara yang tidak membahayakan kesehatan masyarakat dan lingkungan. Tujuan Pengamanan Sampah Rumah Tangga adalah untuk menghindari penyimpanan sampah dalam rumah dengan segera menangani sampah

5. Pengamanan Limbah Cair Rumah Tangga

Proses pengamanan limbah cair yang aman pada tingkat rumah tangga untuk menghindari terjadinya genangan air limbah yang berpotensi menimbulkan penyakit berbasis lingkungan. Untuk menyalurkan limbah cair rumah tangga diperlukan sarana berupa sumur resapan dan saluran pembuangan air limbah

rumah tangga. Limbah cair rumah tangga yang berupa tinja dan urine disalurkan ke tangki septik yang dilengkapi dengan sumur resapan. Limbah cair rumah tangga yang berupa air bekas yang dihasilkan dari buangan dapur, kamar mandi, dan sarana cuci tangan disalurkan ke saluran pembuangan air limbah (17).

2.2.4. Stop Buang Air Besar Sembarangan (STOP BABS)

Stop Buang Air Besar Sembarangan adalah kondisi ketika setiap individu dalam suatu komunitas tidak lagi melakukan perilaku buang air besar sembarangan yang berpotensi menyebarkan penyakit (17).

Masalah kesehatan merupakan masalah yang sangat kompleks karena saling berkaitan dengan masalah-masalah lain di luar bidang kesehatan. Masalah kesehatan juga banyak disebabkan oleh pencemaran lingkungan. Masalah lingkungan terutama bahan buangan yang tidak seharusnya dibuang di air karena dapat menaikkan populasi mikroorganisme di dalam air. Misalnya : feses, kotoran ayam, sisa tumbuhan dan daun yang berguguran serta bangkai tikus. Feses berasal dari ekskreta manusia ketika penduduk menggunakan WC darurat yang langsung di buang ke sungai (21).

Tinja atau kotoran manusia merupakan media sebagai tempat berkembang dan berinduknya bibit penyakit menular (misal kuman/bakteri, virus dan cacing). Apabila tinja tersebut dibuang di sembarang tempat, misal kebun, kolam, sungai, dll maka bibit penyakit tersebut akan menyebar luas ke lingkungan, dan akhirnya akan masuk dalam tubuh manusia, dan berisiko menimbulkan penyakit pada seseorang dan bahkan menjadi wabah penyakit pada masyarakat yang lebih luas.

Stop buang air besar sembarangan (STOP BABS) akan memberikan manfaat dalam hal-hal sebagai berikut :

1. Menjaga lingkungan menjadi bersih, sehat, nyaman dan tidak berbau dan lebih indah
2. Tidak mencemari sumber air /badan air yang dapat dijadikan sebagai air baku air minum atau air untuk kegiatan sehari-hari lainnya seperti mandi, cuci, dll
3. Tidak mengundang vector (serangga dan binatang) yang dapat menyebarkan bibit penyakit, sehingga dapat mencegah penyakit menular (21).

1. Buang Air Besar Sembarangan

Ekskreta manusia terutama feses merupakan hasil akhir dari proses yang berlangsung dalam tubuh manusia dimana terjadi pemisahan dan pembuangan zat-zat yang tidak dibutuhkan oleh tubuh. Ditinjau dari kesehatan lingkungan, feses dapat menjadi masalah apabila dalam pembuangannya tidak baik dan sembarangan. Buang air besar sembarangan dapat mengakibatkan kontaminasi pada air, tanah, udara, makanan, dan perkembangbiakan lalat (21).

Penyakit yang dapat terjadi akibat kontaminasi tersebut antara lain tifoid, paratiroid, disentri, diare, kolera, penyakit cacing, hepatitis viral, dan beberapa penyakit infeksi gastrointestinal lain, serta infeksi parasit lain. Penyakit tersebut dapat menjadi beban kesakitan pada komunitas dan juga menjadi penghalang bagi tercapainya kemajuan di bidang sosial dan ekonobmi. Pembuangan kotoran

manusia yang baik merupakan hal yang mendasar bagi keserasian lingkungan (22).

Faktor yang mendorong kegiatan pembuangan tinja secara sembarangan antara lain tingkat sosial ekonomi yang rendah, pengetahuan di bidang kesehatan lingkungan yang kurang, dan kebiasaan buruk dalam pembuangan tinja yang diturunkan dari generasi ke generasi (23).

Lingkungan menentukan tingkat kematian atau mortalitas maupun struktur sosial ekonomi yang akan mempengaruhi norma di masyarakat. Lingkungan merupakan hal yang paling penting dalam menentukan kesehatan, seperti yang telah diketahui, penyakit dapat disebabkan oleh unsur fisis seperti temperatur, radiasi, tekanan, kebisingan atau unsur kimia seperti merkuri, insektisida, makanan, dan lain-lain, atau unsur biologis seperti mikroba patogen. Tetapi penyakit itu hanya dapat terjadi apabila norma serta budaya manusianya mengizinkan. Misalnya manusia mengizinkan insektisida, logam berat dan kotoran manusia dimasukkan ke dalam sungai dan manusia pula yang mengizinkan air sungai itu digunakan sebagai air minum (24). Proses pemindahan kuman penyakit dari tinja yang dikeluarkan manusia sebagai pusat infeksi sampai inang baru dapat melalui berbagai perantara, antara lain air, tangan, serangga, tanah, makanan, susu serta sayuran (25).

Menurut Anderson dan Arnstein dalam (Suparmin dan Soeparman, 2007) (26), terjadinya proses penularan penyakit diperlukan faktor sebagai berikut :

1. Kuman penyebab penyakit
2. Sumber infeksi (*reservoir*) dari kuman penyebab

3. Cara keluar dari sumber
4. Cara berpindah dari sumber ke inang
5. Cara masuk ke inang yang baru
6. Inang yang peka (*susceptible*)

Sumber terjadinya penyakit, dengan melihat transmisi penyakit melalui tinja adalah tinja. Dengan demikian untuk memutus terjadinya penularan penyakit dapat dilaksanakan dengan memperbaiki sanitasi lingkungan. Tersedianya jamban merupakan usaha untuk memperbaiki sanitasi dasar dan dapat memutus rantai penularan penyakit (26).

Jamban merupakan tempat yang aman dan nyaman untuk digunakan sebagai tempat buang air besar. Jamban sehat adalah fasilitas pembuangan tinja yang mencegah kontaminasi ke badan air, kontak antara manusia dan tinja, bau yang tidak sedap, membuat tinja tidak dapat dihindari serangga, serta binatang lainnya, dan konstruksi dudukannya dibuat dengan baik, aman, dan mudah dibersihkan (23).

2. Pilar pertama Stop BABS

Standar teknis pemicuan dan promosi Stop BABS terdiri dari perencanaan, pemicuan, dan setelah pemicuan, uraiannya sebagai berikut:

1. Tahap perencanaan

Tahap perencanaan meliputi: Advokasi kepada Pemangku kepentingan secara berjenjang, Identifikasi Masalah dan Analisis situasi, Penyiapan fasilitator dan Peningkatan kapasitas kelembagaan.

1) Advokasi kepada pemangku kepentingan secara berjenjang

Advokasi dilakukan untuk mendapatkan dukungan dari pemerintah daerah, tokoh masyarakat, tokoh agama, dan penyandang dana agar *stakeholder* yang terlibat dalam kegiatan ini memahami prinsip-prinsip yang berlaku pada pengelolaan *Stop BABS*. Dukungan mereka sangat penting karena merupakan panutan masyarakat. Sehingga para tokoh masyarakat perlu ditumbuhkan kesadaran dan pemahaman tentang konsep STBM terlebih dahulu sebelum melaksanakan pemicuan. Upaya menggalang dukungan tokoh masyarakat diharapkan adanya kontribusi dalam proses pelaksanaan program mulai perencanaan hingga terwujudnya desa ODF (2).

2) Identifikasi masalah, kebutuhan dan analisis situasi

Identifikasi masalah dilakukan dengan menemukan suatu kesenjangan antara apa yang diharapkan atau yang telah direncanakan. Sedangkan analisis situasi merupakan langkah yang sangat diperlukan dalam suatu proses perencanaan karena jika dilakukan dengan tepat maka kita dapat mendefinisikan masalah sesuai dengan realita yang kita harapkan (27).

3) Penyiapan Fasilitator

Dalam rangka mensosialisasikan program dan meningkatkan partisipasi masyarakat untuk kegiatan *Stop BABS*, maka diperlukan tenaga fasilitator yang handal, trampil dan memahami prinsip fasilitasi yang benar. Tugas utama fasilitator adalah mempersiapkan dan melakukan pemicuan

kepada masyarakat. Proses penyiapan fasilitator dapat dilakukan melalui seleksi yang dilanjutkan dengan pelatihan.

Substansi pelatihan adalah ketrampilan, pengetahuan, dan sikap sebagai fasilitator serta langkah pemicuan untuk pilar Stop BABS. Pelatihan fasilitator ini biasanya ada dua macam yaitu pelatihan bagi pelatih (*Training Of Trainers*) dan pelatihan bagi fasilitator.

4) Peningkatan Kapasitas Kelembagaan

Peningkatan kapasitas kelembagaan yang dimaksud adalah proses pemahaman lebih lanjut mengenai kebijakan nasional AMPL, STBM dan pilar Stop BABS. Sasarannya adalah lembaga/institusi (Pemerintah dan Non Pemerintah) yang mempunyai kaitan langsung dengan program STBM (27).

2. Tata Cara Pemicuan STBM

1) Sasaran Pemicuan

Sasaran Pemicuan adalah komunitas masyarakat (RW/dusun/desa), bukan perorangan/keluarga, yaitu : a). Semua keluarga yang belum melaksanakan salah satu atau lima pilar STBM, b). Semua keluarga yang telah memiliki fasilitas sanitasi tetapi belum memenuhi syarat kesehatan (17).

2) Pesan yang disampaikan kepada masyarakat tentang Stop Buang air besar Sembarangan

a) Buang air besar sembarangan akan mencemari lingkungan dan akan menjadi sumber penyakit.

- b) Buang air besar dengan cara yang aman dan sehat berarti menjaga harkat dan martabat diri dan lingkungan.
 - c) Jangan jadikan kotoran yang dibuang sembarangan untuk penderitaan orang lain dan diri sendiri.
 - d) Cara hidup sehat dengan membiasakan keluarga buang air besar yang aman dan sehat berarti menjaga generasi untuk tetap sehat.
- 3) Pelaku Pemicuan
- a) Tim Fasilitator STBM Desa/kelurahan yang terdiri dari sedikitnya relawan, tokoh masyarakat, tokoh agama, dengan dukungan kepala desa, dapat dibantu oleh orang lain yang berasal dari dalam ataupun dari luar Desa tersebut
 - b) Bidan desa, diharapkan akan berperan sebagai pendamping, terutama ketika ada pertanyaan masyarakat terkait medis, dan pendampingan lanjutan serta pemantauan dan evaluasi
 - c) Posyandu diharapkan dapat bertindak sebagai wadah kelembagaan yang ada di masyarakat yang akan dimanfaatkan sebagai tempat edukasi, pemicuan, pelaksanaan pembangunan, pengumpulan alternatif pendanaan sampai dengan pemantauan dan evaluasi
 - d) Kader Posyandu diharapkan juga dapat sebagai fasilitator yang ikut serta dalam kegiatan pemicuan di desa,
 - e) *Natural leader* dapat dipakai sebagai anggota Tim Fasilitator STBM Desa untuk keberlanjutan STBM.

4) Langkah-langkah Pemicuan

Proses Pemicuan dilakukan satu kali dalam periode tertentu, dengan lama waktu Pemicuan antara 1-3 jam, hal ini untuk menghindari informasi yang terlalu banyak dan dapat membuat bingung masyarakat. Pemicuan dilakukan berulang sampai sejumlah orang terpicu. Orang yang telah terpicu adalah orang yang tergerak dengan spontan dan menyatakan untuk merubah perilaku. Biasanya sang pelopor ini disebut dengan *natural leader*. Langkah-langkah Pemicuan terdiri dari pengantar pertemuan, Pencairan suasana, Identifikasi istilah-istilah yang terkait dengan sanitasi, Pemetaan sanitasi, *Transect Walk* (Penelusuran Wilayah), Diskusi, Menyusun rencana program sanitasi (17).

3. Pasca pemicuan

Tahap ini tim fasilitator melakukan pendampingan untuk menjaga komitmen komite mengenai rencana pembangunan sarana sanitasi. Hal yang dilakukan adalah memantau perkembangan perubahan perilaku, bimbingan teknis dengan menyampaikan tangga sanitasi dan opsi teknologi. Pendampingan dilaksanakan selambat- lambatanya 5 hari setelah pemicuan. Selain kepada komite, tim fasilitator juga mengadvokasi sasaran tidak langsung yaitu kepala desa dan perangkatnya. Pendampingan dilakukan hingga desa mencapai kondisi ODF. Desa yang telah mencapai status ODF akan mendapatkan sertifikasi dan penghargaan. Upaya untuk menjaga kondisi ODF dengan mengadakan lomba tingkat kecamatan. pemantauan dilaksanakan melalui 2 (dua) mekanisme yaitu: Pemantauan yang dilaksanakan oleh masyarakat secara partisipatif untuk menilai

kemajuan yang telah dicapai oleh masyarakat, dan pemantauan yang dilaksanakan secara berjenjang mulai dari kecamatan sampai ke pusat (17).

2.2.5. Teori Perilaku

Perilaku adalah hasil pengalaman dan proses interaksi dengan lingkungannya yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap, dan tindakan, sehingga diperoleh keadaan seimbang antara kekuatan pendorong dan kekuatan penahan. Perilaku seseorang dapat berubah jika terjadi ketidakseimbangan antara kedua kekuatan di dalam diri seseorang (28).

Teori Lawrence Green mengatakan bahwa perilaku manusia dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu predisposisi, pendukung dan pendorong. Faktor predisposisi (*predisposing factor*), terwujud dalam pengetahuan, sikap, tradisi dan kepercayaan, pekerjaan, pendidikan, ekonomi masyarakat dan sebagainya. Faktor pendukung (*enabling factor*) terwujud dalam ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan masyarakat, misalnya air bersih, tempat pembuangan sampah, tempat pembuangan tinja, ketersediaan makanan yang bergizi, termasuk puskesmas, rumah sakit, poliklinik, posyandu, polindes dan sebagainya. Faktor pendorong (*reinforcing factor*) terwujud dalam sikap dan perilaku tokoh masyarakat (toma), tokoh agama (toga), sikap dan perilaku para petugas termasuk petugas kesehatan. Terkait perilaku BAB sembarang masyarakat pada prinsipnya merupakan suatu masalah kesehatan yang sangat kompleks di mana berbagai faktor tersebut saling berkaitan satu sama lain (7).

Perilaku terhadap lingkungan kesehatan merupakan upaya seseorang merespon lingkungan sebagai determinan agar tidak memengaruhi kesehatannya,

seperti bagaimana mengelola pembuangan tinja, tempat pembuangan sampah, pembuangan limbah, pembersihan sarang-sarang serangga (28).

1. Faktor Predisposisi (*Predisposing Factor*)

Faktor predisposisi (*predisposing factor*), terwujud dalam pengetahuan, sikap, tradisi dan kepercayaan, pekerjaan, pendidikan, ekonomi masyarakat dan sebagainya.

1). Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indra manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*over behavior*) (7). Pengetahuan yang cukup didalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan, yaitu (7):

a. Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk kedalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang di pelajari atau rangsangan yang telah diterima, oleh sebab itu tahu ini 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 (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan 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 sebenarnya.

d. Analisis (*analysis*)

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

e. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjukkan kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian didalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada. Misalnya dapat menyusun, dapat merencanakan, dapat meringkaskan, dapat menyesuaikan, dan sebagainya terhadap suatu teori atau rumusan-rumusan yang telah ada.

f. Evaluasi (*evaluation*)

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

2). Sikap

Sikap (*Attitude*) merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek (7). Tingkatan sikap adalah sebagai berikut :

a. Menerima (*Receiving*)

Menerima diartikan orang (subjek) mau atau memperhatikan stimulus yang diberikan (objek). Misalnya sikap orang dapat dilihat melalui kesediaan dan perhatian orang itu terhadap penyuluhan tentang kesehatan yang diberikan oleh petugas kesehatan.

b. Merespon (*Responding*)

Merespon adalah memberikan jawaban apabila di tanya dan dapat mengerjakan serta menyelesaikan tugas yang diberikan merupakan suatu indikasi dari sikap. Karena dengan memberikan respon berarti orang tersebut menerima ide tersebut.

c. Menghargai (*Valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah merupakan suatu indikasi sikap.

d. Bertanggung Jawab (Responsible)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko merupakan sikap yang paling tinggi (7).

Pengukuran sikap dapat dilakukan dengan menilai pernyataan sikap seseorang. Pernyataan sikap merupakan serangkaian kalimat yang berisi tentang sikap seseorang terhadap suatu objek. Pernyataan sikap terbagi menjadi 2 jenis yaitu *favourable* dan *unfavourable*.

1. *Favourable* (positif) adalah pernyataan-pernyataan sikap yang berisi tentang hal-hal yang positif atau kalimat yang mendukung ataupun memihak pada objek sikap.
2. *Unfavourable* (negatif) adalah pernyataan-pernyataan sikap yang berisi tentang hal-hal yang negatif atau kalimat yang tidak mendukung pada objek sikap.

3). Tradisi dan Kepercayaan

Tradisi adalah kompleks yang mencakup pengetahuan, kepercayaan, kesenian, moral, hukum, adat istiadat serta lain-lain yang berkaitan dengan kemampuan dan kebiasaan manusia sebagai anggota masyarakat, sedangkan kepercayaan dalam bahasa inggris dinamakan trust atau believe ini merupakan suatu bentuk nyata dalam kehidupan dimana menjadi bagian yang paling berharga bagi kehidupan manusia (10).

4). Pekerjaan

Pekerjaan merupakan suatu kebutuhan yang harus dilakukan terutama untuk menunjang kehidupan dan keluarganya. Pekerjaan merupakan aktivitas

utama yang dilakukan seorang untuk mencapai tujuan tertentu yang dapat menunjang kehidupannya. Pekerjaan dapat memengaruhi waktu yang dimiliki seseorang untuk memperoleh informasi, termasuk informasi tentang kesehatan. Apabila informasi yang dikatakan cukup, maka seseorang akan mempunyai pengetahuan yang cukup pula dan kemudian diaplikasikan ke dalam tindakan nyata (29).

5). Pendidikan

Pendidikan secara etimologi berasal dari kata "*paedagogie*" dari bahasa Yunani, terdiri dari kata "*pais*" artinya anak dan "*again*" artinya membimbing, jadi jika diartikan, *paedagogie* artinya bimbingan yang diberikan kepada anak. Pendidikan itu ialah aktivitas yang dengannya seseorang dapat berusaha mendapatkan pengalaman dan latihan-latihan (*experiment*) yang akan menjadikan setiap tugas (aktivitas) masa depannya, lebih baik dan lebih sempurna (29).

6). Status Ekonomi

Ekonomi (pendapatan) dalam memenuhi kebutuhan primer maupun kebutuhan sekunder, keluarga yang status ekonomi baik akan lebih tercukupi bila di banding dengan keluarga yang status ekonominya rendah. Hal ini akan memengaruhi pemenuhan kebutuhan akan informasi pendidikan yang termasuk dalam kebutuhan sekunder (30).

Tingkat pendapatan yang tinggi memungkinkan seseorang untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan yang baik jika dibandingkan dengan seseorang berpenghasilan rendah yang cenderung kurang memanfaatkan

pelayanan kesehatan serta pemeliharaan kesehatan untuk membeli obat ataupun tuntutan ongkos transportasi yang dirasa berat (30).

2. Faktor Pendukung (*Enabling Factor*)

Faktor-faktor pendukung adalah faktor-faktor yang mendukung atau yang memfasilitasi perilaku atau tindakan. Faktor ini mencakup ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan bagi masyarakat. Fasilitas ini pada hakikatnya mendukung atau memungkinkan terwujudnya perilaku kesehatan, maka faktor-faktor ini disebut juga faktor pendukung.

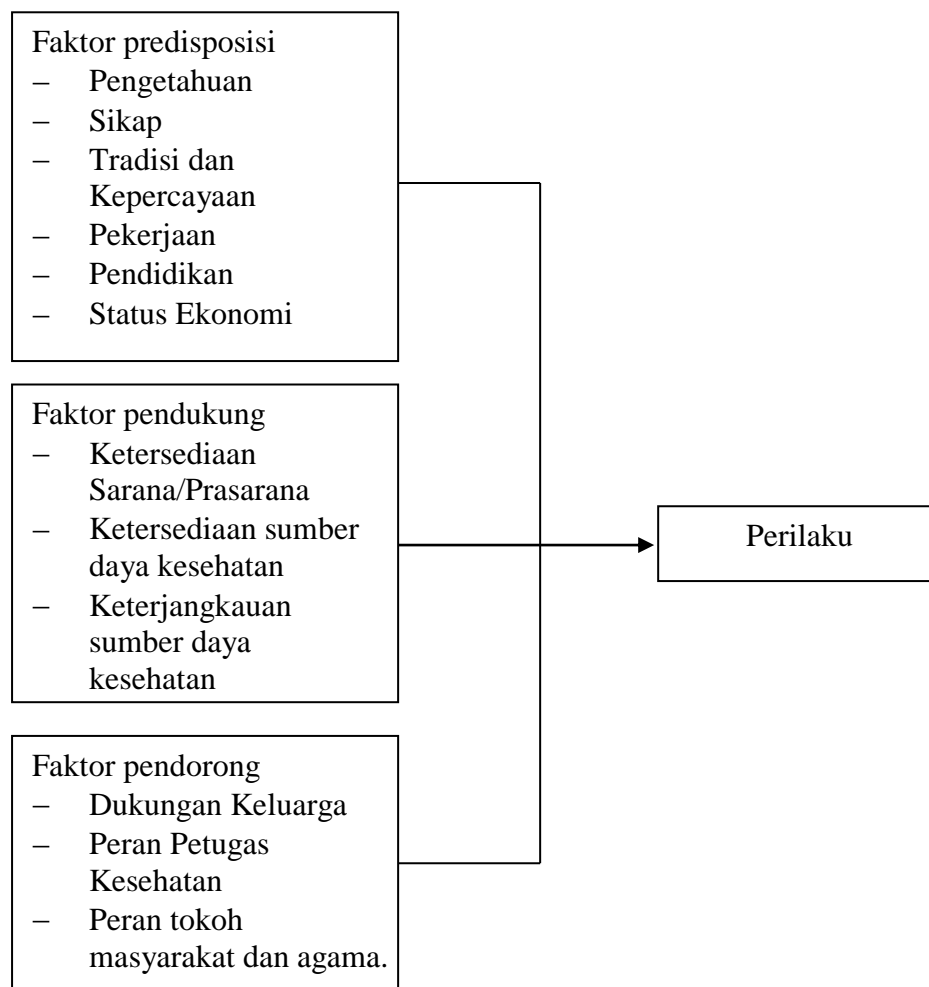
Faktor pendukung (*enabling factor*) terwujud dalam ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan masyarakat, misalnya air bersih, tempat pembuangan sampah, tempat pembuangan tinja, ketersediaan makanan yang bergizi, termasuk puskesmas, rumah sakit, poliklinik, posyandu, polindes dan sebagainya (7).

3. Faktor Pendorong (*Reinforcing Factor*)

Faktor-faktor pendorong adalah faktor-faktor yang mendorong atau memperkuat terjadinya perilaku. Kadang-kadang meskipun orang mengetahui untuk berperilaku sehat, tetapi tidak melakukannya. Faktor-faktor ini meliputi faktor sikap dan perilaku tokoh masyarakat (toma), tokoh agama (toga), sikap dan perilaku para petugas termasuk petugas kesehatan. Termasuk juga disini undang-undang, peraturan-peraturan baik dari pusat maupun dari pemerintah daerah terkait dengan kesehatan.

Faktor pendorong (*reinforcing factor*) terwujud dalam sikap dan perilaku tokoh masyarakat (toma), tokoh agama (toga), sikap dan perilaku para petugas termasuk petugas kesehatan (7).

2.2.6. Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori
Dikutip dari : Notoatmodjo (7).

2.3. Hipotesis

Hipotesis merupakan pernyataan tentatif (Sementara) mengenai kemungkinan hasil dari suatu kemungkinan hasil dari suatu penelitian . Hipotesis penelitian ini adalah ada hubungan pengetahuan, sikap dan status ekonomi

dengan Perilaku BAB Sembarangan Setelah Pemicuan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) di Desa Limau Sundai Kecamatan Air Putih Kabupaten Batu Bara Tahun 2019.

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

3.1. Desain Penelitian

Jenis penelitian yang di gunakan adalah survei analitik, yang dimaksud survey analitik adalah penelitian yang mencoba menggali bagaimana dan mengapa fenomena itu terjadi. Kemudian melakukan analisis dinamika korelasi antara fenomena, baik antara faktor resiko dan faktor efek. Pada penelitian ini menggunakan pendekatan *cross sectional*, yaitu studi epidemiologi yang mempelajari prevalensi, distribusi, maupun hubungan penyakit dan paparan dengan mengamati status paparan, penyakit atau *outcome* lain secara serentak pada individu- individu dari suatu populasi pada suatu saat bersamaan (31).

3.2. Lokasi dan Waktu Penelitian

3.2.1. Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian ini dilakukan di Desa Limau Sundai Kecamatan Air Putih Kabupaten Batu Bara.

3.2.2. Waktu Penelitian

Waktu penelitian dilaksanakan mulai survei awal dilanjutkan dengan penulisan tinjauan kepustakaan sampai selesai hasil penelitian dari bulan Januari sampai dengan Agustus 2019.

3.3. Populasi dan Sampel

3.3.1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau yang diteliti. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh Kepala Rumah Tangga yang ada di Desa Limau Sundai Kecamatan Air Putih sebanyak 525 KK.

3.3.2. Sampel

Sampel adalah sebagian obyek yang diambil saat penelitian dari keseluruhan obyek yang diteliti dan dianggap mewakili populasi. Untuk menentukan besar sampel digunakan rumus slovin seperti dibawah ini (32):

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

Keterangan:

N = Besar Populasi

n = Besar sampel

d = Presesi atau tingkat kesalahan yaitu (5%)

$$\begin{aligned} n &= \frac{N}{1 + N(d^2)} \\ &= \frac{525}{1 + 525 (0,05^2)} \\ &= \frac{525}{1 + 525 (0,0025)} \\ &= \frac{525}{1 + 1,3125} \\ &= \frac{525}{2,3125} \end{aligned}$$

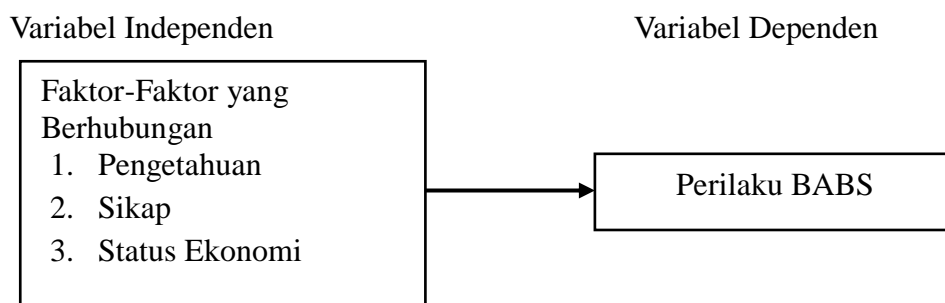
$$= 227,02 = 227 \text{ orang}$$

Berdasarkan rumus di atas diperoleh jumlah sampel sebanyak 227 KK.

Pengambilan sampel pada masing- masing desa dilakukan dengan cara *simple random sampling* dimana setiap anggota atau unit dari populasi mempunyai kesempatan yang sama untuk diseleksi sebagai sampel. Pengambilan sampel pada masing- masing desa dilakukan dengan cara mencabut undian/lotre.

3.4. Kerangka Konsep

Adapun kerangka konsep penelitian ini adalah sebagai berikut :



Gambar 3.1. Kerangka Konsep

3.5. Definisi Operasional dan Aspek Pengukuran

3.5.1. Definisi Operasional

Defenisi operasional adalah batasan yang digunakan untuk mendefinisikan variabel atau faktor yang memengaruhi variabel dependen.

1. Pengetahuan adalah segala sesuatu yang diketahui oleh responden tentang perilaku buang air besar sembarangan serta penyakit yang ditimbulkan, akibat buang air besar sembarangan yang dapat mencemari lingkungan. Pengetahuan diperoleh dari hasil kuesioner dengan jumlah soal 15 pertanyaan dengan kategori jawaban benar dan salah apabila benar diberi nilai (1) dan apabila salah (0) hasil ukur pengetahuan adalah :
 - a. Baik :Skor 76%-100% dengan jumlah pertanyaan (10-13)

- b. Cukup : 56%-75% dengan jumlah pertanyaan (8-9)
 - c. Kurang : Skor <56% dengan jumlah pertanyaan (≤ 7)
2. Sikap adalah Respon responden terhadap pencegahan pencemaran lingkungan dari kontaminasi pembuangan tinja yang sembarangan, serta menciptakan lingkungan yang bebas polusi dari bau akibat yang ditimbulkan tinja karena buang air besar sembarangan. Sikap diperoleh dari hasil kuesioner dengan jumlah soal 15 pertanyaan dengan pilihan jawaban SS (Sangat Setuju) =4, S (Setuju)=3, TS (Tidak Setuju)=2, STS (Sangat Tidak Setuju)=1, dengan skor tertinggi 60 dan skor terendah 15.
- a. Positif : Skor ≥ 50 % (jika ibu menjawab 39-60)
 - b. Negatif : Skor < 50 % (jika ibu menjawab 15-38)
3. Status Ekonomi adalah jumlah penghasilan keluarga dalam suatu bulan untuk memenuhi kebutuhan rumah tangga/kebutuhan pokok. Pendapatan diperoleh dari hasil kuesioner berdasarkan UMK (Upah Minimum Kerja Kabupaten Batu Bara) dengan kategori :
- a. Tinggi = (\geq Rp. 2.146.866)
 - b. Rendah = (<Rp 2.146.866)
4. Perilaku Buang Air Besar Sembarangan adalah kondisi ketika setiap individu dalam suatu komunitas tidak lagi melakukan perilaku buang air besar sembarangan dan menggunakan jamban ramah lingkungan (tidak dibuang permukaan tanah atau badan air).
- a. Tidak BABS : Bila responden BAB di jamban

- b. BABS : Bila responden BAB di sungai/selokan/kebun/ tali air, dll

3.5.2. Aspek Pengukuran

Aspek pengukuran adalah aturan-aturan yang meliputi cara dan alat ukur (instrumen), hasil pengukuran, kategori, dan skala ukur yang digunakan untuk menilai suatu variabel.

Tabel 3.1. Aspek Pengukuran Variabel X dan Variabel Y

No	Variabel	Jumlah Pertanyaan	Cara dan Alat Ukur	Skala Ukur	Value	Jenis Skala Ukur
1.	Pengetahuan	13	Kuesioner Benar = 1 Salah = 0	Skor 10 - 13 Skor 8 - 9 Skor \leq 7	Baik (2) Cukup (1) Kurang (0)	Ordinal
2.	Sikap	15	Kuesioner SS = 4 S = 3 TS = 2 STS = 1	Skor 39 - 60 Skor 15 - 38	Positif (1) Negatif (0)	Ordinal
3.	Status Ekonomi	1	Kuesioner	1. \geq Rp. 2.146.866 2. $<$ Rp 2.146.866	Tinggi (1) Rendah (0)	Ordinal
4.	Perilaku BABS	1	Kuesioner	1. Bila responden BAB di jamban. 2. Bila responden BAB di sungai/selokan/ke bun/ tali air, dll	Tidak BABS (1) BABS (0)	Ordinal

3.6. Metode Pengumpulan Data

3.6.1. Jenis Data

1. Data Primer

Data primer yaitu data yang diperoleh langsung dari responden penelitian, yang diperoleh melalui kuesioner penelitian. Kuesioner ini merupakan alat yang dipakai untuk mengumpulkan data melalui data pertanyaan kuesioner yang diajukan kepada responden dengan wawancara langsung.

2. Data Sekunder

Data skunder yaitu data yang mendukung dalam penelitian berupa data umum, yang diperoleh dari dokumentasi administrasi di pukesmas pematang panjang Kecamatan Air Putih

3. Data Tersier

Data tersier diperoleh dari WHO, Riskesdas, Menteri Kesehatan Nomor. 852/MENKES/SK/IX/2008, Dinas Kesehatan dan jurnal yang telah dipublikasi.

3.6.2. Teknik Pengumpulan Data

1. Data Primer

Teknik pengumpulan data primer adalah dengan cara wawancara dengan menggunakan kuesioner yang telah dipersiapkan

2. Data Sekunder

Teknik pengumpulan data skunder adalah dengan mengambil data dari puskesmas pematang panjang.

3. Data Tersier

Data tersier diperoleh dengan cara mendownload data-data dari WHO, Riskesdas, dan jurnal.

3.6.3. Uji Validitas dan Reliabilitas

1. Uji Validitas

Uji validitas bertujuan untuk mengetahui sejauh mana tingkat kehandalan/kesahihan suatu alat ukur dengan cara mengukur korelasi antara variabel atau *item* dengan skor total variabel dengan melihat nilai sig.(2-tailed), dengan nilai probabilitas korelasi [sig.(2-tailed)] \leq tarif nilai signifikan α (0,05), maka kuesioner dinyatakan valid. Uji validitas dan reliabilitas dilakukan pada 10 kepala keluarga di Desa Pematang Panjang Kecamatan Air Putih tahun 2019.

Tabel 3.2. Hasil Uji Validitas Kuesioner Pengetahuan

Butir Kuesioner	[Sig(2-tailed)]	Taraf signifikan (α)	Keterangan
1	0,015	0,05	Valid
2	0,002	0,05	Valid
3	0,000	0,05	Valid
4	0,011	0,05	Valid
5	0,000	0,05	Valid
6	0,011	0,05	Valid
7	0,000	0,05	Valid
8	0,411	0,05	Tidak Valid
9	0,002	0,05	Valid
10	0,010	0,05	Valid
11	0,002	0,05	Valid
12	0,010	0,05	Valid
13	0,011	0,05	Valid
14	0,011	0,05	Valid
15	0,772	0,05	Tidak Valid

Berdasarkan Tabel 3.2. menunjukkan bahwa dari 15 item pertanyaan di peroleh hasil 13 item pertanyaan yang valid dan 2 item pertanyaan tidak valid karena nilai [sig(2-tailed)] $<$ 0,05, sehingga 13 item pertanyaan yaitu item

kuesioner nomor 8 dan 15 sehingga 13 item pertanyaan yang dapat digunakan sebagai instrumen pengambilan data untuk penelitian.

Tabel 3.3. Hasil Uji Validitas Kuesioner Sikap

Butir Kuesioner	[Sig(2-tailed)]	Taraf signifikan (α)	Keterangan
1	0,000	0,05	Valid
2	0,004	0,05	Valid
3	0,004	0,05	Valid
4	0,003	0,05	Valid
5	0,000	0,05	Valid
6	0,000	0,05	Valid
7	0,000	0,05	Valid
8	0,003	0,05	Valid
9	0,003	0,05	Valid
10	0,004	0,05	Valid
11	0,027	0,05	Valid
12	0,003	0,05	Valid
13	0,000	0,05	Valid
14	0,002	0,05	Valid
15	0,001	0,05	Valid

Berdasarkan Tabel 3.3. menunjukkan bahwa dari 15 item pertanyaan di peroleh keseluruhan atau 15 item kuesioner yang valid karena nilai [sig(2-tailed)] $< 0,05$, sehingga 15 item pertanyaan dapat digunakan sebagai instrumen pengambilan data untuk penelitian.

2. Reliabilitas

Reliabilitas data merupakan indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat menunjukkan ketetapan dan dapat dipercaya dengan menggunakan metode *Cronbach's Alpha*, yaitu menganalisis reliabilitas alat ukur dari satu kali pengukuran, dengan ketentuan, jika nilai $r_{Alpha} > r_{tabel}$, maka dinyatakan reliabel. Dari perhitungan uji coba nilai *Cronbach's Alpha* (Reliabilitas) dengan $\alpha = 0,05$ dan $n = 10$, dengan $r_{tabel} 0,632$ (33).

Uji reliabilitas dilakukan untuk mengukur tingkat kestabilan atau kekonsistenan jawaban yang diberikan responden atas pertanyaan dari kuesioner.

Tabel 3.4. Hasil Uji Reliabilitas Kuesioner

Variabel	r-tabel	<i>Cronbach's Alpha</i>	Keterangan
Pengetahuan	0,632	0,965	Reliabel
Sikap	0,632	0,972	Reliabel

Berdasarkan tabel 3.4. hasil uji reliabilitas instrumen diperoleh hasil uji reliabelitas pengetahuan dengan nilai *Cronbach's Alpha* sebesar 0,965 dan sikap dengan nilai *Cronbach's Alpha* sebesar 0,972, yang berarti lebih besar dari nilai r-tabel sebesar 0,632, maka instrumen penelitian dinyatakan reliabel atau dapat diandalkan

3.7. Metode Pengolahan Data

Data yang terkumpul diolah dengan komputerisasi dengan langkah-langkah sebagai berikut :

1. *Collecting* : Mengumpulkan data yang berasal dari kuesioner, angket maupun observasi.
2. *Cheking* : Dilakukan dengan memeriksa kelengkapan jawaban kuisioner atau lembar observasi dengan tujuan agar data diolah secara benar sehingga pengolahan data memberikan hasil yang valid dan reliabel dan terhindar dari bias.
3. *Coding* : Pada langkah ini penulis melakukan pemberian kode pada variabel-variabel yang diteliti, misalnya nama responden dirubah menjadi nomor 1,2,3,.....,42.

4. *Entering* : Data entry, yakni jawaban-jawaban dari masing-masing responden yang masih dalam bentuk “kode” (angka atau huruf) di masukkan ke dalam program computer.
5. *Data Processing* : Semua data yang telah di input ke dalam aplikasi komputer akan diolah sesuai dengan kebutuhan dari peneliti (32).

3.8. Analisis Data

3.8.1. Analisis Univariat

Tujuan analisis ini untuk menjelaskan distribusi frekuensi dari masing-masing variabel independen dan variabel dependen.

3.8.2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat merupakan analisis untuk mengetahui interaksi dua variabel, baik berupa komparatif, asosiatif maupun korelatif. Setelah diketahui karakteristik masing-masing variabel pada penelitian ini maka analisis dilanjutkan pada tingkat bivariat. Untuk mengetahui hubungan (korelasi) antara variabel bebas (Independent Variabel) dengan variabel terikat (Dependent Variabel) menggunakan uji statistik *Chi-Square*, dengan taraf signifikansi yang digunakan adalah 0,05. Variabel bebas dikatakan berhubungan dengan variabel terikat jika nilai p-value < 0,05.

Aturan yang berlaku pada *chi square* adalah sebagai berikut (33):

- a. Bila ada 2x2 dijumpai nilai *Expected* (harapan) kurang dari 5, maka yang digunakan adalah “*Fisher’s Exact Test*”.
- b. Bila tabel 2x2 dan tidak ada nilai $E < 5$, maka uji yang dipakai sebaiknya “*Continuity Correction (a)*”.

- c. Bila tabelnya lebih dari 2x2, misalnya 3x2x3x3 tersebut, maka digunakan uji "*Pearson Chi Square*".

Uji "*Likelihood Ratio*" dan "*Linear-by-Linear Assciation*", biasanya digunakan untuk keperluan lebih spesifik, misalnya analisis stratifikasi pada bidang epidemiologi dan juga untuk mengetahui hubungan linier dua variabel katagorik, sehingga kedua jenis ini jaran