



UNIVERSITAS INDONESIA

**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).*

TESIS

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar  
**MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT**

**DONAL SIMANJUNTAK**  
NPM : 0606153576

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**  
**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT**  
**KEKHUSUSAN PROMOSI KESEHATAN**  
**DEPOK**  
**JUNI 2009**

## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya :

Nama : Donal Simanjuntak  
NPM : 0606153576  
Mahasiswa Program : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Tahun Akademiki : Semester genap, Tahun 2006/2007

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul :

"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)"

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, Juli 2009.



(Donal Simanjuntak)

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,  
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk  
telah saya nyatakan dengan benar.

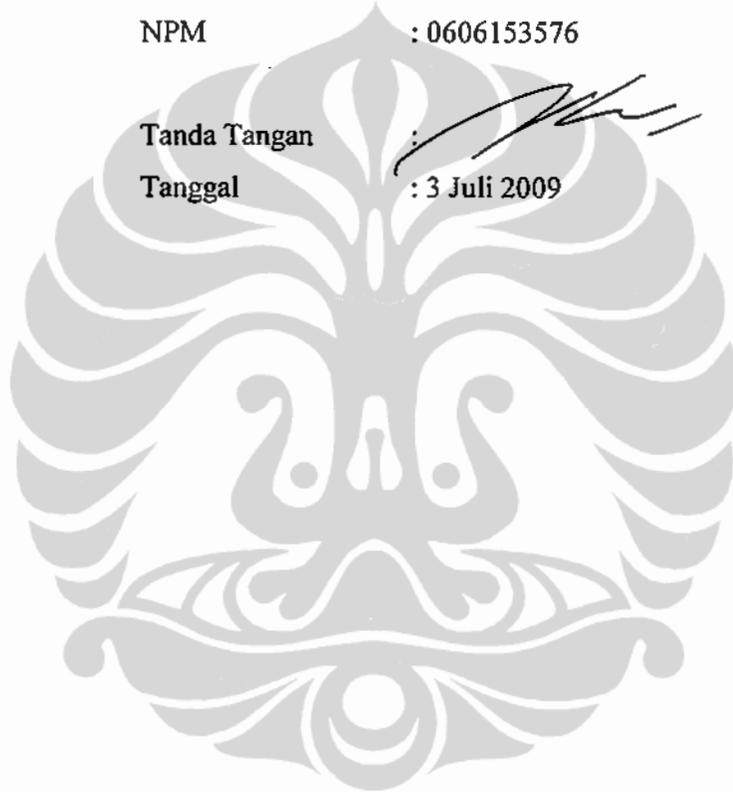
Nama : Donal Simanjuntak

NPM : 0606153576

Tanda Tangan :

Tanggal

  
: 3 Juli 2009



## HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :  
Nama : Donal Simanjuntak  
NPM : 0606153576  
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Judul Tesis : 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).

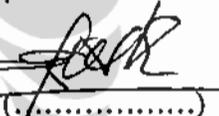
Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

### DEWAN PENGUJI

Pembimbing : DR. Dra Rita Damayanti, MSPH

  
(.....)

Pembimbing : dr. Agustin Kusumayati, M.Sc.,Ph.D

  
(.....)

Penguji : DR. Dra. Dewi Susanna, M.Kes

  
(.....)

Penguji : Calvin Watimena, SKM, M.Kes

  
(.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 3 Juli 2009

## KATA PENGANTAR

Puji syukur atas rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan thesis ini yang berjudul "Determinan Perilaku Buang Air Besar Masyarakat (Studi terhadap pendekatan Community Led Total Sanitation pada masyarakat desa di wilayah kerja Puskesmas Pagelaran, Kabupaten Pandeglang tahun 2009". Tesis ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Penulis menyadari bahwa tesis ini dapat diselesaikan berkat bantuan dan kerjasama dari berbagai pihak, maka pada kesempatan ini penulis menyampaikan rasa terima kasih yang setulus-tulusnya kepada : Pada kesempatan ini, penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih yang setulus-tulusnya kepada :

1. Drs. Bambang Wispriyono, Apt., Ph.D, selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
2. Dr.drg. Ella Nurlaela Hadi, M.Kes., selaku Ketua Departemen PKIP Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia yang senantiasa memberikan motivasi selama proses pembelajaran.
3. Ibu DR Rita Damayanti, MSPH dan Ibu dr Agustin Kusumayati, M.Sc, Ph.D selaku pembimbing dalam menyusun tesis ini, disamping kesibukan yang ada, beliau masih meluangkan waktunya untuk membimbing dengan sabar, mengarahkan dan memberi semangat kepada penulis sehingga tesis ini selesai.
4. Ibu DR. Dra. Dewi Susanna, M.Kes dan Bapak Calvin Watimena, SKM, M.Kes atas kesediaan menjadi penguji pada sidang tesis ini.
5. Seluruh Dosen dan staf Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
6. Rekan-rekan mahasiswa Program Magister Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia angkatan 2006 (Semester Genap) atas kerjasamanya selama mengikuti pendidikan di FKM UI
7. Seluruh keluarga tercinta yang telah memberikan perhatian dan dukungannya sehingga penulis dapat menyelesaikan perkuliahan dengan baik.

Kiranya Tuhan senantiasa memberikan rahmat yang tidak pernah putus atas segala bantuan dan kebaikan yang telah diberikan.

Depok, Juli 2009.

Penulis

## HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

---

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Donal Simanjuntak  
NPM : 0606153576  
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Departemen : Pendidikan Kesehatan Ilmu Perilaku  
Fakultas : Kesehatan Masyarakat  
Jenis karya : Tesis

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif** (*Non-exclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul :

**“Determinan Perilaku Buang Air Besar Masyarakat (Studi terhadap pendekatan *Community Led Total Sanitation* pada masyarakat desa di wilayah kerja Puskesmas Pagelaran, Kabupaten Pandeglang tahun 2009”**

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok  
Pada Tanggal : 3 Juli 2009  
Yang menyatakan



(Donal Simanjuntak)

GRADUATE PROGRAM OF UNIVERSITY OF INDONESIA  
PUBLIC HEALTH FACULTY  
HEALTH PROMOTION

ABSTRACT

Thesis, July 2009

Donal Simanjuntak

Determinant of Defecation Behaviour in the community (A study of Community Led Total Sanitation approach among rural community at Puskesmas Pagelaran, Pandeglang district in 2009)

X + 112 pages + 52 table + 9 chart + 1 map + attaches

This research was done to find out defecation behaviour among rural community after triggering Community Led Total Sanitation (CLTS) in villages under Puskesmas Pagelaran, Pandeglang district in 2009. Using cross sectional design, 210 respondents who were randomly selected, were recruited with criteria already exposed with CLTS trigger. The result indicated that perceived barriers using latrine and low income are two risk factors to defecate in latrine. On the other hand, perceived threatening, perceived benefit, land availability, facilitator's and social support can significantly protect respondents to defecate in latrine ( $p=0,05$ ). Among those variables, facilitator support is the dominant variable ( $OR=12,743$ ) related to latrine defecation behavior. It is recommended to consider all variables above, especially facilitator support, in implementing CLTS program in order to maintain and preserve clean and healthy life behaviour permanently among community.

Key words : sanitation, health promotion, community empowerment.

## DAFTAR ISI

PERNYATAAN ORISINALITAS	Hal ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS	v
ABSTRAK	vi
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR BAGAN	xiii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR SINGKATAN	xv
<b>BAB I</b> PENDAHULUAN .....	1
1.1. Latar Belakang .....	1
1.2. Rumusan Masalah .....	6
1.3. Tujuan .....	6
1.4. Manfaat penelitian .....	7
1.5. Ruang lingkup .....	8
<b>BAB II</b> TINJAUAN PUSTAKA .....	9
2.1. Pengertian Tinja .....	9
2.2. Perilaku Buang Air Besar (BAB) dan Kesehatan Masyarakat .....	10
2.3. Pengelolaan Kotoran Manusia .....	13
2.4. Teori-Teori Perilaku Kesehatan .....	16
2.5. Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku buang air besar (BAB) masyarakat .....	29
2.6. Pendekatan CLTS .....	35
2.7. Kerangka Pikir .....	48
<b>BAB III</b> KERANGKA KONSEP, DEFINISI OPERASIONAL DAN HIPOTESIS .....	52
3.1. Kerangka Konsep .....	52
3.2. Definisi Operasional .....	56

	3.3.	Hipotesis .....	62
BAB IV		METODE PENELITIAN .....	63
	4.1.	Disain Penelitian .....	63
	4.2.	Waktu dan Lokasi Penelitian .....	63
	4.3.	Populasi dan Sampel .....	63
	4.4.	Cara Pengukuran .....	66
	4.5.	Pengumpulan Data.....	69
	4.6.	Pengolahan data.....	66
	4.7.	Analisis data .....	66
BAB V		HASIL PENELITIAN .....	69
	5.1	Gambaran wilayah Kecamatan Pagelaran .....	69
	5.2	Analisis Univariat.....	73
	5.3	Hubungan antar variabel / analisis bivariat.....	86
	5.4	Analisis Multivariat .....	92
BAB VI		PEMBAHASAN .....	102
	6.1	Keterbatasan Penelitian .....	102
	6.2	Pembahasan .....	102
BAB VII		KESIMPULAN DAN SARAN .....	118
	7.1	Kesimpulan .....	118
	7.2	Saran .....	120

DAFTAR PUSTAKA

KUESIONER PENELITIAN

Surat ijin lokasi penelitian

## DAFTAR TABEL

No	Judul Tabel	Hal
1	Tabel 2.6.1. Elemen Pemicuan CLTS berdasarkan alat yang digunakan .....	40
2	Tabel 2.6.2. Hal-hal penghambat dalam pemicuan di masyarakat dan solusinya .....	40
3	Tabel 4.3. Jumlah sampel berdasarkan jumlah populasi (KK) yang telah mendapatkan intervensi pendekatan CLTS di desa wilayah kerja Puskesmas Pagelaran.....	62
4	Tabel 5.1.4. Distribusi Penduduk menurut Kelompok umur di Kecamatan Pagelaran tahun 2008 .....	67
5	Tabel 5.1.5. Distribusi penduduk usia 10 tahun keatas berdasarkan tingkat pendidikan di Kecamatan Pagelaran tahun 2007 .....	67
6	Tabel 5.1.6. Distribusi 10 besar penyakit di UPT Puskesmas Pagelaran tahun 2008 .....	68
7	Tabel 5.1.7. Distribusi penduduk menurut rumah tangga yang memiliki jamban di wilayah kerja Puskesmas Pagelaran tahun 2009 .....	69
8	Tabel 5.2.8. Distribusi responden menurut tingkat pendidikan	70
9	Tabel 5.2.9. Distribusi responden menurut jenis pekerjaan	70
10	Tabel 5.2.10. Gambaran pengetahuan responden tentang diare, penyebab, pencegahan dan caranya serta jamban sehat. ....	71
11	Tabel 5.2.11. Distribusi Responden menurut tingkat pengetahuan	71
12	Tabel 5.2.12. Gambaran sikap responden terhadap perilaku buang air besar di tempat terbuka dan buang air besar di jamban	72
13	Tabel 5.2.13. Distribusi responden menurut kategori sikap ...	72
14	Tabel 5.2.14. Gambaran persepsi responden terhadap ancaman ketika buang air besar di tempat terbuka .....	73

15	Tabel 5.2.15. Distribusi responden menurut kategori persepsi ancaman .....	74
16	Tabel 5.2.16. Gambaran persepsi responden terhadap manfaat buang air besar di jamban	74
17	Tabel 5.2.17. Distribusi responden menurut kategori persepsi terhadap manfaat buang air besar di jamban .....	75
18	Tabel 5.2.18. Gambaran persepsi responden terhadap hambatan untuk buang air besar di jamban dan membangun jamban .....	75
19	Tabel 5.2.19. Distribusi responden menurut kategori persepsi terhadap hambatan untuk buang air besar di jamban .....	76
20	Tabel 5.2.20. Distribusi responden menurut pendampingan oleh fasilitator CLTS .....	77
21	Tabel. 5.2.21. Distribusi responden menurut pendampingan oleh fasilitator pasca pemicuan CLTS .....	77
22	Tabel 5.2.22. Distribusi responden menurut peraturan .....	77
23	Tabel 5.2.23. Gambaran responden menurut ketersediaan air, ketersediaa lahan dan penghasilan keluarga .....	78
24	Tabel 5.2.24. Gambaran responden menurut sanksi sosial .....	78
25	Tabel. 5.2.25 Distribusi responden menurut sanksi sosial jika buang air besar di tempat terbuka .....	79
26	Tabel 5.2.26. Gambaran responden menurut dukungan sosial	79
27	Tabel. 5.2.27. Distribusi responden menurut dukungan sosial buang air besar di jamban .....	80
28	Tabel. 5.2.28 Distribusi responden menurut perilaku buang air besar.....	80
29	Tabel. 5.3.29. Distribusi responden menurut tingkat pengetahuan responden dan perilaku buang air besar masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Pagelaran, Kab. Pandeglang tahun 2009.....	81
30	Tabel 5.3.30 Distribusi responden menurut sikap responden dan perilaku buang air besar masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Pagelaran, Kab. Pandeglang tahun 2009.....	81

31	Tabel 5.3.31 Distribusi responden menurut tingkat persepsi ancaman dan perilaku buang air besar masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Pagelaran, Kab. Pandeglang tahun 2009.....	82
32	Tabel 5.3.32. Distribusi responden menurut tingkat persepsi hambatan responden dan perilaku buang air besar masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Pagelaran, Kab. Pandeglang tahun 2009 .....	82
33	Tabel 5.3.33. Distribusi responden menurut tingkat persepsi manfaat responden dan perilaku buang air besar masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Pagelaran, Kab. Pandeglang tahun 2009 .....	83
34	Tabel 5.3.34. Distribusi responden menurut pendampingan fasilitator dan perilaku buang air besar masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Pagelaran, Kab. Pandeglang tahun 2009 .....	83
35	Tabel 5.3.35. Distribusi responden menurut penghasilan keluarga dan perilaku buang air besar masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Pagelaran, Kab. Pandeglang tahun 2009 .....	84
36	Tabel 5.3.36. Distribusi responden menurut peraturan dan perilaku buang air besar masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Pagelaran, Kab. Pandeglang tahun 2009 .....	84
37	Tabel 5.3.37. Distribusi responden menurut akses air bersih dan perilaku buang air besar masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Pagelaran, Kab. Pandeglang tahun 2009 .....	85
38	Tabel.5.3.38. Distribusi responden menurut ketersediaan lahan dan perilaku buang air besar masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Pagelaran, Kab. Pandeglang tahun 2009 .....	85
39	Tabel.5.3.39. Distribusi responden menurut sanksi sosial dan perilaku buang air besar masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Pagelaran, Kab. Pandeglang tahun 2009 .....	86
40	Tabel.5.3.40. Distribusi responden menurut dukungan sosial dan perilaku buang air besar masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Pagelaran, Kab. Pandeglang tahun 2009 .....	86
41	Tabel. 5.4.41. Hasil analisis bivariat determinan yang berhubungan dengan perilaku buang air besar masyarakat di wilayah kerja puskesmas Pagelaran, Kab. Pandeglang tahun 2009. ....	87

42	Tabel. 5.4.42 Hasil analisis multivariat determinan yang berhubungan dengan perilaku buang air besar masyarakat di wilayah kerja puskesmas Pagelaran, Kab. Pandeglang tahun 2009 .....	88
43	Tabel. 5.4.43. Hasil analisis multivariat tanpa variabel peraturan .....	89
44	Tabel 5.4.44. Hasil analisis multivariat menurut perubahan OR tanpa variabel peraturan .....	89
45	Tabel. 5.4.45. Hasil analisis multivariat tanpa variabel sanksi sosial. ....	90
46	Tabel 5.4.46. Hasil analisis multivariat menurut perubahan OR tanpa variabel Sanksi sosial .....	90
47	Tabel. 5.4.47. Hasil analisis multivariat tanpa variabel pengetahuan. ....	91
48	Tabel 5.4.48. Hasil analisis multivariat menurut perubahan OR tanpa variabel pengetahuan .....	91
49	Tabel. 5.4.49. Hasil analisis multivariat tanpa variabel ketersediaan lahan.....	92
50	Tabel 5.4.50. Hasil analisis multivariat menurut perubahan OR tanpa variabel ketersediaan lahan .....	92
51	Tabel .5.4.51. Hasil uji interaksi variabel independent .....	93
52	Tabel 5.4.52. Model terakhir determinan yang berhubungan dengan perilaku buang air besar .....	94

## DAFTAR BAGAN

No	Judul Bagan	Hal
1	Bagan 1. Rantai kontaminasi oleh tinja .....	11
2	Bagan 2. Pembuangan tinja yang saniter sebagai penghalang pemindahan kuman penyakit dari tinja ke pejamu yang potensial .....	12
3	Bagan 3 : Alur Pikir model Precede dan Proceed .....	17
4	Bagan 4 : Model <i>Theory of Reasoned Action</i> .....	20
5	Bagan 5 : Health Belief Model .....	23
6	Bagan 6 : Model perilaku berdasarkan perspektif masyarakat	24
6	Bagan 7 : Pengaruh-pengaruh terhadap perilaku dan pemilihan strategi komunikasi .....	24
7	Bagan 8. Pilar CLTS .....	36
8	Bagan 9. Kerangka pikir determinan yang berhubungan dengan perilaku buang air besar. ....	49

## DAFTAR GAMBAR

No	Judul Gambar	Hal
1	Gambar 1 : Peta wilayah kecamatan Pagelaran	66



## DAFTAR SINGKATAN

- 1 CLTS : Community Led Total Sanitation
- 2 DEPKES : Departemen Kesehatan:
- 3 BAPPENAS : Badan Perencanaan dan Pembangunan Nasional
- 4 IDS : Institute Depelopment Study
- 5 AMPL : Air Minum dan Penyehatan Lingkungan
- 6 DITJEN PMD : Direktorat Jenderal Pemberdayaan Masyarakat Desa
- 7 DIJEN PP & PL : Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan
- 8 WHO : World Health Organization
- 9 MDG : Millenium Depelopment Goal
- 10 BAB : Buang air besar
- 11 CFR : Case Fatality Rate
- 12 STBM : Sanitasi Total Berbasis Masyarakat
- 13 LSM : Lembaga Swadaya Masyarakat
- 14 ODF : Open Defecation Free

# BAB I.

## PENDAHULUAN

### 1.1. Latar Belakang

Pembangunan sanitasi untuk masyarakat Indonesia merupakan salah satu program yang berkelanjutan dalam mencapai tujuan mensejahterakan masyarakat seperti yang tertuang dalam *Milenium Development Goal (MDG -2015)*. Perkembangan akses masyarakat terhadap sanitasi mengalami peningkatan. Pada tahun 2006, akses masyarakat Indonesia terhadap fasilitas sanitasi yang layak di perkotaan dan di perdesaan baru mencapai 69,3 %, namun untuk di perdesaan, akses masyarakat terhadap fasilitas sanitasi yang layak mengalami peningkatan mencapai 60.0% (2006) dari yang sebelumnya 52,3% pada tahun 2000 (*Laporan MDG Indonesia, tahun 2007*). Namun kondisi lain bahwa masih banyak masyarakat yang belum terakses dengan sanitasi. Hal ini dapat ditunjukkan hasil studi Indonesia Sanitation Sector Development Program (ISSDP) tahun 2006, menunjukkan bahwa 47% masyarakat masih berperilaku buang air besar sembarangan (Percik, 2008). Disamping itu berdasarkan laporan *Joint Monitoring Unicef & WHO* menyebutkan bahwa penduduk Indonesia yang masih dijumpai melakukan praktik buang air besar (BAB) di tempat terbuka (seperti di hutan, kebun, pantai, sungai dan tempat terbuka lainnya) yaitu sejumlah 66 juta orang (*Progress on Drinking and Sanitation Unicef & WHO, 2008*).

Akibat buruknya kondisi sanitasi dapat menyebabkan kejadian diare, penyakit kecacingan dan penyakit pencernaan lainnya dan bahkan dapat menyebabkan kejadian luar biasa (KLB) diare. Angka diare secara nasional tahun 2006 menunjukkan 423 per seribu penduduk pada semua umur dan 16 provinsi di Indonesia mengalami kejadian luar biasa diare dengan *case fatality rate (CFR)* sebesar 2,53. (Percik, 2008)

Kondisi perilaku masyarakat yang masih melakukan praktik BAB di tempat terbuka dapat menyebabkan kontaminasi terhadap air, makanan, minuman, tanah dan dapat menyebabkan penyakit seperti diare, penyakit kecacingan dan penyakit pencernaan lainnya. Penyakit-penyakit tersebut dapat terjadi karena terkontaminasi oleh bibit penyakit yang banyak jumlahnya dalam tinja. Penelitian

yang pernah dilakukan, menunjukkan bahwa secara statistik ( $p=0,000$ ) terdapat hubungan perilaku BAB dengan kejadian kecacingan pada anak sekolah (Zaidina Umar, 2007). Juga dengan hasil penelitian yang sama ( $p=0,024$ ) juga ditunjukkan bahwa kebiasaan BAB anak sekolah di sembarang tempat (kebun, sungai, empang dll) mempunyai risiko 6,9 kali untuk terinfeksi kecacingan dibanding anak yang BAB di jamban (Rifdah, 2007).

Untuk mengendalikan kejadian kesakitan Diare, Thypose, Cacingan sangat diperlukan adanya kesadaran masyarakat untuk tidak buang air besar di sembarang tempat, perlu dilakukan upaya isolasi tinja sehingga tidak dapat dijangkau lalat, kecoa, tikus dan lainnya dan juga tidak mencemari lingkungan. Berdasarkan studi WHO tahun 2007 menunjukkan bahwa angka kejadian diare dapat menurun sebesar 42% dengan meningkatkan akses masyarakat terhadap sanitasi (Percik, 2008). Upaya meningkatkan peran aktif masyarakat dalam hal tidak buang air besar di sembarang tempat dapat dilaksanakan secara cepat dan menyeluruh. Kesadaran masyarakat dalam penggunaan jamban juga memberikan permasalahan tersendiri. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan terkait dengan penggunaan jamban, bahwa terdapat hubungan yang bermakna ( $p=0,0005$ ) antara sikap (positif/negatif) dan pengetahuan (tentang jamban) dengan perilaku keluarga dalam penggunaan jamban (Erlianawati, 2008). Disamping itu ketersediaan sarana air bersih ( $OR=9,076$ ), dan dukungan aparat desa, kader posyandu dan LSM ( $p=0,008$ ) juga berhubungan bermakna dengan perilaku keluarga dalam menggunakan jamban (Erlianawati, 2008). Penelitian lain (Widaryoto, 2002) juga memberikan hasil yang sama, yang menyatakan bahwa jamban yang tersedia air di dalamnya lebih banyak digunakan (98,4%) dibanding jamban yang tidak tersedia air (50,7%). Penyuluhan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat dalam menggunakan jamban juga memberikan kontribusi dalam perubahan perilaku BAB masyarakat. Hal ini dapat ditunjukkan dalam penelitian Suherman (2001), yang menyatakan bahwa terdapat hubungan kegiatan penyuluhan penggunaan jamban dengan ketidakmauan untuk menggunakan jamban, dimana keluarga yang tidak menerima penyuluhan mempunyai risiko 2,7 kali dibandingkan dengan keluarga yang menerima penyuluhan. Hal yang sama juga disampaikan Widaryoto (2002) bahwa keluarga yang mendapat pembinaan

petugas kesehatan untuk menggunakan jamban lebih besar (96,1%) dibanding dengan keluarga yang tidak mendapat pembinaan dari petugas kesehatan (55,6%) dan Erlianawati (2008) bahwa pembinaan petugas Puskesmas juga memiliki hubungan yang bermakna dalam penggunaan jamban ( $p=0,0005$ ).

Untuk upaya peningkatan akses masyarakat terhadap sanitasi yang layak, telah banyak program yang ditujukan untuk bagi pembangunan sanitasi perdesaan dengan berbagai hasil yang di dapat. Hasil studi evaluasi terhadap program pembangunan sanitasi perdesaan didapatkan bahwa banyak sarana sanitasi yang dibangun tidak digunakan dan juga tidak dipelihara oleh masyarakat. Banyak faktor penyebab mengenai kegagalan tersebut, salah satunya diantaranya tidak adanya *demand* yang muncul dan pendekatan yang digunakan tidak berhasil memunculkan *demand*. Belajar dari kegagalan tersebut pada tahun 2005, Indonesia melakukan ujicoba pendekatan Community Led Total Sanitation (CLTS) untuk mendapatkan pendekatan yang optimal dalam pembangunan sanitasi di perdesaan (PERCIK, 2008).

Pendekatan CLTS merupakan gerakan sanitasi total yang dipimpin masyarakat untuk menganalisis keadaan dan risiko pencemaran lingkungan yang disebabkan oleh praktek buang air besar (BAB) di tempat terbuka. Pendekatan ini hasil akhirnya adalah terjadi perubahan cara pandang dan perilaku sanitasi yang memicu terjadinya pembangunan jamban dengan inisiatif masyarakat sendiri tanpa subsidi dari pihak luar. Disamping itu pendekatan CLTS difokuskan pada peningkatan semangat untuk berubah perilaku BAB dan bukan untuk membangun jamban. Penyadaran untuk perubahan perilaku ditimbulkan karena adanya stimulasi oleh fasilitator baik dari masyarakat itu sendiri maupun dari luar (Kamal Kar dan Chambers, 2008).

Pada bulan Juli 2008 yang lalu, Menteri Kesehatan telah mencanangkan program Sanitasi total berbasis masyarakat (STBM) secara nasional untuk upaya peningkatan akses masyarakat terhadap sanitasi yang layak, akses terhadap air minum yang sehat, dan perilaku cuci tangan dengan sabun. Program ini diharapkan dapat menurunkan insiden diare atau kejadian luar biasa karena penyakit pencernaan menular lainnya yang disebabkan oleh kondisi lingkungan yang tidak memadai.

Berdasarkan laporan dari Direktur Penyehatan Lingkungan pada pencanangan program STBM secara nasional, bahwa terdapat baru 130 desa di Indonesia telah mendeklarasikan tidak lagi melakukan praktik buang air besar di tempat terbuka. Namun masih banyak juga di desa yang sudah dipicu CLTS belum mencapai bebas dari praktik buang air besar di tempat terbuka (*Laporan Direktorat Penyehatan Lingkungan, 2008*).

Penerapan Pendekatan CLTS dalam peningkatan akses terhadap sanitasi di Indonesia relatif baru dan telah melewati masa uji coba program. Penerapan CLTS di berbagai daerah bervariasi hasilnya mulai dari ditemukan keberhasilan mencapai desa yang bebas dari praktik BAB di tempat terbuka (*Open Defecation Free/ODF*) dan juga ditemukan kegagalan, yang selanjutnya perlu dilakukan studi pembelajaran terhadap pendekatan CLTS itu sendiri. Penelitian Kualitatif yang dilakukan terkait penerapan pendekatan CLTS di dusun Margodadi, desa Kenongo, kabupaten Lumajang yang memberikan informasi bahwa faktor keberhasilan warga dusun mencapai dusun dimana warganya tidak lagi buang air besar di tempat terbuka adalah adanya rasa gotong royong dan sifat kekeluargaan yang kental dalam melakukan arisan jamban. Disamping itu, sikap dan pengetahuan masyarakat yang baik terkait sanitasi dan kesehatan, adanya rasa malu ketika buang besar di sembarang tempat, mudahnya memperoleh air, dukungan kepala desa, tokoh masyarakat dan petugas sanitasi Puskesmas untuk bekerja sama dalam upaya peningkatan sanitasi di Dusun Margodadi secara substansi juga memiliki hubungan dengan perubahan perilaku BAB masyarakat (*Septiadi, 2006*).

Fasilitator dalam fasilitasi pemicuan dengan pendekatan CLTS sangat berperan dalam perubahan perilaku masyarakat untuk tidak lagi buang air besar dengan sembarangan. Peran fasilitator dimulai dari tahap persiapan pemicuan, pelaksanaan pemicuan, pasca pemicuan dan tahap peningkatan/pemeliharaan. Dalam konsep pendekatan CLTS bahwa fasilitator sebagai penentu keberhasilan pemicuan CLTS di masyarakat. Fasilitator pemicu CLTS bisa dari masyarakat itu sendiri/*Natural leader*, tokoh masyarakat dan petugas kesehatan yang sudah dilakukan seleksi, orientasi, dan training. Faktor sikap dan perilaku fasilitator sebagai hal yang *crucial* dalam melaksanakan pemicuan CLTS. Keberhasilan

fasilitator dalam melaksanakan pemicuan CLTS adalah kombinasi keberanian, empati, adanya sikap humor, dan senang dengan kegiatan pemicuan. Disamping itu fasilitator tidak seperti mengajar dan menggurui namun pemicuan tersebut dapat memberikan suasana nyaman (tidak menyalahkan/menekan) (Kamal Kar dan Chambers, 2008). Disamping kemampuan fasilitator juga jenis kelamin fasilitator merupakan faktor-faktor yang penting dalam pelaksanaan pemicuan CLTS. Berdasarkan hasil Berdasarkan penelitian yang dilakukan Institute Depelopment Study (IDS) tahun 2007 di 9 (sembilan) desa yang terletak di 3 (tiga) tiga provinsi (Jawa Barat, Sumatera Barat dan Banten, diperoleh bahwa fasilitator dari masyarakat / *Natural leader* perempuan lebih mudah mempengaruhi kaum perempuan atau ibu-ibu. Fasilitator Laki-laki yang datang menemui kaum ibu/perempuan akan mendapatkan kesulitan, apalagi kalau langsung datang ke rumahnya disaat suaminya tidak di rumah. Walaupun fasilitator laki-laki tersebut sudah dikenal baik, namun tetap saja dianggap tidak etis (tidak sopan) bahkan dianggap akan berbuat jahat jika mendatangi perempuan di rumahnya, terkecuali jika ada suaminya (IDS, 2007).

Program pemicuan dengan pendekatan CLTS di kabupaten Pandeglang merupakan program unggulan dalam meningkatkan perilaku buang air besar dan sudah berjalan sejak tahun 2005, dan salah satu lokasi kegiatan tersebut terdapat di Puskesmas Pagelaran dimana masyarakat di wilayah tersebut yang memiliki jamban sehat baru berkisar 10 – 36% (*Profil Puskesmas Pagelaran, 2007*).

Dinas Kesehatan Kabupaten Pandeglang bersama LSM Project Concern Indonesia (PCI) mulai tahun 2005 s/d 2007 melaksanakan program pemicuan CLTS di 107 kampung yang tersebar di 29 desa. Diperoleh bahwa baru 15 kampung yang sudah bebas dari buang air di tempat terbuka (*Open Defecation Free/ODF*) dan masyarakat yang sudah menggunakan jamban pasca pemicuan CLTS baru mencapai 56,3% (*Laporan PCI, 2007*).

Pemicuan CLTS untuk peningkatan sanitasi bagi masyarakat kabupaten Pandeglang ditemukan keberhasilan, namun terdapat juga kegagalan. Laporan penelitian studi kualitatif tentang penerapan CLTS di desa Sindang Laya, kecamatan Pagelaran, kabupaten Pandeglang menyimpulkan bahwa faktor keberhasilan pemicuan CLTS karena terdapat dukungan penuh dari kepala desa

dan tim kesehatan desa untuk melakukan pemucuan. Disamping itu peningkatan kapasitas kader desa untuk melakukan pemucuan, adanya SK dari Kepala Desa untuk melegitimasi Tim Kesehatan Desa dan di tiap dusun terdapat kader-kader (yang biasa disebut 'tim pemberantas tahi'), turut mempercepat terjadinya perubahan perilaku buang air besar masyarakat di desa Sindang Laya (IDS, 2007).

## 1.2. Rumusan masalah

Wilayah kerja Puskesmas Pagelaran terdapat 13 desa, dimana akses masyarakat terhadap sanitasi yang sehat baru mencapai 10 – 36% % (Profil Puskesmas Pagelaran, 2007) dari yang semestinya adalah 85% (target nasional). Seluruh desa di wilayah kerja Puskesmas Pagelaran telah dilakukan kegiatan pemucuan CLTS, namun dari seluruh desa yang ada, belum semua dusun/kampung dilakukan pemucuan CLTS. Kegiatan pemucuan CLTS baru dilaksanakan di 28 kampung (23%) dan yang telah mencapai *ODF* masih 6 kampung (13%). Artinya setelah dilakukan pemucuan CLTS terdapat masyarakat yang berubah perilaku BAB dan membangun jamban, namun masih banyak juga masyarakat yang masih tetap perilakunya melakukan BAB di tempat terbuka (Laporan PCI, 2007) dan bahkan berdasarkan informasi yang diterima, bahwa masyarakat setelah di picu CLTS telah berubah perilaku yang semula BAB di kebun menjadi BAB di jamban, akan tetapi sekarang kembali ke perilaku lama yaitu melakukan praktik BAB di kebun yang biasa disebut 'Dol Bon' yang jumlahnya kira-kira 5% di desa Marga giri dan Tegal Papak (Profil Puskesmas Pagelaran, 2007). Pertanyaan penelitian ini adalah bagaimana gambaran perilaku BAB masyarakat dan determinan apa saja yang berhubungan dengan perubahan perilaku BAB masyarakat pasca pemucuan *Community Led Total Sanitation* (CLTS) di desa wilayah kerja Puskesmas Pagelaran, Kecamatan Pagelaran, Kabupaten Pandeglang tahun 2009 ?

### 1.3. Tujuan

#### Tujuan Umum

Diketuainya determinan perilaku BAB masyarakat pasca pemicuan *Community Led Total Sanitation* (CLTS) di desa wilayah kerja Puskesmas Pagelaran, Kecamatan Pagelaran, Kabupaten Pandeglang tahun 2009.

#### Tujuan khusus:

1. Diketuainya karakteristik masyarakat menurut tingkat pendidikan dan jenis pekerjaan.
2. Diketuainya hubungan antara pengetahuan, sikap, persepsi (ancaman, hambatan dan manfaat) dan penghasilan keluarga dengan perilaku buang air besar masyarakat.
3. Diketuainya hubungan antara ketersediaan air bersih dengan perubahan perilaku buang air besar masyarakat.
4. Diketuainya hubungan antara ketersediaan lahan dengan perilaku buang air besar masyarakat.
5. Diketuainya hubungan antara pendampingan fasilitator dengan perilaku buang air besar masyarakat.
6. Diketuainya hubungan antara peraturan desa dengan perilaku buang air besar masyarakat.
7. Diketuainya hubungan antara dukungan sosial dengan perilaku buang air besar masyarakat.
8. Diketuainya hubungan antara sanksi sosial dengan perilaku buang air besar masyarakat.
9. Diketuainya determinan (pengetahuan, sikap, persepsi ancaman, persepsi hambatan, persepsi manfaat, penghasilan keluarga, pendampingan fasilitator, ketersediaan lahan, ketersediaan air, dukungan sosial dan sanksi sosial) yang dominan yang berhubungan dengan perilaku buang air besar masyarakat.

#### 1.4. Manfaat

- Bagi pengelola Program : informasi penelitian ini dapat digunakan untuk pengembangan program CLTS dalam upaya pembangunan sanitasi berbasis masyarakat
- Bagi Pendidikan : informasi penelitian ini menambah wawasan keilmuan bidang sanitasi yang terkait dengan pembangunan sanitasi berbasis masyarakat.
- Bagi Peneliti : informasi hasil penelitian ini menambah wawasan untuk pembangunan sanitasi yang berbasis masyarakat.

#### 1.5. Ruang Lingkup

Ruang lingkup penelitian ini adalah :

1. Penelitian ini merupakan eksplorasi penerapan pendekatan *Community Led Total Sanitation* (CLTS) untuk memicu masyarakat agar terjadi perubahan perilaku buang air besar (BAB) masyarakat dan secara mandiri membangun sarana jamban tanpa subsidi/bantuan pemerintah/pihak lain.
2. Penelitian dilaksanakan di desa yang telah menerapkan pola pendekatan *Community led total sanitation* (CLTS) untuk memicu masyarakat agar terjadi perubahan perilaku buang air besar (BAB) masyarakat.
3. Responden penelitian adalah masyarakat yang telah dipicu dengan pendekatan CLTS oleh LSM dan Dinas Kesehatan Kabupaten.
4. Penelitian dilaksanakan periode Mei – Juni tahun 2009.
5. Penelitian dilakukan dengan menggunakan data primer mengkaji hubungan faktor-faktor yang berhubungan dengan perubahan perilaku BAB masyarakat dengan disain *cross sectional*/potong melintang dimana pengambilan data dilakukan pada waktu sesaat dan secara bersamaan untuk variabel bebas dan variabel terikatnya selanjutnya dilakukan pengujian statistik.

## BAB II. TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1. Pengertian Tinja

Tinja adalah bahan buangan yang dikeluarkan dari tubuh manusia melalui anus sebagai sisa dari proses pencernaan makanan di sepanjang sistem saluran pencernaan. 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 (Azwar, 1995).

Manusia dirata-ratakan mengeluarkan tinja seberat 100-200 gram per hari, namun berat tinja yang dikeluarkan tergantung pola makan. Menurut laporan Direktorat Sumber Daya Alam dan Teknologi Tepat Guna Direktorat Jenderal Pemberdayaan Masyarakat Desa Departemen Dalam Negeri bahwa penduduk Indonesia itu menghasilkan 6,4 juta ton tinja setiap hari, hampir 2 juta ton yang belum bisa ditangani ([www.ampl/5/11/2008](http://www.ampl/5/11/2008) pukul 15).

Menurut Azrul Azwar (1995, hal 74), seseorang normal diperkirakan menghasilkan tinja rata-rata sehari sekitar 83 gram dan menurut Gotaas (1956, hal 35) perkiraan berat basah tinja manusia tanpa air seni adalah 135 – 270 gram perorang/hari dan berat kering 50 – 70 gram perorang/hari (Soeparman, 2002)

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 (Soeparman, 2002).

## 2.2. Perilaku buang air besar dan kesehatan masyarakat

Buang air besar atau defekasi adalah suatu tindakan atau proses makhluk hidup untuk membuang kotoran atau tinja yang padat atau setengah-padat yang berasal dari sistem pencernaan. Manusia dapat melakukan buang air besar beberapa kali dalam sehari dan bahkan dapat mengalami gangguan hingga hanya beberapa kali dalam satu minggu. Buang air besar dapat terjadi secara sadar dan tak sadar. Kehilangan kontrol dapat terjadi karena cedera fisik (seperti cedera pada otot sphinkter anus), radang, penyerapan air pada usus besar yang kurang (menyebabkan diare, kematian, dan faktor faal dan saraf).

### *Mekanisme buang air besar*

Buang air besa secara fisiologis dimulai dengan gerakan peristaltis dari otot-otot dinding usus besar menggerakkan tinja dari saluran pencernaan menuju ke rektum. Pada rektum terdapat bagian yang membesar (disebut *ampulla*) yang menjadi tempat penampungan tinja sementara. Otot-otot pada dinding rektum yang dipengaruhi oleh sistem saraf sekitarnya dapat membuat suatu rangsangan untuk mengeluarkan tinja keluar tubuh. Jika tindakan pembuangan terus ditahan atau dihambat maka tinja dapat kembali ke usus besar yang menyebabkan air pada tinja kembali diserap, dan tinja menjadi sangat padat. Jika buang air besar tidak dapat dilakukan untuk masa yang agak lama dan tinja terus mengeras, konstipasi dapat terjadi. Ketika rektum telah penuh, tekanan di dalam rektum akan terus meningkat dan menyebabkan rangsangan untuk buang air besar. Tinja akan didorong menuju ke saluran anus. Otot sphinkter pada anus akan membuka lubang anus untuk mengeluarkan tinja. Selama buang air besar, otot dada, diafragma, otot dinding abdomen, dan diafragma pelvis menekan saluran cerna. Pernapasan juga akan terhenti sementara ketika paru-paru menekan diafragma dada ke bawah untuk memberi tekanan. Tekanan darah meningkat dan darah yang dipompa menuju jantung meninggi.

Manusia membuang kotoran/tinja dipengaruhi budaya setempat dan pengaruh peradaban. Secara tradisional, manusia membuang kotorannya di tempat terbuka yang jauh dari tempat tinggalnya seperti di ladang, sungai, pantai dan tempat terbuka lainnya. Namun dengan berkembangnya peradaban, manusia mulai membuang kotorannya ditempat tertentu seperti jamban yang bisa dalam

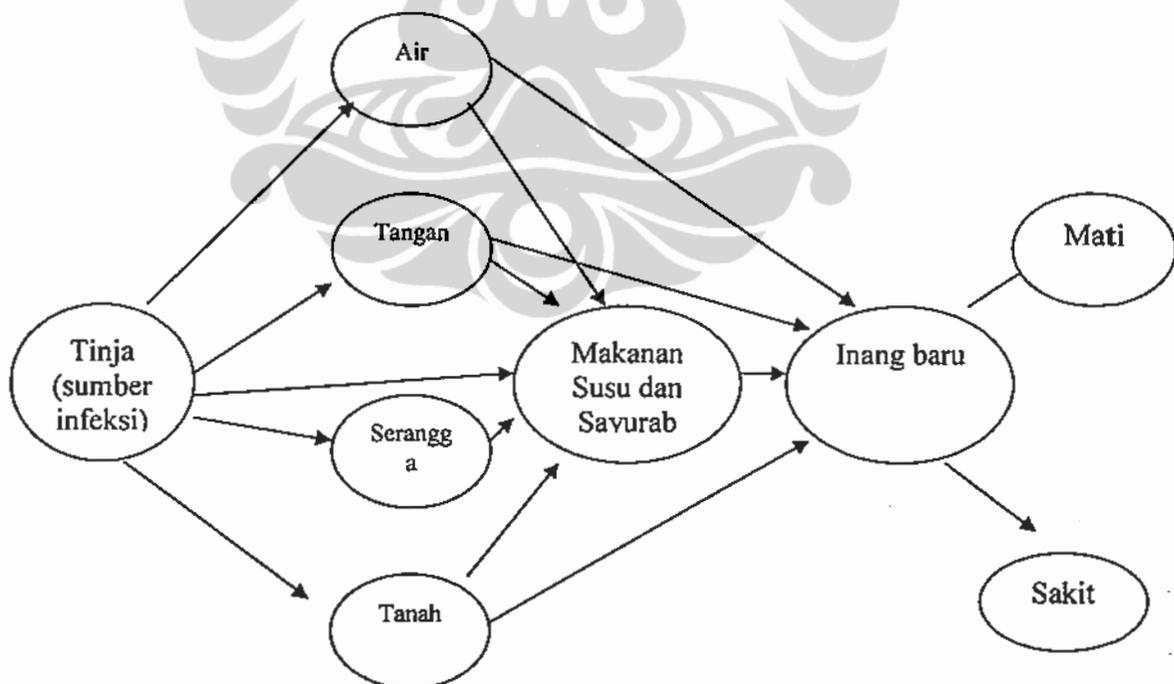
bentuk sederhana dan modern. Manusia secara individu dan kelompok dapat menyediakan tempat untuk membuang tinja yang tentu saja membutuhkan lahan (Soeparman, 2002). Pada beberapa kebudayaan, setelah membuang air besar, bagian anus dan bokong dibersihkan dengan kertas toilet atau bahan lainnya seperti dedaunan. Ada pula yang membersihkannya dengan basuhan air

#### *Kesehatan Masyarakat*

Menurut Anderson & Arnstein (Wagner & Lanoix dalam Soeparman, 2002), proses penularan penyakit diperlukan beberapa faktor yaitu :

1. Kuman penyebab penyakit
2. sumber infeksi (reservoir dari kuman penyakit).
3. cara keluar dari sumber
4. cara berpindah dari sumber ke inang (host) baru yang potensial
5. cara masuk ke inang baru
6. inang yang peka (Susceptible)

Kotoran manusia (faeces) merupakan sumber penyebaran penyakit yang multikompleks. Penyebaran penyakit yang bersumber pada faeces dapat melalui berbagai macam jalan atau cara yang dapat dijelaskan seperti gambar berikut ini :

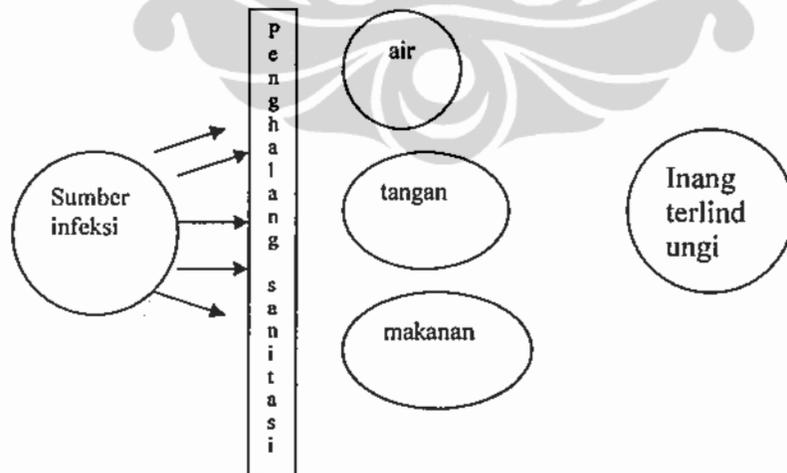


Bagan 1 : Rantai kontaminasi oleh tinja  
(Wagner & Lanoix dalam Soeparman, 2002)

Skema tersebut diatas tampak jelas bahwa peranan tinja dalam penyebaran penyakit sangat besar. Disamping dapat langsung mengkontaminasi makanan, minuman, sayuran dan sebagainya, juga air, tanah, serangga, lalat, kecoa dan sebagainya, dan bagian-bagian tubuh kita dapat terkontaminasi oleh tinja tersebut. Benda-benda yang telah terkontaminasi oleh tinja dari seseorang yang sudah menderita suatu penyakit tertentu, sudah barang tentu akan merupakan penyebab penyakit bagi orang lain.

Tinja bayi ternyata bisa menjadi media penularan Enterovirus 71 alias virus EV71 yang menjadi wabah di China dan menurut Direktur Pengendalian Penyakit Menular Langsung (P2ML) Departemen Kesehatan menyatakan bahwa orang tua, guru dan pegawai tempat pembuangan sampah akhir dapat terinfeksi melalui tangan dari tinja dari popok bayi atau balita saat menceboki atau mengganti popok.” Selain tinja, imbuah dia, infeksi Enterovirus, dapat dijumpai dalam ludah, sputum (dahak), sekret hidung, dan cairan vesikel (<http://hariansib.com/2008/05/11/awas-tinja-bayi-tularkan-ev71/pukul> 15.10 WIB)

Untuk memutuskan rantai penularan penyakit karena tinja dan menghilangkan/isolasi supaya tinja yang mengandung kuman penyakit tidak sampai kepada inang baru, perlu dilakukan pembuangan tinja yang saniter sebagai penghalang sanitasi.



Bagan 2. Pembuangan tinja yang saniter sebagai penghalang pemindahan kuman penyakit dari tinja ke pejamu yang potensial (Wagner & Lanoix dalam Soeparman, 2002)

### 2.3. Pengelolaan kotoran manusia

Kotoran haruslah dikelola untuk memutus rantai penularan penyakit karena tinja. Untuk mencegah, sekurang-kurangnya mengurangi kontaminasi tinja terhadap lingkungan maka pembuangan kotoran manusia harus dikelola dengan baik, maksudnya pembuangan kotoran harus di suatu tempat tertentu atau jamban yang sehat. Suatu jamban disebut sehat untuk daerah pedesaan apabila memenuhi persyaratan-persyaratan sebagai berikut (Notoadmojo, 2003) :

- a. Tidak mengotori permukaan tanah di sekeliling jamban tersebut.
- b. Tidak mengotori air permukaan di sekitarnya.
- c. Tidak mengotori air tanah di sekitarnya.
- d. Tidak dapat terjangkau oleh serangga terutama lalat dan kecoa dan binatang-binatang lainnya.
- e. Tidak menimbulkan bau.
- f. Mudah digunakan dan dipelihara
- g. Sederhana desainnya.
- h. Murah
- i. Dapat diterima oleh pemakainya.

Pemenuhan persyaratan-persyaratan tersebut diatas selalu memperhatikan :

- a. Sebaiknya jamban tersebut tertutup, artinya bangunan jamban terlindung dari panas dan hujan, serangga dan binatang-binatang lain, terlindung dari pandangan orang (privacy) dan sebagainya.
- b. Bangunan jamban sebaiknya mempunyai lantai yang kuat, tempat berpijak yang kuat, dan sebagainya.
- c. Bangunan jamban sedapat mungkin ditempatkan pada lokasi yang tidak mengganggu pandangan, tidak menimbulkan bau, dan sebagainya.
- d. Sedapat mungkin disediakan alat pembersih seperti air atau kertas pembersih.

Tempat pembuangan kotoran manusia dapat dibangun sesuai dengan kondisi fisik, sosial dan ekonomi masyarakat setempat. Perbedaan bangunan jamban dapat ditemui di daerah pedesaan dan di perkotaan. Teknologi pembuangan kotoran manusia untuk daerah pedesaan sudah barang tentu berbeda dengan teknologi jamban di daerah perkotaan. Oleh karena itu, teknologi jamban di daerah pedesaan disamping harus memenuhi persyaratan-persyaratan jamban

sehat., juga harus didasarkan pada sosiobudaya dan ekonomi masyarakat pedesaan. Tipe-tipe jamban yang sesuai dengan teknologi pedesaan antara lain sebagai berikut (Notoadmojo, 2003)

### 2.1 Jamban Cemplung, Kakus (Pit Latrine)

Jamban cemplung ini sering kita jumpai didaerah pedesaan di Jawa. Tetapi sering dijumpai jamban cemplung yang kurang sempurna, misalnya tanpa rumah jamban dan tanpa tutup. Sehingga serangga mudah masuk dan bau tidak bisa dihindari. Disamping itu bila musim hujan tiba maka jamban itu akan penuh oleh air.

Hal lain yang perlu diperhatikan disini adalah bahwa kakus cemplung itu tidak boleh terlalu dalam. Sebab bila terlalu dalam akan mengotori air tanah dibawahnya. Dalamnya pit latrine berkisar antara 1,5-3 meter saja. Sesuai dengan daerah pedesaan maka rumah kakus tersebut dapat dibuat dari bambu, dinding bambu dan atap daun kelapa ataupun daun padi. Jarak dari sumber air minum sekurang-kurangnya 15 meter.

### 2.2 Jamban Cemplung Berventilasi (Ventilation Improved Pit Latrine = VIP Latrine)

Jamban ini hampir sama dengan jamban cemplung, bedanya lebih lengkap, yakni menggunakan ventilasi pipa. Untuk daerah pedesaan, pipa ventilasi ini dapat dibuat dengan bambu.

### 2.3 Jamban Empang (Fishpond Latrine)

Jamban ini dibangun diatas empang ikan. Didalam sistem jamban empang ini terjadi daur ulang (recycling), yakni tinja dapat langsung dimakan ikan, ikan dimakan orang, dan selanjutnya orang mengeluarkan tinja yang dimakan, demikian seterusnya.

Jamban empang ini mempunyai fungsi yaitu disamping mencegah tercemarnya lingkungan oleh tinja, juga dapat menambah protein bagi masyarakat (menghasilkan ikan).

#### 2.4 Jamban Pupuk (the Compost Privy)

Pada prinsipnya jamban ini seperti kakus cemplung, hanya lebih dangkal galiannya. Disamping itu jamban ini juga untuk membuang kotoran binatang dan sampah, daun-daunan. Prosedurnya adalah sebagai berikut :

- Mula-mula membuat jamban cemplung biasa..
- Dilapisan bawah sendiri, ditaruh sampah daun-daunan.
- Diatasnya ditaruh kotoran dan kotoran binatang (kalau ada) tiap-tiap hari.
- Setelah kira-kira 20 inchi, ditutup lagii dengan daun-daun sampah, selanjutnya ditaruh kotoran lagi.
- Demikian seterusnya sampai penuh.
- Setelah penuh ditimbun tanah dan membuatt jamban baru.
- Lebih kurang 6 bulan kemudian dipergunakan pupuk tanaman.

#### 2.5 Septic Tank

Latrin jenis septic tank ini merupakan cara yang paling memenuhi persyaratan, oleh sebab itu, cara pembuangan tinja semacam ini dianjurkan. Septic tank terdiri dari tangki sedimentasi yang kedap air dimana tinja dan air buangan masuk dan mengalami dekomposisi. Didalam tangki ini, tinja akan berada selama beberapa hari. Selama waktu tersebut tinja akan mengalami 2 proses, yakni :

##### 2.5.1 Proses Kimiawi

Akibat penghancuran tinja akan direduksi dan sebagian besar (60-70 %) zat-zat padat akan mengendap didalam tangki sebagai sludge. Zat-zat yang tidak dapat hancur bersama-sama dengan lemak dan busa akan mengapung dan membentuk lapisan yang menutup permukaan air dalam tangki tersebut. Lapisan ini disebut scum yang berfungsi mempertahankan suasana anaerob dari cairan dibawahnya, yang memungkinkan bakteri-bakteri anaerob dan fakultatif anaerob dapat tumbuh subur, yang akan berfungsi pada proses berikutnya.

##### 2.5.2 Proses Biologis

Dalam proses ini terjadi dekomposisi melalui aktivitas bakteri anaerob dan fakultatif anaerob yang memakan zat-zat organik alam, sludge dan scum. Hasilnya, selain terbentuk gas dan zat cair lainnya, adalah juga mengurangi volume sludge sehingga memungkinkan septic tank tidak cepat penuh. Kemudian cairan effluent sudah tidak mengandung bagian-bagian tinja dan mempunyai BOD yang relatif rendah. Cairan effluent ini akhirnya dialirkan keluar melalui pipa dan masuk ke dalam tempat perembesan.

#### 2.4 Teori - teori Perilaku Kesehatan

Perilaku kesehatan adalah respon seseorang terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sehat-sakit, penyakit, dan faktor-faktor yang berpengaruh terhadap sehat sakit, seperti lingkungan, makanan, minuman, dan pelayanan kesehatan. Pengertian lain dari perilaku kesehatan adalah semua aktivitas seseorang baik yang dapat diamati maupun yang tidak dapat diamati yang berkaitan dengan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan (Notoadmodjo, 2005).

Teori-teori/model yang digunakan dalam penelitian ini adalah teori/model yang membahas proses terjadinya perubahan perilaku kesehatan khususnya perilaku buang air besar masyarakat. Adapun teori/model yang digunakan adalah :

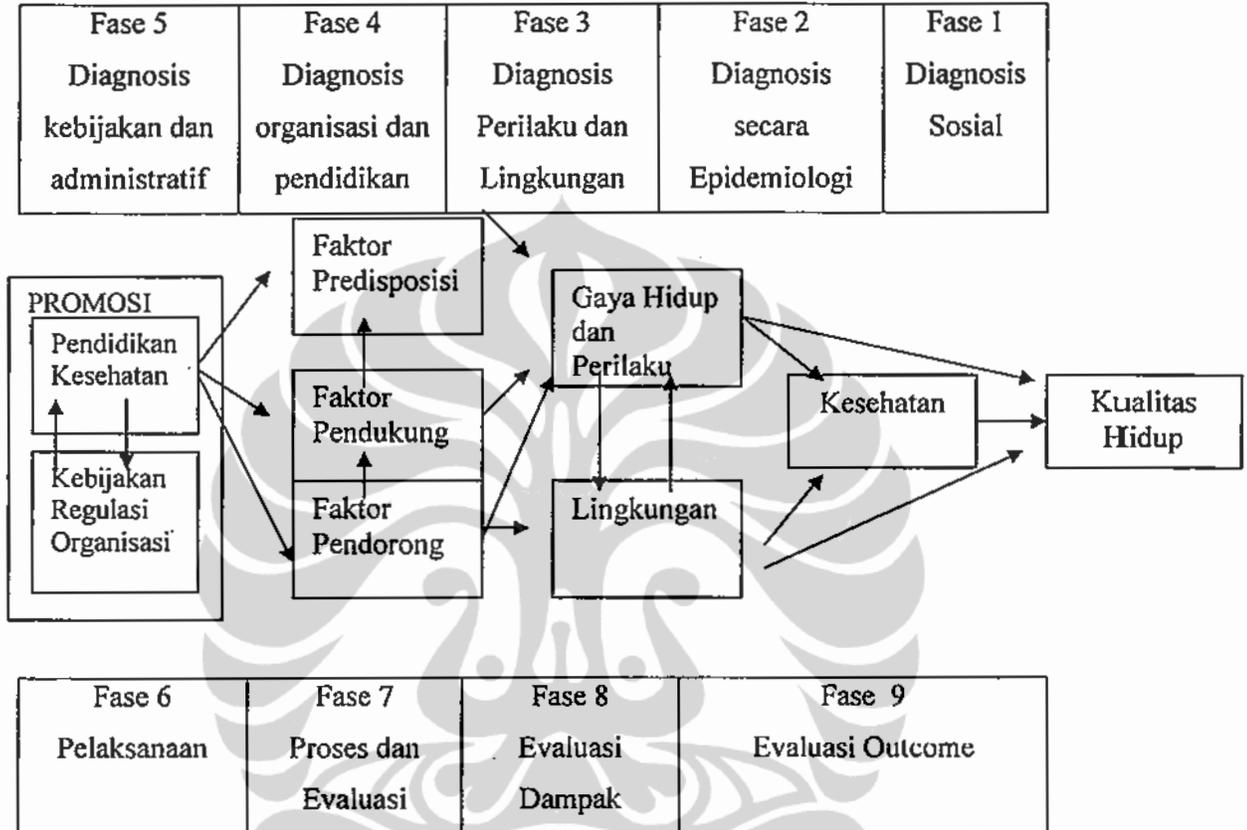
##### a. PRECEDE-PROCEED Model

PRECEDE Model merupakan pendekatan dalam promosi kesehatan yang pertama sekali diperkenalkan oleh Green, Kreuter, Deeds dan Partridge (1980). PRECEDE kependekan dari *Predisposing, Reinforcing, Enabling Causes, Educational Diagnosis and Evaluation*. Model ini fokus pada masyarakat yang berbeda dengan individu sebagai unit penting dalam perubahan. Pendekatan ini direkomendasikan untuk evaluasi keefektifan intervensi dan memfokuskan target utama dalam intervensi (Michael, Robert and Anne, 1996)

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

terkait lainnya untuk pengembangan dan pelaksanaan program intervensi (Michael, Robert and Anne, 1996)

### PRECEDE



### PROCEED

Bagan 3 : Alur Pikir model Precede dan Proceed (Green dan Kreuter, 2000)

*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 vital statistik 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 (mortalitas, morbidity, disability, tanda dan gejala yang ditimbulkannya) dan bagaimana cara untuk menanggulangi masalah kesehatan (imunisasi, 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 faktor 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.

#### *b. Model Snehandu B. Karr*

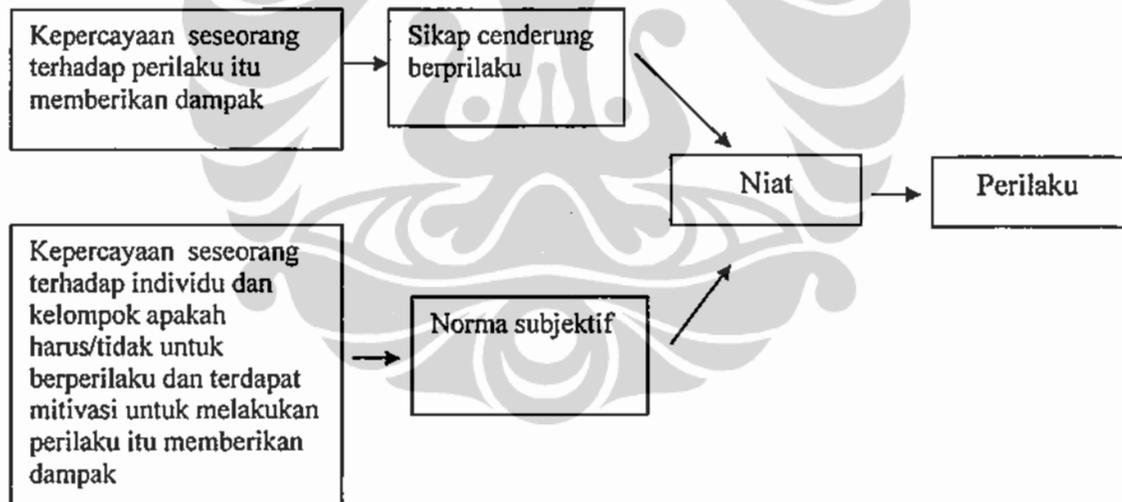
Menurut Snehandu B. Karr (dalam Notoadmojo, 2000), perilaku dipengaruhi oleh lima determinan antara lain :

1. Niat (*intention*) seseorang untuk bertindak sehubungan dengan objek atau stimulus di luar dirinya.
2. Dukungan masyarakat (*social support*)
3. Terjangkaunya informasi (*accessibility of information*).
4. Otonomi atau kebebasan pribadi (*personal autonomy*) dalam pengambilan keputusan.
5. Adanya kondisi dan situasi yang memungkinkan (*action situation*).

#### *c. Teori aksi beralasan (Theory of Reasoned Action)*

Teori ini diperkenalkan oleh Fishbein and Ajzen (1975,1980) 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, seperti apakah ia merasa suatu perilaku itu penting. 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 (Graef, et al, 1996). 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. (<http://msucare.com/health/appal.htm> diakses tanggal 12/03/2009, pkl 13.15)



Bagan 4 : Model *Theory of Reasoned Action* (<http://msucare.com/health/appal.htm>, diakses tanggal 12/03/2009, pkl13.15)

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

Model kepercayaan (Rosenstock, 1974, 1977 dalam Graef dkk, 1996) 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.

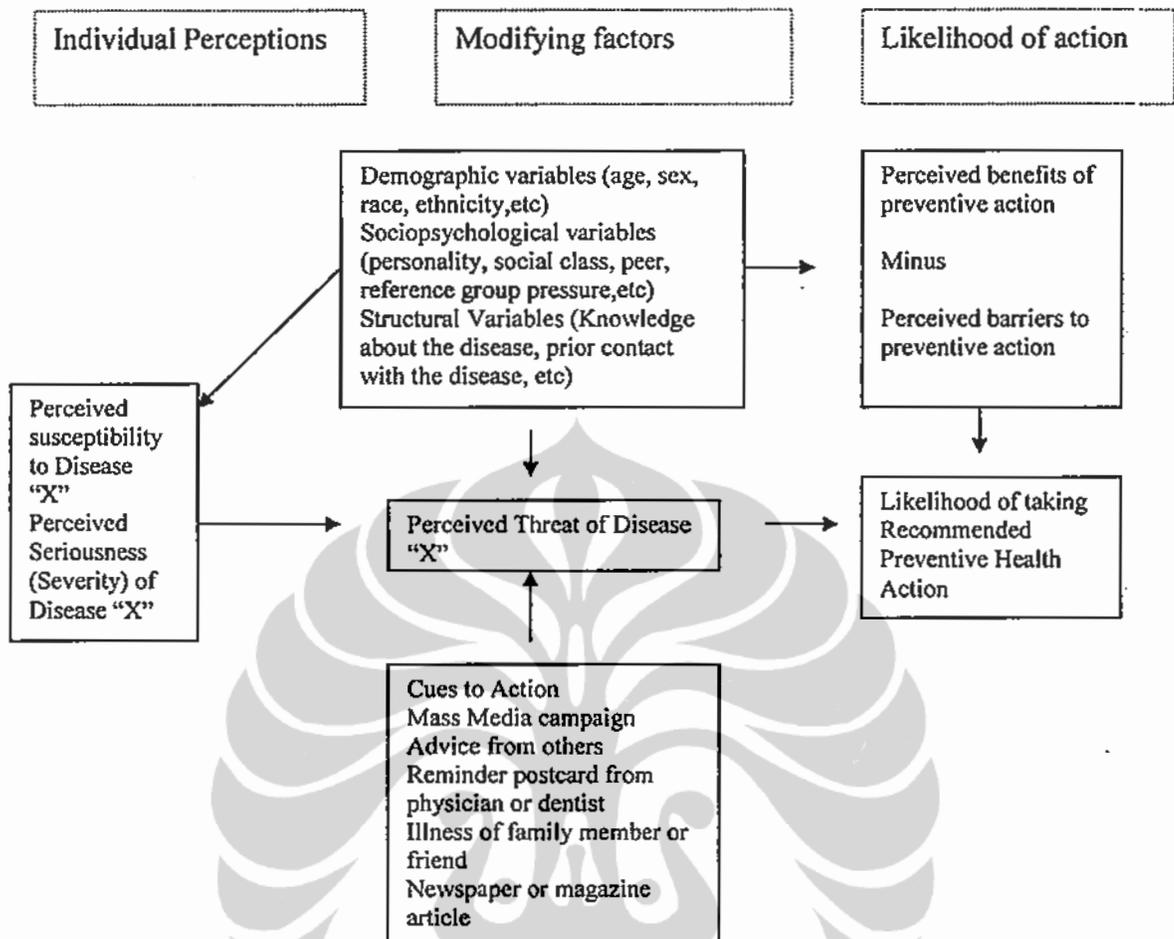
Model ini menekankan hipotesa atau harapan subyektif. Perilaku merupakan fungsi dari nilai subyektif suatu dampak (*outcome*) dan harapan subyektif bahwa tindakan tertentu akan mencapai dampak tersebut. Konsep ini juga sebagai teori harapan dan dapat diaplikasikan pada perilaku yang berhubungan dengan 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, struktural (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 (Becker, 1974)

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 sosial (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 disarakan (*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 Efficay*) 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 (Becker, 1974,1979 dalam Graef dkk,1996), 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.



The "Health Belief Model" as predictor of preventive health behaviour

#### Bagan 5 : Health Belief Model

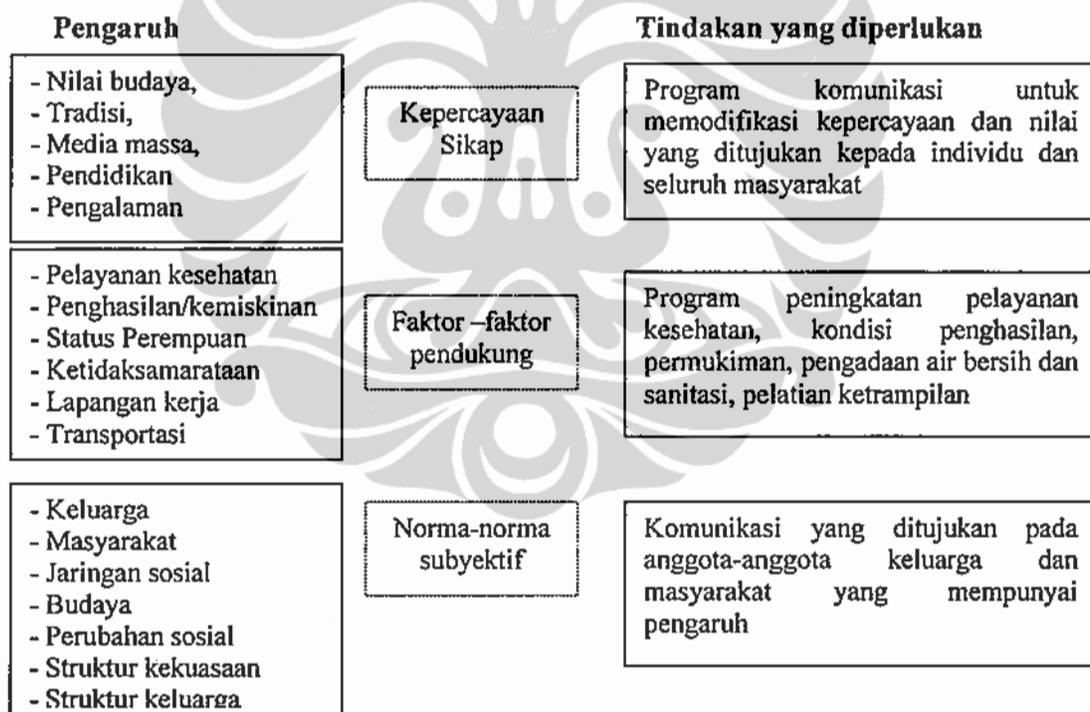
(<http://msucare.com/health/appa1.htm>, diakses tanggal 12/03/2009, pk113.15)

#### e. Model Hubley

Hubley (1993) ( dalam Depkes, Unicef, IRC, dan dian Desa, 1999) mengembangkan sebuah model yang dinamai model BASNEF (Beleifs=kepercayaan; Attitude=sikap; Subjective Norm=norma subyektif; Enabling factor (Faktor-faktor yang mendukung). Model ini bekerja berdasarkan pengamatan perilaku perspektif masyarakat.

Kepercayaan mengenai konsekuensi perilaku tertentu dan nilai yang diberikan untuk setiap konsekuensi yang mungkin terjadi	Sikap	Tujuan perilaku	→ Perubahan perilaku
Kepercayaan mengenai dukungan/penolakan pihak lain terhadap perilaku seseorang dan pengaruh dari pihak lain	Norma subyektif	Faktor-faktor pembedaya	

Bagan 6 : Model perilaku berdasarkan perspektif masyarakat  
 Sehingga model ini dapat dikembangkan dalam strategi komunikasi untuk perubahan perilaku.



Bagan 7 : Pengaruh-pengaruh terhadap perilaku dan pemilihan strategi komunikasi (Hubley,1993)

Pendidikan kesehatan dalam model BASNEF dapat dilakukan dengan langkah-langkah sebagai berikut:

- a. Pastikan bahwa perilaku-perilaku yang akan dipromosikan dapat meningkatkan taraf kesehatan sebelum mencurahkan waktu dan sumber daya untuk mempromosikan suatu perilaku, pastikan bahwa perilaku tersebut sebenarnya dapat meningkatkan taraf kesehatan.
- b. Pastikan bahwa perubahan perilaku yang dipromosikan cukup realistik: hindari perilaku yang sulit, yang memerlukan faktor pemberdaya seperti waktu, uang atau ketrampilan baru dan yang tidak cocok dengan budaya dan perilaku yang ada.
- c. Menyediakan faktor-faktor pendukung: ini dapat dilakukan dengan program pengorganisasian masyarakat misalnya program perbaikan kondisi hidup (penghasilan, permukiman, penyediaan air bersih dan sanitasi)
- d. Pertimbangkan tekanan sosial dan keluarga dan masyarakat. Mungkin hambatan datang dari tekanan sosial terhadap seseorang atau dapat menggunakan pemimpin 'opini' untuk mendorong masyarakat lainnya.
- e. Identifikasi kepercayaan-kepercayaan yang dapat mempengaruhi perilaku seseorang: Melakukan adaptasi perubahan perilaku yang dipromosikan supaya masyarakat dapat menerima perubahan tersebut. Mengukuhkan kepercayaan masyarakat yang mendukung suatu perilaku yang positif dari segi kesehatan.
- f. Mengetahui bahwa hal-hal yang mempengaruhi perilaku ada pada tatanan individu, keluarga dan masyarakat. Bekerja di tatanan masyarakat, pengembangan partisipasi masyarakat dan pemberdayaan masyarakat adalah hal yang penting untuk mereka dapat memecahkan masalahnya sendiri. Sehingga jika masalah yang terkait dengan kebiasaan tradisional, masyarakat dapat memutuskan secara sendiri.

#### *f. Model Difusi Inovasi*

Model difusi inovasi (Rogers dan Shomaker, 1971; Rogers, 1973 dalam Graeff, dkk, 1996 ) menegaskan peran-peran agen perubahan dalam lingkungan sosial. Secara relatif tetangga, petugas kesehatan atau agen perubahan yang lain ikut membantu menghasilkan perubahan dengan cara-cara tertentu misalnya

dengan cara meningkatkan kebutuhan akan perubahan, membangun hubungan interpersonal yang diperlukan, mengidentifikasi masalah-masalah dan penyebab, menetapkan sasaran dan jalan keluar yang potensial, memotivasi seseorang supaya menerima dan memelihara aksi dan memutuskan jalinan yang mengembangkan seseorang pada perilaku lama. Model difusi bertitik tolak pada perubahan sosial yang terjadi akibat perubahan perilaku dengan menerapkan ide-ide baru/inovasi atau penemuan-penemuan baru baik berupa gagasan-gagasan, tindakan atau benda-benda merupakan penyebab terjadinya perubahan sosial bila menyebar ke masyarakat.

Rogers dan Shoemaker menjelaskan bahwa sistem sosial dapat didefinisikan sebagai suatu kumpulan unit berbeda secara fungsional dan terikat dalam kerjasama untuk memecahkan masalah dalam rangka mencapai tujuan bersama. Anggota dalam sistem sosial itu bisa perorangan, kelompok informal, organisasi modern atau subsistem. Diantara anggota sistem sosial ada yang memegang peranan penting dalam proses difusi selain ada unit yang mengadopsi. Komponen sistem sosial terdiri dari : (1) anggota sistem sosial sebagai penerima inovasi; (2) agen pembaharu; (3) tokoh masyarakat; (4) saluran komunikasi yang dipergunakan dalam proses difusi. (1986, h.83). Sebelum inovasi itu diterima sebagian besar anggota masyarakat, terdapat tokoh masyarakat yang sering kali bertindak sebagai pemegang kunci atau penyaring terhadap inovasi –inovasi yang akan tersebar ke dalam sistem sosial. Penerima inovasi dalam sistem sosial dapat dikategorikan menjadi 5 kategori berdasarkan keinovatifannya. Kategori tersebut adalah

1. *Inovator* : Petualang. Mereka gemar sekali mencoba setiap gagasan baru dan mendorong mencari hubungan dengan pihak-pihak di luar sistem, keluar dari lingkungan dan teman-teman sendiri. Biasanya jumlah kelompok ini kira-kira 3%
2. *Pelopori/adopter* pemula : Pelopor berorientasi ke dalam sistem, biasanya meneliti dulu suatu inovasi sebelum mengambil keputusan untuk menerima. Kelompok ini biasanya di masyarakat berjumlah 14%.
3. *Pengikut dini* : Menerima ide-ide baru hanya beberapa saat setelah sebagian besar anggota sistem menerima inovasi. Ia banyak berinteraksi dengan sistem

lainnya, tetapi jarang menjadi pemegang posisi kepemimpinan. Umumnya kelompok ini ditemukan di masyarakat berjumlah 34%

4. Pengikut akhir : Kelompok ini mengadopsi ide baru setelah rata-rata anggota sistem sosial menerima dan biasanya karena kemungkinan karena bertambah kuatnya tekanan sosial. Setiap inovasi di sikapi dengan hari-hati. Kelompok ini baru mau percaya pada ide baru jika norma-norma sistem jelas-jelas menerima inovasi itu. Jumlahnya di masyarakat umumnya kira-kira 34%

5. Kolot/*Laggard* : kelompok ini adalah orang yang paling akhir mengadopsi suatu inovasi. Kelompok ini adalah yang paling sempit wawasannya diantara semua kelompok adopter dan tidak memahami ide-ide baru. Keputusan yang dibuat biasanya dikaitkan dengan apa yang telah dilakukan generasi yang lalu. Jumlah komunitas laggar berjumlah 16%

Secara umum di masyarakat bahwa kelompok kategori inovator jumlahnya sedikit dan kelompok kategori pengikut dini dan pengikut akhir jumlahnya terbanyak (masing-masing 34% dan kelompok Laggards 16%. Hal ini memberikan pengertian bahwa inovasi itu dapat diterima oleh masyarakat dapat bervariasi.

#### *h. Model Komunikasi/Persuasi (Communication/Persuasion Model)*

Model komunikasi/persuasi diperkenalkan McGuire (1964) menegaskan bahwa komunikasi dapat dipergunakan untuk mengubah sikap dan perilaku kesehatan yang secara langsung terkait dalam rantai kausal yang sama. Efektifitas upaya komunikasi yang diberikan bergantung pada input (atau stimulus) serta output (atau tanggapan terhadap stimulus). Menurut model komunikasi/persuasi, bahwa perubahan pengetahuan dan sikap merupakan prekondisi bagi perubahan perilaku kesehatan dan perilaku-perilaku yang lain. Variabel-variabel input meliputi : sumber pesan, pesan, saluran penyampai dan karakteristik penerima dan tujuan pesan-pesan tersebut. Variabel output merujuk pada perubahan dalam faktor-faktor kognitif tertentu seperti pengetahuan, sikap, pembuatan keputusan dan juga perilaku-perilaku yang dapat diobservasi (Graef dkk, 1996).

## 2.5. Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku BAB masyarakat.

Berdasarkan penelitian kualitatif yang dilakukan IDS tahun 2007, bahwa pendekatan CLTS menunjukkan keberhasilan yang signifikan di 3 (tiga) desa studi yakni di desa Jorong Padang Doto Sumatera Barat, di Desa Sindanglaya Banten, dan di Desa Margajaya Jawa Barat. Keberhasilan ini banyak didukung oleh kesadaran karena terpicu oleh konsultan atau *Natural Leader*, dukungan asset masyarakat dan *enabling environment*. Secara sistematis, faktor yang mempengaruhi keberhasilan yang dimaksud adalah karena: 1) Pemicuan dan pengarahan yang terus menerus dari tokoh formal dan informal yang ada di desa (Kepala Desa/Jorong dan Aparatnya serta kader desa dan stakeholders lainnya). Hal ini karena program sanitasi merupakan prioritas desa; 2) Kesadaran diri dari warga masyarakat; 3) Masyarakat relative memiliki pengetahuan dasar tentang manfaat jamban (dampak negative dari membuang kotoran di sembarang tempat); 4) Masyarakat memiliki pengetahuan dasar tentang dampak negative dari mengkonsumsi makanan yang tercemar oleh kotoran manusia dan binatang; 5) Masyarakat merasa malu; 6) Masyarakat merasa bersalah dan berdosa karena telah mencemari lingkungan jika BAB di kebun, sawah atau parit dan sungai, sekalipun masih ada sebagian masyarakat yang menganggap kotoran manusia sangat bagus untuk pupuk tanaman di sawah dan di kebun; 7) Tersedia air bersih, 8) Tersedia tanah/lahan milik sendiri untuk membangun jamban; dan 9) Tersedia *in-kind* dan *incash*.

### a. Persepsi masyarakat

Persepsi tentang kemurnian dapat didefinisikan sebagai keadaan bersih untuk ibadah, sedangkan kebersihan merujuk pada keadaan fisik. Dalam agama hindu, dan islam konsep mengenai bersih, kotor, kemurnian dan ketidakmurnian merupakan konsep yang mapan yang sangat berpengaruh terhadap kebersihan pribadi dan keluarga. Dalam berbagai budaya dan masyarakat, kotoran manusia dianggap sebagai sesuatu yang mencemari dan berbahaya. Penekanan terhadap aspek negatif kotoran manusia dalam konteks budaya tradisional melebihi penekanan serupa yang dilakukan dalam ilmu kesehatan. Sedangkan kotoran anak sering dianggap sesuatu yang tidak berbahaya dari segala segi. Setiap orang akan

mempunyai ukuran sendiri mengenai apa yang bersih, sehat dan apa yang kotor, tidak sehat dan mencemari. Ukuran tersebut berbeda pada setiap keluarga, kelompok masyarakat lokal, etnis, agama dan ekonomi (Depkes, IRC, Unicef & Dian Desa, 1999)

#### **b. Jenis Kelamin**

Penelitian Ma'rufi (2004), Herryanto, (2004), menemukan bahwa jenis kelamin berpengaruh terhadap perilaku kebersihan perorangan. Menurut Wollansky, wanita lebih sensitif dan lebih memperhatikan kesehatannya daripada pria.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan IDS tahun 2007 di 9 (sembilan) desa yang terletak di 3 (tiga) provinsi (Jawa Barat, Sumatera Barat dan Banten, diperoleh bahwa fasilitator dari masyarakat/*Natural leader* perempuan lebih mudah mempengaruhi kaum perempuan atau ibu-ibu. Fasilitator Laki-laki yang datang menemui kaum ibu/perempuan akan mendapatkan kesulitan, apalagi kalau langsung datang ke rumahnya disaat suaminya tidak di rumah. Walaupun fasilitator laki-laki tersebut sudah dikenal baik, namun tetap saja dianggap tidak etis (tidak sopan) bahkan dianggap akan berbuat jahat jika mendatangi perempuan di rumahnya, terkecuali jika ada suaminya. Sehingga kalau tetap fasilitator tersebut adalah laki-laki, pertemuan dengan perempuan umumnya harus di ruang terbuka dan ditemani dengan perempuan lainnya. Pengaruh laki-laki di desa masih relatif dominan dalam urusan rumah tangga, tetapi dalam urusan mempengaruhi suami, istri mempunyai posisi strategis. Suami sering kali takut dan gengsi kalau tidak dapat memenuhi kebutuhan istrinya. Sehingga kondisi ini dimanfaatkan fasilitator untuk pertama kali mempengaruhi istri, namun tidak sedikit pula langsung mempengaruhi suami/laki-laki (Institute Depelopmen Study, 2007).

#### **c. Pengetahuan dan sikap**

Curtis dkk (2001), dalam studinya menemukan bahwa upaya peningkatan pengetahuan melalui promosi kesehatan mempengaruhi perilaku di Burkina Faso. Berdasarkan penelitian yang dilakukan di desa Dukuh Simbarlor, Desa Plosokidul setelah dilakukan pemicuan (pendekatan CLTS) oleh proyek WSLIC-2 bahwa

Pengetahuan responden terkait buang air besar di jamban sebagian besar tinggi (89,4%) dan sikap responden positif (93,6%) untuk merubah perilaku buang air besar (Annisfaini, 2007). Pengetahuan yang memadai terkait dengan kesehatan, dampak perilaku buang air besar di sembarang tempat, manfaat jamban dan kebersihan lingkungan dan didukung dengan dan memiliki sikap yang baik turut mempengaruhi untuk perubahan perilaku (Septiadi, 2006). Penelitian lain menunjukkan bahwa sikap dan pengetahuan berpengaruh dalam penggunaan jamban. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan terkait dengan penggunaan jamban, bahwa terdapat hubungan yang bermakna ( $p=0,0005$ ) antara sikap (positif/negatif) dan pengetahuan (tentang jamban) dengan perilaku keluarga dalam penggunaan jamban (Erlianawati, 2008)

#### **d. Penyuluhan**

Penyuluhan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat dalam menggunakan jamban juga memberikan kontribusi dalam perubahan perilaku BAB masyarakat. Hal ini dapat ditunjukkan dalam penelitian Suherman (2001), yang menyatakan bahwa terdapat hubungan kegiatan penyuluhan penggunaan jamban dengan ketidakmauan untuk menggunakan jamban, dimana keluarga yang tidak menerima penyuluhan mempunyai risiko 2,7 kali dibandingkan dengan keluarga yang menerima penyuluhan. Hal yang sama juga disampaikan Widaryoto (2002) bahwa keluarga yang mendapat pembinaan petugas kesehatan untuk menggunakan jamban lebih besar (96,1%) dibanding dengan keluarga yang tidak mendapat pembinaan dari petugas kesehatan (55,6%) dan Herlianawati (2008) bahwa pembinaan petugas Puskesmas juga memiliki hubungan yang bermakna dalam penggunaan jamban ( $p=0,0005$ ).

#### **e. Ketersediaan Fasilitas/Sarana**

Hasil penelitian Strina dkk, (1999), Curtis dkk (1995), dan Ma'rufi (2004) menemukan bahwa ketersediaan fasilitas sanitasi dan kebersihan perorangan berpengaruh terhadap perilaku kebersihan seseorang. Ketersediaan sarana air bersih, peran Posyandu dengan berbagai programnya, ketersediaan sarana komunikasi dan kemudahan untuk mendapatkan material-material juga

berpengaruh penduduk dusun Margodadi untuk berubah perilaku buang air besar dan akhirnya membangun jamban. (Septiadi, 2006).

Penelitian lain terkait menunjukkan bahwa ketersediaan air terdapat hubungan dengan dengan penggunaan jamban. Hal ini ditunjukkan dalam hasil penelitian bahwa ketersediaan sarana air bersih (OR=9,076), juga berhubungan bermakna dengan perilaku keluarga dalam menggunakan jamban (Erlianawati,2008). Penelitian lain (Widaryoto, 2002) juga memberikan hasil yang sama, yang menyatakan bahwa jamban yang tersedia air di dalamnya lebih banyak digunakan (98,4%) dibanding jamban yang tidak tersedia air (50,7%).

Disamping ketersediaan program air bersih dan sanitasi, inisiatif kuwu untuk melakukan perlombaan membangun jamban juga memberikan pengaruh terhadap perubahan perilaku masyarakat desa margajaya (Ciamis), dan Jorong Padang Doto (Sawahlunto) (IDS, 2007).

#### **f. Peran Tokoh Masyarakat, *Natural Leader*, Kepala Desa dan Petugas Kesehatan**

Didalam suatu komunitas (masyarakat) biasanya ada orang-orang tertentu (tokoh masyarakat) yang menjadi tempat bertanya dan meminta nasehat anggota masyarakat lainnya mengenai urusan-urusan tertentu bahkan dapat berkenaan dengan berbagai urusan. Kepemimpinan para tokoh masyarakat diperoleh bukan karena jabatan resminya namun melainkan karena kemampuan dan hubungan antar pribadi dengan anggota masyarakat. Umumnya tokoh masyarakat seringkali memiliki kemampuan untuk mempengaruhi orang lain untuk bertindak. Para tokoh masyarakat ini dapat memainkan peranan penting dalam penyebaran inovasi. Namun perlu diingat ada tokoh masyarakat yang 'hangat' dan 'dingin' atau mempercepat dan menghalangi/menghancurkan inovasi. Sehingga agen pembaharu harus juga menaruh perhatian pada tokoh masyarakat pada sistem sosialnya (Hanafi, 1986).

Pengaruh tokoh masyarakat dalam melakukan pemicuan untuk perubahan BAB masyarakat cukup signifikan, hal ini ditunjukkan semua responden mengakui peran dan tindakan positif dan tokoh masyarakat terkait BAB di jamban. Disamping itu juga fasilitator CLTS hendaknya memiliki data awal

tentang pengetahuan dan sikap masyarakat terkait BAB di jamban dan melakukan upaya untuk mempertahankan perilaku BAB masyarakat di jamban (Annisfaini, tahun 2007). Dukungan semua pihak mulai dari Kepala Desa dan aparatnya, tokoh masyarakat, kader, dan petugas kesehatan/sanitasi setempat turut membantu masyarakat dusun Margodadi untuk berubah perilaku buang air besar (Septiadi, 2007).

Bagi masyarakat Etnis minang, himbauan dan perintah dari Wali Nagari yang merupakan ketua adat bagi masyarakat adalah keharusan untuk diikuti dan diperhatikan, jika diabaikan maka akan terkena sangsi (IDS, 2007). Di tempat lain peran tokoh masyarakat masih dominan di masyarakat. Hal ini ditunjukkan adanya inisiatif *kuwu* untuk melakukan perlombaan membangun jamban juga memberikan pengaruh terhadap perubahan perilaku masyarakat Desa Margajaya (Ciamis), dan Jorong Padang Doto (Sawahlunto) (Institute Development Study, 2007).

*Natural Leader* adalah kumpulan individu yang mendapatkan kepercayaan (dipilih) oleh anggota masyarakat karena memiliki sifat-sifat yang baik dan mempunyai kapasitas, baik dalam hal pengetahuan, ketrampilan dan sikap. Disamping itu mereka juga memiliki pengaruh karena jabatannya di desa sebagai tokoh/public figure karena mereka sering mengikuti pertemuan, pelatihan dan karena berpendidikan. Istilah *Natural Leader* bisa berbeda-beda penggunaannya di desa berbeda. Ada yang menyebut Tim Pemberantas Tahi (Pandeglang), Tim Kesehatan Desa, Pandeglang (Institute Development Study, 2007).

#### **g. Faktor sosio- ekonomi, Ketersediaan Air dan Ketersediaan Lahan**

Perilaku tidak saja berhubungan dengan kepercayaan, pengetahuan, sikap, norma-norma dan adat istiadat, namun juga faktor sosio-ekonomi dan politis juga mempunyai peran yang sangat dominan terhadap pembentukan perilaku. Kondisi karena faktor ekonomi ini menyebabkan seluruh anggota keluarga dipaksa untuk mencari nafkah maka waktu yang tersisa untuk melakukan perilaku yang mendukung pencegahan penyakit yang berhubungan dengan air dan sanitasi cenderung tidak diperhatikan

Kebijakan Nasional dalam pembangunan Sanitasi tidak lagi memberikan subsidi untuk individu, namun untuk institusi masih diperbolehkan dalam pemberian subsidi. Masyarakat perlu didorong untuk dapat menyelesaikan masalahnya sendiri terkait penyediaan sanitasi khususnya sarana jamban (Kebijakan AMPL Berbasis Masyarakat, 2004).

Alasan utama yang selalu diungkapkan mengapa sampai saat ini masyarakat desa Pelamunan, Kabupaten Serang belum memiliki jamban keluarga adalah tidak atau belum punya uang. Padahal persoalan ini bukan utama, karena masyarakat tersebut memiliki rumah yang bagus, memiliki sepeda motor bahkan memiliki telpon seluler. Setelah ditelusuri faktor ketiadaan jamban bukan semata faktor ekonomi, namun lebih pada kesadaran masyarakat yang belum menerapkan pola hidup bersih dan sehat (Percik, Oktober 2008). Disisi lain bahwa masyarakat yang memiliki penghasilan yang memadai cenderung dapat menyediakan sarana sanitasi. Hal ini ditunjukkan penelitian yang dilakukan di Kabupaten Kediri, bahwa 59,6% responden memiliki sumberdaya tinggi dapat membangun jamban (Annisfaini, 2007).

Upaya mencapai tingkat kebersihan yang diinginkan pada tingkatan pribadi, domestik dan pada masyarakat akan sangat sulit tanpa ketersediaan sumber daya untuk membangun dan memelihara fasilitas sanitasi (Depkes, 1999). Masyarakat desa Jorong Padang Doto, Sindanglaya, dan desa Margajaya adalah masyarakat miskin yang mampu membangun jamban keluarga sesuai kemampuannya. Perubahan perilaku masyarakat karena didorong oleh kesadaran, pengetahuan dan kebersamaannya, disamping ada dukungan lain dalam bentuk air bersih (IDS, 2007).

## **2.6. Pendekatan CLTS**

### **2.6. 1. Latar Belakang CLTS**

CLTS atau *Community Led Total Sanitation* (dalam bahasa Indonesia artinya kurang lebih sanitasi total yang dipimpin oleh masyarakat) dilatar belakangi oleh adanya “kegagalan” dari proyek-proyek sanitasi sebelumnya .

Dari beberapa studi evaluasi terhadap beberapa program pembangunan sanitasi pedesaan didapatkan hasil bahwa banyak sarana yang dibangun tidak

digunakan dan dipelihara oleh masyarakat. Banyak faktor penyebab mengenai kegagalan tersebut, salah satu diantaranya adalah tidak adanya *demand atau kebutuhan* yang muncul ketika program dilaksanakan, dan pendekatan yang digunakan oleh program tersebut tidak berhasil memunculkan *demand* dari masyarakat sasaran program.

Di Indonesia terdapat kenyataan bahwa di beberapa desa yang mendapat bantuan untuk sanitasi, rata-rata belum terbebas dari kebiasaan BAB di sembarang tempat atau open defecation. Milyaran rupiah telah dikeluarkan, banyak tenaga kerja yang bergerak dari 1 proyek ke proyek lainnya, dan banyak pihak (kecuali masyarakat) sedikit banyak telah diuntungkan dari proyek-proyek tersebut.

### 2.6.2. Apa yang dimaksud CLTS

CLTS adalah suatu pendekatan partisipatif yang mengajak masyarakat untuk menganalisa kondisi sanitasi mereka melalui suatu proses pemecuan, sehingga masyarakat dapat berfikir dan mengambil tindakan untuk meninggalkan kebiasaan buang air besar di tempat terbuka dan sembarang tempat. CLTS adalah sebuah pendekatan dalam pembangunan sanitasi pedesaan dan mulai berkembang pada tahun 2001 (Depkes, 2005). Pendekatan ini berawal di beberapa komunitas di Bangladesh dan saat ini sudah diadopsi secara massal di negara tersebut. Bahkan India, di satu negara bagiannya yaitu Provinsi Maharashtra telah mengadopsi pendekatan CLTS ke dalam program pemerintah secara massal yang disebut dengan program *Total Sanitation Campaign (TSC)*. Beberapa negara lain seperti Cambodia, Afrika, Nepal, dan Mongolia telah menerapkan dalam porsi yang lebih kecil.

Pendekatan ini muncul berawal dari sebuah "*participatory impact assessment*" yang dilakukan pada tahun 1999 terhadap program air bersih dan sanitasi yang telah dijalankan selama 10 tahun yang disponsori oleh Water Aid, sebuah lembaga swadaya masyarakat internasional, yang menghasilkan dua rekomendasi utama. Salah satu rekomendasi tersebut adalah mengembangkan sebuah strategi untuk secara perlahan-lahan mencabut subsidi untuk pembangunan toilet.

*Ciri utama* dari pendekatan ini adalah *tidak adanya subsidi* terhadap infrastruktur (jamban keluarga), dan *tidak menetapkan blue print* jamban yang nantinya akan dibangun oleh masyarakat. Pada dasarnya CLTS adalah “pemberdayaan” dan “tidak membicarakan masalah subsidi”. Artinya, masyarakat yang dijadikan “guru” dengan tidak memberikan subsidi sama sekali (Depkes, 2005).

### 2.6.3. Prinsip- prinsip CLTS,

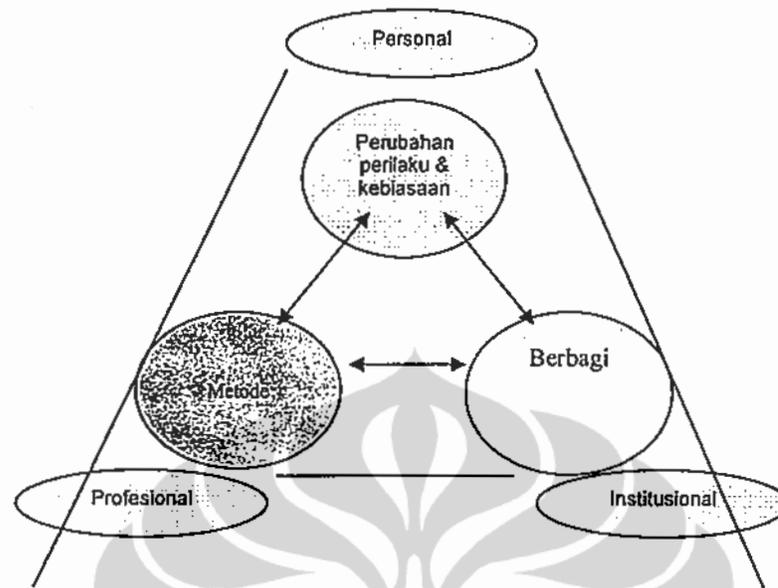
Prinsip – prinsip dalam pelaksanaan CLTS adalah :

1. Tanpa subsidi kepada masyarakat
2. Tidak menggurui, tidak memaksa dan tidak mempromosikan jamban
3. Masyarakat sebagai pemimpin
4. Totalitas; seluruh komponen masyarakat terlibat dalam analisa permasalahan - perencanaan – pelaksanaan serta pemanfaatan dan pemeliharaan

Konsep *Community led* dalam pelaksanaannya tidak hanya dalam konteks sanitasi saja, namun juga dapat diterapkan dalam dunia pendidikan, pertanian, dan lain – lain. Prinsip terpenting adalah :

- Adanya inisiatif masyarakat
- Total atau keseluruhan, keputusan masyarakat dan pelaksanaan secara kolektif adalah kunci utama.
- Solidaritas masyarakat (laki-laki dan perempuan, kaya dan miskin) sangat terlihat dalam pendekatan ini.
- Semua dibuat oleh masyarakat, tidak ada ikut campur pihak luar, dan biasanya akan muncul “*natural leader*”.

#### 2.6.4. Tiga pilar dalam CLTS dan perubahan perilaku



Bagan 8. Pilar CLTS  
(Depkes, 2005)

#### 3 pilar utama dalam PRA yang merupakan basis CLTS

1. Attitude and Behaviour Change (perubahan perilaku dan kebiasaan)
2. Sharing (berbagi)
3. Method (metode)

Ketiganya merupakan pilar utama yang harus diperhatikan dalam pendekatan CLTS, namun dari ketiganya yang paling penting adalah perubahan perilaku dan kebiasaan, karena jika perilaku dan kebiasaan tidak berubah maka kita tidak akan pernah mencapai tahap “*sharing*” dan sangat sulit untuk menerapkan metode.

Perilaku dan kebiasaan yang dimaksud dan harus berubah adalah perilaku fasilitator. Perilaku dan kebiasaan yang harus diubah diantaranya:

- Pandangan bahwa ada kelompok yang berada di tingkat atas (*upper*) dan kelompok yang berada di tingkat bawah (*lower*). Cara pandang *upper lower* harus diubah menjadi “pembelajaran bersama”, bahkan menempatkan masyarakat sebagai “guru” karena masyarakat sendiri yang paling tahu apa yang terjadi dalam masyarakat itu.
- Cara pikir bahwa kita datang bukan untuk “memberi” sesuatu tetapi “menolong” masyarakat untuk menemukan sesuatu.

- Bahasa tubuh atau *gesture*; sangat berkaitan dengan pandangan *upper lower*. Bahasa tubuh yang menunjukkan bahwa seorang fasilitator mempunyai pengetahuan atau ketrampilan yang lebih dibandingkan masyarakat, harus dihindari. .

Pelaksanaan perubahan perilaku dan kebiasaan tersebut harus total, dimana didalamnya meliputi:

- perilaku personal atau individual,
- perilaku institusional atau kelembagaan dan
- perilaku profesional atau yang berkaitan dengan profesi,

Ketika perilaku dan kebiasaan (termasuk cara pikir dan bahasa tubuh) dari fasilitator telah berubah maka “*sharing*” akan segera dimulai. Masyarakat akan merasa bebas untuk mengatakan tentang apa yang terjadi di komunitasnya dan mereka mulai merencanakan untuk melakukan sesuatu. Setelah masyarakat dapat berbagi, maka metode mulai dapat diterapkan. Masyarakat secara bersama-sama melakukan analisa terhadap kondisi dan masalah masyarakat tersebut.

Dalam CLTS fasilitator tidak memberikan solusi. Namun ketika metode telah diterapkan (proses pemicuan telah dilakukan) dan masyarakat sudah terpicu sehingga diantara mereka sudah ada keinginan untuk berubah tetapi masih ada kendala yang mereka rasakan misalnya kendala teknis, ekonomi, budaya, dan lain-lain maka fasilitator mulai memotivasi mereka untuk mencapai perubahan ke arah yang lebih baik, misalnya dengan cara memberikan alternatif pemecahan masalah-masalah tersebut. Tentang usaha atau alternatif mana yang akan digunakan, semuanya harus dikembalikan kepada masyarakat tersebut.

#### 2.6.5. Tingkatan Partisipasi dalam CLTS

Dalam pendekatan CLTS, dan pendekatan partisipatif lainnya, partisipasi atau keterlibatan masyarakat merupakan hal yang mutlak diperlukan. Tingkatan partisipasi masyarakat, mulai dari yang terendah sampai yang tertinggi adalah sebagai berikut:

1. 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). ◦

2. 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
3. Membuat keputusan secara bersama-sama antara masyarakat dan pihak luar;
4. Masyarakat mulai mendapatkan wewenang atas kontrol sumber daya dan keputusan

Dari ke empat tingkatan partisipasi tersebut, yang diperlukan dalam CLTS 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 *community led* telah disebutkan bahwa “keputusan bersama dan action bersama” dari masyarakat itu sendiri merupakan kunci utama.

#### 2.6.6. Fasilitasi CLTS di Komunitas

##### a) Alat-alat utama pra dalam CLTS

Implementasi CLTS di masyarakat pada intinya adalah “pemicuan” setelah sebelumnya dilakukan analisa partisipatif oleh masyarakat itu sendiri. Untuk memfasilitasi masyarakat dalam menganalisa kondisinya, ada beberapa alat PRA yang diperlukan, seperti:

- ✓ Pemetaan, yang bertujuan untuk mengetahui / melihat peta wilayah BAB masyarakat serta sebagai alat monitoring (*pasca triggering*, setelah ada mobilisasi masyarakat)
- ✓ *Transect Walk*, bertujuan untuk melihat dan mengetahui tempat yang paling sering dijadikan tempat BAB. Dengan mengajak masyarakat berjalan ke sana dan berdiskusi di tempat tersebut, diharapkan masyarakat akan merasa jijik dan bagi orang yang biasa BAB di tempat tersebut diharapkan akan terpicu rasa malunya.
- ✓ Alur Kontaminasi (Oral Fecal); mengajak masyarakat untuk melihat bagaimana kotoran manusia dapat dimakan oleh manusia yang lainnya.

- ✓ Simulasi air yang telah terkontaminasi; mengajak masyarakat untuk melihat bagaimana kotoran manusia dapat dimakan oleh manusia yang lainnya
- ✓ Diskusi Kelompok (FGD); bersama-sama dengan masyarakat melihat kondisi yang ada dan menganalisisnya sehingga diharapkan dengan sendirinya masyarakat dapat merumuskan apa yang sebaiknya dilakukan atau tidak dilakukan. Pembahasannya meliputi:
  - FGD untuk menghitung jumlah tinja dari masyarakat yang BAB di sembarang tempat selama 1 hari, 1 bulan, dan dalam 1 tahunnya.
  - FGD tentang privacy, agama, kemiskinan, dan lain-lain

Adapun alat PRA yang digunakan dalam proses monitoring, diantaranya:

- ✓ Pemetaan dan skoring pemetaan, untuk melihat akses masyarakat terhadap tempat-tempat BAB (dengan cara membandingkan antara tali akses sebelum pemicuan dan akses yang terlihat pasca pemicuan dan tindak lanjut masyarakat).
- ✓ *Rating Scale* atau *Convinient*, yang bertujuan untuk:
  - melihat dan mengetahui apa yang dirasakan masyarakat (bandingkan antara yang dirasakan dulu ketika BAB di sembarang tempat dengan yang dirasakan sekarang ketika sudah BAB di tempat yang tetap dan tertutup).
  - mengetahui apa yang masyarakat rasakan dengan sarana sanitasi yang dipunyai sekarang, dan hal lain yang ingin mereka lakukan Hal ini berkaitan dengan ladder sanitasi di masyarakat.

#### b. Elemen-elemen pemicu dan faktor-faktor penghambat pemicuan

Dalam pemicuan di masyarakat terdapat beberapa faktor yang harus dipicu sehingga target utama yang diharapkan dari pendekatan CLTS yaitu: merubah perilaku sanitasi dari masyarakat yang masih melakukan kebiasaan BAB di sembarang tempat dapat tercapai. Secara umum faktor-faktor yang harus dipicu untuk menumbuhkan perubahan perilaku sanitasi dalam suatu komunitas, diantaranya:

- Perasaan jijik
- Perasaan malu dan kaitannya dengan privacy seseorang

- o Perasaan takut sakit
- o Perasaan takut berdosa
- o Perasaan tidak mampu dan kaitannya dengan kemiskinan.

Berikut ini adalah elemen-elemen yang harus dipicu, dan alat – alat PRA yang digunakan untuk pemecuan faktor-faktor tersebut.

Tabel 2.6.1 : Elemen Pemecuan CLTS berdasarkan alat yang digunakan

Hal – hal yang harus dipicu	Alat yang digunakan
Rasa jijik	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transect walk</li> <li>• Demo air yang mengandung tinja, untuk digunakan cuci muka, kumur-kumur, sikat gigi, cuci piring, cuci pakaian, cuci makanan / beras, wudlu, dll</li> </ul>
Rasa malu	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transect walk (meng-explore pelaku open defecation)</li> <li>• FGD (terutama untuk perempuan)</li> </ul>
Takut sakit	FGD <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perhitungan jumlah tinja</li> <li>• Pemetaan rumah warga yang terkena diare dengan didukung data puskesmas</li> <li>• Alur kontaminasi</li> </ul>
Aspek agama	Mengutip hadits atau pendapat-pendapat para ahli agama yang relevan dengan perilaku manusia yang dilarang karena merugikan manusia itu sendiri.
<i>Privacy</i>	FGD (terutama dengan perempuan)
Kemiskinan	Membandingkan kondisi di desa/dusun yang bersangkutan dengan masyarakat “termiskin”.

Dalam memicu elemen-elemen di atas, dalam suatu komunitas biasanya ada juga faktor-faktor penghambat pemecuan. Salah satunya adalah bahwa masyarakat sudah terbiasa dengan subsidi, sementara dalam pendekatan CLTS tidak ada unsur subsidi sama sekali. Berikut adalah beberapa hal yang biasanya menjadi penghambat pemecuan di masyarakat, dengan alternatif solusi untuk mengurangi atau mengatasi faktor penghambat tersebut.

Tabel 2.6.2 : Hal-hal penghambat dalam pemecuan di masyarakat dan solusinya

Hal-hal yang menjadi penghambat pemecuan di masyarakat	Solusi
Kebiasaan dengan subsidi / bantuan	Jelaskan dari awal bahwa kita tidak punya apa-apa, kita tidak membawa bantuan
Faktor gengsi; malu untuk membangun jamban yang sangat sederhana (ingin jamban permanen)	Gali model-model jamban menurut masyarakat dan jangan memberikan 1 pilihan model jamban
Tidak ada tokoh panutan	Munculkan natural leder, jangan mengajari dan biarkan masyarakat mengerjakannya sendiri.

### c. Hal-hal yang harus dilakukan dan dihindari dalam CLTS

Dalam CLTS, faktor penentu keberhasilan dan kegagalan (dapat diterapkan dan tidaknya) pendekatan ini sangat tergantung dari masyarakat. Meskipun bukan merupakan kesalahan fasilitator jika masyarakat “menolak” untuk mengimplementasikan pendekatan CLTS dalam komunitas mereka, namun peran fasilitator sangat berpengaruh. Sehingga, ada beberapa hal yang harus dihindari oleh fasilitator dan beberapa hal yang sebaiknya dilakukan saat memfasilitasi masyarakat.

Tabel 2.6.3 : Hal-hal yang dilakukan dan dilarang dalam pemucuan CLTS

JANGAN LAKUKAN	LAKUKAN
Menawarkan subsidi	Memicu kegiatan setempat. Dari awal katakan bahwa tidak akan pernah ada subsidi dalam kegiatan ini. Jika masyarakat bersedia maka kegiatan bisa dilanjutkan tetapi jika mereka tidak bisa menerimanya, hentikan proses.
Mengajari	Memfasilitasi
Menyuruh membuat jamban	Memfasilitasi masyarakat untuk menganalisa kondisi mereka, yang memicu rasa jijik dan malu dan mendorong orang dari BAB di sembarang tempat menjadi BAB di tempat yang tetap dan tertutup.
Memberikan alat-alat atau petunjuk kepada orang perorangan	Melibatkan masyarakat dalam setiap pengadaan alat untuk proses fasilitasi.
Menjadi pemimpin, mendominasi proses diskusi. (selalu menunjukkan dan menyuruh masyarakat melakukan ini dan itu pada saat fasilitasi).	Fasilitator hanya menyampaikan “ <i>pertanyaan sebagai pancingan</i> ” dan biarkan masyarakat yang berbicara/diskusi lebih banyak. (masyarakat yang memimpin).
Memberitahukan apa yang baik dan apa yang buruk	Membiarkan mereka menyadarinya sendiri
Langsung memberikan jawaban terhadap pertanyaan-pertanyaan masyarakat	Kembalikan setiap pertanyaan dari masyarakat kepada masyarakat itu sendiri, misalnya: “jadi bagaimana sebaiknya menurut bapak/ibu?”

### d. Tangga sanitasi

Tangga sanitasi merupakan tahap perkembangan sarana sanitasi yang digunakan masyarakat, dari sarana yang sangat sederhana sampai sarana sanitasi yang sangat layak dilihat dari aspek kesehatan, keamanan dan kenyamanan bagi penggunaannya.

Dalam CLTS, masyarakat tidak diminta atau disuruh untuk membuat sarana sanitasi tetapi hanya mengubah perilaku sanitasi mereka. Namun pada

tahap selanjutnya ketika masyarakat sudah mau merubah kebiasaan BAB nya, sarana sanitasi menjadi suatu hal yang tidak terpisahkan. Seringkali pemikiran masyarakat akan sarana sanitasi adalah sebuah bangunan yang kokoh, permanen, dan membutuhkan biaya yang besar untuk membuatnya. Pemikiran ini sedikit banyak menghambat animo masyarakat untuk membangun jamban, karena alasan ekonomi dan lainnya sehingga kebiasaan masyarakat untuk buang air besar pada tempat yang tidak seharusnya tetap berlanjut. .

Pada prinsipnya sebuah sarana sanitasi terbagi menjadi tiga kelompok berdasarkan letak konstruksi dan kegunaannya. *Pertama* adalah bangunan bawah tanah yang berfungsi sebagai tempat pembuangan tinja. Fungsi bangunan bawah tanah adalah untuk melokalisir tinja dan mengubahnya menjadi lumpur stabil. *Kedua* adalah bangunan di permukaan tanah (landasan). Bangunan di permukaan ini erat kaitannya dengan keamanan saat orang tersebut membuang hajat. Terminologi aman disini dapat diartikan aman dari terperosok kepada lubang kotoran, aman saat membuang hajat (malam hari/saat hujan/ aman digunakan oleh orang jompo). *Ketiga* adalah bangunan dinding. Bangunan atau dinding penghalang erat kaitannya dengan faktor kenyamanan, psikologis dan estetika.

#### **Catatan penting pada saat pemicuan.**

Di setiap akhir fasilitasi (FGD) tanyakan kepada mereka

- *"bagaimana perasaan ibu/bapak terhadap kondisi ini?"*
- *"apakah bapak/ibu ingin terus dalam kondisi seperti ini?"*

Fasilitator menyampaikan kesimpulan atas analisa yang telah dilakukan oleh masyarakat. Jika masyarakat masih senang dengan kondisi sanitasi mereka, artinya tidak mau berubah dengan berbagai macam alasan, fasilitator bisa menyampaikan :

*Terima kasih telah memberikan kesempatan untuk melakukan analisa tentang sanitasi di desa bapak/ibu, silakan bapak/ibu meneruskan kebiasaan ini, dan ibu/bapak adalah satu-satunya kelompok masyarakat yang masih senang untuk membiarkan masyarakatnya saling mengkonsumsi kotoran.*

*Dengan senang hati kami akan menyampaikan hasil analisa bapak/ibu ini kepada bapak camat/bupati/dst, bahwa di wilayah kerja mereka masih terdapat masyarakat yang mau bertahan dengan kondisi sanitasi seperti ini.*

#### e. Fasilitasi di akhir pemicuan

Fasilitasi ini dilakukan diperuntukkan untuk memberikan dukungan, semangat dan apresiasi kepada masyarakat yang mau melakukan perubahan di bidang sanitasi. Proses dalam fasilitasi ini dimulai dengan :

- Jika masyarakat sudah kelihatan ingin berubah, minta masyarakat untuk merumuskan upaya-upaya apa. Biarkan mereka merumuskan apa upaya mereka untuk berubah. Jika mereka menanyakan pendapat fasilitator, kembalikan pertanyaan itu kepada masyarakat, apa yang sebaiknya diupayakan? Atau jika masyarakat terlihat sangat mengharapkan solusi dari fasilitator, kita sebaiknya berpura-pura sibuk sendiri (sehingga bukan kita yang memberikan solusi) tetapi dengan tetap memperhatikan dan mendengarkan apa yang mereka diskusikan.
- Jika diskusi di antara mereka terlihat sudah selesai, tanyakan : siapa yang ingin berubah dan membuat jamban esok hari ? Buat daftar namanya. Berikan apresiasi dengan memberikan selamat dan bertepuk tangan.

Orang yang pertama menyatakan ingin berubah, itulah yang diharapkan menjadi *natural leader* untuk memicu masyarakat lainnya untuk merubah kebiasaan BAB di sembarang tempat. Dorong masyarakat yang mampu untuk membantu keluarga yang kurang mampu dalam mencari jalan keluar untuk menghentikan kebiasaan BAB di sembarang tempat.

Dukung masyarakat yang termasuk dalam *pressure group* untuk bisa memfasilitasi masyarakatnya agar terjadi perubahan kebiasaan secara total. Contoh di Sumbawa, masyarakat yang punya kebun dan kebunnya sering digunakan sebagai tempat BAB sementara ia sendiri sudah mempunyai jamban adalah salah seorang yang termasuk dalam *pressure group* karena ia merasa dirugikan dengan perilaku masyarakatnya tersebut.

Jika sudah mencapai tahap ini dan masyarakat mengharapkan bantuan fasilitator dalam hal teknis, fasilitator bisa mulai membantu mereka dengan menggambarkan bentuk-bentuk jamban, mulai dari yang paling sederhana sampai yang paling layak (sehat, aman dan nyaman) seperti diuraikan pada tangga sanitasi

#### f. Fasilitasi untuk rencana tindak lanjut masyarakat

Fasilitasi ini dilakukan dengan mendampingi masyarakat dalam menyusun rencana tindak lanjut untuk memperbaiki kondisi sanitasinya. Proses fasilitasi ini yaitu :

- Tanyakan kembali siapa yang akan berubah (dengan membuat jamban) esok hari? Buat daftar nama orang-orang yang akan berubah.
- Tegaskan kepada orang-orang yang pertama kali akan berubah bahwa mereka adalah “pemimpin” yang diharapkan dapat membawa perubahan sanitasi secara keseluruhan di desanya (sepakati dengan mereka kemungkinan orang-orang tersebut untuk menjadi semacam “panitia” dalam rangka perubahan sanitasi ke arah yang lebih baik.
- Tanyakan pula, siapa yang akan mulai merubah kebiasaan BAB sembarangan 3 hari kemudian, 1 minggu kemudian, 10 hari, 2 minggu, 1 bulan, dan seterusnya.
- Berdasarkan kesepakatan, apa sebaiknya yang akan dilakukan oleh masyarakat (yang akan berubah) kepada masyarakat lain di desanya jika kesanggupan mereka untuk berubah (setelah masing-masing menyanggupi waktunya) tiba-tiba saja tertunda? -> *misalnya dengan membantu secara gotong royong, sanksi, dll sesuai kesepakatan.*
- Tanyakan pula, kapan kira-kira seluruh masyarakat kampung/dusun/desa ini akan berubah dan menjadi salah satu desa yang menyatakan diri 100% telah bebas dari kebiasaan BAB sembarangan? Fasilitasi kepada mereka berdasarkan hasil analisa sebelumnya, bahwa sebagian kecil saja masyarakat yang masih BAB sembarangan dampaknya tetap akan dirasakan oleh seluruh masyarakat.
- tanyakan apakah yang dapat mereka lakukan terhadap masyarakat kampung lain di dalam desanya atau desa lain yang masih mempunyai kebiasaan BAB di sembarang tempat? (*apakah mereka bersedia untuk menyebarkan kepada masyarakat kampung lain tentang upaya yang mereka lakukan untuk merubah kebiasaan?*)

Fasilitasi kepada masyarakat bahwa fasilitator akan membantu masyarakat dalam mendeklarasikan kampung mereka sebagai kampung yang

100% bebas dari kebiasaan BAB sembarangan misalnya dengan mendatangi kepala daerah (bupati), pers, masyarakat kampung lain, dan sebagainya.

#### g. Fasilitasi ladder sanitation

Fasilitasi ini dilakukan dimaksudkan untuk melihat tangga/tahap-tahap sarana sanitasi masyarakat, dari sarana yang paling sederhana sampai sarana yang paling lengkap/layak (sehat, aman, nyaman). Proses fasilitasi ini dimulai dengan :

1. Ajak masyarakat untuk menggambarkan sarana sanitasi apa yang mereka ketahui.
2. Atau, ajukan pertanyaan kepada mereka (yang sudah punya jamban) kira-kira 10 tahun yang lalu BAB di mana, atau jamban seperti apa yang digunakan dulu, atau jamban apa yang digunakan sekarang?
3. Kembangkanlah diskusi yang berkaitan dengan sarana-sarana tersebut, tanyakan apakah faktor pendukung dan faktor penghambat setempat (teknis dan non teknis) dalam mewujudkan bentuk-bentuk sarana tersebut?
4. Lalu kembalikan kepada mereka, bentuk sarana apa yang bisa mereka wujudkan, yang sesuai dengan kondisi alam serta kemampuan mereka masing-masing.

#### h. Fasilitasi tahap monitoring

Dalam CLTS monitoring yang paling efektif adalah pengawasan diantara mereka sendiri, sehingga monitoring oleh pendamping lebih kepada memberikan energi atau dorongan kepada masyarakat. Beberapa hal yang dapat dilakukan dalam rangka monitoring (energising) adalah:

- Cross visit di antara kelompok masyarakat (kelompok yang sudah terpicu kepada kelompok yang belum terpicu atau sebaliknya).
- Mengembangkan konsultan masyarakat; memfasilitasi masyarakat yang belum terpicu untuk mengundang *natural leader* yang ada untuk melakukan pemecuan di kelompok tersebut.

Selain itu, beberapa tools PRA yang bisa digunakan dalam tahap monitoring (setelah 1 – 2 bulan perubahan kebiasaan), diantaranya: pemetaan yang dilakukan untuk melihat akses masyarakat terhadap tempat-tempat BAB

(dengan cara membandingkan antara tali akses sebelum pemicuan dan akses yang terlihat pasca pemicuan dan tindak lanjut masyarakat). Proses pemetaan ini yaitu :

- Ajak masyarakat untuk menandai rumah-rumah mana saja yang telah berhasil merubah kebiasaan. (dimana pada peta awal tercantum kapan waktunya mereka akan berubah, sampai pada tanggal berapa mereka menyanggupi untuk terbebas dari kebiasaan BAB di sembarang tempat (kegiatan ini bisa dilengkapi dengan *transek walk*).

Mengajak masyarakat untuk “menilai” kondisi sanitasi di desa/dusunnya dengan menggunakan skoring (ada penilaian, misalnya ketika pencapaian dibawah 25% berapa skornya, pencapaian 20 – 40%, pencapaian 50% dan seterusnya sampai skor tertinggi untuk pencapaian 100% masyarakat telah mempunyai tempat yang tetap dan tertutup untuk melakukan BAB).

## 2.7. Kerangka pikir

Berbagai teori yang ada terkait dengan perubahan perilaku yang dikhususkan untuk perubahan perilaku BAB masyarakat diarahkan pada model-model yang ada yaitu model hubley (BASNEF) yang menyatakan bahwa kepercayaan dan sikap seseorang yang didukung dengan faktor-faktor *enabling* dan norma-norma subyektif yang ada di masyarakat yang semuanya menekankan pada penilaiannya diarahkan pada perspektif masyarakat. *Theory of Reasoned Action* menyatakan bahwa seseorang dapat berperilaku karena adanya sikap untuk melakukan dan lingkungan sosial (individual dan kelompok) yang mendukung perilaku tersebut (norma-norma subyektif). 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, seperti apakah ia merasa suatu perilaku itu penting. 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 (Graef, et al, 1996). 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

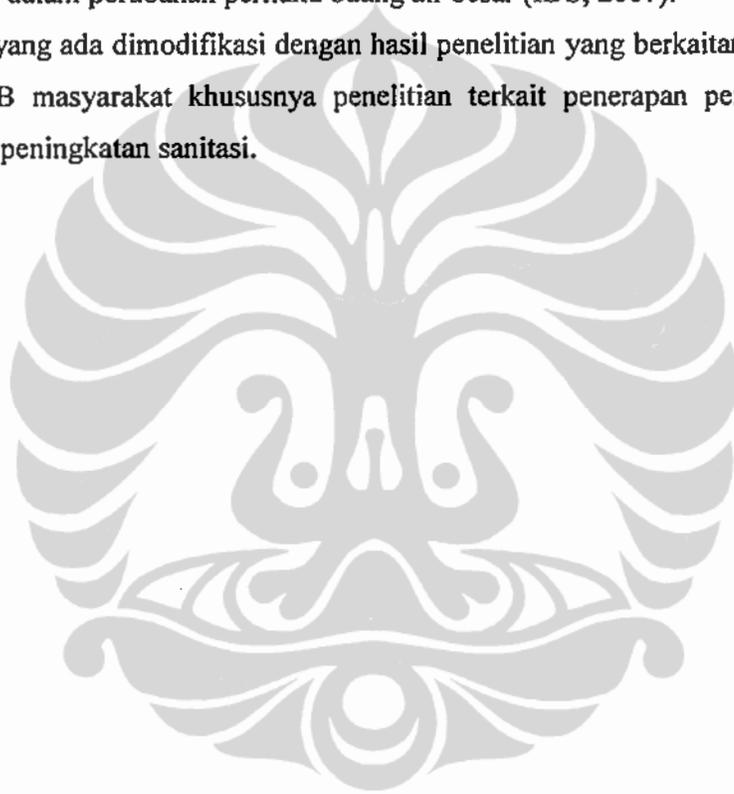
tidak hanya memperkirakan perilaku manusia, tetapi juga memahami atas perilaku itu sendiri. Menurut teori ini, seseorang untuk melakukan perilaku tertentu adalah fungsi 2 faktor yaitu : 1) sikap (positif atau negatif) terhadap perilaku dan 2) pengaruh lingkungan sosial (norma-norma umum subjektif) pada perilaku.

*Teory Health Belief Model* yang disebut juga model kepercayaan (Rosenstok,1974,1977 dalam Graef,dkk.1996) 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 subjektif. Perilaku merupakan fungsi dari nilai subjektif suatu dampak (outcome) dan harapan subjektif bahwa tindakan tertentu akan mencapai dampak tersebut. Menurut Snehandu B. Karr (dalam Notoadmojo, 2000), bahwa faktor niat juga menjadi salah satu faktor perubahan perilaku. Determinan yang mempengaruhi perubahan perilaku antara lain : Niat (*intention*) seseorang untuk bertindak sehubungan dengan objek atau stimulus di luar dirinya; dukungan masyarakat (*social support*); terjangkaunya informasi (*accessibility of information*); otonomi atau kebebasan pribadi (*personal autonomy*) dalam pengambilan keputusan; adanya kondisi dan situasi yang memungkinkan (*action situation*).

Peran agen-agen perubahan di masyarakat sangat diperlukan. Agen perubahan Pendekatan CLTS biasa disebut fasilitator yang berasal dari masyarakat itu sendiri (*Natural leader*), tokoh masyarakat, petugas kesehatan dan tokoh lainnya. Hal senada sesuai dengan teori/model yang ada seperti model difusi inovasi (Rogers dan Shomaker, 1971; Rogers, 1973 dalam Graeff, dkk, 1996 h.30). Model ini menegaskan peran-peran agen perubahan dalam lingkungan sosial. Secara relatif tetangga, petugas kesehatan atau agen perubahan yang lain ikut membantu menghasilkan perubahan dengan cara-cara tertentu misalnya dengan cara meningkatkan kebutuhan akan perubahan, membangun hubungan interpersonal yang diperlukan, mengidentifikasi masalah-masalah dan penyebab, menetapkan sasaran dan jalan keluar yang potensial, memotivasi seseorang supaya menerima dan memelihara aksi dan memutuskan jalinan yang mengembangkan seseorang pada perilaku lama. Model difusi bertitik tolak pada

perubahan sosial yang terjadi akibat perubahan perilaku dengan menerapkan ide-ide baru/inovasi atau penemuan-penemuan baru baik berupa gagasan-gagasan , tindakan atau benda-benda merupakan penyebab terjadinya perubahan sosial bila menyebar ke masyarakat. Hasil penelitian kualitatif bahwa fasilitator sebagai agen perubahan di masyarakat berperan dalam perubahan perilaku buang air besar masyarakat (Septiadi, 2006). Hasil yang sama juga ditemukan pada hasil penelitian kualitatif, bahwa adanya tim pemberantas tahi di masyarakat juga turut berkontribusi dalam perubahan perilaku buang air besar (IDS, 2007).

Semua teori yang ada dimodifikasi dengan hasil penelitian yang berkaitan dengan perilaku BAB masyarakat khususnya penelitian terkait penerapan pendekatan CLTS dalam peningkatan sanitasi.





## BAB 3.

### KERANGKA KONSEP, DEFINISI OPERASIONAL DAN HIPOTESIS

#### 3.1. Kerangka Konsep

Berdasarkan kerangka teori yang ada selanjutnya dilakukan penentuan variabel penelitian ini. Penentuan variabel tersebut mempertimbangkan teori/model pada bab kepustakaan dan dikombinasikan dengan penelitian yang terkait dengan perilaku BAB masyarakat secara umum dan secara khusus penelitian terkait perubahan perilaku BAB masyarakat dengan pendekatan CLTS.

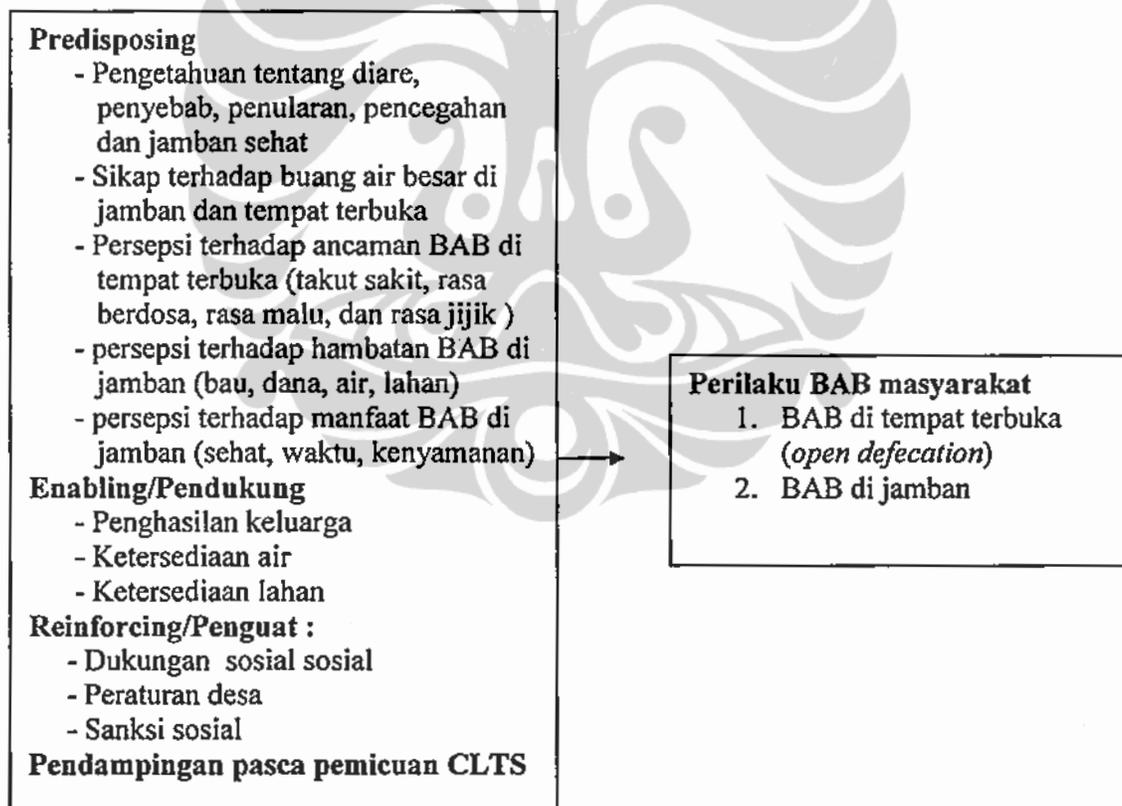
Pemicuan CLTS dilakukan terhadap masyarakat diharapkan ada peningkatan pengetahuan dan sikap serta persepsi yang positif untuk akhirnya mau berubah perilaku buang air besar yang semula ke tempat sembarangan berubah menjadi buang air besar ke jamban. Meningkatnya pengetahuan, adanya sikap yang positif dan persepsi yang baik semestinya diikuti dengan perubahan perilaku buang air besar, namun bisa juga tidak terjadi perubahan perilaku. Berdasarkan hasil penelitian kualitatif, bahwa masyarakat setelah dipicu dengan CLTS meningkat pengetahuan, sikap dan persepsinya menjadi positif yang merupakan sebagai faktor-faktor untuk tidak lagi buang air besar di tempat sembarangan (Septiadi,2006). Berdasarkan *Teory Health Belief Model* yang disebut juga model kepercayaan (Rosenstok,1974,1977 dalam Graef,dkk.1996) 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. *Theory of Reasoned Action* menyatakan bahwa seseorang dapat berperilaku karena adanya sikap untuk melakukan.

Masyarakat dapat berubah perilaku karena adanya dukungan dari orang terdekat dan dapat dipercaya, bahkan karena mengikuti/meniru perintah/nasehat termasuk perilaku orang-orang yang dipandang dapat dipercaya dan terhormat dalam sistem masyarakat. Jika masyarakat tersebut tinggal dalam masyarakat yang 'agamis' maka masyarakat akan mengikuti perintah/nasehat dari tokoh agama (kiyai, pendeta/pastur) demikian juga kalau masyarakat tersebut masih 'kental' dengan sistem adat, maka masyarakat akan mendengar/mengikuti

perintah/nasehat perilaku tokoh adat. Seperti contoh di Sumatera Barat, masyarakat sangat hormat dan patuh terhadap perintah/nasehat *wali nagari* (IDS, 2007). Kenyataan lain seperti masyarakat pedesaan masih sangat patuh dengan perintah/nasehat aparat pemerintah desa yang mereka pilih. Sehingga ketika program pemicuan CLTS didukung oleh aparat pemerintah desa, maka masyarakat akan mengikuti perintah/nasehat dan termasuk peraturan desa yang ditetapkan aparat pemerintah. Masyarakat juga dapat mengikuti nasehat dari tetangga/masyarakat lain yang memiliki kedudukan yang sama dalam sistem sosial, yang memiliki kelebihan dalam tingkat pengetahuan, cepat menerima perubahan (inovasi), bermoral, dihormati dan memiliki sifat untuk membantu serta berkharisma. Seperti contoh di desa Sindanglaya (Kab. Pandeglang) terdapat tim pemberantas tahi, *Natural leader* (Kab. Nganjuk) melakukan pemicuan CLTS dapat berhasil dan masyarakat mau berubah (IDS, 2007). Kenyataan ini mendukung *Theory of Reasoned Action* menyatakan bahwa seseorang dapat berperilaku karena faktor lingkungan sosial (individual dan kelompok) yang mendukung perilaku tersebut (norma-norma subyektif). 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 (Graef, et al, 1996)

Kemungkinan penyebab perubahan perilaku buang air besar karena faktor lain seperti penghasilan yang tidak memadai dan ketidaktersediaan lahan, yang walaupun pengetahuan, sikap dan persepsi yang baik, namun tidak ada kemampuan untuk membangun jamban sehingga perilaku buang air besar tetap di sembarang tempat. Faktor ketersediaan air juga berkontribusi dalam perubahan perilaku buang air besar. Masyarakat berasumsi jika membangun jamban di dekat rumah dan sulit mendapatkan air, itu artinya mendekatkan kotoran/faeces dengan tempat tinggal/rumah, sehingga masyarakat tetap buang air besar di sembarang tempat. Penelitian kualitatif mengemukakan faktor penghasilan keluarga, ketersediaan air, ketersediaan lahan dan adanya peraturan desa merupakan sebagai faktor penting untuk masyarakat tidak lagi buang air besar di tempat sembarangan (IDS, 2007).

Faktor pendampingan merupakan kegiatan pasca pemicuan CLTS yang diharapkan komitmen berubah perilaku dapat terjaga dan selanjutnya masyarakat berkeinginan membangun jamban. Masyarakat sebenarnya sangat senang dikunjungi oleh fasilitator yang dia senangi dan dapat membantu memenuhi kebutuhannya. Diasumsikan bahwa masyarakat yang sudah dipicu jika tidak dikunjungi/pendampingan, maka semangat yang semula kuat untuk berubah akan menjadi lemah dan hilang. Sebaliknya Kecenderungan masyarakat yang pernah dikunjungi maka semangat untuk berubah masih terpelihara. Wawancara yang pernah dilakukan peneliti (Oktober 2008) terhadap petugas Puskesmas sewaktu melakukan monitoring dan evaluasi di lokasi pemicuan CLTS, bahwa desa yang tidak didampingi, progress pertambahan masyarakat yang berubah perilakunya sangat lambat.



Bagan 10. Kerangka konsep Determinan yang berhubungan dengan perilaku buang air besar masyarakat.

### 3.2. DEFENISI OPERASIONAL DAN PENGUKURANNYA

No	Variabel Bebas - Pengetahuan	DO	Cara ukur	Alat ukur	Hasil ukur	Skala Ukur
1	Variabel Bebas - Pengetahuan	<p>Pernyataan responden tentang pemahaman masyarakat terkait pengertian faeces/kotoran manusia dan jenis bakteri yang ada didalamnya serta cara penularannya ke tanah, air, makanan/minuman; dampak terhadap kesehatan akibat tercemar oleh bakteri faeces, pengertian jamban dan manfaatnya dan cara pengendalian penyakit karena tercemar oleh bakteri faeces. Jawaban dinilai berdasarkan salah atau benarnya jawaban yang diberikan. Bila responden menjawab benar diberi nilai 1, namun jika salah diberi nilai 0, selanjutnya dilakukan skoring dan nilai total skor dikelompokkan menjadi menjadi baik (2), dan kurang (1)</p>	wawancara	Kuesioner pertanyaan no. B11-B19	<p>1. benar 0. salah Dan dikelompokkan menjadi baik (2), dan kurang (1)  cut of point : - mean</p>	Ordinal

- sikap	Pernyataan responden tentang kondisi perasaan/kesadaran, pengalaman dan pandangan dari masyarakat terhadap perilaku buang air besar masyarakat	wawancara	Kuesioner pertanyaan no C.20-24	1. setuju 2. netral 3. tidak setuju dan dikelompokkan menjadi sikap baik (2), kurang (1) cut of point : - mean	Ordinal
- Persepsi ancaman	Pernyataan responden tentang pandangan terhadap ancaman ketika melakukan buang air besar di tempat terbuka seperti terdapat rasa takut sakit, rasa malu, rasa jijik dan rasa berdosa;	Wawancara	Kuesioner Pertanyaan no. D25-31	ya (1), tidak(2). Kemudian dilakukan skoring dan total skor dan dikelompokkan menjadi baik (2), dan kurang (1) cut of point : - mean	Ordinal
Persepsi hambatan	pandangan responden terhadap hambatan perubahan perilaku buang air besar, hambatan dana, lahan dan air untuk membangun jamban	Wawancara	Kuesioner pertanyaan no.D36-D40	ya (1), tidak(2). Kemudian dilakukan skoring dan total skor dikelompokkan menjadi baik (2), kurang (1). Cut of : mean	Ordinal
Persepsi manfaat	pandangan responden terhadap manfaat melakukan buang air besar di jamban terkait manfaat waktu, bersih dan sehat, terhindar dari penyakit dan kenyamanan	Wawancara	Kuesioner pertanyaan no.D32-D35	ya (1), tidak(2). Kemudian dilakukan skoring dan total skor dikelompokkan menjadi baik (2), kurang (1). Cut of : mean	Ordinal

	<p>- penghasilan</p> <p>besarnya penghasilan dinilai dengan uang yang diperoleh rumah tangga selama satu bulan dan penghasilan itu didekati dengan pengeluaran rumah tangga rutin (makan, minum, rekening listrik, biaya sekolah, transportasi dsb) setiap bulan. selanjutnya diklasifikasikan <math>\geq</math> UMR dan <math>&lt;</math>UMR Kab.Pandeglang.</p>	<p>Wawancara</p>	<p>Kuesioner Pertanyaan no. F.52</p>	<p>Rp. .... Selanjutnya diklasifikasikan ke dalam : 1. <math>\geq</math> UMR 2. <math>&lt;</math> UMR Kab.Pandeglang (Rp. 840.000)</p>	<p>Ordinal</p>
<p>-Ketersediaan air</p>	<p>Pernyataan responden terkait kemudahan memperoleh air untuk kebutuhan sehari-hari termasuk untuk kebutuhan air untuk buang air besar. Kondisi ini dinyatakan cukup (2) dan sulit air (1).</p>	<p>wawancara dan observasi</p>	<p>Kuesioner Pertanyaan no. G.53-55</p>	<p>2. <math>&lt;</math>2km atau <math>&lt;</math>30 menit 1. <math>&gt;</math>2km atau <math>&gt;</math>30 menit Cut of point : WHO guideline vol 3 Dinyatakan cukup apabila masyarakat memperoleh air/akses terhadap air jaraknya kurang dari 2 km atau jika dikonversikan kedalam waktu pengambilan air, kurang dari 30 menit. Sulit air jika memperoleh air lebih dari 2 km jaraknya dan lebih dari 30 menit untuk memperoleh air. (standar Guideline WHO Vol.3).</p>	<p>Ordinal</p>

	<p>-Ketersediaan lahan</p>	<p>Pernyataan responden tentang ada tidaknya lahan yang dimiliki oleh keluarga untuk membangun jamban.</p>	<p>Wawancara dan observasi</p>	<p>kuesioner Pertanyaan no. H56</p>	<p>2. ada 1. tidak ada ada jika keluarga memiliki lahan untuk membangun jamban yang sesuai persyaratan kesehatan, dan <b>tidak</b> ada jika keluarga tidak memiliki lahan untuk membangun jamban memiliki lahan lagi untuk membuat jamban</p>	<p>ordinal</p>
<p>- pendampingan fasilitator</p>	<p>Pernyataan reponden tentang frekuensi kunjungan fasilitator ke masyarakat setelah pemucuan CLTS</p>	<p>wawancara</p>	<p>kuesioner Pertanyaan no : K 60-61</p>	<p>2. cukup 1. kurang 0. tidak ada kriteria <b>cukup (2)</b> jika fasilitator melakukan kunjungan ke masyarakat minimal 2 kali (mengingat komitmen dan menyusun rencana membangun jamban), <b>kurang (1)</b> jika kunjungan ke masyarakat hanya 1 kali dan <b>tidak ada (0)</b> kunjungan fasilitator pasca pemucuan CLTS.</p>	<p>ordinal</p>	

- Peraturan desa	Pernyataan reponden tentang ada tidaknya pelanggaran aktivitas buang air besar di tempat terbuka yang secara tertulis yang dibuat oleh masyarakat dan disahkan oleh pemerintah desa.	Wawancara	Kuesioner Pertanyaan no. I 57-58	Jawaban dinyatakan ya (1) dan tidak (0).	Nominal
- dukungan sosial	ada tidaknya kampanye, motivasi/nasehat dari masyarakat sekitar atau dari kerabat/aparat desa untuk buang air besar di jamban atau adanya bantuan tenaga/gotong royong dalam membangun jamban, hadiah jika masyarakat sudah buang air besar di jamban.	wawancara	kuesioner no. L65-69	dinyatakan ya (1) dan tidak (0). Selanjutnya dikelompokkan menjadi baik (2) dan kurang (1) Cut of point : Mean	ordinal
- Sanksi Sosial	ada tidaknya teguran dari masyarakat/aparat desa ketika terdapat masyarakat melakukan buang air besar di tempat terbuka dan ada tidaknya pengucilan kepada masyarakat yang buang air besar di tempat terbuka	Wawancara	kuesioner Pertanyaan no. L.62-64	dinyatakan ya (1) dan tidak (2). Selanjutnya dikelompokkan menjadi baik (2) dan kurang (1) Cut of point : Mean	ordinal

	<b>Variabel terikat/dependent</b> - Perilaku BAB masyarakat	Pernyataan responden terkait praktik dalam melakukan BAB didasarkan atas BAB di tempat tertentu (jamban dan sejenisnya) dan di tempat terbuka (ladang, saluran irigasi, sungai, pantai)	Wawancara observasi	kuesioner Pertanyaan no. E.48	1. BAB di tempat terbuka 2. BAB di jamban	Nominal
--	--	---	---------------------	----------------------------------	--	---------

### 3.3. Hipotesis

Ada hubungan antara determinan *predisposing* (pengetahuan, sikap, persepsi terhadap ancaman, persepsi terhadap hambatan dan persepsi terhadap manfaat), *enabling* (penghasilan, ketersediaan air, ketersediaan lahan), *reinforcing* (peraturan, sanksi sosial, dukungan sosial) dan determinan pendampingan pasca pemicuan CLTS dengan perilaku buang air besar masyarakat.



## BAB 4 METODE PENELITIAN

### 4.1. Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan menggunakan disain potong lintang (*Crosssectional design*), dimana pengambilan data dilakukan pada waktu sesaat dan secara bersamaan untuk mengukur variabel bebas, dan variabel terikatnya.

### 4.2. Waktu dan Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan periode waktu Mei s/d Juni 2009 di desa wilayah kerja Puskesmas Pagelaran, Kecamatan Pagelaran, Kabupaten Pandeglang, Provinsi Banten. Adapun alasan pemilihan lokasi ini adalah bahwa berdasarkan laporan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Pandeglang, desa di wilayah kerja Puskesmas Pagelaran tersebut telah dilakukan intervensi peningkatan sanitasi masyarakat dengan metode pendekatan CLTS. Setelah dilakukan intervensi terdapat desa yang telah bebas dari buang air besar sembarangan dengan cepat dan ada juga yang lambat, yang masih ditemukan buang air besar di kebun, pantai dan di tempat terbuka lainnya.

### 4.3. Populasi dan Sampel

#### 4.3.1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah masyarakat yang tinggal di desa wilayah kerja Puskesmas Pagelaran, Kecamatan Pagelaran, Kabupaten Pandeglang. Data populasi ini dapat diperoleh di masing-masing kantor Kepala Desa.

#### 4.3.2. Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah Responden yang telah terpilih mewakili masyarakat di desa di wilayah kerja Puskesmas Pagelaran, Kabupaten Pandeglang.

Perhitungan besar sampel dilakukan dengan menggunakan rumus besar sampel untuk rumus besar sampel untuk uji hipotesis beda 2 proporsi (Lemeshow, 1993).

Besar sampel harus dihitung berdasarkan rumus besar sampel untuk uji hipotesis beda 2 proporsi:

$$n = \frac{[z_{1-\alpha/2}\sqrt{2P(1-P)} + z_{1-\beta}\sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)}]^2}{[P_1 - P_2]^2} * deff$$

n = Besar sampel

P = Rata-rata proporsi  $(P_1 + P_2)/2$

P1= proporsi variabel independen (tinggi) yang menggunakan jamban

P2=proporsi variabel independen (rendah) yang menggunakan jamban

Z  $1-\alpha$  = probabilitas kesalahan untuk menerima Ho yang salah/tingkat kepercayaan 95% = 1,96

Z $1-\beta$  = probabilitas kesalahan untuk menolak Ho yang benar/kekuatan uji 80% = 0,842

Besar sampel dihitung berdasarkan masing-masing variabel yang utama yang ada seperti variabel bebas pengetahuan, sikap, ketersediaan air, dan dukungan aparat pemerintah desa selanjutnya dapat dilihat dalam tabel dibawah ini jumlah sampel yang diperlukan.

No	Variabel	P1	P2	DEFF	JUMLAH SAMPEL	REFERENSI
1	Pengetahuan (baik)	54,2%	45,8%	1,96	155	Erlanawati,2008
2	Sikap (positif)	57,85%	37,98%	1,96	196	Suherman, 2002
3	Ketersediaan air (ada)	94,8%	50,7%	1,96	36	Widaryoto, 2002
4	Dukungan aparat pemerintah desa	55,8%	44,2%	1,96	104	Erlanawati,2008

Setelah dihitung maka besar sampel yang paling besar ditentukan menjadi besar sampel dalam penelitian ini, sehingga besar sampelnya adalah 196 responden. Untuk kepentinganantisipasi jumlah sampel yang kurang, maka besar sampel ditambahkan lebih kurang 10%, sehingga besar sampel menjadi 210 responden. Distribusi besar sampel diharapkan merata ke setiap wilayah yang dalam hal ini ke 9 (Sembilan) desa dan selanjutnya disebar merata ke seluruh dusun dalam hal ini ke 21 dusun. Penentuan besar sampel per dusun dihitung secara merata sehingga besarnya adalah 10 responden per dusun (210 sampel dibagi ke 21 dusun). Penentuan responden yang jumlahnya 10 orang ditentukan dengan acak, yaitu ketika petugas pengumpul data bertemu dengan masyarakat yang pernah mendapatkan pemucuan CLTS, maka masyarakat tersebut dijadikan responden penelitian ini.

Tabel 4.3. Jumlah sampel berdasarkan jumlah populasi (KK) yang telah mendapatkan intervensi pendekatan CLTS di desa wilayah kerja Puskesmas Pagelaran.

No	Nama Desa	Nama Dusun	Jumlah Populasi (KK)	Jumlah sampel
1	Sindang laya	- Pasir Mulya	84	10
		- Kadugadung	104	10
		- Kadugenjur	86	10
		- Kadukalahang	23	10
		- Karyamukti	125	10
2	Senang sari	Pangampoan	130	10
3	Montor	Montor kidul	75	10
4	Margasana	- Talun	64	10
		- Kaduparasi	62	10
5	Bama	- Pasir tengah	150	10
		- Sukamandi	111	10
6	Pagelaran	Pematang Tajur	104	10
7	Margagiri	- Bama hilir	417	10
		- Kepuh	78	10
		- Karoeng	100	10
8	Tegal Papak	- Cibangkong	106	10
		- Ciomas	194	10
		- Sinarmulya	60	10
9	Sukadame	- Kahuripan	80	10
		- Ciupas	190	10
		- Bojong Kondang	186	10
	<b>Total</b>		2.531	210

#### 4.4. Cara Pengukuran

Pengukuran data dilakukan dengan wawancara dengan menggunakan kuesioner untuk variabel bebas/independent dan variabel terikat/dependent. Pengukuran disesuaikan dengan defenisi operasional masing-masing variabel.

#### 4.5. Metode Pengumpulan Data

Pengumpulan data dimulai dengan menelusuri data sekunder terkait dengan data demografis di kantor kepala desa dan data primer yaitu melakukan wawancara dan observasi ke responden terpilih terkait dengan data variabel yang diukur.

Pengumpulan data dibantu oleh 3 orang petugas yang sebelumnya dilakukan pertemuan penyamaan persepsi dan cara penggunaan kuesioner. Kuesioner sebelum digunakan, dilakukan ujicoba kuesioner dengan tujuan untuk mengetahui kelayakan kuesioner tersebut.

#### 4.6. Pengolahan Data

Kuesioner yang telah terisi, diperiksa dan data dimasukkan menggunakan software SPSS versi 13. Kalau terdapat kuesioner yang masih kosong/tidak terisi, responden diminta untuk melengkapi data yang kosong/kurang. Setelah seluruh kuesioner sudah lengkap, datanya dimasukkan ke program, dan dilakukan pengecekan konsistensi data dan menguji nilai-nilai ekstrim untuk kepentingan layak/tidak untuk dilakukan analisa data.

#### 4.7. Analisis Data

Analisis data dilakukan untuk secara bertahap, yakni (Hastono, 2007):

##### 1. Univariat

Yaitu untuk menjelaskan/mendeskriftifkan karakteristik masing-masing variabel bebas, yaitu pengetahuan, sikap, persepsi dan penghasilan masyarakat; ketersediaan air, ketersediaan lahan, status fasilitator pemicu, jenis kelamin fasilitator, pendampingan oleh fasilitator; peraturan desa dan faktor tekanan sosial,

serta variabel terikat yaitu perilaku BAB masyarakat. Data hasil penelitian ditampilkan dengan menggunakan tabel distribusi frekuensi.

## 2. Bivariat

Yaitu untuk mengetahui apakah ada hubungan yang signifikan antara variabel bebas dengan variabel terikat. Uji yang digunakan adalah uji Chi-Square dengan batas kemaknaan  $p = 0,005$ . Hasil uji statistik dikatakan mempunyai hubungan bermakna jika nilai  $p$  lebih kecil dari  $\alpha$  ( $p \text{ value} < 0,05$ ). Sebaliknya hubungan dinyatakan tidak bermakna jika hasil uji statistik menunjukkan nilai  $p$  lebih besar dari  $\alpha$  ( $p \text{ value} > 0,05$ ).

## 3. Multivariat

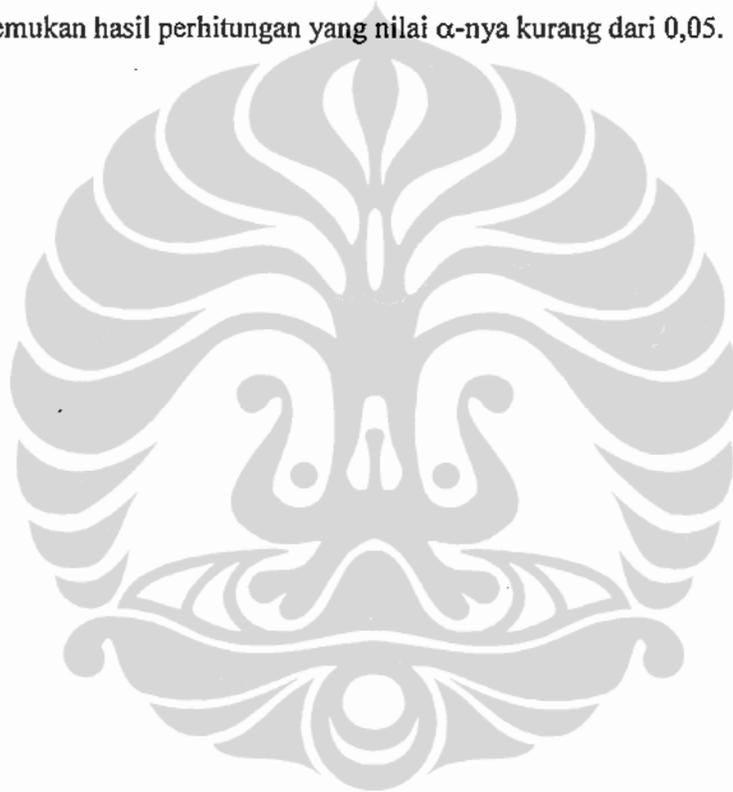
Hasil analisis bivariat di atas dipakai juga untuk menentukan variabel yang layak secara statistik dapat diikutsertakan dalam pemodelan uji multivariat. Kriteria kelayakan yang dipakai adalah apabila nilai  $p$  lebih kecil dari 0,25.

Analisa ini bertujuan untuk melihat hubungan beberapa variabel bebas dengan variabel terikat pada waktu bersamaan. Hasil analisis dapat diketahui dengan melihat variabel bebas mana yang ada hubungan dan keeratan hubungannya paling besar terhadap variabel terikat. Uji yang digunakan adalah regresi logistik ganda.

Langkah-langkah yang diambil dalam melakukan analisis multivariat adalah sebagai berikut (Hastono, 2007) :

- a. Mengidentifikasi kovariat potensial yang dilakukan dengan membuat analisis regresi logistik dari masing-masing kovariat terhadap variabel terikat.
- b. Menganalisis satu per satu untuk masing-masing kovariat
- c. Kovariat yang memiliki nilai uji *likelihood ratio*  $\leq 0,25$  merupakan kandidat yang masuk dalam model multivariat. Apabila terdapat kovariat yang nilainya  $> 0,25$  namun secara substansi penting, maka harus tetap masuk dalam pemodelan.

- d. Berdasarkan hasil evaluasi dengan standar nilai uji *likelihood ratio*, maka kovariat yang memenuhi kriteria dapat masuk perhitungan multivariat.
- e. Melakukan evaluasi hasil perhitungan regresi logistik ganda dengan menggunakan uji *wald* untuk masing-masing variabel dengan standar  $\alpha = 0,05$ .
- f. Mengeluarkan satu per satu kovariat yang memiliki nilai  $\alpha$  lebih dari 0,05 dari pemodelan, yang dimulai dari nilai yang terbesar, sampai ditemukan hasil perhitungan yang nilai  $\alpha$ -nya kurang dari 0,05.

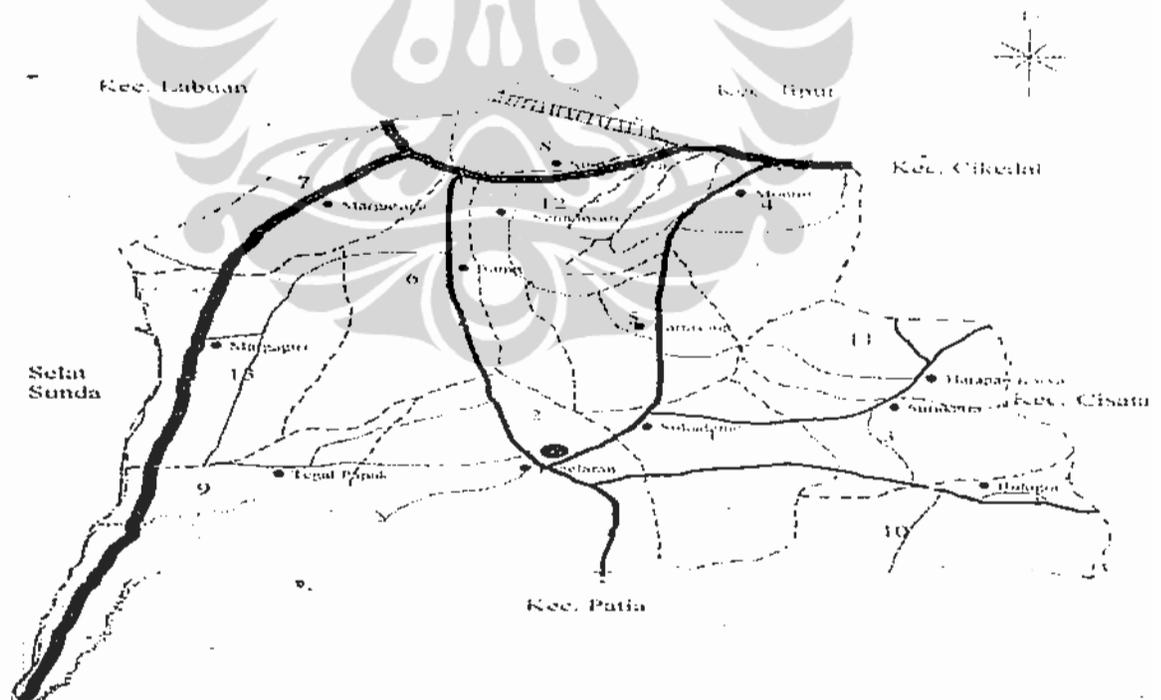


## BAB V. HASIL PENELITIAN

### 5.1. Gambaran wilayah Kecamatan Pagelaran

#### 5.1.1. Gambaran geografis wilayah

Kecamatan Pagelaran adalah salah satu dari 33 kecamatan yang terdapat di Kabupaten Pandeglang dengan luas wilayah 4384 Ha yang terdiri dari daratan 1897 Ha dan persawahan yang membentang 2487 Ha dengan ketinggian permukaan laut 1 – 7 m dan terletak pada jarak kira-kira 45 km dari pusat ibukota Kabupaten Pandeglang. Secara Administratif Kecamatan Pagelaran berbatasan : sebelah utara berbatasan dengan kecamatan cikedal, sebelah barat berbatasan dengan selat Sunda (kecamatan Labuan), sebelah selatan berbatasan dengan kecamatan Patia dan sebelah Timur berbatasan dengan kecamatan Cisata dengan jumlah desa 13 desa, yaitu desa Sukadame, Pagelaran, Surakarta, Montor, Kartasana, Bama, Margasana, Sindanglaya, Tegal Papak, Bulagor, Harapan Karya, Senang Sari dan desa Margagiri.



Gambar 1 : Peta wilayah kecamatan Pagelaran

### 5.1.2. Demografi

Kecamatan Pagelaran memiliki 13 desa yang jumlah penduduk 34.695 jiwa yang terdiri dari laki-laki sebanyak 14.474 jiwa dan perempuan 20.221 jiwa dengan distribusi kelompok umur :

Tabel 5.1.4. Distribusi Penduduk menurut Kelompok umur di Kecamatan Pagelaran tahun 2008

Umur (tahun)	Jenis Kelamin		Jumlah
	Laki-laki	Perempuan	
0 – 4	910	1340	2.250
5 – 14	3.815	3.698	7.513
15 – 44	5.796	9.248	15.044
45 – 64	2.932	4.796	7.728
> 65	1.021	1.139	2.160
Jumlah	14.474	20.221	34.695

Berdasarkan tabel diatas bahwa jumlah penduduk usia 15 – 44 tahun memiliki jumlah terbanyak dibandingkan dengan kelompok umur lainnya. Pada tahun 2007 terdapat penduduk usia kerja sebesar 22.692 jiwa, dan tahun 2008 sebesar 15.044 jiwa .

Tabel 5.1.5. Distribusi penduduk usia 10 tahun keatas berdasarkan tingkat pendidikan di Kecamatan Pagelaran tahun 2007.

Tingkat Pendidikan	Jenis Kelamin		Jumlah	
	Laki-laki	Perempuan	Total	%
Tidak & belum tamat SD	4690	5675	10.365	48.61
SD/MI	2466	2290	4.756	22.30
SLTP/MTs	1799	2345	4.144	19.43
SMA/MA	603	936	1.539	7.20
Diploma 1	121	169	290	1.30
Universitas	91	137	228	1.06
Jumlah	9770	11.552	21.322	100

Tingkat pendidikan penduduk Kecamatan Pagelaran tahun 2008 perjenis kelamin yang berusia diatas 10 tahun ke atas terbanyak pada kelompok tingkat pendidikan Dasar (SD) dan SLTP.

Jumlah keluarga miskin tahun 2008 dari total jumlah penduduk 34.695 jiwa ada 5.211 KK atau 11.865 jiwa dimana mata pencaharian penduduk umumnya kerja serabutan, petani dan buruh kasar, namun mata pencaharian masyarakat yang dominan adalah pertanian (80%).

### 5.1.3. Kondisi kesehatan masyarakat

Berdasarkan profil Puskesmas tahun 2008, bahwa 10 penyakit terbesar yang muncul di masyarakat adalah dominan ISPA, dan secara rinci ditunjukkan pada tabel di bawah ini.

Tabel 5.1.6. Distribusi 10 besar penyakit di UPT Puskesmas Pagelaran tahun 2008

No	Jenis Penyakit	Jumlah kunjungan (orang)
1	ISPA	4947
2	Influenza karena virus YTT	1817
3	Batuk	1463
4	Gastritis dan Duodenitis	1301
5	Demam yang sebab tak diketahui	1251
6	Tukak lambung	1154
7	Diare dan Gastroenteritis	1051
8	Dermatitis lainnya	999
9	Myalgia	866
10	Abses, furunkel & Karbunkel Kutan	786
	Jumlah	15.635

Kondisi kesehatan lingkungan di wilayah kerja Puskesmas Pagelaran, khususnya rumah tangga yang memiliki sarana jamban, umumnya masih rendah. Sebagian besar masyarakat masih melakukan buang air besar ke tempat terbuka seperti kebun, sungai dan tempat lainnya yang terbuka.

Tabel 5.1.7. Distribusi penduduk menurut rumah tangga yang memiliki jamban di wilayah kerja Puskesmas Pagelaran tahun 2009

No	Nama Desa	Jumlah penduduk (org)	Jumlah rumah	Jumlah rumah memiliki jamban	Persentase (%)
1	Sukadame	2.511	608	318	52.3
2	Pagelaran	3.989	719	323	44.92
3	Surakarta	2.016	413	172	41.65
4	Montor	3.215	707	272	38.47
5	Kartasana	1.897	482	368	76.35
6	Bama	2.401	585	296	50.6
7	Margasana	3.191	609	240	39.41
8	Sindanglaya	2.102	484	323	66.74
9	Tegal Papak	2.577	602	211	35.05
10	Bulagor	2.764	585	200	34.19
11	Harapan karya	1.782	394	170	43.15
12	Senang sari	2.274	505	218	43.17
13	Margagiri	3.976	725	425	58.62
<b>Total</b>		<b>34.695</b>	<b>7.418</b>	<b>3.536</b>	<b>47.7</b>

Tabel diatas menunjukkan rata-rata rumah yang memiliki jamban sebanyak 47.7%, desa Kartasana memiliki rumah dengan jamban tertinggi (76,35%) dan desa Bulagor terendah memiliki jamban (34%).

## 5.2. Analisis Univariat

Penelitian dilaksanakan selama kurun waktu pertengahan bulan Juni 2009, di 21 dusun yang tersebar di 13 desa kecamatan Pagelaran dengan jumlah sampel sebanyak 210 responden. Pengambilan data menggunakan kuesioner yang sebelumnya dilakukan ujicoba instrumen di lokasi di desa yang sama, namun berbeda responden untuk sampel penelitian. Peneliti melakukan pengumpulan data dibantu 3 orang petugas pengumpul data, dimana sebelumnya dilakukan penyiapan petugas/orientasi terhadap penggunaan instrumen/ kuesioner.

### 5.2.1. Distribusi karakteristik Responden

#### 1. Pendidikan

Tingkat pendidikan responden umumnya telah menamatkan sekolah dasar (SD) yaitu 69.5%, menyelesaikan pendidikan SMP sebanyak 16.7% dan perguruan tinggi sebanyak 1% .

Tabel 5.2.8. Distribusi responden menurut tingkat pendidikan

Tingkat Pendidikan	Frekuensi	Persentase (%)
Tidak tamat SD	18	8.6
SD	146	69.5
SMP	35	16.7
SMA/SLTA	9	4.3
Perguruan tinggi	2	1.0
<b>Total</b>	<b>210</b>	<b>100</b>

#### 2. Jenis Pekerjaan

Tabel 5.2.9. Distribusi responden menurut jenis pekerjaan

Jenis Pekerjaan	Frekuensi	Persentase (%)
Tidak bekerja	129	61.4
Petani	13	6.2
Pengusaha/wiraswasta	22	10.5
Pegawai swasta/negeri	5	2.4
Buruh	41	19.5
<b>Total</b>	<b>210</b>	<b>100</b>

Secara umum responden adalah ibu rumah tangga yang tidak memiliki pekerjaan (61.4%), terdapat juga responden sebagai buruh (19.5%), wiraswasta/pengusaha (10.5%), dan pegawai negeri (2.4%).

### 3. Pengetahuan

Tabel 5.2.10. Gambaran pengetahuan responden tentang diare, penyebab, pencegahan dan caranya serta jamban sehat.

Pengetahuan	Frekuensi	%
1. Pengalaman pada waktu mengalami diare/mencret : - perut merasa mual dan buang air encer terus.	209	99,5
2. Frekuensi buang air besar pada saat diare/mencret : - Lebih dari 3 kali/hari	207	98,6
3. Penyebab diare/mencret : - kuman	164	78,1
4. Cara penularan penyakit diare/mencret : - buang air besar di tempat terbuka	151	71,9
5. Lingkungan yang dapat menyebabkan diare/mencret banyak terjadi : - lingkungan kotor dan terdapat kotoran manusia	181	86,2
6 Apakah diare/mencret dapat dicegah : - dapat dicegah	170	81
7. Cara mencegah diare/mencret - buang air besar di jamban dan lingkungan bersih dari tinja	160	76,2
8. Jamban sehat : - tempatnya bersih, tidak terdapat genangan dan tidak berbau	132	62,9

Beberapa pertanyaan yang disampaikan bahwa terdapat responden menyampaikan penyakit diare termasuk penyakit yang tidak dapat dicegah (19%), terkait penyebab diare bahwa terdapat responden menjawab penyebab diare virus (15,7%) dan kecapekan (6,2%). Selanjutnya pengetahuan responden tersebut dikategorikan menjadi kategori kurang dan baik, yang hasilnya dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 5.2.11. Distribusi Responden menurut tingkat pengetahuan

Kategori	Frekuensi	Persentase (%)
Kurang (< mean)	88	41,9
Baik ( $\geq$ mean)	122	58,1
Total	210	100

Pengetahuan responden terkait diare, penyebab dan penularannya, cara pencegahan dan jamban yang sehat umumnya termasuk kategori baik (58.1%) dan kurang (41.9%) dengan mean 6.54 dengan standar deviasi sebesar 1.30

#### 4. Sikap

Tabel 5.2.12. Gambaran sikap responden terhadap perilaku buang air besar di tempat terbuka dan buang air besar di jamban

Sikap	Setuju (%)	Netral (%)	Tidak setuju (%)
1. Buang air besar di tempat terbuka adalah perbuatan merugikan diri sendiri dan orang lain	59,5	0	40,5
2. Kebiasaan buang air besar di tempat terbuka adalah kebiasaan yang harus dihentikan	26,2	49,5	24,3
3. Kebiasaan buang air besar di jamban merupakan perilaku yang bersih dan sehat.	65,2	34,8	0
4. Lingkungan yang bersih dan bebas dari tinja sangat menyenangkan.	100	0	0
5. Pemerintah bertanggung jawab menyediakan jamban pribadi	68,1	4,8	27,1

Tabel diatas menunjukkan bahwa dari jumlah responden (210 orang) terdapat 59,5% menyatakan setuju bahwa buang air di tempat terbuka merugikan diri sendiri dan orang lain, dan yang menyatakan harus dihentikan lebih sedikit (26,2%) dibandingkan yang memilih netral (49,5%) dan bahkan terdapat responden menyatakan tidak setuju (24,3%). Disamping itu terdapat responden menyatakan setuju bahwa buang air besar di tempat terbuka merupakan perilaku hidup bersih dan sehat (65,2%) dan lingkungan menjadi bersih dari tinja dan menyenangkan (100%). Hal yang menarik bahwa responden masih lebih banyak menyatakan setuju bahwa pemerintah bertanggung jawab menyediakan jamban pribadi (68,1%), tidak setuju (27,1%) dan netral (4,8%). Selanjutnya sikap responden di kategorikan menjadi kurang dan baik, yang dapat ditunjukkan dalam tabel dibawah ini :

Tabel 5.2.13. Distribusi responden menurut kategori sikap

Kategori	Frekuensi	Persentase (%)
Kurang (< mean)	70	33,3
Baik ( $\geq$ mean)	140	66,7
Total	210	100

Sikap responden terhadap pentingnya buang air besar di jamban menunjukkan hasil memiliki sikap yang baik sejumlah 66,7% dan yang kurang 33,3% dengan mean 11.45 dan standar deviasi 1.84.

### 5. Persepsi

Persepsi yang diukur dalam penelitian ini adalah persepsi dari aspek ancaman jika buang air besar di tempat terbuka, manfaat jika buang air besar di jamban dan membangun jamban dan hambatan untuk buang air besar di jamban dan membangun jamban.

#### a. Persepsi terhadap ancaman ketika buang air besar di tempat terbuka

Persepsi terhadap ancaman jika buang air besar di tempat terbuka dapat ditimbulkan pada saat pemukiman CLTS. Persepsi tersebut dapat berupa ancaman kerusakan lingkungan, rasa takut sakit, rasa malu, rasa berdosa dan merasa jijik. Gambaran persepsi masyarakat dapat ditunjukkan pada tabel dibawah ini :

Tabel 5.2.14. Gambaran persepsi responden terhadap ancaman ketika buang air besar di tempat terbuka

Persepsi ancaman	Ya (%)	Tidak (%)
1. Buang air besar di tempat terbuka dapat mencemari lingkungan	54,8	45,2
2. Merasa takut sakit diare/mencret karena buang air sembarangan	73,8	26,2
3. Merasa berdosa ketika buang air besar di tempat terbuka karena mencemari lingkungan	43,8	56,2
4. Merasa berdosa ketika menggunakan air untuk wudhu yang sudah tercemar tinja	81	19
5. merasa malu buang air besar di tempat terbuka	78,6	21,4
6. merasa malu buang air besar di tempat terbuka karena dapat dilihat orang lain (kaum perempuan)	100	0
7. merasa jijik ketika melihat faeces/tinja ada dilingkungan kampung	55,2	44,8

Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden yang menyatakan bahwa jika buang air di tempat terbuka dapat mencemari lingkungan berjumlah 54,8%, merasa takut sakit diare/mencret (73,8%), tidak merasa berdosa karena mencemari lingkungan (56,2%), merasa berdosa karena air untuk wudhu tercemar tinja (81%). Disamping itu terdapat responden menyatakan malu buang air di tempat terbuka (78,6%), buang air besar di tempat terbuka dapat terlihat orang lain (kaum perempuan) sebanyak 100% dan merasa jijik melihat kotoran tinja (55,2%).

Selanjutnya persepsi ancaman dikategorikan menjadi kurang dan baik yang dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 5.2.15. Distribusi responden menurut kategori persepsi ancaman

Kategori	Frekuensi	%
Kurang (< mean)	88	41,9
Baik ( $\geq$ mean)	122	58,1
Total	210	100

Umumnya responden memiliki persepsi dari aspek ancaman jika buang air besar di tempat terbuka termasuk kategori baik 58,1% (122 orang) dan kategori kurang sebesar 41,9% (88 orang) dengan rata-rata skor (mean) 11,87 dan SD 1,39

b. Persepsi terhadap manfaat buang air besar di jamban

Tabel 5.2.16. Gambaran persepsi responden terhadap manfaat buang air besar di jamban

Persepsi manfaat	Ya (%)	Tidak (%)
1. Buang air besar di jamban membuat lingkungan menjadi bersih dan sehat	64,8	35,2
2. Buang air besar di jamban terhindar dari diare/mencret	40	60
3. buang air besar di jamban terhindar dari jangkauan penglihatan dari orang dan nyaman	88,6	11,4
4. buang air besar di jamban dapat dilakukan kapan saja (siang dan malam) sehingga tidak terganggu	69	31

Tabel diatas menunjukkan bahwa terdapat responden merasakan manfaat jika buang air besar di jamban dapat membuat lingkungan menjadi bersih dan sehat (64,8%), terhindar dari diare/mencret (60%) dan terhindar dari jangkauan penglihatan orang lain dan merasa nyaman (88,6%) serta buang air besar di jamban dapat dilakukan kapan saja (siang dan malam) sebanyak 69%. Selanjutnya persepsi manfaat dari responden di kategorikan menjadi kategori kurang dan baik yang dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 5.2.17. Distribusi responden menurut kategori persepsi terhadap manfaat buang air besar di jamban

Kategori	Frekuensi	%
Kurang (< mean)	62	29,5
Baik ( $\geq$ mean)	148	70,5
Total	210	100

Responden memiliki persepsi merasakan manfaat jika buang air besar di jamban umumnya termasuk kategori baik sebanyak 70,5% (148 orang) dan kategori kurang sebanyak 29,5% (62 orang) dengan rata-rata (mean) skor 6,62 dan SD 0,79

c. Persepsi terhadap hambatan buang air besar di jamban

Persepsi hambatan dalam hal ini adalah persepsi yang dimiliki responden terkait hambatan untuk melakukan buang air besar di jamban dan hambatan untuk membangun jamban. Umumnya responden berpendapat bahwa kebiasaan buang air besar di sembarang tempat sudah menjadi tradisi dan menyatakan tidak sulit dirubah (60%), membangun jamban tidak membutuhkan biaya besar (82,9%), membangun jamban tidak membutuhkan lahan yang besar (66,7%) dan buang air besar di jamban tidak membutuhkan air yang banyak (65,7%). Namun terdapat responden menyatakan bahwa buang air besar di jamban menimbulkan bau yang tidak sedap sebanyak 67,6% (142 orang).

Tabel 5.2.18. Gambaran persepsi responden terhadap hambatan untuk buang air besar di jamban dan membangun jamban

Persepsi hambatan	Ya (%)	Tidak (%)
1. kebiasaan buang air besar di tempat terbuka sudah menjadi tradisi sehingga sulit untuk berubah	40	60
2. membangun jamban membutuhkan biaya besar	17,1	82,9
3. buang air besar di jamban menimbulkan bau yang tidak sedap	67,6	32,4
4. membangun jamban membutuhkan lahan yang besar	33,3	66,7
5. buang air besar di jamban membutuhkan air yang banyak	34,3	65,7

Selanjutnya persepsi hambatan dikategorikan menjadi kategori kurang dan baik yang ditunjukkan pada tabel dibawah ini.

Tabel 5.2.19. Distribusi responden menurut kategori persepsi terhadap hambatan untuk buang air besar di jamban

Kategori	Frekuensi	%
Kurang (< mean)	120	57,1
Baik ( $\geq$ mean)	90	42,4
Total	210	100

Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden termasuk kategori baik memiliki persepsi dari aspek hambatan sebanyak 42,4% (90%) dan kategori kurang yang paling banyak ditemukan yaitu 57,1% (120 orang) dengan mean 8.07 dan standard deviasi 1,52.

#### *7. Pendampingan fasilitator*

Pemicuan CLTS untuk meningkatkan perilaku buang air besar di jamban dilakukan oleh fasilitator. Fasilitator dapat berasal dari masyarakat, petugas kesehatan, tokoh masyarakat dan terdapat juga dari LSM. Secara umum di desa wilayah kerja Puskesmas Pagelaran, pemicuan CLTS dilakukan oleh LSM (dalam hal ini LSM PCI), bersama pemerintah setempat (Bappeda, Dinas Kesehatan). Pada saat pemicuan CLTS petugas kesehatan bersama natural leader dan tokoh masyarakat bersama-sama melakukan pemicuan CLTS di masyarakat.

Kegiatan pasca pemicuan CLTS adalah pendampingan masyarakat oleh fasilitator untuk menjaga komitmen dalam merubah perilaku buang air besar dan membangun jamban. Pendampingan pasca pemicuan CLTS dapat dilakukan sampai masyarakat tersebut menyelesaikan pembangunan jamban. Pendampingan dilakukan dengan melakukan kunjungan ke masyarakat yang belum memiliki jamban.

Tabel 5.2.20. Distribusi responden menurut pendampingan oleh fasilitator CLTS

Pendampingan fasilitator setelah pemicuan CLTS	Frek	%
- tidak pernah	9	4,3
- 1 (satu) kali	15	7,1
- 2 – 4 kali	177	84,3
- 5 – 6 kali	9	4,3
Total	210	100

Berdasarkan tabel diatas bahwa secara umum fasilitator melakukan kunjungan ke masyarakat lebih banyak 5-6 kali (4,3%), 2- 4 kali (84,3%), 1 kali (7,1%) dan tidak ada sama sekali pendampingan (4,3%), yang selanjutnya pendampingan yang dilakukan oleh fasilitator dikategorikan menjadi tidak ada pendampingan, kurang (1 kali) dan cukup (lebih dari 2 kali).

Tabel. 5.2.21. Distribusi responden menurut pendampingan oleh fasilitator pasca pemicuan CLTS

Kategori	Frekuensi	%
Tidak ada	9	4,3
Kurang	15	7,1
Cukup	186	88,6
Total	210	100

Berdasarkan tabel diatas bahwa secara umum fasilitator melakukan kunjungan ke masyarakat lebih dari dua kali (88,6%) dan kurang (7,1) dan bahkan tidak ada kunjungan ke masyarakat (4,3%).

## 8. Peraturan

Tabel 5.2.22 Distribusi responden menurut peraturan

Kategori	Frekuensi	%
Ada	6	2,9
Tidak ada	204	97,1
Total	210	100

Responden yang memberikan jawaban terkait terdapatnya peraturan pelarangan buang air besar di sembarangan hanya 6 responden (2.9%) dan hampir seluruhnya menyatakan tidak terdapat peraturan terkait pelarangan buang air besar dengan sembarangan (97.1%).

#### 9. Ketersediaan lahan, penghasilan keluarga dan ketersediaan air

Tabel 5.2.23. Gambaran responden menurut ketersediaan air, ketersediaan lahan dan penghasilan keluarga

Variabel	Frekuensi	%
- Ketersediaan Lahan :		
- ya	148	70.5
- tidak	62	29.5
- Penghasilan keluarga (Rp) :		
- 300.000 – 500.000	28	13,3
- 500.001- 839.999	90	42,9
- $\geq$ 840.000	92	43,8
- Ketersediaan air :		
- $\leq$ 2 km atau < 30 menit	202	96.2
- > 2 km atau > 30 menit	8	3.8

Secara umum responden memiliki lahan untuk membangun jamban (70.5%) namun yang tidak memiliki lahan (29.5%). Responden yang memiliki penghasilan keluarga diatas UMR Pandeglang (Rp.840.000) sebanyak 52.9% dan dibawah UMR Pandeglang sebanyak 47.1%. Sumber air untuk kebutuhan sehari-hari (MCK, minum, dll) berasal dari sumur gali (92.4%) yang letaknya dekat dengan rumah, sehingga umumnya responden untuk mendapatkan air dengan jarak  $\leq$  2 km atau lama untuk memperoleh air < 30 menit sebanyak 96.2% dan terdapat juga 8 responden (3.8%) mendapatkan air lebih dari > 2 km atau > 30 menit.

#### 10. Sanksi sosial

Tabel 5.2.24. Gambaran responden menurut sanksi sosial

Sanksi Sosial	Ya (%)	Tidak (%)
1. Sanksi sosial berupa sanksi teguran dari kerabat dan tetangga	68,6	31,4
2. Sanksi sosial berupa teguran aparat desa	57,6	42,4
3. Sanksi sosial berupa pengucilan dari kegiatan kemasyarakatan	40,0	60,0

Responden umumnya menyatakan bahwa ketika memiliki kebiasaan buang air besar di tempat terbuka pernah mendapatkan sanksi sosial berupa teguran baik dari kerabat (68,6%), teguran dari aparat desa (57,6%) dan sanksi berupa pengucilan dari kegiatan ke masyarakatan (40%). Selanjutnya sanksi sosial di kategorikan menjadi kategori kurang dan baik yang ditunjukkan pada tabel dibawah ini.

Tabel. 5.2.25 Distribusi responden menurut sanksi sosial jika buang air besar di tempat terbuka

Kategori	Frekuensi	%
Kurang (< mean)	91	43,3
Baik ( $\geq$ mean)	119	56,7
Total	210	100

Tabel diatas menunjukkan bahwa responden yang mendapat sanksi sosial termasuk kategori kurang sebanyak 43,3%, dan baik 56,7% dengan mean 4,66 dan standar deviasi 1,22

#### 10 Dukungan sosial

Dukungan sosial dimaksudkan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat dengan melakukan kampanye buang air besar di jamban, dukungan dari masyarakat berupa nasehat, gotong royong untuk membangun jamban bahkan berupa hadiah dari pemerintah jika sudah buang air besar di jamban.

Tabel 5.2.26. Gambaran responden menurut dukungan sosial

Dukungan sosial	Ya (%)	Tidak (%)
1. dukungan sosial dari aparat desa berupa kampanye buang air besar di jamban	41	59
2. dukungan sosial berupa nasehat dari masyarakat dan aparat desa	71,9	28,1
3. dukungan sosial berupa bantuan gotong royong	18,1	81,9
4. dukungan sosial berupa hadiah dari pemerintah jika sudah bebas dari buang air besar di tempat terbuka	7,1	92,9

Hasil penelitian terdapat responden menyatakan tidak pernah mendapatkan pengarahan (kampanye) aparat desa untuk melakukan buang air besar di jamban (59%), tidak ada kegiatan gotong royong untuk membangun jamban sebesar

81,9% dan tidak ada hadiah dari pemerintah (92,9%). Selanjutnya dukungan sosial dikategorikan menjadi kategori kurang dan baik yang dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Tabel. 5.2.27 Distribusi responden menurut dukungan sosial buang air besar di jamban

Kategori	Frekuensi	%
Kurang (< mean)	99	47,1
Baik ( $\geq$ mean)	111	52,9
Total	210	100

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dukungan sosial termasuk kategori baik sebesar 52,9% dan kategori kurang (47,1%) dengan skor rata-rata (mean) 6,73 dan Standar deviasinya 1,04.

#### 11. Perilaku buang air besar masyarakat

Tabel. 5.2.28 Distribusi responden menurut perilaku buang air besar

Buang air besar	Frekuensi	%
Tempat terbuka	64	30,5
Jamban	146	69,5
Total	210	100

Tabel diatas menunjukkan bahwa perilaku buang air besar masyarakat dilakukan di jamban (69,5%) yang letaknya dekat dengan rumah dan bervariasi jenisnya mulai dari jenis plengsengan, cubluk dan septict tank. Selanjutnya responden yang melakukan buang air besar di tempat terbuka sebesar 30,5% seperti di sungai dan kebun.

### 5.3. Hubungan antar variabel / analisa bivariat.

#### 5.3.1. Hubungan pengetahuan dan perilaku buang air besar masyarakat

Tabel. 5.3.29. Distribusi responden menurut tingkat pengetahuan responden dan perilaku buang air besar masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Pagelaran, Kab. Pandeglang tahun 2009

Pengetahuan	Perilaku Buang air besar				Total	OR (95% CI)	P Value
	Tempat terbuka		Jamban				
	Frek	%	Frek	%			
Kurang	22	25	66	75	88 (100%)	0,635 (0,34-1,16)	0,189
Baik	42	34,4	80	65,6	122 (100%)		
Jumlah	64	30,5	146	69,5	210 (100%)		

Hasil pengujian statistik bahwa pengetahuan responden tidak memiliki hubungan ( $p=0.189$ ) dengan perilaku buang air besar dengan tingkat kepercayaan 95%.

#### 5.3.2. Hubungan sikap dan perilaku buang air besar masyarakat

Tabel 5.3.30. Distribusi responden menurut sikap responden dan perilaku buang air besar masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Pagelaran, Kab. Pandeglang tahun 2009

Sikap	Perilaku Buang air besar				Total	OR (95% CI)	P Value
	Tempat terbuka		Jamban				
	Frek	%	Frek	%			
Kurang	24	34,3	46	65,7	70 (100%)	1,30 (0,705- 2,412)	0,491
Baik	40	28,6	100	71,4	140(100%)		
Jumlah	64	30,5	146	69,5	210 (100%)		

Hasil uji statistik memberikan hasil bahwa sikap tidak memiliki hubungan dengan perilaku buang air besar masyarakat ( $p=0.491$ ).

### 5.3.2. Hubungan persepsi dan perilaku buang air besar masyarakat

#### a. Hubungan persepsi ancaman dengan perilaku buang air besar

Tabel 5.3.31. Distribusi responden menurut tingkat persepsi ancaman dan perilaku buang air besar masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Pagelaran, Kab. Pandeglang tahun 2009

Persepsi ancaman	Perilaku Buang air besar				Total	OR (95% CI)	P Value
	Tempat terbuka		jamban				
	Frek	%	Frek	%			
Kurang	38	43,2	50	56,8	88 (100%)	2,806 (1,533-5,137)	0,001
Baik	26	21,3	96	78,7	122 (100%)		
Jumlah	64	30,5	146	69,5	210 (100%)		

Hasil uji statistik bahwa terdapat hubungan persepsi ancaman buang air besar di tempat terbuka dengan perilaku buang air besar masyarakat ( $p=0,001$ ) dengan tingkat kepercayaan 95%, dan responden yang memiliki persepsi ancaman kategori kurang memiliki risiko untuk buang air besar di tempat terbuka sebesar 2,806 kali (OR) dibanding responden kategori baik (95% CL 1,533- 5,137).

#### b. Hubungan persepsi hambatan dengan perilaku buang air besar

Tabel 5.3.32. Distribusi responden menurut tingkat persepsi hambatan responden dan perilaku buang air besar masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Pagelaran, Kab. Pandeglang tahun 2009

Persepsi hambatan	Perilaku Buang air besar				Total	OR (95% CI)	P Value
	Tempat terbuka		Jamban				
	Frek	%	Frek	%			
Kurang	26	21,7	94	78,3	120 (100%)	0,378 (0,207-0,692)	0,002
Baik	38	42,2	52	57,8	90 (100%)		
Jumlah	64	30,5	146	69,5	210 (100%)		

Tabel diatas menunjukkan hasil bahwa persepsi hambatan untuk merubah perilaku buang air besar dan membangun jamban memiliki hubungan yang signifikan dengan perilaku buang air besar ( $p=0.002$ ) dan dan responden yang memiliki persepsi hambatan kategori kurang memiliki risiko untuk buang air

besar di tempat terbuka sebesar 0,378 kali (OR) dibanding responden kategori baik (CL 95% 0.207 – 0.692).

*c. Hubungan persepsi manfaat dengan perilaku buang air besar*

Tabel 5.3.33 Distribusi responden menurut tingkat persepsi manfaat responden dan perilaku buang air besar masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Pagelaran, Kab. Pandeglang tahun 2009

Persepsi manfaat	Perilaku Buang air besar				Total	OR (95% CI)	P Value
	Tempat terbuka		jamban				
	Frek	%	Frek	%			
Kurang	33	53,2	29	46,8	62 (100%)	4,295 (2,272- 8,120)	0,0005
Baik	31	20,9	117	79,1	148(100%)		
Jumlah	64	30,5	146	69,5	210 (100%)		

Hasil uji statistik menunjukkan bahwa responden memiliki persepsi manfaat buang air besar di jamban berhubungan dengan perilaku buang air besar ( $p=0.0005$ ) dan dan responden yang memiliki persepsi manfaat kategori kurang memiliki risiko untuk buang air besar di tempat terbuka sebesar 4,272 kali dibanding responden kategori baik ( CI 95% 2,272- 8,120).

*5.3.4. hubungan variabel pendampingan fasilitator dan perilaku buang air besar masyarakat*

Tabel 5.3.34 Distribusi responden menurut pendampingan fasilitator dan perilaku buang air besar masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Pagelaran, Kab. Pandeglang tahun 2009

Pendampingan fasilitator	Perilaku Buang air besar				Total	OR (95% CI)	P Value
	Tempat terbuka		Jamban				
	Frek	%	Frek	%			
Tidak ada	6	66,7	3	33,3	9 (100%)	0,199 (0,48- 0,826)	0,024
Kurang	12	38,7	19	61,3	31 (100%)		
Cukup	46	27,1	124	72,9	170 (100%)		
Jumlah	112	53.3	98	46.7	210 (100%)		

Hasil pengujian statistik menunjukkan bahwa pendampingan fasilitator pada pasca pemicual CLTS memiliki hubungan yang signifikan ( $p=0.024$ ) dengan

tingkat kepercayaan 95%. Responden dengan kategori kurang ( $\leq 1$  kali) memiliki risiko untuk buang air besar di tempat terbuka sebesar 0,199 kali dibanding dengan responden yang mendapat pendampingan dari fasilitator  $\geq 2$  kali.

### 5.3.5. hubungan variabel penghasilan keluarga dan perilaku buang air besar masyarakat

Tabel 5.3.35 Distribusi responden menurut penghasilan keluarga dan perilaku buang air besar masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Pagelaran, Kab. Pandeglang tahun 2009

Penghasilan	Perilaku Buang air besar				Total	OR (95% CI)	P Value
	Tempat terbuka		Jamban				
	Frek	%	Frek	%			
< UMR	45	38,1	73	61,9	118 (100%)	2,368 (1,266 – 4,432)	0,01
$\geq$ UMR	19	20,7	73	79,3	92 (100%)		
Jumlah	64	30,5	146	69,5	210(100%)		

Pengujian statistik menunjukkan hasil bahwa penghasilan keluarga terdapat hubungan dengan perilaku buang air besar ( $p=0.01$ ), dan responden yang berpenghasilan < UMR Kab. Pandeglang memiliki risiko sebesar 2,368 kali dibanding dengan responden yang berpenghasilan  $\geq$ UMR (95%CI 1,266-4,432).

### 5.3.6. hubungan variabel peraturan dan perilaku buang air besar masyarakat

Tabel 5.3.36 Distribusi responden menurut peraturan dan perilaku buang air besar masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Pagelaran, Kab. Pandeglang tahun 2009

Peraturan	Perilaku Buang air besar				Total	OR (95% CI)	P Value
	Tempat terbuka		Jamban				
	Frek	%	Frek	%			
Ada	0	0	6	100	6 (100%)	1,457 (1,328- 1,599)	0,1
Tidak ada	64	31,4	140	68,6	204 (100%)		
Jumlah	64	30,5	146	69,5	210 (100%)		

Pengujian statistik bahwa variabel peraturan pelarangan buang air besar di tempat terbuka tidak terdapat hubungan dengan perilaku buang air besar ( $p=0.1$ ) dengan tingkat kepercayaan 95%.

5.3.7. *hubungan variabel ketersediaan air dan perilaku buang air besar masyarakat*

Tabel 5.3.37 Distribusi responden menurut akses air bersih dan perilaku buang air besar masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Pagelaran, Kab. Pandeglang tahun 2009

Ketersediaan air	Perilaku Buang air besar				Total	OR (95% CI)	P Value
	Tempat terbuka		Jamban				
	Frek	%	Frek	%			
Sulit air	3	37,5	5	62,5	8 (100%)	1,387 (0,321- 5,987)	0,660
Cukup air	61	30,2	141	69,8	202 (100%)		
Jumlah	64	30,5	146	69,5	210 (100%)		

Pengujian statistik menunjukkan hasil bahwa ketersediaan air tidak terdapat hubungan dengan perilaku buang air besar ( $p=0.660$ ) dengan tingkat kepercayaan 95%.

5.3.8. *hubungan variabel ketersediaan lahan dan perilaku buang air besar masyarakat*

Tabel.5.3.38. Distribusi responden menurut ketersediaan lahan dan perilaku buang air besar masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Pagelaran, Kab. Pandeglang tahun 2009

Ketersediaan lahan	Perilaku Buang air besar				Total	OR (95% CI)	P Value
	Tempat terbuka		Jamban				
	Frek	%	Frek	%			
Tidak ada	26	41,9	36	58,1	62 (100%)	2,091 (1,119- 3,905)	0,030
Ada	38	25,7	110	74,3	148 (100%)		
Jumlah	64	30,5	146	69,5	210 (100%)		

Pengujian statistik menunjukkan hasil bahwa ketersediaan lahan memiliki hubungan yang signifikan dengan perilaku buang air besar ( $p=0.030$ ) dan

responden yang tidak memiliki lahan memiliki risiko sebesar 2,091 kali dibanding dengan responden yang memiliki lahan (CI 95% 1,119 – 3,905).

### 5.3.9. hubungan variabel sanksi sosial dan perilaku buang air besar masyarakat

Tabel.5.3.39 Distribusi responden menurut sanksi sosial dan perilaku buang air besar masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Pagelaran, Kab. Pandeglang tahun 2009

Sanksi sosial	Perilaku Buang air besar				Total	OR (95% CI)	P Value
	Tempat terbuka		Jamban				
	Frek	%	Frek	%			
Kurang	23	25,3	68	74,7	91 (100%)	0,643 (0,351-1,179)	0,200
Baik	41	34,5	78	65,5	119 (100%)		
Jumlah	64	30,5	146	69,5	210 (100%)		

Pengujian statistik menunjukkan hasil bahwa variabel sanksi sosial tidak terdapat hubungan signifikan dengan perilaku buang air besar di tempat terbuka ( $p=0.2$ ).

### 5.3.10. hubungan variabel dukungan sosial dan perilaku buang air besar masyarakat

Tabel.5.3.40. Distribusi responden menurut dukungan sosial dan perilaku buang air besar masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Pagelaran, Kab. Pandeglang tahun 2009

Dukungan sosial	Perilaku Buang air besar				Total	OR (95% CI)	P Value
	Tempat terbuka		Jamban				
	Frek	%	Frek	%			
Kurang	44	44,4	55	55,6	99 (100%)	3,640 (1,947-6,805)	0,0005
Baik	20	18	91	82	111 (100%)		
Jumlah	64	30,5	146	69,5	210 (100%)		

Pengujian statistik menunjukkan hasil bahwa variabel dukungan sosial terdapat hubungan signifikan dengan perilaku buang air besar di tempat terbuka ( $p=0.0005$ ) dan responden dengan dukungan sosial kategori kurang memiliki

risiko buang air besar di tempat terbuka sebesar 3,640 kali dibanding dengan responden dengan kategori baik (CL 95% 1,947 – 6,805).

#### 5.4. Analisa Multivariat

Seluruh variabel dilakukan seleksi bivariat untuk menjadi kandidat dalam pemodelan dengan cara uji regresi logistik. Dalam pemodelan ini bila variabel-variabel yang diamati dan dianalisa bivariat berhubungan secara statistik bermakna jika nilai  $p < 0,25$ , jika nilai  $p > 0,25$ , maka variabel tersebut dikeluarkan walaupun secara substansi berhubungan. Hasil analisa bivariat ditunjukkan dalam tabel di bawah ini.

Tabel. 5.4.41. Hasil analisis bivariat determinan yang berhubungan dengan perilaku buang air besar masyarakat di wilayah kerja puskesmas Pagelaran, Kab. Pandeglang tahun 2009.

No	Variabel	Nilai p	OR	95% CI
1	Persepsi ancaman	0,01	2,806	1,533-5,137
2	Persepsi manfaat	0,0005	4,295	2,272-8,120
3	Persepsi hambatan	0,002	0,378	0,207-0,692
4	Ketersediaan lahan	0,021	2,091	1,119-3,905
5	-Pendampingan fasilitator (1)	0,121	4,000	0,693-23,089
	-Pendampingan fasilitator (2)	0,026	5,019	1,211-20,805
6	Penghasilan	0,007	2,368	1,266-4,432
7	Dukungan sosial	0,0005	3,640	1,947-6,805
8	Pengetahuan	0,141	0,635	0,345-1,169
9	Sikap	0,399	1,304	0,705-2,412
10	Ketersediaan air	0,666	1,387	0,321- 5,987
11	Peraturan	0,035	0,0005	0 – 0,0005
12	Sanksi sosial	0,150	0,643	0,351-1,179

Hasil analisis bivariat diatas, bahwa terdapat variabel terdapat p value  $> 0,25$ , yaitu variabel sikap dan ketersediaan sehingga variabel tersebut tidak diikutkan ke tahap berikutnya yaitu memilih variabel yang dianggap penting yang masuk dalam model untuk penentuan determinan yang dominan.

#### 5.4.1. Penentuan variabel sebagai determinan yang dominan

Untuk mengetahui determinan yang dominan yang berhubungan dengan perilaku buang air besar masyarakat dilakukan analisis multivariat dengan regresi logistik ganda selanjutnya untuk mendapatkan model yang terbaik sebagai determinan yang berhubungan dengan perilaku buang air besar masyarakat. Model yang terbaik diperoleh jika variabel-variabel mempunyai nilai signifikansi nilai  $p$  value  $< 0,05$ . Pada tahap ini mempertahankan variabel yang mempunyai  $p$  value  $< 0,05$  dan mengeluarkan variabel yang  $p$  value-nya  $> 0,05$ , namun dilakukan secara bertahap dan dimulai dengan nilai  $p$  value yang paling besar.

Tabel. 5.4.42 Hasil analisis multivariat determinan yang berhubungan dengan perilaku buang air besar masyarakat di wilayah kerja puskesmas Pagelaran, Kab. Pandeglang tahun 2009.

	Variabel	Nilai p	OR (ExpB)	95.0% C.I. for EXP(B)	
				Lower	Upper
1	Peraturan	0,999	0,000	0,000	0,000
2	pendampingan(1)	0,014	13,454	1,686	107,397
	pendampingan(2)	0,020	6,996	1,365	35,845
3	Ketersediaan lahan	0,252	1,578	0,723	3,445
4	penghasilan	0,059	2,082	0,972	4,459
5	Pengetahuan	0,625	0,827	0,385	1,773
6	Persepsi ancaman	0,007	2,944	1,351	6,416
7	Persepsi Manfaat	0,005	4,875	2,245	10,589
8	Persepsi hambatan	0,006	0,339	0,156	0,735
9	Sanksi sosial	0,463	0,753	0,353	1,606
10	Dukungan sosial	0,001	3,701	1,710	8,007

Hasil analisis terdapat variabel yang memiliki nilai  $p > 0,05$  yaitu variabel peraturan ( $p=0,999$ ), ketersediaan lahan ( $p=0,252$ ), pengetahuan ( $p=0,625$ ), dan variabel sanksi sosial ( $p=0,463$ ). Variabel yang dikeluarkan lebih dulu dari model adalah variabel dengan  $p$  value terbesar, dalam hal ini adalah variabel peraturan ( $p=0,999$ ). Jika perubahan OR mencapai  $< 10\%$ , maka variabel tersebut tetap dikeluarkan, jika perubahan  $OR > 10\%$ , maka variabel tersebut dimasukkan kembali. Maka proses selanjutnya yaitu analisa multivariat dengan mengeluarkan variabel peraturan, yang hasilnya ditunjukkan dalam tabel dibawah ini.

Tabel. 5.4.43. Hasil analisis multivariat tanpa variabel peraturan .

Variabel	Nilai p	OR (Eks B)	95.0% C.I. for EXP(B)		
			Lower	Upper	
1	pendampingan(1)	0,015	13,107	1,658	103,618
	pendampingan(2)	0,020	7,014	1,356	36,286
2	Ketersediaan lahan	0,199	1,662	0,765	3,609
3	Penghasilan	0,030	2,312	1,087	4,918
4	Pengetahuan	0,489	0,767	0,362	1,624
5	Persepsi ancaman	0,007	2,873	1,334	6,186
6	Persepsi manfaat	0,000	4,539	2,123	9,702
7	Persepsi hambatan	0,012	0,379	0,177	0,809
8	Sanksi sosial	0,548	0,794	0,374	1,686
9	Dukungan sosial	0,001	3,635	1,701	7,768

Hasil uji multivariat menunjukkan bahwa variabel yang memiliki nilai  $p > 0,05$  adalah variabel ketersediaan lahan ( $p=0,199$ ), pengetahuan ( $p=0,489$ ), dan variabel sanksi sosial ( $p=0,548$ ). Perubahan OR setelah variabel peraturan dikeluarkan terdapat OR  $> 10\%$ , yaitu variabel penghasilan (OR=11%) dan variabel persepsi hambatan (OR=11,8%), sehingga variabel peraturan dimasukkan kembali ke dalam model. Selanjutnya perubahan OR dapat di lihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 5.4.44. Hasil analisis multivariat menurut perubahan OR tanpa variabel peraturan

No	Variabel	OR Peraturan	OR (-)Peraturan	% Perubahan
1	Peraturan	0,000	-	-
2	Pendampingan(1)	13.454	13.107	2.6
	Pendampingan(2)	6.996	7.014	0.3
3	Ketersediaan lahan	1.578	1.662	5.3
4	Penghasilan	2.082	2.312	11.0
5	Pengetahuan	0.827	0.767	7.3
6	Persepsi ancaman	2.944	2.873	2.4
7	Persepsi Manfaat	4.875	4.539	6.9
8	Persepsi hambatan	0.339	0.379	11.8
9	Sanksi sosial	0.753	0.794	5.4
10	Dukungan sosial	3.701	3.635	1.8

Selanjutnya dilakukan pengeluaran variabel yang nilai  $p > 0,05$ , yang dilakukan terhadap  $p$  value terbesar, dalam hal ini variabel sanksi sosial dikeluarkan dalam model yang hasilnya dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel. 5.4.45. Hasil analisis multivariat tanpa variabel sanksi sosial.

Variabel	Nilai p	OR(ExpB)	95.0% C.I.for EXP(B)		
			Lower	Upper	
1	Pendampingan(1)	0.010	15.157	1.934	118.813
	Pendampingan(2)	0.016	7.379	1.446	37.651
2	Ketersediaan lahan	0.301	1.500	0.695	3.236
3	Penghasilan	0.060	2.069	0.969	4.418
4	Persepsi ancaman	0.006	3.004	1.381	6.536
5	Persepsi manfaat	0.000	4.819	2.227	10.426
7	Persepsi hambatan	0.004	0.327	0.152	0.704
6	Dukungan sosial	0.001	3.714	1.719	8.022
8	Peraturan	0.999	0.000	0.000	0.000.
9	Pengetahuan	0.589	0.811	.380	1.733

Hasil analisis menunjukkan bahwa ada variabel yang nilai  $p$ -nya  $> 0,05$  yaitu variabel ketersediaan lahan ( $p=0,301$ ), variabel pengetahuan ( $p=0,589$ ), dan perubahan OR setelah variabel sanksi dikeluarkan dari model terdapat variabel yang perubahan  $OR > 10\%$ , yaitu variabel pendampingan ( $OR=12,7\%$ ), sehingga variabel sanksi sosial dimasukkan kembali ke model. Perubahan OR dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 5.4.46. Hasil analisis multivariat menurut perubahan Odds Ratio tanpa variabel Sanksi sosial

No	Variabel	OR sanksi sosial	OR (-) sanksi sosial	% Perubahan
1	Peraturan	0,000	-	-
2	pendampingan(1)	13.454	15.157	12.7
	pendampingan(2)	6.996	7.379	-5.5
3	Ketersediaan lahan	1.578	1.500	4.9
4	Penghasilan	2.082	2.069	0.6
5	Pengetahuan	0.827	0.811	1.9
6	Persepsi ancaman	2.944	3.004	2.0
7	Persepsi Manfaat	4.875	4.819	1.1
8	Persepsi hambatan	0.339	0.327	3.5
9	Sanksi sosial	0.753	-	-
10	Dukungan sosial	3.701	3.714	0.4

Selanjutnya, variabel yang memiliki nilai  $p > 0,05$  dikeluarkan dari model yaitu variabel pengetahuan, dimana hasil uji multivariat dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Tabel. 5.4.47. Hasil analisis multivariat tanpa variabel pengetahuan.

Variabel		Nilai p	OR(ExpB)	95.0% C.I.for EXP(B)	
				Lower	Upper
1	Pendampingan(1)	0.015	12.444	1.616	95.839
	Pendampingan(2)	0.019	6.948	1.371	35.218
2	Ketersediaan lahan	0.242	1.592	0.731	3.469
3	Penghasilan	0.054	2.108	0.986	4.505
4	Persepsi ancaman	0.005	3.017	1.391	6.545
5	Persepsi manfaat	0.0005	4.888	2.250	10.618
6	Persepsi hambatan	0.006	0.337	0.155	0.729
7	Dukungan sosial	0.001	3.700	1.711	7.999
8	Peraturan	0.999	0.000	0.000	0.
9	Sanksi sosial	0.442	0.744	0.350	1.582

Tabel di atas menunjukkan bahwa variabel yang memiliki nilai  $p > 0,05$  adalah variabel ketersediaan lahan ( $p=0,242$ ). Perubahan OR setelah variabel pengetahuan dikeluarkan dari model tidak terdapat perubahan OR  $> 10\%$ , sehingga variabel pengetahuan tetap dikeluarkan dari model. Perubahan OR dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 5.4.48. Hasil analisis multivariat menurut perubahan Odds Ratio tanpa variabel pengetahuan

No	Variabel	OR dengan Pengetahuan	OR tanpa pengetahuan	% Perubahan OR
1	pendampingan(1)	13.454	12.444	7.5
	pendampingan(2)	6.996	6.948	0.7
2	Ketersediaan lahan	1.578	1.592	0.9
3	Penghasilan	2.082	2.108	1.2
4	Pengetahuan	0.827	-	-
5	Persepsi ancaman	2.944	3.017	2.5
6	Persepsi Manfaat	4.875	4.888	0.3
7	Persepsi hambatan	0.339	0.337	0.6
8	Sanksi sosial	0.753	-	-
9	Dukungan sosial	3.701	3.700	0.0
10	Peraturan	0.000	-	-

Selanjutnya variabel ketersediaan lahan ( $p= 0.242$ ) dikeluarkan dari model, hasil uji multivariat dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel. 5.4.49. Hasil analisis multivariat tanpa variabel ketersediaan lahan.

Variabel	Nilai p	OR(ExpB)	95.0% C.I. for EXP(B)	
			Lower	Upper
1 pendampingan(1)	0.014	12.743	1.661	97.783
pendampingan(2)	0.014	7.569	1.514	37.837
2 Penghasilan	0.034	2.248	1.062	4.761
3 Persepsi ancaman	0.005	2.989	1.387	6.443
4 Persepsi manfaat	0.0005	4.791	2.214	10.368
5 Persepsi hambatan	0.003	0.310	0.145	.664
6 Dukungan sosial	0.001	3.727	1.731	8.025
7 Peraturan	0.999	0.000	0.000	0
8 Sanksi sosial	0.558	0.802	0.382	1.681

Hasil uji multivariat pada setelah variabel ketersediaan lahan dikeluarkan dari model pada tabel di atas, bahwa terdapat variabel yang memiliki nilai  $p > 0,05$  yaitu variabel peraturan ( $p=0,999$ ) dan variabel sanksi sosial ( $P=0,558$ ). Perubahan OR setelah variabel ketersediaan lahan dikeluarkan dari model, bahwa seluruhnya perubahan  $OR < 10\%$ , sehingga variabel ketersediaan lahan tetap dikeluarkan dari model.

Tabel 5.4.50. Hasil analisis multivariat menurut perubahan *Odds Ratio* tanpa variabel ketersediaan lahan

No	Variabel	OR dengan ketersediaan lahan	OR tanpa ketersediaan lahan	% Perubahan OR
1	Pendampingan(1)	13.454	12.743	5.3
	Pendampingan(2)	6.996	7.569	8.2
2	Ketersediaan lahan	1.578	-	-
3	Penghasilan	2.082	2.248	8.0
4	Persepsi ancaman	2.944	2.989	1.5
5	Persepsi Manfaat	4.875	4.791	1.7
6	Persepsi hambatan	0.339	0.31	8.6
7	Sanksi sosial	0.753	-	-
8	Dukungan sosial	3.701	3.727	0.7
9	Peraturan	0.000	-	-

#### 5.4.2. Uji interaksi

Uji interaksi dilakukan apabila terdapat variabel yang terdapat dalam model yang nilai  $p > 0.05$ , yang dalam hal ini variabel peraturan dan sanksi sosial. Adanya interaksi apabila  $p \text{ value} < 0,05$ .

Tabel .5.4.51. Hasil uji interaksi variabel independent

	Variabel	P Value	OR(ExpB)	Ada/tidak Interaksi
1	peraturan by sanksi sosial	1.000	0.042	Tidak ada
2	pendampingan by peraturan	0.660	1.334	Tidak ada
3	penghasilan by peraturan	0.093	3.288	Tidak ada
4	Persepsi ancaman by peraturan	0.332	0.511	Tidak ada
5	Persepsi manfaat by peraturan	0.860	1.126	Tidak ada
6	Persepsi hambatan by peraturan	0.635	0.729	Tidak ada
7	peraturan by dukungan sosial	0.064	3.510	Tidak ada
8	pendampingan by sanksi sosial	0.904	1.096	Tidak ada
9	penghasilan by sanksi sosial	0.311	0.431	Tidak ada
10	Persepsi ancaman by sanksi sosial	0.074	4.345	Tidak ada
11	Persepsi manfaat by sanksi sosial	0.340	2.175	Tidak ada
12	Persepsi hambatan by sanksi sosial	0.811	0.828	Tidak ada
13	Dukungan sosial by sanksi sosial	0.326	0.453	Tidak ada

#### 5.4.3. Model terakhir

Model terakhir yang valid adalah model tanpa interaksi yang dapat ditunjukkan pada tabel dibawah ini.

Tabel 5.4.52. Model terakhir determinan yang berhubungan dengan perilaku buang air besar

Variabel	B	Nilai p	OR(ExpB)	95.0% C.I.for EXP(B)		
				Lower	Upper	
1	Pendampingan(1)	2.545	0.014	12.743	1.661	97.783
	Pendampingan(2)	2.024	0.014	7.569	1.514	37.837
2	Penghasilan	0.810	0.034	2.248	1.062	4.761
3	Persepsi ancaman	1.095	0.005	2.989	1.387	6.443
4	Persepsi manfaat	1.567	0.0005	4.791	2.214	10.368
5	Persepsi hambatan	-1.171	0.003	0.310	0.145	.664
6	Dukungan sosial	1.316	0.001	3.727	1.731	8.025

Constanta : 35.353

nilai p: 0.0005 -2 log likelihood : 187.091<sup>a</sup>

Tabel diatas menunjukkan bahwa variabel yang berhubungan bermakna dengan perilaku buang air besar masyarakat adalah variabel pendampingan fasilitator, penghasilan, persepsi ancaman, persepsi manfaat, persepsi hambatan, dan dukungan sosial. Hasil analisis bahwa variabel pendampingan fasilitator merupakan terbesar nilai OR-nya (OR=12.743), sehingga variabel tersebut ditetapkan menjadi variabel dominan berhubungan dengan perilaku buang air besar masyarakat. Interpretasi dari variabel ini adalah responden yang kurang mendapat pendampingan berisiko sebesar 12,743 kali untuk buang air besar di tempat terbuka dan responden yang mendapat pendampingan yang cukup dari fasilitator berisiko untuk buang air besar di tempat terbuka sebesar 7,816 kali. Hal yang menarik untuk variabel persepsi hambatan, dimana responden dengan persepsi hambatan yang kurang (dalam hal ini responden mendapat hambatan) berisiko untuk melakukan buang air besar di tempat terbuka sebesar 0,337 kali (sifatnya *protective* karena  $OR < 1$ ) dibandingkan responden yang memiliki persepsi hambatan yang baik (kurang mendapatkan hambatan).

## BAB VI. PEMBAHASAN

### 6.1. Keterbatasan Penelitian

#### 6.1.1. Bias Informasi

Responden penelitian adalah masyarakat yang sudah pernah dilakukan pemucuan CLTS yang bervariasi waktu pelaksanaan pemucuan yang dimulai tahun 2006 s/d tahun 2009 yang dilaksanakan oleh LSM PCI dan Dinas Kesehatan Kabupaten Pandeglang. Sehingga pada saat pengumpulan data, terdapat responden 'bias recall' dimana masyarakat harus mengingat-ingat pada masa lalu saat pemucuan CLTS dilaksanakan.

#### 6.1.2. Instrumen

Uji coba instrumen dilakukan tidak terhadap semua variabel, namun dilakukan khusus untuk variabel pengetahuan, sehingga pada saat pengumpulan data terdapat istilah-istilah di masyarakat yang memiliki arti yang berbeda, misalnya jamban menurut masyarakat setempat memiliki arti tempat buang air besar dan tempat mandi. Sebelumnya dilakukan uji reliability dan memenuhi prinsip reliabel dimana nilai alpha-nya 0,928 ( $> 0,6$ ).

### 6.2. Pembahasan

Berdasarkan hasil penelitian, bahwa variabel yang diteliti secara statistik tidak semua memiliki hubungan yang bermakna walaupun secara substansi memiliki keterkaitan, namun ada juga variabel yang memiliki hubungan bermakna. Variabel yang memiliki hubungan yang signifikan terhadap perilaku buang air besar masyarakat adalah variabel persepsi (ancaman, manfaat dan hambatan), penghasilan keluarga, ketersediaan lahan, pendampingan fasilitator dan dukungan sosial, sementara variabel yang tidak memiliki hubungan dengan perilaku buang air besar adalah variabel pengetahuan, sikap, ketersediaan air, peraturan, dan sanksi sosial. Diantara variabel tersebut, terdapat variabel sebagai konfounding, yaitu variabel peraturan dan variabel sanksi sosial.

### 1. Pengetahuan

Variabel pengetahuan secara substansi memiliki keterkaitan dalam penentuan perilaku baru yang diharapkan. Dalam penelitian ini pengetahuan yang diukur terkait penyakit yang berhubungan penyakit yang berbasis lingkungan khususnya diare, penyebab penyakit, penularan penyakit, pencegahan dan pengetahuan tentang jamban yang sehat. Responden menjawab dengan benar diberi skor 1 dan jika salah diberi skor 0. selanjutnya responden dikelompokkan ke dalam kategori kurang dan baik. Responden termasuk kategori kurang terdapat 41,9% (88 orang) dan kategori baik sebesar 58,1% (122 orang). Responden dalam kategori kurang (88 orang) yang melakukan buang air besar di tempat terbuka (*open defecation*) terdapat 25% (22 orang) dan buang air besar di jamban terdapat 75% (66 orang), dibandingkan dengan responden yang pengetahuannya termasuk kategori baik (122 orang) melakukan buang air besar di tempat terbuka (*open defecation*) sejumlah 34,4% (42 orang) dan buang air besar di jamban sejumlah 69,5% (80 orang). Hasil pengujian statistik bahwa pengetahuan responden tidak memiliki hubungan yang signifikan ( $p=0.189$ ) dengan perilaku buang air besar dengan. Berbeda hasil penelitian ini dengan penelitian kualitatif yang sebelumnya menyatakan bahwa pengetahuan yang memadai terkait dengan kesehatan, dampak perilaku buang air besar di tempat terbuka, manfaat jamban dan kebersihan lingkungan turut mempengaruhi untuk perubahan perilaku (Septiadi, 2006). Pemicuan CLTS dilakukan diantaranya untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat yang diharapkan masyarakat dapat menilai perilakunya terkait buang air besar dengan sembarangan (*open defecation*) dengan akibat yang ditimbulkannya. Berdasarkan penelitian yang dilakukan di desa Dukuh Simbarlor, Desa Plosokidul setelah dilakukan pemicuan (pendekatan CLTS) oleh proyek WSLIC-2 bahwa pengetahuan responden terkait buang air besar di jamban sebagian besar tinggi (89,4%) (Annisfaini, 2007). Hal yang sama diperoleh dalam penelitian ini bahwa pemicuan CLTS di desa di wilayah kerja Puskesmas Pagelaran, bahwa secara umum masyarakat termasuk dalam kategori baik (58,1%) dan yang melakukan buang air besar di jamban sebanyak 69,5% (80 orang). Hasil penelitian ini juga dijumpai pengetahuan yang kurang (persentasenya cukup besar) terkait dengan cara penularan diare dan syarat jamban sehat. Sehingga pada

saat pemicuan CLTS penyampaian pengetahuan terkait hubungan sebab dan akibat terkait penyakit (rantai penularan) khususnya diare bobotnya lebih diperhatikan namun untuk pengetahuan terkait jamban sehat, hal itu disampaikan pada saat pendampingan masyarakat dalam menyusun rencana membangun jamban. Menurut model komunikasi/persuasi, bahwa perubahan pengetahuan merupakan prekondisi bagi perubahan perilaku kesehatan dan perilaku-perilaku yang lain (Graef, et al, 1996). Pendidikan kesehatan merupakan upaya memperbaiki faktor *predisposing* khususnya pengetahuan individu dalam memperbaiki gaya hidup dan perilaku-nya untuk bisa hidup sehat dan mencegah penyakit khususnya dengan melakukan buang air besar dengan sehat yaitu ke jamban.

## 2. Sikap

Berbagai pertanyaan yang disampaikan kepada responden terkait variabel sikap, pada umumnya setuju bahwa buang air besar di tempat terbuka dapat merugikan diri sendiri dan orang lain (59,5%), setuju bahwa kebiasaan buang air besar di jamban merupakan perilaku bersih dan sehat (65,2%), setuju bahwa lingkungan yang bersih dan bebas dari tinja sangat menyenangkan (100%), namun terdapat responden yang jumlahnya sedikit (26,2%) yang menyatakan setuju bahwa kebiasaan buang air besar di tempat terbuka harus dihentikan. Disamping itu terdapat responden yang jumlahnya banyak (68,1%) yang menyatakan setuju bahwa pemerintah bertanggung jawab menyediakan jamban pribadi. Sikap responden di kategorikan menjadi kategori sikap kurang dan sikap baik. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat responden yang termasuk kategori kurang 33,3% (70 orang) dan kategori baik 66,7% (140 orang). Responden yang termasuk kategori sikap kurang yang melakukan buang air besar di tempat terbuka (*open defecation*) sejumlah 34,3% dan yang buang air besar di jamban sejumlah 65,7%, sementara yang termasuk kategori sikap baik untuk berubah perilaku melakukan buang air besar di tempat terbuka sejumlah 28,6% dan buang air besar di jamban sejumlah 71,4%. Hasil pengujian statistik bahwa sikap tidak memiliki hubungan dengan perubahan perilaku buang air besar ( $p=0,491$ ) dengan tingkat kepercayaan 95%, namun secara substansi, sikap memiliki keterkaitan dengan perubahan

perilaku buang air besar. Hal ini didukung dengan hasil penelitian Septiadi (2006), bahwa sikap turut berkontribusi dalam perubahan perilaku. Model Hubley menyatakan bahwa individu memiliki sikap tertentu terhadap perilaku kesehatan dipengaruhi oleh nilai budaya, tradisi/kebiasaan setempat, pendidikan dan pengalaman. Sehingga ketika melakukan intervensi terhadap sikap terhadap perilaku tertentu, haruslah juga menyentuh aspek-aspek tersebut (Depkes at al, 1999). Penyiapan sikap dari awal untuk suatu intervensi kesehatan, merupakan hal penting (pre-kondisi) untuk sebuah perubahan perilaku kesehatan (Graef, et al, 1996). Pemicuan CLTS diharapkan dapat mengubah sikap masyarakat untuk berubah perilaku buang air besar, dan dalam penelitian ini responden sudah pernah mendapat pemicuan CLTS yang memiliki sikap termasuk kategori baik (sikap positif untuk berubah) yang jumlahnya cukup banyak (66,7%), namun diantaranya terdapat responden melakukan buang air besar di tempat terbuka..Khusus untuk sikap responden yang umumnya setuju terkait dengan pemerintah yang bertanggung jawab dalam penyediaan jamban pribadi. Memang era orde baru, pemerintah memiliki program penyediaan jamban pribadi untuk masyarakatnya (menyentuh aspek *enabling*). Namun program tersebut gagal, karena sarana tersebut tidak dipelihara dan tidak terpakai (*Progress on Drinking and Sanitation Unicef & WHO, 2008*). Sehingga dengan berubahnya paradigma ke arah pembangunan sanitasi berbasis masyarakat dengan pendekatan berbasis masyarakat, bahwa masyarakat sudah menjadi pelaku dengan disadari bahwa masyarakat sebenarnya mampu mengatasi masalahnya dengan sumber daya yang dimiliki khususnya menyediakan jamban atau sarana sanitasi lainnya.

### 3. Persepsi

Variabel persepsi yang diamati dalam penelitian ini ada 3 aspek yaitu persepsi ancaman, manfaat dan hambatan terkait perilaku buang air besar baik di jamban dan di tempat terbuka (*open defecation*). Berbagai pertanyaan terkait dengan persepsi ancaman jika melakukan buang air besar di tempat terbuka terdapat responden merasa tidak berdosa ketika mencemari lingkungan dengan melakukan buang air besar di tempat terbuka (56,2%), namun terdapat responden merasa berdosa ketika menggunakan air untuk wudhu yang sudah tercemar tinja (81%).

Disamping itu terdapat persepsi masyarakat untuk merasa malu buang air besar di tempat terbuka (78,6%), merasa malu ketika buang air besar di tempat terbuka dapat terlihat oleh orang lain (100%) dan terdapat responden merasa tidak jijik melihat tinja ada di lingkungan kampung (55,2%). Persepsi ancaman responden dikategorikan menjadi persepsi kurang dan baik. Responden yang termasuk persepsi kategori baik (58,1%) dan kategori kurang (41,9%). Responden yang termasuk kategori baik melakukan buang air besar di jamban (78,7%) dan buang air besar di tempat terbuka (21,3%), selanjutnya responden yang termasuk kategori kurang, yang melakukan buang air besar di jamban (56,8%) dan buang air besar di tempat terbuka (43,2%). Setelah dilakukan uji statistik, bahwa persepsi ancaman memiliki hubungan yang signifikan dengan perilaku buang air besar ( $p=0,001$ ) dengan tingkat kepercayaan 95% dan odds ratio 2,806. Adanya persepsi merasakan ancaman jika buang air besar di tempat terbuka seperti takut sakit, rasa berdosa, dapat dilihat orang lain, rasa malu membuat penegasan keputusan untuk melakukan pencegahan atau berperilaku kesehatan lainnya yaitu dengan melakukan buang air besar di jamban. *Teori Health Believe Model* (HBM) menyatakan adanya persepsi individu terhadap kerentanan dapat mempengaruhi keputusan dalam perilaku-perilaku kesehatan (Rosenstok,1974,1977 dalam Graef,dkk.1996). Demikian juga dengan adanya prinsip kebersihan dalam beribadah khususnya beragama Islam, persepsinya akan merasakan takut berdosa terkait air untuk wudhu jika tercemar dengan tinja, menggunakan air untuk beribadah semestinya bersih dan suci (Hindu, Kristen/Katholik) dan persepsi merasa berdosa jika mencemari lingkungan. Sehingga dengan memiliki persepsi-persepsi demikian akan mempengaruhi keputusan untuk berperilaku untuk menjaga lingkungan bebas dari kotoran tinja (Depkes at al, 1999).

Berbagai pertanyaan terkait menilai persepsi manfaat apabila buang air besar pada penelitian ini, diperoleh hasil bahwa persepsi responden merasakan manfaat buang air besar di jamban membuat lingkungan menjadi bersih dan sehat (64,8%), terhindar dari diare/mencret (40%), terhindar dari jangkauan penglihatan orang lain (88,6%) dan buang air besar di jamban dapat dilakukan kapan saja (siang dan malam) berjumlah 69%. Selanjutnya responden dikategorikan menjadi responden kategori kurang (29,5%) dan kategori baik (70,5%). Responden yang

termasuk kategori kurang (62 orang) terdapat melakukan buang air besar di tempat terbuka (53,2%) dan buang air besar di jamban (46,%). Responden yang termasuk kategori baik (148 orang) melakukan buang air besar di jamban (79,1%) dan buang air besar di tempat terbuka (20,9%). Hasil uji statistik bahwa persepsi manfaat terdapat hubungan yang signifikan dengan perilaku buang air besar ( $p=0,0005$ ) dengan tingkat kepercayaan 95% dan odds ratio 4,295. Persepsi manfaat biasanya diarahkan pada memberikan keuntungan jika berperilaku baru. Teori HBM menyatakan bahwa melakukan tindakan pencegahan atau mengurangi risiko merupakan keuntungan (Rosenstock,1974,1977 dalam Graef,dkk.1996). Manfaat itu bisa diukur dari aspek dana, waktu, kenyamanan dan tidak sakit. Responden umumnya memiliki persepsi adanya manfaat dari aspek kenyamanan, waktu, terhindar dari penyakit dan lingkungan menjadi bersih dan sehat jika melakukan buang air besar di jamban. Dengan memiliki persepsi demikian responden akan terpengaruh untuk berperilaku baru dengan melakukan buang air besar di jamban.

Variabel persepsi hambatan yang diukur memberikan hasil bahwa responden yang merasa tidak sulit untuk berubah dari perilaku buang air besar sembarangan berjumlah 60%, responden merasa membangun jamban membutuhkan biaya yang tidak besar (82,9%), menimbulkan bau yang tidak sedap (67,6%), membangun jamban membutuhkan lahan yang tidak besar (66,7%) dan buang air besar di jamban memerlukan air yang banyak (65,7%). Selanjutnya responden dikategorikan menjadi persepsi hambatan kategori kurang (dalam hal ini responden mendapat kesulitan yang berarti) yang besarnya 57,1% dan kategori baik (responden tidak mendapat kesulitan yang berarti) besarnya 42,4%. Responden yang termasuk kategori kurang (120 orang) melakukan buang air besar di jamban (78,3%) dan di tempat terbuka (21,7%), sementara responden kategori baik (90 orang) melakukan buang air besar di jamban (57,8%) dan di tempat terbuka (42,2%). Hasil uji statistik bahwa persepsi hambatan memiliki hubungan signifikan dengan perilaku buang air besar ( $p=0,002$ ) dengan tingkat kepercayaan 95% dan odds ratio 0,378. Memiliki persepsi hambatan kategori kurang umumnya merasa sulit untuk berubah perilaku buang air besar dan keinginan membangun jamban akan terhambat. Sebagian masyarakat berasumsi

jika membangun jamban di dekat rumah dan sulit mendapatkan air, itu artinya mendekatkan kotoran/faeces dengan tempat tinggal/rumah, sehingga masyarakat tetap buang air besar di tempat terbuka. Umumnya faktor kebiasaan yang menjadi tradisi, dana, lahan, menghindari bau, ketersediaan air yang dipersepsikan menjadi hambatan untuk berubah. Pemicuan CLTS yang dilakukan dengan benar sesuai tahapannya dapat memecahkan kebuntuan masyarakat yang memiliki persepsi yang keliru, diharapkan dapat berubah persepsinya.

Pemicuan CLTS dilakukan untuk merubah persepsi 'negatif' yang ada, yang sudah terbangun di masyarakat. Pemicuan CLTS yang dimulai dengan identifikasi masalah, menelusuri masalah tersebut dari aspek keilmiah (hubungan sebab akibat terjadinya penyakit), aspek psikologis (hubungan antar manusia, dan gaya hidup), dan aspek keagamaan, selanjutnya masyarakat diajak untuk melakukan pemecahan masalah dan merencanakan kegiatan dapat membantu masyarakat memiliki persepsi yang positif.

#### *4. Penghasilan keluarga*

Variabel penghasilan keluarga diukur berdasarkan penghasilan yang didekatkan dengan jumlah pengeluaran keluarga per bulan mulai dari pengeluaran untuk kebutuhan makan dan minum, kebutuhan untuk sekolah, listrik, pakaian, dan lain-lain (rokok, jajan anak, dll). Hasil penelitian bahwa penghasilan keluarga (Rp) 300.000 – 500.000 berjumlah 13,3%, 500.001 – 839.999 berjumlah 42,9% dan penghasilan  $\geq$  840.000 berjumlah 43,8%. Selanjutnya penghasilan keluarga dikategorikan berdasarkan UMR kab. Pandeglang (Rp.840.000) dan hasilnya < UMR berjumlah 118 responden dan  $\geq$  UMR berjumlah 92 responden. Responden yang penghasilan < UMR melakukan buang air besar di tempat terbuka sebesar 38,1% dan di jamban 61,9%, sementara penghasilan responden  $\geq$  UMR melakukan buang air besar di tempat terbuka sebesar 20,7% (19 orang) dan di jamban sebesar 79,3% (73 orang). Setelah diuji statistik penghasilan keluarga terdapat hubungan yang signifikan dengan perilaku buang air besar ( $p=0,01$ ) dengan tingkat kepercayaan 95% dan odds ratio 2,368. Penghasilan turut berkontribusi dengan perubahan perilaku buang air besar masyarakat. Masyarakat yang memiliki sumber daya cukup (penghasilan) berpotensi untuk dapat

menyediakan jamban sendiri (Annisfaini, tahun 2007). Ketidakmampuan dari aspek ekonomi untuk masyarakat desa (Kecamatan Pagelaran) ini ditandai dengan masih banyak ditemukan keluarga miskin dari 34.695 jiwa terdapat 5.211 KK atau 11.865 jiwa (tahun 2008), dimana mata pencaharian penduduk umumnya kerja serabutan, petani dan buruh kasar, namun mata pencaharian masyarakat yang dominan adalah pertanian (80%). Ketidak mampuan dari aspek ekonomi ini mendorong masyarakat untuk mengejar penghasilan setiap hari, dengan tidak lagi atau kurang memperhatikan kebersihan diri dan untuk keluarga. Berbagai persoalan di masyarakat ketika akan melaksanakan intervensi bidang sanitasi kaitannya dengan perilaku kesehatan, alasan utama yang selalu diungkapkan masyarakat ketika diajak untuk membangun jamban adalah tidak atau belum punya uang. Padahal persoalan ini bukan utama, karena masyarakat tersebut memiliki rumah yang bagus, memiliki sepeda motor bahkan memiliki telpon seluler. Setelah ditelusuri faktor ketiadaan jamban bukan semata faktor ekonomi, namun lebih pada kesadaran masyarakat yang belum menerapkan pola hidup bersih dan sehat (Percik, Oktober 2008). Disisi lain bahwa masyarakat yang memiliki penghasilan yang memadai cenderung dapat menyediakan sarana sanitasi. Hal ini ditunjukkan penelitian yang dilakukan di Kabupaten Kediri, bahwa 59,6% responden memiliki sumberdaya tinggi dapat membangun jamban (Annisfaini, 2007). Penghasilan yang semakin baik, turut juga berkontribusi dalam peningkatan kualitas sarana jamban.

##### *5. Peraturan*

Variabel peraturan yang diukur adalah terkait ada dan tidaknya peraturan terkait pelarangan buang air besar di sembarang tempat termasuk sanksinya. Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden menjawab tidak ada peraturan 97.1% (204 orang) dan menjawab ada (2,9%). Setelah dilakukan uji statistik bahwa variabel peraturan tidak memiliki hubungan dengan perilaku buang air besar masyarakat ( $p=0,1$ ) dengan tingkat kepercayaan 95%. Hal berbeda dengan hasil penelitian kualitatif pengembangan CLTS yang dilakukan di berbagai daerah, bahwa peraturan pelarangan buang air besar di tempat terbuka cukup efektif untuk

mencapai target desa yang masyarakat-nya telah bebas dari buang air besar di tempat terbuka (*open defecation free*)(IDS,2007).

#### 6. Pendampingan fasilitator

Pendampingan fasilitator pasca pemicuan CLTS di masyarakat diperuntukkan untuk memelihara komitmen masyarakat untuk berubah perilaku buang air besar dan mendampingi pada saat pembangunan jamban. Pendampingan dilakukan oleh fasilitator dengan melakukan kunjungan rumah. Pada penelitian ini, variabel pendampingan fasilitator diukur dengan memperhatikan frekuensi kunjungan ke rumah. Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden yang dikunjungi fasilitator pada pasca pemicuan CLTS yang 5-6 kali jumlahnya 4,3% (9 orang), 2 - 4 kali (84,3%), 1 kali (7,1%) dan responden yang tidak pernah dikunjungi fasilitator jumlahnya 4,3% (9 orang). Selanjutnya pendampingan fasilitator dikategorikan tidak ada (4,3%), kurang yaitu hanya 1 kali (7,1%) dan cukup yaitu lebih dari 2 kali (88,6%). Hasil uji statistik, bahwa pendampingan fasilitator memiliki hubungan yang bermakna ( $p=0,024$ ) dengan tingkat kepercayaan 95% dan setelah dilakukan analisis multivariat variabel ini termasuk variabel yang paling dominan berhubungan dengan perilaku buang air besar masyarakat ( $OR^1 =12,743$  dan  $OR^2=7,569$ ). Interpretasi dari variabel ini adalah responden yang kurang mendapat pendampingan berisiko sebesar 12,743 kali untuk buang air besar di tempat terbuka dan responden yang mendapat pendampingan yang cukup berisiko untuk buang air besar di tempat terbuka sebesar 7,569 kali. Penelitian kualitatif terkait pengembangan CLTS di masyarakat desa Kenongo dan Sindang laya, bahwa pendampingan merupakan faktor penting dalam sebuah perubahan perilaku buang air besar di masyarakat (Septiadi,2006) (IDS, 2007). Namun penelitian ini belum menyentuh kualitas pendampingan yang dilakukan terhadap masyarakat, sehingga perlu penelitian kualitatif. Pendampingan oleh fasilitator memerlukan sumber daya yang cukup. Umumnya pemerintah menyebutkan memiliki 'keterbatasan' untuk mengerahkan petugasnya untuk melakukan pendampingan ke masyarakat. Sebenarnya kalau ditelusuri fungsi dan tugas pokok petugas puskesmas khususnya tenaga sanitasi memiliki peran untuk mendampingi masyarakat untuk dapat hidup bersih dan

sehat dengan pola yang ada seperti program klinik sanitasi (*indoor dan out door*). Sehingga sebenarnya tidak ada masalah untuk melaksanakan pendampingan ke masyarakat.

### 7. Ketersediaan lahan

Lahan yang cukup untuk membangun jamban adalah suatu persyaratan untuk pembangunan jamban yang sehat. Lahan yang disediakan untuk pembangunan suatu jamban yang sehat mulai 2 – 5 m<sup>2</sup>. Lahan ini diperuntukkan pembangunan jamban dimulai dengan model yang sederhana sampai pada model yang modern (Depkes, 2005). Hasil penelitian kualitatif yang dilakukan di kabupaten Pandeglang, bahwa ketersediaan lahan merupakan salah satu faktor untuk penyediaan jamban pribadi (IDS, 2007). Hasil penelitian bahwa sebanyak 70,5% responden menyatakan memiliki lahan yang cukup untuk membangun jamban dan sebanyak 29,5% tidak memiliki lahan. Responden yang menyatakan tidak memiliki lahan (62 orang) yang melakukan buang air besar di jamban sebanyak 58,1% (36 orang) dan sebanyak 41,9% (26 orang) melakukan buang air besar di tempat terbuka. Namun responden yang memiliki lahan yang cukup (148 orang), yang melakukan buang air besar di jamban sebanyak 74,3% (110 orang) dan buang air besar di tempat terbuka sebanyak 25,7% (38 orang). Setelah dilakukan uji statistik bahwa variabel ketersediaan lahan memiliki hubungan yang signifikan ( $p=0,030$ ) dengan tingkat kepercayaan 95%. Namun setelah dilakukan pengujian multivariat variabel ini tidak termasuk variabel dominan. Berdasarkan hasil penelitian di lapangan, terdapat masyarakat tidak bisa membangun jamban karena pemilik lahan tidak menyetujui dimana lahan untuk rumah yang dibangun diatas lahan milik orang lain (sewa tanah) dan juga terdapat masyarakat yang menyewa rumah orang lain. Untuk kasus ini, mungkin intervensi yang mungkin cocok adalah fasilitator melakukan komunikasi dengan pemilik lahan/rumah untuk bekerja sama meningkatkan kesehatan masyarakat. Ketersediaan lahan memang penting, namun ketika masyarakat tidak memiliki lahan untuk membangun sanitasi, mungkin dapat menerapkan konsep sarana sanitasi komunal (bersama) dengan pengelolaan secara bersama atas sarana sanitasi.

### 8. Ketersediaan air

Air sangat dibutuhkan untuk keperluan memasak untuk makan minum dan untuk keperluan kebersihan diri maupun perlengkapan rumah tangga dan sarana termasuk kebersihan untuk kegiatan di jamban. Penelitian kualitatif yang dilakukan di kabupaten Pandeglang, menyatakan bahwa ketersediaan air juga merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi perilaku buang air besar masyarakat (IDS, 2007). Secara umum masyarakat memperoleh air dari sumur gali milik sendiri (92,4%), sumur dalam dan penampungan air dari mata air. Hasil penelitian bahwa responden memperoleh cukup air (dengan jarak  $\leq 2$  km atau lamanya  $< 30$  menit) berjumlah 96,2% (202 orang) dan terdapat juga 8 responden mendapatkan air dengan sulit (lebih dari  $> 2$  km atau lamanya  $> 30$  menit) ke mata air. Responden yang mendapatkan air dengan cukup melakukan buang air besar di tempat terbuka sebanyak 30,2% (61 orang) dan buang air besar di jamban sebanyak 69,8% (141 orang) sementara responden yang sulit mendapatkan air yang buang air besar di tempat terbuka sebanyak 3 orang dan buang air besar di jamban sebanyak 8 orang. Setelah dilakukan uji statistik, bahwa variabel ketersediaan air tidak memiliki hubungan dengan perilaku buang air besar. Hasil penelitian yang sama juga dinyatakan pada penelitian kualitatif di desa kenongo, bahwa variabel ketersediaan air tidak ada hubungan dengan perilaku buang air besar masyarakat (Septiadi, 2006). Namun penelitian kualitatif yang dilakukan di beberapa wilayah (Sumatera Barat, Jawa Barat, Muara Enim dan Pandeglang) bahwa faktor air menjadi isu dalam penyediaan jamban (IDS, 2007). Syarat jamban sehat salah satunya adalah di jamban tersebut tersedia air yang cukup, untuk supaya jamban tersebut bersih dan untuk kebersihan diri (Depkes, 2005). Hasil penelitian terkait ketersediaan sarana air bersih berhubungan dengan perilaku penggunaan jamban (OR=9,076) (Erlianawati, 2008). Penelitian lain (Widaryoto, 2002) juga memberikan hasil yang sama, yang menyatakan bahwa jamban yang tersedia air di dalamnya lebih banyak digunakan (98,4%) dibanding jamban yang tidak tersedia air (50,7%).

### *9. Sanksi sosial dan dukungan sosial*

Dalam tatanan sosial masyarakat terdapat norma-norma dan aturan yang secara alami dapat dilaksanakan dan dipatuhi oleh individu yang ada di dalam sistem sosial. Hubungan antar individu dalam sistem sosial secara alami dapat terjadi karena syarat adanya saling membutuhkan. Hubungan antar individu tidak bisa dihindari dalam tatanan sosial. Sistem sosial untuk masyarakat pedesaan masih 'kental' dengan sifat kegotong royongan dalam melakukan pekerjaan baik untuk kepentingan pribadi maupun untuk umum. Ketika sebuah inovasi untuk kebutuhan tertentu yang berbeda dengan kebiasaan yang sudah 'membudaya' dalam sistem sosial, maka terdapat kelompok/pihak/individu tertentu yang cepat (langsung) menerima, bahkan ada yang sangat lama untuk menerima inovasi untuk sebuah perubahan. Penyebaran inovasi sehingga masyarakat mau menerima banyak faktor-faktor sebagai penghambat dan mempercepat inovasi itu bisa diterima. Khusus untuk perubahan perilaku buang air besar masyarakat yang sudah menjadi kebiasaan turun temurun, perlu 'inovasi' tertentu. Penelitian kualitatif terkait perubahan perilaku buang air besar masyarakat, bahwa dalam sebuah sistem sosial terdapat faktor dukungan sosial dari berbagai level masyarakat dan juga sanksi sosial yang secara alami dapat berlaku. Penelitian yang dilakukan terhadap 210 responden terkait dengan sanksi sosial bahwa masyarakat yang melakukan buang air besar di tempat terbuka mendapat sanksi sosial berupa teguran dari kerabat/keluarga dan tetangga (68,6%), mendapat teguran dari aparat desa (57,6%) bahkan mendapat sanksi sosial berupa pengucilan dari kegiatan kemasyarakatan (pesta, dll) sebanyak 40% (84 orang). Selanjutnya sanksi sosial ini dikategorikan menjadi sanksi sosial kurang sebanyak 43,3% (91 orang) dan sanksi sosial baik sebanyak 56,7% (119 orang). Setelah dilakukan uji statistik bahwa variabel sanksi sosial tidak memiliki hubungan dengan perilaku buang air besar masyarakat ( $p=0,2$ ), walaupun secara substansi variabel ini cukup efektif untuk perubahan perilaku buang air besar masyarakat.

Hasil penelitian terhadap variabel dukungan sosial, bahwa responden mendapatkan dukungan dari aparat desa berupa kampanye untuk buang air besar di jamban (41%) dan menyatakan tidak pernah mendapatkan kampanye (59%), responden mendapatkan nasehat dari masyarakat dan dari aparat desa sebanyak

71,9% (151 orang), responden mendapat dukungan sosial berupa gotong royong (18,1%) dan dukungan sosial berupa pemberian hadiah dari pemerintah jika sudah bebas dari buang air besar di tempat terbuka (*open defecation free*) sebanyak 7,1%. Selanjutnya dukungan sosial ini dikategorikan menjadi dukungan sosial kurang (47,1%) dan baik (52,9%). Setelah dilakukan uji statistik bahwa variabel dukungan sosial memiliki hubungan secara signifikan ( $p=0,0005$ ) dengan tingkat kepercayaan 95% dan variabel ini termasuk variabel dominan yang berhubungan dengan perilaku buang air besar masyarakat. Penelitian di desa kenongo, bahwa masyarakat bergotong royong dalam pembangunan jamban dapat mempercepat desa tersebut mencapai desa yang bebas buang air besar di tempat terbuka (*open defecation free*) (septiadi, 2006). Hasil penelitian penelitian kualitatif di kabupaten Pandeglang, bahwa dukungan aparat desa turut mempercepat perubahan perilaku buang air besar masyarakat (IDS, 2007). *Theory of Reasoned Action* menyatakan bahwa seseorang dapat berperilaku karena faktor lingkungan sosial (individual dan kelompok) yang mendukung perilaku tersebut (norma-norma subyektif). 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 (Graef, et al, 1996). Hal ini memungkinkan ketika terdapat masyarakat yang melakukan buang air besar di tempat terbuka diberi nasehat oleh orang yang berpengaruh akan cenderung 'mendengar' dan mau berubah. Terkait sanksi sosial yang secara alami dapat terjadi ketika hampir seluruh masyarakat di desa tersebut sudah melakukan buang air besar di jamban atau sudah memiliki jamban namun masih ada beberapa masyarakat yang belum berubah, maka dengan secara alami, kelompok tersebut akan berubah sendiri. Hal ini dapat terjadi karena kelompok yang belum berubah di kelilingi atau 'dikepung' oleh masyarakat yang sudah berubah perilaku dan memiliki jamban. Strategi memunculkan faktor 'penekan' sosial atau *sosial pressure* cukup efektif dalam pengembangan CLTS. Seperti contoh dalam pengalaman Kabupaten Nganjuk menerapkan strategi ini, yaitu untuk mempercepat desa tersebut mencapai *open defecation free* dengan cepat dengan menerapkan prinsip yang sederhana. Prinsipnya melakukan pemicuan CLTS mulai dari kelompok dusun yang letaknya paling jauh dari di desa tersebut,

setelah mencapai desa *open defecation free*, di dusun tersebut dilakukan acara deklarasi telah bebas dari *open defecation free* yang dihadiri oleh Kepala Dinas Kesehatan dan aparat dusun lain. Sebelum mencapai lokasi tersebut, Kepala Dinas berjalan kaki menuju dusun tersebut akan melewati dusun yang lain, sehingga masyarakat yang dilewati akan merasa terpicu dengan adanya kegiatan tersebut dan selanjutnya pemicuan dilakukan ke dusun yang lain, hingga mencapai dusun yang letaknya berada di tengah-tengah desa (Dinas Kesehatan Nganjuk, 2007)

#### 10. Pemicuan CLTS

CLTS adalah suatu pendekatan partisipatif yang mengajak masyarakat untuk menganalisa kondisi sanitasi mereka melalui suatu proses pemicuan, sehingga masyarakat dapat berfikir dan mengambil tindakan untuk meninggalkan kebiasaan buang air besar di tempat terbuka. Dalam pemicuan di masyarakat terdapat beberapa faktor yang harus dipicu sehingga target utama yang diharapkan dari pendekatan CLTS yaitu: merubah perilaku sanitasi dari masyarakat yang masih melakukan kebiasaan BAB di tempat terbuka dapat tercapai. Secara umum faktor-faktor yang harus dipicu untuk menumbuhkan perubahan perilaku sanitasi dalam suatu komunitas, diantaranya: perasaan jijik, perasaan malu dan kaitannya dengan privacy seseorang, perasaan takut sakit, perasaan takut berdosa, perasaan tidak mampu dan kaitannya dengan kemiskinan. Umumnya pendekatan CLTS yang dibangun dalam adalah persepsi ancaman ketika buang air besar di tempat terbuka dan hambatan untuk buang air besar di jamban. Hasil penelitian menunjukkan bahwa persepsi terhadap ancaman buang air besar di tempat terbuka menunjukkan bahwa responden yang menyatakan bahwa jika buang air di tempat terbuka dapat mencemari lingkungan berjumlah 54,8%, merasa takut sakit diare/mencret (73,8%), tidak merasa berdosa karena mencemari lingkungan (56,2%), merasa berdosa karena air untuk wudhu tercemar tinja (81%). Disamping itu terdapat responden menyatakan malu buang air di tempat terbuka (78,6%), buang air besar di tempat terbuka dapat terlihat orang lain (kaum perempuan) sebanyak 100% dan merasa jijik melihat kotoran tinja (55,2%).

Persepsi hambatan dalam hal ini adalah persepsi yang dimiliki responden terkait hambatan untuk melakukan buang air besar di jamban dan hambatan untuk

membangun jamban. Umumnya responden berpendapat bahwa kebiasaan buang air besar di sembarang tempat sudah menjadi tradisi dan menyatakan sulit dirubah (40%), membangun jamban membutuhkan biaya besar (17,1%), membangun jamban membutuhkan lahan yang besar (33,3%) dan buang air besar di jamban membutuhkan air yang banyak (34,3 %) dan terdapat responden menyatakan bahwa buang air besar di jamban menimbulkan bau yang tidak sedap sebanyak 67,6% (142 orang)

Hasil penelitian ini memberikan kontribusi pada saat pemicuan CLTS, bahwa menimbulkan perasaan malu, merasa berdosa, dan merasa takut sakit, serta merasa jijik merupakan bobot yang penting/utama. Namun pemicuan CLTS untuk mengurangi perasaan ketidakmampuan/kemiskinan juga merupakan faktor penting dalam pemicuan CLTS di desa wilayah kecamatan Pagelaran.

Pendampingan pasca pemicuan CLTS merupakan kegiatan penting dalam penerapan pendekatan CLTS dalam meningkatkan upaya sanitasi berbasis masyarakat. Komitmen masyarakat untuk tidak buang air besar di tempat terbuka perlu dipelihara dan segera membangun jamban. Pendampingan oleh fasilitator dilakukan pada tahap fasilitasi rencana tindak lanjut, fasilitasi tangga sanitasi dan fasilitasi tahap monitoring. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pendampingan fasilitator yang dilakukan dalam bentuk melakukan kunjungan ke masyarakat lebih banyak 5-6 kali (4,3%), 2- 4 kali (84,3%), 1 kali (7,1%) dan tidak ada sama sekali pendampingan (4,3%) dan pendampingan fasilitator pada pasca pemicuan merupakan faktor dominan (OR terbesar), sehingga variabel ini jika diintervensi dengan baik dapat diasumsikan akan memberikan daya ungkit yang besar dalam keberhasilan penerapan pendekatan CLTS di desa wilayah kerja Puskesmas Pagelaran.

Pemeliharaan perilaku yang baru perlu didukung suasana yang kondusif, dan mungkin dilakukan pemberlakuan peraturan yang mendukung perilaku baru tersebut. Dukungan sosial dari tetangga dan aparat desa untuk berubah perilaku juga merupakan bagian dari penerapan pendekatan CLTS. Dukungan itu bisa berupa gorong royong, sosialisasi dari aparat desa untuk menciptakan suasana kondusif, dan penghargaan dari kepala daerah atas keberhasilan dari masyarakat tersebut dalam bentuk deklarasi juga merupakan hal penting.

## BAB VII. KESIMPULAN DAN SARAN

### 7.1. Kesimpulan

1. Variabel pengetahuan secara statistik tidak memiliki hubungan dengan variabel perilaku buang air besar masyarakat ( $p=0,189$ ), walaupun secara substansi terdapat hubungan dengan perubahan perilaku buang air besar. Peningkatan pengetahuan melalui pemicuan CLTS merupakan prekondisi untuk perubahan perilaku. Pengetahuan terkait penyebab, cara penularan penyakit, cara pencegahan dan pengetahuan jamban sehat perlu menjadi perhatian pada saat pemicuan CLTS.
2. Variabel sikap secara statistik tidak memiliki hubungan dengan variabel perilaku buang air besar masyarakat ( $p=0,491$ ), walaupun secara substansi terdapat hubungan. Peningkatan sikap untuk menjadi positif melalui pemicuan CLTS sebagai upaya prekondisi untuk perubahan perilaku. Sikap untuk menghentikan buang air besar di tempat terbuka yang dapat merugikan diri sendiri dan orang lain masih menjadi perhatian dalam penelitian ini. Kecenderungan responden yang masih mengharapkan bantuan pemerintah untuk membangun jamban masih banyak ditemukan, padahal untuk urusan sanitasi pribadi, itu sudah menjadi tanggung jawab pribadi juga. Sehingga pada saat pemicuan CLTS, diharapkan sikap-sikap yang masih negatif dapat diperbaiki.
3. Variabel persepsi ancaman memiliki hubungan signifikan dengan perilaku buang air besar ( $p=0,001$ ), variabel persepsi manfaat memiliki hubungan yang signifikan dengan perilaku buang air besar ( $p=0,0005$ ) dan variabel persepsi hambatan memiliki hubungan yang signifikan dengan perilaku buang air besar masyarakat ( $0,002$ ). Semua variabel termasuk variabel yang dominan berhubungan dengan perilaku buang air besar masyarakat. Pemicuan CLTS dengan tahapan kegiatannya dilaksanakan dengan semestinya dapat menciptakan persepsi yang positif untuk mempengaruhi keputusan untuk melakukan pencegahan untuk hidup bersih dan sehat yaitu melakukan buang air besar di jamban yang sifatnya permanen.

4. Variabel ketersediaan lahan memiliki hubungan yang signifikan dengan perilaku buang air besar ( $p=0,030$ ), namun tidak termasuk variabel yang dominan. Konsep penyediaan sarana sanitasi secara bersama (komunal) dapat memecahkan masalah keterbatasan lahan untuk membangun sarana sanitasi.
5. Variabel ketersediaan air tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan perilaku buang air besar ( $p=0,660$ ).
6. Variabel penghasilan keluarga memiliki hubungan yang signifikan dengan perilaku buang air besar ( $p=0,01$ ). Penghasilan keluarga turut berkontribusi dalam meningkatkan kualitas sarana jamban.
7. Variabel peraturan terkait pelarangan buang air besar di sembarang tempat tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan perilaku buang air besar ( $p=0,1$ ), namun menjadi variabel konfounding.
8. Variabel sanksi sosial tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan perilaku buang air besar ( $p=0,20$ ) namun menjadi variabel konfounding.
9. Variabel dukungan sosial memiliki hubungan yang signifikan dengan perilaku buang air besar ( $p=0,0005$ ). Dukungan sosial berupa gotong royong dalam membangun jamban cukup efektif dilakukan di desa kenongo (Septiadi, 2006) dan membangun suasana yang kondusif di masyarakat dengan menanamkan nilai-nilai hidup bersih dan sehat dalam setiap kesempatan kegiatan sosial masyarakat.
10. Variabel yang paling dominan berhubungan dengan perilaku buang air besar adalah variabel pendampingan masyarakat pasca pemicuan CLTS karena memiliki OR terbesar, sehingga intervensi yang paling tinggi bobotnya adalah upaya meningkatkan kegiatan pendampingan ke masyarakat pada pasca pemicuan CLTS.

## 7.2. Saran

### a. Puskesmas Pagelaran :

1. Perlu dilakukan kegiatan peningkatan pengetahuan untuk membangun persepsi masyarakat khususnya pengetahuan terkait penyebab, cara penularan penyakit dan cara pencegahan penyakit diare serta pengetahuan terkait jamban

sehat pada saat pemicuan CLTS untuk akhirnya memiliki sikap yang positif dalam berperilaku baru yaitu buang air besar di jamban.

2. Perlu dibangun mekanisme untuk pemeliharaan perilaku masyarakat untuk buang air besar di jamban menjadi permanen dengan memperhatikan persepsi-persepsi yang masih negatif terkait ancaman ketika buang air besar di tempat terbuka (tidak merasa jijik dan tidak merasa berdosa mencemari lingkungan), manfaat buang air besar di jamban dan hambatan untuk berubah perilaku dan membangun jamban (terutama hambatan dana, lahan dan kebutuhan air yang banyak).
3. Pendampingan pasca pemicuan CLTS merupakan faktor dominan pada penelitian ini sehingga disarankan untuk merencanakan kegiatan pendampingan masyarakat menjadi kegiatan pokok.

*b. Pendidikan :*

4. penelitian terhadap variabel pendampingan fasilitator perlu ditindak lanjuti dengan penelitian kualitatif untuk melihat kualitas pendampingan fasilitator terhadap masyarakat dalam memastikan bahwa keputusan untuk berubah perilaku buang air besar ke jamban menjadi permanen.

*c. Dinas Kesehatan Kabupaten Pandeglang :*

5. Berdasarkan hasil penelitian, bahwa perlu dilakukan intervensi peningkatan sanitasi masyarakat terkait pemeliharaan persepsi tetap positif, peningkatan pengetahuan dan sikap, membangun suasana kondusif terkait pemeliharaan nilai-nilai hidup bersih dan sehat di masyarakat dan mendorong peningkatan ekonomi masyarakat untuk akhirnya masyarakat dapat meningkatkan kualitas sarana sanitasinya.
6. Merencanakan pembiayaan yang cukup untuk kegiatan pendampingan masyarakat pada pasca pemicuan CLTS.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, 2007, Laporan MDGs Indonesia, Bappenas, Jakarta.
2. Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, 2004, Kebijakan air minum dan penyehatan lingkungan, Pokja AMPL-Bappenas, Jakarta
3. Curtis & Valerie, 2001, 'Evidence of Behaviour Change Following A Higiene Promotion Programme in Burkina Faso', *Buletin of World Health Organization*, [Online]. Dari <http://www.proquest.com> [18 November 2007]
4. Duncan & Sandy, 1994, Pemanfaatan Air Limbah & Ekskreta (Patokan untuk Perlindungan Kesehatan Masyarakat, Penerbit ITB, Bandung.
5. Departemen Kesehatan, 2003, Laporan Survei Sub Dit. Penyakit diare dan Pencernaan, Ditjen PP dan PL, Depkes, Jakarta.
6. Departemen Kesehatan, 2008, Kepmenkes No.852/Menkes/SK/IX/2008 tentang Strategi Sanitasi Total Berbasis Masyarakat, Depkes, Jakarta
7. Departemen Kesehatan, 2005, Modul Community Led Total Sanitation (CLTS), Ditjen PP dan PL, Depkes, Jakarta
8. Dinas Kesehatan, 2007, Profil Kesehatan UPT Puskesmas Pagelaran, Dinas kesehatan Kabupaten Pandeglang, Banten
9. Departemen Kesehatan, 2007, Pengembangan Sarana Sanitasi secara Partisipatif, Proyek CWSH (Panduan Fasilitasi CLTS di komunitas), Jakarta
10. Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk, 2008, Laporan kegiatan CLTS Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk, Provinsi Jawa Timur
11. Departemen Kesehatan, Unicef, International Water and Sanitation Centre & Dian Desa, 1999, Pengelolaan yang berkesinambungan dalam program penyediaan air bersih dan sanitasi, kerjasama Depkes, IRC, Unicef, Yaasan Dian Desa, Jakarta
12. Erlianawati, 2008, Determinan perilaku keluarga penggunaan jamban di desa Sukamurni, kec. Sukakarya, Kabupaten Bekasi, Thesis, Univeristas Indonesia, Depok.

13. Graef, Elder & Booth, 1996, *Communication for Health and Behaviour Change*, (Komunikasi untuk kesehatan dan perubahan perilaku), edisi terjemahan, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta.
14. Hanafi, 1986, *Memasyarakatkan ide-ide baru* (Intisari buku *Communication of Innovations* oleh Rogers&Shoemaker, Cetakan III, Penerbit Usaha Nasional, Surabaya).
15. Institute Develoment Study (IDS), 2007, *Study kualitatif CLTS di beberapa Kabupaten*, IDS, Jakarta
16. Kamal Kar dan Chambers, 2008, *Handbook on Community Led Total Sanitation*, Plan International, London.
17. Kamal Kar, 2005, *Practical Guide to Triggering Community Led Total Sanitation*, Brighton, IDS, London
18. Kelompok Kerja AMPL, 2008, *PERCIK (Media Informasi Air Minum dan Penyehatan Lingkungan*, Edisi Desember, Jakarta
19. Kelompok Kerja AMPL, 2008, *PERCIK (Media Informasi Air Minum dan Penyehatan Lingkungan*, Edisi Oktober, Jakarta
20. Lawrence W.Green, Marshall, 1991, *Health Promotion Planning an Educational and Environmental Approach*, Second Edition, Mayfield Publishing Company, Mountain View.
21. Notoatmodjo, 2003, *Prinsip-Prinsip Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Cet. ke-2, Rineka Cipta, Jakarta
22. Notoatmodjo, S, 2005, *'Promosi Kesehatan, Teori dan Aplikasi'*, Rineka Cipta, Jakarta
23. Notoatmodjo, 2005, *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Cetakan 3, PT Rineka Cipta, Jakarta.
24. Notoatmodjo, 2007, *Promosi Kesehatan & Ilmu Perilaku*, Cetakan, PT Rineka Cipta, Jakarta.
25. Penelope, 2000, *Evaluating Health Promotion (A Health Worker'S Guide)*, Maclennan+Petty, Sydney.
26. Project Concern Indonesia, 2007, *Laporan Program Kesehatan Lingkungan*, PCI, Jakarta

27. Rifdah, 2007, Hubungan kondisi sanitasi lingkungan dan hygiene perorangan dengan kejadian kecacingan pada murid sekolah negeri kec. Cibinong, Kab. Bogor, tahun 2007.
28. Septiady, 2006, Study kasus proses perubahan perilaku buang air besar pada masyarakat Dusun Margodadi, Desa Kenongo, Kecamatan Gucialit, Lumajang, Jawa Timur, (Studi kualitatif), Thesis, Universitas Indonesia, Depok
29. Sutanto & Luknis, 2007, Statistik Kesehatan, PT.RajaGrafindo Persada, Jakarta.
30. Soeparmin & Suparmin, 2002, Pembuangan tinja & Limbah Cair (Suatu Pengantar) Cetakan 1, Penerbit Buku Kedokteran (EGC), Jakarta.
31. Suherman, 2001, Faktor-faktor yang berhubungan dengan ketidakmauan menggunakan jamban keluarga di lingkungan perumahan penduduk di kecamatan Walantaka, kabupaten Serang, Thesis, Universitas Indonesia, Depok.
32. Widaryoto, 2002, Faktor-faktor yang berhubungan dengan praktik penggunaan jamban pada kepala keluarga yang memiliki jamban di kecamatan Kepahiang, kabupaten Rejang Lebong, Bengkulu, Thesis, Universitas Indonesia, Depok.
33. World Health Organization & UNICEF, 2008, *Progress on Drinking and Sanitation Unicef & WHO*, Geneva.
34. World Sanitation Programm, 2007, StoPS- Sanitasi Total & Pemasaran Sanitasi (Total Sanitation & Sanitation Marketing, WSP, Jakarta
35. Zaidina Umar, 2008, Perilaku cuci tangan sebelum makan dan kecacingan pada murid SD di kabupaten Pesisir Selatan Sumatera Barat, Thesis, Universitas Indonesia, Depok.
36. [WWW.Livelihoods.org](http://WWW.Livelihoods.org). Tgl 24 April 2008, pukul 16.
37. [WWW.AMPL/5-11/2008](http://WWW.AMPL/5-11/2008)
38. [Http.harian sib.com/2008/11/awas-tinja-tularkan](http://http.harian sib.com/2008/11/awas-tinja-tularkan)
39. [Http://www.litbang.depkes.go.id/riskesda/download/materi/VII\\_SANLING\\_080607](http://www.litbang.depkes.go.id/riskesda/download/materi/VII_SANLING_080607).

40. [http://www.sanitasi.or.id/index.php?searchword=tinja&option=com\\_search&Itemid](http://www.sanitasi.or.id/index.php?searchword=tinja&option=com_search&Itemid)

41. (<http://msucares.com/health/appa1.htm>.12/03/2009,pk113.15)

42. WWW. Community Led Total Sanitation.com



## PETUNJUK PENGISIAN KUESIONER

1. Kuesioner ini dipergunakan/diperuntukkan untuk reponden yang pernah mendapatkan pemician/penyuluhan CLTS.
2. Isilah jawaban dengan melingkari jawaban atau mengisi jawaban (isian) yang saudara anggap paling benar.
3. Jawablah dengan benar sesuai dengan pengetahuan, dan pengalaman saudara dan tidak diperbolehkan orang/pihak lain yang menjawab.
4. Penggunaan kuesioner ini dapat diisi oleh responden yang bersangkutan atau pihak pengambil data yang bertanya responden menjawab pertanyaan.
5. Kuesioner ini adalah instrumen pengumpulan data dalam rangka penyusunan thesis.

Ucapan terimakasih telah berpartisipasi menjadi responden penelitian dengan judul Determinan Perubahan Perilaku Buang Air Besar Masyarakat (studi penerapan pendekatan Community Led Total Sanitation/CLTS di wilayah kerja Puskesmas Pagelaran, Kabupaten Pandeglang, Banten tahun 2009)

TANGGAL :

NAMA RESPONDEN :

TANDA TANGAN :

# KUESIONER

## A. IDENTITAS RESPONDEN

1. Nama : .....
2. Alamat : .....
3. Usia : .....
4. Pendidikan terakhir : .....
5. Jenis Pekerjaan : .....
6. Jenis Kelamin : laki-laki/perempuan (coret yang tidak perlu).
7. Pernahkah saudara mengikuti pemicuan/penyuluhan CLTS :  
 (1). pernah                      (2) tidak pernah
8. Tanggal wawancara : .....
9. Petugas wawancara : .....
10. Tanda Tangan : .....

NO	PERTANYAAN	JAWABAN	Code
<b>B</b>	<b>PENGETAHUAN</b>		
11	Apakah saudara pernah mengalami diare atau mencret-mencret?	1. ya 2. tidak	B.11
12	Coba sebutkan yang saudara alami ketika diare/mencret-mencret?	1. pusing dan mau muntah 2. perut merasa mual dan buang air encer terus. 3. pusing dan buang air besar (padat). 4. buang air besar 2 kali sehari.	B.12
13	Berapa kali buang air encer dalam sehari sehingga disebut sebagai diare/mencret?	1. lebih dari 3 kali dalam sehari. 2. kurang dari 2 kali dalam sehari.	B.13
14	Apa yang menyebabkan diare/mencret-mencret ?	1. virus 2. kuman/bakteri 3. diguna-guna/santet 4. kecapekan	B.14

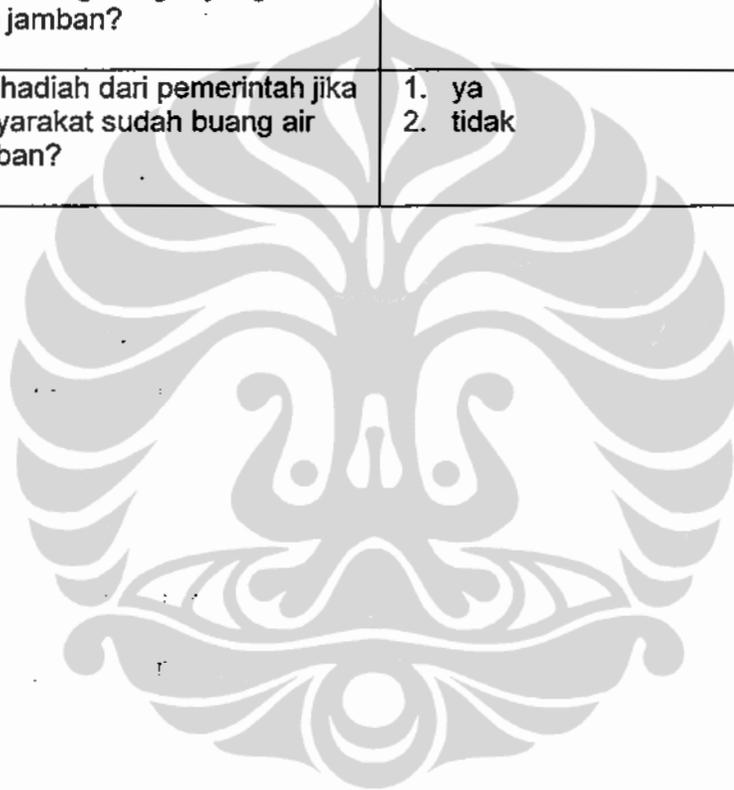
15	Sebutkan cara penularan penyakit diare :	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. konsumsi makanan dan minuman yang dimasak lebih dulu.</li> <li>2. konsumsi makanan sehat.</li> <li>3. buang air besar disembarang tempat</li> <li>4. buang air besar di jamban</li> </ol>	B.15
16	Di lingkungan seperti apakah diare banyak terjadi ?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. lingkungan terdapat pohon-pohon.</li> <li>2. lingkungan bersih dari sampah</li> <li>3. lingkungan kotor dan terdapat kotoran manusia</li> <li>4. lingkungan terdapat debu</li> </ol>	B.16
17	Apakah diare dapat dicegah?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ya</li> <li>2. tidak</li> </ol>	B.17
18	Bagaimana cara mencegah diare ?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. konsumsi makanan dan minuman yang belum dimasak</li> <li>2. lingkungan terdapat genangan air dan masih ditemukan tinja</li> <li>3. buang air besar di tempat terbuka, dan lingkungan bersih dari tinja</li> <li>4. setelah buang air besar tidak cuci tangan pakai sabun.</li> </ol>	B.18
19	Coba sebutkan tempat buang air besar (jamban/kakus) yang sehat :	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. letaknya jauh dari rumah.</li> <li>2. tempatnya bersih, tidak terdapat genangan air dan tidak berbau</li> <li>3. tempatnya berpindah-pindah</li> <li>4. terdapat lalat</li> </ol>	B.19
<b>C</b>	<b>SIKAP</b>		
20	Buang air besar sembarangan adalah perbuatan merugikan diri sendiri dan orang lain	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Setuju</li> <li>2. Kurang setuju</li> <li>3. Tidak setuju</li> </ol>	C.20
21	Kebiasaan buang air besar sembarangan adalah kebiasaan yang harus dihentikan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Setuju</li> <li>2. Kurang setuju</li> <li>3. Tidak setuju</li> </ol>	C.21
22	Kebiasaan buang air besar di jamban merupakan perilaku yang bersih dan sehat.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Setuju</li> <li>2. Kurang setuju</li> <li>3. tidak setuju</li> </ol>	C.22

23	Lingkungan yang bersih dan bebas dari tinja sangat menyenangkan	1. Setuju 2. Kurang setuju 3. tidak setuju	C.23
24	Pemerintah bertanggung jawab menyediakan jamban pribadi.	1. Tidak setuju 2. Kurang setuju 3. Setuju	C.24
<b>D</b>	<b>PERSEPSI</b>		
	<i>Ancaman</i>		
25	Buang air besar sembarangan dapat mencemari lingkungan	1. ya 2. tidak	D.25
26	Saudara merasa takut sakit diare/mencret-mencret karena buang air besar di sembarang tempat.	1. ya 2. tidak	D.26
27	Saudara merasa berdosa ketika buang air besar di sembarang tempat karena dapat mencemari lingkungan.	1. ya 2. tidak	D.27
28	Saudara merasa berdosa ketika menggunakan air untuk wudhu yang sudah tercemar dengan faeces/tinja.	1. ya 2. tidak	D.28
29	Saudara merasa malu buang air besar di sembarang tempat.	1. ya 2. tidak	D.29
30	Saudara dan keluarga saudara (terutama kaum perempuan) merasa malu buang air besar di tempat terbuka yang dapat dilihat orang lain.	1. ya 2. tidak	D.30
31	Saudara merasa jijik ketika melihat faeces/tinja ada di lingkungan kampung.	1. ya 2. tidak	D.31
	<i>Manfaat</i>		
32	Buang air besar di jamban membuat lingkungan menjadi bersih dan sehat.	1. ya 2. tidak	D.32
33	Buang air besar di jamban terhindar dari diare/mencret.	1. ya 2. tidak	D.33
34	Buang air besar di jamban terhindar dari jangkauan penglihatan dari orang dan nyaman.	1. ya 2. tidak	D.34

35	Buang air besar di jamban dapat dilakukan kapan saja (siang dan malam) sehingga tidak terganggu	1. ya 2. tidak	D.35
	<i>Hambatan</i>		
36	Kebiasaan buang air besar sembarangan sudah menjadi tradisi sehingga sulit untuk berubah	1. ya 2. tidak	D.36
37	Membangun jamban membutuhkan biaya besar.	1. ya 2. tidak	D.37
38	Buang air besar di jamban menimbulkan bau yang tidak sedap	1. ya 2. tidak	D.38
39	Membangun jamban membutuhkan lahan yang besar	1. ya 2. tidak	D.39
40	Buang air besar di jamban membutuhkan air yang banyak	1. ya 2. tidak	D.40
<b>F</b>	<b>PENGHASILAN KELUARGA</b>		
41	Berapa pengeluaran rutin rumah tangga per bulan? - untuk makan dan minum - untuk listrik - untuk biaya sekolah - transportasi - minyak tanah/gas - pakaian - dll	Rp ..... Rp ..... Rp ..... Rp ..... Rp ..... Rp ..... Rp .....	F.41
<b>G</b>	<b>KETERSEDIAAN AIR</b>		
42	Sumber air yang utama untuk kebutuhan sehari-hari untuk MCK	1. Sungai 2. Sumur gali 3. Mata air 4. Air Hujan 5. Sumur dalam	G.42
43	Berapa jarak atau lama Saudara untuk memperoleh air (pulang-pergi) :	1. ≤ 2 Km atau < 30 menit 2. > 2 Km atau > 30 menit	G.43
44	Berapa jumlah pemakaian air untuk keperluan rumah tangga : Referensi : Kuesioner Susenas 2007	..... liter/hari	G.44

<b>H</b>	<b>KETERSEDIAAN LAHAN</b>		
45	Apakah saudara memiliki lahan yang cukup untuk membangun jamban?	1. ya 2. tidak	H.45
<b>I</b>	<b>PERATURAN DESA</b>		
46	Adakah peraturan tertulis dan sanksi dalam bentuk denda atau hukuman lainnya yang disepakati oleh desa desa terkait pelarangan buang air besar sembarang?	1. ada 2. tidak	I.46
47	Adakah peraturan tidak tertulis dan sanksi dalam bentuk denda atau hukuman lainnya yang disepakati oleh desa desa terkait pelarangan buang air besar sembarang?	1. ada 2. tidak	I.47
<b>J</b>	<b>STATUS FASILITATOR</b>		
48	Siapakah yang melakukan pemicuan/penyuluhan CLTS?	1. Kepala Desa 2. Tokoh masyarakat 3. Petugas kesehatan 4. Natural leader	J.48
<b>K</b>	<b>PENDAMPINGAN FASILITATOR</b>		
49	Pernahkah fasilitator melakukan kunjungan?	1. Pernah 2. Tidak → lanjut pertanyaan no.64	K.49
50	Berapa kali fasilitator mengunjungi Saudara :	..... kali	K.50
<b>L</b>	<b>SANKSI SOSIAL</b>		
51	Apakah ada teguran dari keluarga/tetangga saat buang air besar sembarangan?	1. ya 2. tidak	L.51
52	Apakah aparat desa pernah mengunjungi untuk menegur saat buang air besar sembarangan?	1. ya 2. tidak	L.52
53	Apakah ada pengucilan (tidak dilibatkan dalam kegiatan sosial) dari masyarakat jika buang air besar sembarangan	1. ya 2. tidak	L.53
<b>M</b>	<b>DUKUNGAN SOSIAL</b>		
54	Apakah aparat desa melakukan kampanye/penyuluhan tentang buang air besar di jamban?	1. ya 2. tidak	L.54

55	Apakah ada nasehat dari tetangga/aparat desa untuk buang air besar di jamban?	1. ya 2. tidak	L.55
56	Apakah ada bantuan dari keluarga/kerabat secara gotong royong untuk membangun jamban?	1. ya 2. tidak	L.56
57	Apakah aparat desa memerintahkan masyarakat untuk gotong royong dalam membangun jamban?	1. ya 2. tidak	L.57
58	Apakah ada hadiah dari pemerintah jika seluruh masyarakat sudah buang air besar di jamban?	1. ya 2. tidak	L.58





**PEMERINTAH KABUPATEN PANDEGLANG  
BADAN KESATUAN BANGSA POLITIK DAN  
PERLINDUNGAN MASYARAKAT**

Jl. Kesehatan No. 2 Pandeglang Telp (0253) 224479

**SURAT IZIN PENELITIAN**

Nomor : 070/26/Kesbangpol/2009

Dengan memperhatikan surat/radiogram dari :

1. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia nomor : 2474/PT.02.H5.FKMUII/2009 tanggal 11 Mei 2009 tentang Izin Lokasi Penelitian.

Dengan ini menyatakan tidak berkeberatan dilakukan Penelitian oleh :

Nama : DONAL SIMANJUNTAK  
Pekerjaan : Pegawai Negeri Sipil / Mahasiswa  
Alamat : Komplek Mutiara Garuda Blok C.II - No. 35 Teluk Naga-Kampung Melayu, Tangerang  
Peserta : -  
Tema/Masalah : "Determinan Perubahan Prilaku Buang Air Besar (BAB) Masyarakat (Study Pendekatan Community Led Total Sanitation (CLTS) pada Masyarakat Desa di Wilayah Kerja Puskesmas Pagelaran, Kabupaten Pandeglang, Banten"  
Tempat/Lokasi : Puskesmas Pagelaran, Kabupaten Pandeglang  
Lamanya/Waktu : 14 Mei s/d 29 Juni 2009  
Penanggungjawab Lapangan : SITI MAISAROH  
Penanggungjawab Umum : Dr. DIAN AYUBI, SKM, MQIH

Dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Melapor kedatangan kepada perangkat pemerintah setempat.
2. Tidak diperkenankan melakukan kegiatan diluar ketentuan atau segala bentuk yang menyimpang dari tujuan Penelitian.
3. Setelah selesai kegiatan agar melapor kepada Bupati Pandeglang cq. Kepala Badan Kesbangpol dan Linmas Kabupaten Pandeglang.

DIKELUARKAN DI : PANDEGLANG  
PADA TANGGAL : 22 MEI 2008

Plt. Kepala Badan Kesbangpol & Linmas  
Kabupaten Pandeglang



**H. WAHID MAULANY, M.Pd**  
NIP. 19560907 198202 1001

**TEMBUSAN** disampaikan kepada :

1. Yth. Bapak Bupati Pandeglang ( sebagai laporan ).
2. Yth. Bapak Sekretaris Daerah Kabupaten Pandeglang.
3. Yth. Bapak Kepala Badan Kesbang dan Linmas Prop. Banten.
4. Yth. Bapak Assisten Pemerintahan Setda Kabupaten Pandeglang.
5. Yth. Bapak Dinas Kesehatan Kabupaten Pandeglang
6. Yth. Kepala Puskesmas Pagelaran Kabupaten Pandeglang
7. Yth. Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia