

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Konsep Perilaku

##### 2.1.1 Definisi

perilaku merupakan respon atau perbuatan suatu organisme yang dapat diamati dan bahkan dapat dipelajari. Perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus/rangsangan dari luar. Oleh karena perilaku ini terjadi melalui proses adanya organisme (Robert Kwick, 1974 dalam Nanda 2015). Kemudian organisme tersebut merespon, maka teori Skinner ini disebut “ S-O-R” atau stimulus-organisme-respon (Skinner, 1938 dalam Nanda, 2015).

##### 2.1.2 Klasifikasi perilaku

Becker memuat klasifikasi lain tentang perilaku kesehatan, dan membedakannya menjadi tiga, (Soekidjo Notoadmodjo, 2010 dalam maaruf, 2014) yaitu :

###### 1. Perilaku sehat (*Health Behavior*)

Perilaku sehat adalah perilaku-perilaku atau kegiatan-kegiatan yang berkaitan dengan upaya mempertahankan dan meningkatkan kesehatan, antara lain :

- a. Makan dengan menu seimbang (*appropriate diet*)
- b. Kegiatan fisik secara teratur dan cukup
- c. Tidak merokok dan meminum minuman keras serta menggunakan narkoba
- d. Istirahat yang cukup

e. Pengendalian atau manajemen stress

f. Perilaku atau gaya hidup positif yang lain untuk kesehatan

## 2. Perilaku sakit (*illness behavior*)

Perilaku sakit adalah berkaitan dengan tindakan atau kegiatan seseorang yang sakit dan terkena masalah kesehatan pada dirinya atau keluarganya, untuk mencari penyembuhan, atau untuk mengatasi masalah kesehatan lainnya. Pada saat orang sakit atau anaknya sakit, ada beberapa tindakan atau perilaku yang muncul, antara lain :

a. Didiamkan saja (*no action*)

b. Mengambil tindakan dengan melakukan pengobatan sendiri (*self treatment/self medication*)

c. Mencari penyembuhan atau pengobatan keluar yakni ke fasilitas pelayanan kesehatan, yang dibedakan menjadi dua, yakni: Tradisional dan pelayanan kesehatan modern atau profesional.

## 3. Perilaku peran sakit (*the sick role behavior*)

Dari segi sosiologi, orang yang sedang sakit mempunyai peran (*roles*), yang mencakup hak-haknya (*rights*), dan kewajiban sebagai orang sakit (*the sick role behavior*). Perilaku peran orang sakit antara lain:

a. Tindakan untuk memperoleh kesembuhan

b. Tindakan untuk mengenal atau mengetahui fasilitas kesehatan yang tepat untuk memperoleh kesembuhan

c. Mengetahui haknya sebagai pasien antara lain memperoleh layanan yang manusiawi, adil, jujur, dan tanpa diskriminasi

d. Melakukan kewajibannya sebagai pasien antara lain memberikan informasi yang jujur, lengkap dan akurat sesuai kemampuan dan

pengetahuannya tentang masalah kesehatannya

### 2.1.3 Bentuk perilaku

Secara lebih operasional perilaku dapat diartikan suatu respons organisme atau seseorang terhadap rangsangan (stimulus) dari luar subjek tersebut. Respon ini berbentuk dua macam, yakni :

- a. Bentuk pasif adalah respons internal yaitu yang terjadi didalam diri manusia dan tidak secara langsung dapat terlihat oleh orang lain, misalnya berpikir, tanggapan atau sikap batin dan pengetahuan
- b. Bentuk aktif yaitu perilaku itu jelas dapat diobservasi secara langsung. Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa pengetahuan dan sikap adalah merupakan respons seseorang terhadap stimulus atau rangsangan yang masih bersifat terselubung dan disebut "*covert behavior*". Sedangkan tindakan nyata seseorang sebagai respons seseorang terhadap stimulus (*practice*) adalah merupakan "*covert behavior*".

### 2.1.4 Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku

#### 1. Teori Lawrence Green

Menurut Lawrence Green (1993) dalam Notoadmodjo (2014), bahwa perilaku dibentuk dari tiga faktor:

- a. Faktor predisposisi (*predisposing factors*) yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan sebagainya.
- b. Faktor pendukung (*enabling factors*) yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedianya atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana.

- c. Faktor pendorong (*reinforcing factors*) terwujud dalam pendidikan dan pekerjaan.

## 2. Teori Snehandu B. Kar

Snehandu B. Kar mencoba menganalisis perilaku kesehatan dengan bertitik tolak bahwa perilaku merupakan fungsi dari :

- a. Niat seseorang untuk bertindak sehubungan dengan keadaan atau perawatan kesehatan (*behavior intention*)
- b. Dukungan sosial dari masyarakat sekitarnya (*social-support*)
- c. Ada atau tidak adanya informasi tentang kesehatan atau fasilitas kesehatan (*accessibility of information*)
- d. Otonomi pribadi yang bersangkutan dalam hal ini mengambil tindakan atau keputusan (*personal autonomy*)
- e. Situasi yang memungkinkan untuk bertindak atau tidak bertindak (*action situation*)

Perilaku kesehatan seseorang atau masyarakat ditentukan oleh niat orang terhadap objek kesehatan, ada atau tidaknya dukungan dari masyarakat sekitarnya, ada atau tidaknya informasi tentang kesehatan, kebebasan dari individu untuk mengambil keputusan/bertindak, dan situasi.

### 2.1.5 Pembagian perilaku ke dalam 3 domain (kewarasan)

#### 1. Pengetahuan (*knowledge*)

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini telah terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. penginderaan ini terjadi melalui panca indera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba.

a. Proses adaptasi perilaku

Penelitian Rogers (1974) dalam Notoatmojo (2014) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru (berperilaku baru), di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan yakni:

- 1) *Awareness* (kesadaran), yakni orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui stimulus (objek) terlebih dahulu.
- 2) *Interst*, yakni orang mulai tertarik pada stimulus.
- 3) *Evaluation* (menimbang–timbang baik tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya). Hal ini berarti sikap responden lebih baik lagi.
- 4) *Trial*, orang yang telah mencoba perilaku baru.
- 5) *Adaptation*, subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus.

Namun demikian dari penelitian berikutnya Rogers menyimpulkan bahwa perubahan perilaku tidak selalu melewati tahap–tahap diatas. Apabila penerimaan perilaku baru atau adopsi perilaku melalui proses seperti ini didasari oleh pengetahuan, kesadaran, dan sikap yang positif maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng (*long lasting*). Sebaliknya apabila perilaku itu tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran maka tidak akan berlangsung lama.

b. Tingkat pengetahuan di dalam domain kognitif

Pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan yakni:

1) Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk dalam pengetahuan tingkat ini

adalah mengingat (*Recall*) kembali sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima.

- 2) Memahami (*Comprehension*) Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

- 3) Aplikasi (*aplication*)

Aplikasi artinya sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi sebenarnya (*real*). Aplikasi ini dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum–hukum, rumus, metode, prinsip dan sebagainya dalam konteks atau kondisi lain.

- 4) Analisis (*analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek kedalam komponen–komponen, tapi masih dalam satu struktur organisasi dan masih ada kaitanya satu sama lain.

- 5) Sintesis (*synthesis*)

Menunjuk pada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian–bagian dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi–formulasi yang telah ada.

6) Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian–penilaian itu didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggambarkan kriteria–kriteria yang telah ada.

c. Faktor–faktor yang mempengaruhi pengetahuan

Pengetahuan seseorang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu:

1) Pengalaman

Pengalaman dapat diperoleh dari pengalaman sendiri maupun orang lain.

2) Tingkat pendidikan

Pendidikan dapat membawa wawasan atau pengetahuan seseorang. Secara umum, seseorang yang berpendidikan lebih tinggi akan mempunyai pengetahuan yang lebih luas dibandingkan dengan seseorang yang tingkat pendidikannya lebih rendah.

3) Keyakinan

Biasanya keyakinan diperoleh secara turun temurun dan tanpa adanya pembuktian terlebih dahulu.

4) Fasilitas

Fasilitas–fasilitas sebagai sumber informasi yang dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang.

5) Penghasilan

Penghasilan tidak berpengaruh langsung terhadap pengetahuan seseorang. Namun bila seseorang berpenghasilan cukup besar

maka dia akan mampu untuk menyediakan atau membeli fasilitas–fasilitas sumber informasi

6) Sosial budaya

Kebudayaan setempat dan kebiasaan dalam keluarga dapat mempengaruhi pengetahuan, persepsi, dan sikap seseorang terhadap sesuatu.

## 2. Sikap (*attitude*)

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek.

a. Komponen pokok sikap

Dalam bagian lain Allport (1954) dalam Notoatmojo (2014) menjelaskan bahwa sikap itu mempunyai 3 komponen pokok :

- 1) Komponen kognitif berisi kepercayaan (keyakinan), ide, dan konsep terhadap suatu objek.
- 2) Komponen afektif menyangkut masalah kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek sikap.
- 3) Komponen perilaku atau konatif menunjukkan bagaimana perilaku atau kecenderungan untuk bertindak (*tend of behave*).

Ketiga komponen ini secara bersama–sama membentuk sikap yang utuh ini, pengetahuan, pikiran, keyakinan dan emosi memegang peranan penting.

b. Berbagai tingkatan sikap

Seperti halnya pengetahuan, sikap ini terdiri dari berbagai tingkatan yaitu sebagai berikut :

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

2) Merespon (*responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap. Karena dengan suatu usaha untuk menjawab pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan, terlepas dari pekerjaan itu benar atau salah adalah berarti bahwa orang menerima ide tersebut.

3) Menghargai (*valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga.

4) Bertanggung jawab (*responsible*)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko merupakan sikap yang paling tinggi.

### **3. Praktek atau tindakan (*practice*)**

Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behavior*). Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain adalah fasilitas. Praktek ini mempunyai tingkatan.

a. Presepsi (*preception*), mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil adalah praktek tindakan pertama.

b. Respon terpimpin (*guided response*), dapat melakukan sesuai dengan urutan yang benar dan sesuai dengan contoh merupakan indikator

praktek tingkat dua.

- c. Mekanisme (*mecanism*), dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan maka ia sudah mencapai praktek tingkat tiga.
- d. Adopsi (*adoption*), adalah suatu praktek tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya tindakan itu sudah dimodifikasikannya tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut.

## **2.2 Konsep STBM**

### **2.2.1 Definisi**

Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) adalah pendekatan untuk mengubah perilaku higienis dan saniter melalui pemberdayaan masyarakat dengan cara pemicuan (Kementerian Kesehatan RI No.3 tahun 2014). Penyelenggaraan STBM bertujuan untuk mewujudkan perilaku masyarakat yang higienis dan saniter secara mandiri dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

### **2.2.2 Prinsip-prinsip STBM**

#### **Prinsip utama STBM yaitu:**

- 1) Tidak ada subsidi terhadap pembangunan infrastruktur (jamban keluarga). Masyarakat dilatih untuk membantu diri sendiri dan memulai dari apa yang dimiliki (kemauan, tenaga dan bahan lokal). Berbeda dengan program lainnya, baik dari pemerintah atau penginisiatif yang selalu memberikan subsidi yang mendorong masyarakat berperan aktif mengikuti programnya.

- 2) Peran aktif seluruh lapisan masyarakat mulai dari perencanaan, pelaksanaan, pemanfaatan dan pemakaiannya sehingga masyarakat merasa memiliki. Dengan demikian masyarakat bisa menjaga/memelihara dan tidak ada ketergantungan dengan pihak luar.
- 3) Ketiga, masyarakat sebagai pemimpin.
- 4) Tidak menggurui dan tidak memaksa.

### **2.2.3 Langkah-langkah STBM**

1. Perkenalan, penyampaian maksud dan tujuan : bertujuan Bersilaturahmi dengan masyarakat, berkenalan, ingin melihat kondisi sanitasi dari desa tersebut
2. Bina suasana : Bertujuan untuk menghilangkan jarak antara fasilitator dan masyarakat sehingga proses fasilitasi berjalan lancar
3. Kesepakatan bahasa lokal (penyebutan BABS, tinja, sampapah dan Limbah) : Bertujuan agar istilah tinja, BAB dan jamban yang digunakan betul-betul sehari-hari
4. Pemetaan : Bertujuan Mengetahui/melihat peta wilayah utamanya berkaitan dengan perilaku BAB masyarakat
5. Transect Walk : Bertujuan mengunjungi, melihat dan mengetahui lokasi yang paling sering dijadikan tempat BAB,
6. Alur kontaminasi : Bertujuan mengajak masyarakat untuk menganalisis bersama tentang cara kuman penyakit yang terdapat pada tinja dapat masuk ke dalam tubuh manusia dan menimbulkan penyakit
7. Simulasi Air Terkontaminasi : Bertujuan Mengajak Masyarakat untuk melihat bagaimana tinja bisa masuk ke mulut manusia

8. Diskusi kelompok terfokus (*Focus Group Discussion/FGD*) :  
Bertujuan bersama-sama dengan masyarakat, melihat kondisi yang ada dan menganalisisnya sehingga diharapkan dengan sendirinya masyarakat dapat merumuskan apa yang sebaiknya dilakukan atau tidak dilakukan.

#### **2.2.4 Tahapan STBM**

##### **Pra Pemicuan:**

1. Observasi PHBS di lapangan (Identifikasi baseline data demografi dan 5 Pilar STBM)
2. Advokasi Toma dan Toga Persiapan Logistik
3. Penentuan Waktu, Lokasi Pemicuan, lokasi Pleno
4. Penentuan Peserta /Komunitas Pemicuan
5. Menyiapkan Alat bantu fasilitasi pemicuan (Bahan Lokal/tepung terigu, tali rafia, kertas plano, dll)
6. Pembentukan Tim Pemicuan (Persiapan Diri Pemicu/asilitator/sanitarian)
7. Pemahaman Budaya Lokal

##### **Pemicuan :**

1. Perkenalan
2. Penyampaian maksud dan Tujuan
3. Bina Suasana
4. Identifikasi Bahasa Lokal (penyebutan BABS, sampah, limbah dan penyebutan Tinja)
5. Pemetaan 5 Pilar STBM
6. Hitung Tinja, Sampah, Limbah

7. Alur Penularan Penyakit
8. Transect Walk
9. Kontaminasi Air
10. Puncak Pemicuan (FGD Menggunakan Elemen Pemicuan)
11. Kontrak Sosial
12. Komitmen Kapan Semua Terbebas dari Masalah 5 Pilar STBM
13. Membentuk Komite/ Natural Leader
14. RTL
15. Pleno Masyarakat

**Pasca Pemicuan :**

1. Membangun Ulang Komitmen
2. Monitoring dan Evaluasi Hasil Pemicuan sampai Desa tersebut  
SBS, CTPS, PAMM, PS, PL.
3. Pilihan Teknologi 5 Pilar STBM
4. Membangun Jejaring Layanan 5 Pilar STBM
5. Menggali Media Promosi untuk Perubahan Perilaku yang  
Berkelanjutan
6. Perluasan Dusun RT Target Pemicuan
7. Verifikasi Desa SBS, CTPS, PAMM,PS,PL, STBM
8. Deklarasi Desa SBS CTPS, PAMM,PS,PL, STBM
9. Pendampingan desa pasca SBS, CTPS, PAMM,PS,PL,STBM desa
10. (minimal 2 tahun untuk kegiatan Peningkatan Kualitas Sarana dan  
Pemeliharaan Perilaku)
11. Pembelajaran Horizontal

## 12. Pemberian Reward

### 2.2.5 Strategi penerapan pendekatan STBM

#### 1. Pemilihan lokasi kegiatan

Lokasi yang dipilih untuk penerapan pendekatan STBM harus memprioritaskan desa yang memenuhi beberapa syarat minimal sebagai berikut:

- a. Cakupan sanitasi dan air bersihnya masih dibawah 30%
- b. Masyarakat dan aparat pemerintahnya (Kecamatan, Puskesmas dan Desa) dikenal kooperatif dan memiliki keinginan yang kuat untuk membangun desa/wilayah kerjanya. Bukan lokasi proyek pemerintah.

##### 1) **Pelatihan untuk calon fasilitator**

Sebagai tahap awal untuk menerapkan pendekatan STBM adalah menyiapkan tenaga-tenaga terlatih yang memiliki pemahaman yang baik terhadap konsep STBM dan keterampilan dalam memfasilitasi masyarakat. Tenaga terlatih inilah yang nantinya akan menjadi Fasilitator dalam penerapan STBM di lokasi-lokasi terpilih. Untuk mendapatkan tenaga terlatih seperti ini, maka dilakukan pelatihan selama 4 – 6 hari termasuk di dalamnya melakukan praktek di lapangan.

##### 2) **Sosialisasi ke *Stake Holder* dan pembentukan tim**

Pendekatan STBM adalah pendekatan yang baru untuk menyelesaikan persoalan sanitasi lingkungan yang mengedepankan partisipasi masyarakat secara totalitas,

termasuk di dalamnya pembiayaan pembuatan sarana sanitasi. Karenanya hal ini perlu disosialisasikan kepada semua stake holder (aparatur pemerintahan dan masyarakat) agar pendekatan ini dapat dilakukan dan mendapat respons yang positif juga dimaksudkan untuk mengajak peran aktif mereka dalam membantu memfasilitasi penerapan metoda STBM di daerahnya.

## **2. Pembentukan tim pemicu**

Salah satu yang paling menentukan keberhasilan penerapan pendekatan STBM adalah adanya Tim Pemicu yang kuat dan solid dalam melakukan setiap tahapan kegiatan.

## **3. Pelaksanaan pemicuan**

Triggering/pemicuan adalah *entry point* penerapan pendekatan STBM. Karenanya harus dilakukan sebaik mungkin agar tujuan dari pemicuan dapat tercapai, yaitu terjadinya perubahan perilaku masyarakat untuk meninggalkan perilaku buruk, yang diantaranya buang air besar dan membuang tinja bayi dan balita di tempat terbuka menjadi perilaku higienis (BAB di tempat yang aman/tidak mencemari lingkungan dan perilaku higienis lainnya).

## **4. Pertemuan *Follow Up* (penyusunan POA masyarakat)**

Sesi yang tidak kalah pentingnya di dalam pendekatan STBM selain pemicuan adalah pertemuan masyarakat untuk membuat rencana kerja. Sesi ini harus segera dilakukan paling lambat 3 hari setelah pemicuan agar “tidak kehilangan momentum.” Masyarakat yang sudah terbangun kesadarannya dan telah memiliki *demand*

yang kuat untuk memiliki jamban sendiri tanpa dibantu oleh pihak luar, harus segera ditindaklanjuti dalam pertemuan ini. Jika tidak maka mereka akan lupa akan komitmennya yang dibangun Pada saat pemicuan berlangsung.

- a) Hasil pemicuan: Apa yang tergambar dari peta yang telah dibuat; apa yang terlihat dalam *transect walk*; apa yang terjadi jika kita masih BAB di sembarang tempat; bagaimana tinja bisa masuk mulut kita; seberapa banyak tinja yang kita keluarkan dan bagaimana proses pencemaran air (lewat simulasi air) dan lain-lain.
- b) Penjelasan prinsip-prinsip STBM: Bahwa dalam membangun sarana sanitasi, masyarakat melakukannya secara mandiri, baik dari sisi pembiayaan, perencanaan, pelaksanaan sampai pada pemeliharaan dan pengembangan.
- c) Pemutaran film dokumentasi STBM: agar masyarakat belajar dari daerah yang telah berhasil sekalipun daerah tersebut lebih miskin dan tertinggal dari desa mereka.
- d) Pilihan teknologi: Kita berkepentingan untuk mendorong (bukan mengajarkan) lewat diskusi tentang pilihan teknologi yang layak dan baik secara teknik dan standar kesehatan.
- e) Pembentukan Tim: Tim terdiri dari ketua dan para anggota. Ketua Tim bertanggung jawab terhadap kinerja Tim, sementara anggota Tim bertanggung jawab untuk mendorong anggota masyarakat yang menjadi anggota kelompoknya untuk membuat jamban keluarga (anggota masyarakat yang belum memiliki

jamban dibagi dalam kelompok-kelompok kecil yang diketuai oleh anggota Tim).

f) Penyusunan rencana kerja: kapan mereka akan memulai membangun dan kapan target desa atau dusun mereka mencapai status ODF (*open defecation free*) serta bagaimana strateginya untuk mempercepat target tersebut.

g) Penyepakatan jadwal monitoring dan evaluasi rutin Tim: Harus disepakati jadwal melakukan monitoring dan evaluasi rutin Tim.

## **5. Monitoring dan pelaporan**

Berdasarkan *lesson learnt* dari pelaksanaan STBM di berbagai daerah di Indonesia, bahwa lokasi atau desa yang paling cepat mencapai status ODF adalah desa/lokasi yang tingkat intensitas monitoringnya tinggi. Artinya semakin sering kita melakukan monitoring, maka akan semakin mempercepat proses pencapaian target ODF.

## **6. Evaluasi**

Forum evaluasi harus rutin dilaksanakan (paling lama satu minggu sekali) oleh seluruh anggota Tim bersama pendamping (fasilitator). Pada forum evaluasi inilah anggota Tim melaporkan perkembangan pembangunan jamban oleh anggotanya dan bisa saling memberikan masukan dan solusi terhadap kendala yang dihadapi. Pada forum ini pulalah Tim dapat membuat aturan atau mekanisme untuk bagaimana jamban yang telah dibuat digunakan dan masyarakat tidak kembali lagi pada kondisi awal (BAB di sembarang tempat).

## **7. Pengembangan kegiatan**

Dalam kita berupaya mengubah perilaku masyarakat ke arah yang lebih baik, tentu saja tidak cukup dengan hanya melakukan pemucuan di komunitas, namun perlu juga dilakukan pemucuan di sekolah, masjid dan gereja. Hal ini dimaksudkan agar tanggung jawab terhadap kesehatan masyarakat dan lingkungan menjadi tanggung jawab semua pihak. Kegiatan lain yang bisa dilakukan untuk mendukung kegiatan pemabangunan air minum dan penyehatan lingkungan adalah dengan melakukan promosi PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat) lewat berbagai kegiatan.

## **8. System reward**

Masyarakat yang telah menunjukkan komitmennya untuk melakukan perubahan perilaku BAB di sembarang tempat dengan dibuktikan mereka membuat jamban sendiri tanpa bantuan dari pihak luar, harus diberikan apresiasi atau reward.

## **9. Penyebarluasan metode STBM**

Seperti telah disebutkan di atas bahwa penerapan STBM sebaiknya di mulai di suatu wilayah dengan unit lokasi kecil, seperti RW atau dusun kemudian diharapkan dapat meyebar ke daerah lain, sehingga dapat dicapai total sanitasi di daerah yang cukupannya lebih luas.

## **10. Forum evaluasi staf**

Forum evaluasi staf yang bekerja untuk program yang menggunakan pendekatan STBM harus rutin dilakukan paling lama 1 bulan sekali. Di forum ini staf bisa melakukan refleksi

perkembangan di lapangan dan bisa saling sharing dan berdiskusi tentang kendala apa yang dihadapi dan bagaimana pemecahannya.