

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

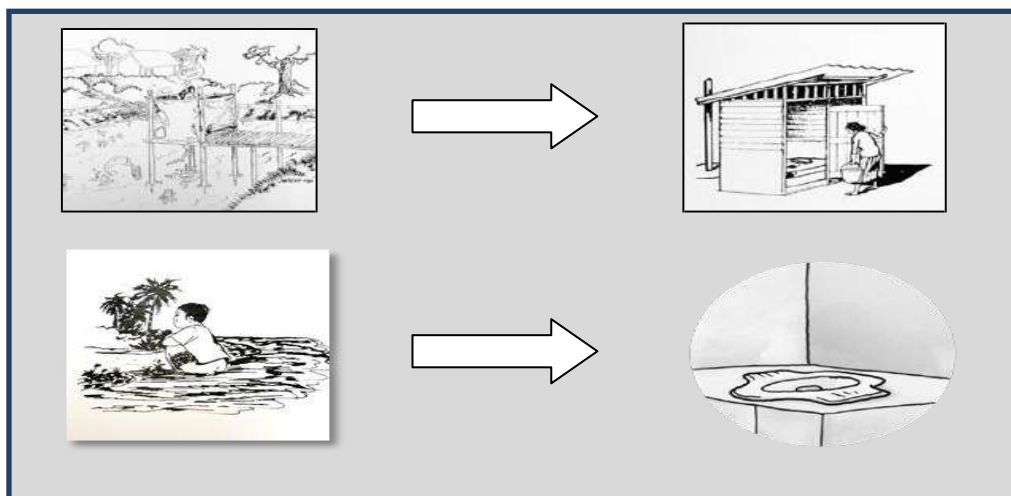
2.1 Konsep Stop Buang Air Besar Sembarangan (BABS)

2.1.1 Pengertian

Stop BABS adalah kondisi ketika setiap individu dalam suatu komunitas tidak BABS. Jamban sehat adalah fasilitas pembuangan tinja yang efektif untuk memutus mata rantai penularan penyakit (Kementerian Kesehatan RI, 2009).

Stop BABS adalah suatu kondisi ketika setiap individu dalam komunitas tidak BABS. Perilaku stop BABS diikuti dengan pemanfaatan sarana sanitasi yang saniter berupa jamban sehat. Saniter merupakan kondisi fasilitas sanitasi yang memenuhi standar dan persyaratan kesehatan yaitu : (Kementerian Kesehatan RI, 2014).

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



Gambar 2.1 Perubahan perilaku Stop BABS (Kementerian Kesehatan RI, 2014)

Jamban sehat efektif untuk memutus mata rantai penularan penyakit. Jamban sehat harus dibangun, dimiliki, dan digunakan oleh keluarga dengan penempatan (di dalam rumah atau di luar rumah) yang mudah dijangkau oleh penghuni rumah.

Standar dan persyaratan kesehatan bangunan jamban terdiri dari :

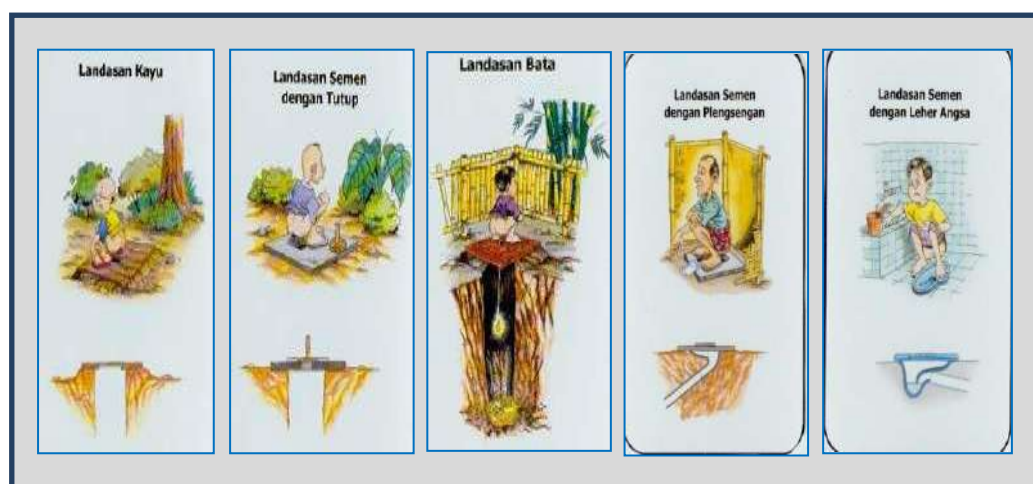
1. Bangunan atas jamban (dinding atau atap)

Bangunan atas jamban harus berfungsi untuk melindungi pemakai dari gangguan cuaca dan gangguan lainnya.

2. Bangunan tengah jamban

Terdapat 2 (dua) bagian bangunan tengah jamban, yaitu:

- 1) Lubang tempat pembuangan kotoran (tinja dan urine) yang saniter dilengkapi oleh konstruksi leher angsa. Pada konstruksi sederhana (semi saniter), lubang dapat dibuat tanpa konstruksi leher angsa, tetapi harus diberi tutup.
- 2) Lantai Jamban terbuat dari bahan kedap air, tidak licin, dan mempunyai saluran untuk pembuangan air bekas ke Sistem Pembuangan Air Limbah (SPAL).



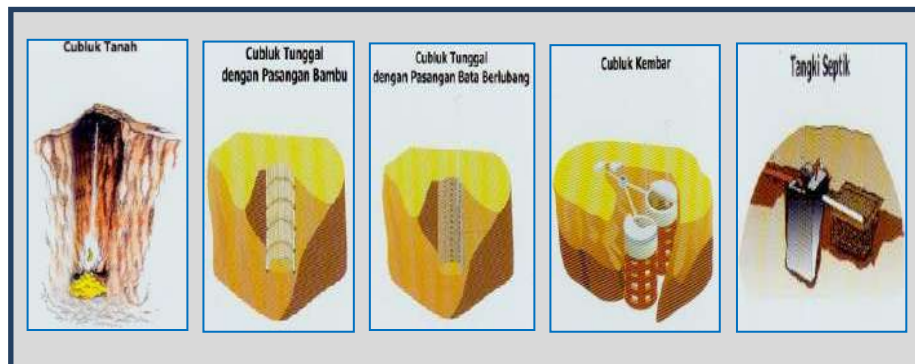
Gambar 2.2 Landasan jamban (Kementerian Kesehatan RI, 2014)

3. Bangunan Bawah

Merupakan bangunan penampungan, pengolah, dan pengurai kotoran/tinja yang berfungsi mencegah terjadinya pencemaran atau kontaminasi dari tinja melalui vektor pembawa penyakit, baik secara langsung maupun tidak langsung.

Terdapat 2 (dua) macam bentuk bangunan bawah jamban, yaitu:

- 1) Tangki Septik, adalah suatu bak kedap air yang berfungsi sebagai penampungan limbah kotoran manusia (tinja dan urine). Bagian padat dari kotoran manusia akan tertinggal dalam tangki septik, sedangkan bagian cairnya akan keluar dari tangki septik dan diresapkan melalui bidang/sumur resapan. Jika tidak memungkinkan dibuat resapan maka dibuat suatu filter untuk mengelola cairan tersebut.
- 2) Cubluk, merupakan lubang galian yang akan menampung limbah padat dan cair dari jamban yang masuk setiap harinya dan akan meresapkan cairan limbah tersebut ke dalam tanah dengan tidak mencemari air tanah, sedangkan bagian padat dari limbah tersebut akan diuraikan secara biologis. Bentuk cubluk dapat dibuat bundar atau segi empat, dindingnya harus aman dari longsor, jika diperlukan dinding cubluk diperkuat dengan pasangan bata, batu kali, buis beton, anyaman bambu, penguat kayu, dan sebagainya.



Gambar 2.3 Bangunan bawah jamban (Kementerian Kesehatan RI, 2014)

2.1.2 Deklarasi Stop Buang Air Besar Sembarangan (BABS)

Indikator pencapaian program STBM pilar I Stop BABS yang digunakan sebagai acuan adalah target STBM di Indonesia tahun 2013-2015 meliputi :

1. Presentase penduduk yang menggunakan jamban sehat yaitu 75% (RPJMN 2010-2014 dan MDGs 2015)
2. Presentase penduduk stop Buang Air Besar Sembarangan sebesar 100% (RPJMN 2015-2019 *Universal Acces* Tahun 2019)
3. Setiap puskesmas terdapat minimal dua desa yang berstatus ODF di wilayah kerjanya

Indikator suatu Desa /Kelurahan dikatakan telah mencapai status STOP BABS berdasarkan Permenkes No 3 Tahun 2014 antara lain :

1. Semua masyarakat telah BAB hanya di jamban yang sehat dan membuang tinja/kotoran bayi hanya ke jamban yang sehat (termasuk di sekolah).
2. Tidak terlihat tinja manusia di lingkungan sekitar.
3. Ada penerapan sanksi, peraturan atau upaya lain oleh masyarakat untuk mencegah kejadian BAB di sembarang tempat.
4. Ada mekanisme pemantauan umum yang dibuat masyarakat untuk mencapai 100 % kepala keluarga mempunyai jamban sehat.
5. Ada upaya atau strategi yang jelas untuk dapat mencapai sanitasi total.

2.1.3 Langkah Pelaksanaan Program Stop BABS

Pemicuan kepada masyarakat untuk stop BABS pada prinsipnya dapat dikelompokkan dalam 3 tahap, yaitu tahap pra pemicuan, tahap pelaksanaan dan tahap evaluasi (Kementerian Kesehatan RI, 2009).

1. Pra pemicuan

- 1) Pengenalan/identifikasi lingkungan

Kondisi lingkungan suatu daerah yang harus dikenali meliputi lingkungan geofisik maupun sosial budaya, karena kondisi kedua aspek tersebut nantinya akan sangat berpengaruh dalam proses pemicuan dan tingkat keberhasilannya.

Dari hasil pengenalan atau identifikasi lingkungan geofisik dan sosial-budaya yang ada dimasyarakat maka akan dapat ditarik kesimpulan unsur-unsur mana yang masuk dalam kategori sebagai Kekuatan/Peluang atau sebagai Kendala/Tantangan, yang selanjutnya dapat dijadikan sebagai suatu acuan atau pijakan untuk kegiatan pemicuan.

Aspek Sosial-budaya yang perlu diidentifikasi (Kementerian Kesehatan RI, 2009):

1. Tokoh masyarakat misal Uztad, Kyai, Guru Sekolah di desa.
2. Tokoh pemuda, Tokoh Perempuan.
3. Organisasi PKK, Organisasi kemasyarakatan, Pramuka, Kelompok pengajian.
4. Kejadian penyakit diare, kecacingan.
5. Tidak ada proyek atau subsidi pemerintah di desa.
6. Ada solidaritas warga, misal gotong royong, kerja bakti.
7. Nilai sosial-budaya, agama yang mendukung PHBS.
8. Dijumpai pengusaha di desa
9. Saat-saat orang kesawah

10. Kebiasaan orang berkumpul, bergosip ria
11. Masyarakat yang homogen

Aspek Geofisik yang perlu diidentifikasi (Kementerian Kesehatan RI, 2009):

1. Balong-balong, kolam ikan, adanya sungai, danau.
 2. Air sungai kotor.
 3. Kebun kosong yang luas.
 4. Kotoran manusia dimana-mana.
 5. Lahan untuk BAB terbatas, sempit.
 6. Lingkungan kumuh, kotor dan bau menyengat
 7. Tanah yang subur, dijumpai kebun kopi, coklat, pisang, dll
 8. Tingkat air tanah tinggi (misal gali 1 meter sudah berair)
 9. Banyak dijumpai kakus/jamban di sepanjang sungai.
- 2) Koordinasi dengan Puskesmas dan Tim Kecamatan lainnya

Sebelum pelaksanaan pemicuan dilaksanakan, fasilitator harus sudah melakukan kontak dengan unit lain yang terkait, terutama Puskesmas setempat, agar unit tersebut dapat berdampingan dengan fasilitator dalam pelaksanaan pemicuan. Untuk itu seorang fasilitator harus sudah memberi informasi kepada Puskesmas kapan dan dimana proses pemicuan akan dilakukan. Selain unsur dari Puskesmas, unit lain yang seyogyanya ikut bergabung dalam proses pemicuan adalah unsur Kecamatan (Camat), PKK dan tokoh masyarakat setempat (misalnya tokoh agama, pemuda, dll)

Petugas Puskesmas diharapkan proses pemecuan akan lebih terarah dan tepat sasaran, karena petugas Puskemas akan mampu memberikan bantuan informasi/penyuluhan tentang masalah-masalah kesehatan yang dihadapi masyarakat khususnya terkait penyakit berbasis air dan sanitasi. Adanya petugas Puskesmas juga diharapkan untuk pendampingan saat pasca pemecuan dapat berjalan dengan lebih baik. Dengan diajaknya petugas Puskesmas dari awal, maka mereka akan lebih mempunyai rasa untuk mensukseskan pemecuan Stop BABS dalam mewujudkan lingkungan yang sehat tersebut lebih komitmen.

Petugas Puskesmas yang berperan dalam mendampingi fasilitator dalam proses pemecuan adalah Sanitarian, karena petugas ini mempunyai tugas pokok dan fungsi yang terkait dengan masalah kesehatan lingkungan, dan merupakan tenaga terdepan dari jajaran kesehatan untuk pelaksanaan Pamsimas. Dalam siklus proses Pamsimas, Sanitarian akan memberikan sertifikasi pelaksanaan pemecuan disuatu wilayah.

2. Pelaksanaan pemecuan

1) Bina suasana

Proses awal pemecuan tidak harus dilakukan dalam ruang pertemuan tertutup, misal dalam Balai Desa, tetapi bisa juga di halaman, atau ditanah lapang. Suasana yang riang, santai, penuh keakraban, tidak saling mencurigai dan terbuka merupakan suasana yang sangat dibutuhkan untuk berlangsungnya proses pemecuan. Suasana yang demikian, yaitu suasana yang cair, tidak ada makna perbedaan antara orang kaya dan miskin, antara tua muda,

laki perempuan maka akan terwujud suasana kondusif untuk saling berdialog, saling mengutarakan pendapat tanpa takut akan tidak dihargai dan disalahkan.

Untuk lebih menghidupkan suasana awal, maka perlu dikembangkan adanya proses *ice breaking* lebih dalam, yaitu melalui permainan atau bentuk-bentuk *roll playing* lainnya. *Roll playing* diharapkan suasana akan lebih hidup, segar dan peserta lebih intim dalam membaur. *Roll playing* juga akan berguna dalam dinamika kelompok, sehingga nantinya proses pemicuan akan bergulir seperti bola salju, tapi penuh dengan kehangatan, hidup dan tidak kaku (Kementerian Kesehatan RI, 2009).

2) Pemetaan perilaku BABS

Pemicuan melalui analisis partisipasi dimulai dengan menggambarkan peta wilayah RT/RW/Dukuh oleh masyarakat itu sendiri. Kemudian peserta diminta menggambar sungai, masjid, sekolah, dll yang merupakan sarana umum di wilayah tersebut.

Selanjutnya peserta diminta menggambarkan peta lokasi rumah masing-masing, sekaligus tanyakan kepada mereka kemana saat ini mereka buang air besar. Beri kode simbol atau gambarkan rumah dengan warna kuning bagi mereka yang BABS, dan warna hijau untuk rumah mereka yang BAB di jamban. Pemicuan bisa juga menggunakan bahan-bahan yang ada disekitar lokasi, seperti daun, batu, ranting kayu, dll. Memberi simbol atau warna pada lokasi gambar rumah masing-masing, maka akan terlihat dengan jelas, bagaimana penyebaran tinja yang ada di wilayah tersebut (Kementerian Kesehatan RI, 2009).

3) *Transect walk*

Pemicuan nyata lapangan dilakukan dengan cara menelusuri wilayah dalam suatu RT/RW/Dukuh untuk mengetahui lokasi-lokasi dimana warga setempat buang air besar sembarang. Semua peserta yang hadir dalam proses pemicuan diajak untuk jalan bersama melihat lokasi tersebut (Kementerian Kesehatan RI, 2009).

Peserta *transect* melewati suatu lokasi BABS kepada mereka dilarang untuk menutup hidung, sehingga peserta merasakan betapa bau yang timbul akibat tinja berada diruang terbuka sembarangan. Ajak peserta untuk mendiskusikan keadaan tersebut, baik dari aspek keindahan dan kebersihan lingkungan, dari aspek penyebaran penyakit, dari aspek keselamatan, dll. Akhirnya tanyakan kepada warga yang BABS tersebut, bagaimana perasaannya sekarang setelah orang lain menderita akibat bau menyengat.

Jika ada kelompok anak yang ikut dalam transek, atau tak jauh dari tempat BABS tersebut,, tanyakan apakah mereka senang akan keadaan tersebut. Ajak anak- anak untuk menghentikan kebiasaan BABS, ajak untuk membuat nyanyian, slogan, puisi atau bentuk-bentuk kesenian lainnya.

Pemicuan dengan melalui *transect walk* ini akan lebih menyentuh ego seseorang, dengan timbulnya rasa malu dan rasa jijik seseorang apalagi dengan melihat secara nyata tinja yang berserakan ditanah terbuka (Kementerian Kesehatan RI, 2009).

4) Pemicuan melalui analisa kuantitatif tinja.

Untuk lebih memberi gambaran tentang tingkat besaran tinja yang tersebar luas secara sembarangan, masyarakat diminta untuk menghitung sendiri berapa

kg/ton jumlah tinja yang berhamburan. Tanyakan kepada mereka berapa jumlah anggota keluarga, kemudian kalikan dengan jumlah tinja yang dibuang manusia per orang per hari (yaitu sekitar 400 gram/orang/hari). Cara perhitungan tersebut, maka dapat dihitung berapa besar tinja yang berhamburan dalam suatu wilayah, dalam kurun waktu sehari, seminggu, sebulan, setahun dan seterusnya (Kementerian Kesehatan RI, 2009).

Teruskan pertanyaan, kemana selama ini tinja tersebut pergi?

1. Tinja dikebun dimakan ayam, dan akhirnya dimakan manusia.
2. Tinja dilahan kosong, mengering, menjadi debu, dihirup manusia.
3. Tinja di balong/empang dimakan ikan dan akhirnya dimakan masuk ke manusia.
4. Tinja masuk ke sungai mencemari air dan akhirnya masuk ke manusia juga.
- 5) Pemicuan melalui sentuhan aspek bahaya penyakit.

Penyakit diare merupakan salah satu penyakit yang erat kaitannya dengan air dan saanitasi. Untuk itu masyarakat diajak melihat bagaimana tinja kotoran manusia dapat dimakan masuk ke mulut manusia itu sendiri dan bahkan manusia lainnya dan akhirnya menimbulkan penyakit diare. Dalam hal ini biarkan masyarakat untuk membuat alur kontaminasi *oral fecal*. Kemudian kembangkan pertanyaan yang bersifat memicu perasaan takut atau rasa lainnya, seperti misal:

1. Apakah ada peserta atau anggota keluarga diskusi yang pernah sakit diare atau sakit lainnya terkait kesehatan lingkungan?
2. Apakah yang sakit punya jamban atau tidak?

3. Penderita dari warga kaya atau miskin?
 4. Bagaimana perasaan ibu/bapak ketika melihat anaknya sakit tergolek di RS?
 5. Adakah anak atau anggota keluarga yang mati akibat penyakit?
 6. Bagaimana perasaan mereka saat tau anak atau anggota keluarga mati?
 7. Bagaimana kondisi keuangan saat itu?
- 6) Rencana Tindak dan Pendampingan

Rencana tindak pada intinya merupakan kesanggupan seseorang, kapan mereka akan membangun jamban secara swadaya. Berilah penghargaan saat itu juga (misal cukup dengan tepuk tangan bersama) bila ada anggota masyarakat yang sudah terpicu dan merencanakan sanggup kapan mereka akan membangun jamban dengan menyebut waktu pembangunan jamban. Buatlah daftar kehadiran dan daftar kesanggupan bagi mereka yang hadir dalam proses pemicuan, dan bagi anggota masyarakat yang sudah memberi kesanggupan pembangunan jamban diminta untuk parap/tanda tangan. Absensi ini kelak akan berguna sebagai alat monitoring, untuk menagih janji-janji mereka dalam pembangunan jamban. Pembuatan absen, daftar kesanggupan dan kegiatan menagih janji biarkan untuk dilakukan oleh masyarakat sendiri atau *natural leader* yang ada (Kementerian Kesehatan RI, 2009).

Pada saat melaksanakan rencana tindak dari masing masing anggota masyarakat, maka fasilitator dan tim tingkat kecamatan harus selalu pendampingan. Suntikan semangat harus selalu diberikan, terutama bagi mereka yang belum terpicu. Biarkan masyarakat melakukan inovasi untuk membangun jambannya sendiri.

Wilayah (RT/RW/Dukuh) terjadi kegagalan pada saat pemicuan awal maupun saat pelaksanaan rencana tindak, maka abaikan untuk sementara wilayah tersebut. Biarkan mereka melihat sendiri hasil yang terjadi pada wilayah lain terlebih dahulu, baru dilakukan pendampingan lagi (Kementerian Kesehatan RI, 2009).

3. Monitoring dan evaluasi

1) Monitoring

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

Masyarakat yang sudah terpicu tetapi belum total (yang mau berubah stop babs baru sebagian), *natural leader* dan anggota masyarakat lainnya dapat melakukan transek walk dengan membawa peta jamban. Transek ini dilakukan dengan mengunjungi rumah rumah dan menanyakan kepada mereka kapan mereka mau berubah stop babs seperti keluarga lain yang sudah mulai membangun jamban (Kementerian Kesehatan RI, 2009).

Dalam melaksanakan monitoring, maka peta yang dibuat pada saat proses pemicuan di atas kertas yang ditempelkan di dinding balai pertemuan atau balai pertemuan lainnya, akan sangat bermanfaat sebagai alat bantu. Dengan melihat peta tersebut maka akan tergambarkan kemajuan kegiatan di lapangan, dan harus selalu diadakan review peta jamban setiap saat (misal bulanan atau triwulanan).

2) Evaluasi

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

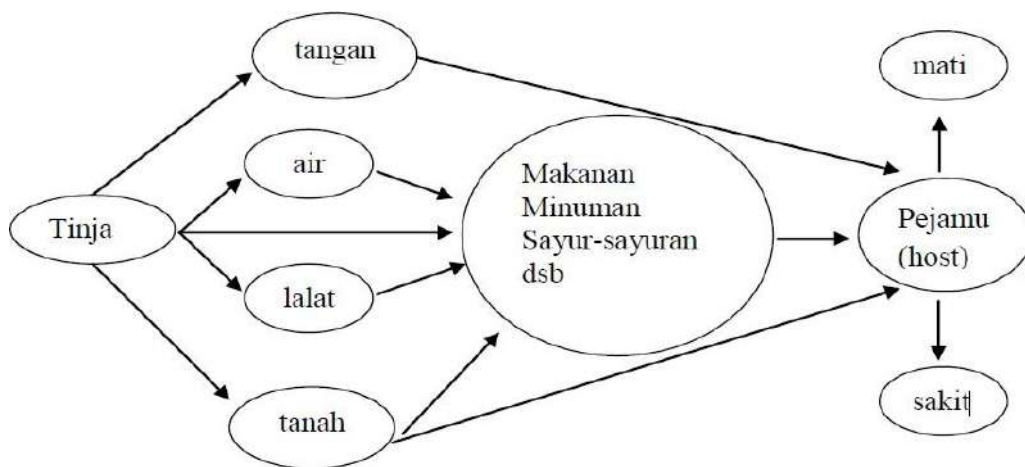
Seperti halnya kegiatan monitoring, maka dalam kegiatan evaluasi ini juga dapat dilakukan oleh masyarakat itu sendiri (evaluasi partisipatif) maupun oleh pihak gabungan dari Fasilitator dan Tim Tingkat Kecamatan.

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

Indikator impact yang perlu dilihat adalah seberapa jauh terjadinya penurunan angka kesakitan penyakit diare. Secara nasional saat ini angka kesakitan diare adalah sebesar 423 jiwa per 1.000 orang penduduk. Untuk lingkup desa, impact inii dapat dilihat dengan penurunan kasus diare setiap tahunnya, yang didapat dari Bidan Desa, Puskesmas Pembantu (Pustu) setempat atau dilevel Puskesmas Kecamatan (Kementerian Kesehatan RI, 2009).

2.2 Masalah Kesehatan Yang Timbul Akibat Rendahnya Penggunaan Jamban

Masalah pembuangan kotoran manusia merupakan masalah yang pokok untuk sedini mungkin diatasi. Kotoran manusia atau *faeces* merupakan sumber penyebaran penyakit yang multikompleks (Notoatmodjo, 2011).



Gambar 2.4 Skema Penularan Penyakit Melalui Kotoran manusia (Notoatmodjo, 2011)

Dari skema tersebut tampak jelas bahwa peranan kotoran manusia dalam penyebaran penyakit sangat besar. Benda yang telah terkontaminasi oleh kotoran manusia dapat menyebabkan penyakit bagi orang lain. Kurangnya perhatian terhadap pengelolaan kotoran manusia disertai dengan cepatnya pertumbuhan penduduk, jelas akan mempercepat penyebaran penyakit yang ditularkan melalui kotoran manusia (Notoatmodjo, 2011).

Bahaya terhadap kesehatan yang dapat ditimbulkan akibat pembuangan kotoran secara tidak baik adalah:

1. Pencemaran tanah, pencemaran air dan kontaminasi makanan

Sebagian besar kuman penyakit yang mencemari air dan makanan berasal dari

kotoran hewan dan manusia. Mereka mencakup bakteri, virus, protozoa dan cacing dan masuk bersama air atau makanan, atau terbawa oleh mulut dan jari yang tercemar. Sekali tertelan, sebagian besar di antara mereka berkembang di saluran makanan dan diekskresikan bersama kotoran atau *faeces*. Tanpa sanitasi yang memadai, mereka dapat memasuki ke badan air yang lain, yang selanjutnya dapat menginfeksi orang lain. Banyak organisme kelompok bakteri enterik ini dapat bertahan dalam waktu lama di luar badan. Mereka dapat bertahan pada limbah manusia, dalam tanah dan kemudian ditularkan ke air serta bahan makanan (Chandra, 2007).

2. Perkembangbiakan lalat

Peranan lalat dalam penularan penyakit melalui kotoran sangat besar. Lalat rumah, selain senang menempatkan telurnya pada kotoran hewan, juga senang menempatkannya pada kotoran manusia yang terbuka dan bahan organik lain yang sedang mengalami penguraian. Lalat hinggap dan memakan bahan organik, mengambil kotoran dan organisme hidup pada tubuhnya yang berbulu, termasuk bakteri yang masuk ke saluran pencernaannya, dan kemudian meletakkannya di makanan manusia (Chandra, 2007).

2.3 Perilaku

Perilaku manusia merupakan salah satu faktor yang banyak memegang peranan dengan menentukan derajat kesehatan suatu masyarakat. Bahkan menurut Bloom, faktor perilaku memberikan kontribusi terbesar dalam menentukan status kesehatan individu maupun masyarakat. Mengingat bahwa faktor penyebab penyakit lebih bersifat kompleks, sehingga dalam epidemiologi lebih banyak dilakukan pendekatan

faktor risiko. Adanya faktor risiko perilaku individu maupun masyarakat seperti kebiasaan hidup sehat individu dan kepercayaan masyarakat tentang sesuatu yang berhubungan dengan kesehatan banyak memberikan nilai risiko yang sering muncul dalam analisis epidemiologi tentang kejadian penyakit dalam masyarakat. Perilaku sangat erat hubungannya dengan umur dan jenis kelamin, suku dan ras, pekerjaan, status sosial ekonomi serta berbagai aspek kehidupan lainnya (Notoatmodjo, 2014).

2.3.1 Konsep perilaku kesehatan

1. Konsep perilaku

Perilaku merupakan fungsi karakteristik individu dan lingkungan. Karakteristik individu meliputi berbagai variabel seperti motif, nilai-nilai, sifat, keperibadian, dan sikap yang saling berinteraksi satu sama lain dan kemudian berinteraksi pula dengan faktor-faktor lingkungan dalam menentukan perilaku. Faktor lingkungan memiliki kekuatan besar dalam menentukan perilaku, bahkan kekuatannya lebih besar dari karakteristik individu (Azwar, 2015).

Secara pandangan biologis perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme yang bersangkutan. Pada hakikatnya, perilaku manusia adalah suatu aktivitas dari manusia itu sendiri. Perilaku manusia memiliki bentangan yang sangat luas, mencakup berjalan, berbicara, bereaksi, berpakaian dan lain sebagainya. Kegiatan internal (*internal activity*) seperti berfikir, persepsi dan emosi juga merupakan perilaku manusia. Dapat dikatakan bahwa perilaku adalah apa yang dikerjakan oleh organisme tersebut, baik yang dapat diamati secara langsung maupun secara tidak langsung (Notoatmodjo, 2014).

Perilaku dan gejala perilaku yang tampak pada kegiatan organisme tersebut dipengaruhi baik oleh faktor genetik dan lingkungan. Secara umum dapat dikatakan bahwa faktor genetik dan lingkungan itu merupakan penentu dari perilaku makhluk hidup termasuk perilaku manusia. Hereditas atau faktor keturunan adalah konsepsi dasar atau modal untuk perkembangan perilaku makhluk hidup itu untuk selanjutnya. Lingkungan adalah kondisi atau lahan untuk perkembangan perilaku tersebut. Suatu mekanisme pertemuan antara kedua faktor dalam rangka terbentuknya perilaku disebut proses belajar (*learning process*) (Notoatmodjo, 2014).

2. Perilaku kesehatan

Pada dasarnya perilaku kesehatan adalah suatu respon seseorang (*organisme*) terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, serta lingkungan. Batasan ini mempunyai dua unsur pokok, yaitu respon dan stimulus atau perangsangan.

Respon atau reaksi manusia, baik bersifat pasif (pengetahuan, persepsi dan sikap), maupun bersifat aktif (tindakan nyata atau praktis). Stimulus atau rangsangan di sini terdiri empat unsur pokok, yaitu sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan dan lingkungan. Secara lebih rinci perilaku kesehatan mencakup (Notoatmodjo, 2014):

- 1) Perilaku seseorang terhadap sakit dan penyakit, yaitu bagaimana manusia berespon, baik secara pasif (mengetahui, bersikap dan mempersepsi penyakit dan rasa sakit yang ada pada dirinya dan di luar dirinya), maupun aktif (tindakan) yang dilakukan sehubungan dengan penyakit dan sakit tersebut.

- 2) Perilaku terhadap sistem pelayanan kesehatan adalah respon seseorang terhadap sistem pelayanan kesehatan baik sistem pelayanan kesehatan modern maupun tradisional. Perilaku ini menyangkut respon terhadap fasilitas pelayanan, cara pelayanan, petugas kesehatan dan penyediaan obat yang terwujud dalam pengetahuan, persepsi, sikap dan penggunaan fasilitas.
- 3) Perilaku terhadap makanan (*nutrition behavior*), yaitu respon seseorang terhadap makanan sebagai kebutuhan vital bagi kehidupan. Perilaku ini meliputi pengetahuan, persepsi, sikap dan praktik seseorang terhadap makanan serta unsur yang terkandung di dalamnya (zat gizi), pengolahan makanan dan sebagainya.
- 4) Perilaku terhadap kesehatan lingkungan (*environmental health behavior*) adalah respon seseorang terhadap lingkungan sebagai determinan kesehatan manusia. Lingkup perilaku ini seluas lingkup kesehatan lingkungan itu sendiri. Perilaku ini antara lain mencakup:
 - 1) Perilaku sehubungan dengan air bersih, termasuk di dalamnya komponen, manfaat dan penggunaan air bersih untuk kepentingan kesehatan.
 - 2) Perilaku sehubungan dengan pembuangan air kotor, yang menyangkut segi hygiene pemeliharaan teknik dan penggunaannya.
 - 3) Perilaku sehubungan dengan limbah, baik limbah padat maupun limbah cair. Termasuk di dalamnya sistem pembuangan sampah dan air limbah serta dampak pembuangan limbah yang tidak baik.
 - 4) Perilaku sehubungan dengan rumah yang sehat, meliputi ventilasi, pencahayaan, lantai dan lain sebagainya.

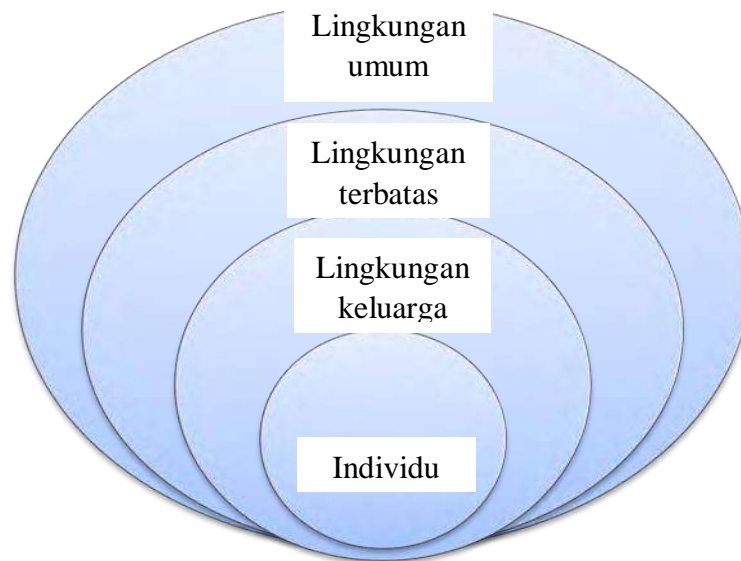
- 5) Perilaku sehubungan dengan pembersihan sarang nyamuk (vektor) dan sebagainya.

Menurut Amerika, perilaku diartikan sebagai suatu aksi dan reaksi organisme terhadap lingkungannya. Hal ini berarti bahwa perilaku baru terjadi apabila ada sesuatu yang diperlukan untuk menimbulkan reaksi yang disebut rangsangan. Perilaku tidak sama dengan sikap. Sikap adalah suatu kecenderungan untuk mengadakan tindakan terhadap suatu obyek dengan suatu cara yang menyatakan adanya tanda untuk menyenangkan atau tidak menyenangkan obyek tertentu. Sikap hanyalah sebagian dari perilaku manusia (Notoatmodjo, 2014).

Dalam proses pembentukan dan atau perubahan, perilaku dipengaruhi oleh beberapa faktor yang berasal dari dalam dan dari luar individu. Faktor tersebut antara lain susunan syaraf pusat, persepsi, motivasi, emosi, proses belajar, lingkungan dan sebagainya. Susunan syaraf pusat memegang peranan penting dalam perilaku manusia, karena merupakan sebuah bentuk perpindahan dari rangsangan yang masuk menjadi tindakan tertentu. Perubahan perilaku dalam diri seseorang dapat diketahui melalui persepsi. Persepsi adalah sebagai pengalaman yang dihasilkan melalui panca indra. Setiap orang mempunyai persepsi yang berbeda, meskipun mengamati obyek yang sama. Motivasi yang diartikan sebagai suatu dorongan untuk bertindak mencapai suatu tujuan juga dapat terwujud dalam bentuk perilaku. Perilaku dapat pula timbul karena emosi. Aspek psikologis yang mempengaruhi emosi berhubungan erat dengan keadaan jasmani, yang pada hakikatnya merupakan faktor turunan (bawaan) (Notoatmodjo, 2014).

Belajar diartikan sebagai proses perubahan perilaku yang dihasilkan dari tindakan dalam lingkungan kehidupan. Belajar adalah suatu perubahan perilaku yang disadari oleh perilaku terdahulu, sehingga perilaku tersebut dibentuk melalui suatu proses dan berlangsung dalam interaksi manusia dengan lingkungannya. Faktor yang mempengaruhi terbentuknya perilaku dibedakan menjadi dua, yaitu faktor intern dan faktor ekstern. Faktor intern mencakup pengetahuan, kecerdasan, persepsi, emosi, motivasi dan sebagainya yang berfungsi untuk mengolah rangsangan dari luar. Faktor ekstern meliputi lingkungan sekitar, baik fisik maupun non fisik yang meliputi iklim, manusia, sosial ekonomi, kebudayaan dan sebagainya (Notoatmodjo, 2014).

Setiap individu dari lahir terkait dengan suatu kelompok, terutama kelompok keluarga. Adanya keterkaitan antara individu dengan kelompok keluarga ini membuka kemungkinan untuk dipengaruhi dan mempengaruhi antar anggota dalam kelompok. Oleh karena itu pada setiap kelompok senantiasa berlaku adanya suatu aturan dan norma sosial tertentu, maka perilaku setiap individu anggota kelompok berlangsung dalam suatu jaringan normatif. Demikian pula perilaku individu terhadap masalah kesehatan (Notoatmodjo, 2014).



Gambar 2.5 Interaksi perilaku kesehatan (Notoatmodjo, 2014)

Keterangan:

- 1) Perilaku kesehatan individu: sikap dan kebiasaan individu yang erat kaitannya dengan lingkungan.
- 2) Lingkungan keluarga: kebiasaan setiap anggota keluarga mengenai kesehatan.
- 3) Lingkungan terbatas: tradisi, adat-istiadat dan kepercayaan masyarakat sehubungan dengan kesehatan.
- 4) Lingkungan umum: kebijakan pemerintah di bidang kesehatan. Undang-undang kesehatan, program kesehatan dan sebagainya.

2.3.2 Domain perilaku kesehatan

Perilaku manusia sangat kompleks dan mempunyai ruang lingkup yang luas. Seorang ahli psikologi pendidikan membagi perilaku dalam tiga domain (ranah/kawasan), meskipun hal tersebut tidak mempunyai batasan yang jelas dan tegas. Pembagian kawasan ini dilakukan untuk kepentingan tujuan pendidikan. Tujuan suatu pendidikan adalah mengembangkan atau meningkatkan ketiga domain perilaku tersebut, yang terdiri dari ranah kognitif (*cognitive domain*),

ranah afektif (*affective domain*) dan ranah psikomotor (*psychomotor domain*) (Notoatmodjo, 2014).

Dalam perkembangan selanjutnya oleh para ahli pendidikan, untuk kepentingan pengukuran hasil pendidikan ketiga domain diukur dari :

1. Pengetahuan peserta didik terhadap materi pendidikan yang diberikan (*knowledge*).
2. Sikap atau tanggapan peserta didik terhadap materi pendidikan yang diberikan (*attitude*).
3. Praktik atau tindakan yang dilakukan peserta didik sehubungan dengan materi pendidikan yang diberikan (*practice*).

Terbentuknya suatu perilaku baru, terutama pada orang dewasa dimulai pada domain kognitif, dalam arti subyek tahu terlebih dahulu terhadap stimulus yang berupa materi atau obyek di luarnya. Setelah itu menimbulkan pengetahuan baru pada subyek dan menimbulkan respon batin dalam bentuk sikap terhadap obyek yang diketahui tersebut. Rangsangan terhadap obyek yang sudah diketahui dan disadari sepenuhnya akan menimbulkan respon lebih jauh lagi yaitu berupa tindakan. Di sisi lain tindakan seseorang terhadap suatu hal tidak harus didasari oleh pengetahuan atau sikap (Notoatmodjo, 2014).

1. Pengetahuan (*knowledge*)

Pengetahuan adalah hasil tahu dan ini terjadi setelah seseorang melakukan pengindraan terhadap suatu obyek tertentu. Pengindraan terjadi melalui pancaindra manusia, yaitu indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan

seseorang. Perilaku yang didasarkan oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Pengetahuan yang dicakup dalam domain kognitif mempunyai enam tingkat, yaitu:

1. Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai penguasaan suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap suatu yang spesifik dari rangsangan yang telah diterima. Tingkat “tahu” ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain, yaitu menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan dan sebagainya.

2. Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui dan dapat menginterpretasikannya secara benar. Orang yang telah paham terhadap obyek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan dan sebagainya terhadap obyek yang dipelajari.

3. Aplikasi (*application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi sebenarnya. Aplikasi di sini dapat diartikan aplikasi atau penggunaan hukum, rumus, metode, prinsip dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

4. Analisis (*analysis*)

Merupakan suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu obyek ke dalam komponen tetapi masih dalam suatu struktur organisasi tersebut dan masih

saling berkaitan. Kemampuan analisis dapat dilihat dari penggunaan kata kerja, seperti menggambarkan, membedakan, memisahkan, mengelompokkan dan sebagainya.

5. Sistesis (*synthesis*)

Sistesis menunjuk pada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Sistesis dapat diartikan suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi yang sudah ada., misalnya dapat menyusun, dapat merencanakan, dapat meringkaskan, dapat menyesuaikan dan sebagainya terhadap suatu teori atau rumusan yang telah ada.

6. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan jastifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau obyek. Penilaian tersebut berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri maupun menggunakan kriteria yang sudah ada, seperti membandingkan antara anak yang cukup gizi dengan anak yang kekurangan gizi, dapat menanggapi terjadinya wabah diare di suatu tempat dan sebagainya.

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subyek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan dapat diukur sesuai dengan tingkatan tersebut.

2.3.3 Bentuk perubahan perilaku

Bentuk perubahan perilaku sangat bervariasi, sesuai dengan konsep yang digunakan oleh para ahli dalam pemahamannya terhadap perilaku. Bentuk

perubahan perilaku dikelompokkan menjadi tiga, yaitu (Notoatmodjo, 2014):

1. Perubahan alamiah (*natural change*)

Perilaku manusia selalu berubah, sebagian perubahan tersebut disebabkan karena kejadian alamiah. Apabila dalam masyarakat sekitar terjadi suatu perubahan lingkungan fisik atau sosial budaya dan ekonomi, maka anggota masyarakat di dalamnya juga akan mengalami perubahan.

2. Perubahan rencana (*planned change*)

Perubahan perilaku ini terjadi karena sudah direncanakan sendiri oleh subyek.

3. Kesiediaan untuk berubah (*readiness to change*)

Apabila terjadi suatu inovasi atau program pembangunan di dalam masyarakat, maka yang sering terjadi adalah sebagian orang sangat cepat untuk menerima inovasi atau perubahan tersebut (berubah perilakunya). Tetapi sebagian orang lagi sangat lambat untuk menerima inovasi atau perubahan tersebut. Hal ini disebabkan karena pada setiap orang mempunyai kesiediaan untuk berubah yang berbeda-beda meskipun kondisinya sama.

Pada program kesehatan, agar diperoleh perubahan perilaku yang sesuai dengan norma kesehatan sangat diperlukan usaha konkret dan positif. Beberapa strategi untuk memperoleh perubahan perilaku tersebut dikelompokkan menjadi tiga, yaitu (Notoatmodjo, 2014):

1. Menggunakan kekuatan/kekuasaan atau dorongan

Dalam hal ini perubahan perilaku dipaksakan pada sasaran atau masyarakat sehingga ia mau melakukan (berperilaku) seperti yang diharapkan. Cara ini dapat ditempuh dengan adanya peraturan, Undang-undang atau intimidasi yang harus dipatuhi oleh masyarakat. Cara ini akan menghasilkan perubahan perilaku yang

cepat, akan tetapi perubahan tersebut belum tentu akan berlangsung lama karena perubahan perilaku yang terjadi tidak atau belum berdasarkan kesadaran sendiri.

2. Pemberian informasi

Pemberian informasi tentang sesuatu hal akan meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang hal tersebut, selanjutnya dengan pengetahuan tersebut akan menimbulkan kesadaran masyarakat dan akhirnya akan menyebabkan orang berperilaku sesuai dengan pengetahuan yang dimilikinya itu. Perubahan perilaku dengan cara ini akan memakan waktu lama, tetapi perubahan yang dicapai akan bersifat langgeng karena didasari pada kesadaran mereka sendiri (bukan karena paksaan)

3. Diskusi dan partisipasi

Memberikan informasi tentang kesehatan tidak bersifat searah saja melainkan dua arah. Hal ini bahwa masyarakat tidak hanya pasif menerima informasi tetapi juga harus aktif berpartisipasi melalui diskusi tentang informasi yang diterimanya. Pengetahuan kesehatan sebagai dasar perilaku diperoleh secara mantap dan lebih mendalam dan akhirnya perilaku yang mereka peroleh akan lebih mantap juga, bahkan merupakan referensi perilaku orang lain. Cara ini akan memakan waktu lebih lama dari cara kedua dan jauh lebih baik dari cara pertama. Diskusi partisipasi adalah salah satu cara yang baik dalam rangka memberikan informasi dan pesan kesehatan.

2.4 Teori Perilaku Lawrence Green

Terdapat beberapa teori yang menjelaskan determinan perilaku dari analisis faktor-faktor yang dapat mempengaruhi perilaku, terutama perilaku yang

berhubungan dengan kesehatan, salah satu diantaranya adalah Teori Lawrence Green (1980) yang menganalisis perilaku manusia dari tingkat kesehatannya. Faktor perilaku (*behaviour causes*) dan faktor bukan perilaku (*non behaviour causes*) dapat mempengaruhi kesehatan seseorang atau masyarakat. Perilaku terbentuk atau ditentukan dari ketiga faktor, yaitu: (Notoatmodjo, 2014).

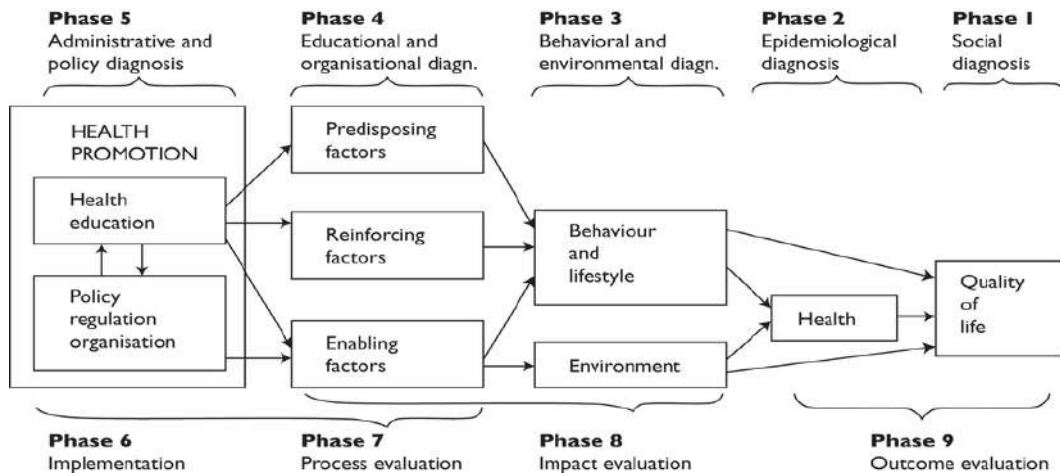
1. Faktor predisposisi (*predisposing factor*) adalah faktor yang menjadi dasar atau motivasi terjadinya perilaku terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan dan nilai-nilai. Persepsi yang berhubungan dengan motivasi individu dan kelompok termasuk faktor demografi seperti umur, jenis kelamin, kondisi sosial ekonomi, dan ukuran keluarga.
2. Faktor pendukung (*enabling factor*) merupakan faktor yang mendukung terlaksanakannya suatu motivasi. Faktor ini terwujud dalam lingkungan fisik seperti ketersediaan fasilitas kesehatan dan pelayanan kesehatan seperti puskesmas dan obat-obatan, kemudahan dalam mencapai pelayanan kesehatan dan keterampilan petugas.
3. Faktor pendorong (*reinforcing factor*) ialah faktor pendorong terjadinya perubahan perilaku seseorang yang terwujud dalam bentuk perilaku hidup sehat. Faktor ini berasal dari perilaku tenaga kesehatan atau petugas lain, keluarga, teman, atau kelompok pekerja yang merupakan kelompok refensi dari perilaku masyarakat (Notoatmodjo, 2014).

Selanjutnya dalam program promosi kesehatan dikenal adanya model pengkajian dan penindaklanjutan (*Precede-Proceed Model*) yang diadaptasi dari konsep Lawrence Green. Model tersebut mengkaji masalah perilaku manusia dan faktor-faktor yang mempengaruhinya, serta cara menindaklanjutinya dengan

berusaha mengubah, memelihara, atau meningkatkan perilaku tersebut ke arah yang lebih positif. Proses pengkajian atau pada tahap *precede* dan proses penindaklanjutan pada tahap *proceed*. Suatu program untuk memperbaiki perilaku kesehatan adalah penerapan keempat proses pada umumnya ke dalam model pengkajian dan penindaklanjutan (Nursalam, 2016):

1. Kualitas hidup adalah sasaran utama yang ingin dicapai di bidang pembangunan sehingga kualitas hidup ini sejalan dengan tingkat kesejahteraan. Semakin sejahtera maka kualitas hidup seseorang semakin tinggi. Salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup seseorang adalah derajat kesehatan. Semakin tinggi derajat kesehatan seseorang maka kualitas hidup juga semakin tinggi.
2. Derajat kesehatan adalah sesuatu yang ingin dicapai dalam bidang kesehatan, dengan adanya derajat kesehatan maka akan menggambarkan masalah kesehatan yang sedang dihadapi. Pengaruh yang paling besar terhadap derajat kesehatan seseorang adalah faktor perilaku dan faktor lingkungan.
3. Faktor lingkungan adalah faktor fisik, biologis, dan sosial budaya yang langsung/tidak mempengaruhi derajat kesehatan.
4. Faktor perilaku dan gaya hidup adalah suatu faktor yang timbul karena adanya aksi dan reaksi seseorang atau organisme terhadap lingkungannya. Faktor perilaku akan terjadi apabila ada rangsangan, sedangkan gaya hidup merupakan pola kebiasaan seseorang atau sekelompok orang yang dilakukan karena jenis pekerjaannya mengikuti tren yang berlaku dalam kelompok sebayanya, ataupun hanya untuk meniru dari tokoh idolanya (Nursalam, 2016).

Proses pelaksanaannya Lawrence W. Green menggambarkan dalam bagan berikut ini (Nursalam, 2016).



Gambar 2.6 *Precede proceed model* (Green LW dan Kreuter MW, 1991).

2.5 Keaslian Penelitian

Pencarian database untuk keaslian penelitian ini dengan menggunakan kata kunci “*BAB Sembarangan “ Open Defecation “ Water Borne Disease” Diarrhea” Stop Open Defecation.” Lingkungan: Tidak BABS” “ODF Program” STBM” Behavior” Community”*”. Pencarian pada jurnal pada tahun 2010 - 2019 yang berlokasi di Scopus dengan menggunakan kata kunci tersebut ditemukan 3 jurnal yang sesuai yaitu berjudul : *Effect of eliminating open defecation on diarrhoeal morbidity: an ecological study of nyando and nambale sub-counties, Kenya*, *Enabling factors for sustaining open defecation-free communities in rural Indonesia: a cross-sectional study, open defecation free (odf) program as an urgent public service in Semarang City, Central Java*.

Pencarian pada jurnal pada tahun 2010 - 2019 yang berlokasi di Sinta dengan menggunakan kata kunci tersebut ditemukan 2 jurnal yang sesuai yaitu berjudul : *Perubahan perilaku open defecation free (ODF) melalui program sanitasi total*

berbasis masyarakat (stbm) di Desa Babad Kecamatan Kedungadem Kabupaten Bojonegoro, Pengaruh faktor internal dan eksternal terhadap perilaku buang air besar di jamban pasca pemicuan di wilayah kerja Puskesmas Tanjung Batu.

Pencarian pada jurnal pada tahun 2010 - 2019 yang berlokasi di Neliti dengan menggunakan kata kunci tersebut ditemukan 3 jurnal yang sesuai yaitu *berjudul* : determinan perilaku buang air besar pada masyarakat pesisir di Kabupaten Buton Selatan, determinan perilaku buang air besar sembarangan di Desa Jayakarsa Kecamatan Likupang Barat Kabupaten Minahasa Utara, hubungan pengetahuan, sikap BAB dan kepemilikan septic tank dengan status ODF (*open defecation free*) di Kabupaten Candisari Kota Semarang.

Pencarian pada jurnal pada tahun 2010 - 2019 yang berlokasi di Jurnal Universitas Airlangga dengan menggunakan kata kunci tersebut ditemukan 2 jurnal yang sesuai yaitu *berjudul* : pelaksanaan program stbm stop babs di Desa Lembur Timur Dan Desa Luba Kecamatan Lembur Kabupaten Alor tahun 2015, peran pemerintah lokal dalam peningkatan sanitasi lingkungan masyarakat : studi tentang keberhasilan program *open defecation free* (ODF) di Kabupaten Bojonegoro

Tabel 2.1 Keaslian penelitian

No	Judul artikel / Penulis / Tahun	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen dan Analisis)	Hasil Penelitian
1	Determinan perilaku buang air besar pada masyarakat pesisir di Kabupaten Buton Selatan (Dwiana and Herawaty, 2017).	D : <i>Explanatory sequential mixed method (Quantitative and qualitative)</i> S : 100 responden V: Independen : faktor predisposisi (pengetahuan tentang jamban dan sikap), faktor pemungkin (ketersediaan dana dan kondisi keuangan keluarga, faktor penguat (dukungan tenaga kesehatan dan tokoh masyarakat) Dependen : perilaku masyarakat dalam BAB I : Kuesioner A : Uji <i>chi square</i>	Analisis <i>chi-square</i> menunjukkan pengetahuan yang terkait p-value = 0,0117; PR = 0,635 dan ketersediaan fasilitas p-value = 0,0002; PR = 1.876 dengan perilaku buang air besar terbuka
2	Determinan perilaku BABS di Desa Jayakarsa Kecamatan Likupang Barat Kabupaten Minahasa Utara (Talinusa et al., 2016).	D : <i>Cross Sectional Study</i> S : 58 Orang V : Independen : Pengetahuan, sikap dan tindakan BABS Dependen : Perilaku BABS I : Kuesioner A : Uji <i>chi-square</i>	Hasil menunjukkan bahwa ada hubungan antara pengetahuan dengan perilaku buang air besar sembarangan (p = 0,000). Ada hubungan antara sikap dengan perilaku buang air besar sembarangan (p = 0,000). Ada hubungan antara tindakan dengan perilaku buang air besar sembarangan (p = 0,001) di Desa Jayakarsa Kecamatan Likupang Barat Kabupaten Minahasa Utara. Terdapat hubungan antara pengetahuan, sikap, dan tindakan dengan perilaku buang air besar sembarangan di Desa Jayakarsa Kecamatan Likupang Barat Kabupaten Minahasa Utara.
3	<i>Effect of eliminating open defecation on Diarrhoeal morbidity: an ecological study of Nyando and nambale sub-counties, Kenya</i> (Njuguna, John, 2016).	D : <i>Cross Sectional Study</i> S : 482 orang V: Independen : morbiditas diare	Uji Mann-Whitney U mengungkapkan perbedaan yang signifikan dalam prevalensi diare sub-county buang air besar terbuka (Md = 18,4, n = 34) dan sub-negara bebas buang air

		<p>Dependen : <i>Open defecation free</i></p> <p>I : Penelitian menggunakan set data yang tersedia di situs web public, data pada Sistem Informasi Kesehatan Kenya. Setiap laporan tahunan diunduh dalam bentuk lembar excel dan morbiditas diare tahunan yang diekstraksi untuk masing-masing kabupaten.</p> <p>A : <i>Mann-Whitney U Test</i></p>	<p>besar terbuka (Md = 9,8, n = 5), U = 9, z = -3.2, p = .001. Di antara kedua Kabupaten, Nambale memiliki prevalensi terendah. Ini mencatat penurunan dari 9,8 menjadi 5,7% selama tiga tahun. Prevalensi untuk kasus diare di Nyando menurun dari 19,1 menjadi 15,2% selama tiga tahun. Nyando awalnya memiliki prevalensi tertinggi kedua di Kabupaten Kisumu dan pada 2014 itu memiliki prevalensi terendah.</p>
4	<p><i>Enabling factors for sustaining open Defecation-free communities in rural indonesia: A cross-sectional study</i> (Odagiri, M. et al., 2017)</p>	<p>D : <i>Cross Sectional Study</i></p> <p>S : 6 Desa</p> <p>V:</p> <p>Independen : Faktor sosio ekonomi, ketersediaan jamban dan keterlibatan pemerintah</p> <p>Dependen : BABS di komunitas pedesaan Indonesia</p> <p>I : Kuesioner dan <i>focus group discussions</i> (FGD)</p> <p>A : <i>Multivariate logistic regression analysis</i></p>	<p>Perilaku adopsi dan penggunaan jamban dapat berkelanjutan untuk jangka panjang, dengan (1) keterlibatan masyarakat yang kuat dari para pemimpin alam untuk memperkuat harapan normatif, (2) mekanisme dukungan masyarakat untuk menghilangkan kendala untuk mendapatkan perilaku baru dan untuk memperkuat harapan empiris, dan (3) terus mendorong untuk mengejar tingkat layanan yang lebih tinggi di luar ODF untuk menstabilkan norma sosial baru.</p>
5	<p>Hubungan pengetahuan, sikap bab, dan kepemilikan <i>septic tank</i> dengan status ODF (<i>open defecation free</i>) Di Kecamatan Candisari Kota Semarang (Sukma, Hadiati. et al., 2018)</p>	<p>D : <i>Cross Sectional Study</i></p> <p>S : 67 Orang</p> <p>V:</p> <p>Independen : pengetahuan, sikap dan kepemilikan <i>septic tank</i></p> <p>Dependen : Status ODF</p> <p>I : Kuesioner</p> <p>A : Uji <i>Chi-square</i></p>	<p>Analisa univariate dan analisis statistik dengan uji statistik Square Chi (tingkat signifikansi = 0,05). Responden dengan pengetahuan baik (56,7%), sikap buang air besar positif (50,7%), dan memiliki <i>septic tank</i> (25,4%). Uji Chi Square menunjukkan bahwa ada hubungan antara pengetahuan responden (p = 0,029), sikap buang air besar responden (p = 0,000), dan ketersediaan tangki septik (0,000) dengan status ODF. Dari penelitian ini, ada hubungan antara pengetahuan, sikap buang air besar dan ketersediaan tangki septik dengan status ODF di Kecamatan Candisari.</p>

6	<i>Open defecation free (ODF) program as an urgent public Service in Semarang City, Central Java</i> (Hartuti, Purnaweni, 2018)	D : Kualitatif yang disajikan secara deskriptif S : 50 orang V: Independen : Pengetahuan, sikap, ekonomi dan keterlibatan pemerintah Dependen : Perilaku BABS I : Penelitian perpustakaan, observasi, dan wawancara mendalam A: Reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan	Masalah Bebas BABS di Desa Jomblang harus dihilangkan dan butuh keterlibatan dari Pemerintah dan partisipasi aktif dari penduduk lokal.
7	Pelaksanaan program STBM stop BABS di Desa Lembur Timur dan Desa Luba Kecamatan Lembur Kabupaten Alor tahun 2015 (Yusran, Yosef, 2015)	D : Evaluatif rancangan sumatif S : 14 orang V: Independen : Pelatihan fasilitator, rencana kegiatan, <i>natural leader</i> serta monitoring dan evaluasi memenuhi syarat Permenkes No 3 Tahun 2014 tentang STBM Dependen : <i>process</i> program Stop BABS I : Wawancara mendalam, telaah dokumen dan observasi A: Analisis secara deskriptif	Petugas sanitarian di Puskesmas Lembur tidak melakukan pengarsipan dokumen hasil pemecuan sehingga menjadi kendala dalam melakukan monitoring dan evaluasi.
8	Pengaruh faktor internal dan eksternal terhadap perilaku BAB di jamban pasca pemecuan di wilayah kerja Puskesmas Tanjung Batu (Yulda, Apri <i>et al.</i> , 2017)	D : <i>Cross Sectional Study</i> S : 137 orang V: Independen : Faktor internal dan eksternal Dependen : Perilaku BAB di jamban pasca pemecuan I : Kuesioner A: Uji regresi logistik model prediksi	Hasil analisis menunjukkan 84 orang (61,3%) mengalami perubahan perilaku buang air besar di jamban pasca pemecuan. Terdapat pengaruh penghasilan ($p\text{-value} < 0,0001$), <i>self efficacy</i> ($p\text{-value} < 0,0001$), harapan ($p\text{-value} < 0,0001$), persepsi pelanggaran moral ($p\text{-value} < 0,0001$), dorongan masyarakat ($p\text{-value} = 0,001$), dorongan petugas kesehatan ($p\text{-value} < 0,0001$), peran keluarga ($p\text{-value} < 0,0001$) terhadap perubahan perilaku buang air besar di jamban pasca

		<p>pemicuan. Penghasilan merupakan faktor yang paling mempengaruhi perubahan perilaku buang air besar di jamban pasca pemicuan (RP=6,464 95% CI: 1,719-24,309; p-value=0,006). Diharapkan masyarakat dapat melakukan arisan jamban, kemudian tokoh masyarakat dan petugas kesehatan bekerja sama dengan <i>stakeholder</i> melakukan gotong royong dalam pembuatan jamban komunal dan menambah <i>home industri</i> di lingkungan wilayah kerja puskesmas, agar masyarakat dapat berubah perilaku buang air besar di jamban serta menambah pemasukan sehingga masyarakat dapat menyisihkan uang untuk membuat jamban</p>
<p>9 Peran pemerintah lokal dalam peningkatan sanitasi lingkungan masyarakat: studi tentang keberhasilan Program ODF di Kabupaten Bojonegoro (Arifianty, Della Putri, 2017)</p>	<p>D : Kualitatif deskriptif S : Penentuan informan dilakukan dengan <i>purposive</i> dan <i>snowball sampling</i> dimana pihak-pihak dianggap mengetahui dan berperan dalam upaya peningkatan sanitasi dalam program ODF V : Independen : Peran pemerintah. Peran strategis pemerintah lokal dirinci dalam 7 aspek yaitu dengan adanya strategi dan perencanaan yang dibuat, advokasi dan promosi yang dilakukan, adanya peningkatan kapasitas, pengawasan, monitoring dan evaluasi yang dilakukan, serta pemerintah selaku regulator dalam pembuatan kebijakan, sebagai koordinator dalam pelaksanaan program, sebagai innovator program, serta sebagai fasilitator program.</p>	<p>Peran pemerintah lokal untuk peningkatan sanitasi lingkungan masyarakat tentang keberhasilan program ODF di Kabupaten Bojonegoro sangat dominan.</p>

		Dependen : Peningkatan sanitasi lingkungan masyarakat I : Metode observasi, studi dokumen dan wawancara secara mendalam A: analisis kualitatif merujuk pada Sugiyono dengan tahapan reduksi data, penyajian data dan menarik kesimpulan	
10	Perubahan perilaku <i>open defecation free</i> (ODF) melalui program sanitasi total berbasis masyarakat (STBM) di Desa Babad Kecamatan Kedungadem Kabupaten Bojonegoro (Muhid, A. and Fahmi, L., 2018)	D : <i>Community-Based Research</i> (CBR) S : 242 rumah V: Independen : Perilaku ODF Dependen : Keberhasilan program STBM I : <i>Depth interview</i> , observasi, dokumentasi, FGD, <i>story telling</i> , <i>mapping</i> komunitas, <i>transect</i> , kalender musim, <i>trend change</i> , <i>matriks ranking</i> A : -	Perubahan perilaku <i>open defecation free</i> (ODF) melalui program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) sangat dipengaruhi oleh ketersediaan sanitasi, dukungan semua pihak, dan perubahan pemahaman masyarakat tentang ODF.
