

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Perilaku BABS/*Open defecation* termasuk salah satu contoh perilaku yang tidak sehat. BABS/*Open defecation* adalah suatu tindakan membuang kotoran atau tinja di ladang, hutan, semak – semak, sungai, pantai atau area terbuka lainnya dan dibiarkan menyebar mengkontaminasi lingkungan, tanah, udara dan air. ⁽¹⁻²⁾

Sanitasi, personal higiene dan lingkungan yang buruk berkaitan dengan penularan beberapa penyakit infeksi yaitu penyakit diare, kolera, *typhoid fever* dan *paratyphoid fever*, disentri, penyakit cacing tambang, *ascariasis*, hepatitis A dan E, penyakit kulit, trakhoma, *schistosomiasis*, *cryptosporidiosis*, malnutrisi dan penyakit yang berhubungan dengan malnutrisi. ⁽³⁻⁶⁾

Penyakit yang berhubungan dengan sanitasi dan higiene yang buruk memberikan dampak kerugian finansial dan ekonomi termasuk biaya perawatan kesehatan, produktivitas dan kematian usia dini. Kerugian ekonomi di Indonesia mencapai Rp.56 triliun/tahun dan 53% kerugian adalah dampak kesehatan, adapun kerugian waktu senilai Rp.10,7 triliun/tahun dan kehilangan hari kerja berkisar 2 – 10 hari. Kerugian akibat kematian diperkirakan Rp.25 triliun/tahun dan 95% kematian terjadi pada anak usia 0 – 4 tahun. ⁽⁷⁻⁸⁾

Prevalensi penyakit akibat sanitasi buruk di Indonesia adalah penyakit diare sebesar 72%, kecacingan 0,85%, *scabies* 23%, trakhoma 0,14%, hepatitis A 0,57%, hepatitis E 0,02% dan malnutrisi 2,5%, sedangkan kasus kematian akibat sanitasi buruk

adalah diare sebesar 46%, kecacingan 0,1%, *scabies* 1,1%, hepatitis A 1,4% dan hepatitis E 0,04% .⁽⁷⁾

Penyebab penyakit Infeksi yang berhubungan dengan sanitasi buruk adalah bakteri, virus, parasit dan jamur.⁽⁹⁻¹⁰⁾ Proses transmisi agent penyebab infeksi tersebut melalui ” 4 F “ yaitu *Fluids, Fields, Flies* dan *Fingers*, siklus ini dimulai dari kontaminasi tinja manusia melalui pencemaran air dan tanah, penyebaran serangga dan tangan kotor yang dipindahkan ke makanan sehingga dikonsumsi oleh manusia atau *fecal - oral transmission*.^(4-6, 11-12) Proses penularan penyakit tersebut dipengaruhi oleh karakteristik penjamu (imunitas, status gizi, status kesehatan, usia dan jenis kelamin) dan perilaku penjamu (kebersihan diri dan kebersihan makanan).⁽⁴⁻⁶⁾

Beberapa penelitian menyebutkan tentang hubungan dan pengaruh sanitasi buruk oleh karakteristik dan perilaku penjamu terhadap terjadinya penyakit infeksi. Diperkirakan 88% (penelitian lain 90%) kematian akibat diare di dunia disebabkan oleh kualitas air, sanitasi dan higiene yang buruk.^(11, 13) Dalam suatu studi disebutkan bahwa meningkatnya sistem pembuangan tinja efektif mencegah kejadian diare.⁽¹⁴⁾ Sebuah penelitian di Indonesia menyebutkan bahwa keluarga yang buang air besar sembarangan (BABS) dan tidak mempunyai jamban berrisiko 1,32 kali anaknya terkena diare akut dan 1,43 kali terjadi kematian pada anak usia dibawah lima tahun⁽¹⁵⁾ dan sarana jamban berrisiko 17,25 kali terkena diare pada bayi dan balita.⁽¹⁶⁾ Penelitian di Hanoi Vietnam menyebutkan bahwa tidak mempunyai jamban berrisiko 2 kali terkena infeksi cacing *Ascariasis* dan tambang sedangkan penggunaan tinja segar sebagai pupuk tanaman berrisiko 1,45 kali terkena cacing tambang.⁽¹⁷⁾ Di Ethiopia penggunaan jamban dapat

mengurangi penyebaran lalat *Musca sorbens* sebagai sumber penularan penyakit trakhoma.⁽¹⁸⁾

Perilaku penjamu dipengaruhi berbagai faktor, berdasar penelitian berkaitan dengan penggunaan jamban dan perilaku BABS menyebutkan bahwa pengetahuan dan sikap ibu terhadap perilaku buang air besar (BAB) yang sehat cukup tinggi (90%) dan 93,7% toilet dipastikan berfungsi dengan baik tetapi 12,2 % keluarga tidak memakai toilet secara teratur.⁽¹⁹⁾ Didalam penelitian lain menunjukkan bahwa perubahan perilaku buang air besar sembarangan tergantung kesadaran seseorang untuk menggunakan fasilitas, akses jamban dan persepsi seseorang tentang tinja dan hubungannya dengan penyakit.⁽²⁰⁾ Hasil penelitian yang dilakukan terkait dengan penggunaan jamban, bahwa terdapat hubungan antara sikap (OR=8,4), kepemilikan jamban (OR=27), ketersediaan sarana air bersih (OR=7,5), pembinaan petugas (OR=4,48) dan dukungan aparat desa, kader posyandu dan LSM (OR=2,7) dengan perilaku keluarga dalam menggunakan jamban. Sedangkan pendidikan dan pengetahuan ibu tidak berhubungan dengan perilaku penggunaan jamban.⁽²¹⁾ Dalam penelitian lain menunjukkan determinan yang berhubungan dengan perilaku buang air besar adalah pendampingan fasilitator yang kurang (OR=12,743), pendampingan fasilitator baik (OR=7,5), ekonomi (OR=2,2), persepsi ancaman (OR=2,9), persepsi manfaat (OR=4,7), persepsi hambatan (OR=0,3) dan dukungan sosial (OR=3,7) sedangkan pengetahuan, sikap, ketersediaan air, peraturan dan sanksi sosial tidak berhubungan dengan perilaku buang air besar.⁽²²⁾

Berdasarkan penelitian kualitatif, faktor yang berhubungan dengan keberhasilan daerah bebas BABS adalah keberadaan kegiatan sosial kemasyarakatan dan *natural leader*, pemicuan yang berkualitas, tidak ada riwayat subsidi, kesadaran untuk

membayar dan adanya sanksi sosial. Adapun faktor yang menyebabkan kegagalan daerah bebas BABS adalah berfokus pada pembangunan jamban, mengharap adanya subsidi, kurangnya monitoring paska pemucuan, masyarakat tinggal dekat sungai dan kurangnya gotong - royong antar warga. ⁽²⁾ Didalam laporan penelitian formatif dikatakan bahwa faktor yang memudahkan seseorang melakukan buang air besar di area terbuka didasarkan pada faktor kognitif yaitu menguntungkan (praktis, dekat, hemat dan tidak berefek) dan belajar dari orang tua dan tetangga yang melakukan hal yang sama dan faktor emosional meliputi kenyamanan suasana dan tempat, merasa puas dan budaya turun - temurun. ⁽¹²⁾

Berdasarkan data WHO pada tahun 2010 diperkirakan sebesar 1.1 milyar orang atau 17% penduduk dunia masih buang air besar di area terbuka, dari data tersebut diatas sebesar 81% penduduk yang BABS terdapat di 10 negara dan Indonesia sebagai Negara kedua terbanyak ditemukan masyarakat buang air besar di area terbuka, yaitu India (58%), Indonesia (5%), China (4,5%), Ethiopia (4,4%), Pakistan (4,3%), Nigeria (3%), Sudan (1,5%), Nepal (1,3%), Brazil (1,2%) dan Niger (1,1%). ⁽¹⁾

Di Indonesia, penduduk yang masih buang air besar di area terbuka sebesar 5% merefleksikan 26% total penduduk Indonesia. ⁽¹⁾ Hasil Riskesdas 2010 menunjukkan penduduk yang buang air besar di area terbuka sebesar 36,4% Sedangkan akses sanitasi dasar sebesar 55,5%. ⁽²³⁾

Di Propinsi Jawa Tengah masih ditemukan penduduk yang buang air besar di area terbuka sebesar 33,4%, data sanitasi dasar kepemilikan jamban sebesar 71% (2008), 72% (2009) dan 65% (2010), akses air bersih 74% (2008), 78% (2009) dan

77% (2010), sedangkan Angka kesakitan diare terjadi peningkatan yaitu 1,86% (2008) dan 1,95% (2009).⁽²³⁻²⁵⁾

Profil kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Klaten menunjukkan bahwa jumlah penduduk yang masih buang air besar di area terbuka sebesar 29% (2008), 19% (2009) dan 15% (2010). Data sanitasi dasar cakupan jamban sehat 57% (2008), 70% (2009) dan 74% (2010). Pemakaian sarana air bersih adalah 59% (2008), 64% (2009) dan 94% (2010), sedangkan kasus diare dalam tiga tahun terakhir yaitu 2,3% (2008), 2,23% (2009) dan 2,07 % (2010). Kasus kecacingan pada tahun 2010 sebesar 0,1%⁽²⁶⁾

Di Puskesmas Bayat, berdasar laporan program STBM jumlah penduduk yang masih buang air besar di area terbuka sebesar 3,4% (2008), 3,3% (2009) dan 8% (2010), kasus diare sebesar 1,7% (2008), 0,7% (2009) dan 1,7% (2010), cakupan air bersih sebesar 7,8% (2008), 30% (2009) dan 83% (2010) dan kepemilikan jamban sebesar 66% (2008), 44% (2009) dan 85% (2010).⁽²⁶⁻²⁷⁾

Upaya program peningkatan akses masyarakat terhadap sanitasi layak, telah dilaksanakan khususnya pembangunan sanitasi diperdesaan. Hasil studi evaluasi menunjukkan bahwa banyak sarana sanitasi yang dibangun tidak digunakan dan dipelihara oleh masyarakat. Berdasarkan laporan MDGs, di Indonesia tahun 2010 akses sanitasi layak hanya mencapai 51,19% (target MDGs sebesar 62,41%) dan sanitasi daerah pedesaan sebesar 33,96% (target MDGs sebesar 55,55%).⁽²⁸⁾ Salah satu penyebab target belum tercapai bahwa pendekatan yang digunakan selama ini belum berhasil memunculkan *demand*, maka komponen pemberdayaan masyarakat perlu dimasukkan dalam pembangunan dan penyediaan jamban agar sarana yang dibangun dapat dimanfaatkan. Untuk tujuan tersebut Indonesia mengadopsi pendekatan

Community Led Total Sanitation (CLTS) yang dikenal sebagai STBM (Sanitasi Total Berbasis Masyarakat) untuk mendapatkan pendekatan yang optimal dalam pembangunan sanitasi diperdesaan. ⁽²⁹⁻³¹⁾

Pendekatan STBM adalah pendekatan partisipatif untuk merubah perilaku higiene dan sanitasi melalui pemberdayaan masyarakat dengan metode pemucuan. Hasil akhir pendekatan ini adalah merubah cara pandang dan perilaku sanitasi yang memicu terjadinya pembangunan jamban dengan inisiatif masyarakat sendiri tanpa subsidi pihak luar serta menimbulkan kesadaran bahwa kebiasaan BABS adalah masalah bersama karena berimplikasi kepada semua masyarakat sehingga pemecahannya juga harus dilakukan dan dipecahkan secara bersama. ^(29-30, 32)

Berdasarkan data di wilayah Kabupaten Klaten bahwa Program pemucuan dengan pendekatan STBM merupakan program unggulan dalam meningkatkan perilaku buang air besar di jamban, yang bertujuan untuk menurunkan angka morbiditas dan mortalitas penyakit yang diakibatkan sanitasi yang buruk khususnya diare. Program pemucuan ini dilaksanakan sejak tahun 2008 di 131 dusun yang tersebar di 52 desa, baru 25% desa bebas BABS dan 53% masyarakat menggunakan jamban pasca pemucuan, sedangkan di Puskesmas Bayat ada 6 dusun yang dipicu dan baru 16% dusun yang bebas BABS.

Berdasarkan hasil wawancara pra penelitian dengan Kasiepromkesling dan fasilitator, hambatan tercapainya bebas BABS adalah kurangnya kesadaran masyarakat untuk membangun jamban secara mandiri, adanya anggapan bahwa jamban sehat adalah mahal, BABS adalah tindakan yang praktis, BABS tidak berefek terhadap sakit dan jarak rumah dekat sungai, sehingga hal ini merupakan kondisi yang penting untuk

diperhatikan dalam upaya menghentikan perilaku BABS yang akan berimplikasi terhadap penurunan morbiditas dan mortalitas penyakit akibat sanitasi yang buruk.

B. Perumusan Masalah (Identifikasi Masalah)

Pentingnya penelitian tentang faktor – faktor yang mempengaruhi perilaku buang air besar sembarangan didasari atas identifikasi masalah yang ditemukan sebagai berikut :

1. Berdasar data WHO pada tahun 2010 diperkirakan sebesar 1.1 milyar orang atau 17 % penduduk dunia masih buang air besar di area terbuka dan Indonesia sebagai Negara kedua terbanyak di temukan masyarakat buang air besar di area terbuka setelah India (58%), Indonesia (5%), China (4,5%), Ethiopia (4,4%), Pakistan (4,3%), Nigeria (3%), Sudan (1,5%), Nepal (1,3%), Brazil (1,2%) dan Niger (1,1%). Di Indonesia penduduk yang masih buang air besar di area terbuka sebesar 5% merefleksikan 26% total penduduk Indonesia.
2. Hasil Riskesdas 2010 menunjukkan penduduk yang buang air besar di area terbuka sebesar 36,4% Sedangkan akses sanitasi dasar sebesar 55,5 %.
3. Berdasarkan laporan MDGs, di Indonesia tahun 2010 akses sanitasi layak hanya mencapai 51,19% (target MDGs 62,41%), sanitasi daerah pedesaan sebesar 33,96% (target MDGs 55,55%).
4. Di Propinsi Jawa Tengah masih ditemukan penduduk yang buang air besar di area terbuka sebesar 33,4%, data sanitasi dasar kepemilikan jamban sebesar 71% (2008), 72% (2009) dan 65% (2010), akses air bersih 74% (2008), 78% (2009) dan 77% (2010), sedangkan Angka kesakitan diare terjadi peningkatan yaitu 1,86% (2008)

dan 1,95% (2009) di semua kelompok umur dengan prevalensi tertinggi pada bayi dan balita (50%).

5. Profil kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Klaten menunjukkan jumlah penduduk yang masih buang air besar diarea terbuka sebesar 29% (2008), 19% (2009) dan 15% (2010). Data sanitasi dasar cakupan jamban sehat 57% (2008), 70% (2009) dan 74% (2010). Pemakaian sarana air bersih adalah 59% (2008), 64% (2009) dan 94% (2010), sedangkan kasus diare dalam tiga tahun terakhir yaitu 2,3% (2008), 2,23% (2009) dan 2,07 % (2010). Kasus kecacingan pada tahun 2010 sebesar 0,1%.
6. Di Puskesmas Bayat, berdasar laporan program STBM jumlah penduduk yang masih buang air besar diarea terbuka sebesar 3,4% (2008), 3,3% (2009) dan 8% (2010), kasus diare sebesar 1,7% (2008), 0,7% (2009) dan 1,7% (2010), kasus diare tahun 2010 sebesar 0,25%, cakupan air bersih sebesar 7,8% (2008), 30% (2009) dan 83% (2010) dan kepemilikan jamban sebesar 66% (2008), 44% (2009) dan 85% (2010).
7. Program pemucuan STBM di Kabupaten Klaten dilaksanakan sejak tahun 2008 di 131 dusun yang tersebar di 52 desa, baru 25% desa bebas BABS dan 53% masyarakat menggunakan jamban pasca pemucuan, sedangkan di Puskesmas Bayat ada 6 dusun yang dipicu dan baru 16% (satu) dusun yang bebas BABS.
8. Berdasarkan hasil wawancara pra penelitian dengan Kasiepromkesling dan fasilitator, hambatan tercapainya bebas BABS adalah kurangnya kesadaran masyarakat untuk membangun jamban secara mandiri, adanya anggapan bahwa jamban sehat adalah mahal, BABS adalah tindakan yang praktis, tidak berefek terhadap sakit dan jarak rumah dekat sungai.

C. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang dan identifikasi masalah diatas maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah :

1. Umum

Apakah faktor *host* dan faktor lingkungan mempengaruhi perilaku Buang Air Besar Sembarangan (BABS) paska pemicuan STBM ?

2. Khusus

- a. Apakah ada pengaruh umur ≤ 40 tahun terhadap perilaku buang air besar sembarangan ?
- b. Apakah ada pengaruh tingkat pendidikan rendah terhadap perilaku buang air besar sembarangan ?
- c. Apakah ada pengaruh status ekonomi rendah terhadap perilaku buang air besar sembarangan ?
- d. Apakah ada pengaruh tingkat peran serta kurang terhadap perilaku buang air besar sembarangan.
- e. Apakah ada pengaruh pengetahuan tentang BAB di jamban sehat kurang terhadap perilaku buang air besar sembarangan?
- f. Apakah ada pengaruh sikap tentang BAB di jamban sehat kurang terhadap perilaku buang air besar sembarangan ?
- g. Apakah ada pengaruh dukungan sosial kurang terhadap perilaku buang air besar sembarangan ?
- h. Apakah ada pengaruh sanksi sosial kurang terhadap perilaku buang air besar sembarangan ?

- i. Apakah ada pengaruh pembinaan petugas kurang (tenaga kesehatan, Kepala desa, Kader, fasilitator) terhadap perilaku buang air besar sembarangan.
- j. Apakah ada pengaruh jarak rumah dengan sungai dekat terhadap perilaku buang air besar sembarangan ?

D. Keaslian Penelitian

Pada dasarnya sudah ada penelitian yang berkaitan dengan faktor – faktor yang mempengaruhi perilaku BABS, baik kualitatif maupun kuantitatif. Beberapa penelitian tersebut dijelaskan dalam tabel dibawah ini :

Tabel 1.1 Daftar penelitian terdahulu yang pernah dilakukan berkaitan dengan BAB

No	Peneliti	Judul Penelitian	Lokasi Tahun	Desain Penelitian	Variabel Yang diteliti	Hasil
1.	Mohammad Soleh. ⁽³³⁾	Beberapa Faktor yang berhubungan dengan Pemanfaatan Jamban Keluarga Proyek APBD.	Jepara 2001	<i>Crossectional</i> Pop: Kel yg mendptkan bantuan prog jaga Sampel : 60	Tingkat pendidikan Pengetahuan Sikap Jarak rumah dgn sungai Kecukupan air penggelontor Tkt aktif ikuti penyuluhan Kebiasaan berak	Tdk ada hub (p=0,6) OR = 7,4 OR = 6,1 OR = 1,3 OR = 9,7 Tdk ada hub (p=0,4) Tdk ada hub (p=0,2)
2.	Sutedjo. ⁽³⁴⁾	Analisis Perilaku Masyarakat dalam Penggunaan Jamban Keluarga pada dua desa	Rembang 2003	<i>Crossectional</i> Pop : Kepala Keluarga di desa terpilih Sampel : 50	Pendidikan Pekerjaan Jumlah anggota kel Letak rumah dgn sungai Pengetahuan Sikap Nilai Kepemilikan jamban kel Pengg sarana air bersih	Ada hubungan antara kepemilikan jamban (p= 0,000) terhadap pemanfaatan jamban keluarga
3.	Erlanawati Pane ⁽²¹⁾	Pengaruh Perilaku Keluarga terhadap Penggunaan Jamban	Bekasi 2009	<i>Crossectional</i> Pop : ibu rumah tangga yg mpy balita Sampel : 196	Pendidika Ibu Pengetahuan Ibu Sikap Ibu Kepemilikan Jamban Sarana air bersih Pembinaan petugas Dukungan aparat	Tdk ada hub Tdk ada hub OR = 8,457 OR = 27,036 OR = 7,539 OR = 4,480 OR = 2,783
4.	Donal Simanjatak ⁽²²⁾	Determinan Perilaku Buang Air Besar (BAB) Masyarakat <i>(Studi terhadap pendekatan Community Led Total Sanitation</i>	Pandeglang 2009	<i>Crossectional</i> Pop : warga masya desa yg sudah diintervensi program CLTS Sampel : 210	Pengetahuan ttg diare Sikap BAB di jamban Persepsi ancaman Persepsi manfaat Persepsi hambatan Penghasilan keluarga Ketersediaan air Ketersediaan lahan Dukungan social Peraturan desa Sangsi social Pendampingan	Tdk ada hub Tdk ada hub OR = 2,9 OR = 4,8 OR = 0,4 OR = 4,1 Tdk ada hub OR = 3,7 Tdk ada hub Tdk ada hub OR = 13,4

Perbedaan penelitian ini dengan penelitian sebelumnya adalah :

1. Variabel dalam penelitian ini meliputi variabel dari karakteristik *host* dan lingkungan yang akan diteliti secara bersamaan, adapun perbedaannya pada variabel umur dan tingkat peran serta.
2. Penelitian sebelumnya menggunakan desain *cross sectional* sedangkan dalam penelitian ini menggunakan desain kasus kontrol dan dilengkapi dengan analisis data kualitatif.
3. Penelitian ini belum pernah dilakukan di Puskesmas Bayat Kabupaten Klaten Propinsi Jawa Tengah tahun 2012.

E. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Membuktikan faktor *host* dan faktor lingkungan merupakan faktor yang mempengaruhi perilaku Buang Air Besar Sembarangan (BABS) .

2. Tujuan Khusus

- a. Membuktikan umur ≤ 40 tahun merupakan faktor yang mempengaruhi perilaku buang air besar sembarangan.
- b. Membuktikan tingkat pendidikan rendah merupakan faktor yang mempengaruhi perilaku buang air besar sembarangan.
- c. Membuktikan status ekonomi rendah merupakan faktor yang mempengaruhi perilaku buang air besar sembarangan.
- d. Membuktikan tingkat peran serta kurang merupakan faktor yang mempengaruhi perilaku buang air besar sembarangan.

- e. Membuktikan pengetahuan tentang BAB di jamban sehat kurang merupakan faktor yang mempengaruhi perilaku buang air besar sembarangan.
- f. Membuktikan sikap terhadap BAB di jamban sehat kurang merupakan faktor yang mempengaruhi perilaku buang air besar sembarangan.
- g. Membuktikan dukungan sosial kurang merupakan faktor yang mempengaruhi perilaku buang air besar sembarangan .
- h. Membuktikan sanksi sosial kurang merupakan faktor yang mempengaruhi perilaku buang air besar sembarangan.
- i. Membuktikan pembinaan petugas kurang merupakan faktor yang mempengaruhi perilaku buang air besar sembarangan.
- j. Membuktikan jarak rumah dengan sungai dekat merupakan faktor yang mempengaruhi perilaku buang air besar sembarangan

F. Manfaat Hasil Penelitian

1. Bagi Ilmu Pengetahuan

Sebagai bahan masukan tambahan bagi penelitian lebih lanjut tentang faktor – faktor yang mempengaruhi perilaku buang air besar sembarangan dengan lebih mengarah pada sub variabel yang spesifik dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan.

2. Bagi Instansi Kesehatan

Sebagai bahan tambahan literatur tentang penanganan dan pencegahan perilaku buang air besar sembarangan dan masukan dalam evaluasi program serta sebagai bahan pertimbangan dalam rangka pengambilan keputusan kebijakan dan perbaikan

program percepatan ODF (*Open Defecation Free*) khususnya di Puskesmas Bayat Kabupaten Klaten pada masa yang akan datang.

3. Bagi Masyarakat

Untuk memberikan informasi faktor – faktor yang mempengaruhi upaya menghentikan buang air besar sembarangan sebagai awal berhasilnya Indonesia *Open Defecation Free* tahun 2014.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Perilaku Buang Air Besar Sembarangan

1. Pengertian BABS

Perilaku buang air besar sembarangan (*BABS/Open defecation*) termasuk salah satu contoh perilaku yang tidak sehat. *BABS/Open defecation* adalah suatu tindakan membuang kotoran atau tinja di ladang, hutan, semak – semak, sungai, pantai atau area terbuka lainnya dan dibiarkan menyebar mengkontaminasi lingkungan, tanah, udara dan air.⁽¹⁻²⁾

2. Pengertian Tinja

Tinja adalah bahan buangan yang dikeluarkan dari tubuh manusia melalui anus sebagai sisa dari proses pencernaan makanan di sepanjang sistem saluran pencernaan⁽³⁵⁾ Dalam aspek kesehatan masyarakat, berbagai jenis kotoran manusia yang diutamakan adalah tinja dan urin karena kedua bahan buangan ini dapat menjadi sumber penyebab timbulnya penyakit saluran pencernaan.⁽⁵⁾

Manusia mengeluarkan tinja rata – rata seberat 100 - 200 gram per hari, namun berat tinja yang dikeluarkan tergantung pola makan.⁽³⁵⁾ Setiap orang normal diperkirakan menghasilkan tinja rata-rata sehari sekitar 85 – 140 gram kering perorang/ hari dan perkiraan berat basah tinja manusia tanpa air seni adalah 135 – 270 gram perorang/hari.⁽⁵⁾ Dalam keadaan normal susunan tinja sekitar $\frac{3}{4}$ merupakan air dan $\frac{1}{4}$ zat padat terdiri dari 30% bakteri mati, 10 – 20% lemak, 10 – 20% zat anorganik, 2 – 3% protein dan 30 % sisa – sisa makanan yang tidak dapat dicerna.⁽³⁵⁾

Tinja mengandung berjuta-juta mikroorganisme yang pada umumnya bersifat tidak menimbulkan penyakit. Tinja potensial mengandung mikroorganisme patogen terutama apabila manusia yang menghasilkannya menderita penyakit saluran pencernaan makanan. Mikroorganisme tersebut dapat berupa bakteri, virus, protozoa dan cacing. *Coliform bacteria* yang dikenal dengan *Escherichia coli* dan *fecal streptococci* sering terdapat di saluran pencernaan manusia yang dikeluarkan oleh tubuh manusia dan hewan-hewan berdarah panas lainnya dalam jumlah besar dengan rata-rata 50 juta per gram.⁽³⁶⁻³⁷⁾

B. Perilaku BABS sebagai faktor yang mempengaruhi terjadinya beberapa penyakit yang berhubungan dengan tinja manusia.

Penyakit – penyakit infeksi yang berhubungan dengan oral - fekal transmisi sebenarnya penyakit yang dapat dikontrol dan dicegah melalui sanitasi yang baik, khususnya sistem pembuangan tinja manusia, karena proses penularan penyakit tersebut dipengaruhi oleh karakteristik penjamu (imunitas, status gizi, status kesehatan, usia dan jenis kelamin) dan perilaku penjamu (kebersihan diri dan kebersihan makanan).⁽⁴⁻⁶⁾

Beberapa penelitian menyebutkan tentang hubungan dan pengaruh sanitasi buruk termasuk perilaku BABS terhadap terjadinya infeksi saluran pencernaan. Diperkirakan 88% kematian akibat diare di dunia disebabkan oleh kualitas air, sanitasi dan hygiene yang buruk.⁽¹¹⁾ Dalam penelitian lain menyebutkan bahwa 90% kematian akibat diare pada anak karena sanitasi yang buruk, kurangnya akses air bersih dan tidak adekuatnya kebersihan diri.⁽¹³⁾ Adapun faktor risiko diare ditunjukkan dalam studi di beberapa negara berpenghasilan rendah adalah meningkatnya sistem pembuangan

tinja efektif mencegah kejadian diare.⁽¹⁴⁾ Sebuah penelitian di Indonesia menyebutkan bahwa keluarga yang BABS dan tidak mempunyai jamban berrisiko 1,32 kali anaknya terkena diare akut dan 1,43 kali terjadi kematian pada anak usia dibawah lima tahun.⁽¹⁵⁾ *Systematic review* tentang faktor risiko diare di Indonesia menjelaskan bahwa pencemaran SAB berisiko 7,9 kali dan sarana jamban berrisiko 17,25 kali pada bayi dan balita.⁽¹⁶⁾ Penelitian berkaitan dengan kecacingan di Hanoi Vietnam menyebutkan bahwa tidak mempunyai jamban berrisiko 2 kali terkena infeksi cacing Ascariasis dan tambang, sedangkan penggunaan tinja segar sebagai pupuk tanaman berrisiko 1,45 kali terkena cacing tambang.⁽¹⁷⁾ Sebuah studi di Ethiopia bahwa penggunaan jamban dapat mengurangi penyebaran lalat *Musca Sorbens* sebagai sumber penularan penyakit trakhoma.⁽¹⁸⁾

C. Sanitasi

1. Pengertian

Sanitasi adalah mengumpulkan dan membuang kotoran dan limbah cair masyarakat secara sehat sehingga tidak membahayakan kesehatan individu dan masyarakat secara keseluruhan.⁽³⁸⁾ Secara lebih luas sanitasi juga meliputi sistem drainase, pembuangan, daur ulang dan pengelolaan limbah cair rumah tangga, industri dan limbah padat yang berbahaya.⁽³⁹⁾ Pengertian lain menyebutkan sanitasi adalah suatu usaha mempertahankan kesehatan agar terhindar dari penyakit infeksi melalui sistem pembuangan kotoran, penggunaan disinfektan, kebersihan secara umum, isolasi dari hewan, ventilasi bangunan dan menghindari kontaminasi feces dan urin terhadap makanan dan minuman.⁽⁴⁰⁾ Didalam kontek yang lebih spesifik menurut definisi MDG, sanitasi adalah sistem pembuangan tinja manusia secara aman.⁽⁴¹⁾

Sanitasi berhubungan dengan kesehatan lingkungan yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat, adapun indikator sanitasi untuk menggambarkan keadaan lingkungan adalah akses terhadap air bersih dan air minum yang aman dan akses terhadap sanitasi layak.⁽⁴²⁾ Sanitasi dasar yaitu sanitasi minimum pada tingkat keluarga yang diperlukan untuk menyetatkan lingkungan pemukiman yang meliputi penyediaan air bersih, sarana pembuangan kotoran manusia (jamban), sarana pembuangan limbah dan pengelolaan sampah rumah tangga.⁽⁴¹⁻⁴²⁾ Sebagai indikator untuk menilai baik – buruknya sarana pembuangan kotoran manusia adalah penggunaan jamban atau kepemilikan jamban dan jenis jamban yang digunakan. Akses sanitasi disebut baik apabila rumah tangga menggunakan sarana pembuangan kotoran sendiri dengan jenis jamban leher angsa.⁽⁴¹⁾

2. Kondisi sanitasi di Indonesia

Berdasarkan data WHO, pada tahun 2010 sebanyak 2,6 miliar atau 39% penduduk dunia menggunakan sarana fasilitas sanitasi yang buruk dan 72% berada di Asia Tenggara. Di Indonesia tahun 2010 akses sanitasi layak mencapai 51,19% masih berada dibawah target MDGs sebesar 62,41%, sanitasi daerah pedesaan sebesar 33,96% dan target MDGs sebesar 55,55%.⁽²⁸⁾

3. Dampak sanitasi buruk

Penyakit yang berhubungan dengan sanitasi dan higiene yang buruk memberikan dampak kerugian finansial dan ekonomi termasuk biaya perawatan kesehatan, produktifitas dan kematian usia dini. Kerugian ekonomi di Indonesia mencapai Rp.56 triliun/tahun setara dengan 2,3% dari Produk Domestik Bruto (PDB) atau sekitar Rp.275.000/orang/tahun diperkotaan dan Rp.224.000/orang/tahun

dipedesaan. Adapun kerugian waktu senilai Rp.10,7 triliun/tahun. 53% kerugian adalah dampak kesehatan, 23% kualitas air yang kurang, 1,4% kerusakan lingkungan dan 2,6% buruknya sanitasi lokasi wisata.⁽⁷⁻⁸⁾

a. Beban penyakit

Sanitasi yang buruk, kurangnya kebersihan diri dan lingkungan yang buruk berkaitan dengan penularan beberapa penyakit infeksi yaitu penyakit diare, kolera, *typhoid fever* dan *paratyphoid fever*, disentri, penyakit cacing tambang, *ascariasis*, hepatitis A dan E, penyakit kulit, trakhoma, *schistosomiasis*, *cryptosporidiosis*, malnutrisi dan penyakit yang berhubungan dengan malnutrisi.^(15, 17, 43-44)

Perkiraan kasus kesakitan pertahun di Indonesia akibat sanitasi buruk adalah penyakit diare sebesar 72%, kecacingan 0,85%, *scabies* 23%, trakhoma 0,14%, hepatitis A 0,57%, hepatitis E 0,02% dan malnutrisi 2,5%, sedangkan kasus kematian akibat sanitasi buruk adalah diare sebesar 46%, kecacingan 0,1%, *scabies* 1,1%, hepatitis A 1,4% dan hepatitis E 0,04% .⁽⁷⁾

b. Biaya perawatan kesehatan

Berdasarkan data Susenas dan penelitian WSP tahun 2008, diperkirakan biaya perawatan kesehatan terhadap berbagai penyakit yang berhubungan dengan sanitasi buruk sebesar Rp.1,6 triliun dengan perincian diare 31% , kecacingan 2%, penyakit kulit 43%, trachoma 1%, Hepatitis A 1% dan malnutrisi 20% .

c. Kesehatan dan produktivitas kerja

Penyakit yang berhubungan dengan sanitasi buruk berkaitan dengan ketidakhadiran ditempat kerja dan sekolah dan kehilangan hari kerja. Total kerugian diperkirakan sebesar Rp.3 triliun/tahun dari pendapatan orang dewasa dan 84%

kerugian tersebut akibat penyakit diare. Adapun kehilangan waktu berkisar antara 2 – 10 hari tergantung beratnya penyakit.

d. Kematian usia dini

Biaya akibat kematian yang disebabkan penyakit yang berhubungan dengan sanitasi buruk diperkirakan Rp.25 triliun/tahun dan 95% kematian terjadi pada anak usia 0 – 4 tahun yang disebabkan oleh penyakit diare sebesar 60%.

D. Penyakit yang berhubungan dengan sanitasi buruk.

1. Berdasarkan Agen penyakit

a. Bakteri

- 1) Kolera adalah penyakit diare akut yang disebabkan oleh infeksi usus karena bakteri *vibrio cholera*.
- 2) Demam Tifoid (*Typhoid Fever*) adalah penyakit yang disebabkan oleh bakteri *Salmonella Typhi*, ditandai dengan demam insidius yang berlangsung lama dan kambuhan.
- 3) Diare adalah suatu kondisi kesehatan yang disebabkan oleh infeksi mikroorganisme termasuk bakteri, virus dan parasit lainnya seperti jamur, cacing dan protozoa. Bakteri penyebab diare yang sering menyerang adalah bakteri *Entero Pathogenic Escherichia Coli* (EPEC).
- 4) Disenteri adalah diare berdarah yang disebabkan oleh *shigella*.

b. Virus

- 1) Hepatitis A adalah penyakit yang ditandai dengan demam, malaise, anoreksia, nausea dan gangguan abdominal serta diikuti munculnya ikterik

beberapa hari. Penyakit ini disebabkan oleh virus Hepatitis A kelompok *Hepatovirus* famili *picornaviridae*.

- 2) Hepatitis E adalah penyakit yang secara gejala klinis mirip Hepatitis A, yang disebabkan oleh virus Hepatitis E famili *Caliciviridae*.
- 3) Gastroenteritis adalah penyakit yang ditandai dengan demam, muntah dan berak cair, disebabkan oleh Rotavirus dan sering menyerang anak – anak.

c. Parasit

1) Cacing

- a) *Ascariasis* adalah penyakit yang disebabkan oleh *Ascaris lumbricoides* dengan sedikit gejala bahkan tanpa gejala sama sekali. Cacing yang keluar bersama kotoran adalah sebagai tanda awal adanya infeksi.
- b) *Hookworms* atau penyakit cacing tambang adalah infeksi parasit kronis yang muncul dengan berbagai gejala, gejala terbanyak adalah anemia. Penyakit ini disebabkan oleh *Necator americanus* atau *Ancylostoma duodenale*.
- c) *Schistosomiasis* adalah infeksi oleh cacing trematoda yang hidup pada pembuluh darah vena. Penyebab penyakit adalah *Schistosoma mansoni*.

2) Protozoa

Giardiasis adalah infeksi protozoa pada usus halus bagian atas, yang disebabkan oleh *Giardia intestinalis*.

3) Jenis lain

- a) *Scabies* adalah parasit pada kulit yang disebabkan oleh *Sarcoptes scabiei* sejenis kutu.

b) *Trachoma* adalah *Conjunctivitis* yang disebabkan oleh infeksi *Chlamydia trachomatis*, yang disebarkan oleh *Musca sorbens* sejenis lalat. ^(6, 9-10)

2. Berdasarkan rantai penularan

- a) *Waterborne Disease* adalah penyakit yang penularannya melalui air yang terkontaminasi oleh pathogen dari penderita atau karier. Contoh penyakit diare, disenteri, kolera, hepatitis dan demam typhoid.
- b) *Water-washed Disease* adalah penyakit yang ditularkan melalui kontak dari orang ke orang karena kurangnya kebersihan diri dan pencemaran air. Contoh penyakit skabies dan trakhoma.
- c) *Water-based* adalah penyakit yang ditularkan melalui air sebagai perantara *host*. Contoh penyakit *Shistosomiasis*.
- d) *Water-related insect vector* adalah penyakit yang ditularkan oleh serangga yang hidup di air atau dekat air. Contoh penyakit Dengue, malaria, *Trypanosoma*. ^(6, 45)

E. Proses Penularan Penyakit

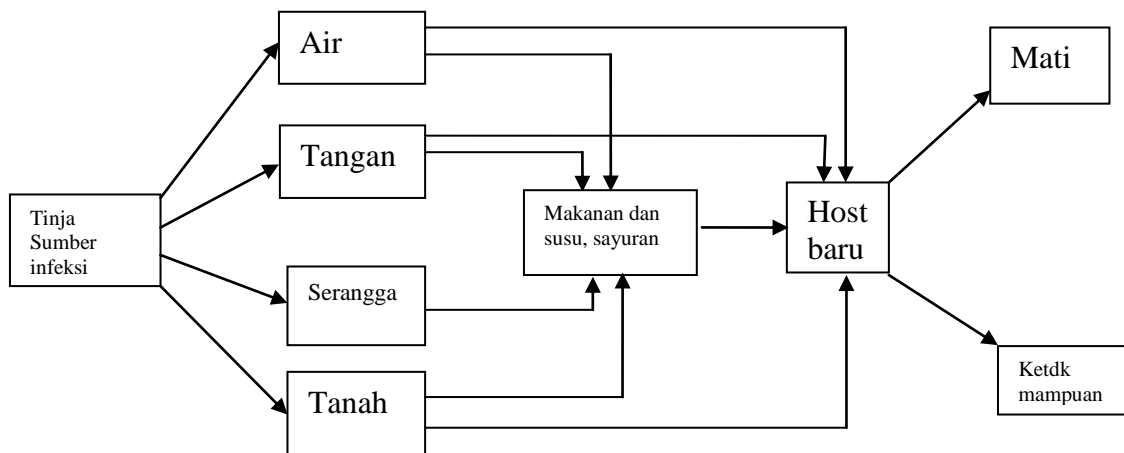
Transmisi virus, bakteri, protozoa, cacing dan pathogen yang menyebabkan penyakit saluran pencernaan manusia dapat dijelaskan melalui teori "4 F" yaitu *Fluids, Fields, Flies* dan *Fingers*, siklus ini dimulai dari kontaminasi oleh tinja manusia melalui pencemaran air dan tanah, penyebaran serangga dan tangan yang kotor yang dipindahkan ke makanan sehingga dikonsumsi oleh manusia. Cara penularan seperti ini disebut *fecal - oral transmission*. ^(4-6, 11-12)

Proses penularan penyakit diperlukan beberapa faktor yaitu adanya kuman penyebab penyakit, sumber infeksi (reservoir dari kuman penyakit), cara keluar dari

sumber, cara berpindah dari sumber ke inang baru yang potensial, cara masuk ke inang baru dan penjamu yang peka (*susceptible*).⁽⁵⁾ Selain itu proses penularan penyakit juga dipengaruhi oleh karakteristik dan perilaku penjamu termasuk imunitas, status gizi, status kesehatan, usia, jenis kelamin, kebersihan diri dan kebersihan makanan.⁽⁴⁾

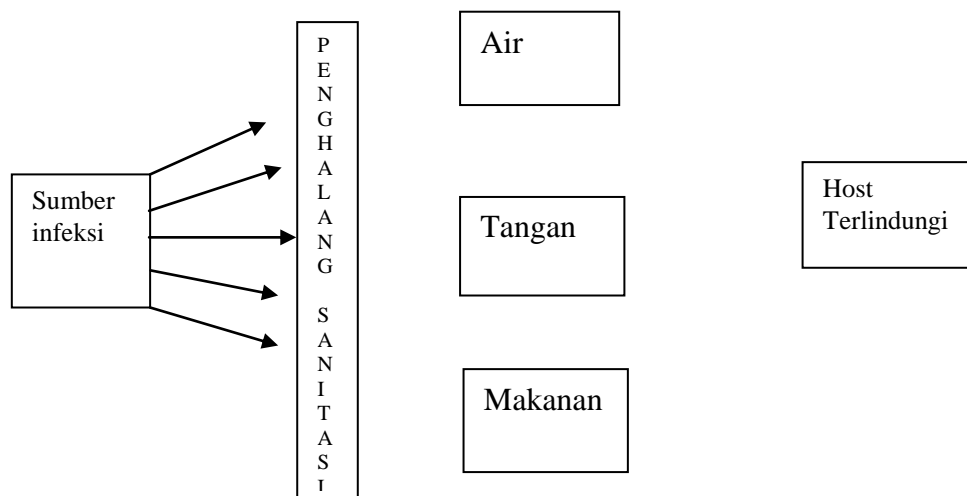
Secara umum mikroorganisme patogen menular melalui sumber (*reservoir*) ke inang baru melalui beberapa jalan yaitu kontak langsung dari orang ke orang atau melalui perantara seperti makanan, air atau vector serangga. Adapun mata rantai infeksi penyakit diawali adanya *agens* mencakup virus, bakteri dan cacing yang tumbuh subur, berkembang biak dan memperbanyak diri pada media atau habitat sebagai *reservoir*, begitu *agens* meninggalkan *reservoir* (*portal of exit*) melalui salah satu cara penularan maka patogen akan masuk dan menginfeksi tubuh manusia yang rentan melalui jalan masuk (*portal of entry*).^(4,6)

Penularan penyakit dari tinja manusia di kenal sebagai oral - fekal transmisi yang dapat di jelaskan pada gambar berikut :



Gambar. 2.1. Bagan transmisi penyakit dari tinja manusia.⁽⁵⁾

Skema tersebut di atas tampak jelas bahwa peranan tinja dalam penyebaran penyakit sangat besar, untuk memutuskan rantai penularan penyakit karena tinja dan mengisolasi agar tinja yang mengandung kuman penyakit tidak sampai kepada inang baru, perlu dilakukan pembuangan tinja yang sehat sebagai penghalang sanitasi. Hal ini dapat di jelaskan dalam skema sebagai berikut :



Gambar.2.2. Pembuangan tinja yang sehat sebagai penghalang pemindahan kuman dari tinja ke penjamu yang potensial.⁽⁵⁾

F. Epidemiologi Perilaku BABS (Buang Air Besar Sembarangan)

1. Orang

Berdasar data WHO pada tahun 2010 diperkirakan sebesar 1.1 milyar orang atau 17 % penduduk dunia masih buang air besar di area terbuka. Dari data tersebut diatas sebesar 81 % terdapat di 10 negara dan Indonesia sebagai Negara kedua terbanyak di temukan masyarakat buang air besar di area terbuka , yaitu India (58%), Indonesia (5%), China (4,5%), Ethiopia (4,4%), Pakistan (4,3%), Nigeria (3%), Sudan (1,5%), Nepal (1,3%), Brazil (1,2%) dan Niger (1,1%).⁽¹⁾

Di Indonesia sebesar 5% yang masih buang air besar di area terbuka merefleksikan 26% total penduduk Indonesia. Hasil Riskesdas 2010 menunjukkan penduduk yang buang air besar di area terbuka sebesar 24,7 % dan buang air besar dilubang tanah sebesar 11,7%. Sedangkan akses sanitasi meliputi kepemilikan /penggunaan jamban, jenis kloset dan pembuangan akhir tinja sebesar 55,5 %.⁽²³⁾

Perempuan adalah orang yang paling dirugikan apabila keluarga tidak mempunyai jamban dan berperilaku BABS, mereka merasa terpenjara oleh siang hari karena mereka hanya dapat pergi dari rumah untuk buang air besar pada periode gelap baik dipagi buta atau menjelang malam, apalagi ketika mereka sedang mengalami menstruasi, dalam sebuah penelitian dikatakan bahwa terjadi peningkatan 11% anak perempuan yang mendaftar kesuatu sekolah setelah pembangunan jamban disekolah.⁽⁴⁶⁾

2. Tempat

Berdasarkan data WHO orang yang buang air besar diarea terbuka lebih banyak dipedesaan (29%) dibandingkan daerah perkotaan (5%) dan sebesar 81% berada di Negara berkembang seperti India, Indonesia, Ethiopia, Pakistan, Nigeria, Sudan, Nepal, Brazil dan Niger.⁽¹⁾

Di Indonesia, akses sanitasi layak diperkotaan lebih tinggi (69,51%) dibanding dipedesaan (33,96%). Sedangkan jumlah orang yang buang air besar diarea terbuka diperkotaan lebih rendah (15,7%) dibanding dipedesaan (34,4%) .^(23, 28)

3. Waktu

Di dunia jumlah orang buang air besar diarea terbuka semakin menurun hal ini dapat dilihat dari data berikut pada tahun 1990 (25%), 2000 (21%) dan 2008 (17%). Sedangkan di Indonesia pada tahun 1990 (39%), 2000 (31%) dan 2008 (26%).⁽¹⁾

Berdasarkan sumber lain menyebutkan jumlah orang Indonesia yang buang air besar di area terbuka sebesar 47% (2006) dan sebesar 36,4 % (2010).^(1, 28)

G. Faktor – faktor yang mempengaruhi perilaku BABS (Buang Air Besar Sembarangan)

1. Faktor *Host*

- a. **Karakteristik manusia dan sosiodemografi** meliputi umur, jenis kelamin, jenis pekerjaan, tingkat ekonomi dan tingkat pendidikan.

Menurut teori *Health Belief Model* faktor sosiodemografi sebagai latar belakang yang mempengaruhi persepsi terhadap ancaman suatu penyakit dan upaya mengurangi ancaman penyakit. Dalam teori PREECEDE – PROCED faktor sosiodemografi sebagai faktor predisposisi terjadinya perilaku.⁽⁴⁷⁻⁴⁹⁾

Umur berkaitan dengan perubahan perilaku adalah salah satu tugas perkembangan manusia. Perkembangan pengetahuan manusia didasarkan atas kematangan dan belajar. Membuang kotoran dari tubuh manusia termasuk sistem ekskresi yang fisiologis yang sudah ada sejak manusia dilahirkan. Belajar mengendalikan pembuangan kotoran, membedakan benar-salah dan mengembangkan hati nurani adalah beberapa tugas perkembangan manusia sejak masa bayi dan anak – anak. Seiring dengan bertambahnya umur maka akan mencapai tingkat kematangan yang tinggi sesuai dengan tugas perkembangan.⁽⁵⁰⁾

Perilaku membuang kotoran di sembarang tempat adalah perilaku salah dan tidak sehat yang seharusnya sudah dapat diketahui dan diajarkan kepada seseorang sejak bayi dan anak – anak. Masa usia pertengahan (40 – 60 tahun)

bertanggung jawab penuh secara sosial dan sebagai warga Negara serta membantu anak dan remaja belajar menjadi dewasa, sehingga seseorang mengetahui mana yang benar dan mana yang salah yang akan mewujudkan perilaku yang sehat. Selain hal tersebut pada usia pertengahan diiringi dengan menurunnya kondisi fisik dan psikologis, akan tetapi pada beberapa orang terjadi kegagalan penguasaan tugas – tugas perkembangan karena berbagai faktor. Faktor – faktor yang mempengaruhi terjadinya gangguan kematangan perkembangan adalah tidak adanya kesempatan belajar, tidak adanya bimbingan, tidak adanya motivasi, kesehatan yang memburuk dan tingkat kecerdasan yang rendah.⁽⁵⁰⁾

Teori belajar sosial dari Bandura menyatakan bahwa perilaku adalah proses belajar melalui pengamatan dan meniru yang meliputi memperhatikan, mengingat, mereproduksi gerak dan motivasi. Motivasi banyak ditentukan oleh kesesuaian antara karakteristik pribadi dan karakteristik model, salah satunya adalah umur. Anak – anak lebih cenderung meniru model yang sama dalam jangkauannya baik anak yang seusia ataupun orang dekat yang ada disekitarnya.

Jenis kelamin adalah karakteristik manusia sebagai faktor predisposisi terhadap perilaku. Perempuan adalah orang yang paling dirugikan apabila keluarga tidak mempunyai jamban dan berperilaku BABS, mereka merasa terpenjara oleh siang hari karena mereka hanya dapat pergi dari rumah untuk buang air besar pada periode gelap baik dipagi buta atau menjelang malam, apalagi ketika mereka sedang mengalami menstruasi, dalam sebuah penelitian

dikatakan bahwa terjadi peningkatan 11% anak perempuan yang mendaftar ke suatu sekolah setelah pembangunan jamban disekolah.⁽⁴⁶⁾

Tingkat pendidikan seseorang termasuk faktor predisposisi terhadap perilaku kesehatan. Berdasarkan hasil penelitian bahwa tingkat pendidikan tidak ada hubungannya dengan pemanfaatan jamban keluarga.^(21, 33-34) Meskipun pada beberapa penelitian tidak menunjukkan adanya hubungan dengan perilaku, namun tingkat pendidikan mempermudah untuk terjadinya perubahan perilaku, semakin tinggi tingkat pendidikan semakin mudah seseorang untuk menerima informasi – informasi baru yang sifatnya membangun.

Pekerjaan adalah salah satu tugas perkembangan manusia dan termasuk karakteristik yang menjadi faktor predisposisi terjadinya perilaku. Jenis pekerjaan tertentu akan terjadi penyesuaian – penyesuaian terhadap perilaku tertentu yang dapat dipengaruhi oleh lingkungan. Lingkungan kerja yang sehat akan mendukung kesehatan pekerja yang akan meningkatkan produktivitas dan akhirnya meningkatkan derajat kesehatan.

Status ekonomi seseorang termasuk faktor predisposisi terhadap perilaku kesehatan. Semakin tinggi status ekonomi seseorang menjadi faktor yang memudahkan untuk terjadinya perubahan perilaku. Berdasarkan penelitian penghasilan yang rendah berpengaruh 4 kali terhadap penggunaan jamban.⁽²²⁾

b. Tingkat peran-serta

Hasil penelitian di Jepara mengatakan bahwa keaktifan seseorang dalam mengikuti penyuluhan tidak ada hubungan dengan pemanfaatan jamban.⁽³³⁾ Penelitian di Amhara Ethiopia menyebutkan bahwa partisipasi dalam

pendidikan kesehatan berpengaruh terhadap kepemilikan dan penggunaan jamban (OR=1,6).⁽¹⁸⁾ Menurut Mukherjee bahwa keberhasilan menjadi daerah bebas BABS adanya kesadaran masyarakat untuk membangun jamban sendiri dengan bentuk gotong – royong, adanya *natural leader* dan pemician yang melibatkan semua unsur masyarakat.⁽²⁾

c. Pengetahuan

Menurut model komunikasi/persuasi, bahwa perubahan pengetahuan dan sikap merupakan prekondisi bagi perubahan perilaku kesehatan dan perilaku-perilaku yang lain.⁽⁴⁹⁾

Curtis dalam studinya menemukan bahwa upaya peningkatan pengetahuan melalui promosi kesehatan mempengaruhi perubahan perilaku di Burkina Faso.⁽⁵¹⁾ Berdasarkan hasil penelitian tentang Sanitasi dan Higiene mengatakan bahwa pengetahuan terhadap perilaku BAB yang sehat cukup tinggi (90%), toilet dipastikan berfungsi dengan baik tetapi 12,2 % keluarga tidak memakai toilet secara teratur.⁽¹⁹⁾

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan terkait dengan penggunaan jamban, bahwa terdapat hubungan yang bermakna pengetahuan (tentang jamban) dengan perilaku keluarga dalam penggunaan jamban.⁽²¹⁾ Namun dalam penelitian Simanjutak bahwa pengetahuan ($p=0,189$) tidak ada hubungan dengan perilaku buang air besar.⁽²²⁾

d. Sikap dan Persepsi

Berdasarkan hasil penelitian tentang Sanitasi dan Higiene mengatakan bahwa sikap ibu terhadap perilaku BAB yang sehat cukup tinggi (93,7%), toilet

dipastikan berfungsi dengan baik tetapi 12,2 % keluarga tidak memakai toilet secara teratur. ⁽¹⁹⁾dalam penelitian lain menunjukkan bahwa perubahan perilaku buang air besar sembarangan tergantung kesadaran seseorang untuk menggunakan fasilitas, akses jamban dan persepsi seseorang tentang tinja dan hubungannya dengan penyakit.⁽²⁰⁾

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan terkait dengan penggunaan jamban, bahwa terdapat hubungan yang bermakna ($p=0,0005$) antara sikap(positif/negatif) dengan perilaku keluarga dalam penggunaan jamban. ⁽²¹⁾ Namun dalam penelitian Simanjutak bahwa sikap ($p=0,491$) tidak ada hubungan dengan perilaku buang air besar.

Dalam teori HBM (*Health Belief Model*) persepsi seseorang terhadap kerentanan dan kesembuhan pengobatan dapat mempengaruhi keputusan dalam perilaku - perilaku kesehatannya. Demikian juga dalam teori PRECEDE – PROCEED menyebutkan bahwa persepsi termasuk dalam faktor predisposisi terhadap terjadinya perilaku.

Menurut Simanjutak, seseorang yang mempunyai persepsi tentang ancaman ketika BABS kurang baik berisiko 3 kali untuk melakukan BABS, dan seseorang yang mempunyai persepsi manfaat BAB di jamban kurang baik berisiko 5 kali untuk melakukan BABS.

2. Faktor Agent

a. Penggunaan jamban

Berdasarkan hasil penelitian menyebutkan bahwa pengetahuan dan sikap ibu terhadap perilaku buang air besar (BAB) yang sehat cukup tinggi (90%) dan

93,7% toilet dipastikan berfungsi dengan baik tetapi 12,2 % keluarga tidak memakai toilet secara teratur.⁽¹⁹⁾ Penelitian lain menyebutkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan dan sikap ibu terhadap penggunaan jamban, tetapi dari 196 responden hanya 46,4% yang menggunakan jamban secara teratur.⁽²¹⁾

b. Prioritas kebutuhan

Upaya program peningkatan akses masyarakat terhadap sanitasi layak, telah dilaksanakan khususnya pembangunan sanitasi diperdesaan. Hasil studi evaluasi menunjukkan bahwa banyak sarana sanitasi yang dibangun tidak digunakan dan dipelihara oleh masyarakat. Berdasarkan laporan MDGs, di Indonesia tahun 2010 akses sanitasi layak hanya mencapai 51,19% (target MDGs sebesar 62,41%) dan sanitasi daerah pedesaan sebesar 33,96% (target MDGs sebesar 55,55%).⁽²⁸⁾ Salah satu penyebab target belum tercapai bahwa pendekatan yang digunakan selama ini belum berhasil memunculkan *demand*, maka komponen pemberdayaan masyarakat perlu dimasukkan dalam pembangunan dan penyediaan jamban agar sarana yang dibangun dapat dimanfaatkan. Untuk tujuan tersebut Indonesia mengadopsi pendekatan *Community Led Total Sanitation (CLTS)* yang dikenal sebagai STBM (Sanitasi Total Berbasis Masyarakat) untuk mendapatkan pendekatan yang optimal dalam pembangunan sanitasi diperdesaan.⁽³⁰⁻³²⁾

c. Tingkat paparan media

Perubahan perilaku adalah sebuah proses, perilaku tidak semata - mata perubahan dalam tingkatan atau tataran *behavior* namun perubahan dalam

tataran pengetahuan atau pemahaman merupakan sebuah perubahan. Selain faktor individu ada faktor lain yang mendorong mempercepat perubahan perilaku yang bisa di jadikan stimulant adalah munculnya isu di media massa. Hal ini sesuai teori Kultivasi yang memprediksi dan menjelaskan formasi dan pembentukan jangka panjang dari persepsi, pemahaman dan keyakinan mengenai dunia sebagai akibat dari konsumsi pesan – pesan media.⁽⁵²⁾

Berdasarkan penelitian di DKK Kulonprogo Yogyakarta bahwa masalah penyebab perubahan perilaku yang lambat dalam mengkampanyekan PHBS untuk menurunkan angka diare adalah pada penyusunan pesan. Pesan yang dibuat untuk kampanye ini seringkali juga tidak didasarkan pada analisis siapa target audiens dan perubahan apa yang diinginkan dalam kampanye ini, sebagian besar tidak didesign sendiri namun institusi kesehatan hanya berfungsi mendistribusikan. Proses pendistribusianpun, seringkali tidak berjalan, baik dari sisi ketepatan target sasaran maupun media kampanye tidak didistribusikan namun hanya menunmpuk saja.⁽⁵³⁾

d. Sistem kebijakan sanitasi

Program STBM yang terintegrasi dengan program PAMSIMAS sebenarnya program ini secara struktural formal merupakan program - program “turunan” yang didesign oleh propinsi bahkan tingkat pusat. Bahkan tidak sedikit program - program yang berkaitan dengan perubahan perilaku hidup bersih dan sehat ini didukung oleh lembaga - lembaga donor internasional. Namun dikarenakan *design* program yang seringkali tidak berkelanjutan sehingga banyak program

atau kegiatan yang berulang - ulang dilakukan dan tidak ditindaklanjuti oleh dinas. Ada kesan bahwa program hanya akan jalan kalau ada budget/dana.⁽⁵³⁾

3. Faktor Lingkungan

a. Lingkungan Fisik

1) Kondisi geografi

Secara tradisional, manusia membuang kotorannya di tempat terbuka yang jauh dari tempat tinggalnya seperti di ladang, sungai, pantai dan tempat terbuka lainnya.

2) Adanya aliran sungai

Dalam penelitian kualitatif menjelaskan bahwa masyarakat yang bertempat tinggal dekat sungai menjadi faktor pendukung buang air besar di area terbuka.⁽²⁾ Penelitian lain menyebutkan bahwa jarak rumah dengan sungai berpengaruh 1,32 kali untuk tidak memanfaatkan jamban.⁽³³⁾ sedangkan penelitian di Rembang menyatakan tidak ada hubungan antara jarak rumah dengan sungai terhadap pemafaatan jamban keluarga.⁽³⁴⁾

3) Ketersediaan lahan untuk mambangun jamban.

Sebesar 33,3 % orang berpersepsi bahwa membangun jamban membutuhkan lahan yang luas dan besar, tetapi hasil analisa statistik menunjukkan bahwa keterbatasan lahan bukanlah suatu faktor risiko seseorang untuk melakukan BABS.⁽²²⁾

4) Ketersediaan sarana air bersih

Berdasarkan penelitian terkait menunjukkan bahwa ada hubungan antara ketersediaan sarana air dengan penggunaan jamban. Hal ini ditunjukkan

dalam hasil penelitian bahwa ketersediaan sarana air bersih 7,5 X meningkatkan perilaku keluarga dalam menggunakan jamban.⁽²¹⁾ dan kecukupan air penggelontor berpengaruh 9,7 kali terhadap pemanfaatan jamban keluarga.⁽³³⁾ Penelitian lain menyatakan bahwa ketersediaan air tidak ada hubungan dengan perilaku buang air besar ($p=0,660$) sedangkan sarana air bersih tidak ada hubungan dengan pemanfaatan jamban ($p=0,8$).^(22, 34)

5) Keberadaan ternak dan kandang ternak

Keberadaan kandang ternak yang dimaksud adalah untuk memelihara hewan seperti ayam, bebek dan entok. Hewan piaraan tersebut biasanya mengkonsumsi kotoran salah satunya feces manusia yang dibuang disembarang tempat, sehingga dapat berpotensi sebagai sarana penyebaran bakteri dan virus khususnya *E.coli* yang dapat menimbulkan kejadian penyakit diare. Hasil penelitian menunjukkan bahwa keberadaan kandang ternak disekitar rumah (< 10 meter) berisiko terhadap kejadian diare sebesar 2,2.

b. Lingkungan Biologi

Lingkungan biologis, bersifat biotik (benda hidup) seperti mikroorganisme, serangga, binatang, jamur, parasit, dan lain-lain yang dapat berperan sebagai agent penyakit, reservoir infeksi, vektor penyakit dan hospes intermediat. Hubungannya dengan manusia bersifat dinamis dan pada keadaan tertentu dimana tidak terjadi keseimbangan diantara hubungan tersebut maka manusia menjadi sakit.

c. Lingkungan Sosial

1) Dukungan sosial (keluarga, tokoh masyarakat dan tokoh agama)

Penyuluhan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat dalam menggunakan jamban juga memberikan kontribusi dalam perubahan perilaku BAB masyarakat. Hal ini dapat ditunjukkan dalam penelitian bahwa pembinaan petugas Puskesmas juga memiliki hubungan yang bermakna dalam penggunaan jamban ($p=0,0005$).⁽²¹⁾

Dukungan aparat desa, kader posyandu dan LSM meningkatkan 2,7 kali masyarakat untuk menggunakan jamban.⁽²¹⁾ demikian juga dalam penelitian lain menunjukkan bahwa dukungan sosial berhubungan dengan perilaku buang air besar, dalam penelitian kualitatif dikatakan bahwa salah satu faktor yang memudahkan seseorang buang air besar di sungai karena melihat orang tua dan tetangganya melakukan hal yang sama⁽¹²⁾ dan keberadaan *community leaders* di masyarakat memicu untuk terjadinya perubahan perilaku.⁽²⁾ Pendampingan fasilitator paska pemicuan yang kurang baik berisiko 12,7 kali seseorang untuk BABS dan pendampingan paska pemicuan yang cukup baik masih berisiko 7,5 kali seseorang untuk BABS.⁽²²⁾

Berdasarkan penelitian kualitatif bahwa salah satu faktor yang berhubungan dengan keberhasilan daerah menjadi *Open Defecation Free* setelah dilakukan pemicuan *CLTS* di Jawa Timur adalah karena adanya kegiatan sosial kemasyarakatan yang baik : pemimpin yang terpercaya, adanya gotong – royong dan kebersamaan.⁽²⁾

2) **Sangsi sosial** (teguran, peringatan dan pengucilan)

Tidak adanya sangsi sosial di masyarakat menjadi salah satu faktor kegagalan suatu daerah untuk menjadi daerah bebas BABS serta didukung kurangnya monitoring pasca pemicuan *CLTS*.⁽²⁾

3) **Kebudayaan**

Kebiasaan BABS yang terjadi dimasyarakat umumnya karena adanya perasaan bahwa BABS itu lebih mudah dan praktis, BABS sebagai identitas masyarakat dan budaya turun - temurun dari nenek moyang sehingga menjadi kebiasaan.⁽¹²⁾

H. Pengelolaan Kotoran Manusia

Penyakit – penyakit infeksi yang berhubungan dengan oral - fekal transmisi sebenarnya penyakit yang dapat dikontrol dan dicegah melalui sanitasi yang baik, khususnya sistem pembuangan tinja manusia (jamban). Beberapa penelitian menjelaskan bahwa sanitasi yang baik dapat mengurangi penularan mikroba yang menyebabkan diare dengan cara mencegah kontaminasi tinja manusia dengan lingkungan. Meningkatnya sarana sanitasi dapat mengurangi insiden diare sebesar 36%.^(11, 15) Di dalam penelitian lain menyebutkan bahwa penggunaan jamban efektif dapat mengurangi insiden penyakit diare sebesar 30%.⁽¹⁵⁾

Jamban sehat adalah fasilitas buang air besar yang dapat mencegah pencemaran badan air, mencegah kontak antara manusia dan tinja, mencegah hinggapnya lalat atau serangga lain di tinja, mencegah bau tidak sedap, serta konstruksi dudukan (slab) yang baik, aman dan mudah dibersihkan.^(4-6, 54)

Adapun tipe-tipe jamban yang sesuai dengan teknologi pedesaan antara lain Jamban cemplung kakus/cubluk (*pit latrine*), Jamban cemplung berventilasi (*ventilasi improve pit latrine=VIP latrine*) dan Septik tank. ^(5, 54-55)

I. Perilaku Kesehatan dan Teori Perilaku Kesehatan

Perilaku kesehatan adalah sejumlah sifat manusia seperti keyakinan, pengharapan, motivasi, nilai – nilai, persepsi dan elemen kognitif lainnya, karakteristik manusia termasuk afektif dan status emosi dan sifat pembawaan, pola perilaku, tindakan, kebiasaan yang berhubungan dengan memelihara kesehatan, pemulihan kesehatan dan peningkatan kesehatan.

Pada dasarnya tidak ada satu jenis teori atau model yang tepat untuk semua kasus, tergantung dari unit praktik dan tipe dari perilaku kesehatan, bahkan kadang – kadang di butuhkan lebih dari satu teori agar tepat dalam menjelaskan suatu isu.

Teori/model yang digunakan dalam penelitian untuk mengungkap determinan perilaku individu, khususnya perilaku yang berhubungan dengan kesehatan dan proses terjadinya perubahan perilaku adalah PRECEDE-PROCEED dengan alasan didalamnya terdapat pengkajian, perencanaan intervensi dan evaluasi yang menjadi satu kerangka kerja. Dan teori yang lain untuk menjelaskan penyebab perilaku secara individu adalah *Theory of Planned Behavior (TPB)* dan *Health Belief Model (HBM)*. ⁽⁴⁷⁻⁴⁹⁾

1. PRECEDE – PROCEED Model.

PRECEDE (*Predisposing, Reinforcing, Enabling Causes, Educational Diagnosis and Evaluation*), Pendekatan ini direkomendasikan untuk evaluasi ke efektifan intervensi dan memfokuskan target utama dalam intervensi .

Kerangka dalam model PRECEDE, terdapat 6 (enam) tahapan, yaitu Diagnosis sosial, Diagnosis epidemiologi, Identifikasi faktor non perilaku, Identifikasi faktor *predisposing, reinforcing dan enabling* yang berhubungan dengan perilaku kesehatan, rencana intervensi dan diagnosis administratif dan lainnya untuk pengembangan dan pelaksanaan program intervensi.

Fase satu : Diagnosis Sosial merupakan penekanan pada identifikasi masalah sosial yang berdampak pada masyarakat. Diagnosis ini juga sebagai proses penentuan persepsi masyarakat terhadap kebutuhannya atau terhadap kualitas hidupnya dan aspirasi masyarakat untuk meningkatkan kualitas hidupnya.

Indikator yang digunakan terkait masalah sosial adalah indikator sosial yang penilaiannya didasarkan data sensus ataupun statistik vital yang ada maupun dengan melakukan pengumpulan data secara langsung dari masyarakat. Bila data langsung dari masyarakat, maka pengumpulan datanya dapat dilakukan dengan cara wawancara, diskusi kelompok terfokus dan survei.

Fase dua : Diagnosis Epidemiologi yaitu melakukan identifikasi terkait dengan aspek kesehatan yang berpengaruh terhadap kualitas hidup. Pada fase ini dicari faktor kesehatan yang mempengaruhi kualitas hidup yang dapat digambarkan secara rinci berdasarkan data yang ada baik berasal dari data lokal, regional maupun nasional. Pada fase ini diidentifikasi siapa atau kelompok mana yang terkena masalah kesehatan (umur, jenis kelamin, lokasi, suku dan lainnya), bagaimana pengaruh atau akibat dari masalah kesehatan tersebut (kematian, kesakitan, ketidakmampuan, dan tanda gejala yang ditimbulkannya) dan bagaimana cara untuk menanggulangi masalah kesehatan (imunitasi, perawatan / pengobatan, perubahan

lingkungan dan perubahan perilaku). Informasi ini sangat dibutuhkan untuk menetapkan prioritas masalah yang biasanya didasarkan atas pertimbangan besarnya masalah dan akibat yang timbulkannya serta kemungkinan untuk diubah.

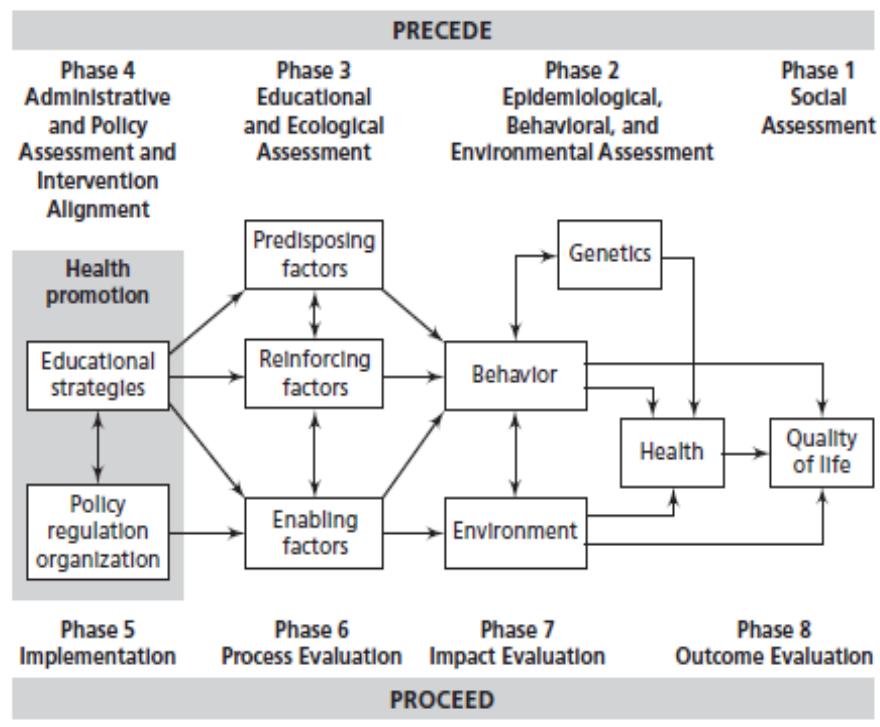
Fase tiga : merupakan kegiatan identifikasi/diagnosis terhadap faktor-faktor perilaku dan lingkungan yang berhubungan dengan masalah-masalah kesehatan yang ditunjukkan pada fase sebelumnya. Identifikasi dilakukan terhadap factor risiko yang secara spesifik terkait masalah-masalah kesehatan yang terkait dengan perilaku. Demikian juga dilakukan identifikasi terhadap faktor lingkungan sebagai faktor dari luar yang berhubungan dengan dengan masalah-masalah kesehatan dan kualitas hidup. Faktor lingkungan dapat dikontrol dan dimodifikasi sedemikian rupa untuk dapat menanggulangi masalah kesehatan dan kualitas hidup.

Fase empat : di dalam fase ini melakukan diagnosis terhadap faktor-faktor yang secara spesifik dan potensial yang mempengaruhi perilaku kesehatan dan lingkungan. Perubahan perilaku kesehatan dan lingkungan sebagai tujuan promosi kesehatan yang memperhatikan 3 aspek yaitu : faktor predisposisi (meliputi pengetahuan, sikap, kepercayaan, nilai-nilai, dan persepsi), faktor pendukung (meliputi sumber daya) dan faktor-faktor pendorong (meliputi tokoh masyarakat, petugas kesehatan atau pihak yang sudah terlebih dahulu berubah perilakunya). Fase ini menilai faktor-faktor yang secara langsung berdampak terhadap perilaku dan lingkungan untuk kepentingan membantu perencana dalam melaksanakan intervensi dengan sumber daya yang ada. Upaya intervensi, selanjutnya dilakukan penentuan prioritas berdasarkan seleksi terhadap faktor-faktor yang ada.

Fase kelima : adalah merupakan tahapan penilaian terhadap organisasi/kebijakan dan kemampuan administrasi serta sumber daya untuk mengembangkan program.

Fase keenam : berhubungan dengan pengembangan dan pelaksanaan program intervensi seperti program kampanye (cetak dan audiovisual, modifikasi perilaku, pemodelan, pengembangan masyarakat dan lain sebagainya).

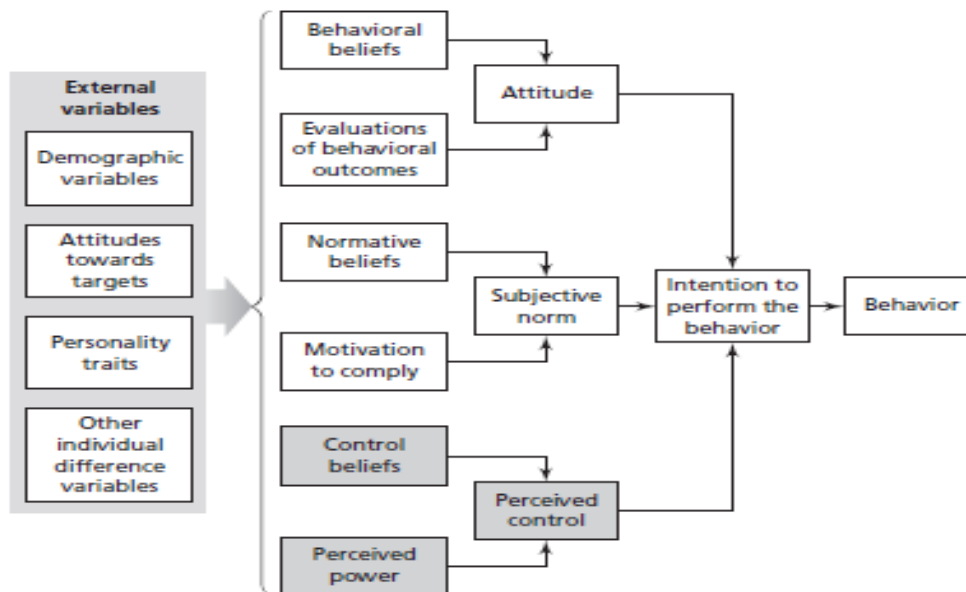
Fase ketujuh : fokus pada evaluasi yang diarahkan pada evaluasi proses, dampak dan outcome. Evaluasi ini dilakukan terhadap hasil intervensi pada fase sebelumnya.



Gambar.2.3. perencanaan Model PRECEDE – PROCEED⁽⁴⁹⁾

2. Teori Aksi Beralasan (*Theory of Reasoned Action*)

Teori ini diperkenalkan oleh Fishbein and Ajzen yang menegaskan peran dari niat seseorang dalam menentukan apakah sebuah perilaku akan terjadi. Teori ini secara tidak langsung menyatakan bahwa perilaku pada umumnya mengikuti niat dan tidak akan pernah terjadi tanpa niat. Niat-niat seseorang juga dipengaruhi oleh sikap-sikap terhadap suatu perilaku. Teori ini juga menegaskan sifat 'normatif' yang mungkin dimiliki orang-orang; mereka berfikir tentang apa yang akan dilakukan orang lain (terutama orang-orang yang berpengaruh dalam kelompok) pada suatu situasi yang sama. Teori ini bukan saja menjelaskan tentang perilaku kesehatan saja, namun juga menjelaskan semua perilaku terkait dengan kemauan. Teori ini berbasis pada asumsi terhadap reaksi sosial atas kemauan yang terkendali. Teori ini bertujuan tidak hanya memperkirakan perilaku manusia, tetapi juga memahami atas perilaku itu sendiri. Menurut teori ini, seseorang untuk melakukan perilaku tertentu adalah fungsi 2 faktor yaitu : 1) sikap (positif atau negatif) terhadap perilaku dan 2) pengaruh lingkungan sosial (norma-norma umum subjektif) pada perilaku. Seseorang memiliki sikap positif terhadap perilaku tertentu berawal dari adanya kepercayaan terhadap perilaku tersebut akan memberikan manfaat/hasil. Seseorang dapat berperilaku tertentu atau tidak karena faktor sosial atau norma subyektif adalah didasarkan pada kepercayaan pada individu atau kelompok tertentu dan berfikir tentang apa yang dilakukan orang lain terutama orang-orang yang berpengaruh dalam kelompok tersebut.



Gambar.2.4. *Theory of Reasoned Action and Theory of Planned Behavior*⁽⁴⁹⁾

3. Model Kepercayaan Kesehatan (*Health Belief Model*)

Model kepercayaan ini menganggap bahwa perilaku kesehatan merupakan fungsi dari pengetahuan maupun sikap yang menegaskan bahwa persepsi seseorang terhadap kerentanan dan kesembuhan pengobatan dapat mempengaruhi keputusan dalam perilaku - perilaku kesehatannya. Model ini menekankan hipotesa atau harapan subyektif. Perilaku merupakan fungsi dari nilai subyektif suatu dampak (*outcome*) dan harapan subyektif bahwa tindakan tertentu akan mencapai dampak tersebut. Konsep ini juga sebagai teori harapan dan dapat diaplikasikan pada perilaku yang berhubungan dengan kesehatan. Hal ini dapat diartikan bahwa keinginan untuk tidak sakit atau menjadi sembuh (nilai) dan keyakinan (*belief*) bahwa tindakan tertentu akan mencegah atau menyembuhkan penyakit (harapan). Sehingga dapat disimpulkan bahwa perkiraan seseorang terhadap risiko mengidap suatu penyakit dan keseriusan akibat suatu penyakit serta kemungkinan untuk mengurangi penyakit melalui suatu tindakan tertentu. Model kepercayaan kesehatan

memiliki tiga bagian yaitu latar belakang, persepsi dan tindakan. Latar belakang terdiri dari Sosiodemografi, structural (pengetahuan tentang suatu penyakit, kontak sebelumnya dengan penyakit) dan sosiopsikologis (dorongan dari *peer group* atau *reference group*). Latar belakang ini mempengaruhi persepsi terhadap ancaman suatu penyakit dan harapan suatu tindakan untuk mengurangi ancaman penyakit.

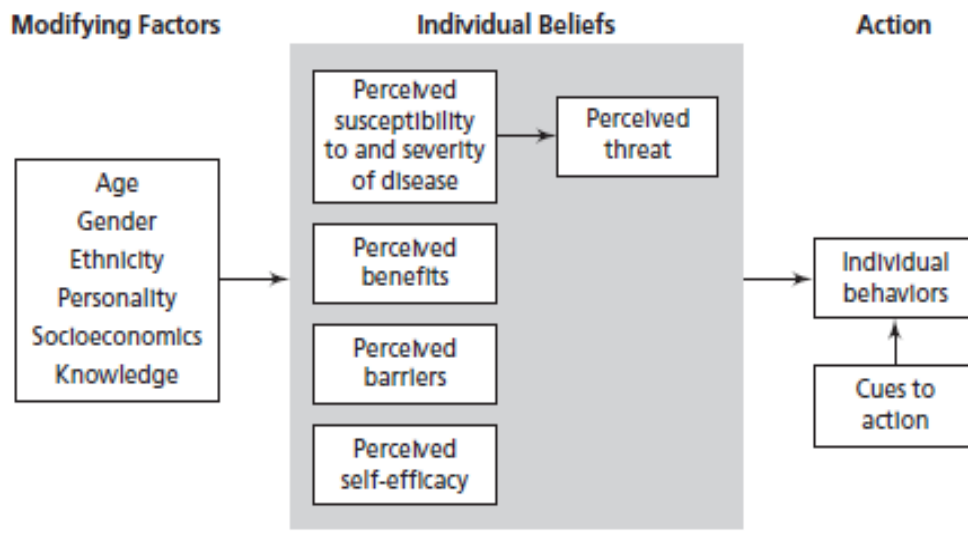
Komponen *Health Belief Model* :

- 1) Tingkat kerentanan terhadap risiko tertular suatu penyakit (*Perceive susceptibility*).
- 2) Tingkat keseriusan terhadap suatu penyakit (*Perceived severity*) adalah perasaan seseorang terhadap keseriusan akibat penyakit atau jika tidak diobati baik secara medis (kematian, cacat, rasa sakit) maupun social (dampak pada pekerjaan, keluarga, hubungan sosial).
- 3) Manfaat dirasakan (*Perceive Benefit*) terhadap perilaku pencegahan. Bahwa melakukan tindakan pencegahan atau mengurangi risiko merupakan keuntungan.
- 4) Hambatan yang dirasakan (*Perceive barrier*) terhadap perilaku pencegahan adalah hal-hal yang dirasakan seseorang terhadap hal-hal negatif dari perilaku pencegahan seperti biaya mahal, efek samping berbahaya, rasa sakit, ketidaknyamanan dan waktu.
- 5) Kemampuan sendiri (*Perceive Self Efficacy*) adalah perasaan seseorang terhadap kemampuan dirinya bahwa ia dapat melakukan perilaku pencegahan tersebut dengan sukses. Keyakinan individu terhadap kemampuannya dapat menentukan bagaimana mereka berperilaku. Penilaian diri terhadap kemampuannya akan

menentukan rangkaian perilaku yang harus ditampilkan dan berapa lama harus menjalani, pola pikir dan reaksi emosional.

- 6) Dorongan terhadap perubahan perilaku (*Cues to action*) adalah tanda/sinyal yang menyebabkan seseorang untuk bergerak ke arah suatu perilaku pencegahan . Tanda itu bisa dapat dari luar (kampanye, nasehat, kejadian pada kenalan/keluarga dan majalah) dan dari dalam (persepsi seseorang terhadap kondisi kesehatannya).
- 7) Variabel demografi, sosiopsikologi dan struktural mungkin mempengaruhi persepsi individu maka secara tidak langsung mempengaruhi perilaku yang berhubungan dengan kesehatan. Tingkat pendidikan individu diyakini mempunyai dampak tidak langsung terhadap perilaku dengan mempengaruhi *perceive susceptibility, perceive severity, perceive benefit of action dan perceive barrier to a action*.

Menurut model kepercayaan kesehatan perilaku ditentukan oleh apakah seseorang (1) percaya bahwa mereka rentan terhadap masalah kesehatan tertentu; (2) menganggap masalah ini serius;(3) meyakini efektivitas tujuan pengobatan dan pencegahan;(4) menerima anjuran untuk mengambil tindakan kesehatan.



Gambar.2.5. *Health Belief Model Components and Linkages*⁽⁴⁹⁾

J. Program Pendekatan STBM (Sanitasi Total Berbasis Masyarakat).

1. Pengertian

Pendekatan STBM/CLTS adalah pendekatan untuk merubah perilaku higiene dan sanitasi melalui pemberdayaan masyarakat dengan metode pemucuan. Pendekatan partisipatif ini mengajak masyarakat untuk mengalisa kondisi sanitasi melalui proses pemucuan yang menyerang/menimbulkan rasa ngeri dan malu kepada masyarakat tentang pencemaran lingkungan akibat BABS.

2. Tujuan

Tujuan akhir pendekatan ini adalah merubah cara pandang dan perilaku sanitasi yang memicu terjadinya pembangunan jamban dengan inisiatif masyarakat sendiri tanpa subsidi dari pihak luar serta menimbulkan kesadaran bahwa kebiasaan BABS adalah masalah bersama karena dapat berimplikasi kepada semua masyarakat sehingga pemecahannya juga harus dilakukan dan dipecahkan secara bersama.

3. Prinsip

Prinsip dalam pelaksanaan pemecuan ini yang harus diperhatikan adalah tanpa subsidi, tidak menggurui, tidak memaksa dan mempromosikan jamban, masyarakat sebagai pemimpin, totalitas dan seluruh masyarakat terlibat.

4. Tingkat partisipasi masyarakat

Masyarakat sasaran dalam STBM tidak dipaksa untuk menerapkan kegiatan program tersebut, akan tetapi program ini berupaya meningkatkan partisipasi masyarakat dalam kegiatannya. Tingkat partisipasi masyarakat dalam STBM dimulai tingkat partisipasi yang terendah sampai tertinggi :

- 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, pada tahap ini masyarakat telah diajak untuk membuat keputusan secara bersama-sama untuk kegiatan yang dilaksanakan.
- d) **Masyarakat mulai mendapatkan wewenang atas kontrol** sumber daya dan keputusan, pada tahap ini masyarakat tidak hanya membuat keputusan, akan tetapi telah ikut dalam kegiatan kontrol pelaksanaan program.

Dari ke empat tingkatan partisipasi tersebut, yang diperlukan dalam STBM adalah tingkat partisipasi tertinggi dimana masyarakat tidak hanya diberi informasi, tidak hanya diajak berunding tetapi sudah terlibat dalam proses pembuatan keputusan dan bahkan sudah mendapatkan wewenang atas kontrol sumber daya masyarakat itu sendiri serta terhadap keputusan yang mereka buat. Dalam prinsip STBM telah disebutkan bahwa keputusan bersama dan *action* bersama dari masyarakat itu sendiri merupakan kunci utama.

5. Langkah Pemicuan

Langkah – langkah pemicuan STBM adalah sebagai berikut : Pemetaan , penelusuran lokasi BABS, menjelaskan alur kontaminasi, simulasi air yang terkontaminasi dan diskusi kelompok untuk pemicuan.

6. Elemen Pemicuan

Secara umum faktor – faktor yang harus dipicu untuk menumbuhkan perubahan perilaku sanitasi dalam suatu komunitas adalah perasaan jijik, perasaan malu, perasaan takut sakit, perasaan takut berdosa dan perasaan tidak mampu dan kaitannya dengan kemiskinan.

7. Tangga sanitasi

Tangga sanitasi merupakan tahap perkembangan sarana sanitasi yang digunakan masyarakat , dari sarana yang sederhana sampai sarana sanitasi yang layak dinilai dari aspek kesehatan, keamanan dan kenyamanan. ^(29-30, 32)

BAB III

KERANGKA TEORI, KONSEP DAN HIPOTESIS

A. Kerangka Teori

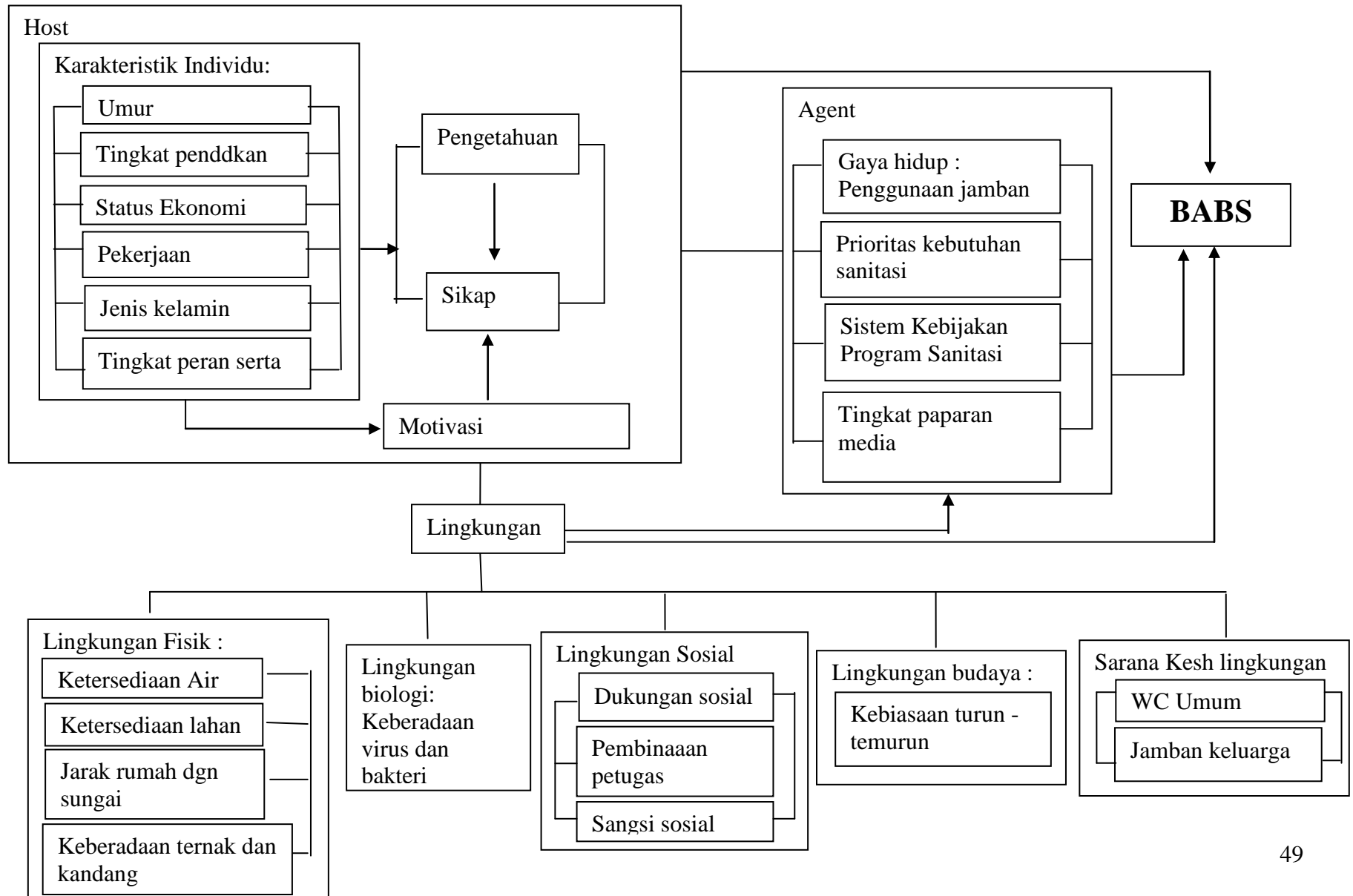
Sanitasi yang buruk berimplikasi terhadap penularan beberapa penyakit infeksi. Proses penularan tersebut selain dipengaruhi oleh kondisi *agent* penyebab penyakit juga dipengaruhi oleh karakteristik dan perilaku manusia. Salah satunya adalah perilaku buang air besar ditempat terbuka. Perilaku tersebut dipengaruhi oleh faktor internal dan eksternal dalam diri seseorang yang saling berinteraksi. Faktor internal yaitu karakteristik individu (seperti umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status ekonomi, dan pekerjaan) mempengaruhi pengetahuan dan sikap seseorang untuk merespon atau menilai suatu kondisi yang sudah menjadi kebiasaan, semakin tinggi tingkat pengetahuan dan semakin positif sikap terhadap manfaat dan keuntungan untuk dirinya, maka semakin cepat pula seseorang untuk merubah perilaku yang buruk menjadi perilaku yang baik.

Faktor eksternal termasuk faktor lingkungan fisik, biologi, sosial dan budaya yang saling mendukung dan menguatkan keyakinan seseorang untuk melakukan suatu tindakan dimana seseorang sebaiknya buang air besar. Faktor lingkungan fisik seperti ketersediaan air bersih, ketersediaan lahan untuk membangun jamban dan jarak rumah dengan sungai. Faktor lingkungan sosial dan budaya adalah adanya dukungan sosial, sanksi sosial dan pembinaan petugas. Faktor biologi adalah keberadaan agent penyebab penyakit seperti virus, bakteri dan parasit.

Adapun faktor – faktor yang mempengaruhi seseorang melakukan buang air besar sembarangan atau menghentikannya secara epidemiologis dapat dijelaskan dalam segitiga epidemiologi yaitu *host*, *agent* dan *environment*.

Host meliputi faktor internal yaitu karakteristik manusia (umur, tingkat pendidikan, status ekonomi, jenis kelamin, tingkat peran serta) dan motivasi yang akan mempengaruhi pengetahuan dan sikap yang akan melahirkan niat seseorang untuk melakukan tindakan. *Environment* adalah faktor eksternal yaitu lingkungan fisik (ketersediaan lahan dan jarak rumah dengan sungai), lingkungan sosial (sangsai sosial dan dukungan sosial), lingkungan budaya dan sarana kesehatan lingkungan. *Agents* adalah gaya hidup yaitu penggunaan jamban, prioritas kebutuhan sanitasi, tingkat paparan media dan sistem kebijakan sanitasi.

Gambar.3.1. Kerangka Teori faktor – faktor yang mempengaruhi perilaku BABS, modifikasi dari berbagai sumber.



B. Kerangka Konsep

Kerangka konsep dalam penelitian ini menggambarkan variabel-variabel yang akan diukur atau diamati selama penelitian. Tidak semua variabel dalam kerangka teori dimasukkan ke dalam kerangka konsep, karena keterbatasan peneliti dalam masalah dana, tenaga dan waktu.

Variabel yang akan diteliti adalah faktor *host* (umur, tingkat pendidikan, tingkat ekonomi, tingkat peran serta, pengetahuan tentang jamban sehat, sikap tentang BAB di jamban), faktor lingkungan sosial (dukungan sosial, sanksi sosial dan pembinaan petugas) dan faktor lingkungan fisik (jarak rumah dengan sungai).

Variabel yang tidak diteliti adalah faktor *host* yaitu jenis kelamin, pekerjaan dan motivasi. Secara fisiologis bahwa buang air besar termasuk sistem ekskresi manusia tanpa membedakan jenis kelamin dan pekerjaan serta motivasi dan niat seseorang untuk melakukan BABS.

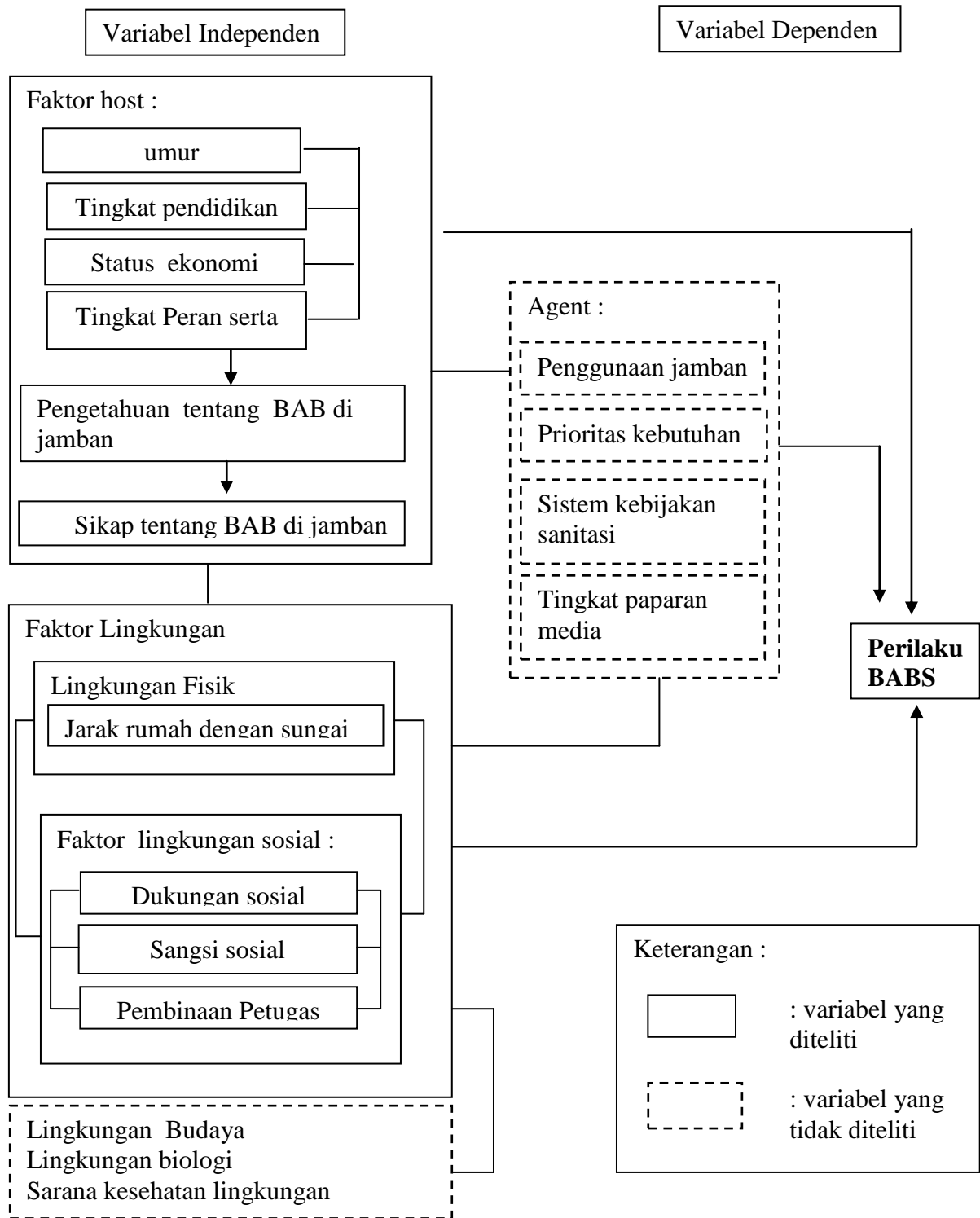
Faktor lingkungan fisik adalah ketersediaan air dan ketersediaan lahan, variabel tersebut tidak diteliti karena di wilayah kecamatan Bayat hampir semua warga mempunyai lahan untuk membangun jamban dan mempunyai sarana air bersih baik perpipaan maupun non perpipaan. Faktor lingkungan budaya yaitu kebiasaan BABS yang turun temurun, variabel ini tidak diteliti disebabkan untuk menggali faktor budaya yang mempengaruhi perilaku ini memerlukan pengamatan dalam waktu yang relative lebih lama.

Faktor sarana kesehatan lingkungan yaitu keberadaan WC umum, tidak diteliti karena di Kecamatan Bayat khususnya di Desa yang pernah dilakukan program pemucuan tahun 2009 tidak ada WC umum. Faktor kepemilikan jamban keluarga, tidak

diteliti dikarenakan dalam program STBM tidak mengutamakan kepemilikan jamban akan tetapi lebih mengutamakan perubahan perilaku BABS menjadi perilaku BAB di jamban meskipun numpang tetangga maupun BAB di WC umum.

Faktor agent yaitu penggunaan jamban, prioritas kebutuhan sanitasi, sistem kebijakan sanitasi dan tingkat paparan media. Variabel ini tidak diteliti karena memerlukan pengamatan yang relative lebih lama.

Gambar.3.2. Kerangka Konsep Penelitian



C. Hipotesis

1. Hipotesis Mayor

Faktor *host* dan lingkungan merupakan faktor yang mempengaruhi perilaku buang air besar sembarangan.

2. Hipotesis Minor

- a. Umur ≤ 40 tahun merupakan faktor yang mempengaruhi perilaku buang air besar sembarangan.
- b. Tingkat pendidikan rendah merupakan faktor yang mempengaruhi perilaku buang air besar sembarangan.
- c. Status ekonomi rendah merupakan faktor yang mempengaruhi perilaku buang air besar sembarangan.
- d. Tingkat peran serta rendah merupakan faktor yang mempengaruhi perilaku buang air besar sembarangan.
- e. Pengetahuan tentang BAB di jamban kurang merupakan faktor yang mempengaruhi perilaku buang air besar sembarangan.
- f. Sikap terhadap BAB di jamban kurang merupakan faktor yang mempengaruhi perilaku buang air besar sembarangan.
- g. Dukungan sosial kurang merupakan faktor yang mempengaruhi perilaku buang air besar sembarangan.
- h. Sangsi sosial kurang merupakan faktor yang mempengaruhi perilaku buang air besar sembarangan.
- i. Pembinaan petugas kurang merupakan faktor yang mempengaruhi perilaku buang air besar sembarangan.

- j. Jarak rumah dengan sungai yang dekat merupakan faktor yang mempengaruhi perilaku buang air besar sembarangan.

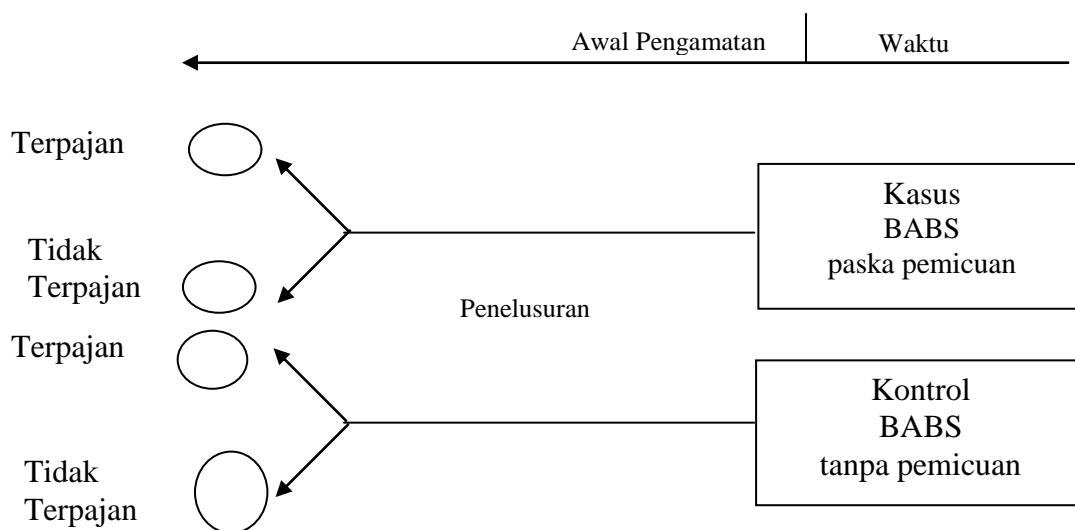
BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Penelitian ini adalah penelitian analitik dengan rancangan *case control*.⁽⁵⁶⁾ Penelitian ini dilengkapi dengan kajian kualitatif melalui *indept interview*.⁽⁵⁷⁾ Dalam penelitian ini pengukuran variabel bebas dan variabel terikat dilakukan pada waktu yang berbeda.

Kelompok kasus meliputi responden yang berperilaku BABS paska pemicuan, kelompok kontrol meliputi responden yang berperilaku BAB di jamban paska pemicuan. Kelompok ini kemudian dibandingkan tentang adanya penyebab atau pengalaman masa lalu yang mungkin relevan dengan penyebab perilaku BABS. Studi kasus kontrol dipilih dengan beberapa pertimbangan yaitu waktu relatif lebih cepat, biaya yang diperlukan relatif sedikit, memungkinkan untuk mengidentifikasi berbagai faktor risiko sekaligus dalam satu penelitian, secara *evidence based* untuk menilai hubungan antara sebab akibat lebih baik dari *cross sectional*.⁽⁵⁶⁾



Gambar 4.1 Skema Diagram Studi *Case Control* (Retrospektif)

B. Populasi dan Sampel

1. Populasi Target

Populasi target dalam penelitian ini adalah semua warga masyarakat di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Klaten yang sudah mendapatkan pemicuan STBM.

2. Populasi Terjangkau

Populasi terjangkau dalam penelitian ini adalah semua warga masyarakat di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Klaten yang sudah mendapatkan pemicuan STBM dan berperilaku BABS.

3. Populasi Studi

Populasi studi pada penelitian ini adalah semua warga masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Bayat yang sudah mendapatkan pemicuan STBM dan berperilaku BABS.

4. Sampel

a) Kasus

Kasus adalah sebagian warga masyarakat yang berperilaku BABS sudah pernah mendapatkan pemicuan STBM tahun 2009 dan bertempat tinggal di wilayah kerja Puskesmas Bayat.

b) Kontrol

Kontrol adalah sebagian warga masyarakat yang berperilaku BAB di jamban dan sudah pernah mendapatkan pemicuan STBM tahun 2009 yang bertempat tinggal di wilayah kerja Puskesmas Bayat.

5. Besar sampel

Besar sampel dalam penelitian ini dihitung berdasarkan uji hipotesis satu arah dengan tingkat kemaknaan ($Z1-\alpha$) sebesar 5% dan kekuatan ($Z1-\beta$) sebesar

80% dan nilai OR serta nilai proporsi pemaparan kelompok kontrol pada penelitian sebelumnya yang akan di hitung dengan rumus besar sampel dari Lemeshow.⁽⁵⁸⁾

$$\text{Rumus : } n_1 = n_2 = n = \frac{\left[Z_{1-\alpha/2} \sqrt{2\bar{p}(1-\bar{p})} + Z_{1-\beta} \sqrt{(p_1(1-p_1)) + (p_2(1-p_2))} \right]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Keterangan :

n = besar sampel

Z_{1-α} = Tingkat kemaknaan ditetapkan sebesar 5 % (1,96)

Z_{1-β} = Power ditetapkan sebesar 80 % (0,842)

OR = 3,7

p₂ = Proporsi terpapar pada kelompok kontrol 50% (0,5)

p₁ = Proporsi paparan pada kelompok kasus, apabila belum diketahui dapat

dihitung menggunakan rumus berikut :

$$p_1 = \frac{(OR)p_2}{(OR)p_2 + (1 - p_2)}$$

Table.4.1. Estimasi jumlah sampel berdasarkan nilai OR variabel pada penelitian sebelumnya.

No	Variabel	OR	N
1.	Penghasilan ⁽²²⁾	4,1	210
2.	Pengetahuan ⁽²¹⁾	7,4	196
3.	Sikap ⁽²¹⁾	8,4	196
4.	Dukungan sosial ⁽²²⁾	3,7	210
5.	Pembinaan petugas ⁽²²⁾	4,5	210

Variabel lain seperti umur, pendidikan, tingkat peran serta, jarak rumah dengan sungai dan sangsi sosial belum didapatkan referensi besarnya nilai OR, sehingga diprediksi dengan nilai OR minimal dari penelitian sebelumnya yaitu 3,7 akan diperoleh

sampel sebesar 39,8 (dibulatkan menjadi 40). Berdasarkan perhitungan besar sampel, maka besar sampel minimal yang dibutuhkan adalah 40 kasus dan 40 kontrol sehingga total jumlah sampel dalam penelitian adalah 80.

6. Metode pengambilan sampel

Metode pengambilan sampel yang digunakan adalah metode non random baik terhadap kasus maupun terhadap kontrol dengan cara *purposive sampling dan quota sampling*, dengan kriteria inklusi dan kriteria eksklusi sebagai berikut :

Sampel	Kriteria Inklusi	Kriteria Eksklusi
Kasus	1) Diklasifikasi sebagai warga (BABS) oleh fasilitator/ kepala desa/ Bidan desa 2) Bersedia menjadi responden dan mampu berkomunikasi	1) Warga masyarakat yang BABS dan tercatat sbg peserta pemicuan tetapi keadaan sakit.
Kontrol	1) Diklasifikasi sebagai warga yang buang air besar di jamban oleh fasilitator/kepala desa/bidan desa atau mendeklarasikan diri. 2) Bersedia menjadi responden dan mampu berkomunikasi	1) Warga masyarakat yang BABS dan tidak mendapatkan pemicuan dalam keadaan sakit.

C. Variabel Penelitian

1. Variabel bebas / independen

Variabel bebas pada penelitian ini adalah :

- a. Umur
- b. Tingkat pendidikan
- c. Status ekonomi
- d. Tingkat peran - serta
- e. Tingkat Pengetahuan tentang BAB di jamban
- f. Sikap terhadap BAB di jamban
- g. Dukungan sosial terhadap BAB di jamban

h. Sangsi sosial terhadap BABS

i. Pembinaan Petugas (tenaga kesehatan, kader, kepala desa, fasilitator)

j. Jarak rumah dengan sungai

2. Variabel terikat / dependen

Variabel terikat pada penelitian ini adalah perilaku buang air besar.

3. Definisi Operasional Variabel

Untuk menyamakan pemahaman terhadap variabel penelitian dan untuk menghindari terjadinya interpretasi yang berbeda, perlu ditetapkan definisi operasional masing-masing variabel penelitian. Variabel bebas terdiri atas 10 variabel dan variabel terikat sebanyak 1 variabel. Definisi operasional masing-masing variabel beserta cara pengukuran, skala variabel dan pengkategorian variabel dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Tabel.4.2. Definisi operasional variabel penelitian

Variabel	Definisi Operasional	Skala Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur
Umur	Usia responden pada saat diwawancara berdasarkan KTP atau KK, dinyatakan dalam tahun.	Rasio	Wawancara observasi	0 : \leq 40 th 1 : $>$ 40 th
Tingkat pendidikan	Jenjang pendidikan yang pernah ditempuh oleh responden : tdk sekolah, tamat/tdk tamat SD, tamat/tdk tamat SMP, tamat/tdk tamat SMA, tamat/tdk tamat PT	Ordinal	Wawancara observasi	0 : Rendah : \leq SMP 1 : Tinggi : $>$ SMP
Status ekonomi	Jumlah penghasilan perbulan keluarga untuk memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari keluarga berdasarkan Upah Minimum Regional	Ordinal	Wawancara observasi	0 : Rendah ($<$ Rp.812.000,-) 1 : Tinggi (\geq Rp.812.000,-)
Tingkat peran serta	Pernyataan responden ttg keikutsertaan dalam memecahkan masalah BABS. Jawaban : 1 : Tidak 2 : Ya Diskoring , cut of point Median	Ordinal	Wawancara Observasi	0 : Rendah (\leq Median) 1 : Tinggi ($>$ Median)

Pengetahuan	Pernyataan responden tentang Pemahaman jamban sehat : pengertian, manfaat, syarat, hub jamban dgn penyakit, penyebaran penyakit bersumber dari tinja, bentuk dan jenis jamban sehat. Jawaban : benar/salah, diskoring, cut of point : Median	Ordinal	Kuisisioner Wawancara	0 : Kurang (\leq Median) 1 : Baik ($>$ Median)
Sikap	Respons seseorang terhadap manfaat jamban sehat, perasaan BAB di jamban dan kecenderungan bertindak untuk BAB di jamban. Jawaban : 2 : setuju 1 : netral 0 : tdk setuju Cut of point : Median	Ordinal	Kuisisioner	0 : Kurang (\leq Median) 1 : Baik ($>$ Median)
Jarak rumah dengan sungai	Pernyataan responden terkait Jarak rumah dengan sungai yang dinyatakan dengan meter. Cut of point : median	Rasio	Wawancara & observasi	0. Dekat (\leq median) 1. Jauh ($>$ median)
Dukungan social	Pernyataan responden tentang ada tidaknya kampanye, motivasi/nasehat dari masyarakat sekitar atau dari kerabat/aparat desa untuk buang air besar di jamban dan adanya penghargaan/ hadiah jika masyarakat sudah buang air besar di jamban. Jawaban : 1 : Ya 0 : Tidak Cut of point : Median	Nominal	Wawancara	0 : Kurang (\leq median) 1 : Baik ($>$ median)
Sangsi Sosial	Pernyataan responden ttg ada tidaknya teguran dari masyarakat/aparat desa ketika terdapat masyarakat melakukan buang air besar di tempat terbuka . Jawaban : 1 : Ya 0 : Tidak Cut of point : Median	Nominal	Wawancara & observasi	0 : Kurang ($<$ median) 1 : Baik (\geq median)
Pembinaan petugas	Pernyataan responden ada tidaknya penyuluhan tentang jamban sehat dan keshtn ling yg ditunjukkan dgn Frekuensi penyuluhan yang diberikan baik tenaga kesht, kepala des ,kader dan fasilitator. Cut of point : median	Ordinal	Wawancara	0 : kurang ($\leq 1X$) 1 : sering ($\geq 2X$)

Variabel	Pernyataan responden tentang tempat melakukan Buang Air Besar dan keikutsertaan pemicuan STBM.	Nominal	Wawancara & observasi	0 : BABS paska pemicuan
terikat/dependen	Jawaban : 1 : Ya 2 : Tidak			1 : BAB di jamban paska pemicuan
- Perilaku BAB Masyarakat				

D. Prosedur dan Alur Penelitian

1. Prosedur Penelitian

a. Tahap Persiapan

- 1) Pengumpulan bahan, penyusunan proposal, seminar proposal dan ujian proposal.
- 2) Pengurusan perijinan.
- 3) Perekrutan tenaga enumerator untuk pengambilan data.
- 4) Uji coba kuisioner.

b. Tahap Pelaksanaan

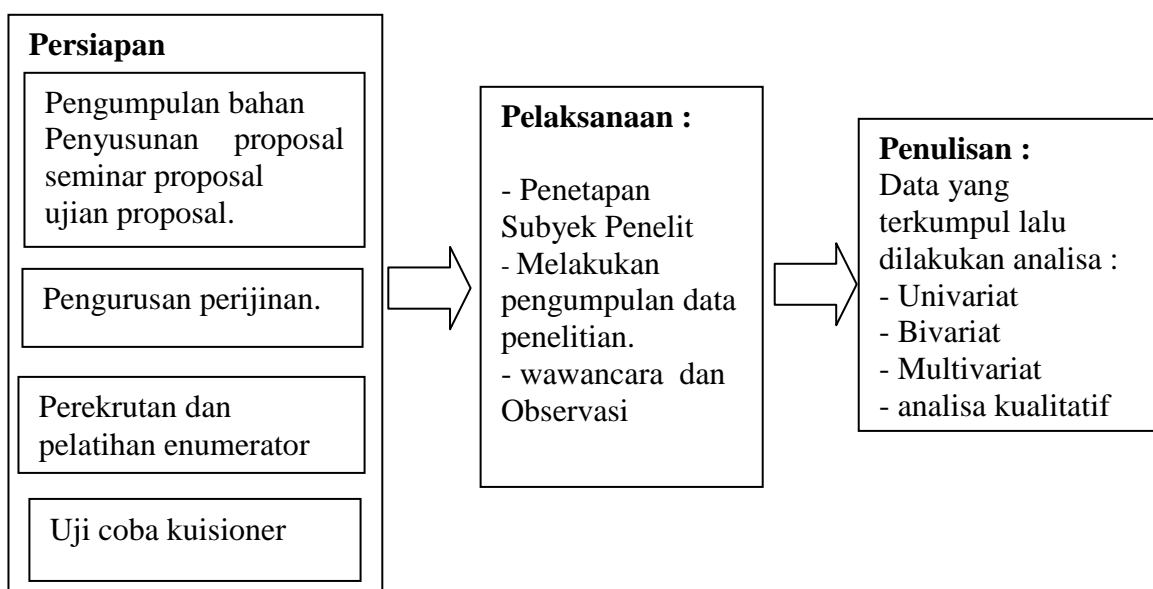
- 1) Penetapan subyek penelitian
- 2) Melakukan pengumpulan data tentang perilaku buang air besar sembarangan dan pelaksanaan program STBM dari laporan kegiatan tahunan di Dinas Kabupaten Klaten.
- 3) Melakukan pengumpulan data faktor – faktor yang mempengaruhi perilaku buang air besar sembarangan pada kelompok kasus dan kelompok kontrol dengan wawancara dan observasi.
- 4) Melakukan pengumpulan data kualitatif melalui *indept interview* terhadap beberapa responden pada kelompok kasus dan kontrol.

c. Tahap Penulisan Laporan

Tahap ini dilakukan pada saat data telah terkumpul kemudian dilakukan analisa data secara univariat, bivariat, multivariat dan analisa kualitatif berdasarkan variabel-variabel yang akan diteliti, adapun tehnik penulisan laporan berdasarkan Pedoman Penulisan Penelitian dan tehnik penulisan kepustakaan berdasarkan program *Software Endnote*.⁽⁵⁹⁾

2. Alur Penelitian

Gambar.4.2. Alur Penelitian.



E. Tehnik Pengumpulan Data

1. Jenis dan sumber data Penelitian

- a) Data Primer berupa data pencatatan dari hasil wawancara dan observasi langsung ke lokasi sesuai alamat responden dengan cara mendatangi untuk mendapatkan informasi lebih rinci tentang faktor – faktor yang mempengaruhi perilaku buang air besar sembarangan dengan menggunakan kuisisioner yang telah disiapkan sebelumnya.

- b) Data Sekunder adalah berupa data hasil pencatatan dan pelaporan yang meliputi data demografi, profil kesehatan dari Puskesmas setempat dan laporan kegiatan pelaksanaan pemucuan *CLTS/STBM* di Puskesmas Bayat dari tahun 2008 – 2011.

2. Instrumen Penelitian

- a) Dokumen laporan kemajuan program STBM pada Kasiepromkesling Dinas Kesehatan Kabupaten Klaten dan pelaksana program PAMSIMAS di Kabupaten Klaten.
- b) Kuisisioner untuk mengumpulkan data subyek penelitian berupa informasi mengenai variabel bebas dari penelitian meliputi daftar pertanyaan karakteristik (umur dan pendidikan), status ekonomi, tingkat peran serta, pengetahuan, sikap, dukungan sosial, sanksi sosial, pembinaan petugas dan jarak rumah dengan sungai.
- c) Pedoman wawancara adalah sejumlah pertanyaan terbuka untuk mendapatkan data kualitatif mengenai variabel bebas yang berpengaruh terhadap perilaku BABS melalui wawancara mendalam. Variabel tersebut adalah umur, status ekonomi, tingkat peran serta, dukungan sosial, sanksi sosial dan pembinaan petugas.

3. Validitas dan Reliabilitas Instrumen

Uji validitas dan Reliabilitas instrumen secara internal berdasarkan teori tentang jamban sehat dan perilaku BABS dan dikonsultasikan kepada ahlinya atau pembimbing penelitian. Uji validitas eksternal dilakukan setelah instrumen diujicoba di lapangan pada tanggal 5 – 10 Mei 2012 adapun lokasi dilaksanakan pada daerah yang berbeda dengan karakteristik yang hampir sama, yaitu di Desa Tegalrejo dan Talang. Uji coba dilakukan terhadap 30 orang responden. Hasil uji coba dianalisa butir instrument dengan rumus korelasi *product moment* dengan taraf

signifikansi 5%. Suatu butir instrument dikatakan valid apabila harga koefisien korelasi hitung lebih besar sama dengan dari harga kritik ($r_{hitung} \geq 0,3$). Pengukuran Reliabilitas dengan menggunakan rumus *Alpha*. Suatu butir instrument dikatakan reliabel apabila harga kritik indeks reliabilitas instrument $\geq 0,7$.⁽⁶⁰⁾

Uji coba kuisioner dilakukan pada item pertanyaan/ Pernyataan pada variabel tingkat peran serta, sangsi sosial, dukungan sosial, pengetahuan dan sikap. Adapun hasil analisa ujicoba tersebut adalah sebagai berikut :

a) Tingkat Peran-Serta

Berdasarkan empat komponen tingkat peran serta masyarakat maka disusun masing – masing komponen dua butir pertanyaan sehingga jumlah keseluruhan untuk mengetahui tingkat peran serta masyarakat sejumlah delapan butir pertanyaan. Hasil analisa statistik menunjukkan bahwa delapan butir pertanyaan tentang tingkat peran serta semuanya valid dengan kisaran nilai korelasi antara 0,414 – 0,851 ($\geq 0,3$) dan reliabel dengan kisaran nilai korelasi antara 0,823 – 0,870 ($\geq 0,7$).

b) Sangsi dan Dukungan Sosial

Pertanyaan pada variabel sangsi sosial sejumlah 3 pertanyaan dan variabel dukungan sosial sejumlah 4 pertanyaan. Hasil analisa statistik menunjukkan bahwa dari 7 butir pertanyaan terdapat 6 butir dinyatakan valid dengan kisaran nilai korelasi antara 0,336 – 0,485 dan reliable dengan kisaran nilai korelasi antara 0,405 – 0,521 dan 1 butir pertanyaan yang tidak valid dan reliable pada pertanyaan D.3 dengan nilai korelasi 0,244. Maka item pertanyaan tersebut dinyatakan gugur.

c) Pengetahuan

Komponen pernyataan untuk mengungkap pengetahuan responden tentang perilaku BAB di jamban disusun sejumlah 15 butir dengan tes obyektif tipe benar – salah. Hasil uji statistik didapatkan 10 butir pernyataan valid dengan nilai korelasi berkisar antara 0,309 – 0,653 dan Reliabel dengan nilai korelasi kisaran antara 0,714 – 0,754 dan terdapat 4 butir soal dengan jawaban benar semua (tidak ada variasi jawaban) sehingga dinyatakan tidak valid dan reliable dan 1 butir soal tidak valid dan reliabel.

d) Sikap

Sikap responden terhadap BAB di jamban diungkap dengan 15 butir pernyataan dengan jawaban setuju, netral dan tidak setuju. Hasil uji statistik menunjukkan 10 butir pernyataan valid dengan nilai korelasi kisaran antara 0,300 – 0,746 dan reliabel dengan nilai korelasi kisaran antara 0,791 – 0,830 dan terdapat 2 butir pernyataan dengan semua jawaban setuju (tidak ada variasi jawaban) dan 3 variabel tidak valid dan reliable sehingga dinyatakan gugur.

4. Waktu Pengumpulan Data

Waktu pengumpulan data dilakukan pada tanggal 14 Mei – 14 Juni 2012, setelah dilakukan ujicoba kuisisioner.

5. Pengumpul Data

Pengumpulan data dilakukan langsung oleh peneliti dibantu oleh 3 (tiga) enumerator yang telah dilatih.

F. Pengolahan

Tahap-tahap pengolahan data :

1. *Editing*

Proses editing adalah proses perbaikan dari adanya kesalahan dan sebaiknya dilakukan ketika masih berada di lapangan. Setelah pengambilan data, sebelum meninggalkan responden, dilakukan pengecekan kembali jawaban-jawaban responden. Apabila ditemukan kesalahan atau data yang tidak lengkap, segera dilakukan perbaikan pada saat itu juga.

2. *Coding*

Jawaban responden diberikan kode menggunakan angka untuk memudahkan proses pengolahan data selanjutnya yaitu *entry data*.

3. *Entry data*

Setelah data ditampilkan dalam bentuk kode, langkah selanjutnya adalah memasukkan data dalam program komputer. Langkah pertama sebelum proses *entry data* adalah membuat *template data entry*.

4. *Cleaning*

Data yang sudah dimasukkan dalam program komputer dilakukan pembersihan data dari kemungkinan kesalahan pada saat *entry*, antara lain: salah membaca jawaban responden, salah memasukkan data serta konsistensi jawaban responden.

5. Transformasi

Setelah dipastikan data yang sudah masuk program komputer sudah terbebas dari kesalahan maka dilakukan transformasi data. Dilakukan proses perubahan bentuk/skala data sehingga sesuai dengan uji statistik yang akan dilakukan.

6. Analisis data

Pemilihan uji statistik yang tepat sesuai jenis data dan tujuan penelitian menentukan keberhasilan proses analisis data.

7. Penarikan kesimpulan/interpretasi data

Penarikan kesimpulan dan interpretasi data dilakukan secara hati-hati agar lebih bisa diterima.

G. Analisa Data

1. Analisis Kuantitatif

Data dianalisis dan diinterpretasikan dengan melakukan pengujian terhadap hipotesis, menggunakan program komputer *Software SPSS for Windows* dengan tahapan analisis sebagai berikut :

a) Analisis Univariat

Data hasil penelitian dideskripsikan dalam bentuk tabel, grafik dan narasi, untuk mengevaluasi besarnya proporsi dari masing-masing faktor risiko yang ditemukan pada kelompok kasus dan kontrol untuk masing-masing variabel yang diteliti, dan untuk melihat ada atau tidaknya perbedaan antara kedua kelompok penelitian.

b) Analisis Bivariat

Analisis bivariat untuk mengetahui hubungan antar variabel bebas dengan variabel terikat secara sendiri-sendiri. Uji statistika yang digunakan yaitu *Chi Square* digunakan untuk data berskala nominal dengan menggunakan *Confidence Interval (CI)* sebesar 95% ($\alpha = 0,05$). Uji statistik *Chi Square* digunakan untuk menganalisis semua variabel yang diteliti. Apabila ada sel

yang kosong maka masing-masing sel ditambah angka satu. Untuk mengetahui estimasi risiko relatif dihitung *odds ratio (OR)* dengan tabel 2 x 2 dan rumus dibawah ini. ⁽⁵⁶⁾

		Kontrol	
		+	-
Kasus	+	A	B
	-	C	D

Keterangan :

A= kasus yang mengalami paparan

B= kasus yang tidak terpapar

C= kontrol yang terpapar

D= kontrol yang tidak terpapar

Nilai ditentukan dengan rumus $OR (odds\ ratio) = AD/BC$

Pada *confidence interval (CI)* sebesar 95 % dan $\alpha = 0,05$.

Interpretasi nilai OR sebagai berikut :

- 1) Nilai $OR > 1$ menunjukkan bahwa faktor yang diteliti merupakan faktor risiko (faktor yang berpengaruh).
- 2) Nilai $OR = 1$ menunjukkan bahwa faktor yang diteliti bukan merupakan faktor risiko (bukan faktor yang berpengaruh)
- 3) Nilai $OR < 1$ menunjukkan bahwa faktor yang diteliti merupakan faktor protektif.

c) Analisis Multivariat

Analisis multivariat untuk mengetahui pengaruh variabel bebas yang paling dominan terhadap variabel terikat yang dilakukan secara bersama dengan menggunakan uji regresi logistik ganda dengan metode *enter* pada tingkat kemaknaan 95%.⁽⁶¹⁾ Tahapan analisis multivariat adalah sebagai berikut :

1) Pemilihan variabel kandidat

Dilakukan dengan cara memilih variabel yang telah dilakukan uji bivariat, variabel yang menghasilkan nilai $p < 0,25$ selanjutnya dipilih untuk dianalisis secara multivariat.

2) Pemilihan variabel model

Dari semua variabel terpilih dengan $p < 0,25$, kemudian dilakukan analisis bersama-sama, pemilihan variabel dilakukan secara hierarki terhadap semua variabel bebas yang terpilih. Semua variabel yang tidak signifikan dikeluarkan, selanjutnya dipertimbangkan variabel yang signifikan dengan nilai $p < 0,05$ sampai memperoleh model yang terbaik.

3) Perhitungan persamaan regresi logistik

Hasil analisis logistik ganda selanjutnya dianalisis bersama kedalam persamaan sebagai berikut:

$$P = \frac{1}{1 + e^{-(\alpha + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_k x_k)}}$$

Keterangan :

- P : peluang terjadinya efek
 e : bilangan natural (nilai e : 2,7182818)
 α : konstanta
 β : koefisien regresi
 x : variabel bebas

Pengambilan keputusan ada tidaknya pengaruh variabel bebas terhadap variabel terikat, ditentukan dengan kriteria sebagai berikut :

- 1) Jika $p > 0,05$ berarti tidak terdapat pengaruh variabel bebas terhadap variabel terikat.
- 2) Jika $p < 0,05$ berarti terdapat pengaruh variabel bebas terhadap variabel terikat. ⁽⁶¹⁾

2. Analisis Kualitatif

Analisis kualitatif dimaksudkan untuk melengkapi atau memperjelas analisis data kuantitatif. Pada kajian kualitatif disajikan dalam bentuk narasi dengan menggunakan metode analisis diskripsi isi hasil dari wawancara mendalam dengan tahapan pengumpulan data, penyederhanaan data/reduksi data, penyajian data dan verifikasi simpulan. ^(57, 62)

H. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di Puskesmas Bayat wilayah Kabupaten Klaten. Penelitian dilaksanakan pada bulan Januari - Agustus 2012, diawali proses penyusunan proposal, dilanjutkan pelaksanaan penelitian sampai dengan seminar hasil dan ujian tesis.

DAFTAR PUSTAKA

1. WHO/UNICEF. Progress on Sanitation and Drinking-water: 2010 Update. Geneva: WHO 2010. p. 22 - 52
2. Mukherjee N. Factors Associated with Achieving and Sustaining Open Defecation Free Communities: Learning from East Java. Water and Sanitation Program. 2011:1 - 8.
3. Salma Galal ea. Infections in children under 5 years old and latrine cleanliness. International Journal of Environmental Health Research 2001;11:337 - 41.
4. Carr R. Excreta-related infections and the role of sanitation in the control of transmission. In: Bartram LFaJ, editor. Water Quality: Guidelines, Standards and Health. London: IWA Publisihing 2001 . p. 90 - 107.
5. Wagner EG, Lanoix,J.N. Excreta Disposal for Rural Areas and Small Communities WHO. 1958;Monograph series no.39:9 - 24.
6. Cairncross S, Valdmanis, V. Water Supply, Sanitation and Hygiene Promotion. In: Dean T Jamison ea, editor. Disease Control Priorities in Developing Countries. 2nd edition ed. Washington (DC): World Bank 2006. p. 771 - 92.
7. WSP-EAP. Economic Impacts of Sanitation in Indonesia. Research Report. 2008:21 - 30.
8. Sijbesma C, Verhagen, J. Making Urban sanitation strategies of six Indonesia cities more pro - poor and gender - equitable : the case of ISSDP. IRC international Water and Sanitation Centre. 2008:4 - 10.
9. Kandun IN. Manual Pemberantasan Penyakit Menular. 17 ed. Jakarta: Info Medika; 2006. p. 65, 180, 257, 84, 533, 645 - 55.
10. Bannister B, Gillespie, S. Jones, Jane. Infection:Microbiology and Management. 3rd ed. USA: Blackwell Publishing Ltd; 2006. p. 167 - 200.
11. UNICEF/WHO. Diarrhoea: Why children are still dying and what can be done 2009:1 - 15.
12. USAID/Indonesia. Formative Research Report Hygiene and Health. 2006:1-5 and 30- 41

13. Keusch GT, Fontaine,O, Bhargava, A. et.al Diarrheal Diseases. In: Jamison DT, editor. *Disease Control Priorities in Developing Countries*, . 2nd edition ed. Washington (DC): World Bank 2006. p. 371 - 88.
14. Clasen T, Bostoen, K, Schmidt, W, et.al. Interventions to improve disposal of human excreta for preventing diarrhoea (Review). *The Cochrane Collaboration* Published by JohnWiley & Sons, Ltd. 2010(6):1-32.
15. Semba R, Kraemer , K, Sun , K. et.al. Relationship of the Presence of a Household Improved Latrine with Diarrhea and Under-Five Child Mortality in Indonesia. *The American Society of Tropical Medicine and Hygiene*. 2011;84(3):pp. 443–50
16. Adisasmito W. Faktor Risiko Diare Pada Bayi dan Balita di Indonesia : Systematic Review Penelitian Akademik Bidang Kesehatan Masyarakat. *Makara Kesehatan*. 2007;Vol. 11 No.1:1- 10.
17. Do Thuy Trang KrM, Phung Dac Cam and Anders Dalsgaard. Helminth infections among people using wastewater and human excreta in peri-urban agriculture and aquaculture in Hanoi, Vietnam. *Tropical Medicine and International Health*. 2007;12 suppl(2):82 - 90.
18. Rosalyn O'Loughlin GF, Brendan Flannery and Paul M. Emerson. Follow-up of a low cost latrine promotion programme in one district of Amhara, Ethiopia: characteristics of early adopters and non-adopters. *Tropical Medicine and International Health*. 2006;11 no (9):1406–15.
19. Sangchantr S, Adirza, R, Monteiro, D and Afriyanto, S. Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Terhadap Air , Sanitasi dan Higiene di Aceh *Health Meseenger - Pembawa Pesan Kesehatan*. 2009 56 - 61.
20. Lahiri S, Chanthaphone, S. Water, sanitation and hygiene: a situation analysis paper for Lao PDR. *International Journal of Environmental Health Research*. 2003;13:S107 – S14.
21. Pane E. Pengaruh Perilaku Keluarga terhadap Penggunaan Jamban. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*. 2009;3(5):229 - 35.
22. Simanjutak D. Determinan Perilaku Buang Air Besar (BAB) Masyarakat (Studi terhadap pendekatan Community Led Total Sanitation pada masyarakat desa di wilayah kerja Puskesmas Pagelaran, Kabupaten Pandeglang tahun 2009). Jakarta: Universitas Indonesia; 2009.
23. Balitbangkes. Sanitasi in Riset Kesehatan Dasar. Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia; 2010. p. 313 - 24.

24. Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. Semarang: Dinas Kesehatan Prov.Jawa Tengah; 2009. p. 26, 82 - 4
25. Buku saku 2010 Visualisasi Data Kesehatan Propinsi Jawa Tengah. Semarang: Dinas Kesehatan 2010. p. 72 - 80.
26. Profil Kesehatan. Klaten: Dinas Kesehatan Kabupaten; 2010. p. 22 - 5, 30 - 5
27. Ka.Sie.PromKesLing. Laporan Monitoring Stop BABS. Klaten: Dinas Kesehatan Kabupaten2011.
28. Kementerian PPN. Laporan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium di Indonesia 2010. Jakarta: Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (BAPPENAS); 2010. p. 107 - 13.
29. Kamal.K RC. Handbook on Community Led Total Sanitation Geneva: World Health Organization; 2008. p. 45 - 62.
30. Ditjen PP-PL. Pelaksanaan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat Dalam Program PAMSIMAS. Jakarta: Departemen Kesehatan RI dan Pokja AMPL; 2008. p. 35 - 56.
31. Strategi Nasional Sanitasi Total Berbasis Masyarakat NOMOR 852/MENKES/SK/IX/2008 (2008).
32. Ditjen PP-PL. Modul Pelatihan Stop Buang Air Besar Sembarangan (STOP BABS). Jakarta: Departemen Kesehatan R I dan Pokja AMPL 2008. p. 19 - 43.
33. Soleh.M. Beberapa Faktor yang berhubungan dengan Pemanfaatan Jamban Keluarga Proyek APBD Kabupaten Jepara. Semarang: Universitas Diponegoro; 2002.
34. Sutedjo. Analisis Perilaku Masyarakat Dalam Penggunaan Jamban Keluarga pada dua desa di Kabupaten Rembang. Semarang Universitas Diponegoro; 2003.
35. Guyton AC. Fisiologi Kedokteran (Textbook Medical Physiology) VI ed. Jakarta: EGC; 2006. p. 325 - 50.
36. Hadi S. Gastroenterologi. Bandung: PT. Alumni; 2002. p. 45 - 7.
37. Brooks GF, Butel,J.S, Morse,S.A. Mikrobiologi Kedokteran. 2nd ed. Jakarta: Salemba Medika; 2001.
38. WHO. Expert Committee on Environment Sanitation. Geneva: Word Health Organisation. Report Series 1949.

39. WHO/UNICEF. Global Water Supply and Sanitation Assessment. Geneva: World Health Organization; 2002.
40. Anonim. Saunders Comprehensive Veterinary Dictionary. 3 ed: Elsevier, Inc.; 2007, <http://www.thefreedictionary.com/sources.htm> diunduh tanggal 3 Maret 2012.
41. UNDP. United Nations Development Programme. Human Development Report 2007 New York: United Nations Development Programme 2007.
42. United N, Millennium Project Task Force on Water and Sanitation, Health, dignity and development: what will it take? London : Earthscan 2005.
43. Rodgers AF, et al. Characteristics of latrine promotion participants and non-participants; inspection of latrines; and perceptions of household latrines in Northern Ghana. *Tropical Medicine and International Health*. 2007;12 no 6 772–82
44. Jacobsen KH, Riberio, P.S, Quist, B.K, Rydbeck, B.V. Prevalence of Intestinal Parasites in Young Quichua Children in the Highlands of Rural Ecuador. *Journal Health Populer Nutrition* 2007;Dec(25 (4)):399 - 405.
45. Pfafflin J, Ziegler, E. *Encyclopedia of Environmental Science And Engineering*. Boca Raton: CRC Press Taylor & Francis Group; 2006. p. 1003 - 9.
46. Cairncross S. Sanitation in the developing world: current status and future solutions. *International Journal of Environmental Health Research*. 2003;June(13):S123 – S31.
47. Hayden J. *Introduction to Health Behavior Theory*. University Of Arcansas: Jones & Bartlett Learning; 2009. p. 31- 44
48. Green I. *Health Promotion Planning, An educational and environment approach*. second ed. london: Mayfield Publishing company; 2000.
49. Glanz K, Rimer, B.K and Viswanath, K. *Health behavior and health education : theory, research, and practice*. 4th ed ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2008. p. 45 - 65, 189 - 207 and 407 - 30
50. Hurlock EB. *Psikologi Perkembangan Suatu Pendekatan Sepanjang Rentang Kehidupan*. 5 ed. Jakarta: Erlangga; 1980. p. 6 - 27.
51. Curtis V ea. Evidence of behaviour change following a hygiene promotion programme in Burkina Faso. *Bulletin Of The World Health Organization*. 2001;Vol. 79(6):0042-9686.

52. Gerbner.G. What do we know? in Television and its viewer : Cultivation theory dan Reserach. M.Morgan JSd, editor. Cambridge: Cambridge University Press; 1999.
53. Rochimah THN. Evaluasi Pelaksanaan Kampanye Sosial Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat Untuk Menurunkan Angka Diare Di Kabupaten Kulonprogo. Yogyakarta: Dinas Kesehatan Kabupaten Kulonprogo2008.
54. WSP E-. Informasi Pilihan Jamban Sehat. Jakarta Bill and Melinda Gates Foundation dan WSP - EAP; 2011. p. 10 - 25.
55. WSP. Opsi Sanitasi Yang Terjangkau Untuk Daerah Spesifik. Jakarta: Bill and Melinda Gates Foundation dan WSP - EAP; 2008. p. 21 - 35.
56. Gordis L. Case Control and Cross Sectional Studies in Epidemiology 2nd Ed ed. Philadelphia: W.B Saunders Company; 2000. p. 140 – 56.
57. Sarwono J. Mixed Methods Cara menggabungkan Riset Kuantitatif dan Riset Kualitatif Secara Benar. Jakarta: Gramedia; 2011. p. 39 - 79.
58. Lemeshow S, Lwanga,K. Sample Size Determination in Health Studies A Practical Manual. Geneva: World Health Organization; 1991. p. 9 - 10 and 50 - 2.
59. Udiyono A. Endnote v9 Solusi Penulisan Kepustakaan Semarang: Universitas Diponegoro; 2009. p. 45.
60. Widoyoko SEP. Tehnik Penyusunan Instrumen Penelitian. Yogyakarta: Pustaka Pelajar; 2012. p. 167 - 81.
61. Kleinbaum D.G KM. Logistic Regression, A Self Learning Text. New York: Springer-Verlag New York, Inc; 2002. p. p.2-30.
62. Moleong LJ. Metodologi Penelitian Kualitatif. Bandung: PT Remaja Rosdakarya; 2007. p. 189 - 200.
63. Glanz K, Rimer, B.K and Viswanath, K. Social Cognitive Theory. In: Alfred L. McAlister CLPe, Guy S. Parcel, editor. Health Behavior And Health Education Theory, Research and Practice. San Francisco: Jossey-Bass; 2008. p. 170 - 88.
64. Bandura A. Social Learning Theory. Englewood Clift, NJ: Prentice Hall; 1977.
65. Azwar S. Sikap Manusia teori dan pengukurannya. 2 ed. Yogyakarta: Pustaka Pelajar; 2011. p. 60 - 86.