

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEIKUTSERTAAN  
MASYARAKAT DALAM KEGIATAN PEMICUAN STOP BUANG AIR  
BESAR SEMBARANGAN DI DESA CIARO WILAYAH KERJA  
PUSKESMAS NAGREG KABUPATEN BANDUNG**

**SKRIPSI**

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai  
Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

**ANGGIA MURNI SALEHA  
NPM. BK.1.14.002**



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN BHAKTI KENCANA  
PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT  
BANDUNG**

**2018**

**LEMBAR PERSETUJUAN**

JUDUL           FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN  
KEIKUTSERTAAN MASYARAKAT DALAM KEGIATAN  
PEMICUAN STOP BUANG AIR BESAR SEMBARANGANDI  
DESA CIARO WILAYAH KERJA PUSKESMAS NAGREG  
KABUPATEN BANDUNG.

NAMA           : ANGGIA MURNI SALEHA

NIM             : BK.1.14.002

Telah Disetujui Untuk Dijjukan Pada Sidang Skripsi

Program Studi Kesehatan Masyarakat

STIKes Bhakti Kencana Bandung

Menyetujui:

Pembimbing I



Dr. Ratna Dian K, M.Kes.

NIK: 10109098

Pembimbing II



Ade Saputra Nasution, S.KM.,M.Kes.

NIK:10114168

Program Studi Kesehatan Masyarakat

Ketua



Ade Saputra Nasution, S.KM.,M.Kes.

NIK:10114168

**LEMBAR PENGESAHAN**

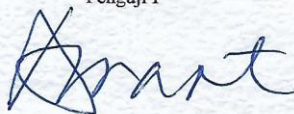
Skripsi ini telah dipertahankan dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan  
Dewan Penguji Sidang Skripsi Program Studi Kesehatan Masyarakat  
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bhakti Kencana Bandung

Pada Juli 2018

Mengesahkan

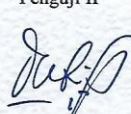
Program Studi Kesehatan Masyarakat  
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bhakti Kencana Bandung

Penguji I



Agus MD., S.Pd., S.Kep., Ners., M.Kes.

Penguji II



Dra. Tuti Surtimanah, MKM.

STIKes Bhakti Kencana Bandung

Ketua



R. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep.  
NIR-10107064

## PERNYATAAN PENULIS

Dengan ini saya menyatakan

Nama : Anggia Murni Saleha  
NIM : BK.1.14.002  
Program Studi : S1 Kesehatan Masyarakat  
Judul Karya Tulis Ilmiah : FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEIKUTSERTAAN MASYARAKAT DALAM KEGIATAN PEMICUAN STOP BUANG AIR BESAR SEMBARANGAN DI DESA CIARO WILAYAH KERJA PUSKESMAS NAGREG KABUPATEN BANDUNG.

Menyatakan :

1. Penelitian ini adalah asli dan belum pernah diajukan sebelumnya.
2. Penelitian ini adalah karya tulis yang murni dan bukan hasil plagiat/jiplakan, serta asli dari ide dan gagasan saya sendiri tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan dan bimbingan dari pembimbing utama dan pembimbing kedua.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya untuk diajukan pada sidang skripsi.

Bandung, Juli 2018  
  
Anggia Murni Saleha  
BK.114.002

## ABSTRAK

Perilaku Buang Air Besar Sembarangan (BABS) di Desa Ciaro wilayah kerja Puskesmas Nagreg masih terbilang cukup tinggi, yakni 87 kepala keluarga atau terhitung 201 jiwa. BABS terjadi karena beberapa faktor, banyaknya masyarakat yang BABS dapat menyebabkan berbagai masalah. Kegiatan pemicuan menjadi salah satu program yang diharapkan dapat menanggulangi perilaku BABS. Tujuan dari penelitian ini melihat faktor-faktor yang berhubungan dengan keikutsertaan masyarakat dalam kegiatan pemicuan stop BABS di Desa Ciaro wilayah kerja puskesmas Nagreg. Desain penelitian menggunakan deskriptif korelasional dengan pendekatan *Cross Sectional*. Pengambilan sampel dalam penelitian ini, menggunakan *Total Sampling* sebanyak 87 kepala keluarga. Alat ukur yang digunakan adalah kuesioner yang di uji ke desa Kendan Nagreg. Hasil penelitian menunjukkan terdapat 32 kepala keluarga yang pengetahuannya baik, 41 kepala keluarga memiliki sikap yang mendukung, serta 38 kepala keluarga memberikan penilaian yang mendukung terhadap peran petugas kesehatan dalam kegiatan pemicuan stop BABS. Selain itu hasil hubungan pengetahuan  $(0,001) \leq \alpha (0,05)$ , sedangkan hubungan sikap, dan peran petugas dengan keikutsertaan masyarakat, masing-masing diperoleh nilai *p-Value*  $(0,000) \leq \alpha (0,05)$ , artinya masing-masing dari variabel memiliki hubungan signifikan dengan keikutsertaan. Nilai *r* (keeratan) untuk hubungan pengetahuan dengan keikutsertaan adalah 0,529 dan sikap dengan nilai  $r=-,735$  artinya keduanya memiliki hubungan yang kuat, sedangkan untuk peran petugas kesehatan dengan nilai  $r=0,765$  artinya memiliki keeratan yang sangat kuat. Berdasarkan hasil penelitian, perlu adanya sosialisasi penyuluhan STBM yang optimal, khususnya terkait manfaat dan tahapan kegiatan pemicuan stop BABS guna meningkatkan keikutsertaan masyarakat dalam kegiatan pemicuan Stop BABS di wilayah kerja Puskesmas Nagreg Kabupaten Bandung.

**Kata Kunci** : Pemicuan, Stop BABS, Keikutsertaan.

**DaftarPustaka** : 20 Buku, 9Skripsi, 8Jurnal, 15 DokumenPemerintah  
(Tahun 2008-2018).

## **ABSTRACT**

*Deactivated Defecation Behavior (BABS) in Ciaro Village the work area of Nagreg Health Center is still quite high, namely 87 heads of households or counted as 201 people. BABS occurs due to several factors, the number of people who BABS can cause various problems. Triggering activities are one program that is expected to overcome BABS behavior. The purpose of this study looked at the factors related to community participation in the BABS stop triggering activities in Ciaro Village, the work area of Nagreg health center. The research design uses descriptive correlational with Cross Sectional approach. Sampling in this study, using a total sampling of 87 family heads. The measuring instrument used was a questionnaire that was tested in the village of Kendan Nagreg. The results showed that there were 32 heads of households with good knowledge, 41 families had a supportive attitude, and 38 heads of households gave a supportive assessment of the role of health workers in BABS stop triggering activities. In addition the results of the relationship of knowledge  $(0.001) \leq \alpha (0.05)$ , while the relationship of attitudes, and the role of officers with community participation, each obtained p-Value  $(0,000) \leq \alpha (0.05)$ , meaning that each of variable has a significant relationship with participation. R value (closeness) for the relationship of knowledge with participation is 0.529 and attitude with the value of  $r = 0,735$  means that both have a strong relationship, while for the role of health workers with a value of  $r = 0.765$  means to have a very close relationship strong. Based on the results of the study, there is a need for an optimal socialization of STBM counseling, especially related to the benefits and stages of BABS stop triggering activities to increase community participation in Stop BABS triggering activities in the Nagreg Health Center work area of Bandung Regency.*

**Keywords** : **Triggering, Stop BABS, Participation.**

**References** : **20 Books, 9 Encryption, 8 Journals, 15 Government Documents (2008-2018).**

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur saya panjatkan kehadirat illahi rabbi, Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karuniaNya sehingga saya sebagai penyusun dapat menyelesaikan skripsi ini dengan baik. Tak lupa saya panjatkan shalawat serta salam bagi junjungan kita Nabi Muhammad SAW.

Dalam kesempatan ini saya sebagai penulis berbahagia karena telah dapat menyelesaikan skripsi ini dengan judul **“FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEIKUTSERTAAN MASYARAKAT DALAM KEGIATAN PEMICUAN STOP BUANG AIR BESAR SEMBARANGAN DI DESA CIARO WILAYAH KERJA PUSKESMAS NAGREG KABUPATEN BANDUNG”**.

Skripsi ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk mendapatkan gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM) di Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat.

Penyusunan skripsi ini tak lepas dari dukungan dan dorongan semangat dari berbagai pihak, sehingga saya sebagai penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan tepat waktu. Olehkarenaitu, saya mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Bapak H. Mulyana SH., MPd selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Kencana.
2. Ibu R. SitiJundiah., M.Kep selaku Ketua STIKes Bhakti Kencana Bandung.
3. Bapak Ade Saputra Nasution, SKM., M.Kes selaku ketua Program studi S1 Kesehatan Masyarakat sekaligus pembimbing kedua yang telah

memberikan pengarahan selama proses bimbingan dalam penyusunan skripsi ini.

4. Ibu Dr. Ratna Dian K, M.Kes selaku pembimbing utama yang telah memberikan bimbingan serta pengarahannya dalam penyelesaian laporan sidang akhir ini.
5. Ibu Dedeh Helpironi, SST selaku kepala Puskesmas Nagreg yang telah memberikan pengarahan serta izin selama penyusunan proposal penelitian ini.
6. Bapak Dedi Supradiana selaku petugas promosi kesehatan yang telah memberikan dukungan saat melakukan studi pendahuluan.
7. Kedua orang tua yang senantiasa memberikan dukungan dan do'anya untuk kelancaran dalam penyusunan proposal penelitian ini.
8. Seluruh rekan-rekan S1 Kesehatan Masyarakat angkatan 2014 yang sedang sama-sama berjuang dan saling memberikan dukungan untuk kelancaran dalam penyusunan skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan skripsi ini masih banyak kekurangan, penulis mengharapkan kritik dan saran demi perbaikan dan kesempurnaan skripsi ini.

Bandung, Juli 2018

Anggia Murni Saleha



## DAFTAR ISI

<b>LEMBAR PERSETUJUAN .....</b>	<b>i</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN .....</b>	<b>ii</b>
<b>PERNYATAAN PENULIS .....</b>	<b>iii</b>
<b>ABSTRAK .....</b>	<b>iv</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>v</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>vi</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>viii</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>xii</b>
<b>DAFTAR BAGAN.....</b>	<b>xiii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>xiv</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xv</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1. Latar Belakang .....	1
1.2. Rumusan Masalah.....	5
1.3. Tujuan Penelitian .....	6
1.4. Manfaat penelitian .....	7
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>9</b>
1.1. Perilaku .....	9
1.1.1. Pengertian Perilaku.....	9
1.1.2. Konsep Perubahan Perilaku.....	9
1.2. Buang Air Besar Sembarangan (Open Defecation).....	17

1.2.1. Pengertian Buang Air Besar Sembarangan .....	17
1.2.2. Diare .....	18
1.2.3. Risiko Perilaku Buang Air Besar Sembarangan.....	19
1.2.4. Jamban Sehat .....	20
1.3. Sanitasi Dasar .....	24
1.4. Sanitasi Total Berbasis Masyarakat .....	24
1.5. Pemicuan .....	29
1.5.1. Pengertian pemicuan .....	29
1.5.2. Strategi dan Langkah Pemicuan .....	29
1.6. Keikutsertaan.....	44
1.6.1. Pengertian Keikutsertaan.....	44
1.6.2. Faktor yang Mempengaruhi Keikutsertaan .....	44
<b>BAB III METODOLOGI PENELITIAN .....</b>	<b>47</b>
3.1. Rancangan penelitian .....	47
3.2. Paradigma Penelitian.....	47
3.3. Hipotesis Penelitian.....	52
3.4. Variabel penelitian .....	52
3.4.1. Variabel Independen.....	53
3.4.2. Variabel Dependen .....	53
3.5. Populasi dan Sampel .....	53
3.6. Lokasi dan Waktu penelitian .....	54
3.7. Definisi Konseptual dan Definisi Operasional.....	54
3.7.1. Definisi Konseptual.....	54

3.7.2. Definisi Operasional.....	55
3.8. Pengumpulan Data .....	57
3.8.1. Teknik Pengumpulan Data .....	57
3.8.2. Instrumen Penelitian.....	57
3.8.3. Uji Validitas dan Reliabilitas .....	58
3.9. Pengolahan dan Analisa Data.....	61
3.9.1. Teknik Pengolahan Data .....	61
3.9.2. Analisa Data .....	63
3.10. Etika Penelitian.....	65
<b>BAB IV PEMBAHASAN.....</b>	<b>69</b>
4.1. Hasil Penelitian.....	69
4.1.1. Gambaran Pengetahuan.....	69
4.1.2. Gambaran Sikap .....	70
4.1.3. Gambaran Peran Petugas Kesehatan .....	70
4.1.4. Gambaran Keikutsertaan .....	71
4.1.5. Hubungan Pengetahuan dengan Keikutsertaan Masyarakat .....	71
4.1.6. Hubungan Sikap dengan Keikutsertaan Masyarakat.....	72
4.1.7. Hubungan Peran Petugas dengan keikutsertaan Masyarakat .....	73
4.2. Pembahasan .....	73
4.2.1. Pengetahuan Masyarakat.....	73
4.2.2. Sikap Masyarakat .....	75
4.2.3. Peran Petugas Kesehatan.....	77
4.2.4. Keikutsertaan Masyarakat .....	79

4.2.5. Hubungan Pengetahuan dengan Keikutsertaan Masyarakat .....	80
4.2.6. Hubungan Sikap dengan Keikutsertaan Masyarakat.....	82
4.2.7. Hubungan Peran Petugas dengan keikutsertaan Masyarakat .....	84
<b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>87</b>
5.1. Kesimpulan.....	87
5.2. Saran .....	88

## DAFTAR TABEL

Tabel 3.1. Definisi Operasional .....	55
Tabel 4.1. Distribusi Frekuensi Pengetahuan.....	69
Tabel 4.2. Distribusi Frekuensi Sikap.....	70
Tabel 4.3. Distribusi Frekuensi Peran Petugas Kesehatan.....	70
Tabel 4.4. Distribusi Frekuensi Keikutsertaan Masyarakat .....	71
Tabel 4.5. Hubungan Pengetahuandengan Keikutsertaan Masyarakat .....	71
Tabel 4.6. Hubungan Sikap dengan Keikutsertaan Masyarakat .....	72
Tabel 4.7. Hubungan Peran Petugas dengan keikutsertaan Masyarakat.....	73

## DAFTAR BAGAN

Bagan 3.1.Kerangka Konsep Penelitian.....	51
-------------------------------------------	----

## **DAFTAR GAMBAR**

Gambar 2.1. Mata Rantai Penularan penyakit Bersumber Tinja .....	18
------------------------------------------------------------------	----

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1	Permohonan Izin Studi Pendahuluan
Lampiran 2	Surat Izin Kesbangpol Kabupaten Bandung
Lampiran 3	Surat Izin Penelitian PKM Nagreg
Lampiran 4	Surat Izin Balasan Penelitian
Lampiran 5	Surat Izin Penelitian Puskesmas Nagreg
Lampiran 6	Kisi-Kisi Kuesioner
Lampiran 7	Kisi Kisi Kuesioner
Lampiran 8	Lembar Permohonan
Lampiran 9	Lembar Persetujuan Responden
Lampiran 10	Identitas Responden
Lampiran 11	Kuesioner Awal
Lampiran 12	Kuesioner Penelitian
Lampiran 13	Kunci Jawaban Kuesioner Penelitian
Lampiran 14	Output Uji Validitas dan Reliabilitas
Lampiran 15	Output Uji Normalitas dan Univariat
Lampiran 16	Output Uji Bivariat
Lampiran 17	Master Tabel dan Coding Penelitian
Lampiran 18	Foto Pelaksanaan Penelitian
Lampiran 19	Lembar Bimbingan
Lampiran 20	Daftar Riwayat Hidup



# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1. Latar Belakang**

*Sustainable Development Goals* (SDG's) sebagai program kelanjutan dari *Millenium Development Goals* (MDG'S), dalam pesan yang ke-6 mengemas tujuan untuk menjamin ketersediaan dan manajemen air serta sanitasi secara berkelanjutan, dengan salah satu indikatornya adalah mengakhiri buang air besar di tempat terbuka dan memastikan akses universal serta meningkatkan akses terhadap sanitasi di rumah dan sanitasi dasar lainnya[1].

Sanitasi dasar menjadi sanitasi minimum yang diperlukan untuk menyediakan lingkungan sehat serta memenuhi syarat kesehatan yang menitikberatkan pada pengawasan berbagai faktor lingkungan yang mempengaruhi derajat kesehatan manusia. Sanitasi dasar meliputi penyediaan air bersih, pembuangan kotoran manusia (jamban), pengelolaan sampah dan saluran pembuangan air limbah yang dititikberatkan kepada masyarakat atau direalisasikan dalam program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat[2].

STBM menjadi salah satu program penting dalam rangka meningkatkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS), khususnya untuk meningkatkan cakupan jamban keluarga. STBM memiliki program pendekatan untuk merubah perilaku *hygiene* dan sanitasi. Sulitnya akses air bersih dan sanitasi yang buruk memicu munculnya penyakit dan kematian berbasis lingkungan seperti diare

kronik dan stunting, sehingga 5 pilar dalam program STBM menjadi program yang paling tepat dalam mengatasi masalah tersebut[3].

Laporan *World Health Organization (WHO)* menyatakan, bahwasannya kematian yang disebabkan oleh *water borne disease* (penyakit bawaan oleh air) dikarenakan adanya *Escherichia coli* yang menyebabkan seseorang terjangkit diare. Data di Indonesia kasus diare mencapai 3.400.000 jiwa/tahun, semua kematian berakar pada buruknya kualitas air dan sanitasi, diare menjadi penyebab kematian terbesar dengan jumlah kematian 1.400.000 jiwa/tahun[4].

Penyakit Diare di Indonesia pada tahun 2015 terjadi KLB di 6 provinsi dengan jumlah kasus 633 orang dengan kematian 70 orang, sedangkan tahun 2016 terjadi KLB diare di 5 provinsi dengan jumlah penderita 2549 dengan kematian 29 orang[5].Laporan Kemenkes RI tahun 2016 bahwa kematian akibat diare masih tetap menjadi kasus yang besar di Indonesia. Hingga tahun 2016 Jawa Barat menjadi provinsi urutan pertama di Indonesia dengan kasus diare berjumlah 1.261.159 jiwa, sedangkan di Kabupaten Bandung diare menjadi penyakit tertinggi kedua terbesar setelah penyakit Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA), penyakit diare di Kabupaten Bandung mencapai 1.282 kasus pada pertengahan tahun 2017[6].

Wabah penyakit, khususnya penyakit diare pada masyarakat akan meluas, salah satunya jika masyarakat masih melakukan Buang Air Besar Sembarangan (BABS) atau *open defecation (OD)*, misalnya BAB/OD di kebun, sungai dan tempat lain yang kurang bahkan tidak memenuhi syarat jamban sehat[7].

Penelitian Cronin menyatakan bahwa perilaku buang air besar sembarangan disebabkan oleh beberapa faktor, yakni tidak memiliki jamban di rumah, sudah menjadi kebiasaan sejak kecil, lebih nyaman melakukan BABS/OD di luar rumah, lokasi tempat bekerja yang jauh/tidak memiliki jamban, lahan yang tidak tersedia untuk membangun jamban sehat pribadi, lebih malu jika menumpang jamban tetangga untuk buang air besar sembarangan, sehingga menyebabkan diare yang berkelanjutan [7].

Permenkes RI No.3 Tahun 2014 menetapkan bahwa salah satu upaya untuk mengatasi perilaku BABS adalah program pemicuan, program tersebut bertujuan untuk menimbulkan energi lebih yang membuat masyarakat sadar, mau dan mampu untuk merubah perilakunya. Kegiatan pemicuan memiliki beberapa langkah atau kegiatan, yakni dengan proses pembinaan suasana, pemetaan perilaku BABS, *transek walk*, penganalisaan fenomena kuantitas tinja, sentuhan (ego, humanis, agama, bahaya penyakit), rencana tindak lanjut serta pendampingan yang diharapkan dapat menggugah masyarakat untuk merubah perilakunya.

Teori *Green* mengemukakan, bahwa perilaku dipengaruhi oleh beberapa faktor, dimana faktor predisposisi (*predisposing factor*) yang mencakup pengetahuan, sikap, keyakinan, nilai, persepsi, tradisi/kebudayaan dan persepsi manusia. Lalu dilanjutkan dengan faktor penguat (*enabling factor*) yang mencakup hal-hal seperti keterampilan, sumber daya, dana, jarak tempuh, dan waktu. Kemudian diikuti oleh faktor penguat (*reinforcing factor*) yang menentukan tindakan kesehatan yang dapat mendukung berjalannya suatu

kegiatan seperti kebijakan, perilaku dan sikap petugas, tokoh masyarakat dan lain sebagainya[8].

Kabupaten Bandung dengan total 285.495 jiwa yang melakukan *open defecation* pada tahun 2016 mengalami kemajuan di pertengahan 2017 dengan menurunnya perilaku *open defecation* menjadi 266.089 jiwa, jumlah tersebut tersebar di seluruh wilayah Kabupaten Bandung. Walaupun telah ada deklarasi 35 desa sebagai desa SBS (Stop Buang air besar Sembarangan), tetapi masih banyak masyarakat yang tetap melakukan perilaku *open defecation*[9].

Beberapa desa di Kabupaten Bandung yang telah di deklarasi sebagai desa yang telah SBS diantaranya Desa Nagrak, Desa Sulaeman, Desa Rancaekek Kencana, Desa Tegalluar, Desa Nagreg Kendan, Desa Mandalawangi Nagreg, dan Desa Cilengkrang. Diharapkan dengan adanya pendeklarasian desa SBS, akan lebih banyak lagi desa yang menjadi desa SBS[6].

Salah satu desa yang diharapkan dapat menjadi desa deklarasi SBS selanjutnya yakni Desa Ciaro yang berada di cakupan wilayah Puskesmas Nagreg. Desa Ciaro merupakan desa yang tingkat kepemilikan jamban sehatnya masih rendah, sehingga masyarakat yang melakukan *open defecation* masih cukup banyak. Hal tersebut mengakibatkan tingkat penyakit diare di cakupan wilayah Puskesmas Nagreg tahun 2017 mencapai 45,8% [10].

Puskesmas Nagreg, dalam menanggulangi Perilaku masyarakat tersebut menjalankan kegiatan STBM dengan program pemicuan. Program pemicuan untuk menanggulangi perilaku BABS dilaksanakan satu kali dalam satu tahun/desa (Desa yang memerlukan perhatian). Desa Ciaro merupakan salah satu

sasaran desa di Puskesmas Nagreg yang akan mendapatkan pemicuan pada bulan Mei 2018.

Desa Ciaro dengan luas wilayah 67 ha, memiliki 7.071 penduduk yang terbagi kedalam 12 RW atau dari 2355 Kepala Keluarga (KK). Berdasarkan data puskesmas tahun 2016, kepemilikan jamban sehat di Desa Ciaro hanya dimiliki oleh kurang lebih 2100 KK. Terdata 201 penduduk dari 87 KK yang terdata tidak memiliki jamban sehat sehingga melakukan perilaku Buang Air Besar Sembarangan [11].

Berdasarkan hasil wawancara dengan kepala desa Ciaro, banyaknya masyarakat Ciaro yang tidak memiliki jamban sehat pribadi mengakibatkan masyarakat membuang tinja/kotoran akhir di irigasi, kebun bahkan sawah pribadi maupun sawah masyarakat lain. Maka kegiatan pemicuan yang akan dilakukan oleh Puskesmas Nagreg sangatlah tepat dan diharapkan dapat merubah perilaku masyarakat.

Selain itu, partisipasi masyarakat terhadap kegiatan yang diadakan oleh Puskesmas Nagreg sangatlah kurang. Salah satu contohnya kegiatan pemicuan sebelumnya yang dilaksanakan di Desa Mandalawangi, dengan sasaran 108 kepala keluarga hanya ada 25 kepala keluarga yang hadir dalam kegiatan pemicuan stop BABS tersebut.

Berdasarkan latar belakang diatas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang “Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Keikutsertaan Masyarakat dalam Kegiatan Pemicuan Stop Buang Air Besar Sembarangan Di Desa Ciaro Wilayah Kerja Puskesmas Nagreg Kabupaten Bandung”.

## **1.2. Rumusan Masalah**

Berdasarkan hasil studi pendahuluan, masih adanya masyarakat yang melakukan buang air besar sembarangan seperti melakukannya di sawah, di kebun, dan tempat lainnya membuat angka diare di cakupan wilayah Puskesmas Nagreg sulit untuk menurun. Selain itu, kurangnya partisipasi masyarakat mengakibatkan perilaku BABS sulit untuk dikendalikan. Hal tersebut dilihat dari kegiatan pemicuan stop BABS sebelumnya, dimana hanya sedikit warga yang ikut serta dalam kegiatan tersebut. Sehingga dari hasil studi pendahuluan dan wawancara yang dilakukan, dapat dirumuskan masalah penelitian yaitu apakah terdapat hubungan pengetahuan, sikap dan peran petugas kesehatan dengan keikutsertaan masyarakat dalam program pemicuan stop Buang Air Besar Sembarangan (BABS) di Desa Ciaro?

## **1.3. Tujuan Penelitian**

### **1.3.1. Tujuan Umum**

Untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan keikutsertaan masyarakat dalam program pemicuan stop Buang Air Besar Sembarangan di Desa Ciaro wilayah kerja Puskesmas Nagreg tahun 2018.

### **1.3.2. Tujuan Khusus**

1. Untuk mengetahui gambaran pengetahuan masyarakat dalam program pemicuan sebagai upaya stop Buang Air Besar Sembarangan di Desa Ciaro wilayah kerja Puskesmas Nagreg tahun 2018.

2. Untuk mengetahui gambaran sikap masyarakat dalam pelaksanaan program pemecutan sebagai upaya stopBuang Air Besar Sembarangan di Desa Ciaro wilayah kerja Puskesmas Nagreg tahun 2018.
3. Untuk mengetahui gambaran peran petugas kesehatan dalam program pemecutan sebagai upaya stopBuang Air Besar Sembarangan di Desa Ciaro wilayah kerja Puskesmas Nagreg tahun 2018.
4. Untuk mengetahui gambaran keikutsertaan masyarakat dalam program pemecutan sebagai upaya stop Buang Air Besar Sembarangan di Desa Ciaro wilayah kerja Puskesmas Nagreg tahun 2018.
5. Untuk melihat hubungan pengetahuan dengan keikutsertaan masyarakat dalam program pemecutan sebagai upaya stopBuang Air Besar Sembarangan diDesa Ciaro wilayah kerja Puskesmas Nagreg tahun 2018.
6. Untuk melihat hubungan sikap dengan keikutsertaan masyarakat dalam program pemecutan sebagai upaya stopBuang Air Besar Sembarangan di Desa Ciaro wilayah kerja Puskesmas Nagreg tahun 2018.
7. Untuk melihat hubungan peran petugas kesehatan dengan keikutsertaan masyarakat dalam program pemecutan sebagai upaya stopBuang Air Besar Sembarangan di Desa Ciaro wilayah kerja Puskesmas Nagreg tahun 2018.

#### **1.4. Manfaat Penelitian**

##### 1.4.1. Manfaat Teoritis

Sebagai pembuktian adanya hubungan pengetahuan, sikap dan peran petugas kesehatan dengan keikutsertaan masyarakat dalam program pemecutan

sebagai upaya stopBuang Air Besar Sembarangan di Desa Ciarowilayah kerja Puskesmas Nagreg.

#### 1.4.2. Manfaat Praktis

##### 1. Bagi Prodi S1 Kesehatan Masyarakat STIKes Bhakti Kencana Bandung

Untuk menambah kepustakaan baru yang dapat dijadikan dalam rangka meningkatkan pengetahuan oleh mahasiswa/mahaiswi program studi Kesehatan Masyarakat STIKes Bhakti Kencana Bandung mengenai program pemicuan dalam penanggulangan perilaku Buang Air Bersih Sembarangan (BABS).

##### 2. Bagi Puskesmas Nagreg

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan kepada Puskesmas Nagreg mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan keikutsertaan masyarakat dalam program pemicuan yang dilaksanakan oleh Puskesmas.Selain itu dapat dijadikan sebagai bahan penentuan prioritas dalam pelaksanaan suatu program, khususnya program pemicuan stop BABS.

##### 3. Bagi Masyarakat Ciaro

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai salah satu langkah dalam memberikan stimulus kepada masyarakat agar masyarakat tahu, mau dan mampu merubah perilaku Buang Air Besar Sembarangan.

##### 4. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini dijadikan sebagai penambahan wawasan ilmu dan sarana pembelajaran terkait faktor-faktor yang berhubungan dengan keikutsertaan masyarakat dalam program pemicuan sebagai penanggulangan perilaku Buang Air Besar Sembarangan (BABS).



## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1. Perilaku**

##### **2.1.1. Pengertian Perilaku**

Perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme atau makhluk hidup yang bersangkutan. Oleh sebab itu, dari segi biologis semua makhluk hidup termasuk hewan dan manusia, mempunyai aktivitas masing-masing [8].

Menurut Notoatmodjo perilaku merupakan hasil hubungan antara perangsang dan respon. Perilaku tersebut terbagi menjadi tiga domain, yakni kognitif, afektif, dan psikomotor [12].

Perilaku manusia juga dapat di control (*behavior can be controlled*), dimana perilaku dapat dijelaskan hanya berkenaan dengan kejadian atau situasi-situasi antededen yang dapat diamati, baik itu kondisi fisik dan sosial di lingkungan yang dapat mempengaruhi perilaku seseorang [13].

##### **2.1.2. Konsep Perubahan Perilaku**

Bermula dari analisis penyebab masalah kesehatan, Green membedakan adanya dua determinan masalah kesehatan, yakni *behavioral factors* (faktor perilaku) dan *non behavioral factors* (non perilaku) [8]. Selanjutnya Green menganalisis, bahwa faktor perilaku sendiri ditentukan oleh 3 faktor utama, yaitu :

1. Faktor predisposisi (*Predisposing factors*):
  - a. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan suatu usaha untuk menemukan tatanan, menunjukkan bahwa peristiwa-peristiwa tertentu ada dalam hubungan yang sah dengan peristiwa-peristiwa lainnya, selain itu pengetahuan menjadi suatu disposisi yang lebih terkait dengan fakta-fakta[14].

Menurut *Plumer* pengetahuan menjadi faktor yang mempengaruhi keikutsertaan atau partisipasi dikarenakan pengetahuan yang dimiliki seseorang akan mempengaruhi seluruh lingkungan dari masyarakat tersebut, hal ini membuat masyarakat memahami ataupun tidak terhadap tahap-tahap dan bentuk dari partisipasi yang ada[15].

Pengetahuan juga disebut sebagai hasil tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang[8]. Pengetahuan merupakan hal penting dari segala hal[16], dijelaskan pula bahwa pengetahuan mencakup enam tingkatan diantaranya:

1) Mengingat (*Remembering*)

Kemampuan menyebutkan kembali informasi/pengetahuan yang tersimpan dalam ingatan dengan kata lain seseorang tahu/bertambah pengetahuannya.

2) Memahami (*Understanding*)

Kemampuan memahami instruksi dan menegaskan pengertian/makna ide atau konsep yang telah diajarkan baik dalam bentuk lisan, tertulis, maupun grafik/diagram.

3) Aplikasi/Menerapkan (*Applying*)

Kemampuan melakukan sesuatu dan mengaplikasikan konsep dalam situasi tertentu dalam menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi dan kondisi yang nyata atau sesungguhnya.

4) Analisis (*Analyzing*)

Analisis adalah suatu kemampuan seseorang untuk menjabarkan dan memisahkan, kemudian mencari hubungan antara materi atau objek kedalam komponen-komponen yang terdapat dalam suatu masalah.

5) Menilai (*Evaluating*)

Kemampuan menetapkan derajat sesuatu berdasarkan norma, kriteria atau patokan tertentu, dengan kata lain dapat menjustifikasi suatu materi atau objek tertentu.

6) Mencipta (*Creating*)

Kemampuan memadukan unsur-unsur menjadi sesuatu bentuk baru yang utuh, atau membuat sesuatu yang orisinal.

Menurut Arikunto untuk mengukur suatu pengetahuan masyarakat dari hasil kuesioner yang telah disebar dan diisi, maka dapat dilihat dari kategori hasilukur pengetahuan dengan kategori Baik :  $\geq 75\%$ , Cukup 56-74 %, dan Kurang :  $< 55\%$  [17].

b. Sikap (*attitude*)

Sikap merupakan respons tertutup seseorang terhadap stimulus atau objek tertentu, yang sudah melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan[16]. Sikap terbagi menjadi beberapa tingkatan yang meliputi:

1) Menerima (*receiving*)

Menerima (*receiving*) diartikan bahwa orang atau subjek mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan.

2) Merespons (*responding*)

Memberikan jawaban atau tanggapan terhadap pertanyaan atau objek yang dihadapi.

3) Menghargai/Nilai yang dianut (*valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah sehingga menunjukkan nilai yang dianut untuk membedakan mana yang baik dan kurang baik terhadap suatu kejadian/obyek, dan nilai tersebut diekspresikan dalam perilaku.

4) Organizing (*responsible*)

Kemampuan membentuk sistem nilai dan budaya organisasi dengan mengharmonisasikan perbedaan nilai. Mampu mengelompokkan dan bertanggungjawab atas segala suatu yang telah dipilih atau diyakininya, sehinggaberani mengambil risiko bila ada orang lain yang mencemoohkan atau adanya risiko lain.

Untuk mengukur sikap masyarakat dapat menggunakan skala likert, dimana Pernyataan positif dengan nilai 4 = sangat setuju, 3 = setuju, 2 =

tidak setuju, dan 1 = sangat tidak setuju. Pernyataan negatif dengan nilai 1 = sangat setuju, 2 = setuju, 3 = tidak setuju, 4 = sangat tidak setuju. Dimana hasilnya ketika baik (Mendukung):  $>median$  dan Kurang baik (Tidak mendukung) :  $\leq median$ [18].

c. Budaya/Tradisi

Menurut Koentjaraningrat budaya merupakan hal-hal yang bersangkutan dengan akal, atau keseluruhan sistem gagasan, tindakan dan hasil karya manusia dalam kehidupan masyarakat yang dijadikan milik diri manusia dengan belajar[19].

Menurut Yahya tradisi disebut juga sebagai khasanah yang terus hidup dalam masyarakat secara turun menurun yang keberadaannya akan selalu dijaga dari satu generasi ke generasi berikutnya[19].

d. Nilai

Menurut Rokeach nilai merupakan suatu keyakinan tentang perbuatan, tindakan, atau perilaku yang dianggap baik dan dianggap jelek. Selain itu menurut Tyler bahwa nilai adalah suatu objek, aktivitas, atau ide yang dinyatakan oleh individu yang mengendalikan pendidikan dalam mengarah minat, sikap dan kepuasan[20].

e. Kepercayaan

Kepercayaan merupakan sifat yang diaplikasikan kedalam aktifitas manusia yang bersangkutan dengan keriligian berdasarkan getaran jiwa atau biasanya berupa emosi keagamaan[21].

## 2. Faktor Pemungkin (*enabling factors*)

### a. Penyelenggaraan Pemicuan

Penyelenggaraan berawal dari kata selenggara, yang artinya pemiharaan, perawatan atau pelaksanaan dari suatu kegiatan, benda, atau sumber daya[22]. Penyelenggaraan pemicuan merupakan cara untuk mendorong perubahan perilaku higiene dan sanitasi individu atau masyarakat atas kesadaran sendiri dengan menyentuh perasaan, pola pikir, perilaku dan kebiasaan individu atau masyarakat[23].

### b. Peran Petugas Kesehatan

Tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan[24].

Peran petugas kesehatan terbagi kedalam beberapa fungsi, salah satu fungsinya yakni mampu mengambil bagian dalam promosi Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) sehingga dapat merubah perilaku masyarakat untuk hidup bersih dan sehat. Salah satunya PHBS bidang kesehatan lingkungan dimana masyarakat harus menghuni rumah sehat, mempunyai persediaan air bersih, mempunyai akses jamban, mencuci tangan setelah Buang Air Besar, memberantas jentik nyamuk, serta mempunyai tempat sampah [25].

Lima dimensi utama kualitas pelayanan menurut Valeria Zeithaml disebut dengan TERRA[26] :

a) *Tangible*(Wujud/Bukti Nyata)

Penampilan fasilitas fisik, peralatan, pegawai, dan material yang dipasang. Dimensi *tangible* menggambarkan wujud secara fisik dan layanan yang akan diterima oleh masyarakat.

b) *Empathy*(Kepedulian/Perhatian)

Kepedulian dan perhatian secara pribadi yang diberikan kepada pelanggan. Inti dari dimensi empati adalah menunjukkan kepada pelanggan melalui layanan yang diberikan bahwa pelanggan itu yang paling utama dan kebutuhan mereka dapat dipahami.

c) *Responsiveness*(Kemauan Mendengar/Timbal Balik)

Kesadaran untuk membantu dan memberikan jasa dengan cepat. Dimensi ini menekankan pada perhatian dan ketepatan ketika berurusan dengan permintaan, pertanyaan, dan keluhan pelanggan

d) *Reliability*(Dapat dipercaya)

Kemampuan untuk memberikan jasa yang dijanjikan dengan handal dan akurat. Dalam arti luas, keandalan berarti bahwa perusahaan memberikan janji-janjinya tentang penyediaan, penyelesaian masalah dan harga.

e) *Assurance*(Jaminan/Cara meyakinkan)

Pengetahuan, sopan santun, dan kemampuan petugas untuk menimbulkan keyakinan dan kepercayaan. Dimensi Assurance mungkin akan sangat penting pada jasa layanan yang memerlukan tingkat kepercayaan cukup tinggi dimana pelanggan akan merasa aman dan terjamin.

Untuk peran petugas kesehatan dapat menggunakan skala likert seperti cara mengukur sikap, dimana Pernyataan positif dengan nilai 4 = sangat setuju, 3 = setuju, 2 = tidak setuju, dan 1 = sangat tidak setuju. Pernyataan negatif dengan nilai 1 = sangat setuju, 2 = setuju, 3 = tidak setuju, 4 = sangat tidak setuju. Dimana hasilnya ketika baik (Mendukung):  $>median$  dan Kurang baik (Tidak mendukung) :  $\leq median$ [18].

### 3. Faktor Penguat (*reinforcing factors*)

#### a. Kebijakan Program Pemicuan

Mengacu pada Permenkes No.3 Tahun 2014 tentang Sanitasi Total Berbasis masyarakat, bahwa kegiatan pemicuan dilakukan untuk mendorong perubahan perilaku hygiene dan sanitasi individu atau masyarakat atas kesadaran sendiri dengan menyentuh perasaan, pola pikir, perilaku, dan kebiasaan individu atau masyarakat. Kegiatan pemicuan termasuk pemicuan *Open defecation Free* adalah langkah dalam menanggulangi penyakit berbasis lingkungan yang harus dilaksanakan oleh tingkat daerah yang memerlukan pemicuan dalam merubah perilaku masyarakat atau kelompok tertentu[23].

#### b. Monitoring dan Evaluasi

Monitoring merupakan proses rutin pengumpulan data dan pengukuran kemajuan atas obyektif program, selain itu monitoring sendiri diartikan sebagai kegiatan untuk mengikuti suatu pelaksanaan secara teratur dan terus menerus dengan cara mendengar, melihat, dan mengamati, serta mencatat perkembangan keberlangsungan suatu program[27].



Evaluasi merupakan proses penilaian terhadap suatu kegiatan untuk mengetahui sejauh mana keberhasilannya dengan criteria tertentu, yang nantinya dapat digunakan untuk mengambil suatu keputusan terhadap [27].

## **2.2. Buang Air Besar Sembarangan / *Open Defecation***

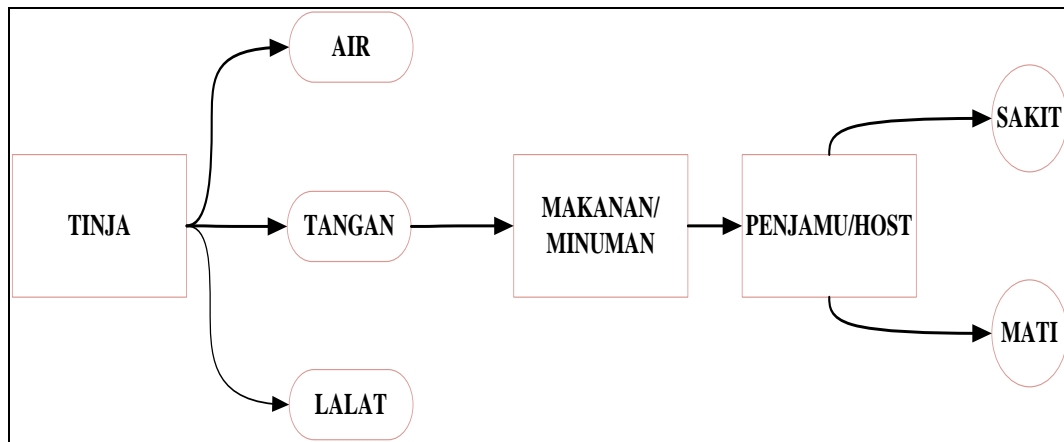
Salah satu permasalahan yang dihadapi Indonesia dalam pembangunan kesehatan adalah masalah sanitasi. Terkait dengan masalah air minum, hygiene, dan sanitasi masih sangat besar. Hasil tуди *Indonesian Sanitation Sector Development Program (ISSDP)* tahun 2006, menunjukkan 47% masyarakat masih berperilaku buang air besar ke sungai, sawah, kolam, kebun dan tempat terbuka lainnya [22].

### **2.2.1. Pengertian Buang Air Besar Sembarangan/*Open Defecation***

Buang Air Besar Sembarangan (BABS) adalah suatu tindakan atau proses makhluk hidup untuk membuang kotoran atau tinja yang padat atau setengah padat yang berasal dari sistem pencernaan makhluk hidup. Kotoran manusia adalah semua benda atau zat yang tidak digunakan lagi oleh tubuh dan harus dikeluarkan dari dalam ke luar tubuh [22].

Masalah pembuangan kotoran manusia masih merupakan masalah pokok untuk sedini mungkin diatasi, hal tersebut dikarenakan kotoran manusia adalah salah satu sumber penularan penyakit yang multi kompleks. Penyebaran penyakit yang bersumber pada feses dapat melalui berbagai macam jalur menurut Notoatmodjo :

Gambar 2.1. Mata Rantai Penularan Penyakit Bersumber Tinja



Sumber : Notoatmodjo [22].

Dari gambar diatas nampak bahwa peranan tinja dalam penyebaran penyakit sangatlah jelas. Disamping dapat mengkontaminasi makanan/minuman secara langsung, air, tanah, anggota badan dan lalat juga terkontaminasi oleh tinja. Kurangnya perhatian terhadap pengelolaan tinja disertai dengan lajunya pertumbuhan penduduk, akan mempercepat penyebaran penyakit yang ditularkan melalui tinja khususnya diare[22].

Lingkungan hidup menjadi kesatuan ruang dengan semua benda, daya makhluk hidup, termasuk di dalamnya manusia beserta perilakunya, dimana hal tersebut mempengaruhi kelangsungan dan kesejahteraan manusia seperti halnya penyakit diare[28].

### 2.2.2. Diare

Seperti gambar 2.1 bahwa tinja salahsatunya dapat menyebabkan penyakit diare. Menurut Sunoto, diare merupakan penyakit yang ditandai dengan bertambahnya frekuensi buang air besar lebih dari tiga kali dalam 24 jam,

penularan ditularkan melalui fekal oral, dimana masuknya makanan atau minuman yang terkontaminasi tinja melalui mulut atau sistem pencernaan[29]. Penularan diare juga disebabkan oleh sanitasi yang buruk karena perilaku buang air besar sembarangan (BABS) akibat dari tidak tersedianya jamban sehat.

Diare merupakan perubahan frekuensi dan konsistensi tinja. Menurut WHO pada tahun 1984 diare sebagai buang air besar sebanyak tiga kali atau lebih dalam sehari (24 jam). Penularan diare terjadi karena mengkonsumsi makanan yang terkontaminasi oleh bakteri[30].

Diare juga disebut sebagai gejala buang air besar berulang dengan konsistensi cairan encer, terkadang dalam kondisi akut akan disertai muntah, demam, dan dehidrasi serta gangguan elektrolit [31].

### **2.2.3. Perilaku Buang Air Besar (BABS Yang Berisiko Pada Kesehatan)**

Dalam studi *Environment Health Risk Assesment* (EHRA) tahun 2012, bahwa perilaku buang air besar sembarangan yang dapat berisiko besar pada kesehatan keluarga atau masyarakat terjadi jika:

1. Masih ada anggota keluarga yang buang air besar di WC helikopter, sungai/pantai/laut, kebun/pekarangan, selokan/got/parit, lubang galian dan lain sebagainya.
2. Sudah menggunakan jamban pribadi/umum tetapi masih menggunakan sistem cubluk atau pilihan lainnya selain tanki septik sebagaimana pembuangan akhir tinja.
3. Sudah menggunakan tanki septik tetapi tidak pernah membuang lumpur tinja apabila umur tanki septik sudah lebih dari 10 tahun.

4. Sudah menguras tanki septik yang berumur lebih dari 10 tahun tetapi mengosongkan sendiri tanki septik, atau membayar tukang yang bukan tukang resmi layanan sedot tinja, dan atau bahkan tanki septik kosong sendiri karena tersapu banjir.
5. Sudah menggunakan layanan sedot tinja tetapi lumpur tinja masih dibuang ke sungai/parit/got/selokan/kolam/drainase, masih dikubur di lapangan, atau tidak tahu akan dibuang kemana lumpur yang telah disedot.
6. Sudah menggunakan jamban sehat yang dikuras sesuai dengan syarat kesehatan seperti dalam point sebelumnya, namun masih memiliki kebiasaan membuang tinja bayi ke tempat selain jamban.

#### **2.2.4. Jamban Sehat**

##### **1. Pengertian Jamban**

Jamban merupakan tempat yang aman dan nyaman untuk digunakan sebagai tempat buang air besar. Sedangkan jamban sehat menurut ketentuan *Water and Sanitation Program East Asia and the Pasific (WSP-EAP)* tahun 2009 bahwa jamban sehat:

- a. Mencegah kontaminasi ke badan air.
- b. Mencegah kontak antara manusia dan tinja.
- c. Membuat tinja tersebut tidak dapat dihindangi serangga, serta binatang lainnya.
- d. Mencegah bau yang tidak sedap.
- e. Konstruksi dudukannya dibuat dengan baik, aman dan mudah dibersihkan.

## 2. Syarat Jamban Sehat

Suatu jamban atau tempat pembuangan tinja khususnya daerah pedesaan dikatakan sehat apabila memenuhi persyaratan sebagai berikut:

- a. Tidak mengotori air permukaan tanah di sekeliling jamban tersebut.
- b. Tidak mengotori air di permukaan sekitar.
- c. Tidak mengotori air tanah disekitarnya.
- d. Tidak dapat terjangkau oleh serangga terutama lalat dan kecoa.
- e. Tidak menimbulkan bau.
- f. Mudah digunakan dan dipelihara.
- g. Dapat diterima oleh masyarakat.
- h. Tersedia cukup air untuk membersihkan.
- i. Tersedia sabun untuk cuci tangan setelah membuang air besar.

Ada beberapa pertimbangan atau syarat dalam pembuatan jamban menurut ketentuan *Water and Sanitation Program East Asia and the Pasific (WSP-EAP)* tahun 2009[32]:

- a. Pertimbangan Untuk Bagian Atas Jamban
  - 1) Sirkulasi udara yang cukup.
  - 2) Bangunan dapat meminimalkan gangguan cuaca, pada musim panas dan hujan.
  - 3) Kemudahan akses dimalah hari.
  - 4) Bangunan menghindarkan pengguna terlihat dari luar/ pandangan dari luar.
  - 5) Disarankan untuk menggunakan bahan lokal.

6) Ketersediaan fasilitas penampungan air dan tempat sabun untuk cuci tangan.

b. Pertimbangan Untuk Bangunan Bagian Tengah

- 1) Terdapat penutup pada lubang sebagai pelindung terhadap gangguan serangga atau binatang lain.
- 2) Dudukan jamban/slab penutup dibuat dengan memperhatikan keamanan pengguna (tidak licin, runtuh dan terperosok ke dalam lubang penampungan tinja, dan lainnya).
- 3) Bangunan melindungi dari kemungkinan terciumnya bau yang tidak sedap, yang berasal dari tinja dalam lubang penampungan.
- 4) Mudah dibersihkan dan dipelihara.
- 5) Diutamakan menggunakan bahan lokal.
- 6) Ventilasi udara cukup.

c. Pertimbangan Untuk Bangunan Bagian Baawah

- 1) Ketinggian muka air tanah.
- 2) Daya resap tanah (jenis tanah).
- 3) Jenis bangunan, jarak bangunan dan kemiringan letak bangunan terhadap sumber air minum (lebih baik di atas 10 m).
- 4) Kepadatan penduduk (ketersediaan lahan).
- 5) Umur pakai (kemungkinan pengurasan, kedalaman lubang/ kapasitas).
- 6) Diutamakan dapat menggunakan bahan lokal.
- 7) Bangunan yang permanen dilengkapi dengan manhole.

### 3. Tipe-Tipe Jamban

Beberapa contoh tipe jamban menurut Priyoto :

a. Jamban Cemplung

Jamban yang tidak memerlukan air untuk menggelontorkan kotoran, namun untuk mengurangi bau serta agar serangga tidak masuk ke lubang jamban sehingga harus ditutup.

b. Jamban Plengsengan

Sama halnya dengan jamban cemplung, namun pada jamban ini letak lubang jambannya tidak langsung ke arah bawah, tetapi menggunakan saluran pipa yang letaknya menyamping didepan atau dibelakangnya. Jamban plengsengan memerlukan air untuk mengalirkan kotoran, jamban ini juga memerlukan penutup lubang.

c. Jamban Leher Angsa

Jamban ini merupakan modifikasi jamban cemplung dan jamban plengsengan, dimana tempat jongkoknya terbuat dari kloset yang berbentuk leher angsa. Jamban tipe ini lebih sempurna karena adanya air pada leher angsa dapat menghindari bau dan dapat mencegah masuknya serangga ke lubang jamban.

### 4. Manfaat Jamban Sehat

Manfaat dari membangun jamban sehat menurut ketentuan *Water and Sanitation Program East Asia and the Pasific* (WSP-EAP) tahun 2009:

- a. Peningkatan martabat dan hak pribadi.
- b. Lingkungan yang lebih bersih.

- c. Bau berkurang, sanitasi dan kesehatan meningkat.
- d. Keselamatan lebih baik (tidak perlu pergi ke ladang di malam hari).
- e. Menghemat waktu dan uang, menghasilkan kompos pupuk dan biogas untuk energi.
- f. Memutus siklus penyebaran penyakit yang terkait dengan sanitasi.

### **2.3. Sanitasi Dasar**

Sanitasi merupakan sebuah perilaku yang disengaja untuk membudayakan hidup bersih dan sehat yang bertujuan untuk mencegah manusia dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat[23].

Sanitasi dasar disebut sebagai sanitasi awal atau sanitasi minimum yang diperlukan dalam penyediaan dan penciptaan lingkungan sehat yang memenuhi syarat kesehatan, dimana kegiatan sanitasi menitikberatkan pada pengawasan berbagai faktor lingkungan yang mempengaruhi derajat kesehatan manusia[33].

### **2.4. Sanitasi Total Berbasis Masyarakat**

Sanitasi Total Berbasis Masyarakat yang selanjutnya disebut sebagai STBM adalah pendekatan untuk merubah perilaku *hygiene* dan sanitasi melalui pemberdayaan masyarakat dengan metode pemicuan. Maka tahun 2008 diputuskan bahwa startegi/program pemicuan menjadi acuan bagi petugas kesehatan dan instansi terkait dalam penyusunan perencanaan, pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi terkait dengan sanitasi total berbasis masyarakat[34].

Mengacu pada Permenkes No.3 tahun 2014 bahwa pengembangan sanitasi direalisasikan dalam program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat merupakan



pendekatan dalam mengubah perilaku higienis dan saniter melalui pemberdayaan masyarakat dengan cara pemucuan. Pendekatan partisipatif ini melibatkan masyarakat untuk menganalisa kondisi sanitasi melalui proses pemucuan yang menimbulkan rasa prihatin dan malu kepada masyarakat tentang pencemaran lingkungan akibat BABS.

#### **2.4.1. Pilar Sanitasi Total Berbasis Masyarakat**

Pilar STBM ditujukan untuk memutus mata rantai penularan penyakit dan keracunan maka dijelaskan dalam Permenkes RI No.3 tahun 2014 :

1. Stop Buang Air Besar Sembarangan
  - a. Membudayakan perilaku buang air besar sehat yang dapat memutus alur kontaminasi kotoran manusia sebagai sumber penyakit secara berkelanjutan.
  - b. Menyediakan dan memelihara sarana buang air besar yang memenuhi standar dan persyaratan kesehatan.
2. Cuci Tangan Pakai Sabun dengan Air Mengalir
  - a. Membudayakan perilaku cuci tangan dengan air bersih yang mengalir dan sabun secara berkelanjutan.
  - b. Menyediakan dan memelihara sarana cuci tangan yang dilengkapi dengan air mengalir, sabun, dan saluran pembuangan air limbah.
3. Pengelolaan Air Minum dan Makanan Rumah Tangga
  - a. Membudayakan perilaku pengolahan layak air minum dan makanan yang aman dan bersih secara berkelanjutan.

- b. Menyediakan dan memelihara tempat pengolahan air minum dan makanan rumah tangga yang sehat.

#### 4. Pengamanan Sampah Rumah Tangga

- a. Membudayakan perilaku memilah sampah rumah tangga sesuai dengan jenisnya dan membuang sampah rumah tangga di luar rumah secara rutin.
- b. Melakukan pengurangan (reduce), penggunaan kembali (reuse), dan pengelolaan kembali (Recycle).
- c. Menyediakan dan memelihara sarana pembuangan sampah rumah tangga di luar rumah.

#### 5. Pengamanan Limbah Cair Rumah Tangga

- a. melakukan pemisahan saluran limbah cair rumah tangga melalui sumur resapan dan saluran pembuangan air limbah.
- b. Menyediakan dan menggunakan penampungan limbah cair rumah tangga.
- c. Memelihara saluran pembuangan dan penampungan limbah cair rumah tangga.

### **2.4.2. Peran dan Tanggung Jawab**

Dalam program STBM peran lintas sektor sangat diperlukan, maka menurut Budiman 2015, setiap sektor memiliki peran dan tanggung jawabnya masing-masing meliputi :

1. RT/Dusun/Kampung
  - a. Mempersiapkan masyarakat untuk berpartisipasi.
  - b. Memonitoring pekerjaan di tingkat masyarakat.
  - c. Menyelesaikan permasalahan/konflik masyarakat.

- d. Mendukung/memotivasi masyarakat lainnya, setelah mencapai keberhasilan sanitasi total (ODF) di lingkungan tempat tinggalnya.
  - e. Membangun kapasitas kelompok pada lokasi kegiatan STBM.
  - f. Membangun kesadaran dan meningkatkan kebutuhan.
  - g. Memperkenalkan opsi-opsi teknologi.
  - h. Mempunyai strategi pelaksanaan dan exit strategi yang jelas.
2. Pemerintah Desa
- a. Membentuk tim fasilitator desa yang anggotanya beraal dari kader-kader, guru, dan sebagainya untyuk memfasilitasi gerakan masyarakat.
  - b. Memonitor kerja kader pemicu STBM dan memberikan bimbingan yang diperlukan.
  - c. Mengambil alih pengoperasian dan pemeliharaan yang sedang berjalan.
  - d. Memastikan keberadilan di semua lapisan masyarakat, khususnya kelompok yang peka.
3. Pemerintah Kecamatan
- a. Berkoordinasi dengan berbagai lapisan Badan Pemerintah dan member dukungan bagi kader pemicu STBM.
  - b. Mengembangkan pengusaha lokal untuk memproduksi dan suplai bahan serta memonitor kualitas bahan tersebut.
  - c. Mengevaluasi dan memonitor kerja lingkungan tempat tinggal.
  - d. Memelihara database status kesehatan yang efektif dan tetap ter-update secara berkala.

#### 4. Kabupaten Pemerintah

- a. Mempersiapkan rencana kabupaten untuk mempromosikan strategi baru.
- b. Mengembangkan dan mengimplementasikan kampanye informasi tingkat kabupaten mengenai pendekatan yang baru.
- c. Mengkoordinasikan pendanaan untuk implementasi strategi STBM.
- d. Mengembangkan rantai suplai di tingkat kabupaten.
- e. Memberikan dukungan *capacity building* yang diperlukan kepada suatu institusi di kabupaten.

#### 5. Pemerintah Provinsi

- a. Berkoordinasi dengan berbagai instansi/lembaga terkait tingkat provinsi, dan mengembangkan program terpadu untuk semua kegiatan STBM.
- b. Mengkoordinasikan semua sumber pembiayaan terkait STBM.
- c. Memonitor perkembangan strategi nasional STBM dan memberikan bimbingan yang diperlukan kepada tim kabupaten.
- d. Mengintegrasikan kegiatan hygiene dan sanitasi yang telah ada dalam strategi STBM.
- e. Mengorganisir pertukaran pengetahuan/pengalaman antar kabupaten.

#### 6. Pemerintah Pusat

- a. Berkoordinasi dengan berbagai instansi/lembaga terkait tingkat pusat dan mengembangkan program terpadu untuk semua kegiatan STBM.
- b. Mengkoordinasikan semua sumber pembiayaan terkait dengan STBM.
- c. Memonitor perkembangan strategi nasional STBM memberikan bimbingan yang diperlukan kepada tim Provinsi.

- d. Mengintegrasikan kegiatan hygiene dan sanitasi yang telah ada dalam strategi STBM.
- e. Mengorganisir pertukaran pengetahuan/pengalaman antar kabupaten dan atau provinsi serta antar negara.

## **2.5. Pemicuan**

### **2.5.1. Pengertian Pemicuan**

Dalam Permenkes No.3 Tahun 2014 pemicuan adalah cara untuk mendorong perubahan perilaku atas kesadaran diri sendiri dengan menyentuh akal pikiran seseorang melalui perasaan, pemikiran, perilaku dan kebiasaan masyarakat yang biasanya dilakukan. Pemicuan merupakan suatu upaya untuk menimbulkan suatu “energy lebih” dalam diri seseorang atau kelompok, sehingga terjadi suatu mata rantai gerakan yang *exponensiality*.

Tujuan strategi dan langkah-langkah pelaksanaan pemicuan di tingkat desa, dimaksudkan sebagai acuan bagi fasilitator kesehatan, dan unit lain terkait dalam rangka mewujudkan perilaku hidup bersih dan sehat, dimana masyarakat tidak berperilaku membuang air besar sembarangan, serta perilaku lain sesuai dengan kaidah kesehatan lingkungan[23].

### **2.5.2. Strategi dan Langkah Pemicuan**

Permenkes No.3 Tahun 2014 mengemas strategi dan langkah pemicuan sebagaimana berikut :

## **1. Strategi**

### **a. Penciptaan Lingkungan Kondusif**

Lingkungan yang mendukung adalah lingkungan di mana kita akan menjadikan contoh yang baik tentang kesehatan[12]. Sebagaimana dalam Permenkes No.3 Tahun 2014 bahwa penciptaan lingkungan yang baik/kondusif, dimaksudkan agar setiap stake holder atau pemangku kepentingan yang terkait, baik ditingkat Kabupaten, Kecamatan dan khususnya tingkat Desa memberikan support yang optimal dalam kegiatan STBM di level masyarakat, sehingga terwujud lingkungan dan perilaku hidup bersih dan sehat. Untuk itu seorang Fasilitator harus secara pro-aktif melakukan koordinasi, advokasi, sosialisasi baik kepada instansi pemerintah, organisasi kemasyarakatan, lembaga swadaya masyarakat dan swasta yang ada di wilayah kerjanya.

### **b. Mengutamakan Gerakan Masyarakat**

Sebagaimana dalam panduan pemicuan menurut Permenkes No.3 Tahun 2014, bahwa gerakan masyarakat, kapanpun dan dimanapun dilakukan, akan menimbulkan atau menciptakan suatu timbulan energy yang besarnya tak terhingga. Untuk itu dalam program Pamsimas, khususnya pemberdayaan untuk perubahan perilaku dan peningkatan layanan akses sarana sanitasi/jamban gerakan masyarakat perlu di”ungkit” dan dirangsang untuk timbul.

Kegiatan seperti kerja bakti, gotong royong dan saling membantu dalam pembuatan jamban keluarga misalnya akan sangat efektif demi tercapainya ODF pada suatu komunitas. Gerakan masyarakat pada hakekatnya adalah gerakan untuk “mau saling memberi” dari setiap individu dalam masyarakat, entah itu

dalam bentuk materi atau tenaga, entah itu dari yang “besar kepada yang kecil” atau bahkan sebaliknya.

Gerakan masyarakat yang sekarang telah beralih menjadi pemberdayaan masyarakat yang secara umum lebih efektif jika dilakukan melalui program pendampingan masyarakat (Community organizing and development), karena pelibatan masyarakat sejak perencanaan (planning), pengorganisasian (organizing), pelaksanaan (actuating), hingga evaluasi atau pengawasan (controlling) program dapat dilakukan secara maksimal, sehingga upaya tersebut merupakan inti dari pemberdayaan masyarakat[12].

### **c. Pemicuan Terfokus**

Sesuai dengan Permenkes No. tahun 2014 bahwa pemicuan adalah suatu kegiatan sifatnya diharapkan akan menimbulkan efek yang besar dan berakumulatif. Untuk itu pemicuan harus terfokus dan didasari oleh sesuatu yang memang akan mampu untuk menjadi besar dan meluas. Dengan demikian utamakan bahwa dalam pemicuan dipilih daerah yang ada potensinya untuk berkembang karena akhirnya daerah tersebut akan dijadikan “acuan” bagi daerah lain untuk mereplikasi.

Dalam panduan pemicuan sesuai Permenkes No.3 tahun 2014 juga menjelaskan bahwa pemicuan tidak harus dilakukan pada seluruh dukuh atau RW dalam suatu wilayah desa. Pemicuan yang difokuskan dalam satu atau dua dukuh/RW asalkan terencana, mantap, serius dan berkesinambungan dalam pendampingan akan lebih menghasilkan karya yang nyata, disbanding dengan pemicuan yang terlalu luas tetapi tidak mendalam dan hanya sekilas saja.

#### **d. Penguatan Kapasitas Fasilitator**

Fasilitator merupakan ujung tombak dilapangan, yang berhadapan langsung dengan masyarakat yang sangat variatif tingkat sosialnya, dari yang tinggi sampai yang rendah sekalipun. Disini seorang Fasilitator diharapkan sebagai “change agent” dari yang tadinya hal-hal tidak mungkin menjadi segalanya bisa mungkin. Disamping itu Fasilitator juga harus berhubungan, berkomunikasi dengan berbagai pemangku kepentingan yang kadang-kadang “power full dan untouchable” agar mampu berkoordinasi dan berkomunikasi tersebut dengan kepercayaan diri yang optimal, maka kepada fasilitator perlu dibekali berbagai ilmu dan ketrampilan baik yang bersifat materi-substansi teknis, maupun yang bersifat non-teknis, seperti misal yang terkait pengembangan diri[23].

#### **e. Reward Sistem**

Menurut Purwanto reward adalah alat untuk mendidik agar seseorang merasa senang terhadap sesuatu sehingga mendapatkan penghargaan atas apa yang dikerjakannya [35].

Dalam panduan pemicuan sesuai Permenkes No. tahun 2014, bahwa *reward system* adalah suatu bentuk penghargaan kepada pihak lain, baik itu dalam bentuk materi maupun non-materi, dan hal ini sangat perlu diterapkan dalam proses pemicuan STBM. Memberi applous tepuk tangan kepada orang yang baru selesai memberikan pendapat adalah suatu bentuk reward. Memberi tepuk tangan kepada orang yang menyatakan sikap telah siap akan membangun jamban dalam suatu kurun waktu tertentu adalah suatu bentuk reward.



Kehadiran seorang dokter Puskesmas, seorang Camat atau ibu Camat, apalagi seorang Kepala Dinas atau bahkan Bupati ke suatu desa adalah sebetulnya reward bagi desa tersebut yang tinggi nilainya. Reward juga harus dikembangkan untuk para fasilitator yang sudah berhasil [23].

## **2. Langkah Pemicuan**

Mengacu pada panduan pemicuan sesuai Permenkes No.3 Tahun 2014 bahwa kegiatan pemicuan kepada masyarakat untuk stop buang air besar sembarangan (STOP BABS) pada prinsipnya dapat dikelompokkan dalam 3 tahap, yaitu tahap pra pemicuan, tahap pelaksanaan pemicuan dan tahap pasca pemicuan. Pentahapan tersebut tidak berarti ada pembagian atau pembatasan waktu yang rigid, tetapi merupakan suatu proses yang mengalir dengan teratur dan berkesinambungan, sebagai suatu kesatuan proses yang utuh dan dinamis dengan tahapan pemicuan meliputi:

### **a. Pra Pemicuan**

#### **1) Pengenalan/Identifikasi Lingkungan**

Kondisi lingkungan, suatu daerah yang akan dipicu harus benar-benar dikenal dan dicermati terlebih dahulu oleh seorang fasilitator. Silaturahmi dan menjelajah desa merupakan salah cara untuk mengidentifikasi dan menganalisis kondisi lingkungan suatu desa[23].

Untuk memahami dan mengenal kondisi lingkungan suatu daerah, seorang Fasilitator Kesehatan harus sudah tinggal atau berada dalam kurun waktu yang relatif cukup lama, dan lebih baik kalo seorang Fasilitator telah tinggal menetap di daerah atau desa yang akan dipicu

tersebut. Apabila seorang Fasilitator sudah tinggal atau menetap disuatu desa, maka fasilitator akan dianggap sudah sebagai keluarga atau kerabat sendiri, dan bukan dianggap sebagai orang asing, yang masuk desa dan hanya akan membuat masalah atau mengganggu ketenangan desa.

Kondisi lingkungan suatu daerah yang harus dikenali meliputi lingkungan geofisik maupun sosial budaya, karena kondisi kedua aspek tersebut nantinya akan sangat berpengaruh dalam proses pemicuan dan tingkat keberhasilannya. Dari hasil pengenalan atau identifikasi lingkungan geofisik dan sosial-budaya yang ada dimasyarakat maka akan dapat ditarik kesimpulan unsur-unsur mana yang masuk dalam kategori sebagai kekuatan/Peluang atau sebagai Kendala/Tantangan, yang selanjutnya dapat dijadikan sebagai suatu acuan atau pijakan untuk kegiatan pemicuan.

## **2) Koordinasi dengan Puskesmas dan Tim Kecamatan lainnya**

Sebelum pelaksanaan pemicuan dilaksanakan, Fasilitator harus sudah melakukan kontak dengan unit lain yang terkait, terutama puskesmas setempat, agar unit tersebut dapat berdampingan dengan Fasilitator dalam pelaksanaan pemicuan. Untuk itu seorang Fasilitator harus sudah memberi informasi kepada Puskesmas kapan dan dimana proses pemicuan akan dilakukan. Selain unsur dari Puskesmas, unit lain yang seyogyanya ikut bergabung dalam proses pemicuan adalah unsur Kecamatan, urusan PMD, PKK dan tokoh masyarakat setempat.

Dengan bergabungnya petugas Puskesmas diharapkan proses pemicuan akan lebih terarah dan tepat sasaran, karena petugas Puskemas akan mampu

memberikan bantuan informasi/penyuluhan tentang masalah-masalah kesehatan yang dihadapi masyarakat khususnya terkait penyakit berbasis air dan sanitasi.

Adanya petugas Puskesmas juga diharapkan untuk pendampingan saat pasca pemicuan dapat berjalan dengan lebih baik. Dengan diajaknya petugas Puskesmas sejak awal, maka mereka akan lebih mempunyai rasa untuk mensukseskan pemicuan stop BABS dalam mewujudkan lingkungan yang sehat tersebut lebih komit.

Petugas Puskesmas yang berperan dalam mendampingi Fasilitator dalam proses pemicuan adalah Sanitarian, karena petugas ini mempunyai tugas pokok dan fungsi yang terkait dengan masalah kesehatan lingkungan, dan merupakan tenaga terdepan dari jajaran kesehatan untuk pelaksanaan Pamsimas.

Dalam siklus proses Pamsimas, Sanitarian akan memberikan sertifikasi pelaksanaan pemicuan disuatu wilayah. Namun demikian, selain Sanitarian perlu juga untuk mengikutsertakan dokter/Kepala Puskesmas dan Bidan Desa setempat, karena Kepala Puskesmas sebagai atasan Sanitarian juga mempunyai tanggung jawab sepenuhnya dalam mewujudkan kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya. Sedangkan Bidan Desa akan sangat membantu Fasilitator dalam pendampingan selanjutnya, karena Bidan Desa merupakan tenaga kesehatan yang berada di desa setempat, dan khususnya akan erat terkait dengan isu gender.

### **3) Peran Masyarakat Sekolah**

Sekolah merupakan suatu "*laboratorium*" yang dapat dijadikan obyek vital sekaligus subyek dalam penerapan STBM. Dalam lingkup sekolah, rantai pemicuan akan berlangsung secara berjenjang dan berkesinambungan, yaitu dari

guru ke murid dan kemudian murid dapat berperan ganda dalam proses pemicuan lanjutan, yaitu dari murid ke murid lainnya, dari murid ke orang tua dan dari murid ke masyarakat sebagai suatu group pressure. Efek pemicuanpun dapat diharapkan lebih besar, mengingat anak usia sekolah pada umumnya lebih antusias dalam mengadopsi ide-ide baru.

#### **b. Pelaksanaan Pemicuan**

Dalam panduan pemicuan program CLTS / STBM sesuai Permenkes No. 3 tahun 2014, pelaksanaan pemicuan terbagi menjadi tujuh langkah :

##### **1) Bina Suasana**

Bina suasana, ataupun bina lingkungan kesehatan merupakan salahsatu strategi promkes yang dilakukan dengan mendukung pendekatan terpadu untuk pelayanan kesehatan masyarakat[36].

Proses awal pemicuan tidak harus dilakukan dalam ruang pertemuan tertutup, missal dalam Balai Desa, tetapi bisa juga dihalaman, atau ditanah lapang. Suasana yang riang, santai, penuh keakraban, tidak saling mencurigai dan terbuka merupakan suasana yang sangat dibutuhkan untuk berlangsungnya proses pemicuan.

Dengan suasana yang demikian, yaitu suasana yang cair, tidak ada makna perbedaan antara orang kaya dan miskin, antara tua muda, laki perempuan maka akan terwujud suasana kondusif untuk saling berdialog, saling mengutarakan pendapat tanpa takut akan tidak dihargai dan disalahkan.

Untuk terwujudnya suasana yang kondusif dan bersahabat, seorang fasilitator dan orang lain yang berasal dari luar desa (termasuk Kepala Puskesmas,

Sanitarian, Bidan, petugas promkes, dan petugas lainnya) harus pandai membawa diri, memperkenalkan diri secara terbuka dan disertai rasa humor yang sehat.

Perkenalan diri dari seorang fasilitator disebut sebagai upaya membuka pintu masuk untuk berkomunikasi dengan masyarakat. Fase perkenalan merupakan fase yang sensitif, karena bila pada fase ini masyarakat sudah tertarik, sudah percaya akan kedatangan seorang fasilitator, maka mereka akan ‘terhipnotis’ untuk selalu berperan aktif dalam setiap tahap proses pemicuan.

Untuk menghidupkan suasana awal, perlu dikembangkan adanya proses ‘*ice breaking*’ lebih dalam, yaitu melalui permainan (*game*) atau bentuk-bentuk *roll playing* lainnya. Dengan dilakukannya *roll playing* diharapkan suasana akan lebih hidup, segar dan peserta lebih intim dalam membaur. *Roll playing* juga akan berguna dalam dinamika kelompok, sehingga nantinya proses pemicuan akan bergulir seperti bola salju, tapi penuh dengan kehangatan, hidup dan tidak kaku.

## **2) Pemetaan perilaku BABS**

Pemicuan melalui analisis partisipasi dimulai dengan menggambarkan peta wilayah RT/RW/Dukuh oleh masyarakat itu sendiri. Kemudian masyarakat berkontribusi untuk menggambar sungai, masjid, sekolah, dan lain sebagainya yang merupakan sarana umum di wilayah tersebut. Selanjutnya peserta/masyarakat menggambarkan pula peta lokasi rumah masing-masing, sekaligus gambaran masyarakat kemana mereka membuang air besar. Kode simbol dalam pemetaan adalah rumah dengan warna kuning bagi mereka yang BAB sembarangan, dan warna hijau untuk rumah mereka yang BAB di jamban.

Dalam pemetaan bisa juga menggunakan bahan-bahan yang ada disekitar lokasi, seperti daun, batu, ranting kayu, dan benda lain yang dapat membantu proses pemetaan. Dengan memberi simbol atau warna pada lokasi gambar rumah masing-masing, maka akan terlihat dengan jelas, bagaimana penyebaran tinja yang ada di wilayah tersebut.

Untuk kepentingan masyarakat dalam memonitor dan evaluasi kondisi wilayahnya sendiri pada waktu yang akan datang, maka peta yang dibuat diatas tanah pada saat proses pemetaan wajib disalin ke atas kertas yang cukup lebar (misal kertas flipchart yang disambung) dan ditempelkan di dinding balai pertemuan atau balai LKM, atau balai pertemuan lainnya.

### 3) *Transek Walk*

Pemetaan nyata lapangan dilakukan dengan cara menelusuri wilayah dalam suatu RT/RW/Dukuh untuk mengetahui lokasi-lokasi dimana warga setempat buang air besar sembarang. Semua peserta yang hadir dalam proses pemetaan diajak untuk jalan bersama melihat lokasi tersebut. Bila peserta transect melewati suatu lokasi BABS kepada mereka dilarang untuk menutup hidung, sehingga peserta merasakan betapa bau yang timbul akibat tinja berada diruang terbuka sembarangan.

Fasilitator atau petugas dilarang menutup hidung saat transect walk dan tetap berhenti ditempat sekejap untuk diskusi. Peserta diajak untuk mendiskusikan keadaan tersebut, baik dari aspek keindahan dan kebersihan lingkungan, dari aspek penyebaran penyakit, dari aspek keselamatan, dan lain sebagainya.

Memicu dan memberikan pertanyaan kepada masyarakat yang melakukan BABS, bagaimana perasaannya setelah orang lain menderita akibat bau menyengat. Jika ada kelompok anak yang ikut dalam transek, atau tak jauh dari tempat BAB sembarangan tersebut, pertanyakan apakah mereka senang akan keadaan yang ada di lingkungannya.

Mengajak anak-anak untuk menghentikan kebiasaan BABS, ajak untuk membuat nyanyian, slogan, puisi atau bentuk-bentuk kesenian lainnya menjadi salah satu langkah dalam *transect walk*. Pemicuan dengan melalui *transect walk* ini akan lebih menyentuh ego seseorang, dengan timbulnya rasa malu dan rasa jijik seseorang dengan melihat secara nyata tinja yang berserakan ditanah terbuka.

#### **4) Pemicuan melalui analisa kuantitatif tinja**

Dalam tahap ini masyarakat diminta untuk menghitung sendiri berapa kg/kwtl/ton jumlah tinja yang berhamburan, menanyakan kepada masyarakat berapa jumlah anggota keluarga, kemudian kalikan dengan jumlah tinja yang dibuang manusia per-orang per hari (yaitu sekitar 400 gram/orang/hari). Dengan cara perhitungan tersebut, maka dapat dihitung berapa besar tinja yang berhamburan dalam suatu wilayah, dalam kurun waktu sehari, seminggu, sebulan, setahun dan seterusnya

#### **5) Pemicuan Melalui Sentuhan Ego, Humanis dan Kegamaan**

Pada tahap ini, bilamana masyarakat buang air besar sembarangan di sungai atau di irigasi, maka fisik tinja tidak akan terlihat secara nyata, karena dalam

waktu yang relatif singkat tinja tersebut akan hilang terbawa air sungai, atau tertelan ikan mujair di irigasi dan tempat lainnya.

Untuk kondisi semacam ini memerlukan teknik-teknik pemicuan lain yang lebih tepat sasaran. Fasilitator hendaknya memiliki kemampuan berimprovisasi dalam melakukan pemicuan sesuai dengan kondisi setempat.

#### **6) Pemicuan Melalui Sentuhan Bahaya Penyakit**

Pada tahap ini masyarakat diajak melihat bagaimana tinja atau kotoran manusia dapat dimakan masuk ke dalam mulut dan sistem pencernaan manusia itu sendiri dan bahkan manusia lainnya dan akhirnya menimbulkan penyakit diare. Dalam hal ini biarkan masyarakat untuk membuat alur kontaminasi *oral fecal*.

#### **7) Rencana Tindak Pendampingan**

Pada tahap akhir sesi pemicuan, masyarakat dikumpulkan kembali untuk membuat rencana tindak lanjut dari masyarakat, sesuai dengan kemampuan dan kesanggupan masing-masing. Namun perlu dipahami, bahwa sesi penyusunan Rencana Tindak lanjut pada hakekatnya adalah sesi masyarakat, maka diharapkan yang memimpin sesi ini adalah salah satu dari anggota yang hadir dalam proses pemicuan yang kelak, mungkin orang tersebut akan menjadi *Natural Leader*.

Membuat daftar kehadiran dan daftar kesanggupan bagi mereka yang hadir dalam proses pemicuan, dan bagi anggota masyarakat yang sudah memberi kesanggupan pembangunan jamban diminta untuk parap/tanda tangan. Absensi ini kelak akan berguna sebagai alat monitoring, untuk menagih janji masyarakat dalam pembangunan jamban. Pembuatan absen, daftar kesanggupan dan kegiatan



menagih janji biarkan untuk dilakukan oleh masyarakat sendiri atau *Natural Leader* yang ada.

Pada saat melaksanakan Rencana Tindak dari masing masing anggota masyarakat, maka fasilitator dan Tim Tingkat Kecamatan harus selalu pendampingan. Suntikan semangat harus selalu diberikan, terutama bagi mereka yang belum terpicu. Biarkan masyarakat melakukan inovasi untuk membangun jambanya sendiri.

Apabila pada suatu wilayah (RT/RW/Dukuh) terjadi kegagalan pada saat pemicuan awal maupun saat pelaksanaan Rencana Tindak, maka abaikan untuk sementara wilayah tersebut. Biarkan mereka melihat sendiri hasil yang terjadi pada wilayah lain terlebih dahulu, baru dilakukan pendampingan ulang.

### **c. Monitoring dan Evaluasi**

#### **1. Monitoring**

Monitoring adalah suatu kegiatan untuk melihat perkembangan suatu kegiatan, dalam hal ini kegiatan pembangunan sarana jamban keluarga dan PHBS. Monitoring dapat dilakukan oleh masyarakat itu sendiri (*monitoring partisipatif*) maupun monitoring yang dilakukan oleh fasilitator atau oleh Tim Gabungan Lintas Kecamatan (*external monitoring*).

Jika masyarakat yang sudah terpicu tetapi belum total (yang mau berubah stop babs baru sebagian), natural leader dan anggota masyarakat lainnya dapat melakukan *transek walk* dengan membawa peta jamban. Transek ini dilakukan dengan mengunjungi rumah rumah dan menanyakan kepada mereka kapan

mereka mau berubah stop babs seperti keluarga lain yang sudah mulai membangun jamban.

Dalam melaksanakan monitoring, maka peta yang dibuat pada saat proses pemicuan di atas kertas yang ditempelkan didinding balai pertemuan atau balai LKM, atau balai pertemuan lainnya, akan sangat bermanfaat sebagai alat bantu. Dengan melihat peta tersebut maka akan tergambar kemajuan kegiatan di lapangan, dan harus selalu diadakan review peta “jamban” setiap saat (dapat dilakukan bulanan/tribulanan).

## **2. Evaluasi**

Evaluasi dilakukan untuk mengetahui seberapa jauh keberhasilan masyarakat telah berubah perilakunya dari buang air besar sembarangan kearah PHBS yang lebih baik sesuai dengan kaidah kesehatan masyarakat disbanding pada saat atau awal kegiatan berjalan.

Indikator keberhasilan dilihat dari out put kegiatan yaitu berapa banyak jamban yang dibangun oleh masyarakat dalam suatu wilayah tertentu (RT/RW/Dukuh). Namun demikian harus dimaknai bahwa STBM bukanlah jambanisasi dalam suatu desa tetapi yang lebih penting adalah adanya kesadaran masyarakat untuk menjalankan apa-apa yang telah mereka ketahui terkait masalah kebersihan, keindahan, kenyamanan dan kesehatan. Untuk mengetahui keberhasilan dari indikator aspek perilaku, perlu dikembangkan monitoring dan evaluasi secara partisipatif dari masyarakat itu sendiri.

## **2.6. Keikutsertaan**

### **2.6.1 Pengertian Keikutsertaan**

Keikutsertaan merupakan sebuah konsep sentral, dan prinsip dasar dari pengembangan masyarakat karena diantara banyak hal, partisipasi terkait erat dengan gagasan HAM. Dalam pengertian ini, partisipasi adalah suatu tujuan dalam dirinya sendiri, dalam arti lain partisipasi mengaktifkan ide, serta hak untuk berpartisipasi dalam demokrasi dan untuk memperkuat demokrasi deliberatif[37].

Keikutsertaan juga merupakan keterlibatan berbagai pihak terkait didalam proses pengambilan keputusan dan menetapkan berbagai langkah yang diperlukan untuk melaksanakan keputusan yang sudah di ambil[38].

### **2.6.2 Faktor Yang Mempengaruhi Keikutsertaan**

Sesuai dengan *Teori Green* bahwa beberapa hal yang dapat mempengaruhi keikutsertaan masyarakat dipengaruhi oleh beberapa hal yang terbagi kedalam 3 faktor, yakni faktor predisposisi yang di dalamnya menyangkut pengetahuan, sikap, budaya, nilai serta kepercayaan, dilanjutkan dengan faktor pemungkin yang didalamnya menyangkut penyelenggaraan pemicuan serta peran petugas kesehatan, serta terakhir faktor penguat yang memuat kebijakan program pemicuan serta monitoring dan evaluasi terhadap program pemicuan yang telah dilaksanakan. Hal-hal tersebut bukan berarti akan diteliti keseluruhannya, seperti halnya budaya, nilai, kepercayaan, kebijakan dan monitoring serta evaluasi adalah hal melekat yang menyangkut kegiatan pemicuan[39].

Selain itu menurut Slamet, hal-hal yang dapat mempengaruhi keikutsertaan masyarakat[40] :

### 1. Jenis Kelamin

Keikutsertaan/partisipasi yang dilakukan oleh seorang pria akan berbeda dengan keikutsertaan/partisipasi yang dilakukan oleh wanita. Hal tersebut dikarenakan adanya sistem pelapisan sosial yang terbentuk dalam masyarakat yang membedakan kedudukan dan derajat pria dan wanita.

### 2. Usia

Dalam masyarakat terdapat perbedaan kedudukan dan derajat atas dasar senioritas, sehingga memunculkan golongan tua dan golongan muda yang berbeda-beda dalam hal-hal tertentu, misalnya dalam menyalurkan pendapat dan pengambilan keputusan.

### 3. Tingkat Pendidikan

Faktor pendidikan mempengaruhi seseorang dalam ikut serta/berpartisipasi, karena dengan latar belakang pendidikan yang diperoleh, seseorang lebih mudah berkomunikasi dengan orang luar serta cepat tanggap terhadap inovasi.

### 4. Tingkat Penghasilan

Besarnya tingkat penghasilan akan memberi peluang lebih besar bagi masyarakat untuk berperan serta dalam suatu kegiatan. Tingkat penghasilanpun berperan atau mempengaruhi masyarakat atau seseorang untuk berinvestasi.

### 5. Mata pencaharian

Jenis pekerjaan seseorang akan mempengaruhi tingkat penghasilan seseorang yang dapat digunakan dalam berinvestasi, berpartisipasi/ikut serta dalam setiap kegiatan atau pertemuan.

#### 6. Lamanya Tinggal

Lamanya seseorang tinggal dalam lingkungan tertentu, dan pengalamannya dalam berinteraksi dengan lingkungan tersebut akan berpengaruh terhadap keikutsertaan seseorang. Semakin lama ia tinggal dalam lingkungan tertentu, maka rasa memiliki terhadap lingkungan cenderung lebih terlihat dalam keikutsertaannya dalam setiap kegiatan.

#### 7. Rasa Tanggung Jawab

Tanggung Jawab adalah kesadaran diri manusia terhadap semua tingkah laku dan perbuatan yang disengaja atau tidak disengaja. Tanggung jawab juga harus berasal dari dalam hati dan kemauan diri sendiri atas kewajiban yang harus di tanggung jawabkan.