

PENGARUH PAKET STIMULAN SANITASI TERHADAP PERILAKU SANITAIR DAN PEMANFAATAN SARANA DI PUSKESMAS PEKIK NYARING KABUPATEN BENGKULU UTARA

*The Influence of Sanitation Stimulant Package toward
Sanitary Behavior and Facility Utilization in Pekik Nyaring
Primary Health Care, District of North Bengkulu*

Irawan¹, Agus Suwarni², Ira Paramastri³

*Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat
Sekolah Pascasarjana Universitas Gadjah Mada*

ABSTRACT

Pekik Nyaring Primary Health Care is one of the Primary Health Care that becomes the target of Family Health and Nutrition project (KKG) and considered as pilot project from the 10 Primary Health Cares of project target in the district of North Bengkulu. Project intervention in the sanitation environmental field is by giving package of sanitation stimulant and environmental health promotion in the family of project target. The result of the second round Monitoring Evaluation and Benefit (MEM) in the year of 2003 in 5 projects target villages in Pekik Nyaring Primary Health Care showed that the sanitation coverage rate is the highest compared to other 9 primary health cares. However, data of ten diseases that mostly suffered by community is still dominated by environmental based disease. This research was aimed to find out the effectiveness of sanitation stimulant package application by KKG project target family in the area of Primary Health Care of Pekik Nyaring, district of North Bengkulu.

This was a pre-experimental research that used static group comparison designs with posttest only control group. The research population was all KKG project target family who lived in 5 target villages in Pekik Nyaring Primary Health Care. The subjects consist of 90 respondents that were divided into group who obtained complete package with 30 respondents, group who obtained incomplete package with 30 respondents and control group with 30 respondents. Data was collected by using questionnaires and checklist. Data was analyzed with descriptive and analytic method, and statistic analysis used mean difference test (Anava and Monova) with degree of confidence of 95%.

The result showed that the characteristic of respondent was quite similar, and only education and income that showed a significant difference ($p > 0,05$). Sanitary behavior in most of the three groups had good rank category. The effectiveness of facility utilization in the group who obtained complete package and control had good category while the group who obtained incomplete package had medium category.

1) Dinas Kesehatan Bengkulu Utara Provinsi Bengkulu

2) Politeknik Kesehatan Yogyakarta

3) Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada Yogyakarta

Statistic analysis of mean differences test of sanitary behavior and facility utilization in the three groups showed a significant difference ($p < 0,05$). It was concluded that the package of sanitation stimulant was effective in improving the sanitary behavior and sanitation facility utilization by family of KKG project target villages in *Pekik Nyaring* Primary Health Care.

Keywords: *sanitation stimulant – sanitary behavior – facility utilization.*

PENGANTAR

Paradigma di bidang kesehatan tercermin dalam visi dan misi Indonesia sehat 2010, yang memuat salah satu upaya memberdayakan masyarakat dan keluarga yang bersifat tidak instruksional, guna meningkatkan pengetahuan dan kemampuan masyarakat dan keluarga agar mampu merencanakan, dan mengambil tindakan dalam penyelesaian masalah kesehatan dengan benar, tanpa atau dengan bantuan pihak lain. Upaya ini harus dilakukan secara berkesinambungan agar dapat meningkatkan kebutuhan (*need*), dan tuntutan (*demand*) masyarakat untuk berperilaku hidup sehat¹.

Proyek Kesehatan Keluarga dan Gizi (KKG) merupakan proyek bantuan *Asean Development Bank (ADB) IV Loan 1471-INO* pelaksanaannya dimulai sejak tahun 1997 dan berakhir tahun 2003. Lokasi sasaran proyek berada pada 5 propinsi, yaitu: Sumatera Utara, Jambi, Kalimantan Tengah, Kalimantan Selatan, dan Bengkulu. Konsep dasar proyek adalah pemberdayaan keluarga hal masalah kesehatan, serta menanggulangi masalah tersebut secara partisipasi aktif setiap unsur dalam keluarga. Komponen utama proyek adalah upaya kemitraan keluarga dalam kesehatan, meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan, monitoring dan evaluasi dalam mendukung program kesehatan. Penentuan keluarga sasaran didasarkan atas kemampuan sosial ekonomi keluarga yang dikategorikan sebagai keluarga pra sejahtera dan sejahtera satu, serta ditentukan oleh kesepakatan Tim Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD)².

Penyediaan Air Bersih dan Penyehatan Lingkungan (PAB-PL) merupakan indikator dalam mengukur Indeks Potensi Keluarga Sehat (IKPS) pada desa binaan proyek KKG. Pada pelaksanaan proyek KKG intervensi yang dilakukan dalam meningkatkan IKPS sektor penyehatan lingkungan dan sanitasi adalah dengan memberikan paket stimulan sarana sanitasi². Paket stimulan sanitasi yang diberikan terdiri atas pengadaan bahan material pembangunan dan rehabilitasi sarana air

bersih (SAB), jamban keluarga (JAGA), sarana pembuangan air limbah rumah tangga (SPAL), bahan material perbaikan rumah (ventilasi dan lantainisasi) yang di alokasikan pada keluarga sasaran proyek. Alokasi pemberian bahan material sarana sanitasi, kegiatan pembinaan berupa pendidikan penyehatan lingkungan permukiman juga dilakukan bersamaan dengan paket bahan material. Kegiatan ini berupa penyuluhan kelompok dan pelatihan kader kesehatan lingkungan yang diberikan pada keluarga binaan proyek KKG.

Pola pemberdayaan dengan memberikan bantuan material stimulan sarana, diharapkan dapat menumbuhkan partisipasi keluarga sasaran untuk penyediaan tenaga serta bahan lainnya, juga dapat berperilaku hidup sehat dalam pemanfaatan sarana sanitasi. Intervensi proyek diharapkan akan meningkatkan pengetahuan dan perubahan perilaku kelompok sasaran ke arah yang baik, sehingga dapat menurunkan angka kesakitan akibat sanitasi lingkungan yang jelek².

Pemberdayaan masyarakat merupakan salah satu alat untuk mencapai sasaran program penyehatan lingkungan dan sanitasi, dengan perubahan perilaku dan pemanfaatan sarana sanitasi diharapkan dapat menciptakan masyarakat menuju budaya bersih dan sehat serta berlanjutnya Program Penyediaan Air Bersih dan Penyehatan Lingkungan (PAB-PL). Disamping itu juga sebagai tolok ukur untuk mengukur keberhasilan pembangunan program. Efektivitas pemanfaatan sarana sanitasi ditentukan dengan ketepatan sasaran, kebutuhan, ketepatan lokasi, kesetaraan, kemudahan, memenuhi persyaratan teknis dan kesehatan³.

Paket stimulan sanitasi yang telah dialokasikan pada desa binaan Proyek KKG di wilayah kerja Puskesmas Pekik Nyaring sebanyak 100 paket, tersebar pada 500 keluarga sasaran yang diharapkan dapat digulirkan pada seluruh keluarga sasaran yang belum mendapatkannya. Pendidikan penyehatan lingkungan permukiman yang telah dialokasikan dalam bentuk pelatihan kader kesehatan lingkungan dan penyuluhan kelompok pada keluarga sasaran, yang diberikan masing-masing 2 kali untuk pelatihan kader Kesehatan lingkungan (kesehatan lingkungan) dan 4 kali untuk penyuluhan dengan nara sumber petugas Sanitasi Puskesmas dan Kabupaten².

Data hasil Monitoring Evaluasi dan Manfaat (MEM) putaran kedua tahun 2003 pada 5 desa sasaran proyek di wilayah kerja Puskesmas Pekik Nyaring, didapatkan angka cakupan sarana sanitasi yang tertinggi bila dibandingkan dengan 9 Puskesmas sasaran proyek lainnya². Walaupun demikian, data sepuluh penyakit terbanyak yang diderita oleh masyarakat di wilayah Puskesmas Pekik Nyaring, masih

di dominasi oleh penyakit berbasis lingkungan dan sanitasi⁴. Berdasarkan uraian tersebut, rumusan masalah dalam penelitian ini adalah: "Apakah paket stimulan sanitasi efektif dalam peningkatan perilaku sanitair dan pemanfaatan sarana sanitasi oleh keluarga sasaran proyek KKG di wilayah kerja Puskesmas Pekik Nyaring Kabupaten Bengkulu Utara". Sedangkan tujuan penelitian untuk mengetahui efektivitas penerapan paket stimulan sanitasi terhadap perilaku sanitair dan pemanfaatan sarana sanitasi oleh keluarga sasaran proyek KKG di wilayah kerja Puskesmas Pekik Nyaring Kabupaten Bengkulu Utara. Hipotesis kerja dalam penelitian ini adalah: ada perbedaan perilaku sanitair dan pemanfaatan sarana antara kelompok responden dengan paket stimulan sanitasi lengkap, tidak lengkap, dan kelompok kontrol.

CARA PENELITIAN

Jenis penelitian adalah *pre experimental*, dengan rancangan yang digunakan *static group comparison design*. Teknik pengukuran dilakukan hanya pada akhir intervensi (*the post test only control group*)⁵. Lokasi penelitian berada di 5 desa binaan Proyek Kesehatan Keluarga dan Gizi (KKG) di wilayah kerja Puskesmas Pekik Nyaring. Populasi penelitian ini adalah kepala keluarga sasaran Proyek KKG, yang tinggal di 5 desa binaan proyek KKG. Subjek penelitian diambil berdasarkan pengelompokan, untuk kelompok paket lengkap diambil *total sampling* sebanyak 30 KK dengan kriteria *inklusi*, untuk paket tidak lengkap diambil sebanyak 30 KK dengan cara *Systematic sampling*, dan untuk kelompok kontrol diambil sebanyak 30 KK dengan cara *paired sampling (Matching)*⁶.

Untuk lebih jelas lokasi desa dan jumlah responden yang diambil dapat dilihat pada Tabel 1.

Tabel 1. Lokasi Desa dan Jumlah Responden Penelitian pada Masing-masing Kelompok Perlakuan dan Kontrol

No	Lokasi Desa	Kelompok Responden					
		Kelompok Lengkap (X1)		Kelompok Tidak Lengkap (X2)		Kelompok Kontrol (K)	
		Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
1	Sunda Kelapa	6	20,00	6	20,00	6	20,00
2	Pondok Kelapa	6	20,00	6	20,00	6	20,00
3	Talang Pauh	6	20,00	6	20,00	6	20,00
4	Srikuncoro	6	20,00	6	20,00	6	20,00
5	Sidodadi	6	20,00	6	20,00	6	20,00
	Jumlah	30	100,00	30	100,00	30	100,00

Pengumpulan data dengan menggunakan kuesioner dan observasi lingkungan sanitasi rumah. Instrumen yang digunakan sebelumnya telah diuji validitas dan realibilitasnya. Analisis data yang digunakan dengan cara analisis deskriptif dan analitik dengan menggunakan uji beda *mean* (*Anava* dan *Manova* $\alpha = 0,05$)⁷.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Analisis *Test of homogeneity of Variances* Karakteristik Responden pada taraf signifikansi 95% dapat dilihat pada Tabel 2.

Tabel 2. *Test of homogeneity of Variances* Karakteristik Responden

No	Karakteristik Responden	F	P
1	Umur	1,314	0,274
2	Jumlah Jiwa yang menjadi tanggungan	0,818	0,445
3	Status Kepemilikan rumah yang ditempati	0,650	0,568
4	Jenis Pekerjaan	0,500	0,608
5	Jenis Pendidikan yang diselesaikan	5,064	0,008
6	Jumlah Penghasilan berdasar UMP	5,588	0,005

Berdasarkan Tabel 2, secara umum karakteristik umur, jumlah jiwa menjadi tanggungan, status kepemilikan rumah, dan jenis pekerjaan pada masing-masing kelompok responden memiliki karakteristik yang tidak berbeda ($p > 0,05$). Jenis pendidikan dan jumlah penghasilan menunjukkan perbedaan yang bermakna ($p < 0,05$). Untuk mengetahui perbedaan jumlah penghasilan dan tingkat pendidikan dengan variabel perilaku sanitair dan pemanfaatan sarana berdasarkan hasil analisis statistik dapat dilihat pada Tabel 3.

Tabel 3. Perbedaan Jenis Pendidikan dan Jumlah Penghasilan Responden terhadap Perilaku Sanitair dan Pemanfaatan Sarana Sanitasi.

No	Variabel Penelitian	Unstandardized Coefficients		Std. Coeffs Beta	t	P
		B	Std. Err			
A.	Perilaku Sanitair	52,874	2,318			
1	Tingkat Pendidikan	-0,633	0,643	-0,099	-0,984	0,328
2	Jumlah Penghasilan	4,824	1,083	0,449	4,454	0,000
B.	Pemanfaatan Sarana Sanitasi	43,487	1,207			
1	Tingkat Pendidikan	0,024	0,335	0,008	0,071	0,943
2	Jumlah Penghasilan	0,858	0,564	0,168	1,523	0,131

Pada Tabel 3, diketahui hanya jumlah penghasilan memiliki perbedaan yang bermakna pada variabel terikat, yaitu pada variabel perilaku sanitair ($p < 0,05$).

Secara umum karakteristik responden telah diupayakan dilakukan pengendalian, selain itu juga dilakukan *matching* terhadap masing-masing kelompok sehingga memungkinkan didapatkannya informasi yang sesuai dengan yang dilakukan dalam kehidupan sehari-hari. Hal ini sejalan dengan pendapat Bakar, yang menyatakan bahwa sulit untuk menemukan karakteristik responden yang benar-benar sama, namun dengan adanya studi pendahuluan diharapkan didapatkan karakteristik yang mendekati sama⁸. Menurut Azwar, disarankan untuk melakukan uji coba instrumen dan pelaksanaan penelitian diusahakan mengambil subjek penelitian yang hampir sama terutama karakteristik demografis seperti umur, jenis kelamin, pendidikan, jenis pekerjaan, dan besarnya penghasilan⁹.

Untuk mengetahui ranking perilaku sanitair pada masing-masing kelompok diuraikan pada Tabel 4.

Tabel 4. Ranking Perilaku Sanitair Responden Penelitian

No	Kategori/ Nilai ranking	Kelompok Responden					
		Kelompok Paket Lengkap (X1)		Kelompok Paket Tidak Lengkap (X2)		Kelompok Kontrol (K)	
		Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
1	Kurang (< 40)	0	0,00	0	0,00	1	3,33
2	Sedang (40 s/d 55)	3	10,00	5	16,67	9	30,00
3	Baik (= 56)	27	90,00	25	83,33	20	66,67
	Jumlah	30	100	30	100	30	100

Tabel 4, terlihat umumnya pada kelompok paket lengkap responden berkategori baik sebanyak 27 orang (90%), kelompok paket tidak lengkap berkategori baik sebanyak 25 orang (83,33%), dan kelompok kontrol berkategori baik sebanyak 20 orang (66,67%). Hasil ini menunjukkan adanya variasi ranking pada masing-masing kelompok. Kelompok perlakuan memiliki perilaku sanitair yang lebih baik daripada kelompok kontrol. Hal ini dimungkinkan karena kelompok kontrol tidak diberikannya intervensi pemberian paket sanitasi. Namun karena responden berada dalam satu desa, informasi tentang perilaku hidup bersih dan sehat dapat mereka ketahui baik melalui komunikasi interpersonal dengan KK sasaran, juga melalui media pemutaran film kesehatan lingkungan yang dilakukan oleh pihak proyek KKG.

Perbedaan perilaku sanitair pada masing-masing kelompok, dilakukan dengan uji beda *mean* dengan *F test (one way Anova)*, didapatkan nilai $p = 0,01$ ($p < 0,05$), terlihat pada Tabel 5.

Tabel 5. Hasil Uji Beda Perilaku Sanitair pada Masing-masing Kelompok Perlakuan dan Kontrol

Variabel	Kelompok Responden	N	Rata-rata	SD	F	P
Perilaku Sanitair	Kelompok Kontrol	30	56,77	7,47	7,928	0,01
	Kelompok Paket Tidak Lengkap	30	59,47	4,47		
	Kelompok Paket Lengkap	30	63,00	5,92		
	Total	90	59,74	6,53		

Berdasarkan analisis tersebut, hipotesis penelitian dapat diterima, yaitu ada perbedaan yang signifikan perilaku sanitair pada masing-masing kelompok perlakuan dan kelompok kontrol setelah diberikannya intervensi paket stimulan sanitasi. Perbedaan ini bukan bawaan variasi sampling, tetapi disebabkan oleh adanya perbedaan intervensi/perlakuan pada masing-masing kelompok.

Secara deskriptif perilaku yang dicerminkan oleh responden sangat ditentukan oleh banyak faktor, menurut Green¹⁰ faktor tersebut adalah faktor *predisposing*, *enabling*, dan faktor *reinforcing*. Sesuai dengan pendapat Green adanya intervensi paket stimulan sanitasi sebagai faktor *enabling*, selanjutnya pembinaan yang dilakukan oleh petugas sanitasi puskesmas sebagai faktor *reinforcing*¹⁰. Pemberian paket dalam bentuk material, peningkatan skill oleh petugas, serta pembinaan yang dilakukan secara terus menerus, maka akan memungkinkan terjadinya perubahan perilaku ke arah yang lebih baik.

Menurut Mantra¹¹, perilaku adalah respon individu terhadap stimuli yang berasal dari luar maupun dari dalam, stimuli dari luar antara lain stimuli bersifat fisik, atau non fisik¹¹. Stimuli dalam penelitian ini berupa paket stimulan sanitasi serta pembinaan oleh petugas sanitasi. Hal ini memungkinkan kelompok perlakuan berperilaku sanitair yang lebih baik daripada kelompok kontrol.

Taha, et al., menyatakan perilaku sanitair sangat ditentukan oleh status sosial ekonomi keluarga, walaupun telah diberikan bantuan sarana sanitasi¹². Status ekonomi responden pada penelitian ini umumnya berstatus ekonomi rendah, dengan penghasilan rata-rata < Rp. 800.000,-, dan bekerja sebagai petani. Namun kenyataannya ranking

perilaku sanitair masing-masing kelompok berkategori baik dan sedang, dan hanya 1 orang (1,1 %) yang berkategori rendah ini terdapat pada kelompok kontrol. Berdasarkan hal tersebut dapat disimpulkan bahwa paket stimulan sanitasi berperan atau efektif dalam meningkatkan perilaku sanitair, dan merupakan bagian dari program pemerintah dalam upaya menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) dalam mencapai Indonesia Sehat 2010 pada keluarga sasaran Proyek KKG¹. Hal ini terlihat dari adanya perbedaan yang signifikan perilaku sanitair pada kelompok perlakuan dan kontrol.

Ranking pemanfaatan sarana sanitasi responden untuk ketiga kelompok, dapat dilihat pada Tabel 6.

Tabel 6. Ranking Pemanfaatan Sarana Sanitasi Responden Penelitian

No	Kategori/ Nilai Ranking	Kelompok Responden					
		Kelompok Paket Lengkap (X1)		Kelompok Paket Tidak Lengkap (X2)		Kelompok Kontrol (K)	
		Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
1	Kurang (< 32)	0	0,00	0	0,00	0	0,00
2	Sedang (32 s/d 39)	1	3,33	16	53,33	4	13,33
3	Baik (= 40)	29	96,67	14	46,67	26	86,67
	Jumlah	30	100	30	100	30	100

Tabel 6 terlihat umumnya kelompok paket lengkap berkategori baik sebanyak 29 orang (96,67%), kelompok paket tidak lengkap berkategori baik sebanyak 14 orang (46,67%), dan kelompok kontrol kategori baik sebanyak 26 orang (86,67%). Tidak ditemukan kategori kurang pada semua kelompok. Hal ini menunjukkan adanya variasi ranking pada masing-masing perlakuan dan kontrol.

Perbedaan ranking terlihat bervariasi pada kelompok paket tidak lengkap, jumlah kategori baik dan sedang hampir sama. Hasil wawancara mendalam didapatkan bahwa umumnya kelompok paket tidak lengkap merasa tidak puas dengan apa yang mereka miliki, terutama jenis sarana yang diberikan tidak mencerminkan kebutuhan yang sesuai dengan keinginannya, dan asumsi pihak proyek bahwa kelompok paket tidak lengkap dapat mengembangkan sarananya, hanya sebagian saja yang melaksanakan. Kelompok kontrol umumnya telah mempunyai sarana sesuai dengan kebutuhan dan kemampuannya, ini tercermin dari nilai ranking yang dimiliki, umumnya menyatakan sarana mereka telah efektif dimanfaatkan oleh keluarganya.

Untuk mengetahui perbedaan efektivitas pemanfaatan sarana sanitasi pada masing-masing kelompok, dilakukan uji beda *mean* dengan *F test* (*one way Anova*), didapatkan nilai $p = 0,00$ ($p < 0,05$), sebagaimana pada Tabel 7.

Tabel 7. Hasil Uji Beda Pemanfaatan Sarana Sanitasi pada Masing-masing Kelompok Perlakuan dan Kontrol

Variabel	Kelompok Responden	N	Rata-rata	SD	F	P
Pemanfaatan Sarana Sanitasi	Kelompok Kontrol	30	44,07	3,75	14,915	0,00
	Kelompok Paket Tidak Lengkap	30	43,90	2,65		
	Kelompok Paket Lengkap	30	47,30	1,02		
	Total	90	45,09	3,11		

Berdasarkan analisis yang telah dilakukan, hipotesa penelitian dapat diterima, yaitu ada perbedaan yang signifikan pemanfaatan sarana sanitasi pada masing-masing kelompok perlakuan dan kontrol setelah diberikannya intervensi paket stimulan sanitasi. Perbedaan ini bukan bawaan variasi sampling, tetapi disebabkan oleh adanya perbedaan intervensi/perlakuan pada masing-masing kelompok.

Habicht, *et al.* menyatakan bahwa pemanfaatan sarana sanitasi yang satu sangat ditentukan oleh ketersediaan sarana sanitasi lainnya, di mana sarana jamban keluarga akan efektif pemanfaatannya bila disertai dengan sarana air bersih, begitu juga dengan lingkungan rumah akan lebih efektif pemanfaatannya bila ditunjang oleh sarana sanitasi lainnya¹³.

Perbedaan pemanfaatan sarana sanitasi oleh kelompok paket lengkap secara keseluruhan dari kategori ranking baik sebanyak 29 KK (96,67%), ini sesuai pendapat di atas dikarenakan kepemilikan sarana sanitasi yang lengkap saling menunjang untuk masing-masing sarana, lengkap di sini diartikan telah memiliki sarana air bersih, jamban, pembuangan limbah serta lantai dan ventilasi yang baik. Sebaliknya dengan kelompok tidak lengkap, hanya sebagian yang berkategori baik 14 KK (46,67%). Hal ini dikarenakan adanya inisiatif dari KK untuk mengembangkan sarannya, atau telah memiliki sarana yang lain sebelum adanya intervensi proyek KKG. Untuk kelompok kontrol secara keseluruhan telah memiliki sarana sanitasi dengan swadaya sendiri tanpa intervensi proyek KKG.

Carter, *et al.* (1997), menyatakan pemanfaatan sarana sanitasi oleh

masyarakat pedesaan didasarkan atas 3 kebutuhan, yaitu: kebutuhan dalam penggunaan, kebutuhan dalam kenyamanan penggunaan, dan didasarkan atas personal hygiene¹⁴. Sejalan dengan penelitian ini tingkat kebutuhan keluarga akan sarana sanitasi dalam upaya perlindungan diri dari penyakit berbasis lingkungan dapat dilihat dari pemanfaatan sarana semua kelompok, dalam penelitian ini tidak ditemukan KK yang berkategori rendah.

Esrey, *et al.*., menyatakan bahwa sarana sanitasi dikatakan efektif bila mampu menghindarkan keluarga dari berbagai jenis penyakit infeksi yang disebabkan oleh lingkungan sanitasi yang jelek¹⁵. Hal ini tercermin dari kualitas sarana sanitasi yang dimiliki oleh keluarga¹⁵. Berdasarkan hal tersebut bila dilihat dari angka kesakitan khususnya penyakit yang berbasis lingkungan yang diderita oleh keluarga responden, umumnya adalah ISPA, diare, malaria. Ini bertolak belakang dengan hasil ranking efektivitas pemanfaatan sarana sanitasi. Namun dapat di gambarkan bahwa penyakit ini menduduki urutan teratas dari 10 penyakit infeksi terbanyak yang diderita penduduk di wilayah kerja Puskesmas Pekik Nyaring.

Hasil observasi sanitasi lingkungan yang telah dilakukan, hasilnya menunjukkan bahwa kelompok paket lengkap secara keseluruhan memiliki kategori baik 30 KK (100%), selanjutnya untuk kelompok paket tidak lengkap hanya 14 KK (46,67%) yang memiliki kategori baik, dan untuk kelompok kontrol 23 KK (76,67%) yang memiliki kategori baik. Perbedaan ranking ini jika dibandingkan (*crossing*) dengan ranking perilaku sanitair dan efektivitas pemanfaatan sarana sanitasi ternyata sesuai dengan ranking yang didapatkan oleh responden pada kelompok paket lengkap, paket tidak lengkap, dan kelompok kontrol.

Hasil penelitian menunjukkan KK dengan paket lengkap memiliki perilaku, pemanfaatan sarana sanitasi, dan sanitasi lingkungan rumah yang lebih baik dari kelompok lainnya. Sejalan dengan pendapat Blum, menyatakan bahwa faktor lingkungan dan perilaku sangat berpengaruh terhadap derajat kesehatan masyarakat¹⁶. Menurut Green perilaku dibentuk melalui suatu proses dan berlangsung dalam interaksi manusia dan lingkungannya¹⁰. Sejalan dengan hasil penelitian diketahui bahwa kondisi lingkungan dan perilaku sanitair disebabkan oleh tersedianya sarana sanitasi dan kondisi rumah yang baik sebagai hasil dari intervensi Proyek KKG.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

- 1) Karakteristik umur, jumlah tanggungan dalam keluarga, status perkawinan, jenis pekerjaan dan kepemilikan rumah pada responden penelitian menunjukkan tidak ada perbedaan yang bermakna. Jenis pendidikan dan jumlah penghasilan menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna, jumlah penghasilan berpengaruh terhadap perilaku sanitair.
- 2) Perilaku sanitair dan pemanfaatan sarana sanitasi pada masing-masing kelompok secara umum memiliki kategori ranking baik. Hasil analisis statistik didapat perbedaan yang bermakna variabel perilaku sanitair dan pemanfaatan sarana pada masing-masing kelompok perlakuan. Hasil ini menunjukkan bahwa kelompok dengan paket lengkap lebih baik dari kelompok tidak lengkap, dan kontrol. Paket stimulan sanitasi efektif meningkatkan perilaku sanitair dan pemanfaatan sarana pada keluarga sasaran Proyek KKG di Puskesmas Pekik Nyaring.

Saran

- 1) Perlu pembinaan dan keberlanjutan program, dengan tetap mengupayakan ketersediaan dana dalam meningkatkan kualitas sanitasi lingkungan secara keseluruhan di lokasi desa sasaran proyek.
- 2) Diupayakannya promosi kesehatan lingkungan yang tepat (waktu, sasaran, dan media), sesuai dengan karakteristik masyarakat dalam meningkatkan perilaku sanitair pada keluarga binaan sehingga dapat terwujud desa binaan program kesehatan lingkungan.
- 3) Perlu penelitian lanjutan untuk mengevaluasi proses pemberdayaan dan kontribusi partisipasi masyarakat baik finansial maupun non finansial dalam pelaksanaan, pemanfaatan, dan pengembangan sarana sanitasi.

DAFTAR PUSTAKA

1. Departemen Kesehatan RI, *Rencana Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010, dalam pencaangan Gerakan Pembangunan Berwawasan Kesehatan sebagai strategi Nasional untuk mewujudkan Indonesia Sehat 2010 oleh Presiden RI, Jakarta. 1999.*
2. Dinas Kesehatan Bengkulu Utara, *Laporan Pelaksanaan Proyek KKG Kabupaten Bengkulu Utara Tahun 2003, Arga Makmur. 2003*

3. Bappenas, 2000, Undang-undang No 25 tahun 2000 Tentang Program Perencanaan Nasional Air Bersih dan Penyehatan Lingkungan, Bappenas, Jakarta.
4. Puskesmas Pekik Nyaring, 2003, *Profil Puskesmas Pekik Nyaring Tahun 2003*, Pekik Nyaring.
5. Campbell. D.T., and Stanley, J.C, 1966, *Experimental and Quasi Experimental Design For Research*, Rand Mc. Nally Chicago.
6. Pratiknya, A.W, 2000, *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Kedokteran dan Kesehatan*, CV. Rajawali, Jakarta.
7. Sugiyono, 2003, *Statistika Penelitian*, Bandung: CV Alfabeta.
8. Bakar, A, 2004, *Efektivitas Media Food Model untuk Meningkatkan Pengetahuan dan Tindakan Ibu Balita tentang MP-ASI di Kec. Tanjung Karang Barat Bandar Lampung*, Tesis tidak diterbitkan, Yogyakarta: UGM.
9. Azwar, S, 2000, *Reliabilitas dan validitas*, Pustaka Pelajar Offset, Yogyakarta.
10. Green, L.W., 2000, *Health Promotion Planning An Educational and Environment Approach*. Boston: Mayfield Publishing Co. Johns Hopkins University.
11. Mantra, I.B, 1997. *Partisipasi Masyarakat Dalam Bidang Kesehatan*, Pusat Penyuluhan Kesehatan Masyarakat, Departemen kesehatan RI, Jakarta.
12. Taha. Z, Sebai. ZA, Shahidullah.M, Hanif. M, Ahmed.H.O, 2000, Assessment of water use and sanitation behavior in a rural area of Bangladesh, *Archives of Environmental Health*, Jan/Feb2000, Vol. 55.
13. Habicht. J.P and Casella G, 1992, The Complementary Effects of Latrines and Increased Water Usage on the Growth of Infants in Rural Lesotho, *American Journal of Epidemiology*: 135(6).
14. Carter RC, Tyrrel SF, and Howsam P, 1997, The impact and sustainability of water and sanitation programmes in developing countries, *Journal of the Chartered Institution of Water and Environmental Management*; 13.
15. Esrey SA, Feachem RG and Hughes JM, 1985, Interventions for the Control of Diarrhoeal Diseases among Young Children: Improving Water Supplies and Excreta Disposal Facilities, *Bulletin of the WHO*: 63(4).