

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Perilaku

a. Pengertian perilaku

Perilaku adalah tindakan atau aktifitas dari manusia sendiri seperti berbicara, menangis, bekerja dan lain sebagainya perilaku manusia adalah semua kegiatan atau aktifitas manusia, baik yang dapat diamati langsung maupun yang tidak (Suryani, 2003 dalam Machfoedz, 2010).

Skinner (1938) dalam Susilo (2011), menegaskan bahwa perilaku itu merupakan respon atau reaksi orang terhadap rangsangan atau stimulus dari luar. Oleh karena itu teori Skinner ini disebut Teori S-O-R atau *Stimulus-Organisme-Respons*. Skinner membedakan ada dua respon yaitu:

1) *Respondent respons* atau *reflexie respons*, yaitu respon yang ditimbulkan oleh stimulus tertentu, misalnya cahaya menyilaukan menyebabkan mata tertutup, gerak lutut bila lutut kena palu, menarik jari bila jari kena api dan sebagainya. Stimulus seperti ini disebut *eliciting stimulation*, tidak lain karena stimulus ini merangsang timbulnya respon-respon yang tetap. *Respondent respons* ini juga termasuk perilaku emosional, misalnya mendengar berita gembira menjadi bersemangat, mendengar berita musibah menjadi sedih.

2) *Operant respons* atau *instrumental respons*, yakni timbulnya respons diikuti oleh stimulus atau perangsang tertentu. Perangsang ini disebut *reinforcing stimulation* atau *reinforcer*. *Reinforcer* artinya penguat. Hal ini dikarenakan perangsang itu memperkuat respons, misalnya seorang staf mengerjakan pekerjaan dengan baik (dari respon tugas yang telah diberikan sebelumnya), maka sebagai imbalannya petugas itu mendapatkan *reward* atau hadiah. Maka petugas tadi akan lebih baik lagi ketika melaksanakan tugas berikutnya.

dilihat dari bentuk respons terhadap stimulus, maka perilaku dapat dibedakan menjadi dua (Machfoedz, 2010) yaitu :

1) Perilaku yang tidak tampak/terselubung (*covert behavior*)

Perilaku ini adalah berpikir, tanggapan, sikap, persepsi, emosi, pengetahuan, dan lain-lain.

2) Perilaku yang tampak (*overt behavior*)

Perilaku ini adalah berjalan, berbicara, berpakaian, dan sebagainya.

b. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Perilaku

Menurut Lawrence Green (1980) dalam Notoatmodjo, (2007) faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku, antara lain;

1) Faktor predisposisi (*predisposing factor*), yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai, dukungan orang tua dan sebagainya.

2) Faktor pendukung (*enabling factor*), yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau

sarana-sarana kesehatan, misalnya puskesmas, obat-obatan, alat-alat steril dan sebagainya.

- 3) Faktor pendorong (*reinforcing factor*) yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat

c. Proses pembentukan perilaku

Seperti telah dipaparkan di depan bahwa perilaku manusia sebagian terbesar ialah berupa perilaku yang dibentuk, perilaku yang dipelajari. Berkaitan dengan hal tersebut maka salah satu persoalan ialah bagaimana cara membentuk perilaku itu sesuai dengan yang diharapkan.

- 1) Cara pembentukan perilaku dengan *conditioning* atau kebiasaan

Cara ini berdasarkan pada teori belajar *conditioning* yang dikemukakan oleh beberapa ahli seperti Pavlov, Thorndike, dan Skinner. Ketiga ahli tersebut memiliki pandangan yang tidak jauh berbeda meskipun sepenuhnya tidak sama. Teori Pavlov terkenal sebagai *classic conditioning*, sedangkan Thorndike dan Skinner dikenal sebagai *operant conditioning*. Dasar pandangan ketiga ahli tersebut adalah bahwa untuk membentuk perilaku perlu dilakukan *conditioning* dengan cara membiasakan diri untuk berperilaku sesuai harapan. Misalnya kebiasaan bangun pagi, membiasakan diri untuk tidak terlambat datang kuliah dan menggosok gigi sebelum tidur (Notoatmodjo, 2007).

2) Pembentukan perilaku dengan pengertian (*insight*)

Pembentukan perilaku ini ditempuh dengan pengertian atau *insight*. Misal datang kuliah jangan sampai terlambat, karena hal tersebut dapat mengganggu teman-teman yang lain. Bila naik motor harus pakai helm, karena helm tersebut untuk keamanan diri dan masih banyak hal untuk menggambarkan hal tersebut. Cara ini berdasarkan atas belajar kognitif, yaitu belajar dengan cara disertai adanya pengertian.

3) Pembentukan perilaku dengan cara menggunakan model

Pembentukan perilaku ini ditempuh dengan cara menggunakan model atau contoh. Kalau orang berbicara bahwa orang tua sebagai contoh anak-anaknya, pemimpin sebagai panutan yang dipimpinnya, hal tersebut menunjukkan pembentukan perilaku dengan menggunakan model. Pemimpin dijadikan model atau contoh oleh yang dipimpinnya. Cara ini didasarkan atas teori belajar sosial (*social learning theory*) atau *observational learning theory* (Bandura, 1977 dalam Machfoedz *et al*, 2005).

d. Teori-teori perilaku

Perilaku manusia itu didorong oleh motif tertentu sehingga manusia itu berperilaku. Dalam hal ini ada beberapa teori, diantara teori-teori tersebut dapat dikemukakan sebagai berikut (Susilo, 2011) :

1) Teori Naluri (*Instinct Theory*)

Menurut McDougall perilaku itu di sebabkan oleh naluri, dan

McDougall mengajukan suatu daftar naluri. Naluri merupakan perilaku yang *innate*, perilaku yang bawaan, dan naluri akan mengalami perubahan karena pengalaman.

2) Teori Dorongan (*Drive Theory*)

Teori ini bertitik tolak pada pandangan bahwa organisme itu mempunyai dorongan-dorongan atau *drive* tertentu. Dorongan-dorongan ini berkaitan dengan kebutuhan-kebutuhan organisme yang mendorong organisme yang berperilaku. Bila organisme itu mempunyai kebutuhan, dan organisme ingin memenuhi kebutuhannya, maka akan terjadi pengurangan atau reduksi dari dorongan-dorongan tersebut.

3) Teori Insentif (*Incentive Theory*)

Teori ini bertitik tolak pada pendapat bahwa perilaku organisme itu disebabkan adanya insentif. Dengan insentif akan mendorong organisme berbuat atau berperilaku. Insentif atau disebut juga *reinforcement* ada yang positif dan ada yang negatif. *Reinforcement* positif adalah berkaitan dengan hadiah, dan bisa mendorong organisme dalam berbuat. *Reinforcement* negatif adalah berkaitan dengan hukuman, dan bisa menghambat dalam organisme berperilaku. Ini berarti bahwa perilaku timbul karena adanya insentif atau *reinforcement*. Perilaku semacam ini dikupas tajam dalam psikologi belajar.

4) Teori Atribusi

Teori yang menjelaskan tentang sebab-sebab perilaku orang. Apakah perilaku itu disebabkan oleh disposisi internal (misal motif, sikap, dsb) ataukah oleh keadaan eksternal. Teori ini dikemukakan oleh Fritz Heider dan teori ini menyangkut lapangan psikologi sosial. Pada dasarnya perilaku manusia itu dapat atribusi internal, tetapi juga dapat atribusi eksternal.

e. Peranan perilaku terhadap kesehatan

Blum (1974) dalam Machfoedz (2010) menegaskan bahwa tidak hanya perilaku yang mempengaruhi sehat atau tidaknya seseorang. Ada faktor-faktor lain, yakni faktor keturunan, faktor lingkungan, faktor pelayanan kesehatan dan barulah faktor perilaku. Dengan demikian, faktor perilaku hanyalah sebagian dari masalah yang harus kita upayakan untuk menjadi individu dan masyarakat menjadi sehat.

Perilaku kesehatan adalah sejumlah sifat manusia seperti keyakinan, pengharapan, motivasi, nilai-nilai, persepsi dan elemen kognitif lainnya, karakteristik manusia termasuk afektif dan status emosi dan sifat pembawaan, pola perilaku, tindakan, kebiasaan yang berhubungan dengan memelihara kesehatan, pemulihan kesehatan dan peningkatan kesehatan. Pada dasarnya tidak ada satu jenis teori atau model yang tepat untuk semua kasus, tergantung dari unit praktik dan tipe dari perilaku kesehatan, bahkan kadang-kadang dibutuhkan lebih dari satu teori agar tepat dalam menjelaskan suatu isu.

Teori/model yang digunakan dalam penelitian untuk mengungkap determinan perilaku individu, khususnya perilaku yang berhubungan dengan kesehatan dan proses terjadinya perubahan perilaku adalah PRECEDE-PROCEED (*Predisposing, Reinforcing, Enabling Causes, Educational Diagnosis and Evaluation*) dengan alasan didalamnya terdapat pengkajian, perencanaan intervensi dan evaluasi yang menjadi satu kerangka kerja. Dan teori yang lain untuk menjelaskan penyebab perilaku secara individu adalah *Theory of Planned Behavior (TPB)* dan *Health Belief Model (HBM)* (Hayden, 2009)

1) PRECEDE – PROCEED Model.

PRECEDE (*Predisposing, Reinforcing, Enabling Causes, Educational Diagnosis and Evaluation*), Pendekatan ini direkomendasikan untuk evaluasi keefektifan intervensi dan memfokuskan target utama dalam intervensi Kerangka dalam model PRECEDE, terdapat 6 (enam) tahapan, yaitu diagnosis sosial, diagnosis epidemiologi, identifikasi faktor non perilaku, identifikasi faktor *predisposing, reinforcing dan enabling* yang berhubungan dengan perilaku kesehatan, rencana intervensi dan diagnosis administratif dan lainnya untuk pengembangan dan pelaksanaan program intervensi.

a) Fase satu: diagnosis sosial merupakan penekanan pada identifikasi masalah sosial yang berdampak pada masyarakat. Diagnosis ini juga sebagai proses penentuan persepsi masyarakat terhadap

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

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

c) 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.

d) Fase empat: di dalam fase ini melakukan diagnosis terhadap faktor-faktor secara spesifik dan potensial mempengaruhi perilaku kesehatan 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

- e) Fase kelima: adalah merupakan tahapan penilaian terhadap organisasi/kebijakan dan kemampuan administrasi serta sumber daya untuk mengembangkan program
- f) Fase keenam: berhubungan dengan pengembangan dan pelaksanaan program intervensi seperti program kampanye (cetak dan audiovisual, modifikasi perilaku, pemodelan, pengembangan masyarakat dan lain sebagainya.
- g) Fase ketujuh: fokus pada evaluasi yang diarahkan pada evaluasi proses, dampak dan *outcome*. Evaluasi ini dilakukan terhadap hasil intervensi pada fase sebelumnya

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

Teori ini diperkenalkan oleh Fishbein dan Ajzen (1970) yang menegaskan peran dari niat seseorang dalam menentukan apakah sebuah perilaku akan terjadi. Teori ini secara tidak langsung menyatakan bahwa perilaku pada umumnya mengikuti niat dan tidak akan pernah terjadi tanpa niat. Niat-niat seseorang juga dipengaruhi oleh sikap-sikap terhadap suatu perilaku. Teori ini juga menegaskan sifat 'normatif' yang mungkin dimiliki orang-orang; mereka berfikir tentang hal yang akan dilakukan orang lain (terutama orang-orang

yang berpengaruh dalam kelompok) pada suatu situasi yang sama. Teori ini bukan saja menjelaskan tentang perilaku kesehatan saja, namun juga menjelaskan semua perilaku terkait dengan kemauan. Teori ini berbasis pada asumsi terhadap reaksi sosial atas kemauan yang terkendali. Teori ini bertujuan tidak hanya memperkirakan perilaku manusia, tetapi juga memahami atas perilaku itu sendiri. Menurut teori ini, seseorang untuk melakukan perilaku tertentu adalah fungsi 2 faktor yaitu : 1) sikap (positif atau negatif) terhadap perilaku dan 2) pengaruh lingkungan sosial (norma-norma umum subjektif) pada perilaku. Seseorang memiliki sikap positif terhadap perilaku tertentu berawal dari adanya kepercayaan terhadap perilaku tersebut akan memberikan manfaat/hasil. Seseorang dapat berperilaku tertentu atau tidak karena faktor sosial atau norma subyektif adalah didasarkan pada kepercayaan pada individu atau kelompok tertentu dan berfikir tentang hal yang dilakukan orang lain terutama orang-orang yang berpengaruh dalam kelompok tersebut

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

Model kepercayaan ini menganggap bahwa perilaku kesehatan merupakan fungsi dari pengetahuan maupun sikap yang menegaskan bahwa persepsi seseorang terhadap kerentanan dan kesembuhan pengobatan dapat mempengaruhi keputusan dalam perilaku 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* :

- a) Tingkat kerentanan terhadap risiko tertular suatu penyakit (*Perceive susceptibility*).
- b) 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).

- c) Manfaat dirasakan (*Perceive Benefit*) terhadap perilaku pencegahan. Bahwa melakukan tindakan pencegahan atau mengurangi risiko merupakan keuntungan.
- d) Hambatan yang dirasakan (*Perceive barrier*) terhadap perilaku pencegahan adalah hal-hal yang dirasakan seseorang terhadap hal-hal negatif dari perilaku pencegahan seperti biaya mahal, efek samping berbahaya, rasa sakit, ketidaknyamanan dan waktu.
- e) Kemampuan sendiri (*Perceive Self Efficay*) adalah perasaan seseorang terhadap kemampuan dirinya bahwa ia dapat melakukan perilaku pencegahan tersebut dengan sukses. Keyakinan individu 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.
- f) 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).
- g) Variabel demografi, sosiopsikologi dan struktural mungkin mempengaruhi persepsi individu maka secara tidak langsung

mempengaruhi perilaku yang berhubungan dengan kesehatan. Tingkat pendidikan individu diyakini mempunyai dampak tidak langsung terhadap perilaku dengan mempengaruhi *perceive susceptibility*, *perceive severity*, *perceive benefit of action* dan *perceive barrier to a action*.

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

2. Perilaku BAB Sembarangan

a. Perilaku BAB Sembarang

Menurut Becker (1987) dalam Notoatmodjo (2007) Praktek buang air besar adalah perilaku-perilaku seseorang yang berkaitan dengan kegiatan pembuangan tinja meliputi, tempat pembuangan tinja dan pengelolaan tinja yang memenuhi syarat-syarat kesehatan dan bagaimana cara buang air besar yang sehat sehingga tidak menimbulkan dampak yang merugikan bagi kesehatan

Semua makanan yang masuk ke dalam tubuh, akan dicerna oleh organ pencernaan. Selama proses pencernaan makanan dihancurkan menjadi zat-zat sederhana yang dapat diserap dan digunakan oleh sel dan jaringan tubuh kemudian sisa-sisa pembuangan akan dikeluarkan oleh tubuh berupa tinja, urine atau gas karbondioksida. Akhir dari proses

pencernaan yang berupa tinja disebut buang air besar (Notoatmodjo, 2007)

Seseorang yang mempunyai kebiasaan teratur, akan merasa kebutuhan membuang air besar pada kira-kira waktu yang sama setiap hari. Hal ini disebabkan oleh reflek gastro kolika yang biasanya bekerja sesudah sarapan pagi. Makanan yang sudah sampai lambung akan merangsang *peristaltic* di dalam usus, merambat ke kolon sisa makanan yang dari hari sebelumnya, yang waktu malam mencapai sekum, mulai bergerak isi kolon dan terjadi persaan di daerah perineum. Tekanan intra abdominal bertambah dengan penutupan glottis, kontraksi diafragma dan otot abdominal, spinter anus mengendor, dan kerjanya berakhir. Kerja defekasi dipengaruhi oleh faktor kebiasaan

Sejak dahulu sampai kapan pun, masalah pembuangan kotoran manusia selalu menjadi perhatian kesehatan lingkungan. Dengan pertambahan penduduk yang tidak sebanding dengan area pemukiman. Masalah pembuangan tinja semakin meningkat tinja merupakan sumber penyebaran penyakit yang multi kompleks yang harus sedini mungkin diatas. Pembuangan tinja yang tidak sanitasi dapat menyebabkan berbagai penyakit, karenanya perilaku buang air besar sembarangan, sebaiknya segera dihentikan. Keluarga masih banyak yang berperilaku tidak sehat dengan buang air besar di sungai. Pekarangan rumah atau tempat-tempat yang tidak selayaknya. Selain mengganggu udara segar karena bau yang tidak sedap juga menjadi peluang awal tempat

berkembangnya sektor penyebab penyakit akibat kebiasaan perilaku manusia sendiri (Notoatmodjo, 2007)

Kurangnya perhatian terhadap pengelolaan pembuangan tinja dengan disertai cepatnya pertumbuhan penduduk, jelas akan mempercepat penyebaran penyakit-penyakit yang ditularkan melalui tinja. Untuk mencegah sekurang-kurangnya mengurangi kontaminasi tinja terhadap lingkungan, maka pembuangan kotoran manusia harus disuatu tempat tertentu atau jamban yang sehat (Notoatmodjo, 2007).

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

b. Epidemiologi Perilaku BAB Sembarangan

1) Orang

Berdasar data WHO pada tahun 2011 diperkirakan sebesar 1.1 milyar orang atau 17 % penduduk dunia masih buang air besar di area terbuka. Dari data tersebut diatas sebesar 81 % terdapat di 10 negara dan Indonesia sebagai Negara kedua terbanyak di temukan masyarakat buang air besar di area terbuka , yaitu India (58%), Indonesia (5%), China (4,5%), Ethiopia (4,4%), Pakistan (4,3%), Nigeria (3%), Sudan (1,5%), Nepal (1,3%), Brazil (1,2%) dan Niger (1,1%).

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

Perempuan adalah orang yang paling dirugikan apabila keluarga tidak mempunyai jamban dan berperilaku BABS, mereka merasa terpenjara oleh siang hari karena mereka hanya dapat pergi dari rumah untuk buang air besar pada periode gelap baik dipagi buta atau menjelang malam, apalagi ketika mereka sedang mengalami menstruasi, dalam sebuah penelitian dikatakan bahwa terjadi peningkatan 11% anak perempuan yang mendaftar kesuatu sekolah setelah pembangunan jamban di sekolah (Cairncross, 2013).

2) Tempat

Berdasarkan data WHO (2011) orang yang buang air besar di area terbuka lebih banyak dipedesaan (29%) dibandingkan daerah perkotaan (5%) dan sebesar 81% berada di Negara berkembang seperti India, Indonesia, Ethiopia, Pakistan, Nigeria, Sudan, Nepal, Brazil dan Niger. Di Indonesia, akses sanitasi layak di perkotaan lebih tinggi (69,51%) dibanding di pedesaan (33,96%). Sedangkan jumlah orang

yang buang air besar di area terbuka di perkotaan lebih rendah (15,7%) dibanding di pedesaan (34,4%) (Kementerian PPN, 2010).

3) Waktu

Di dunia jumlah orang buang air besar di area terbuka semakin menurun hal ini dapat dilihat dari data berikut pada tahun 1990 (25%), 2000 (21%) dan 2008 (17%). Sedangkan di Indonesia pada tahun 1990 (39%), 2000 (31%) dan 2008 (26%). Berdasarkan sumber lain menyebutkan jumlah orang Indonesia yang buang air besar di area terbuka sebesar 47% (2006) dan sebesar 36,4 % (2010) (Kementerian PPN, 2010).

c. Pengertian Jamban Keluarga

Jamban adalah suatu fasilitas pembuangan tinja manusia. Jamban terdiri atas tempat jongkok atau tempat duduk dengan leher angsa atau tanpa leher angsa (cemplung) yang dilengkapi dengan unit penampungan kotoran dan air untuk membersihkannya (Abdullah, 2010). Jamban keluarga adalah suatu fasilitas pembuangan tinja bagi suatu keluarga (Depkes RI, 2009).

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan No. 852 Tahun 2008 tentang Strategi Nasional Sanitasi Total Berbasis Masyarakat, jamban sehat adalah suatu fasilitas pembuangan tinja yang efektif untuk memutuskan mata rantai penularan penyakit. Sementara pengertian kotoran manusia adalah semua benda atau zat yang tidak dipakai lagi oleh tubuh dan yang harus dikeluarkan dari dalam tubuh. Zat-zat yang

harus dikeluarkan dari dalam tubuh ini berbentuk tinja, air seni dan CO₂ (Ditjen PP-PL, 2008).

d. Pengaruh Tinja Bagi Kesehatan Manusia

Bertambahnya penduduk yang tidak sebanding dengan area pemukiman, masalah pembuangan kotoran manusia semakin meningkat. Dilihat dari segi kesehatan masyarakat, masalah pembuangan kotoran manusia merupakan masalah yang pokok untuk sedini mungkin diatasi, karena kotoran manusia adalah sumber penyebaran penyakit yang multikomplek. Penyebaran penyakit yang bersumber dari tinja dapat melalui berbagai macam jalan atau cara. Beberapa penyakit yang ditularkan oleh tinja manusia antara lain: tifus, disentri, kolera, bermacam-macam cacing (gelang, kremi, tambang, pita), *schistosomiasis* dan sebagainya (Notoatmodjo, 2007).

e. Jenis-Jenis Jamban

Menurut Chayatin (2009), jenis-jenis jamban dibedakan berdasarkan konstruksi dan cara menggunakannya yaitu:

1) Jamban Cemplung

Bentuk jamban ini adalah yang paling sederhana. Jamban cemplung ini hanya terdiri atas sebuah galian yang di atasnya diberi lantai dan tempat jongkok. Lantai jamban ini dapat dibuat dari bambu atau kayu, tetapi dapat juga terbuat dari batu bata atau beton. Jamban semacam ini masih menimbulkan gangguan karena baunya.

2) Jamban Plengsengan

Jamban semacam ini memiliki lubang tempat jongkok yang dihubungkan oleh suatu saluran miring ke tempat pembuangan kotoran. Jadi tempat jongkok dari jamban ini tidak dibuat persis di atas penampungan, tetapi agak jauh. Jamban semacam ini sedikit lebih baik dan menguntungkan daripada jamban cemplung, karena baunya agak berkurang dan keamanan bagi pemakai lebih terjamin.

3) Jamban Bor

Dinamakan jamban bor karena tempat penampungan kotoran di buat dengan cara di bor. Bor yang digunakan adalah bor tangan yang disebut *bor auger* dengan diameter antara 30-40 cm. Jamban bor ini mempunyai keuntungan, yaitu bau yang ditimbulkan sangat berkurang. Kerugian jamban bor ini adalah perembesan kotoran akan lebih jauh dan mengotori air tanah.

4) Angsatrine (*Water Seal Latrine*)

Di bawah tempat jongkok jamban ini ditempatkan atau dipasang suatu alat yang berbentuk seperti leher angsa yang disebut *bowl*. *Bowl* ini berfungsi mencegah timbulnya bau. Kotoran yang berada di tempat penampungan tidak tercium baunya, karena terhalang oleh air yang selalu terdapat dalam bagian yang melengkung. Dengan demikian dapat mencegah hubungan lalat dengan kotoran.

5) Jamban di Atas Balong (Empang)

Membuat jamban di atas balong (yang kotorannya dialirkan ke balong) adalah cara pembuangan kotoran yang tidak dianjurkan, tetapi sulit untuk menghilangkannya, terutama di daerah yang terdapat banyak balong. Sebelum kita berhasil menerapkan kebiasaan tersebut kepada kebiasaan yang diharapkan maka cara tersebut dapat diteruskan dengan persyaratan sebagai berikut:

- a) Air dari balong tersebut jangan digunakan untuk mandi
 - b) Balong tersebut tidak boleh kering
 - c) Balong hendaknya cukup luas
 - d) Letak jamban harus sedemikian rupa, sehingga kotoran selalu jatuh di air
 - e) Ikan dari balong tersebut jangan dimakan
 - f) Tidak terdapat sumber air minum yang terletak sejajar dengan jarak 15 meter
 - g) Tidak terdapat tanam-tanaman yang tumbuh di atas permukaan air
- ### 6) Jamban *Septic Tank*

Septic tank berasal dari kata *septic*, yang berarti pembusukan secara *anaerobic*. Nama *septic tank* digunakan karena dalam pembuangan kotoran terjadi proses pembusukan oleh kuman-kuman pembusuk yang sifatnya anaerob. *Septic tank* dapat terdiri dari dua bak atau lebih serta dapat pula terdiri atas satu bak saja dengan mengatur sedemikian rupa (misalnya dengan memasang beberapa sekat atau tembok

penghalang), sehingga dapat memperlambat pengaliran air kotor di dalam bak tersebut. Dalam bak bagian pertama akan terdapat proses penghancuran, pembusukan dan pengendapan. Dalam bak terdapat tiga macam lapisan yaitu:

- a) Lapisan yang terapung, yang terdiri atas kotoran-kotoran padat
- b) Lapisan cair
- c) Lapisan endap

f. Syarat-Syarat Jamban Sehat

Jamban keluarga sehat adalah jamban yang memenuhi syarat-syarat sebagai berikut :

- 1) Tidak mencemari sumber air minum, letak lubang penampung berjarak 10-15 meter dari sumber air minum
- 2) Tidak berbau dan tinja tidak dapat dijamah oleh serangga maupun tikus
- 3) Cukup luas dan landai/miring ke arah lubang jongkok sehingga tidak mencemari tanah di sekitarnya
- 4) Mudah dibersihkan dan aman penggunaannya
- 5) Dilengkapi dinding dan atap pelindung, dinding kedap air dan berwarna
- 6) Cukup penerangan
- 7) Lantai kedap air
- 8) Ventilasi cukup baik
- 9) Tersedia air dan alat pembersih (Depkes RI, 2004).

Menurut Arifin dalam Abdullah (2010) ada tujuh syarat-syarat jamban sehat yaitu:

- 1) Tidak mencemari air
- 2) Saat menggali tanah untuk lubang kotoran, usahakan agar dasar lubang kotoran tidak mencapai permukaan air tanah maksimum. Dinding dan dasar lubang kotoran harus dipadatkan dengan tanah liat atau diplester
- 3) Jarak lubang kotoran ke sumur sekurang-kurangnya 10 meter
- 4) Letak lubang kotoran lebih rendah daripada letak sumur agar air kotor dari lubang kotoran tidak merembes dan mencemari sumur
- 5) Tidak mencemari tanah permukaan. Jamban yang sudah penuh, segera disedot untuk dikuras kotorannya, kemudian kotoran ditimbun di lubang galian
- 6) Bebas dari serangga
- 7) Tidak menimbulkan bau dan nyaman digunakan
- 8) Aman digunakan oleh pemakainya. Untuk tanah yang mudah longsor, perlu ada penguat pada dinding lubang kotoran seperti: batu bata, selongsong anyaman bambu atau bahan penguat lain
- 9) Mudah dibersihkan dan tidak menimbulkan gangguan bagi pemakainya
- 10) Tidak menimbulkan pandangan yang kurang sopan (Abdullah, 2010).

3. Faktor yang Mempengaruhi Perilaku BAB Sembarangan

Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku BAB sembarangan menurut Glanz *et.al* (2008) antara lain:

a. Faktor *Host*

- 1) Karakteristik manusia dan sosiodemografi meliputi umur, jenis kelamin, jenis pekerjaan, tingkat ekonomi dan tingkat pendidikan.

Menurut teori *Health Belief Model* faktor sosiodemografi sebagai latarbelakang yang mempengaruhi persepsi terhadap ancaman suatu penyakit dan upaya mengurangi ancaman penyakit. Dalam teori PRECEDE-PROCEED (*Predisposing, Reinforcing, Enabling Causes, Educational Diagnosis and Evaluation*) faktor sosiodemografi sebagai faktor predisposisi terjadinya perilaku (Hayden, 2009).

Umur berkaitan dengan perubahan perilaku adalah salah satu tugas perkembangan manusia. Perkembangan pengetahuan manusia didasarkan atas kematangan dan belajar. Membuang kotoran dari tubuh manusia termasuk sistem ekskresi yang fisiologis yang sudah ada sejak manusia dilahirkan. Belajar mengendalikan pembuangan kotoran, membedakan benar-salah dan mengembangkan hati nurani adalah beberapa tugas perkembangan manusia sejak masa bayi dan anak-anak. Seiring dengan bertambahnya umur maka akan mencapai tingkat kematangan yang tinggi sesuai dengan tugas perkembangan (Hurlock, 2008)

Perilaku membuang kotoran di sembarang tempat adalah perilaku salah dan tidak sehat yang seharusnya sudah dapat diketahui dan

diajarkan kepada seseorang sejak bayi dan anak-anak. Masa usia pertengahan (40 – 60 tahun) bertanggungjawab penuh secara sosial dan sebagai warga Negara serta membantu anak dan remaja belajar menjadi dewasa, sehingga seseorang mengetahui mana yang benar dan mana yang salah yang akan mewujudkan perilaku yang sehat. Selain hal tersebut pada usia pertengahan diiringi dengan menurunnya kondisi fisik dan psikologis, akan tetapi pada beberapa orang terjadi kegagalan penguasaan tugas-tugas perkembangan karena berbagai faktor. Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya gangguan kematangan perkembangan adalah tidak adanya kesempatan belajar, tidak adanya bimbingan, tidak adanya motivasi, kesehatan yang memburuk dan tingkat kecerdasan yang rendah (Hurlock, 2008).

Teori belajar sosial dari Bandura menyatakan bahwa perilaku adalah proses belajar melalui pengamatan dan meniru yang meliputi memperhatikan, mengingat, mereproduksi gerak dan motivasi. Motivasi banyak ditentukan oleh kesesuaian antara karakteristik pribadi dan karakteristik model, salah satunya adalah umur. Anak-anak lebih cenderung meniru model yang sama dalam jangkauannya baik anak yang seusia ataupun orang dekat yang ada disekitarnya. Jenis kelamin adalah karakteristik manusia sebagai faktor predisposisi terhadap perilaku. Perempuan adalah orang yang paling dirugikan apabila keluarga tidak mempunyai jamban dan berperilaku BABS, mereka merasa terpenjara oleh siang hari karena mereka hanya dapat pergi dari rumah untuk buang

air besar pada periode gelap baik di pagi buta atau menjelang malam, apalagi ketika mereka sedang mengalami menstruasi, dalam sebuah penelitian dikatakan bahwa terjadi peningkatan 11% anak perempuan yang mendaftar kesuatu sekolah setelah pembangunan jamban di sekolah (Cairncross, 2013).

Tingkat pendidikan seseorang termasuk faktor predisposisi terhadap perilaku kesehatan. Berdasarkan hasil penelitian bahwa tingkat pendidikan tidak ada hubungannya dengan pemanfaatan jamban keluarga (Pane, 2009). Meskipun pada beberapa penelitian tidak menunjukkan adanya hubungan dengan perilaku, namun tingkat pendidikan mempermudah untuk terjadinya perubahan perilaku, semakin tinggi tingkat pendidikan semakin mudah seseorang untuk menerima informasi-informasi baru yang sifatnya membangun. .

Pekerjaan adalah salah satu tugas perkembangan manusia dan termasuk karakteristik yang menjadi faktor predisposisi terjadinya perilaku. Jenis pekerjaan tertentu akan terjadi penyesuaian-penyesuaian terhadap perilaku tertentu yang dapat dipengaruhi oleh lingkungan. Lingkungan kerja yang sehat akan mendukung kesehatan pekerja yang akan meningkatkan produktivitas dan akhirnya meningkatkan derajat kesehatan. Status ekonomi seseorang termasuk faktor predisposisi terhadap perilaku kesehatan. Semakin tinggi status ekonomi seseorang menjadi faktor yang memudahkan untuk terjadinya perubahan perilaku.

Penghasilan yang rendah berpengaruh 4 kali terhadap penggunaan jamban (Simanjutak, 2009).

2) Tingkat peran-serta

Soleh (2012) mengatakan bahwa keaktifan seseorang dalam mengikuti penyuluhan tidak ada hubungan dengan pemanfaatan jamban (Soleh, 2012). Penelitian Rosalyn *et al* (2006) menyebutkan bahwa partisipasi dalam pendidikan kesehatan berpengaruh terhadap kepemilikan dan penggunaan jamban. Menurut Mukherjee (2011) bahwa keberhasilan menjadi daerah bebas BABS adanya kesadaran masyarakat untuk membangun jamban sendiri dengan bentuk gotong-royong, adanya *natural leader* dan pemecuan yang melibatkan semua unsur masyarakat.

3) Pengetahuan

Menurut model komunikasi/persuasi, bahwa perubahan pengetahuan dan sikap merupakan prekondisi bagi perubahan perilaku kesehatan dan perilaku-perilaku yang lain (Glanz *et al*, 2008). Curtis (2011) bahwa upaya peningkatan pengetahuan melalui promosi kesehatan mempengaruhi perubahan perilaku.

Berdasarkan hasil penelitian Simanjutak (2009) bahwa pengetahuan tidak ada hubungan dengan perilaku buang air besar.

4) Sikap dan Persepsi

Berdasarkan hasil penelitian Sangchantr *et al* (2009) tentang Sanitasi dan Higiene mengatakan bahwa sikap ibu terhadap perilaku BAB yang sehat cukup tinggi (93,7%), toilet dipastikan berfungsi

dengan baik tetapi 12,2 % keluarga tidak memakai toilet secara teratur (Sangchantr *et al*, 2009). Dalam penelitian lain yang dilakukan oleh Lahiri (2013) menunjukkan bahwa perubahan perilaku buang air besar sembarangan tergantung kesadaran seseorang untuk menggunakan fasilitas, akses jamban dan persepsi seseorang tentang tinja dan hubungannya dengan penyakit.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan Pane (2009) terkait dengan penggunaan jamban, bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara sikap (positif/negatif) dengan perilaku keluarga dalam penggunaan jamban (Pane, 2009). Penelitian yang dilakukan Simanjutak (2009) bahwa sikap tidak ada hubungan dengan perilaku buang air besar. Dalam teori HBM (*Health Belief Model*) persepsi seseorang terhadap kerentanan dan kesembuhan pengobatan dapat mempengaruhi keputusan dalam perilaku-perilaku kesehatannya.

Menurut Simanjutak (2009), seseorang yang mempunyai persepsi tentang ancaman ketika BABS kurang baik berisiko 3 kali untuk melakukan BABS, dan seseorang yang mempunyai persepsi manfaat BAB di jamban kurang baik berisiko 5 kali untuk melakukan BABS.

b. Faktor *Agent*

1) Penggunaan jamban

Berdasarkan hasil Penelitian Pane (2009) juga menyebutkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan dan sikap ibu terhadap

penggunaan jamban, tetapi hanya 46,4% yang menggunakan jamban secara teratur (Pane, 2009)

2) Prioritas kebutuhan

Upaya program peningkatan akses masyarakat terhadap sanitasi layak, telah dilaksanakan khususnya pembangunan sanitasi di pedesaan. Hasil studi evaluasi menunjukkan bahwa banyak sarana sanitasi yang dibangun tidak digunakan dan dipelihara oleh masyarakat. Berdasarkan laporan MDGs, di Indonesia tahun 2010 akses sanitasi layak hanya mencapai 51,19% (target MDGs sebesar 62,41%) dan sanitasi daerah pedesaan sebesar 33,96% (target MDGs sebesar 55,55%) (Kementerian PPN, 2010).

Salah satu penyebab target belum tercapai bahwa pendekatan yang digunakan selama ini belum berhasil memunculkan *demand*, maka komponen pemberdayaan masyarakat perlu dimasukkan dalam pembangunan dan penyediaan jamban agar sarana yang dibangun dapat dimanfaatkan. Tujuan tersebut mengadopsi pendekatan *Community Led Total Sanitation (CLTS)* yang dikenal sebagai STBM (Sanitasi Total Berbasis Masyarakat) untuk mendapatkan pendekatan yang optimal dalam pembangunan sanitasi dipedesaan (Ditjen PP-PL, 2008)

3) Tingkat paparan media

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

perubahan. Selain faktor individu ada faktor lain yang mendorong mempercepat perubahan perilaku yang bisa dijadikan stimulant adalah munculnya isu di media massa. Hal ini sesuai teori kultivasi (*Cultivation Theory*) yang memprediksi dan menjelaskan formasi dan pembentukan jangka panjang dari persepsi, pemahaman dan keyakinan mengenai dunia sebagai akibat dari konsumsi pesan-pesan media (Gerbner, 2009).

Rochimah (2008) menyatakan bahwa masalah penyebab perubahan perilaku yang lambat dalam mengkampanyekan PHBS untuk menurunkan angka diare adalah pada penyusunan pesan. Pesan yang dibuat untuk kampanye ini seringkali juga tidak didasarkan pada analisis siapa target audiens dan perubahan apa yang diinginkan dalam kampanye ini, sebagian besar tidak didesain sendiri namun institusi kesehatan hanya berfungsi mendistribusikan. Proses pendistribusianpun, seringkali tidak berjalan, baik dari sisi ketepatan target sasaran maupun media kampanye tidak didistribusikan namun hanya menumpuk saja (Rochimah, 2008)

4) Sistem kebijakan sanitasi

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

berulang-ulang dilakukan dan tidak ditindaklanjuti oleh dinas. Ada kesan bahwa program hanya akan jalan kalau ada budget/dana (Rochimah, 2008).

c. Faktor Lingkungan

1) Lingkungan Fisik

a) Kondisi geografi

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

b) Adanya aliran sungai

Mukherjee (2011) menjelaskan bahwa masyarakat yang bertempat tinggal dekat sungai menjadi faktor pendukung buang air besar di area terbuka. Penelitian lain menyebutkan bahwa jarak rumah dengan sungai berpengaruh 1,32 kali untuk tidak memanfaatkan jamban (Soleh, 2012). Sedangkan penelitian menyatakan tidak ada hubungan antara jarak rumah dengan sungai terhadap pemanfaatan jamban keluarga (Sutejo, 2013)

c) Ketersediaan lahan untuk membangun jamban.

Simanjutak (2009) menyatakan sebesar 33,3 % orang berpersepsi bahwa membangun jamban membutuhkan lahan yang luas dan besar, tetapi hasil analisa statistik menunjukkan bahwa keterbatasan lahan bukanlah suatu faktor risiko seseorang untuk melakukan BABS (Simanjutak, 2009)

d) Ketersediaan sarana air bersih

Berdasarkan penelitian Soleh (2012) menunjukkan bahwa ada hubungan antara ketersediaan sarana air dengan penggunaan jamban. Hal ini ditunjukkan dalam hasil penelitian bahwa ketersediaan sarana air bersih 7,5 kali meningkatkan perilaku keluarga dalam menggunakan jamban dan kecukupan air penggelontor berpengaruh 9,7 kali terhadap pemanfaatan jamban keluarga (Soleh, 2012). Penelitian Sutejo (2013) menyatakan bahwa ketersediaan air tidak ada hubungan dengan perilaku buang air besar sedangkan sarana air bersih tidak ada hubungan dengan pemanfaatan jamban.

e) Keberadaan ternak dan kandang ternak

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

2) Lingkungan Biologi

Lingkungan biologis, bersifat biotik (benda hidup) seperti mikroorganisme, serangga, binatang, jamur, parasit, dan lain-lain yang dapat berperan sebagai agent penyakit, reservoir infeksi, vektor penyakit

dan hospes intermediat. Hubungannya dengan manusia bersifat dinamis dan pada keadaan tertentu dimana tidak terjadi keseimbangan diantara hubungan tersebut maka manusia menjadi sakit

3) Lingkungan Sosial

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

Penyuluhan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat dalam menggunakan jamban juga memberikan kontribusi dalam perubahan perilaku BAB masyarakat. Hal ini dapat ditunjukkan dalam penelitian bahwa pembinaan petugas Puskesmas juga memiliki hubungan yang bermakna dalam penggunaan jamban (Pane, 2009). Pendampingan fasilitator paska pemucuan yang kurang baik berisiko 12,7 kali seseorang untuk BABS dan pendampingan paska pemucuan yang cukup baik masih berisiko 7,5 kali seseorang untuk BABS (Simanjatak, 2009). Berdasarkan penelitian kualitatif bahwa salah satu faktor yang berhubungan dengan keberhasilan daerah menjadi *Open Defecation Free* setelah dilakukan pemucuan *CLTS* di Jawa Timur adalah karena adanya kegiatan sosial kemasyarakatan yang baik: pemimpin yang terpercaya, adanya gotong-royong dan kebersamaan (Mukherjee, 2011).

b) Sangsi sosial (teguran, peringatan dan pengucilan)

Tidak adanya sangsi sosial di masyarakat menjadi salah satu faktor kegagalan suatu daerah untuk menjadi daerah bebas BABS serta

didukung kurangnya monitoring pasca pemicuan *CLTS* (Mukherjee, 2011).

c) Kebudayaan

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

4. Program STBM (Sanitasi Total Berbasis Masyarakat)

a. Sejarah STBM

STBM merupakan adopsi dari keberhasilan pembangunan sanitasi total dengan menerapkan model *CLTS* (*Community Led Total Sanitation*). Pendekatan *CLTS* sendiri diperkenalkan oleh Kamal Kar dari India pada tahun 2004. Di tahun yang sama, Pemerintah Indonesia melakukan studi banding ke India dan Bangladesh. Penerapannya dimulai pertengahan tahun 2005, ketika pemerintah meluncurkan penggunaan metode ini di 6 desa yang terletak di 6 provinsi. Pada Juni 2006, Departemen Kesehatan mendeklarasikan pendekatan *CLTS* sebagai strategi nasional untuk program Sanitasi (Priyono, 2008).

Pada September 2006, program *WSLIC* (*Water and Sanitation for Low Income Communities*) memutuskan untuk menerapkan pendekatan *CLTS* sebagai pengganti pendekatan dana bergulir di seluruh lokasi program (36 kabupaten). Pada saat yang sama, beberapa LSM mulai

mengadopsi pendekatan ini. Mulai Januari sampai Mei 2007, Pemerintah Indonesia bekerja sama dengan Bank Dunia merancang proyek PAMSIMAS di 115 kabupaten. Program ini mengadopsi pendekatan CLTS dalam rancangannya (Priyono, 2008).

Bulan Juli 2007 menjadi periode yang sangat penting bagi perkembangan CLTS di Indonesia, karena pemerintah bekerja sama dengan Bank Dunia mulai mengimplementasikan sebuah proyek yang mengadopsi pendekatan sanitasi total bernama *Total Sanitation and Sanitation Marketing* (TSSM) atau Sanitasi Total dan pemasaran sanitasi (SToPS), dan pada tahun 2008 diluncurkannya sanitasi total berbasis masyarakat (STBM) sebagai strategi nasional (Kepmenkes RI No. 852/MENKES/SK/IX/2008).

STBM yang tertuang dalam Kepmenkes tersebut menekankan pada perubahan perilaku masyarakat untuk membangun sarana sanitasi dasar dengan melalui upaya sanitasi meliputi tidak BAB sembarangan, mencuci tangan pakai sabun, mengelola air minum dan makanan yang aman, mengelola sampah dengan benar mengelola limbah air rumah tangga dengan aman nasional. Ciri utama dari pendekatan ini adalah tidak adanya subsidi terhadap infrastruktur (jamban keluarga), dan tidak menetapkan jamban yang nantinya akan dibangun oleh masyarakat. Pada dasarnya program STBM ini adalah “pemberdayaan” dan “tidak membicarakan masalah subsidi”. Artinya, masyarakat yang dijadikan

“guru” dengan tidak memberikan subsidi sama sekali (Kepmenkes RI No.852/ MENKES/SK/IX/2008).

b. Definisi STBM

Sanitasi Total Berbasis Masyarakat yang selanjutnya disingkat STBM adalah pendekatan untuk mengubah perilaku higienis dan saniter melalui pemberdayaan masyarakat dengan cara pemucuan. (Permenkes RI No. 03 Tahun 2014 Tentang Sanitasi Total Berbasis Masyarakat). Program STBM memiliki indikator *outcome* dan indikator *output*. Indikator *outcome* STBM yaitu menurunnya kejadian penyakit diare dan penyakit berbasis lingkungan lainnya yang berkaitan dengan sanitasi dan perilaku. Sedangkan indikator *output* STBM adalah sebagai berikut :

- 1) Setiap individu dan komunitas mempunyai akses terhadap sarana sanitasi dasar sehingga dapat mewujudkan komunitas yang bebas dari buang air di sembarang tempat (*Open Defecation Free*).
- 2) Setiap rumah tangga telah menerapkan pengelolaan air minum dan makanan yang aman di rumah tangga.
- 3) Setiap rumah tangga dan sarana pelayanan umum dalam suatu komunitas (seperti sekolah, kantor, rumah makan, puskesmas, pasar, terminal) tersedia fasilitas cuci tangan (air, sabun, sarana cuci tangan), sehingga semua orang mencuci tangan dengan benar.
- 4) Setiap rumah tangga mengelola limbahnya dengan benar.
- 5) Setiap rumah tangga mengelola sampahnya dengan benar.

Untuk mencapai *outcome* tersebut, STBM memiliki 6 (enam) strategi nasional yang pada bulan September 2008 telah dikukuhkan melalui Kepmenkes No.852/Menkes/SK/IX/2008. Dengan demikian, strategi ini menjadi acuan bagi petugas kesehatan dan instansi yang terkait dalam penyusunan perencanaan, pelaksanaan, pemantauan, dan evaluasi terkait dengan sanitasi total berbasis masyarakat. Pada tahun 2014, naungan hukum pelaksanaan STBM diperkuat dengan dikeluarkannya PERMENKES Nomor 3 Tahun 2014 tentang Sanitasi Total Berbasis Masyarakat. Dengan demikian, secara otomatis Kepmenkes No.852/Menkes/SK/IX/2008 telah tidak berlaku lagi sejak terbitnya Permenkes Nomor 3 tahun 2014 (PERMENKES Nomor 3 Tahun 2014).

c. Tujuan STBM

Penyelenggaraan STBM bertujuan untuk mewujudkan perilaku masyarakat yang higienis dan saniter secara mandiri dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya (Permenkes RI No.03 tahun 2014).

d. Lima Pilar STBM

Pelaksanaan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) dengan lima pilar akan mempermudah upaya meningkatkan akses sanitasi masyarakat yang lebih baik serta mengubah dan mempertahankan keberlanjutan budaya hidup bersih dan sehat. Pelaksanaan STBM dalam jangka panjang dapat menurunkan angka kesakitan dan kematian yang

diakibatkan oleh sanitasi yang kurang baik, dan dapat mendorong terwujudnya masyarakat sehat yang mandiri dan berkeadilan (Permenkes RI No.03 tahun 2014). Pilar STBM terdiri atas perilaku:

1) Stop Buang Air Besar Sembarangan (SBS)

Suatu kondisi ketika setiap individu dalam suatu komunitas tidak lagi melakukan perilaku buang air besar sembarangan yang berpotensi menyebarkan penyakit dengan dapat mengakses jamban.

2) Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS)

Perilaku cuci tangan dengan menggunakan air bersih yang mengalir dan sabun.

3) Pengelolaan Air Minum dan Makanan Rumah Tangga (PAMMRT)

Masyarakat melakukan kegiatan mengelola air minum dan makanan di rumah tangga untuk memperbaiki dan menjaga kualitas air dari sumber air yang akan digunakan untuk air minum, serta untuk menerapkan prinsip hygiene sanitasi pangan dalam proses pengelolaan makanan di rumah tangga.

4) Pengamanan Sampah Rumah Tangga (PSRT)

Masyarakat dapat melakukan kegiatan pengolahan sampah di rumah tangga dengan mengedepankan prinsip 3R yaitu *Reduce* (mengurangi), *Reuse* (memakai ulang), dan *Recycle* (mendaur ulang)

5) Pengamanan Limbah Cair Rumah Tangga (PLCRT)

Masyarakat melakukan kegiatan pengolahan limbah cair di rumah tangga yang berasal dari sisa kegiatan mencuci, kamar mandi dan

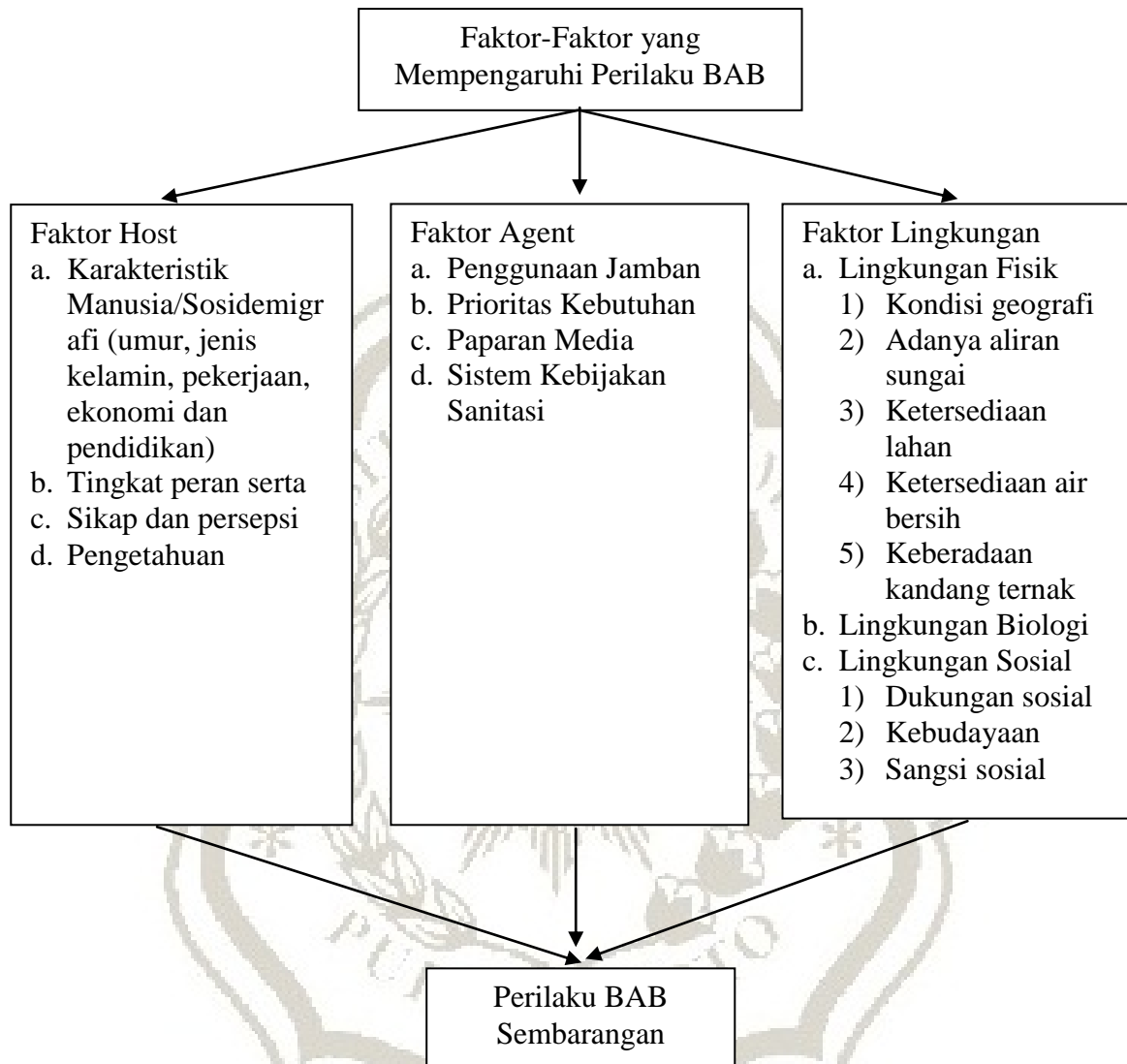
dapur yang memenuhi standar baku mutu kesehatan lingkungan dan persyaratan kesehatan yang mampu memutuskan mata rantai penularan penyakit serta mengurangi pencemaran terhadap lingkungan (Kemenkes RI, 2014).

e. Prinsip-Prinsip TBM

Sanitasi total berbasis masyarakat (STBM) dalam pelaksanaannya program ini mempunyai beberapa prinsip utama, yaitu :

- 1) Tidak adanya subsidi yang diberikan kepada masyarakat, tidak terkecuali untuk kelompok miskin untuk penyediaan fasilitas sanitasi dasar.
 - 2) Meningkatkan ketersediaan sarana sanitasi yang sesuai dengan kemampuan dan kebutuhan masyarakat sasaran.
 - 3) Menciptakan perilaku masyarakat yang higienis dan saniter untuk mendukung terciptanya sanitasi total.
 - 4) Masyarakat sebagai pemimpin dan seluruh masyarakat terlibat dalam analisa permasalahan, perencanaan, pelaksanaan serta pemanfaatan dan pemeliharaan.
 - 5) Melibatkan masyarakat dalam kegiatan pemantauan dan evaluasi
- (Permenkes RI No.03 tahun 2014).

B. Kerangka Teori

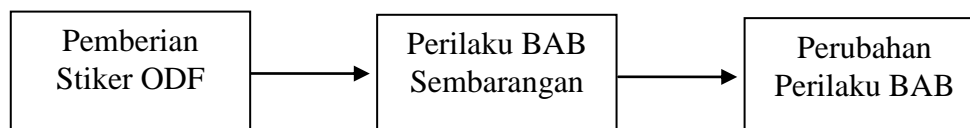


Bagan 2.1 Kerangka Teori

Sumber : Glanz *et.al* (2008), Hayden (2009), Simanjutak (2009), Mukherjee (2011)

C. Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep yang akan digunakan dalam penelitian ini yaitu :



Bagan 2.2 Kerangka Konsep

D. Hipotesis

Hipotesis dalam suatu penelitian berarti jawaban sementara penelitian, patokan duga, atau dalil sementara, yang kebenarannya akan dibuktikan dalam penelitian tersebut. Setelah melalui pembuktian, maka hipotesis dapat benar atau salah, bisa diterima bisa ditolak (Notoatmodjo, 2010). Adapun hipotesa dalam penelitian ini adalah ada perbedaan perilaku BABs masyarakat sebelum dan sesudah program STBM dengan pemberian stiker ODF di Desa Kedondong Kecamatan Sokaraja tahun 2017.