



Aduk Saja dengan lembut

*Cara memadukan pendidikan higiene
dengan penyediaan air dan sanitasi*



Sesuai dengan Protocol 2 dari Konvensi Hak Cipta Universal, hak cipta atas buku ini dipegang oleh IRC. Namun demikian, IRC mengizinkan reproduksi sebagian atau seluruh buku ini untuk tujuan pendidikan, ilmiah atau kegiatan pembangunan dengan syarat : a) sumber informasi/ rujukan dicantumkan dan b) pemberitahuan secara tertulis kepada IRC dengan alamat IRC International Water and Sanitation Centre, PO Box 2869, 2601 CW Delft, the Netherlands, Fax : 31 (0) 152190955.

Buku ini merupakan terjemahan dari versi bahasa Inggrisnya : *Just Stir Gently*. Penerjemahan ini dilakukan dengan dukungan dana dari UNICEF-Indonesia atas permintaan dari Direktorat penyehatan Air dan Pengamanan Limbah, Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular-Penyehatan Lingkungan Permukiman, Departemen Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial-RI. Penerjemahan ini dilakukan oleh Yayasan Dian Desa-Yogyakarta dan dengan seijin dari IRC International Water and Sanitation Centre-The Netherlands.

BUKU INI TIDAK UNTUK DIPERJUAL BELIKAN.

ADUK SAJA DENGAN LEMBUT

**Cara memadukan pendidikan higiene dengan penyediaan air
dan sanitasi**

LIBRARY IRC
PO Box 93190, 2509 AD THE HAGUE
Tel.: +31 70 30 689 80
Fax: +31 70 35 899 64
BARCODE: 16023
L.O: 203.2 91AD

Oleh: Marieke T. Boot

IRC International Water and Sanitation Centre

Delft, The Netherlands

1991

Table of Contents

Ikhtisar	v
Pengantar	vii
Ucapan Terima Kasih	ix
1. Pendahuluan	1
1.1 Kebutuhan pendidikan higiene	1
1.2 Definisi pendidikan higiene	5
1.3 Tentang buku ini	8
2. Mempromosikan Higiene	12
2.1 Memanfaatkan peluang-peluang baru	12
2.2 Membangun berdasarkan budaya dan prioritas lokal	14
2.3 Dukungan dari staf proyek dan pejabat	16
2.4 Rentang kegiatan pendidikan higiene	18
3. Mempengaruhi Perilaku Hidup Sehat	23
3.1 Ciri-ciri dasar pendidikan kesehatan	23
3.2 Kerangka-kerja perencanaan pendidikan kesehatan	23
3.3 Kesalahan umum dalam pendidikan higiene	32
4. Pembentukan Organisasional	34
4.1 Menentukan struktur organisasional	34
4.2 Pilihan pertama: langsung melalui proyek	37
4.3 Pilihan kedua: staf kesehatan yang khusus ditugaskan pada proyek	39
4.4 Pilihan ketiga: melalui pelayanan kesehatan yang ada	40
4.5 Pilihan keempat: pembentukan organisasi campuran	42
4.6 Keterlibatan lembaga lain	43
5. Pengembangan Program	49
5.1 Tahapan	49
5.2 Pendekatan-pendekatan	52
5.3 Tingkat-tingkat	55
6. Meninjau Kegiatan yang Sedang Berjalan	57
6.1 Tinjauan	57
6.2 Kegiatan Kementerian Kesehatan	59
6.3 Kegiatan kementerian dan proyek lain	62
6.4 Kegiatan lembaga sumber informasi	63
7. Penelitian Persiapan	67
7.1 Jenis informasi	67
7.2 Jenis penelitian	68
7.3 Metode-metode penelitian	70

7.4	Frekuensi, sumber daya manusia dan waktu yang diperlukan	72
7.5	Menghindari permasalahan dan tidak dimanfaatkannya hasil yang ada secara maksimal	74
8.	Tujuan, Sasaran dan Kelompok Sasaran	81
8.1	Menentukan tujuan dan sasaran	81
8.2	Kebutuhan untuk tujuan yang jelas	82
8.3	Menetapkan kelompok sasaran	84
9.	Pembuatan rencana kerja dan pelaksanaannya	93
9.1	Perencanaan Kerja Pendidikan Higiene	93
9.2	Pengintegrasian kegiatan teknis dan pendidikan	96
10.	Komunikasi	107
10.1	Komunikasi: karakteristik dasar	107
10.2	Metode komunikasi	109
10.3	Tambahan hal pokok yang perlu diperhatikan untuk komunikasi yang efektif	115
10.4	Bahan-bahan pendukung komunikasi	119
11.	Personalia dan biaya	131
11.1	Koordinator pendidikan/partisipasi	131
11.2	Petugas lapangan	132
11.3	Ciri-ciri tenaga kerja, pelatihan dan supervisi	135
11.4	Alokasi anggaran	141
12.	Pemantauan dan evaluasi	151
12.1	Tujuan dan fokus	151
12.2	Pedoman pemantauan	154
12.3	Pedoman evaluasi	159

Ikhtisar

Buku ini menyajikan berbagai pilihan dan metode cara mengintegrasikan pendidikan higiene dengan proyek penyediaan air dan sanitasi. Aspek-aspek yang dibahas meliputi proses perubahan perilaku; perencanaan, pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi pendidikan higiene; pendekatan dan metode pendidikan higiene; pengorganisasian program; tenaga dan biaya. Ilustrasi dan contoh-contoh digunakan untuk menunjang naskah dan gambaran mengenai tentang situasi “kehidupan yang sesungguhnya”. Buku ini terutama ditujukan bagi mereka yang bertanggung jawab atas pengembangan dan pelaksanaan bagian pendidikan higiene dalam proyek penyediaan air dan sanitasi. Buku ini juga bermanfaat bagi mereka yang bertanggung jawab atas perumusan, perencanaan dan manajemen proyek penyediaan air dan sanitasi yang terintegrasi.

Kata-kata kunci: pendidikan kesehatan / higiene / perilaku / administrasi perencanaan / petugas kesehatan / biaya / evaluasi / pemantauan.

Pengantar

Pokok bahasan buku ini pendidikan higiene adalah proses yang bertujuan mempromosikan kondisi-kondisi dan perilaku yang membantu untuk mencegah penyakit-penyakit yang berhubungan dengan air dan sanitasi. Pendidikan higiene merupakan komponen penting dalam proyek penyediaan air dan sanitasi karena dua alasan: (1) untuk memaksimalkan manfaat penyediaan air serta sarana sanitasi yang telah diperbaiki, dan (2) untuk membantu para pemakai untuk menghargai perlunya pengoperasian dan pemeliharaan sarana yang baik serta membangun kesadaran mereka untuk ikut menanggung biayanya.

Mengintegrasikan pendidikan higiene dengan aspek-aspek lain dari proyek penyediaan air dan sanitasi memerlukan perencanaan serta manajemen yang baik. Namun demikian, staf yang bertanggung jawab seringkali tidak sepenuhnya siap untuk menghadapi tugas-tugas tersebut, baik dari segi latarbelakang profesionalnya, maupun pengalamannya. Permasalahan ini semakin rumit karena nyatanya masih banyak hal yang belum diketahui mengenai apa saja yang dapat membuat program pendidikan higiene berhasil.

Buku ini menggabungkan pengetahuan yang ada sekarang dengan pengalaman dari program-program pendidikan higiene yang terintegrasi. Tujuannya adalah untuk memfasilitasi:

- pengambilan keputusan dalam pengintegrasian pendidikan higiene pada berbagai fase proyek penyediaan air dan sanitasi
- negosiasi dan kerjasama antar departemen, badan dana dan lembaga-lembaga kesehatan yang bergerak dalam bidang pendidikan higiene;
- perencanaan dan manajemen yang lebih baik dari program-program pendidikan higiene sebagai syarat utama untuk meningkatkan keberhasilan program.

Buku ini terutama ditujukan untuk digunakan oleh mereka yang menangani pengembangan dan pelaksanaan komponen pendidikan higiene dalam proyek penyediaan air dan sanitasi. Buku ini juga bermanfaat bagi mereka yang menangani perumusan, perencanaan serta manajemen proyek penyediaan air dan sanitasi yang terintegrasi. Diasumsikan bahwa pembaca umumnya telah mengetahui proyek-proyek semacam ini tetapi belum begitu mengerti tentang bagaimana mengintegrasikan komponen pendidikan higiene ke dalam keseluruhan kegiatan proyek.

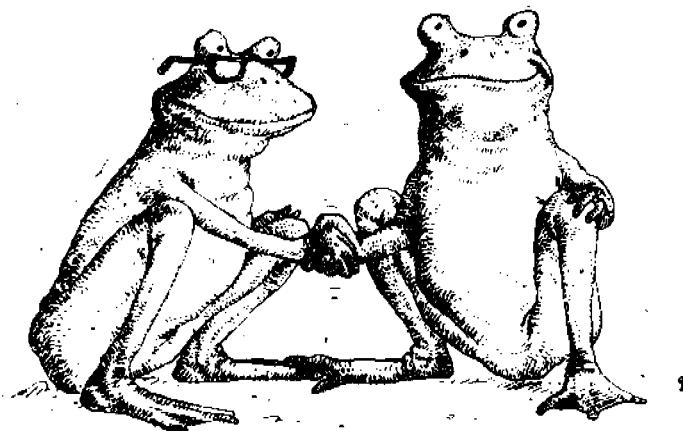
Karena tidak ada yang paling baik atau satu cara untuk keberhasilan integrasi pendidikan higiene, maka informasi dan pendapat yang disajikan dalam buku ini hendaknya digunakan sebagai alat bantu, dan bukannya sebagai panduan yang kaku. Sebagaimana dikatakan "bukti rasa kue puding adalah setelah kita

memakannya”, maka kami berharap untuk bisa mendengar pengalaman anda dalam pendidikan higiene dan manfaat yang anda dapatkan dari buku ini. Mengkomunikasikan pengalaman anda bukan hanya akan membantu menjadikan buku ini lebih bermanfaat bagi rekan-rekan dan para penerus anda, melainkan juga akan membantu kita semua untuk mencari tahu hal apa saja yang dapat membantu keberhasilan program pendidikan higiene. Dengan demikian berarti meningkatkan dampak program-program higiene.

Ucapan Terima kasih

Informasi yang digunakan dalam menyiapkan buku ini diambil dari banyak sumber dari berbagai negara selama beberapa tahun. Penulis buku ini, Marieke Boot, berhutang budi kepada semua pihak di sektor air dan sanitasi yang telah bermurah hati membagi pengetahuan dan pengalaman mereka, baik secara lisan maupun dalam bentuk tulisan. Buku ini disusun berdasarkan terbitan yang terdahulu, *Pendidikan higiene dalam program penyediaan air dan sanitasi: ulasan literatur dengan daftar pustaka yang terseleksi dan dibubuhi catatan keterangan*, No. 27 dalam Seri Makalah Teknis IRC, yang sebaiknya dilihat sebagai jilid pelengkap. Kami juga berterima kasih kepada Menteri Pengembangan Kerjasama Belanda, Bidang Riset dan Teknologi yang telah memberikan dukungan finansial untuk terbitan kedua ini.

Ucapan terima kasih disampaikan pula kepada mereka yang telah memberikan kontribusi berharga dengan mengulas dokumen ini ketika masih dalam bentuk draft; mereka adalah: Ms. C. Butijn, Ms. L. Burgers, Mr. M. Dierx, Dr. J. Hubley, MR. D. de Jong, Mr. L. Laugeri, Mr. M. Seager, Ms. M. Simpson-Hebert, Ms. V. Wathne, Ms. M. Wegelin-Schuringa, Ms. C. van Wijk-Sijbesma. Mr. S. Esrey telah banyak membantu merevisi Tabel 1. Yang juga sangat kami hargai adalah dukungan terus menerus yang diberikan oleh Ms. L. Burgers dan Mr. J.T. Visscher selama proses penyusunan buku ini. Ucapan terima kasih khusus kami sampaikan pula kepada Mr. B. Appleton yang telah menyunting naskah ini dan, kepada Mr. D. de Jong yang telah memandu proses penerbitan, dan kepada Ms. N. Wildeboer yang telah mengkoreksi draft naskah ini. Kontribusi Ms. L. Wolvers begitu tak ternilainya, karena ia telah bekerja dengan sangat baik dalam pemrosesan dan penyipapan naskah pra-cetak.



Dalam buku ini, naskah didukung dengan gambar-gambar karya tangan Mr. K. de Waard. Gambar katak dalam buku ini mempersonifikasikan sebagai manusia. Kami ingin memproduksi buku yang dapat bersifat universal dan sekaligus menarik, namun kami dihadapkan pada permasalahan bahwa foto-foto dan ilustrasi-ilustrasi yang tersedia umumnya memiliki ciri khusus, sehingga hanya sesuai untuk satu negara dengan budaya tertentu.

Permasalahan yang juga sulit adalah isu gender: apabila foto menunjukkan seorang laki-laki, maka kami bisa dituduh sebagai bias lelaki; apabila kami memilih foto-foto perempuan, maka pembaca mungkin akan mempunyai kesan yang keliru yaitu bahwa pendidikan higiene hanyalah urusan perempuan. Kami juga merasa ada baiknya mencoba suatu pendekatan alternatif lain dari yang biasanya yaitu menggunakan foto perempuan yang sedang membersihkan toilet dan anak-anak yang sedang mencuci tangan.

Gambar kodok yang pertama di uji-cobakan pada lelaki dan perempuan di Bangladesh, Ghana, India, Malaysia, Belanda, Pakistan, Peru, Filipina, Tanzania, Inggris, Amerika Serikat, Vietnam, Yaman dan Zambia. Hasil uji-coba tersebut meyakinkan kami. Katak terdapat di semua negara, dan kebanyakan asosiasi terhadap katak adalah positif ataupun netral. Gambar-gambar katak umumnya diapresiasi sebagai kartun yang lucu, yang menimbulkan rasa penasaran untuk membaca naskah yang menyertainya. Kami harap anda menyukainya.

1. Pendahuluan

1.1 Kebutuhan pendidikan higiene

Kebutuhan pendidikan higiene berhubungan langsung dengan tujuan umum dari proyek penyediaan air dan sanitasi. Tujuan tersebut adalah:

- ♦ membantu mencegah timbulnya penyakit-penyakit yang berhubungan dengan air dan sanitasi; dan
- ♦ membantu meningkatkan kondisi kehidupan.

Untuk mencapai tujuan-tujuan ini, tidaklah cukup hanya dengan membangun atau memperbaiki sarana penyediaan air dan sanitasi. Sarana tersebut juga harus digunakan, secara kontinyu, oleh setiap orang dan dengan cara yang benar dan sehat. Hal ini memerlukan adanya minat, baik dari masyarakat, maupun dari para pejabat untuk mengupayakan agar dapat dibangun sarana yang baik dan awet, digunakan dan dirawat dengan baik. Pendidikan higiene merupakan bagian yang penting dalam proses ini, karena pendidikan higiene mempromosikan pemanfaatan sarana penyediaan air dan sanitasi secara maksimal serta mengoperasikan dan merawat dengan baik agar dapat selalu berfungsi dengan baik.

Evaluasi yang dilakukan pada proyek penyediaan air menunjukkan bahwa hal yang terpenting bagi para pemakainya adalah bagaimana agar ada air keluar dari kran, sedangkan perawatan yang dimaksudkan untuk menjaga agar sistem tersebut tidak rusak, dan terhindar dari kontaminasi, belum mendapat cukup perhatian. Berarti ini merupakan kasus untuk pendidikan higiene.

Sumber: Engler, M (1989, hal.1

Jadi, aspek-aspek teknis dan aspek-aspek pendidikan bersama-sama menciptakan kondisi-kondisi untuk dapat mencapai tujuan umum proyek, yang dielaborasi lebih lanjut sebagai berikut:

Mencegah penyakit

Penyakit yang berhubungan dengan air dan sanitasi meliputi berbagai macam diare, kecacingan, penyakit kulit dan mata serta penyakit yang disebabkan oleh

nyamuk. Penyakit-penyakit tersebut merupakan penyakit utama penyebab kematian yang paling besar di negara-negara berkembang. Proyek air dan sanitasi umumnya dimaksudkan untuk mengurangi penyakit-penyakit ini. Dengan demikian, proyek-proyek tersebut membantu untuk:

- ◆ meningkatkan kesehatan masyarakat dan kesehatan perorangan;
- ◆ mengurangi biaya pelayanan kesehatan yang bersifat kuratif (penyembuhan);
- ◆ agar produktivitas anak sekolah dan orang-orang yang bekerja menjadi lebih tinggi, karena lebih sedikit energi yang hilang akibat kesehatan yang buruk dan penyakit.

Meningkatkan kondisi hidup

Ketersediaan air dan sanitasi yang memadai merupakan kebutuhan dasar manusia. Proyek air dan sanitasi menjawab kebutuhan ini, oleh karena itu berarti membantu meningkatkan kondisi hidup masyarakat. Proyek penyediaan air yang baru dapat membantu untuk:

- ◆ berkurangnya beban terutama bagi wanita dan anak-anak untuk mengambil air;
- ◆ waktu dan tenaga bisa dihemat, dapat digunakan untuk merawat keluarga dengan lebih baik, sekolah dan melakukan kegiatan produktif;
- ◆ pemanfaatan kelebihan air untuk kegiatan ekonomi skala kecil.

Manfaat perbaikan sanitasi adalah:

- ◆ lingkungan yang bersih karena adanya pembuangan air limbah, limbah manusia dan hewan serta limbah padat secara baik dan benar;
- ◆ pemanfaatan air limbah, kotoran manusia maupun sampah, untuk kegiatan produktif ;
- ◆ adanya tempat dan sarana yang layak untuk mandi dan mencuci;
- ◆ adanya tempat yang pribadi dan nyaman untuk buang air;
- ◆ meningkatnya status sosial dan harga diri dengan tercapainya lingkungan hidup yang lebih baik.

Peningkatan kondisi kehidupan juga diharapkan dapat mengurangi migrasi keluar daerah dan mempertahankan sumber daya manusia yang terdidik.

Menghubungkan sarana teknis dan perilaku pemakai

Untuk memaksimalkan potensi dan manfaat proyek penyediaan air dan sanitasi, maka hal-hal teknis dan perilaku haruslah seiring sejalan. Manfaat penyediaan air bersih mudah hilang apabila air tidak ditangani dan dikelola dengan baik untuk mencegah terjadinya kontaminasi sebelum air itu justru akan “memabukkan”.

Jamban-jamban bisa menjadi sarang dan tempat berkembang biak penyakit jika tidak digunakan dan dibersihkan dengan baik dan benar. Sebagai contoh, hasil studi di pedesaan di Thailand menunjukkan bahwa lebih banyak kasus diare di rumah tangga di mana perempuan menggunakan jamban dibandingkan dengan tempat-tempat dimana masyarakat buang air besar di ladang (Nongluk dan Hewison, 1990).

Pendidikan higiene dimaksudkan untuk membantu membangun hubungan antara perbaikan dan peningkatan fasilitas dengan perilaku pemakai. Tabel 1 menyajikan rangkuman dari langkah-langkah dasar yang diperlukan untuk mencegah timbulnya penyakit-penyakit yang berhubungan dengan air dan sanitasi. Informasi lebih lengkap tentang bagaimana perilaku higiene bisa membantu mengurangi risiko penularan penyakit dapat dilihat, misalnya, pada tulisan karya Cairncross & Feachem (1983) dan Benenson (1990).

Higiene personal pada Tabel 1 berhubungan dengan air (dan sabun atau bahan pengganti) yang digunakan untuk membersihkan tubuh, termasuk mandi dan mencuci mata, muka, atau tangan. Higiene domestik berhubungan dengan penggunaan air agar rumah tetap bersih, dan juga untuk membersihkan barang-barang dan lingkungan rumah yang dapat menularkan penyakit (misalnya pakaian, peralatan rumah tangga, lantai, meja, handuk). Kategori 'higiene personal dan domestik' juga mencakup cara pengambilan air, pengangkutan, penyimpanan dan pemakaian air minum dengan baik dan benar. Dalam kasus schistosomiasis, higiene personal dan domestik berkaitan dengan pengurangan kontak manusia dengan air yang terkontaminasi virus tersebut serta ditingkatkannya pemakaian air bersih (yang kualitasnya telah ditingkatkan) untuk mandi dan mencuci (Esrey dkk., 1990).

Memaksimalkan manfaat kesehatan

Selama bertahun-tahun, banyak studi telah dilakukan untuk mempelajari lebih dalam mengenai hubungan antara air, sanitasi dan kesehatan. Sebuah tinjauan yang dilakukan baru-baru ini pada 144 studi yang dilakukan oleh Esrey dkk. tentang hal tersebut menunjukkan bahwa dampak-dampak kesehatan pada semua kelompok umur yang terjadi di sebagian besar negara berkembang, dikarenakan adanya perbaikan dan peningkatan penyediaan air, sanitasi dan perilaku higiene. Tinjauan ini mencakup enam macam penyakit, yaitu: diare, ascariasis, cacing guinea, schistosomiasis, cacing tambang dan trakhom. Sejumlah faktor diidentifikasi dalam memaksimalkan manfaat penyediaan air dan sanitasi pada kesehatan:

- Penyediaan air hendaknya sedekat mungkin jaraknya dengan rumah guna meningkatkan jumlah air yang tersedia untuk mempraktekkan perilaku higiene.
- Program penyediaan air dan kesehatan hendaknya menekankan pentingnya pendidikan higiene untuk mendorong masyarakat agar menggunakan lebih

Tabel 1. Pencegahan penularan penyakit yang berhubungan dengan air dan sanitasi

<i>Penyakit</i>	<i>air minum yang sehat</i>	<i>pembuangan kotoran secara aman</i>	<i>higiene personal dan domestik*</i>	<i>higiene makanan</i>	<i>pembuangan air limbah/ drainase</i>
Diare	oo	ooo	ooo	ooo	.
Poliomyelitis dan hepatitis A	o	oo	ooo	oo	.
Kecacingan:					
ascaris, trichuris	o	ooo	ooo	oo	.
cacing tambang	.	ooo	o	.	.
cacing kerawit dan cacing pita kerdil	.	oo	ooo	o	.
cacing pita lainnya	.	ooo	o	ooo	.
schistosomiasis	.	ooo	ooo	.	o
cacing guinea	ooo
Infeksi kulit	.	.	ooo	.	.
infeksi mata	.	o	ooo	.	o
Penyakit yang ditularkan oleh serangga:					
malaria	o
demam kuning perkotaan	.	.	o**	.	oo
demam berdarah kaki gajah brancoftian	.	ooo	.	.	ooo

Berdasarkan: WHO (1983), Esrey dkk. (1990) dan Cairncross & Ouan0 (1991)

Pentingnya mencegah penularan penyakit: ooo tinggi oo menengah o rendah sampai bisa diabaikan

* Higiene personal dan domestik seringkali memerlukan lebih banyak air

** Vektor berkembang biak dalam wadah penampung air

banyak air guna kebersihan personal maupun domestik.

- ◆ Sarana sanitasi hendaknya sesuai dengan kultur setempat, karena pemakaian sarana sanitasi akan berpengaruh pada dampak kesehatan mencerminkan pentingnya penerimaan oleh pengguna.
- ◆ Untuk mencapai dampak kesehatan yang luas, pembuangan kotoran secara aman dan pemakaian air yang layak untuk higiene personal dan domestik lebih penting daripada kualitas air minum.
- ◆ Sarana sanitasi hendaknya dibangun bersama dengan sarana air apabila penyakit-penyakit yang berhubungan dengan tinja (diare dan cacing) memang sering terjadi.
- ◆ Pemakaian sarana air dan sanitasi penting terutama pada masa periode pergantian musim yang biasanya banyak muncul penyakit-penyakit seperti cacing guinea yang memang berkembang pada masa seperti itu (hal. vii-ix).

Dengan membaca Tabel 1 baik arah mendatar maupun menurun pada halaman terdahulu kita mengetahui bahwa (a) perilaku higiene dan pembuangan kotoran secara aman adalah pendekatan yang paling penting untuk mencegah berbagai penyakit, dan (b) dua pendekatan tersebut berpengaruh besar pada kondisi kesehatan dan penyakit. Jadi, perilaku higiene termasuk pemakaian lebih banyak air dan pembuangan kotoran secara aman merupakan langkah-langkah yang penting untuk memaksimalkan manfaat kesehatan.

1.2 Definisi pendidikan higiene

Definisi

Pendidikan higiene didefinisikan sebagai semua kegiatan yang dimaksudkan untuk menggalakkan perilaku serta kondisi untuk mencegah penyakit-penyakit yang berhubungan dengan air dan sanitasi.

Definisi ini menyiratkan bahwa pendidikan higiene berkaitan dengan serangkaian kegiatan yang berbeda untuk kelompok-kelompok masyarakat yang berbeda. Pendidikan higiene pada umumnya dilaksanakan di tingkat masyarakat, yaitu menggiatkan laki-laki, perempuan dan anak-anak untuk merawat sarana dan meningkatkan perilaku higiene seperti menggunakan jamban, mencuci tangan setelah buang air besar dan penyimpanan air minum dengan benar. Namun demikian, pendidikan higiene juga dapat diarahkan pada kelompok-kelompok lain. Sebagai contoh, para insinyur dan teknisi proyek juga memerlukan pendidikan higiene sehingga mereka dapat merancang dan mendesain jamban yang baik dan aman, mudah digunakan dan dirawat. Pendidikan higiene perlu diberikan pada semua tingkatan masyarakat selama proses proyek supaya masyarakat menjadi

pro-aktif pada aspek-aspek kesehatan yang berhubungan dengan penyediaan air dan sanitasi. Pada tabel 2 dapat dilihat penjelasan singkat tentang pendidikan higiene.

Fokus buku ini adalah pendidikan higiene sebagai komponen yang terintegrasi pada proyek penyediaan air dan sanitasi. Pembahasan tentang kegiatan pendidikan kesehatan dan higiene lain seperti yang tercakup dalam program-program atau kampanye-kampanye nasional tentang perawatan kesehatan primer terbatas pada pembahasan tentang kebutuhan serta kemungkinan untuk bekerjasama dan koordinasi. Hal-hal ini akan dibahas lebih jelas pada Bab 4 dan 11.

Inisiatif baru untuk memperbaiki perilaku higiene di sekolah-sekolah telah dikembangkan di propinsi Manicaland, Zimbabwe.

Sebuah tangki terbuka yang diberi kran dibangun di antara jamban dan ruang-ruang kelas. Setiap hari Senin pagi, setiap anak membawa sekitar lima liter air dan menuangkannya ke dalam tangki tersebut. Selama seminggu itu, anak-anak dapat mencuci tangan mereka setelah buang air. Setiap hari Jum'at, air yang tersisa di dalam tangki itu digunakan untuk menyirami kebun sekolah. Pada akhir pekan, tangki dibiarkan kosong untuk mencegah berkembang-biaknya nyamuk.

Ide sederhana ini yang dikombinasikan dengan pendidikan perilaku higiene pada anak perlu dipromosikan secara lebih luas, sehingga sarana maupun pesannya dapat diadakan secara bersamaan.

Sumber: Kementerian Kesehatan Zimbabwe (1990), hal. 6

Sebagai komponen yang terintegrasi pada proyek penyediaan air dan sanitasi, pendidikan higiene berhubungan erat dengan partisipasi masyarakat. Yang dimaksudkan dengan partisipasi masyarakat di sini adalah keterlibatan aktif baik laki-laki dan perempuan yang berpengaruh pada pengambilan keputusan dan kegiatan utama proyek. Baik partisipasi masyarakat maupun pendidikan higiene keduanya sama pentingnya untuk memaksimalkan potensi dan manfaat peningkatan penyediaan air dan sanitasi. Dalam prakteknya, partisipasi masyarakat dan kegiatan pendidikan higiene tak terpisahkan, sebagaimana dalam pembahasan tentang penempatan sebuah sarana air baru, perawatan sarana tersebut dari hari ke hari serta pembuangan kotoran manusia secara aman. Hubungan antara partisipasi masyarakat dengan pendidikan higiene dijelaskan dalam Bab 2. Pada bab-bab berikutnya, diasumsikan bahwa mereka yang bertanggung jawab pada pendidikan higiene juga aktif dalam kegiatan partisipasi masyarakat.

Bidang-bidang terkait

Proyek penyediaan air dan sanitasi sering juga tercakup pada program-program lain seperti perbaikan daerah kumuh atau perumahan murah, pembuangan limbah padat, drainase air permukaan dan konservasi lingkungan. Pada kasus seperti itu, pendidikan higiene juga bisa mencakup aspek-aspek lebih luas yang tercakup didalamnya guna memaksimalkan potensi manfaat kesehatan.

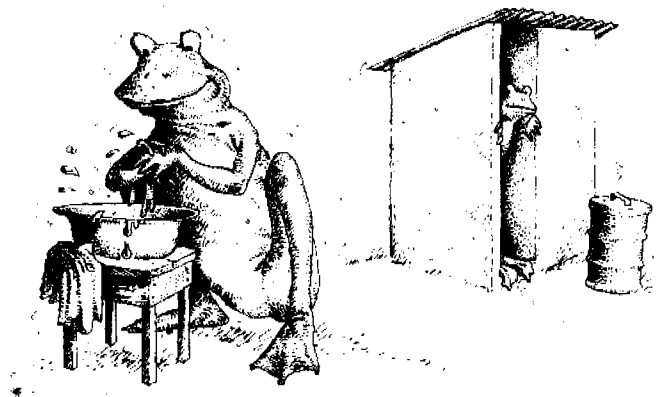
Konservasi lingkungan kini menjadi semakin penting dalam membantu untuk melindungi kualitas dan keberadaan sumber-sumber air. Kegiatannya meliputi langkah-langkah untuk: melindungi daerah-daerah penangkap air dari polusi oleh manusia, pertanian dan industri; mencegah pengambilan air tanah secara berlebihan untuk pertanian yang dapat menyebabkan menipisnya sumber air atau gangguan intrusi air laut pada sumber air; penggundulan hutan yang mengakibatkan berkurangnya mata air atau sungai-sungai yang airnya digunakan untuk penyediaan air. Dalam hal ini, pendidikan higiene bermanfaat untuk menciptakan kesadaran mengenai perlunya melindungi lingkungan dan mempromosikan adanya kemauan untuk melakukan tindakan-tindakan yang tepat.

Pada proyek-proyek perbaikan daerah kumuh ataupun perumahan murah, pendidikan higiene tentang penyediaan air dan sanitasi dapat dengan mudah diperluas untuk mencakup aspek-aspek yang berkaitan dengan perumahan dan kesehatan. Hal ini meliputi ventilasi yang memadai untuk membantu mencegah penyakit-penyakit pernafasan, ruang yang cukup untuk membantu mencegah penyakit-penyakit yang disebabkan oleh kesumpekan, dan tindakan untuk membantu mengontrol gangguan dan penularan penyakit oleh lalat, nyamuk dan binatang-binatang pengerat (Appleton, 1987).

Program-program pembuangan limbah padat dan drainase juga erat kaitannya dengan pendidikan higiene, karena pembuangan sampah yang tak terkendali dan drainase yang buruk, keduanya dapat merupakan ancaman serius pada kesehatan. Sampah menyediakan makanan, sarang dan tempat berkembang biak bagi tikus dan serangga-serangga pembawa penyakit. Alat-alat yang telah dibuang, kendaraan, selimut bekas dan bahan-bahan beracun merupakan perangkap maut bagi anak-anak yang tidak hati-hati. Dan drainase air permukaan yang buruk, termasuk limbah cair rumah tangga dapat mengakibatkan timbulnya genangan-genangan air dan tempat yang becek serta berlumpur di mana nyamuk, lalat dan serangga lainnya senang berkembang biak (Appleton, 1987). Penyakit-penyakit yang mudah ditularkan dalam kondisi seperti ini antara lain malaria, demam berdarah, demam kuning dan bancroftian filariasis yang menyebabkan penyakit kaki gajah.

Air permukaan juga dapat terkontaminasi oleh kuman-kuman diare dari sumber-sumber seperti saluran pembuangan air yang tersumbat dan *septic tanks* yang luber, dan juga seringkali dari kotoran manusia dari mereka yang tidak memiliki WC atau kotoran ternak. Air permukaan yang telah terkontaminasi ini kemudian

menginfeksi manusia lewat banyak cara. Anak-anak khususnya rawan terhadap infeksi ketika bermain-main atau mandi dengan air permukaan. Schistosomiasis boleh jadi dianggap sebagai penyakit pedesaan, namun di negeri-negeri di mana penyakit itu bersifat endemik, maka perkotaan yang drainasenya buruk, juga berpeluang cukup besar untuk penularan penyakit ini (Cairncross, 1991, hal. 3). Semua persoalan langsung terkait pada pendidikan higiene, oleh karenanya dengan mudah dapat diintegrasikan.



Mencuci tangan dan pembuangan kotoran secara aman adalah perilaku yang penting untuk mencegah penyakit yang berhubungan dengan air dan sanitasi.

1.3 Tentang buku ini

Bab-bab berikutnya membahas berbagai aspek dari perencanaan dan manajemen pendidikan higiene. Karena pendidikan higiene melibatkan kegiatan untuk menggalakkan perilaku yang membantu untuk mengurangi penyakit yang berhubungan dengan air dan sanitasi, maka Bab 2 dan 3 mencakup proses perubahan perilaku. Dalam Bab 2, pendekatan dilakukan dari sudut pandang yang lebih praktis, sedangkan Bab 3 mencakup latarbelakang yang lebih teoritis perencanaan dan pelaksanaan pendidikan higiene, mungkin lebih menarik bagi para profesional yang bertugas dalam perencanaan pendidikan higiene.

Bab 4 membahas berbagai pilihan untuk pengorganisasian bagaimana mengintegrasikan komponen pendidikan higiene ke dalam proyek penyediaan air dan sanitasi. Karena pertimbangan bagaimana mengintegrasikan pendidikan higiene dengan baik masih sering diabaikan, maka belum ada banyak informasi yang dapat diacu tentang pokok persoalan ini. Jadi, Bab 4 lebih dimaksudkan untuk merangsang pikiran pembaca, dan bukannya menyediakan saran-saran.

Bab 5 memberikan tinjauan luas tentang tahapan dan pendekatan pendidikan higiene. Bab-bab berikutnya mengikuti siklus program: Identifikasi kebutuhan, tujuan, target dan kelompok-kelompok sasaran dibahas dalam Bab 6 sampai Bab 8. Pada bab ini ditekankan pula perlunya memanfaatkan sumber daya yang ada, informasi-informasi dan pengalaman yang ada dan mengenai partisipasi aktif baik oleh perempuan maupun laki-laki dari kelompok sasaran, dan mengenai perlunya kejelasan dalam memutuskan tujuan khusus pendidikan higiene.

Pada Bab 9 dibahas pengembangan dan pelaksanaan rencana kerja program pendidikan higiene. Ditekankan bahwa rencana kerja pendidikan higiene hendaknya dikembangkan bersama dengan rencana kerja untuk kegiatan yang lebih teknis, dan bahwa rencana kerja itu hendaknya menyediakan panduan yang memadai baik pada tingkat proyek maupun pada tingkat masyarakat untuk pelaksanaan program pendidikan higiene. Hal-hal yang menyangkut tenaga kerja dan biaya dibahas dalam Bab 11.

Bab 10 memfokuskan pada komunikasi, dan alat bantu yang digunakan oleh petugas pendidikan higiene dalam melaksanakan program. Seperti dalam Bab 3, bab ini cenderung untuk lebih difokuskan pada para profesional yang bertanggung jawab pada program pendidikan higiene, karena proses komunikasi adalah suatu bidang yang sifatnya agak khusus. Bab terakhir, yaitu Bab 12, membahas masalah pemantauan dan evaluasi program pendidikan higiene yang menekankan bahwa hal ini bisa dan seharusnya dilakukan pada berbagai tingkat.

Meskipun bab tersebut diatas mengikuti suatu urutan yang telah dirancang, namun para pembaca dapat memilih bab yang diinginkannya, misalnya pertamanya membaca Bab 11 karena tertarik pada aspek-aspek yang berhubungan dengan tenaga kerja dan anggaran. Bab-bab tersebut ditulis sedemikian rupa sehingga dapat dimengerti dengan mudah, karena mencakup hal-hal yang ada keterkaitannya dan dengan referensi-referensi yang jelas dan teratur pada bab-bab lainnya.

Dalam buku ini, digunakan ilustrasi-ilustrasi dalam teks dan contoh-contoh di akhir bab-bab tersebut. Ilustrasi-ilustrasi dalam teks tersebut dimaksudkan untuk memperkuat isu yang dibahas. Contoh-contoh dimaksudkan untuk mendukung bagaimana staf proyek menangani masalah di lapangan.

Tabel 2: Ulasan umum tentang pendidikan higiene

Fase	Keperluan	Kelompok sasaran/orang-orang yang terlibat	Hasil yang diharapkan
Perencanaan	<ul style="list-style-type: none"> - Orientasi konsep kesehatan masyarakat dan filosofi pendidikan higiene 	<ul style="list-style-type: none"> - pejabat pemerintah dan pembuat kebijakan di tingkat nasional dan regional; - para insinyur di departemen; - para insinyur proyek; - para manajer proyek; - ilmuwan sosial di dalam dan di luar lembaga. 	<ul style="list-style-type: none"> - komitmen yang jelas dari pemerintah untuk integrasi pendidikan higiene dengan penyediaan air dan sanitasi; - komponen kesehatan diperhatikan oleh insinyur dan manajer proyek; - kerjasama dan koordinasi antar lembaga, organisasi yang bertanggung jawab pada penyediaan air, sanitasi dan kesehatan
Desain	<ul style="list-style-type: none"> - Orientasi hubungan antara air, sanitasi dan kesehatan; - Orientasi hubungan antara faktor teknis dan faktor perilaku untuk mengurangi risiko kesehatan 	<ul style="list-style-type: none"> - masyarakat (laki-laki, perempuan, anak-anak, kelompok-kelompok sosial - ekonomi) ; - staf kantor swasta dan pemerintah (misalnya sekolah, pusat kesehatan, pasar, bazar, kantor pemerintah, bengkel, pabrik); - staf proyek; - staf pemerintah di tingkat propinsi dan kabupaten; 	<ul style="list-style-type: none"> - pemilihan sarana yang bisa diterima dan terjangkau, serta penempatannya yang tepat, akan meningkatkan peluang penggunaannya oleh setiap orang; - keputusan tentang perlunya sarana tambahan untuk mencuci pakaian dan juga tambahan sarana untuk pembuangan air limbah, saluran air hujan dan pembuangan limbah padat;
Pelaksanaan	<ul style="list-style-type: none"> - Pelatihan, bimbingan dan dukungan pada pendidikan higiene: penelitian yang partisipatif, target, rencana, kegiatan komunikasi, pemantauan, penggunaan audio visual; 	<ul style="list-style-type: none"> - staf lapangan proyek; - petugas lapangan; - petugas lapangan lain (misalnya pertanian, pembangunan sosial); - guru sekolah; - tokoh kunci masyarakat; 	<ul style="list-style-type: none"> - kader masyarakat dan tokoh kunci masyarakat untuk memulai tugas pendidikan higiene; - penyediaan dukungan bagi kader masyarakat dan tokoh kunci masyarakat dalam melaksanakan tugas promosi dan pendidikan higiene formal maupun informal; - pemuka agama; - staf pemerintahan lokal

Fase	Keperluan	Kelompok sasaran/orang-orang yang terlibat	Hasil yang diharapkan
Pembangunan dan berfungsi-nya sarana	<ul style="list-style-type: none"> - Orientasi dan pelatihan teknis dapat membantu peningkatan penggunaan sarana yang telah diperbaiki untuk meningkatkan kesehatan; - Pelatihan pendidikan higiene yang terkait dengan fungsi, penggunaan dan perawatan sarana yang diperbaiki 	<ul style="list-style-type: none"> - teknis; - petugas lapangan; - tukang batu; - tukang ledeng; - pengontrol; - petugas perawatan; - pengurus kelompok sarana air dan sanitasi 	<ul style="list-style-type: none"> - kesadaran bahwa kualitas bangunan merupakan prasyarat untuk berfungsinya sarana dengan baik dan kontinyu; - staf teknis memanfaatkan waktunya selama tinggal bersama masyarakat untuk kegiatan pendidikan higiene; - penggunaan dan perawatan sarana yang diperbaiki dengan baik
Penggunaan sarana	<ul style="list-style-type: none"> - pendidikan higiene tentang pengambilan, penyimpanan dan pemakaian air yang baik dan benar; higiene personal dan domestik; pengolahan makanan yang bersih; pembuangan air limbah, kotoran manusia dan limbah padat; penggunaan air dan limbah untuk kegiatan produktif; mengontrol/mengurangi tempat berkembang biaknya nyamuk 	<ul style="list-style-type: none"> - masyarakat (laki-laki, perempuan, anak-anak; rumah tangga; kelompok-kelompok sosial - ekonomi dan relawan); - para pengguna sarana di tempat umum maupun di rumah; 	<ul style="list-style-type: none"> - penggunaan sarana penyediaan air dan sanitasi yang baik dan benar dan eksklusif - penggunaan jumlah air yang memadai untuk higiene personal, makanan dan domestik - pencegah timbulnya risiko kesehatan baru - penggunaan air dan limbah untuk kegiatan produktif, jika memungkinkan;
Pengoperasian dan perawatan sarana	<ul style="list-style-type: none"> - Pelatihan dan pendidikan aspek-aspek kesehatan yang berhubungan dengan pengoperasian dan perawatan sarana; 	<ul style="list-style-type: none"> - masyarakat; - para pengguna di tempat umum maupun di rumah; - pengurus air dan sanitasi; - pengontrol; - petugas sarana; 	<ul style="list-style-type: none"> - kesediaan untuk merawat sarana dan membayar biaya pemeliharaan; - sistim perawatan yang bisa berjalan dengan baik; - penggunaan sarana dengan baik dan benar sehingga dapat berfungsi terus menerus

2. Mempromosikan Higiene

Pendidikan higiene bertujuan untuk mempromosikan perilaku higiene yang berkaitan erat dengan kegiatan rutin sehari-hari seperti pengambilan, penyimpanan dan pemakaian air; buang air, mencuci pakaian, mencuci tangan dan pembuangan sampah. Hal-hal rutin biasanya diterima sebagaimana apa adanya, dan karenanya tidak mudah untuk dirubah. Lalu, apa yang dapat membuat masyarakat merubah kegiatan rutin sehari-harinya untuk membantu mengurangi risiko-risiko kesehatan yang berhubungan dengan air dan sanitasi? Dalam bab ini, kita akan membahas masalah ini dari suatu sudut pandang praktis. Sedangkan dalam bab selanjutnya akan membahas masalah tersebut secara lebih teoritis.

2.1 Memanfaatkan peluang-peluang baru

Mengurangi rintangan

Perilaku seringkali berkembang sesuai dengan sumber daya, sarana, pelayanan, uang waktu bahan dan kemampuan yang ada. Mudah untuk mengatakan bahwa orang hendaknya menggunakan air yang memadai untuk kebersihan diri, namun bila air mahal atau persediaannya terbatas, sulit untuk menerapkannya. Mudah untuk mengatakan bahwa orang hendaknya menggunakan jamban, namun ketika kemampuan, bahan ataupun ekonomi kurang mampu, maka barangkali sulit bagi seseorang untuk dapat membangun jamban sendiri. Jadi, syarat utama ialah mengurangi atau menghilangkan berbagai masalah yang menjadi halangan bagi penerapan perilaku higiene. Proyek penyediaan air dan sanitasi dapat memberi kesempatan pada sekelompok masyarakat akan hal-hal yang sebelumnya diluar jangkauan mereka.

Mengusahakan agar sarana yang ada digunakan.

Peningkatan derajat kesehatan hanya bisa diharapkan bila masyarakat benar-benar menggunakan sarana penyediaan air dan sanitasi yang baru. Penggunaan sarana yang baru oleh masyarakat dimungkinkan bila mereka merasakan bahwa sarana tersebut lebih baik daripada yang lama. Untuk sistem penyediaan air, berarti bahwa sarana yang baru dibangun dengan lebih baik dan berfungsi lebih baik; yaitu antara lain sarana tersebut mudah dijangkau, jarak tempuh tidak terlalu jauh; mudah digunakan, aliran air lancar, kualitas air baik, warna maupun rasa cukup bagus dan yang penting masyarakat mampu menanggung biayanya. Untuk jamban baru, berarti bahwa jamban tersebut dibangun dengan baik dan berfungsi dengan

baik pula, mudah dijangkau (tidak terlalu jauh), tidak berbau, tidak terlalu terang ataupun terlalu gelap, memberikan privasi, mudah dirawat agar tetap bersih, dan mudah untuk dikosongkan atau diganti lubangnyanya bila jamban itu penuh.

Dari kondisi di atas terlihat, bahwa manfaat kesehatan seringkali penting, namun tidak memberikan alasan yang cukup kuat agar seseorang merubah perilakunya. Sarana baru haruslah menarik bagi masyarakat; jika tidak, maka nampaknya tidak mungkin sarana tersebut akan digunakan sebagaimana yang ditargetkan.

Untuk mengupayakan agar sarana yang telah diperbaiki diterima dan digunakan, maka calon pengguna harus terlibat dalam proses pemilihan teknis sarana. Perlu ada kompromi antara apa yang diharapkan oleh masyarakat dan apa yang dimungkinkan secara teknis. Sebagai contoh, sebuah pompa tangan baru, yang dibuat di tengah sebuah desa, tidak digunakan karena para perempuan lebih memilih untuk mengambil air dari kolam sumber air mereka yang lama, walaupun agak jauh sedikit, karena mereka dapat mengambil air dalam jumlah banyak hanya dengan satu gerakan saja. Sedangkan pompa tangan memerlukan banyak ayunan untuk mendapat air seember. Oleh karena itu agar dapat membuat pilihan yang lebih tepat dan membuat masyarakat beralih menggunakan fasilitas yang baru, mereka perlu mengetahui berbagai implikasi dan perubahan yang perlu dilakukan sebelum sarana dibuat.

Sarana baru – perilaku baru.

Menggunakan sarana baru, berarti melakukan perubahan kegiatan rutin sehari-hari. Berbicara mengenai perubahan tersebut, akan terlihat banyak kesempatan untuk mendiskusikan dan memperkenalkan perilaku higiene. Sebagai contoh, pengadaan air bersih memerlukan adanya cara pengambilan air, pengangkutan dan penyimpanannya yang baik sehingga layak untuk diminum. Pengenalan jamban memberi kesempatan untuk memperkenalkan pembuangan tinja bayi dan anak yang aman. Promosi perilaku higiene lebih mudah dilakukan bila dihubungkan dengan pembangunan sarana mandi dan cuci. Oleh karena itu, pengenalan tentang sarana penyediaan air dan sanitasi yang baru pada kelompok masyarakat merupakan momentum penting untuk mengubah perilaku higiene.

Perilaku baru untuk mendapatkan manfaat dan hasil.

Risiko kesehatan bisa dikurangi bukan hanya dengan mempromosikan perilaku baru, melainkan dengan mempromosikan produk atau manfaat yang didapat. Contoh, penyediaan air ada yang berhasil dengan baik dalam memecahkan permasalahan air limbah yang menggenang di sekitar rumah yaitu dengan mempromosikan penggunaan air limbah untuk menanam pohon yang kayunya dapat dipakai sebagai bahan bakar. Pada program jamban, status memiliki jamban dan kenyataan bahwa masyarakat dapat buang air besar dengan nyaman walaupun

hujan dapat merupakan hal yang mendorong orang untuk menggunakan sarana baru tersebut.

Motivasi agar masyarakat membangun dan menggunakan jamban bisa diperkuat dengan memberikan lebih banyak insentif atau keuntungan pribadi. Sebuah proyek di Thailand, merekomendasikan empat macam insentif:

Ekonomi: *"Kita akan mengeluarkan biaya lebih sedikit untuk kesehatan dan tidak akan kehilangan waktu untuk bekerja"*

Prestise : *"Kita terlihat moderen, punya privasi dan nyaman bila kita memiliki dan menggunakan jamban."*

Keagamaan (Budha): *"Kita mendapatkan rahmat bila membantu membuat lingkungan desa menjadi bersih dan dengan mengajarkan perilaku higienis kepada anak-anak ."*

Kesehatan: *"Kita jarang sakit diare ataupun infeksi terkena penyakit yang disebabkan oleh parasit dan anak-anak akan tumbuh lebih sehat dan lebih sejahtera"*

Sumber: Simpson-Herbert, M (1987), hal. 16.

2.2 Membangun berdasarkan budaya dan prioritas lokal

Nilai-nilai budaya.

Perilaku bukan hanya dipengaruhi oleh sumber daya yang tersedia, melainkan juga dipengaruhi oleh bagaimana orang berpikir dan merasakan. Pendidikan higiene yang tidak didasarkan pada budaya lokal tidak akan efektif dalam merubah perilaku masyarakat. Sebagai contoh, seringnya terjangkau diare barangkali lebih dianggap sebagai fakta kehidupan daripada sebagai penyakit. Dalam mempromosikan perilaku higiene, penting untuk memulai dari apa yang dimengerti masyarakat tentang penyakit; penyakit apa saja yang mereka kenal; dan apa pendapat mereka tentang penyebab dan cara pencegahan penyakit. Bila pendidikan higiene dibangun berdasarkan nilai-nilai budaya lokal, maka pendidikan higiene akan menjadi lebih menarik dan efektif bagi masyarakat tersebut. Seorang pedagang akan mengatakan, kita harus berbicara dalam bahasa konsumen bila ingin menjual produk kita.

Nilai-nilai budaya dan kepercayaan sangat berpengaruh pada apa yang dianggap masyarakat sebagai perilaku yang baik dan benar. Apabila hal ini tidak dipertimbangkan, maka dapat menyebabkan gagalnya proyek. Sebagai contoh, dalam sebuah proyek pembuangan limbah padat, gerobak dorong beroda satu diperkenalkan untuk mengangkut limbah rumah tangga ke tempat pembuangan

sampah. Namun, karena perempuan yang bertanggung jawab untuk tugas ini, dan perempuan merasa malu untuk mendorong gerobak, maka program ini tidak berhasil. Sebuah contoh tentang kepercayaan dan hal yang berhubungan dengan mencuci tangan diberikan di akhir bab ini.

Pola-pola budaya hampir tidak pernah berskala nasional, bahkan seringkali berbeda dari satu desa ke desa yang lain walaupun tempatnya berdekatan, dapat juga terjadi perbedaan budaya dari kelompok sosial, etnis dan ekonomi yang sama. Oleh karena itu penting untuk meneliti nilai-nilai budaya, walaupun pendidikan higiene dilakukan oleh seseorang dari daerah itu sendiri.

Mengapa perempuan suka mencuci pakaian di kali:

“Saya memilih untuk mencuci di kali karena lebih sedikit menyita tenaga. Jika saya mencuci di rumah, saya harus berjalan mondar-mandir setidaknya empat kali untuk mengambil air bersih dan kotor, membuang air karena saya tidak punya air di rumah.”

“Alhamdulillah ada saluran air di rumah saya, walaupun begitu, saya lebih suka mencuci di kali supaya rumah saya tidak kotor dan juga karena septic tank kami kecil. Dan saya tidak ingin septic tank itu cepat penuh”

“Air kali mencuci seratus kali lebih baik daripada air dari pipa, karena selalu mengalir; air kali tak pernah terputus, sehingga jumlahnya pun berlimpah. Sabun lebih mudah berbusa, dan lebih mudah membilas karena airnya banyak.”

Sumber: El-Katsha dkk. (1989), hal. 54.

Mengikuti tokoh yang dihormati

Perubahan perilaku dapat digalakkan melalui dukungan dan contoh dari tokoh yang dihormati. Jika seorang tokoh kunci yang dihormati memberi contoh dan mempromosikan suatu perilaku tertentu, maka kemungkinan besar masyarakat akan mengikutinya. Tokoh panutan bisa dari pejabat, tokoh agama dan wakil atau masyarakat. Atau bisa juga individu yang dipercaya dan sering diminta untuk urun rembug (memberi nasehat) bila ada masalah. Kelompok masyarakat mana yang akan mengikuti contoh dari tokoh kunci tertentu, haruslah diselidiki kasus per kasus (lihat Bab 6). Hampir tidak pernah dijumpai bahwa semua kelompok masyarakat akan mengikuti satu tokoh saja, bahkan tokoh panutan untuk laki-laki dan perempuan juga berbeda.

Sebaliknya, bila perilaku higiene dipromosikan oleh orang-orang yang tidak memiliki status ataupun pengaruh, maka kecil kemungkinannya masyarakat akan meniru atau mengadopsinya.

Insentif-insentif dan aturan-aturan

Untuk menggalakkan perilaku baru, bisa digunakan insentif-insentif seperti pemberian hadiah kecil bila masyarakat menerapkan perilaku baru. Contohnya adalah hadiah diberikan kepada desa terbersih, desa dengan sumber air yang terlindungi, atau kepada keluarga dengan jamban yang dibangun paling baik di masing-masing desa. Status dan prestis bisa juga berperan sebagai insentif untuk penggunaan sarana dan perilaku baru. Namun demikian, pengalaman menunjukkan bahwa status dan prestis lebih membantu dalam mengupayakan agar sarana (misalnya jamban) dibangun, daripada agar sarana tersebut digunakan dengan baik dan benar.

Perubahan perilaku juga bisa dipromosikan melalui aturan dan kesepakatan-kesepakatan formal dan informal. Sebagai contoh, diputuskan bahwa rumah tangga hanya boleh mendapat saluran air ke rumah bila mereka telah membuat saluran air limbah yang baik. Kontrol sosial juga dapat merupakan mekanisme yang penting dalam menggalakkan perubahan perilaku secara informal. Contohnya, kebersihan lingkungan sekitar kran dapat sukses karena adanya kontrol sosial.

Sarana dan perilaku lebih mungkin diterapkan apabila :

- *bisa membuat hidup lebih enak dan memecahkan masalah yang dirasakan;*
- *secara fungsional tepat/layak;*
- *terjangkau, dan bahan-bahannya mudah didapat;*
- *berdasarkan pada pemahaman praktis masyarakat tentang bagaimana penyakit-penyakit yang berhubungan dengan air dan sanitasi ditularkan di lingkungan mereka sendiri;*
- *sesuai dengan nilai-nilai kultural dan perilaku para pengguna;*
- *menarik karena memberi kesan modern dan status;*
- *digalakkan dengan insentif dan peraturan*
- *dipromosikan melalui contoh dari tokoh-tokoh kunci di masyarakat.*

Sumber: Burgers, L.; Boot, M.; dan Wijk, C. van (1988), hal. 24

2.3 Dukungan dari staf proyek dan pejabat

Promosi perilaku baru bukan sekedar memberitahu masyarakat apa yang harus dilakukan. Mengapa mereka harus percaya pada kita, dan mengapa mereka harus bersusah payah bila mereka tidak melihat bahwa perilaku baru itu dapat membuat hidup mereka menjadi lebih enak atau lebih baik. Merubah perilaku memerlukan

partisipasi aktif, baik dari laki-laki maupun perempuan dalam masyarakat serta kerja sama dari staf teknis maupun staf bidang sosial, serta perlunya dukungan dari pejabat pemerintah.

Merubah perilaku melalui pendidikan higiene dan perbaikan sarana air dan sanitasi memerlukan kesediaan masyarakat untuk berpikir tentang gagasan dan perilaku mereka serta kesediaan mereka untuk maju dengan mempelajari hal baru, merubah perilaku, mengatasi keengganan untuk merubah kebiasaan yang telah berakar kuat, dan memutuskan untuk membiasakan diri menerapkan perilaku baru. Hal ini tidak bisa diharapkan terjadi dalam semalam; karena jelas memerlukan waktu cukup lama.

Apabila staf proyek hendak memfasilitasi perubahan perilaku, mereka harus mengerti mengapa masyarakat bertindak dengan cara seperti itu. Sebagai contoh, dengan dibangunnya sarana penyediaan air baru, maka dipromosikan agar masyarakat menggunakan lebih banyak air baik untuk keperluan domestik maupun personal melalui pendidikan higiene. Akan tetapi, hal ini mungkin bertentangan dengan apa yang diketahui dan dilakukan oleh masyarakat. Khususnya, di daerah kering, masyarakat biasanya dibesarkan dengan pesan bahwa air itu berharga dan merupakan sumberdaya yang terbatas, dan karenanya mereka terbiasa untuk mengambil dan menggunakan air sesedikit mungkin. Perubahan dari perilaku hemat air untuk bertahan hidup, menjadi perilaku penggunaan air untuk mengurangi penyakit yang berhubungan dengan air dan sanitasi, hanya bisa difasilitasi jika masyarakat telah benar-benar mengetahui apa arti dan manfaatnya bagi mereka. Staf pendidikan harus menyadari bahwa hal ini memerlukan motivasi dan dukungan untuk jangka waktu yang cukup lama, dengan hasil sedikit demi sedikit.



...Lebih banyak lagi yang diperlukan untuk mempromosikan perilaku higiene....

Pendidikan higiene di tingkat masyarakat mensyaratkan bahwa staf proyek dan pejabat pemerintah harus cukup sensitif sehingga dapat menemukan cara yang tepat guna mengurangi risiko kesehatan akibat kondisi penyediaan air dan sanitasi yang buruk. Pendidikan higiene yang efektif juga memerlukan pengetahuan dan pemahaman yang mendalam tentang berbagai hal yang mungkin akan menjadi halangan bagi masyarakat untuk menerapkan perubahan perilaku serta faktor apa saja yang dapat mendorong penerapan perilaku baru. Pendidikan higiene memerlukan adanya perencanaan dan pelaksanaan yang cermat yaitu dengan memperhatikan berbagai pengaruh di berbagai tingkatan. Jadi pendidikan higiene perlu dirancang sebagai program pendidikan higiene yang partisipatif dan pengorganisasian yang tepat dan sesuai. Pokok bahasan ini akan dibahas pada bab lain.

2.4 . Rentang kegiatan pendidikan higiene

Karena ada banyak cara penularan penyakit yang berhubungan dengan air dan sanitasi, maka pendidikan higiene bisa mencakup rentang kegiatan yang cukup luas. Burgers dkk (1988) membuat daftar pendek pertanyaan-pertanyaan untuk mengidentifikasi kegiatan-kegiatan pokok.

Pertanyaan di bawah ini diambil dari daftar tersebut diatas:

SUMBER AIR

- Apakah semua anak, perempuan dan laki-laki menggunakan sumber-sumber air yang bersih untuk minum, mencuci pakaian dan mandi?
- Apakah air digunakan secara efisien (tidak terbuang), dan apakah limbah air dialirkan dengan baik?
- Apakah sumber air yang telah diperbaiki digunakan dengan hati-hati dan dirawat dengan baik?
- Apakah ada risiko kontaminasi sumber air dari jamban, drainase, saluran limbah cair, ternak yang berkeliaran, atau pengolahan tanah di sekitarnya?

PENGAMBILAN AIR

- Apakah air minum ditampung dalam wadah yang bersih dan tangan tidak kena air pada waktu mengambil air?
- Apakah air diangkut dalam wadah tertutup?

PENYIMPANAN AIR

- Apakah air disimpan dalam wadah yang tertutup dan wadah dibersihkan secara berkala?
- Apakah air minum disimpan dalam wadah yang terpisah, jika mungkin?

MINUM AIR

- Apakah air minum diambil dari wadah penampung air sedemikian rupa sehingga tangan, cangkir ataupun benda-benda lainnya tidak mencemari air itu?

PENGGUNAAN AIR

- Apakah jumlah air tersedia dalam jumlah yang cukup untuk diambil dan digunakan untuk higiene personal dan domestik? (Diperkirakan setiap orang membutuhkan 30 sampai 40 liter air per hari untuk higiene personal dan domestik).

PENANGANAN MAKANAN

- Apakah tangan dicuci dengan sabun atau abu sebelum menyiapkan dan memakan makanan?
- Apakah sayuran dan buah-buahan dicuci dengan air yang bersih, dan apakah makanan ditutup dengan baik?
- Apakah alat masak dicuci dengan air yang bersih dan disimpan di tempat yang bersih?

PEMBUANGAN KOTORAN

- Apakah semua laki-laki, perempuan dan anak-anak menggunakan sarana pembuangan kotoran yang higienis di rumah, tempat kerja dan sekolah?
- Apakah tinja bayi dan anak-anak kecil dibuang dengan baik dan benar?
- Apakah jamban rumah tangga digunakan oleh semua anggota keluarga sepanjang tahun, dan apakah jamban dibersihkan serta dirawat secara teratur?
- Apakah jamban terletak di tempat yang sedemikian rupa, sehingga kotoran didalamnya tidak bisa merembes dan mencemari sumber air, atau masuk ke dalam air tanah?
- Apakah tersedia sarana cuci tangan, dan sabun atau abu, dan apakah tangan selalu dicuci setelah buang air besar, dan setelah mencuci bayi dan anak-anak kecil yang habis buang air?

PEMBUANGAN LIMBAH CAIR

- Apakah air limbah rumah tangga dibuang atau digunakan kembali dengan benar? Apakah ada tindakan agar air limbah tidak dibiarkan menjadi tempat berkembang biak nyamuk dan vektor-vektor penular penyakit lainnya, atau agar tidak mencemari air bersih?

Walaupun tidak langsung berhubungan dengan pendidikan higiene, perawatan kesehatan bayi dan anak kecil perlu diperhatikan terus menerus, karena anak kecil rawan terhadap diare dan penyakit lainnya. Sebagai contoh, penyiapan

makanan bayi bisa dibahas pada pokok bahasan penanganan makanan yang baik dan bersih. Penyiapan makanan bayi yang higienis tidak jauh berbeda dengan penanganan makanan yang bersih dan benar, kecuali bahwa penyiapan makanan bayi hendaknya dilakukan dengan lebih hati-hati, termasuk: mencuci tangan sebelum menyiapkan makanan dan sebelum memberi makan anak; hanya menggunakan peralatan yang bersih; menggunakan air yang bersih dan sehat untuk membuat makanan bayi, dan jika mungkin, penyiapan makanan bayi dilakukan tepat sebelum makanan itu hendak diberikan, menyimpan makanan tersebut di tempat yang sejuk, teduh dan tertutup; jika disimpan lebih dari dua jam, maka panaskan kembali makanan bayi itu hingga mendidih (namun biarkan hingga dingin kembali) sebelum diberikan pada bayi. Perlu ditekankan bahwa sama seperti pada usia lainnya balita yang menderita diare harus diberi banyak cairan dan makan makanan bergizi untuk membantu penyembuhan dan agar tidak ada keterlambatan pertumbuhan (AHR TAG, 1988, no. 32).

Masyarakat, baik laki-laki maupun perempuan memerlukan pengetahuan dan pertimbangan yang jelas mengenai apa saja manfaat yang akan mereka peroleh sebelum memutuskan untuk menerapkan perubahan perilaku yang dapat mengurangi resiko kesehatan . Sebagai contoh, disebuah kelompok masyarakat di Zambia, pengurus air melihat bahwa warga masyarakat dari luar desanya mengambil air dari sumur yang telah diperbaiki dengan ember mereka sendiri dan bukannya ember yang telah disediakan, sehingga mencemari sumber air tersebut. Oleh karena itu pengurus memutuskan bahwa sumur itu harus dikunci untuk mencegah terjadinya kontaminasi. Akibatnya para perempuan desa tetangga tersebut terpaksa harus meminjam kunci dari si penjaga apabila akan mengambil air dari sumur itu. Karena situasinya tidak mengenakkan dan memakan waktu, maka para perempuan itu cenderung mengambil air lebih jarang sehingga air yang diperoleh hanya sedikit, atau kembali pada sumber air lama yang belum diperbaiki. Ketika penyuluh kesehatan mengunjungi desa itu, permasalahan ini disampaikan kepadanya, dan diadakan diskusi yang membahas mengenai perlunya menjaga kualitas air dibandingkan dengan kuantitas air, dan tindakan apa yang terbaik yang dapat dilakukan dalam situasi seperti itu.

Dalam kasus dimana tidak jelas tindakan apa yang terbaik untuk dilakukan, maka penyuluh kesehatan sebaiknya berkonsultasi dengan ahli kesehatan, baik secara langsung atau melalui *supervisor*-nya, untuk mendapatkan nasehat dari pakar agar bisa mencegah diterapkannya perilaku higiene yang salah.

Contoh: Mengapa ibu-ibu mencuci tangan?

Kita perlu memahami mengapa, kapan dan bagaimana masyarakat biasanya mencuci tangan, sebelum kita mempromosikan program mencuci tangan yang benar. Di sepuluh kota miskin di sekitar Lima, ibu kota Peru, telah diteliti kepercayaan dan perilaku yang berhubungan dengan mencuci tangan.

Untuk menghemat uang, ibu-ibu di kota-kota miskin tersebut menggunakan kembali air untuk keperluan domestik yang berbeda. Sebagai contoh, air yang digunakan untuk mencuci sayuran, kemudian digunakan untuk mencuci piring, pakaian dan tangan. Selain itu, kepercayaan budaya dan prestise sosial juga penting untuk menentukan bagaimana air digunakan.

Kepercayaan tentang 'kekotoran'

Ibu-ibu menyadari adanya tiga macam 'kekotoran' yang bisa menjadi alasan untuk mencuci tangan:

- **'Kekotoran' yang dirasakan:** apabila tangan kelihatan, dan terasa kotor berbau atau menurut si ibu. Dia mencuci tangan ketika tangannya jelas kelihatan ada tanahnya, berbau, misalnya karena minyak tanah, atau ketika terasa lengket. Ini adalah alasan umum mencuci tangan. Secara umum tangan dicuci karena mereka merasa tidak nyaman.
- **'Kekotoran' yang mengkontaminasi:** ketika tangan telah mengalami kontak dengan apapun yang dianggap kotor, misalnya uang, sampah atau tinja manusia dewasa. Semuanya ini dirasakan sebagai jalan penularan berbagai penyakit. Walaupun ibu-ibu mengatakan bahwa mereka mencuci tangan setelah kontak dengan semuanya itu, pengamatan menunjukkan bahwa hal itu tidak selalu benar. Tinja bayi tidak dianggap kotor atau dapat mengkontaminasi.
- **'Kekotoran sosial':** apabila ibu-ibu ingin menyempurnakan penampilan fisik mereka secara umum. Mencuci tangan sangat umum sebelum keluar, atau menerima tamu di rumah. Hal ini diasosiasikan dengan nilai-nilai estetika atau sosial.

Karena banyak kegiatan atau pekerjaan rumah tangga melibatkan ibu untuk memasukkan tangannya ke air, maka si ibu merasa bahwa sepanjang waktu. Tangannya sudah bersih, dan tidak perlu mencuci tangan lagi dengan air bersih dan sabun. Menurut si ibu, ia selalu 'mencuci' tangannya ketika sedang

masak, mencuci piring dan mencuci pakaian. Akibatnya mencuci tangan hanya merupakan hal basa basi saja karena dilakukan dengan air yang sebelumnya telah digunakan untuk merendam sayuran, piring atau pakaian, termasuk popok bayi yang kotor.

Metode mencuci tangan

Bagaimana ibu-ibu mencuci tangan tergantung pada jenis 'kekotoran'. Untuk kekotoran yang biasa, air saja atau air dengan deterjen yang tersisa dari pemakaian sebelumnya biasanya dianggap memadai. Untuk 'kekotoran' yang mengkontaminasi, digunakan air yang sebelumnya telah digunakan dan deterjen, air bersih dan deterjen, atau air bersih dan sabun cuci. Mencuci tangan untuk tujuan-tujuan sosial dilakukan dengan sabun kosmetik. Namun demikian, air yang digunakan oleh para ibu untuk mencuci biasanya telah digunakan sebelumnya oleh suami dan/atau anak-anaknya. Ibu-ibu biasanya mengeringkan tangannya memakai baju mereka. Mereka juga mungkin menggunakan pakaian, popok bayi, kain yang kering atau kain apapun yang dianggap bersih.

Pendidikan higiene menjadi lebih efektif apabila perilaku yang ada dipahami, sehingga kegiatan pendidikan bisa dirancang sedemikian sehingga menunjang kepercayaan, budaya dan perilaku. Jadi, dalam pendekatan pendidikan untuk mempromosikan mencuci tangan, konsep 'kekotoran' yang mengkontaminasi lebih diutamakan dengan penambahan bahwa tinja bayi dan anak juga masuk pada kategori ini.

Sumber: Fukumoto, M. dan Aguila, R. del (1989).

3. Mempengaruhi Perilaku Hidup Sehat

Bab ini menjelaskan latar belakang singkat tentang cara mempengaruhi perilaku melalui perencanaan dan pelaksanaan pendidikan higiene. Pembaca akan menemukan banyak hal yang dibahas dalam bab terdahulu, tetapi kali ini hal tersebut diatur pada kerangka kerja yang sistematis. Naskah ini sebagian besar dirangkum dari *Health education planning: a diagnostic approach* (Perencanaan pendidikan kesehatan: sebuah pendekatan diagnostik), karangan Green dkk (1980).

3.1 Ciri-ciri dasar pendidikan kesehatan

Pendidikan higiene merupakan bentuk khusus dan lebih spesifik dari pendidikan kesehatan. Bila pendidikan higiene hanya dibatasi pada permasalahan kesehatan yang berhubungan dengan air dan sanitasi, maka pendidikan kesehatan mencakup semua kegiatan yang mempromosikan kesehatan dan mengurangi risiko kesehatan, misalnya diet atau pencegahan Aids.

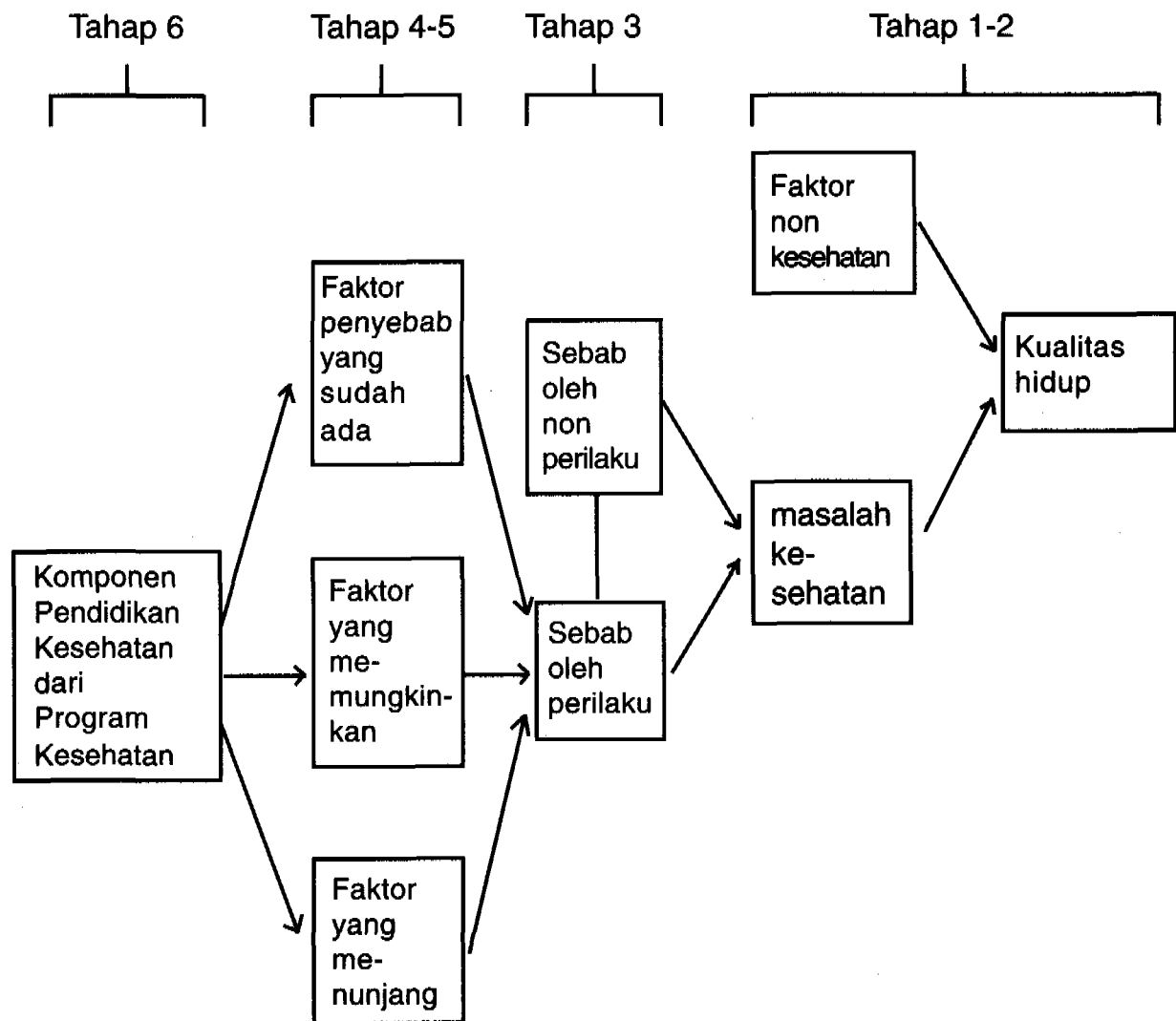
Pendidikan kesehatan umumnya didefinisikan sebagai: 'kombinasi pengalaman yang didapat yang dirancang untuk memfasilitasi penerimaan perubahan-perubahan secara sukarela untuk menuju hidup sehat' (Green dkk., 1980, hal. 7). Definisi ini menunjukkan dua ciri dasar pendidikan kesehatan:

- Pendidikan kesehatan adalah kegiatan yang direncanakan. Pendidikan kesehatan perlu dirancang dan dilaksanakan secara cermat untuk memperoleh hasil yang efektif.
- Pendidikan kesehatan didasarkan pada partisipasi sukarela. Hanya jika masyarakat mau berubah, maka perubahan perilaku bisa diharapkan; pemaksaan tidak akan membantu. Pendidikan kesehatan tanpa adanya partisipasi berisiko untuk ditolak, karena lebih dirasakan sebagai suatu propaganda yang bersifat politis atau mengancam (Green dkk., 1980, hal. 8-9).

3.2 Kerangka-kerja perencanaan pendidikan kesehatan

Green dkk (1980) memberikan suatu kerangka-kerja perencanaan pendidikan kesehatan. Kerangka-kerja ini meliputi tujuh tahap, dimulai dari 'hasil' akhirnya: Pertama, kita harus memutuskan apa yang ingin kita capai, sebelum kita dapat merencanakan suatu intervensi yang tepat (kombinasi dari pengalaman-pengalaman yang didapat). Kerangka-kerja ini secara ringkas dapat dilihat pada Gambar 1. Untuk

membuat visualisasi yang dimulai dari 'hasil' akhir, tahapan dalam Gambar tersebut dibaca dari kanan ke kiri. Apabila setiap tahapan dilaksanakan dengan partisipasi penuh laki-laki, perempuan dan anak-anak dari kelompok sasaran, maka semakin besar peluang bagi keberhasilan pendidikan kesehatan. Kita akan kembali ke pokok bahasan ini pada bab-bab selanjutnya. Di akhir bab ini, diberikan contoh bagaimana kerangka-kerja perencanaan pendidikan kesehatan ini digunakan pada sebuah program jamban siram di Malaysia.



Skema 1: Tahapan dalam perencanaan pendidikan kesehatan (Green dkk., 1980, hal. 3). (Tahap 7: Evaluasi tidak diilustrasikan, karena dianggap sebagai bagian dari keseluruhan tahapan lainnya.)

Tahap 1 dan 2

Tujuan utama, pendidikan kesehatan adalah meningkatkan kualitas hidup (tahap 1). Pertanyaan pertama adalah: Permasalahan apa yang dirasakan oleh masyarakat kelompok sasaran? Permasalahannya dapat berhubungan dengan kesehatan, namun bisa juga tidak. Hal ini akan dibahas lebih jauh pada tahap 2. Berdasarkan tinjauan ini, diputuskan masalah kesehatan apa yang paling perlu untuk diperhatikan. Tujuan program dan proyek didasarkan pada tinjauan ini.

Pada proyek penyediaan air dan sanitasi, proses tinjauan ini seharusnya telah dilakukan sebelumnya, dimana keputusannya adalah bahwa permasalahan kesehatan yang perlu diperhatikan adalah penyakit yang berkaitan dengan air dan sanitasi. Jadi, sampai batas tertentu, tahap 1 dan 2 hanyalah sebagai pengingat bagi kita. Biasanya, tidak perlu untuk melakukan kembali penilaian tersebut, namun kita hendaknya sadar mengapa permasalahan kesehatan tersebut dipilih, dan yang lebih penting lagi, kita hendaknya berusaha memastikan bahwa kelompok sasaran tertarik untuk melaksanakannya, walaupun untuk alasan-alasan yang berbeda dan tidak ada hubungannya dengan kesehatan.

Tahap 3

Pada tahap 3 dilakukan identifikasi perilaku khusus yang berhubungan dengan permasalahan kesehatan yang dipilih. Dalam kasus kita, kita mengidentifikasi perilaku-perilaku yang berhubungan dengan penyakit yang berkaitan dengan air dan sanitasi (misalnya menggunakan jamban tanpa membersihkannya secara teratur). Karena perilaku itulah yang akan menjadi fokus dari intervensi pendidikan, maka perilaku-perilaku tersebut perlu diidentifikasi secara khusus, kemudian dengan seksama diperingkat menurut kepentingannya dan kemudahannya untuk dirubah. Proses ini dapat ditunjukkan dengan menggunakan matriks perilaku kesehatan (Skema 2).

	Penting	Tidak/kurang penting
Bisa berubah	1. Prioritas tinggi untuk fokus program	3. Prioritas rendah, kecuali untuk menunjukkan perubahan dengan tujuan politis
Tidak/kurang bisa berubah	2. Prioritas untuk program yang inovatif, evaluasi penting	4. Tidak ada program

Skema 2: Matriks perilaku kesehatan (Green dkk., 1980, hal. 63).

Pada kotak 1 dari Gambar 2, terlihat perilaku yang penting dan relatif mudah untuk dirubah. Oleh karena itu, perilaku dalam kotak ini perlu mendapat prioritas tinggi pada pendidikan kesehatan. Namun demikian, kadang-kadang kotak ini akan tetap kosong, dan kemudian kita harus memusatkan perhatian pada perilaku yang ada pada kotak 2. Perilaku tersebut agak sulit untuk dirubah. Penting untuk mengetahuinya sehingga mencegah timbulnya harapan yang tidak realistis. Jika kotak 1 dan/atau 2 berisi seluruh daftar perilaku, maka perlu untuk menetapkan pilihan yang berimbang, untuk menghindari risiko bahwa upaya-upaya pendidikan kesehatan akan menjadi tidak fokus, terlalu luas dan pembahasannya tidak mendalam.

Perilaku-perilaku yang didapati pada kotak 3 nampaknya tidak mungkin untuk dijadikan target perubahan perilaku kecuali jika memang ada alasan 'politis' yang menunjukkan bahwa perubahan itu dimungkinkan. Jika ada kebutuhan semacam itu, maka prioritas perilaku tersebut hendaknya bersifat sementara. Perilaku-perilaku pada kotak 4 tidak memerlukan perhatian kita, karena perilaku-perilaku tersebut tidak penting dan tidak mudah untuk dirubah.

Apabila perilaku hidup sehat yang ditargetkan telah teridentifikasi, maka kita dapat merumuskan tujuan-tujuan perubahan perilaku jangka pendek. Tujuan-tujuan ini hendaknya jelas untuk mencegah agar upaya-upaya pendidikan tidak tercecer ke mana-mana, tetapi terfokus. Setiap tujuan hendaknya menjawab pertanyaan: **Siapa** yang diharapkan untuk menerapkan **seberapa banyak** perubahan perilaku yang **apa** dan, **kapan**. Lihat Bab 8 untuk pembahasan lebih lanjut tentang perumusan tujuan.

Dalam pelaksanaan hingga mencapai tahap ini, perlu diingat bahwa masalah kesehatan dapat disebabkan oleh hal yang ada hubungannya dengan perilaku maupun yang tidak. Meskipun fokus untuk pendidikan kesehatan ada pada hal-hal yang berkaitan dengan perilaku, namun penting juga untuk mempertimbangkan hal-hal yang tidak ada hubungannya dengan perilaku, misalnya faktor personal seperti misalnya usia, jenis kelamin, sosio-ekonomi, teknologi (misalnya kecukupan sarana), politik dan lingkungan (misalnya iklim, tempat tinggal, kualitas air) yang semuanya ikut mempengaruhi permasalahan kesehatan, namun diluar kontrol perilaku kelompok sasaran. Pada proyek penyediaan air dan sanitasi yang diintegrasikan dengan pendidikan higiene, masalah yang disebabkan oleh perilaku maupun non perilaku diatasi secara bersamaan, untuk meningkatkan tercapainya manfaat sebanyak mungkin sebagaimana dibahas dalam Bab 1.

Tahap 4

Pada tahap 4, kita memilah faktor-faktor yang berpengaruh pada perilaku hidup sehat yang telah diseleksi pada tahap 3. Tahap ini menjelaskan alasan-alasan mengapa masyarakat berkelakuan seperti itu. Banyak faktor yang mempengaruhi suatu perilaku dan apabila kita mengetahui faktor-faktor ini, maka kita bisa mencoba mengatasinya dalam program pendidikan kesehatan untuk merangsang diterimanya perubahan

perilaku-perilaku. Untuk memudahkan, faktor-faktor tersebut dikelompokkan dalam tiga kategori: faktor pembawaan, faktor penunjang, dan faktor pendorong (Skema 3).

Faktor-faktor pembawaan berhubungan dengan pengetahuan, sikap, kepercayaan, nilai-nilai dan persepsi seseorang. Selain itu, berbagai faktor demografis juga termasuk dalam kelompok ini, misalnya status sosial-ekonomi, usia, jenis kelamin dan besarnya keluarga yang ada. Walaupun sifat demografis tidak berpengaruh langsung pada program pendidikan kesehatan, namun penting untuk diketahui. Secara bersama, faktor-faktor tersebut memotivasi seorang atau kelompok untuk berperilaku tertentu.

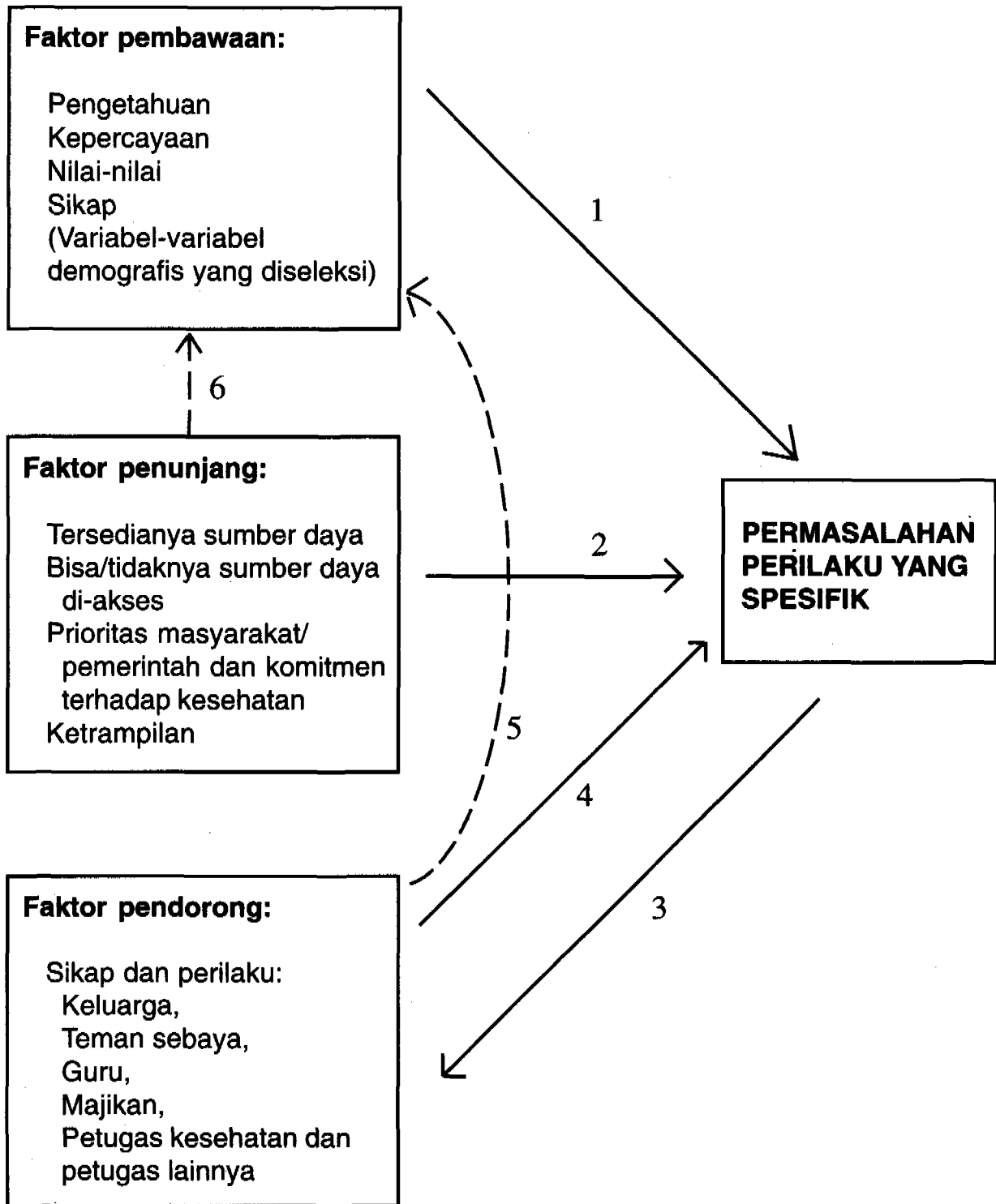
Ada perdebatan tak kunjung habis mengenai hubungan antara pengetahuan dan sikap di satu sisi, dan perilaku di sisi lain. Studi-studi telah membuktikan bahwa peningkatan ilmu pengetahuan adalah faktor yang penting, namun belum cukup untuk merubah perilaku sehat seseorang. Hubungan antara sikap dan perilaku lebih rumit dan sulit dipahami. Walaupun begitu, kita dapat mengatakan bahwa perubahan sikap akan mempengaruhi perilaku dan, sebaliknya, bahwa perubahan perilaku bisa merubah sikap.

Faktor-faktor penunjang meliputi ketrampilan dan kemampuan seseorang serta sumberdaya masyarakat yang diperlukan untuk melakukan perilaku kesehatan. Sumberdaya itu meliputi tenaga kerja, organisasi masyarakat, uang, waktu, sarana penyediaan air dan sanitasi, sarana perawatan kesehatan, sarana transportasi, wadah untuk penyimpanan air minum dan tempat untuk membangun jamban.

Penting untuk meneliti faktor-faktor penunjang ini dalam mengembangkan program pendidikan kesehatan, karena tidaklah realistis untuk mengharapkan masyarakat untuk menerima dan menerapkan perubahan perilaku jika sumberdaya dan kemampuannya masih belum memadai.

Faktor-faktor pendorong berhubungan dengan disukai atau tidak disukainya suatu perilaku tertentu oleh orang yang punya arti penting bagi kita. Contoh, apabila sahabat kita hanya mau menerima air minum dari sumber air yang terlindungi, maka kemungkinan besar kita akan mengadopsi perilaku tersebut. Orang atau kelompok orang mana yang akan berpengaruh dalam menggiatkan atau sebaliknya menghalangi perubahan perilaku, bisa berbeda dari satu kelompok sasaran ke kelompok sasaran lainnya. Penilaian yang hati-hati dan melibatkan kelompok sasaran akan sangat membantu dalam penerimaan perubahan perilaku yang penting untuk kesehatan.

Sebuah contoh yang disederhanakan tentang kondisi saling mempengaruhi dari ketiga kelompok faktor ini adalah sebagai berikut: Di sebuah kelompok masyarakat perkotaan, banyak perempuan menderita schistosomiasis. Perilaku yang diidentifikasi sebagai penyebab utama masalah kesehatan mereka adalah bahwa mereka terbiasa mencuci pakaian sambil berdiri di air yang terinfeksi schistosomiasis. Faktor pembawa perilaku ini adalah kebiasaan mencuci pakaian di sungai yang telah lama



Skema 3: Tiga kategori faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan (Green dkk., hal.71).

Catatan: Garis menunjukkan pengaruh langsung, dan garis putus-putus menunjukkan pengaruh sekunder. Angka-angka menunjukkan perkiraan urutan tindakan yang biasanya terjadi.

dilakukan dan diterima oleh masyarakat umumnya. (faktor pendorong), kurangnya pengetahuan mengenai sebab-sebab penyakit tersebut (faktor pembawaan), dan tidak ada sarana tempat cuci lain (faktor penunjang). Merubah perilaku untuk mencuci pakaian guna mengurangi kontak dengan air yang terinfeksi schistosomiasis, akan tergantung pada seberapa baik semua faktor ini dicakup dalam program pendidikan kesehatan yang akan dilaksanakan.



Mengubah perilaku kesehatan itu lebih dari sekedar meningkatkan pengetahuan masyarakat.

Tahap 5

Pada umumnya cukup banyak faktor yang diidentifikasi berpengaruh pada perilaku seseorang atau sekelompok masyarakat. Oleh karena itu perlu ditentukan faktor mana saja yang harus diatasi terdahulu dan mana saja yang dapat diatasi bersama-sama. Dalam beberapa kasus, faktor pembawaan akan muncul lebih dulu: masyarakat tidak akan menerima serangkaian perubahan perilaku untuk mengurangi risiko kesehatan apabila mereka belum menyadari kalau resiko itu memang benar-benar ada. Kasus lain, faktor penunjang dapat muncul terlebih dulu. Masyarakat tidak akan dapat merubah perilaku untuk mengurangi risiko kesehatan apabila mereka tidak memiliki sumberdaya dan sarana untuk melakukannya. Dalam ketiga kategori tersebut, faktor-faktor khusus yang akan dipilih untuk pendekatan bisa didasarkan pada kriteria yang sama seperti yang digunakan dalam menyeleksi perilaku awal: seberapa penting untuk dirubah dan tingkat kemudahannya untuk dirubah (lihat di atas, fase 3).

Tahap 6

Apabila faktor khusus telah dipilih, maka kita dapat mulai mengembangkan strategi pendidikan kesehatan. Strategi pendidikan kesehatan adalah rencana tindakan yang meliputi kombinasi dari metode dan materi-materi pendidikan yang dapat digunakan untuk mempengaruhi faktor-faktor pembawaan, penunjang dan pendorong, yang secara langsung ataupun tak langsung mempengaruhi perilaku.

Metode dan materi pendidikan memiliki variasi yang luas, seperti diskusi-ceramah, diskusi dalam kelompok kecil, komunikasi pribadi ke pribadi, kunjungan ke rumah tangga, bermain peran, simulasi dan permainan, pengembangan ketrampilan, belajar yang terprogram, *inquiry learning* (belajar berdasarkan pertanyaan), alat/bahan audio-visual, televisi pendidikan, video dan video klip, film, *slide*, demonstrasi, kelompok pendengar radio, dll. Selain itu, sejumlah metode pengorganisasian juga mengacu pada daftar metode dan materi pendidikan tersebut. Seperti: pengembangan masyarakat, kegiatan sosial, perencanaan sosial dan pengembangan organisasi. Bab 10 membahas pokok-pokok bahasan ini lebih lanjut.

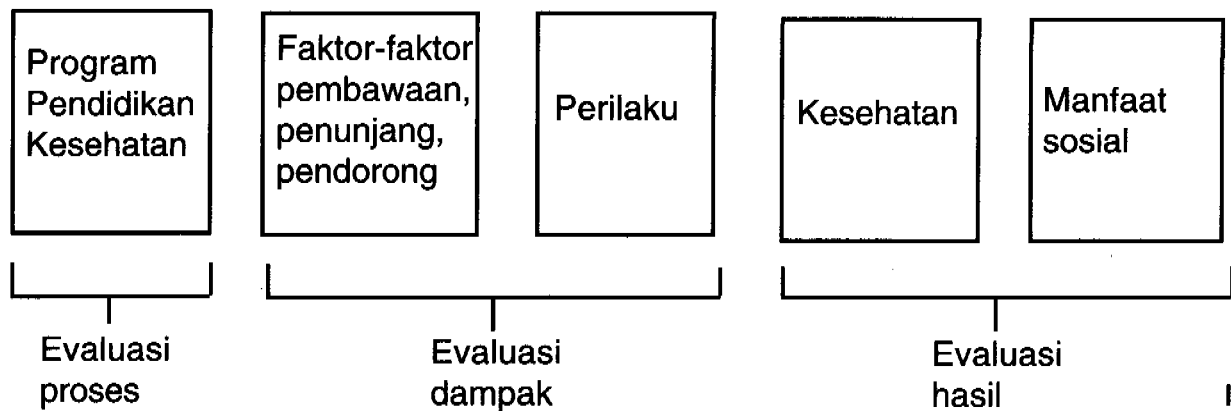
Untuk pendidikan kesehatan yang efektif, perlu dipilih kombinasi yang paling baik dari metode-metode yang dapat digunakan. Akan tetapi walaupun kombinasi terbaik dari metode yang ada telah dibuat, promosi perubahan perilaku masih sangat tergantung pada kualitas penyuluh kesehatan dan proses partisipasinya. Hal ini akan dibahas lebih lanjut pada Bab 10 dan 11.

Dalam menentukan suatu strategi pendidikan kesehatan, tersedianya tenaga kerja, anggaran dan waktu hendaknya dipertimbangkan, dan hendaknya ditetapkan alokasinya secara realistis. Aspek organisasi hendaknya juga dipertimbangkan, terutama hubungan-hubungan kerja dalam program pendidikan kesehatan, seperti antara program dan proyek penyediaan air dan sanitasi, serta antara proyek dengan organisasi-organisasi lain yang terlibat dalam bidang air, sanitasi dan kesehatan. Sampai pada tahap tertentu, aspek-aspek ini hendaknya diperhatikan sejak awal proses perencanaan, tetapi pada tahap ini, aspek-aspek tersebut diperhatikan dengan lebih cermat dan teliti. Bab 4 dan 11 akan membahas tentang ini lebih lanjut.

Tahap 7

Evaluasi adalah suatu bagian yang integral dan kontinyu dari keseluruhan proses perencanaan dan pelaksanaan, maka tahap ini tidak dibuat terpisah sebagaimana terlihat pada Gambar 1, tahapan perencanaan pendidikan kesehatan. Akan tetapi, kalau untuk tahap 1 sampai 6 kita mulai dari kanan ke kiri, maka untuk fase 7 kita melihat dari kiri ke kanan: dari kegiatan dan sumberdaya yang ada sampai pada, manfaat kesehatan sebanyak-banyaknya dan peningkatan kualitas hidup.

Evaluasi program pendidikan kesehatan dapat dilakukan pada prosesnya, dampaknya, dan hasilnya (Skema 4).



Skema 4: Tiga tahapan evaluasi sesuai dengan kerangka kerja perencanaan pendidikan kesehatan (Perlu diperhatikan bahwa Green dkk menggunakan istilah 'evaluasi hasil' untuk apa yang dalam sektor air dan sanitasi lazim dikenal dengan 'evaluasi dampak', demikian pula sebaliknya – lihat Bab 12).

Evaluasi proses membahas seberapa baik suatu program pendidikan kesehatan direncanakan dan dilaksanakan. Beberapa pertanyaan yang mendasar adalah: *Apa yang dilakukan, dibandingkan dengan waktu, anggaran dan alokasi tenaga kerja yang ada? Dan, seberapa baik program itu dilaksanakan berdasarkan standar profesional?*

Tahap kedua adalah evaluasi dampak. Evaluasi di sini memfokuskan perhatian pada dampak langsung program pendidikan kesehatan (atau beberapa aspek). Hal ini menyangkut penilaian perkembangan pengetahuan, sikap, kepercayaan, dan yang paling penting perilaku yang timbul sebagai hasil dari pendidikan kesehatan. Pertanyaan-pertanyaan yang harus dijawab adalah: *Apakah faktor-faktor pembawaan, penunjang dan pendorong, yang mempengaruhi perilaku yang berkaitan dengan kesehatan telah berubah? Apakah tujuan jangka pendek program telah tercapai? Apakah ada perubahan perilaku yang dapat meningkatkan kesehatan? Apakah risiko telah berkurang?*

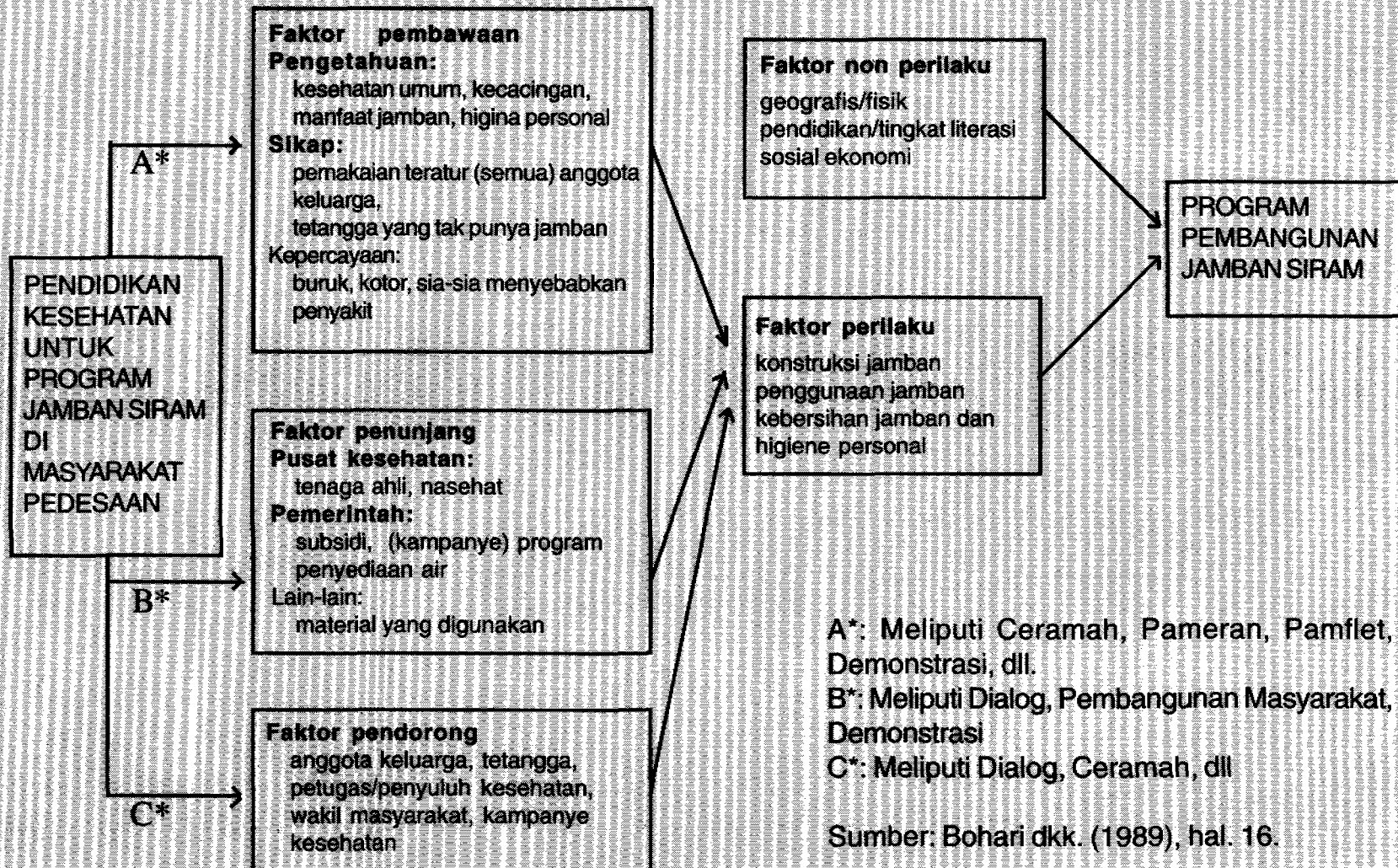
Pada tahap evaluasi hasil, manfaat program pendidikan kesehatan diukur dari tingkat survival (ketahanan hidup) dan berkurangnya mortalitas dan morbiditas (jumlah orang sakit). Evaluasi ini merupakan upaya jangka panjang yang memerlukan sampel penduduk yang besar, dan karenanya juga membutuhkan staf yang berkualitas baik serta anggaran yang cukup besar. Evaluasi pada program pendidikan kesehatan lebih jauh dibahas dalam Bab 12.

3.3 Kesalahan umum dalam pendidikan higiene

Kerangka perencanaan pendidikan kesehatan yang telah diuraikan hendaknya tidak dipandang sebagai suatu formula yang baku, melainkan sebagai sarana untuk menghindari beberapa kesalahan yang sering dijumpai pada (perangkap yang umum dalam) pendidikan higiene. Kesalahan-kesalahan tersebut secara singkat diringkas di bawah ini untuk membantu para penyuluh perilaku higiene agar dapat menghindarinya (Green dkk, 1980, hal. 5-6):

- **'Berbuat tanpa berpikir'**. Ini terjadi ketika para penyuluh perilaku higiene "terlalu sibuk" dalam merancang, merencanakan dan menyebarkan pesan tanpa berpikir mengapa semuanya itu dilakukan. Keadaan seperti ini menyebabkan para penyuluh selalu sibuk dan sangat lelah di sore atau malam hari, dan bekerja tanpa arah untuk mencapai hasil yang sukses.
- **Anggapan keliru tentang 'tong kosong'**. Ini berhubungan dengan pengetahuan yang keliru bahwa yang kita perlukan untuk program pendidikan kesehatan yang sukses, adalah menuangkan sebanyak mungkin informasi kesehatan pada kelompok sasaran yang telah menunggu.
- **Anggapan keliru tentang 'penting atau tidak pentingnya'** metode pendidikan. Hal ini dapat terjadi bila penyuluh perilaku higiene hanya menggunakan satu atau dua metode, dan menolak metode lainnya. Jadi, beberapa penyuluh sangat senang menerapkan proses yang melibatkan kelompok, sedangkan yang lain lebih menyukai penggunaan videoklip atau komunikasi orang per orang. Pada kenyataannya, tidak ada metode pendidikan yang lebih superior ataupun yang kurang baik, karena setiap metode memiliki potensi, dan kekuatannya sendiri. Oleh karena itu perlu penggabungan dari beberapa metode yang tepat untuk situasi tertentu untuk mencapai hasil terbaik.
- **Anggapan keliru tentang 'semakin banyak, semakin baik'**. Anggapan yang keliru ini berkaitan dengan konsep yang salah bahwa hasil pendidikan kesehatan akan meningkat seiring dengan makin banyaknya alat audio-visual, makin banyaknya waktu, makin banyaknya kontak, makin banyaknya liputan radio, dll. yang diberikan.

Contoh: Kerangka Green yang Diadaptasi untuk Program jamban di Malaysia



4. Pembentukan Organisasional

Integrasi komponen pendidikan higiene ke dalam proyek penyediaan air dan sanitasi memerlukan adanya penyesuaian pada organisasi proyek. Perlu adanya seorang yang bertanggung jawab pada pengembangan dan pelaksanaan program pendidikan higiene. Koordinasi dan kerjasama diperlukan antara staf pendidikan dan staf teknis serta kegiatan-kegiatan yang mereka lakukan.

Struktur organisasi seperti apa yang dibutuhkan untuk memenuhi persyaratan ini? Ada beberapa pilihan, masing-masing dengan kelebihan dan kekurangannya. Pilihan terbaik pada situasi tertentu harus dipilih berdasarkan tahapan perumusan dan perencanaan proyek tersebut (lihat juga Bab 5 dan 6). Dalam bab ini bentuk struktur organisasi yang umum dipilih dibandingkan secara singkat.

Pilihan-pilihan yang paling lazim adalah:

- proyek penyediaan air dan sanitasi mempekerjakan staf untuk menangani komponen pendidikan higiene;
- Kementerian Kesehatan menyediakan staf yang ditugaskan pada proyek guna menangani komponen pendidikan higiene;
- Kementerian Kesehatan memasukkan komponen pendidikan higiene ke dalam struktur dan pelayanan kesehatannya yang ada di wilayah tersebut;
- Kementerian-kementerian yang lain dan/atau LSM menangani komponen pendidikan higiene melalui staf mereka di lapangan.

4.1 Menentukan struktur organisasional

Dalam menentukan struktur organisasi yang terbaik untuk pengintegrasian pendidikan higiene kedalam proyek penyediaan air dan sanitasi, ada beberapa persyaratan yang perlu dipertimbangkan.

Staf yang bertanggung jawab pada pendidikan higiene

Persyaratan utama adalah memiliki staf yang ditugaskan untuk pengembangan dan pelaksanaan komponen pendidikan higiene yang terintegrasi.

Kadang-kadang diputuskan staf teknislah yang melaksanakan semua tugas tersebut. Tanpa menolak bahwa kemungkinan hal ini bisa saja dilakukan dalam kasus khusus. Dalam buku ini diputuskan bahwa setidaknya seseorang dengan latarbelakang pendidikan sosial atau pendidikan kesehatan dibutuhkan untuk pengembangan dan koordinasi program pendidikan higiene. Untuk menekankan pentingnya hubungan antara pendidikan dan partisipasi, maka untuk selanjutnya

petugas tersebut disebut sebagai ***Koordinator Pendidikan dan Partisipasi***.

Pada pelaksanaan atau di lapangan, pilihannya adalah apakah staf teknis akan menangani kegiatan pendidikan higiene, atau bekerjasama dengan penyuluh kesehatan. Ada kelebihan dan kekurangan pada setiap pilihan. Dalam bab ini, hanya akan dibahas sedikit dan akan dibahas lebih detail pada Bab 11. Di sepanjang buku ini, kita akan menggunakan istilah ***penyuluh higiene*** untuk orang yang melaksanakan kegiatan pendidikan higiene, tanpa melihat latarbelakang pendidikannya.

Pada tingkat manajemen proyek, akan sangat baik dan menguntungkan bila manajer proyek memiliki sikap mendukung untuk pengintegrasian pendidikan higiene. Seringkali dalam proyek yang kecil, manajer proyek adalah juga insinyur proyek. Akan tetapi bila, proyek tersebut menyangkut komponen partisipasi masyarakat dan pendidikan higiene yang cukup besar, maka perlu dipertimbangkan apakah efektif untuk menggabungkan tugas manajer proyek dengan tugas Koordinator Pendidikan/Partisipasi. Pada bagian berikutnya, ketika membahas berbagai pilihan untuk pembentukan organisasi proyek, akan diberikan contoh proyek yang agak besar, tanpa perlu melihat kemungkinan penggabungan tugas-tugas seperti yang sering dilakukan pada proyek kecil.

Hubungan antara kegiatan teknis dan kegiatan pendidikan

Untuk mengintegrasikan penyediaan air, sanitasi dan pendidikan higiene, perlu adanya penyesuaian antara kegiatan teknis dan kegiatan pendidikan. Khususnya pada tahap awal perencanaan dan pelaksanaan perbaikan penyediaan air dan sanitasi (lihat Bab 5). Hal ini hanya dapat dilakukan bila ada penghargaan pada pentingnya baik hal teknis, sosial dan kesehatan. Struktur organisasi sebaiknya menggabungkan antara kegiatan teknis dan pendidikan.

Hubungan antara pendidik dan masyarakat

Pendidikan higiene mensyaratkan adanya komunikasi yang baik dan saling pengertian antara penyuluh higiene dan berbagai kelompok masyarakat. Hal ini akan lebih mudah tercapai bila penyuluh kesehatan dikenal baik dihormati serta dipercaya oleh kelompok masyarakat tersebut. Merupakan keuntungan bila si penyuluh berasal dari daerah yang sama (bahasa, kelompok etnis, latar belakang perkotaan/pedesaan yang sama, dll.) dan sering melakukan kontak dengan kelompok masyarakat tersebut. Hal ini menunjukkan bahwa struktur organisasi hendaknya memungkinkan keterlibatan aktif para penyuluh di tingkat masyarakat entah dengan cara bagaimana.

Kesinambungan kegiatan pendidikan

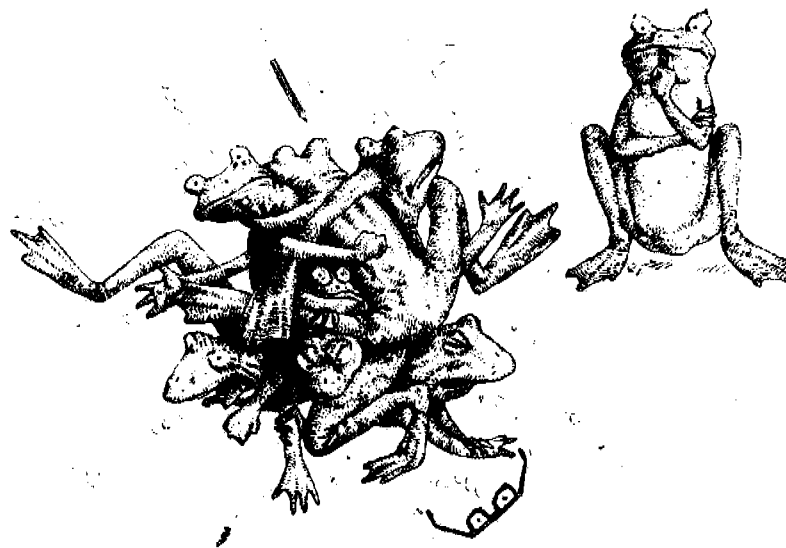
Masyarakat tidak dapat merubah kebiasaannya hanya dalam semalam (lihat Bab 2). Kalaupun betul begitu, kemungkinan besar akan banyak alasan bagi mereka untuk kembali pada perilaku lama yang berisiko pada kesehatan. Oleh karena itu,

pendidikan higiene mensyaratkan adanya kesinambungan agar dapat mendorong perilaku higiene sepanjang waktu. Ini berarti bahwa organisasi program pendidikan higiene hendaknya memungkinkan pendidikan higiene jangka panjang, bahkan setelah perbaikan penyediaan air dan sanitasi selesai dilaksanakan.

Ciri pendidikan higiene yang sukses ini dulunya dianggap sebagai satu kekurangan dari pengintegrasian pendidikan higiene ke dalam proyek penyediaan air dan sanitasi. Namun demikian, dengan makin pentingnya penekanan pada kesinambungan dari pengoperasian serta pemeliharaan sarana yang telah diperbaiki, maka masalah ini terpecahkan dengan sendirinya, karena memang perlu adanya waktu untuk secara bertahap mundur dari masyarakat ketika pembangunan telah selesai bisa karena alasan teknis, manajemen, finansial, maupun untuk meneruskan pendidikan higiene.

Koordinasi kegiatan pendidikan

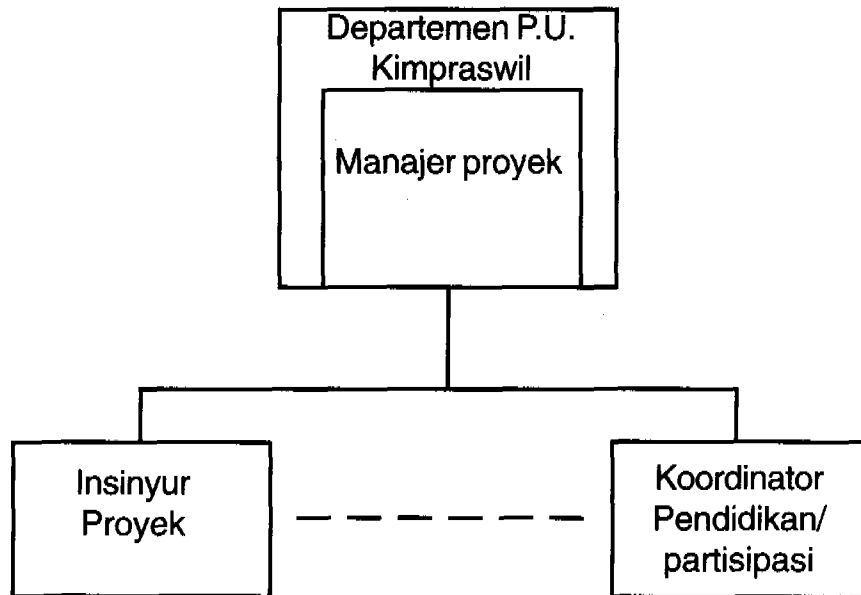
Koordinasi kegiatan pendidikan higiene dengan kegiatan pendidikan kesehatan lainnya yang sedang berlangsung di wilayah tertentu perlu agar pemanfaatan sumberdaya yang ada baik ekonomi maupun manusia, uang dan transport dapat optimal. Koordinasi juga perlu untuk membantu mencegah kebingungan di antara para penyuluh dan kelompok masyarakat apabila pendidikan higiene diberikan melalui layanan yang berbeda, dan dengan cara yang berbeda. Perencanaan pembentukan organisasi proyek hendaknya memungkinkan kegiatan pendidikan higiene di wilayah tersebut digabungkan. Tentu saja, hal ini tidak hanya tergantung pada organisasi dan sikap proyek, melainkan juga pada kondisi organisasi dan sikap dari organisasi atau badan lain tersebut.



Bagaimana kami akan mengorganisir diri kami sendiri?

4.2 Pilihan pertama: langsung melalui proyek

Pilihan yang paling sederhana untuk pengintegrasian pendidikan higiene ialah proyek secara langsung mempekerjakan staf untuk menangani komponen ini. Seperti terlihat pada Organogram: contoh 1.



————— garis instruksi

- - - - - garis komunikasi dan koordinasi

Organogram: Contoh 1

Bentuk organisasi ini, seorang Koordinator Pendidikan/Partisipasi berada di bawah Manajer Proyek, sedangkan para penyuluh higiene berada di bawah Koordinator Pendidikan/Partisipasi ataupun di bawah Insinyur Proyek. Jika staf teknis akan berfungsi sebagai penyuluh higiene, jelas mereka akan bertanggung jawab kepada Insinyur Proyek, dan mendapat pengarah dan dukungan dari Koordinator Pendidikan/Partisipasi. Apabila diangkat seorang penyuluh higiene, maka perlu ditentukan apakah akan berada di bawah Koordinator Pendidikan/Partisipasi, ataukah di bawah Insinyur Proyek, yang seringkali melaksanakan tugas-tugas pengkoordinasian umum.

Keuntungan-keuntungan

Keuntungan-keuntungan dari pilihan ini ialah bahwa garis komando jelas; dan bahwa perencanaan, komunikasi dan koordinasi antara staf teknis dan staf pendidikan/partisipasi bisa diorganisir dengan cukup mudah, karena semuanya adalah bagian dari proyek yang sama di bawah manajer proyek yang sama. Keuntungan lain ialah bahwa kegiatan teknis dan pendidikan dapat lebih mudah digabungkan dan diadaptasikan satu sama lain, dibandingkan jika ditangani oleh biro yang lain seperti misalnya departemen kesehatan.

Kekurangan

Kekurangan dari bentuk organisasi tersebut, ialah bahwa seringkali jumlah staf pendidikan/partisipasi terbatas hanya satu atau dua orang saja dan biasanya karena alasan tersedianya anggaran. Kondisi seperti ini menyulitkan untuk membangun saling pengertian yang baik dengan kelompok masyarakat, dan untuk dapat melaksanakan kegiatan pendidikan higiene yang berkesinambungan.

Kekurangan lain, timbulnya pendidikan higiene baru. Masyarakat yang dikunjungi oleh staf dari berbagai layanan kesehatan pada bidang higiene yang sama, akan menjadi kebingungan. Hal ini juga bisa menyebabkan konflik, persaingan atau hilangnya motivasi bagi para penyuluh karena mereka harus bekerja dengan penyuluh lain pada bidang higiene yang sama.

Kekurangan lain ialah, walaupun staf proyek bagian pendidikan/partisipasi memiliki lebih banyak peluang untuk merencanakan dan mengorganisir kegiatan dengan cara mereka sendiri yang tidak terikat pada layanan kesehatan umum, namun mereka tidak mendapatkan pengawasan dan dukungan pada bidang mereka sendiri. Permasalahan umum ialah bahwa staf proyek pendidikan/partisipasi merasa tidak cukup didukung oleh manajer proyek, yang biasanya memiliki latarbelakang teknik.

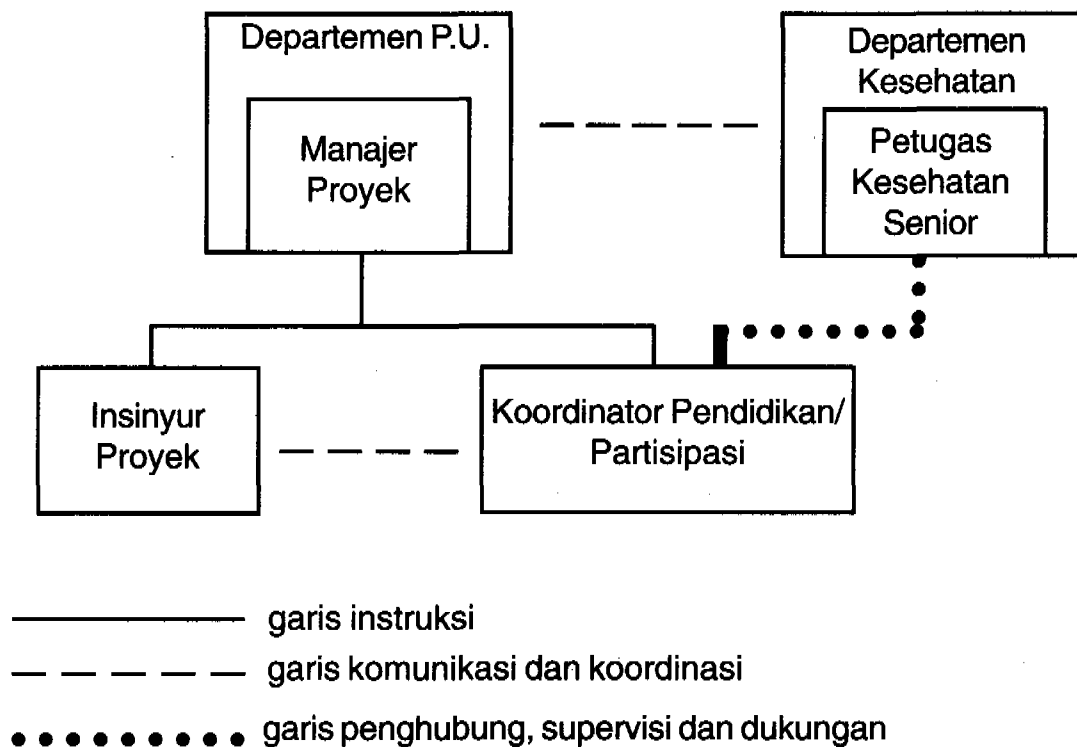
Penilaian

Supaya bentuk organisasi ini dapat berjalan dengan baik Koordinator Pendidikan/Partisipasi yang ditunjuk harus memiliki latarbelakang pendidikan yang cukup tinggi sehingga setara dengan staf teknik, dan untuk menjamin adanya dorongan serta dukungan dari manajer proyek.

Perlu pula untuk mencari jalan supaya dapat bekerja sama dengan kader lapangan di kelompok masyarakat dari layanan kesehatan yang ada di wilayah itu, karena dapat membantu adanya kesinambungan. Apabila di daerah tersebut tidak ada layanan kesehatan, atau tidak berfungsi baik, maka alternatifnya ialah bekerja dengan relawan-relawan pendidikan higiene yang telah dilatih oleh proyek. Langkah ini bisa menjadi jalan keluar selama masa perencanaan dan pelaksanaan perbaikan sarana air dan sanitasi, namun hal ini tidak akan memecahkan permasalahan kesinambungan upaya pendidikan higiene setelah selesainya proyek (lihat juga Bab 11).

4.3 Pilihan kedua: staf kesehatan yang khusus ditugaskan pada proyek

Untuk bentuk organisasi ini, komponen pendidikan higiene menjadi tugas staf pendidikan/partisipasi yang dipersiapkan untuk proyek oleh Kementerian Kesehatan. Seperti terlihat pada Organogram: contoh 2. Koordinator Pendidikan/Partisipasi bertanggung jawab kepada Manajer Proyek, tetapi selalu berhubungan secara rutin dengan atasannya di Kementerian Kesehatan. Kedudukan para penyuluh higiene sama seperti pada bentuk pertama.



Organogram: contoh 2.

Keuntungan

Keuntungan bentuk organisasi ini sama dengan yang pertama. Keuntungan tambahan ialah ada kemungkinan lebih besar untuk menggabungkan kegiatan pendidikan proyek dengan kegiatan pendidikan melalui layanan-layanan kesehatan masyarakat, dan bahwa staf pendidikan/partisipasi bisa mendapatkan bimbingan dan dukungan dari departemen kesehatan.

Kekurangan

Apabila penyuluh/partisipasi hanya terbatas satu atau dua saja, maka bentuk organisasi semacam ini akan menghadapi masalah yang sama dengan yang pertama yaitu kekurangan penyuluh higiene untuk kegiatan di lapangan, dan tidak adanya kesinambungan begitu proyek selesai.

Kerugian lainnya bisa jadi proyek tidak mengontrol prosedur seleksi penyuluh, sehingga tergantung pada pilihan departemen kesehatan. Kondisi seperti ini memungkinkan tidak adanya pertimbangan yang memadai dan sesuai dengan kebutuhan proyek. Juga waktu dan tenaga pengganti berada di luar kontrol proyek.

Penilaian

Apabila pilihan ini akan dilaksanakan, adalah perlu bagi proyek untuk membangun komunikasi yang baik dengan departemen kesehatan, khususnya tentang penyiapan staf dan kewajiban-kewajiban bersama. Latarbelakang pendidikan dan posisi dari staf yang dipersiapkan harus sedemikian, sehingga mereka bisa bekerja secara setara dengan staf proyek teknik, dan agar mereka bisa mempertahankan hubungan yang baik dengan departemen kesehatan. Pertimbangan-pertimbangan lain sama dengan pertimbangan untuk pilihan satu, khususnya kebutuhan untuk mencari peluang-peluang dan cara-cara untuk bekerja sama dengan dan melalui layanan-layanan kesehatan yang ada.

4.4 Pilihan ketiga: melalui pelayanan kesehatan yang ada

Pilihan ketiga ialah komponen pendidikan higiene ditugaskan pada para petugas kesehatan dari pelayanan kesehatan yang ada di wilayah tersebut. Untuk itu perlu adanya koordinasi yang baik antara departemen P.U Kimpraswil dan departemen kesehatan, misalnya melalui sebuah badan koordinasi atau panitia pengarah. Struktur organisasinya dapat dilihat pada Organogram: contoh 3.

Keuntungan-keuntungan

Keuntungan dari pilihan ini ialah bahwa infrastruktur kesehatan yang ada dapat dimanfaatkan, sehingga komponen pendidikan higiene dapat dibangun berdasarkan pemanfaatan staf kesehatan yang telah terlatih, yang tersebar di seluruh wilayah tersebut. Tentunya di daerah tersebut sudah harus ada layanan kesehatan sampai di tingkat masyarakat.

Mengintegrasikan pendidikan higiene pada layanan kesehatan yang ada akan lebih murah, karena lebih kecil biaya sumber daya manusia yang dilibatkan. Selain itu sistem ini juga lebih banyak memberikan kesempatan terjalinnya hubungan yang erat dan kontinyu dengan kelompok masyarakat setempat dan dengan demikian pendidikan higiene dapat lebih efektif. Keuntungan lain ialah bahwa kebingungan

bisa dicegah, karena pendidikan higiene dalam kerangka perbaikan air dan sanitasi akan dilaksanakan oleh para petugas kesehatan yang sama.

Kekurangan

Kekurangan yang mungkin terjadi ialah lebih sulit untuk menyesuaikan kegiatan teknis dan kegiatan pendidikan, oleh karena itu perlu perhatian lebih besar pada komunikasi antara staf teknis dan staf kesehatan dan kemungkinan akan menyebabkan frustrasi. Mungkin juga ada persaingan antara departemen P.U Kimpraswil dan departemen kesehatan sehingga menghambat lancarnya kegiatan. Permasalahan yang umum ialah bahwa departemen P.U. memiliki pengaruh yang lebih besar, lebih banyak dana dan hasil-hasil yang terlihat lebih nyata. Departemen kesehatan mungkin menjadi atau merasa lebih lemah, dan karenanya akan berada dalam posisi yang tidak menguntungkan. Tetapi bisa juga sebaliknya. Departemen kesehatan menyambut baik peluang untuk memberikan kontribusi pada perbaikan sarana air dan sanitasi, karena akan memberikan lebih banyak kemungkinan untuk melaksanakan tugasnya rutinnnya dengan hasil yang lebih nyata, dan biasanya dengan sumberdaya tambahan untuk transport dan material.

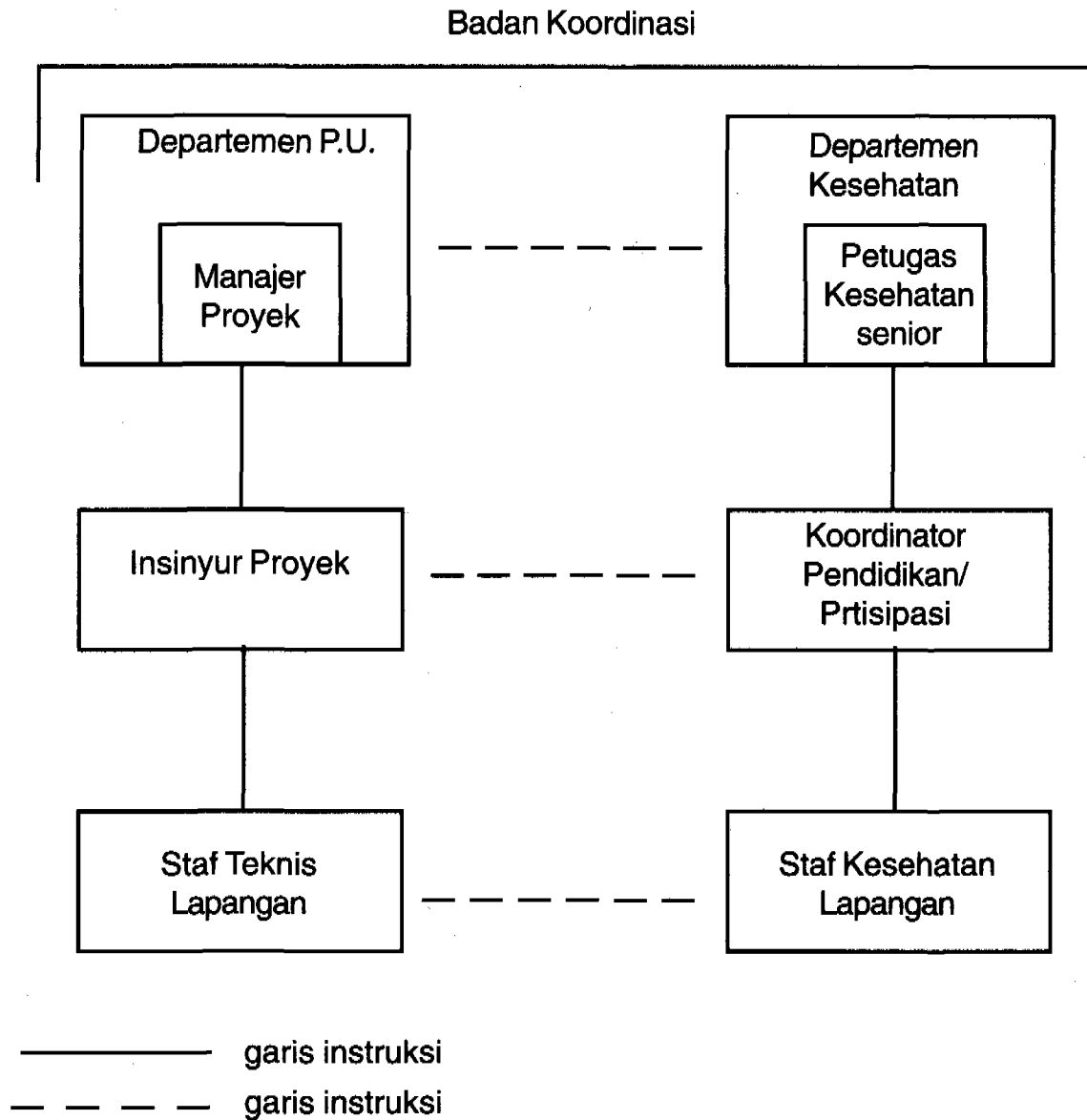
Petugas lapangan kesehatan akan mendapat tambahan beban. Tidak lazim bila sejumlah besar program kesehatan bisa dilaksanakan pada waktu bersamaan, atau bagi sebuah program kesehatan tertentu untuk dilaksanakan oleh seorang petugas kesehatan secara penuh hanya dengan persiapan waktu yang singkat. Program-program imunisasi dan Keluarga Berencana adalah contoh-contoh untuk hal ini. Bekerja melalui infrastruktur kesehatan yang ada berarti bekerja dengan birokrasi lain. Mungkin sudah cukup sulit untuk bekerja dengan birokrasi departemen kesehatan tanpa perlu menambahkan satu lagi. Kegiatan-kegiatan pemanduan dan penyampaian pesan merupakan tantangan tambahan bagi staf manajemen proyek.

Penilaian

Pilihan ini mensyaratkan ada kegiatan dari departemen kesehatan yang berjalan di wilayah proyek sampai ke tingkat masyarakat, dan bahwa staf kesehatan di tingkat lapangan diberi waktu dan peluang yang memadai untuk melaksanakan pendidikan higiene. Agar pilihan ini berjalan, baik departemen P.U maupun departemen kesehatan perlu fleksibel dan perlu memiliki kemauan kuat untuk membuatnya berjalan. Banyak hal akan bergantung pada berfungsinya badan koordinasi, dan sejauh mana keputusan bisa dilaksanakan dalam prakteknya. Sebuah contoh koordinasi seperti dijelaskan di atas disediakan di akhir bab ini.

Untuk semua macam bentuk organisasi cukup penting bagi staf teknis untuk memiliki pemahaman yang baik tentang pentingnya pendidikan higiene dan kaitannya dengan sarana penyediaan air dan sanitasi yang telah diperbaiki, dan aspek ini

menjadi sangat penting untuk pilihan ketiga ini. Jika tidak, maka ada risiko besar bahwa departemen P.U. Kimpraswil dan departemen kesehatan masing-masing akan memiliki programnya sendiri tanpa adanya integrasi.



Organogram: contoh 3.

4.5 Pilihan keempat: pembentukan organisasi campuran

Pilihan ini mengkombinasikan pilihan kedua dan ketiga, dan dimaksudkan untuk meningkatkan kerjasama yang efektif antara departemen P.U. dan departemen kesehatan yaitu dengan menugaskan seorang Koordinator Pendidikan/Partisipasi

pada proyek air dan sanitasi, sedangkan kegiatan di lapangan dilaksanakan oleh staf lapangan yang sudah ada dari Kementerian Kesehatan. Mungkin dapat pula dilakukan dengan cara sebaliknya, yaitu menugaskan seorang koordinator teknis pada proyek departemen kesehatan. Cara ini mungkin cocok, misalnya, bila kegiatan air dan sanitasi hanya kecil dan biaya rendah, dan departemen kesehatanlah yang bertanggung jawab. Organogram: contoh 4 menunjukkan bagaimana bentuk perancangan organisasi campuran ini.

Keuntungan dan kerugian

Keuntungan utama dari pilihan ini dibandingkan dengan pilihan-pilihan lainnya ialah bahwa ada seorang yang jelas yang ditugaskan, yang bisa menangani integrasi, koordinasi dan kerjasama. Dengan satu kaki berada di proyek penyediaan air dan sanitasi, dan satu kaki lainnya di departemen kesehatan, orang ini berada dalam posisi unik yang mewakili kedua pihak. Keuntungan ini dapat dengan mudah berubah menjadi titik kelemahan, karena posisi ini sulit dan sensitif.

Penilaian

Pilihan ini jelas tidak akan berjalan tanpa adanya seorang yang memiliki kemampuan yang prima, yaitu mampu membentuk hubungan hari ke hari antara kedua departemen tersebut. Oleh karena itu syarat utama adalah adanya komite koordinasi yang berfungsi dengan baik, dan adanya dukungan yang kuat dari kementerian tingkat tinggi.

4.6 Keterlibatan lembaga lain

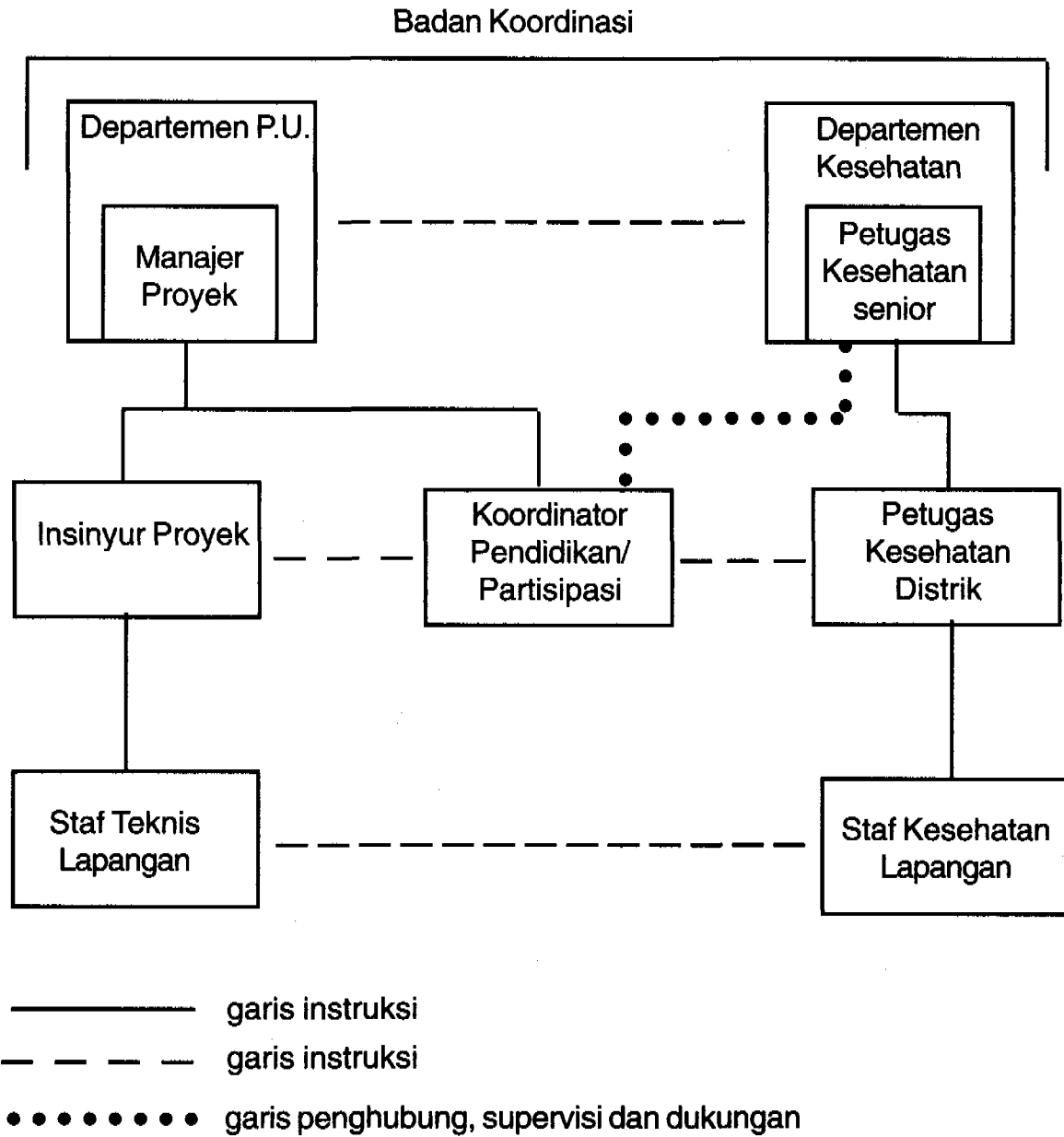
Keterlibatan departemen-departemen pemerintah yang lain

Selain pengintegrasian pendidikan higiene melalui departemen kesehatan, kemungkinan ada departemen lain yang dapat memberikan kesempatan untuk kerjasama dan koordinasi. Sebagai contoh, di sejumlah negara terdapat departemen untuk pembangunan pedesaan dan perkotaan, pembangunan sosial/komunitas atau suatu departemen khusus untuk pengembangan perempuan. Kerjasama dan koordinasi mungkin dapat diorganisir dengan cara yang sama seperti yang dilakukan dengan departemen kesehatan.

Keterlibatan LSM

Kemungkinan lainnya adalah mengundang LSM untuk bertanggung jawab pada pengintegrasian komponen pendidikan higiene. LSM-LSM yang besar dengan staf lapangan yang memadai mungkin dapat ditempatkan pada posisi untuk melaksanakan pendidikan higiene yang efektif dalam kerangka proyek penyediaan air dan sanitasi. Staf lapangan LSM biasanya memiliki komitmen tinggi untuk bekerja

dengan kelompok masyarakat miskin; mereka berpengalaman dalam bekerja melalui suatu pendekatan partisipatif; dan mereka memiliki hubungan jangka panjang dengan kelompok-kelompok masyarakat.



Organogram: contoh 4.

Keuntungan dan kerugian

Seringkali keterlibatan LSM pada proyek penyediaan air dan sanitasi ialah LSM dikontrak untuk menangani komponen pendidikan higiene tersebut.

Kerugiannya ialah bahwa LSM kurang memiliki kekuatan untuk mempengaruhi staf teknis berkenaan dengan perencanaan, pelaksanaan dan pemeliharaan sarana penyediaan air dan sanitasi, dan bahwa LSM mungkin harus menghentikan pendidikan higienenya ketika proyek selesai, karena kekurangan dana.

Penilaian

Supaya keterlibatan LSM cukup efektif, penting bagi proyek untuk memiliki tujuan yang jelas mengenai apa yang harus dicapai oleh LSM tersebut dan dalam periode waktu berapa lama. Apabila hal ini tidak dapat ditentukan pada awal proyek, maka bisa diterapkan kontrak bertahap. Pokok-pokok acuan kerja hendaknya dibuat dengan teliti, dan perlu adanya tindak lanjut yang teratur. Seperti pada semua pilihan, keterlibatan aktif LSM memerlukan dukungan dari manajemen proyek dan staf teknis agar memungkinkan berjalannya pendidikan higiene yang terintegrasi.

Contoh: Pokok-pokok Acuan untuk Panitia Pengarah pada Penyediaan Air, Sanitasi, dan Pendidikan Kesehatan (PASPEK)

1. Status Organisasional

1.1 Badan Pengarah Propinsi adalah sebuah badan penasehat kebijakan di bawah Dewan Propinsi untuk semua aspek yang berhubungan dengan program penyediaan air, sanitasi dan pendidikan kesehatan di tingkat propinsi. Badan ini akan bekerja dalam kerangka kesepakatan kerjasama pembangunan antara Zambia dan badan dana yang ada di propinsi tersebut dan dalam kerangka kebijakan nasional yang berkaitan dengan penyediaan air, sanitasi dan pendidikan kesehatan.

1.2 Badan Pengarah di tingkat propinsi akan disebut PASPEK-P, yang kepanjangannya adalah Penyediaan Air, Sanitasi dan Pendidikan Kesehatan Propinsi. Di tingkat kabupaten, badan ini akan disebut PASPEK-K.

2. Peranan dan Tanggung jawab

Badan Pengarah akan memikul semua tanggung jawab untuk mengkoordinasi dan memonitor pelaksanaan program penyediaan air, sanitasi dan pendidikan kesehatan di tingkat propinsi. Badan ini akan memandu biro pelaksana selama pelaksanaan program penyediaan air, sanitasi dan pendidikan kesehatan agar ada integrasi yang lancar dari berbagai kegiatan tersebut. Kerja badan ini akan berdasarkan pada pokok acuan sebagai berikut:

- (i)** Merencanakan, mengkoordinasi dan memonitor program-program penyediaan air, sanitasi dan pendidikan kesehatan dalam kerangka kebijakan-kebijakan nasional.
- (ii)** Menilai semua proyek yang berkaitan dengan penyediaan air, sanitasi dan pendidikan kesehatan dengan tujuan untuk mewujudkan pembangunan yang terkoordinasi.
- (iii)** Bekerja sama dengan Komite Aksi Nasional dan badan lokal serta nasional lainnya untuk mempromosikan integrasi kegiatan penyediaan air, sanitasi dan kesehatan dengan kegiatan pembangunan lain.

3. Susunan Komite

3.1. Badan Propinsi (PASPEK-P)

3.1.1. Badan Pengarah tingkat Propinsi akan terdiri atas wakil-wakil dari Kantor Pemerintah baik Pusat maupun Propinsi.

- Sekwilda (Ketua)
- Insinyur Air tingkat Propinsi
- Staf Kanwil Propinsi
- Staf Kanwil pekerjaan Umum Propinsi
- Staf Kanwil Pembangunan Sosial Propinsi
- Staf Kanwil Pertanian tingkat Propinsi
- Kepala Kanwil Pendidikan
- Staf Bappeda Propinsi (Sekretaris)

Pejabat Pemerintah Pusat, termasuk Badan Pelaksana Aksi Nasional, diundang untuk berpartisipasi dalam pertemuan-pertemuan Badan Pengarah.

3.1.2. Para wakil dari badan dana yang terlibat dalam penyediaan air, sanitasi, pendidikan serta sektor-sektor yang terkait akan berpartisipasi dalam pertemuan badan pengarah sebagai pengamat. Mereka boleh mengajukan usulan dan berpartisipasi dalam diskusi-diskusi, namun tidak boleh ambil bagian dalam pengambilan keputusan.

3.1.3. Pertemuan Badan Pengarah diadakan di Kantor Sekwilda Propinsi kecuali bila diputuskan untuk diselenggarakan di tempat lain oleh badan pengarah. Pertemuan akan diselenggarakan setiap tiga bulan, dan akan diundang oleh Sekretaris Propinsi. Semua anggota, termasuk para pengamat, memiliki hak untuk meminta diadakannya pertemuan *ad-hoc* bila dianggap perlu.

Pejabat-pejabat pelaksana (Pimpinan Proyek) proyek yang sedang berlangsung akan menyerahkan laporan kemajuan proyek setiap enam bulan kepada Badan Pengarah di hadapan seluruh peserta rapat. Laporan-laporan tersebut dan persoalan-persoalan lainnya yang relevan akan menjadi dasar bagi agenda pertemuan.

Notulensi pertemuan akan disimpan oleh Sekretaris Propinsi, atau jika tidak, akan diputuskan oleh Badan Pengarah. Notulensi akan secara formal disetujui pada pertemuan berikutnya, atau jika tidak, maka sebagaimana diputuskan oleh Badan Pengarah.

3.2 Badan Pengarah Kabupaten (PASPEK-K)

PASPEK-K pemerintah dan wakil-wakil yang secara langsung terlibat dalam pelaksanaan kegiatan proyek. Secara khusus, susunan anggotanya adalah:

- Sekwilda Kabupaten (Ketua)
- Sekretaris Dinas Pekerjaan Umum Kabupaten
- Staf Dinas Kesehatan Kabupaten
- Staf Badan Pembangunan Sosial Kabupaten
- Staf Dinas Pendidikan Kabupaten
- Inspektur Kesehatan Kabupaten
- Staf Bappeda Kabupaten (Sekretaris)

Sumber: Pemerintah Zambia (tidak dipublikasikan).

5. Pengembangan Program

Pengembangan komponen pendidikan higiene pada dasarnya tidak berbeda dengan pengembangan komponen penyediaan air dan sanitasi. Keduanya membutuhkan perumusan, perencanaan, penyiapan, pelaksanaan, pemantauan dan pembahasan. Bab ini mengulas secara umum dan lebih rinci; sedangkan secara khusus akan dibahas pada bab-bab selanjutnya.

5.1 Tahapan

Sekilas tentang tahapan-tahapan

Pengembangan program pendidikan higiene apapun harus melalui tahapan berikut:

I. Perumusan dan perencanaan

- Identifikasi kebutuhan dan tujuan
 - penilaian kegiatan pendidikan higiene yang ada atau sedang berlangsung
 - mempelajari perilaku masyarakat setempat, permasalahan dan kondisi-kondisi setempat
- Identifikasi kelompok sasaran
- Identifikasi sasaran tertentu

II. Perencanaan dan pelaksanaan

- Pengembangan rencana kerja
- Pelaksanaan rencana kerja

III. Pemantauan dan evaluasi

Pada kenyataannya, susunan tahapan dan pembagian di antara tahapan tersebut cukup fleksibel. Penjelasan berikut dimaksudkan sebagai suatu panduan untuk pengambilan keputusan pada waktu yang tepat untuk menentukan tindakan-tindakan yang tepat untuk pengembangan komponen pendidikan higiene. Proses pengambilan keputusan melibatkan staf proyek dan kelompok masyarakat. Para pembaca yang telah membaca Bab 3 akan melihat bahwa ulasan tentang tahapan untuk pengembangan program ini sangat mirip dengan prinsip-prinsip perencanaan pendidikan higiene seperti yang dibahas dalam bab 3 tersebut.

Kebutuhan dan tujuan

Awal pengintegrasian program pendidikan higiene adalah tujuan umum proyek penyediaan air dan sanitasi. Tujuan umum ini telah dibahas dalam Bab 1, tetapi tentu saja setiap proyek akan memiliki kekhususannya sendiri. Dari sini, langkah pertama adalah melihat lebih cermat pada kebutuhan yang akan dijawab dan permasalahan yang akan ditanggulangi di wilayah proyek. Berdasarkan identifikasi kebutuhan dan permasalahan inilah, tujuan pendidikan higiene didefinisikan, dengan mempertimbangkan kebutuhan akan sumber daya manusia dan dananya.



Pendidikan higiene memerlukan persiapan yang cermat.

Biasanya, perumusan tujuan pendidikan higiene merupakan bagian dari perumusan dan penilaian proyek secara umum. Jika tidak, maka menjadi tujuan utama kegiatan proyek; dan jika proyek penyediaan air dan sanitasi telah dimulai, maka diperlukan suatu manuver untuk menyesuaikan.

Setelah tujuan pendidikan higiene yang pertama didefinisikan, perlu ada perumusan untuk tujuan yang lebih spesifik dan tujuan jangka pendek yaitu berdasarkan pengalaman pendidikan higiene lokal dan permasalahan lokal serta tindakan yang perlu diprioritaskan.

Kegiatan dan pengalaman yang ada

Di banyak negara dan/atau daerah proyek, biasanya telah ada satu atau dua macam kegiatan pendidikan higiene. Oleh karena itu sebelum masuk ke pengembangan komponen pendidikan higiene untuk proyek penyediaan air dan sanitasi, perlu untuk mengetahui kegiatan-kegiatan yang sedang berjalan, sehingga dapat belajar dari

pengalaman mereka, maupun untuk mencari tahu sampai sejauh mana kegiatan dapat digabungkan. Penting juga untuk mengetahui tanggung jawab formal apa saja dari berbagai kementerian dan departemen, untuk mengetahui sejauh mana karena kepentingannya mereka akan tertarik, dan kemungkinan untuk bekerja sama mengembangkan program. Koordinasi dan kerjasama dalam pendidikan higiene akan membuat biaya dan perkerjaan menjadi lebih efektif (lihat juga Bab 4). Ulasan tentang kegiatan dan pengalaman yang ada serta manfaatnya bagi pengembangan pendidikan higiene, dibahas pada Bab 6.

Kondisi, perilaku dan permasalahan lokal

Pemahaman yang mendalam mengenai situasi setempat merupakan prasyarat untuk program pendidikan higiene bagi masyarakat. Sebagaimana seseorang perlu untuk melakukan survey topografi dan survey-survey lainnya untuk merencanakan sarana penyediaan air sistim perpipaan maka perlu juga untuk melaksanakan survey sosial dan kesehatan untuk program pendidikan higiene. Informasi yang diperlukan dan metode-metode yang digunakan untuk penelitian ini bisa berbeda-beda menurut situasi, sebagaimana akan dibahas lebih lanjut dalam Bab 7.

Kelompok-kelompok sasaran yang khusus

Sebetulnya, seluruh penduduk yang ada di wilayah proyek termasuk semua staf serta pejabat yang dapat mempengaruhi keberhasilan proyek dapat dianggap sebagai kelompok sasaran bagi pendidikan higiene (lihat Bab 1). Namun demikian, pendidikan higiene tidak bisa diarahkan secara serampangan pada setiap orang. Seorang manajer proyek memerlukan ketrampilan dan kecakapan yang berbeda dibandingkan dengan seorang ibu, atau seorang lelaki remaja, atau seorang guru sekolah dasar, atau seorang pembuat kebijakan. Semakin pendidikan higiene disesuaikan dengan kelompok sasaran tertentu, maka pendidikan itu akan semakin efektif. Identifikasi tentang kelompok sasaran tertentu bagi pendidikan higiene dielaborasi dalam Bab 8.

Target/tujuan khusus

Dengan melakukan ulasan tentang kegiatan pendidikan higiene yang sudah dilaksanakan, pemahaman yang lebih baik mengenai kondisi, perilaku dan permasalahan-permasalahan lokal, serta pengertian yang lebih mendalam mengenai kelompok sasaran, maka kita akan dapat merumuskan tujuan khusus dan tujuan jangka pendek dari program pendidikan higiene. Sebuah contoh tujuan khusus atau tujuan jangka pendek misalnya: "90 persen anak-anak yang berusia enam sampai sepuluh tahun dilatih untuk menggunakan jamban setiap waktu".

Membuat tujuan khusus merupakan langkah yang penting, karena ini akan memiliki hubungan langsung dengan rencana kerja suatu pendidikan higiene serta hasil-hasil yang diharapkan dari aktivitas pendidikan higiene tersebut. Tujuan-tujuan

khusus pendidikan higiene haruslah disepakati oleh semua pihak yang terkait untuk mencegah terjadinya salah paham dan kekecewaan di kemudian hari. Pemilihan kelompok sasaran khusus atau tujuan jangka pendek dibahas pada Bab 8.

Pengembangan dan pelaksanaan rencana kerja

Setelah menentukan kelompok sasaran tertentu dan tujuan jangka pendek, maka kita dapat membuat rencana kegiatan yang lebih rinci. Akan tetapi hendaknya dilakukan sedemikian sehingga sesuai dengan penyiapan rencana kegiatan perencanaan dan pembangunan sarana penyediaan air dan sanitasi yang terinci pula.

Rencana pendidikan higiene hendaknya mempertimbangkan sumber daya manusia baik laki-laki maupun perempuan, waktu, uang dan bahan-bahan yang tersedia, dan mempertimbangkan kelemahan masing-masing, baik dengan menjamin adanya sumberdaya tambahan, ataupun dengan mengurangi jangkauan tujuannya. Biasanya sering dijumpai bahwa proyek kekurangan staf dan dana yang memadai untuk suatu program pendidikan higiene yang realistis. Proyek-proyek baru hendaknya merencanakan pengadaan yang memadai untuk integrasi komponen pendidikan higiene dalam keseluruhan anggaran. Proyek-proyek yang sedang berlangsung hendaknya dipersiapkan untuk me-realokasi-kan sebagian dari anggaran guna memungkinkan berjalannya pendidikan higiene. Pengembangan dan pelaksanaan rencana kerja lebih jauh diulas dalam Bab 9 dan 10; sedangkan masukan-masukan yang diperlukan ada di Bab 11.

Pemantauan dan evaluasi

Komponen pendidikan higiene yang terintegrasi memerlukan pemantauan dan evaluasi yang cermat sehingga dapat disesuaikan dan diperbaiki tepat waktu dalam pelaksanaan program, dan untuk perencanaan yang lebih realistis bagi kegiatan di waktu mendatang. Pemantauan penting, karena akan memberikan masukan bagi manajemen dan staf proyek, bukan hanya tentang kegiatan pendidikan higiene itu sendiri, melainkan juga tentang pendidikan higiene sebagai bagian dari keseluruhankegiatan. Pemantauan dan evaluasi merupakan pokok bahasan dalam Bab 12.

5.2 Pendekatan-pendekatan

Dalam mengembangkan program pendidikan higiene, perlu memilih cara pendekatan terhadap pendidikan higiene yang akan diterapkan. Yang di maksud dengan *pendekatan* adalah suatu cara atau metode yang diharapkan akan membawa hasil yang diinginkan. Jadi, apabila target kita adalah penggunaan jamban dengan baik dan benar oleh anak-anak, maka pendekatannya menunjukkan

jalan bagaimana hal itu akan dicapai. Ada banyak pendekatan untuk pendidikan higiene seperti pendekatan pendidikan, pendekatan pengajaran, pendekatan pemasaran sosial, pendekatan partisipatori, pendekatan promosi, pendekatan organisasi dan pendekatan instruksi. Pendekatan-pendekatan ini semuanya ditemukan baik pada pendekatan yang berdasarkan pada masyarakat maupun pendekatan yang sepenuhnya berbasiskan proyek.

Pendekatan masyarakat

Pendekatan masyarakat menekankan masyarakat sebagai dasar semua tindakan. Penyuluh higiene bertindak sebagai fasilitator guna membantu masyarakat untuk menganalisa permasalahan kesehatan mereka, dan untuk menentukan prioritas mereka sendiri untuk merubah kondisi kesehatan dan perilaku mereka. Melalui diskusi dari orang ke orang dan pertemuan-pertemuan kelompok, penyuluh higiene merangsang masyarakat untuk mengambil keputusan dan inisiatif guna meningkatkan kesehatan mereka dan lingkungannya. Hal ini berarti bahwa masyarakatlah yang merencanakan, melaksanakan dan mengevaluasi pendidikan higiene.

Keuntungan utama dari pendekatan ini ialah bahwa pendidikan higiene sepenuhnya didasarkan pada kepentingan dan kebutuhan masyarakat yang mendesak, dan masyarakat merasa bertanggung jawab melaksanakan perbaikan kesehatan oleh mereka sendiri. Seperti telah dibahas dalam Bab 2 dan 3, pendekatan semacam ini lebih menjamin adanya kesinambungan pada kondisi kesehatan dan perilaku masyarakat.

Kendala utamanya ialah bahwa pendekatan ini memerlukan staf yang terlatih baik, yang memiliki kemampuan sosial dan teknis yang memadai untuk dapat melakukan dialog, dan yang dipersiapkan untuk membangun hubungan jangka panjang dengan kelompok masyarakat. Pendekatan ini juga memerlukan adanya fleksibilitas yang cukup besar dalam perencanaan dan manajemen proyek, karena masyarakatlah yang akan menjadi pengambil keputusan utama baik untuk waktu, dan jenis serta macam kegiatan.

Pendekatan proyek

Pada pendekatan proyek; perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pendidikan higiene sangat ditentukan oleh staf proyek. Masyarakat hanyalah penerima dari apa yang ditawarkan oleh proyek. Penyuluh higiene akan memutuskan kebutuhan dan prioritas pendidikan higiene, dan kondisi serta perilaku apa yang perlu diubah, dengan mempertimbangkan sumber daya manusia, anggaran dan waktu yang tersedia. Hal ini menyiratkan bahwa pendidikan higiene akan lebih mengutamakan advokasi perubahan yang dikehendaki oleh proyek, dengan mencoba untuk meyakinkan masyarakat akan manfaat yang terkandung di dalamnya.

Keuntungan pendekatan ini ialah bahwa program pendidikan higiene lebih mudah direncanakan, dikelola, dievaluasi dan diintegrasikan dengan aktivitas teknis,

khususnya dalam kasus proyek air dan sanitasi berskala besar, karena proyek memiliki kontrol terhadap semua faktor utama.

Salah satu keterbatasan pendekatan ini adalah bahwa pendekatan ini hanya bisa berhasil jika perubahan yang dipromosikan relatif sederhana, sesuai dengan kebutuhan mendesak masyarakat, dan mudah dijangkau. Namun demikian, karena perubahan perilaku biasanya lebih rumit, dan karena kebutuhan serta sarana yang tersedia biasanya bersifat lokal, maka kondisi ini jarang ditemui.

"Banyak orang desa masih mengabaikan untuk mencuci tangan setiap kali setelah buang air besar dan sebelum mengolah makanan atau makan; tidak menggunakan jamban; tidak menutup wadah air; dan terus mencelupkan tangan ke air dari mulut tempayan, walaupun ada saluran airnya, sehingga mencemari air hujan yang ditampung. Anak-anak diperbolehkan buang air besar di ladang-ladang sekitar desa, dan para petani terus menggunakan ladang untuk buang air besar. Program yang baru dilaksanakan tidak jelas strateginya dalam upaya mengubah perilaku, dan tidak memiliki sistem untuk mengukur perubahan perilaku. Program semata-mata bergantung pada bahan-bahan pendidikan dan media massa yang diproduksi secara sentral oleh pemerintah untuk mewujudkan perilaku hygiene yang lebih baik pada masyarakat tersebut; Pendekatan ini, walaupun dikerjakan secara profesional, terlalu pasif untuk merangsang perubahan."

Sumber: Simpson-Hebert, M. (1987), hal. 18.

Juga apabila masyarakat merasa bahwa perubahan perilaku dan kondisi dipaksakan dari luar, maka mereka biasanya menolak. Masyarakat seringkali mengeluh bahwa mereka merasa dipersalahkan oleh para penyuluh hygiene karena memiliki cara hidup yang tidak higienis. Permasalahan lainnya ialah bahwa pendekatan proyek ini diarahkan untuk alih pengetahuan mengenai bagaimana mengurangi risiko kesehatan, padahal telah dijelaskan sebelumnya bahwa pengetahuan hanyalah salah satu penunjang yang dapat mempengaruhi masyarakat untuk merubah perilakunya (lihat Bab 2 dan 3).

Pendekatan campuran

Pendekatan yang paling dikenal ialah pendekatan yang menggabungkan pendekatan masyarakat dan pendekatan proyek. Menjadi tugas proyek untuk menggabungkannya sedemikian rupa, sehingga kebaikan dari keduanya dapat digunakan untuk mencapai hasil sebaik mungkin, tetapi dengan catatan bahwa kegiatan tetap berorientasi pada masyarakat untuk menunjang berhasilnya pengintegrasian pendidikan hygiene pada

komponen proyek penyediaan air dan sanitasi. Hal ini akan dibahas lebih lanjut pada bagian 5.3, dan kita akan membahasnya secara lebih rinci pada Bab 10.

Seringkali nama yang diberikan pada suatu pendekatan tidak memberikan indikasi yang memadai tentang apa yang sesungguhnya dimaksudkan. Sebagai contoh, pendekatan *partisipatoris* bisa berarti sepenuhnya berorientasi pada masyarakat sampai pada yang berorientasi proyek. Pendekatan *pemasaran sosial* melibatkan banyak persiapan dan riset yang cermat, mengikuti prinsip pendekatan masyarakat, tetapi ini seringkali disalahgunakan dan disalah-artikan menjadi semata-mata produksi dan penyebaran slogan-slogan yang sepenuhnya berorientasi pada proyek. Pengambilan keputusan yang baik memerlukan penjelasan singkat mengenai pendekatan yang diusulkan dengan penjelasan tentang kelebihanannya, kekurangan dan implikasi-implikasinya.

“Desa-desa yang kecil memungkinkan kita untuk menjangkau seluruh masyarakat, dan bukannya bekerja melalui wakil-wakil masyarakat. Prosedur yang dipilih adalah melakukan pertemuan dengan masyarakat melalui empat kali pertemuan, dan dalam pertemuan dibahas hal-hal dan pengambilan keputusan seperti lokasi sumur sampai pada keuntungan yang didapat bila menggunakan lebih banyak air dan air yang bersih. Aspek-aspek teknis untuk perawatan dan perbaikan dibahas dengan cermat oleh tim teknis pada pertemuan ketiga ketika pompa dipasang. Pertemuan-pertemuan yang lain dipandu oleh staf Partisipasi Masyarakat dan Pendidikan Higiene (PMPH). Dengan menyadari bahwa penyampaian pesan secara ‘top-down’ (dari atas ke bawah) tidak efektif dan bahwa pesan-pesan seharusnya relevan dengan kebutuhan masyarakat, maka diputuskan untuk menggunakan metode partisipatoris dimana topik-topik diperkenalkan oleh tim PMPH dengan mengikuti pendekatan yang telah distandardisasi, tetapi diskusinya fleksibel dan tergantung pada seberapa jauh dan apa yang diungkapkan oleh masyarakat desa selama pertemuan itu.”

Sumber: Harnmeijer, J. (1988), hal. 20.

5.3 Tingkat-tingkat

Siklus perumusan, pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi program berlangsung pada tingkat proyek, tetapi diulang pada tingkat masyarakat (kecuali, tentu saja, jika kedua tingkatan tersebut saling tumpang-tindih seperti dalam proyek-proyek kecil pedesaan dan perkotaan). Pada tingkat program; kebutuhan, tujuan dan kelompok sasaran yang diidentifikasi biasanya lebih besar, dan memberikan panduan

untuk pengidentifikasian kebutuhan dan tujuan khusus serta kelompok sasaran tertentu. Sebagai contoh sebuah proyek yang mencakup 45 kelompok masyarakat per tahun, maka kelompok sasaran khusus yang diidentifikasi adalah perempuan yang berusia 15-45 tahun, namun di tingkat masyarakat, identifikasi mengenai susunan anggota masyarakat yang ada diperlukan.

Pengembangan, pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi rencana kerja juga berlangsung pada kedua tingkat itu. Dengan tetap mengacu pada contoh sebuah proyek yang mencakup 45 kelompok masyarakat per tahun tadi, kita memerlukan rencana kerja pendidikan higiene yang jelas bisa mencakup 45 kelompok masyarakat tersebut dan juga rencana kerja di tingkat masyarakat yang mencakup perencanaan dan pelaksanaan kegiatan.

Dalam buku ini diposisikan bahwa pendekatan masyarakat yang partisipatif sebaiknya dipilih dan dipromosikan, karena pendekatan ini lebih efektif dibandingkan pendekatan proyek. Dengan mempertimbangkan kedua tingkat tersebut, maka kita bisa mengatakan bahwa ini sesuai, khususnya di tingkat masyarakat. Pada tingkat proyek, faktor-faktor lain harus dipertimbangkan. Seperti faktor organisasi dan sumberdaya yang tersedia. Pada tingkat masyarakat, pendekatan sebaiknya didasarkan pada masyarakat itu sendiri.

6. Meninjau Kegiatan yang Sedang Berjalan

Tinjauan singkat pada kegiatan dan pengalaman pendidikan higiene yang sedang berjalan bisa menghemat banyak waktu, uang dan mencegah frustrasi dimasa mendatang. Meluangkan waktu untuk melakukan tinjauan singkat akan membantu mencegah duplikasi dan mengulang kesalahan seperti yang terjadi sebelumnya, dan bisa memfasilitasi kerjasama serta koordinasi kegiatan di waktu mendatang di wilayah proyek. Bab ini menjelaskan latar belakang tentang upaya memperoleh informasi mengenai badan-badan dan proyek-proyek pendidikan higiene serta institusi-institusi yang dapat memberikan informasi praktis dan bahan-bahan audio-visual.

6.1 Tinjauan

Penelitian pada kegiatan dan pengalaman pendidikan higiene yang sedang berjalan hendaknya difokuskan pada pengumpulan informasi praktis tentang:

- **Siapa** sedang melakukan **apa**?
- Bagaimana dilakukan?
- Pelajaran-pelajaran apa yang bisa ditarik untuk masa mendatang?
- Apakah ada kemungkinan untuk kerjasama dan koordinasi?

Apabila proyek belum memiliki informasi seperti itu, maka penelitian berikut hendaknya juga dilakukan:

- Pemahaman yang lebih dalam mengenai infrastruktur kesehatan dari Kementerian Kesehatan sebagai dasar guna membahas kemungkinan kerjasama, dan untuk mencegah timbulnya konflik pada kegiatan pendidikan higiene yang akan dilaksanakan;
- mengumpulkan data kesehatan umum dan statistik penyakit sebagai informasi awal yang penting mengenai aspek-aspek kesehatan yang perlu ditangani dan dimasukkan dalam program pendidikan higiene.

Pada umumnya penelitian ini hanya membutuhkan beberapa minggu saja, tidak lebih. Akan tetapi apabila informasi tidak tersedia, atau staf yang bertanggung jawab belum mengenal situasi dan kondisi wilayah proyek, maka diperlukan waktu sedikit lebih lama.

Metode penilitian apapun dapat digunakan untuk mendapatkan gambaran yang cepat mengenai organisasi dan badan-badan, kegiatan dan pengalaman yang telah ada. Biasanya kombinasi dari metode-metode berikut ini sesuai untuk kegiatan ini.

Penggunaan informasi yang telah ada

Dokumentasi yang telah ada dapat memberi informasi yang ada. Dokumentasi dapat berupa: laporan tahunan dan laporan-laporan lain dari Kementerian Kesehatan serta organisasi-organisasi lain yang terlibat dalam pendidikan kesehatan atau pendidikan higiene; laporan-laporan lapangan dari petugas kesehatan; data kesehatan dan statistik penyakit; hasil survey dan studi tertentu; pembagian kerja staf yang terlibat dalam pendidikan higiene; materi pelatihan untuk staf pendidikan; dan perangkat audio-visual yang digunakan pada kelompok sasaran tertentu.

Wawancara dengan para informan kunci individual

Informan kunci adalah orang yang memiliki pengetahuan tertentu tentang pokok persoalan yang akan kita tangani. Dalam hal ini, orang-orang tersebut meliputi: staf senior Kementerian Kesehatan, pusat-pusat pelatihan pendidikan, serta organisasi-organisasi lain yang terlibat dalam pendidikan kesehatan dan higiene; para penyuluh kesehatan dan para *supervisor*-nya; para dokter; para guru sekolah; dan sebagainya. Orang-orang ini dapat memberikan informasi yang berharga baik tentang organisasi dimana mereka bekerja, maupun tentang pengalaman profesional serta pengalaman pribadi mereka dalam melaksanakan pendidikan higiene khususnya di wilayah proyek. Wawancara dengan para informan kunci, akan lebih baik bila menggunakan daftar pertanyaan yang telah disiapkan sebelum pertemuan, untuk memastikan bahwa hal-hal yang penting tak terlewatkan, tetapi bisa juga memberikan pertanyaan-pertanyaan tambahan sesuai dengan tanggapan-tanggapan selama wawancara itu.

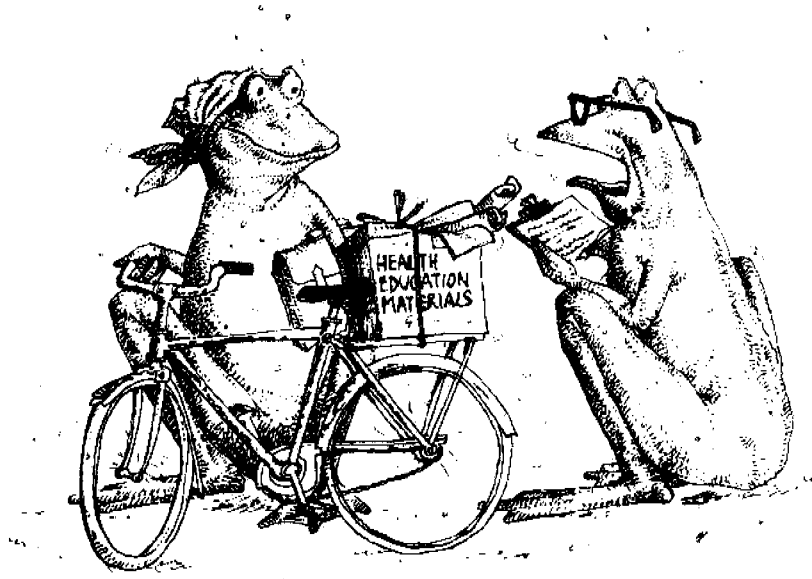
Wawancara dalam kelompok kecil dengan para informan kunci

Selain wawancara dengan para informan kunci secara individual, baik pula untuk mengorganisir wawancara dalam kelompok kecil satu atau dua kali guna mengambil manfaat dari pengetahuan dan pengalaman yang ada, misalnya, kelompok para penyuluh kesehatan dan penyuluh higiene. Wawancara dalam kelompok kecil bisa sangat membantu untuk dapat meletakkan pengalaman dan permasalahan yang berkaitan dengan pendidikan higiene dalam sebuah perspektif yang realistis, dan untuk membahas kemungkinan bagi kegiatan baru yang realistis pula, atau kerjasama dan koordinasi dari berbagai kegiatan yang ada. Wawancara dalam kelompok kecil dapat dilakukan dalam diskusi kelompok terfokus, sebagaimana akan dibahas dalam bab selanjutnya.

Pengamatan dan percakapan

Untuk menimbulkan kesan yang baik pada kegiatan pendidikan higiene yang sedang berjalan, akan sangat bermanfaat bila kita meminta ijin untuk mengikuti beberapa sesi pendidikan higiene yang dilaksanakan oleh organisasi dan petugas yang aktif

di wilayah proyek. Dengan melakukan ini kita dapat mengetahui hal apa saja yang telah ditangani dan dengan cara **apa** serta dengan **siapa**; selain itu juga memberi kesempatan untuk mendiskusikan dengan penyuluh higiene dan masyarakat yang hadir mengenai hal-hal yang mereka sukai atau yang tidak pada sesi-sesi tersebut. Seringkali, partisipasi dalam kegiatan aktual lebih bisa mengungkap fakta daripada wawancara di kantor tentang apa yang sesungguhnya terjadi, dan apa kendalanya sehari-hari.



Apa pengalamanmu dalam pendidikan higiene?

6.2 Kegiatan Kementerian Kesehatan

Pelayanan kesehatan

Kementerian Kesehatan biasanya menerapkan gabungan antara pelayanan kesehatan baik kuratif maupun preventif dan juga pelayanan pendidikan kesehatan melalui berbagai departemen dan biro. Staf kesehatan di tingkat propinsi, kabupaten dan masyarakat bisa jadi lebih memberikan pelayanan kuratif atau pelayanan preventif tertentu, tetapi seringkali mereka juga bertanggung jawab untuk keduanya. Atau tugas dan tanggung jawab salah satu staf mungkin tumpang-tindih dengan yang lain. Karena itu, pemetaan kegiatan pendidikan cukup sulit untuk dilakukan, khususnya bagi orang-orang yang kurang memahami infrastruktur kesehatan.

Dalam meninjau pelayanan kesehatan, penting untuk memperhatikan jumlah dan tipe staf kesehatan perempuan serta kegiatan utama mereka. Hal ini perlu untuk melihat kemungkinan melibatkan petugas kesehatan perempuan dalam kegiatan pendidikan higiene, khususnya di masyarakat (lihat juga Bab 11).

Program kesehatan khusus

Diintegrasikan atau tidak ke dalam pelayanan kesehatan, Kementerian Kesehatan biasanya memiliki sejumlah program kesehatan khusus, yang beberapa diantaranya meliputi pendidikan kesehatan yang berkaitan dengan air dan sanitasi. Program-program ini seringkali didukung oleh badan dana internasional dan/atau bilateral. Akibatnya, program-program ini cenderung memiliki lebih banyak staf, lebih banyak dana, lebih banyak bahan dan lebih banyak sarana transportasi dibandingkan dengan program kesehatan biasa.

Program pelayanan kesehatan dasar dapat dijumpai di hampir semua daerah di berbagai negara. Program ini dimaksudkan untuk menyediakan perawatan kesehatan yang esensial bagi seluruh penduduk di wilayah itu dengan biaya rendah. Program pelayanan kesehatan dasar difokuskan pada delapan elemen:

1. Pendidikan mengenai permasalahan kesehatan yang paling lazim dihadapi dan metode untuk mencegah dan mengontrolnya
2. Promosi penyediaan makanan dan gizi yang layak
3. Penyediaan air bersih dan sanitasi dasar yang memadai
4. Kesehatan ibu dan anak, termasuk Keluarga Berencana
5. Imunisasi untuk penyakit infeksi utama
6. Pencegahan dan kontrol terhadap penyakit-penyakit endemik lokal.
7. Pengobatan secara tepat terhadap penyakit dan luka-luka.
8. Pengadaan obat-obat yang penting.

Salah satu prinsip panduan program pelayanan kesehatan dasar adalah menggunakan Petugas Kesehatan Masyarakat (PKM) untuk: (a) memperluas layanan kesehatan ke tempat-tempat di mana orang tinggal dan bekerja; (b) membantu masyarakat dalam mengidentifikasi kebutuhan kesehatan mereka sendiri; dan (c) membantu masyarakat untuk memecahkan permasalahan kesehatan mereka sendiri. Petugas Kesehatan Masyarakat dalam program pelayanan kesehatan dasar adalah laki-laki dan perempuan yang dipilih oleh masyarakat dan dilatih untuk berkecimpung dalam permasalahan kesehatan baik perorangan maupun kelompok, dan untuk bekerja sama dengan pusat pelayanan kesehatan. Petugas Kesehatan Masyarakat diharapkan memiliki tingkat pendidikan dasar yang memungkinkan mereka untuk membaca, menulis dan mengerjakan hitungan matematis yang sederhana.

Tugas-tugas Petugas Kesehatan Masyarakat berbeda-beda antara satu negara dengan negara lain, tetapi umumnya meliputi: pertolongan pertama, perawatan bayi dan anak, peningkatan gizi, memotivasi higiene personal, motivasi imunisasi, pencegahan penularan penyakit, terapi rehidrasi oral, pembagian obat dan membuat sanitasi lingkungan (WHO, 1987, hal. 9-13). Program-program lain yang juga umum dilakukan adalah:

- *Kontrol terhadap Penyakit Diare* yang dimaksudkan untuk mengurangi morbiditas dan mortalitas anak-anak berumur 0-5 tahun melalui promosi higiene personal, higiene makanan dan penggunaan rehidrasi oral (ORS) apabila si anak menderita diare.
- *Program Kesehatan Ibu dan Anak* memberikan panduan kesehatan, khususnya untuk perempuan hamil, ibu-ibu muda dan para ibu dengan anak berumur 0 sampai 5 tahun.
- *Program Kontrol terhadap Malaria dan/atau Kontrol terhadap Schistosomiasis* dimaksudkan untuk memusnahkan penyakit-penyakit seperti malaria dan schistosomiasis melalui suatu paket tindakan peningkatan kondisi lingkungan dan kuratif.
- *Program-program tambahan Imunisasi* dimaksudkan untuk melindungi anak-anak dari penyakit-penyakit seperti campak, polio dan tipus.

Permasalahan umum

Tidak hanya penting bagi kita untuk mempelajari struktur kesehatan formal dan pembagian tugas serta berbagai kegiatan staf kesehatan yang bertanggung jawab pada pendidikan kesehatan, melainkan perlu juga untuk mempelajari apa yang terjadi pada waktu pelaksanaan, dan permasalahan apa yang dihadapi oleh badan dan staf yang melaksanakannya. Masalah utama yang dihadapi ialah kegiatan pelayanan kesehatan untuk penyembuhan (kuratif) dapat lebih langsung dirasakan hasilnya sehingga statusnya juga lebih tinggi bila dibandingkan dengan kegiatan pendidikan kesehatan. Oleh karenanya di tingkat lebih tinggi, penyuluh kesehatan sering mengalami rasa rendah diri akibat status yang rendah bila dibandingkan dengan rekan-rekannya yang bergerak di pelayanan kesehatan kuratif. Di tingkat masyarakat, para petugas kesehatan bisa merasa tertantang untuk mencurahkan lebih banyak perhatian pada tugas-tugas kuratif mereka, karena pekerjaan ini memberikan prestise yang lebih tinggi bagi mereka di mata masyarakat yang mereka layani.

Masalah lain yang sering terjadi ialah bahwa pelatihan yang diberikan pada para petugas kesehatan di tingkat kabupaten dan di tingkat masyarakat seringkali lebih diarahkan untuk meningkatkan pengetahuan mereka tentang kesehatan dan bukannya meningkatkan kemampuan komunikasi mereka untuk dapat melaksanakan pendidikan kesehatan dengan baik. Konsekuensinya, para petugas kesehatan merasa kurang mampu atau kurang percaya diri untuk merencanakan kegiatan pendidikan di tingkat masyarakat.

Permasalahan umum yang ketiga, para petugas di tingkat masyarakat biasanya menghadapi persoalan gaji yang kurang, sarana transportasi yang kurang dan/atau supervisi (peninjauan untuk bimbingan) yang kurang. Kondisi seperti itu dapat mengakibatkan sedikitnya waktu yang digunakan untuk melaksanakan pendidikan kesehatan atau lebih sedikit jumlah masyarakat yang dapat dijangkau. Atau juga masalah kurangnya motivasi.

Kesempatan baru

Dimulainya program baru seperti pengintegrasian komponen pendidikan higiene dalam proyek air dan sanitasi, akan dapat menjawab permasalahan tersebut, paling tidak selama masa pelaksanaan proyek, karena proyek akan dapat memberikan pelatihan, sarana transportasi dan supervisi yang lebih besar. Hal ini juga dapat membuat kegiatan pendidikan kesehatan lebih berharga dan juga akan meningkatkan sumber daya manusianya. Di akhir bab ini diberikan contoh tentang proyek air bersih di sebuah desa yang menggabungkan beberapa kegiatan.

6.3 Kegiatan kementerian dan proyek lain

Kementerian dan proyek lain seringkali meliputi kegiatan pendidikan kesehatan atau pendidikan higiene yang dapat memberikan informasi tentang pengalaman yang berharga dan kesempatan untuk kerjasama.

Proyek penyediaan air dan sanitasi yang lain

Bisa jadi ada proyek penyediaan air dan sanitasi lain di wilayah proyek atau negara, yang memiliki pengalaman dalam mengintegrasikan pendidikan higiene ke dalam keseluruhan kegiatan. Pengalaman tersebut sangat penting bagi proyek kita, karena kita akan dapat membandingkan kemungkinan kendala yang timbul. Bahan-bahan yang dikembangkan oleh proyek lain juga mungkin bermanfaat, walaupun seringkali bahan-bahan tersebut memerlukan adaptasi supaya sesuai dengan kondisi khusus proyek kita (lihat juga Bab 10).

Pendidikan kesehatan sekolah

Sekolah-sekolah dasar dan menengah biasanya memiliki pendidikan kesehatan sebagai bagian dari kurikulum mereka. Kadang-kadang pendidikan kesehatan ini diberikan oleh guru, kadang oleh petugas kesehatan yang ditugaskan untuk mengunjungi sekolah. Di beberapa negara, pendidikan higiene sekolah telah mendapatkan banyak perhatian; di negara lain, masih belum tersentuh. Salah satu kendala di banyak negara adalah kurangnya guru yang terlatih dengan metode partisipatori, yang penting dimiliki apabila tujuannya adalah untuk menggiatkan perilaku kesehatan.

Pendidikan non-formal

Pendidikan untuk orang dewasa dan bentuk pendidikan non-formal lain dapat mencakup pendidikan kesehatan dan pendidikan higiene, khususnya apabila program diarahkan bagi perempuan. Pendidikan non-formal lebih bersifat

partisipatoris dan difokuskan pada masalah sehari-hari yang dihadapi masyarakat. Dengan demikian, pendidikan non-formal ini bisa memberikan informasi dan contoh-contoh yang bermanfaat bagi pengembangan komponen pendidikan higiene.

Proyek-proyek dan kegiatan pembangunan lain

Kementerian-kementerian yang menangani pembangunan pedesaan, pembangunan sosial, partisipasi perempuan dan perumahan, juga menjalankan proyek dan kegiatan yang ada komponen pendidikan higiene atau kesehatan, yang berharga untuk diulas. Sebagai contoh: di salah satu negara, Kementerian Perumahan sangat aktif dalam mengembangkan dan mendistribusikan film-film video tentang kesehatan lingkungan; di negara lainnya, pendidikan kesehatan merupakan bagian dari proyek pembangunan pedesaan yang terintegrasi. Bisa juga ada organisasi non-pemerintah yang memiliki pengalaman yang bermanfaat untuk diketahui.

Kampanye-kampanye nasional atau daerah

Beberapa negara memiliki program radio dan/atau televisi yang meliput pokok-pokok persoalan yang berhubungan dengan air dan sanitasi, kadang-kadang sebagai suatu tayangan yang rutin, kadang-kadang sebagai respon terhadap suatu kondisi darurat seperti banjir atau meledaknya wabah diare. Selalu berharga untuk mengulas program-program ini, dan melihat sejauh mana lingkup yang bisa dijangkau dengan kampanye nasional atau daerah seperti itu, atau apakah bagian-bagian dari program ini bisa bermanfaat untuk digunakan lagi (dengan menggunakan sebuah kaset audio atau video) sebagai bahan kegiatan proyek.

6.4 Kegiatan lembaga sumber informasi

Sejumlah lembaga menawarkan bahan audio-visual, buku panduan dokumen, pelatihan, atau bantuan teknis untuk pendidikan kesehatan dan pendidikan higiene. Lembaga-lembaga ini ada yang lokal maupun nasional, dan bahkan ada yang berskala internasional. Keberadaan organisasi di suatu negara biasanya dapat diketahui dengan bertanya; kadang-kadang organisasi internasional dan badan dana bilateral memiliki informasi ini. Beberapa lembaga sumber informasi yang luas jangkauan operasionalnya adalah:

- AMREF: African Medical and Research Foundation, Wilson Airport, P.O. Box 30125, Nairobi, Kenya.
- AHRTAG: Appropriate Health Resources and Technology Action Group, 1 London Bridge Street, London, SE1 9SG, United Kingdom.
- AMA: L'Atelier de Material pour l'Animation, P.O. Box 267, Yaounde, Kamerun.

- American Public Health Association. International Health Programmes, 1015 15th Street, NW, Washington D.C. 20005, USA.
- Bureau d'Etudes et de Recherches pour la Promotion de la Santé, B.P. 1977, Kangu-Mayumbe, Zaire.
- CEMAT: Centro de Estudios Mesoamericanos Sobre Tecnologia Apropiada, 1a Av.32-31, Zona 12, Apartado 1160, Guatemala City, Guatemala.
- Child to child Programme, Room 833, Institute of Education, 20 Bedford Way, London, WC1H 0AL, United Kingdom.
- GRAAP: Groupe de Recherche et d'Appui pour l'Autopromotion Paysanne, B.P. 305, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso.
- Health Education Unit, Leeds Polytechnic (WHO collaborating center for research and training in psychological and economic aspects of health), Calverley Street, Leeds LS1 3HE, United Kingdom.
- INADES: African Institute for Economic and Social Development, B.P. 8, Abidjan 08, Ivory Coast; or B.P. 5717, Kinshasa/Gombe, Zaire.
- IRC International Water and Sanitation Centre, P.O. BOX 93190, 2509 AD The Hague, The Netherlands.
- OXFAM, 274 Banbury Road, Oxford OX2 7DZ, United Kingdom.
- Save the Children Federation, 48 Wilton Road, Westport, CT 06880, USA.
- TALC: Teaching Aids at Low Coast, P.O. BOX 49. St. Albans Hertfordshire, AL2 4AX, United Kingdom.
- UNICEF: United Nations Children's Fund, 3 United Nation Plaza, New York, NY 10017, USA.
- VHAI: Voluntary Health Association of India, 40, Institutional Area, South of I.I.T., New Delhi, 110016, India.
- WASH: Water and Sanitation for Health Project, 1611 N. Kent Street, Room 1002, Arlington, VA 22209, USA.
- World Education, 210 Lincoln Street, Boston, MA 02111, USA.
- WHO: World Health Organization, Community Water Supply and Sanitation Unit, Division of Environmental Health, 20 Avenue Appia, Ch-1211 Geneva 27, Switzerland.
- World Neighbours, 5116 North Portland Ave, Oklahoma City, OK 73112, USA.

Contoh: Bekerja sama dalam Pendidikan Higiene

Pada bulan Oktober, wakil-wakil dari Dinas Kesehatan Kabupaten, Tim Kesehatan LSM dan Tim Animasi dari proyek penyediaan air sepakat untuk bekerja sama membuat rencana program pemeliharaan penyediaan air. Program pemeliharaan proyek penyediaan air memiliki banyak kesamaan dengan Program Pelayanan Kesehatan Dasar Kementerian Kesehatan. Keduanya bertujuan melatih penduduk desa yang dipilih untuk mempromosikan pesan-pesan kesehatan di desa, dan untuk mencoba mengorganisir kawan-kawannya sesama orang desa untuk menyebarkan kegiatan yang dapat meningkatkan kesehatan mereka yaitu menggunakan air bersih, dan membangun jamban. Kedua program itu mendidik para peserta pelatihan tentang penyakit-penyakit yang berhubungan dengan air. Di beberapa desa, orang-orang yang sama diseleksi untuk menjadi Petugas Pelayanan Kesehatan Dasar (PKD) dan untuk menjadi anggota Tim Pemeliharaan Sarana. Kedua program ini menghadapi permasalahan yang mendasar yaitu bagaimana merangsang para relawan untuk melaksanakan pekerjaan ini, dan tentunya memerlukan tindak lanjut yang dilakukan secara teratur. Pengalaman menunjukkan bahwa para Petugas PKD sering menghadapi kesulitan untuk meyakinkan penduduk desanya tentang perlunya pendidikan kesehatan. Mereka mengeluh bahwa mereka tidak didengarkan. Banyak petugas PKD yang memberi ceramah kepada penduduk desa; tetapi di desa yang struktur hirarkinya kuat, sulit untuk pemuda atau pemudi untuk menasehati orang yang lebih tua mengenai apa yang harus dilakukan. Keluhan-keluhan lain meliputi kurangnya dukungan, baik dari desa maupun dari institusi kesehatan. Pos-pos kesehatan tidak memiliki sumber daya manusia, sarana transportasi ataupun uang untuk dapat sering melakukan kunjungan ke desa. Komite Kesehatan Desa tidak berfungsi.

Oleh karena itu, para wakil dari badan-badan kesehatan yang berbeda dan dari proyek penyediaan air merasa bahwa akan berharga untuk melihat apakah kerja sama dapat mengatasi permasalahan tersebut. Sebagai langkah pertama, dipersiapkan program pelatihan bersama bagi para petugas PKD dan Tim Pemeliharaan sarana. Tim Pemeliharaan kini bergabung sebagai bagian dari pelatihan PKD yang mengajarkan tentang sebab-sebab dan pencegahan penyakit yang berhubungan dengan air.

Sebaliknya para petugas PKD ambil bagian dalam program pelatihan pemeliharaan proyek yaitu mengenai metode-metode komunikasi dan cara-cara pengorganisasian masyarakat.

Pelatihan tersebut meliputi:

1. Pelatihan kemampuan berkomunikasi dan organisasi – berbagai cara menyampaikan pesan, dan memobilisasi masyarakat untuk melaksanakan kegiatan.
2. Diskusi tentang tugas-tugas tim pemeliharaan dan petugas PKD, serta kegiatan mereka, permasalahan yang sering dihadapi serta cara penanganan yang dapat dilakukan.
3. Desain dari rencana kegiatan untuk berbagai tim pemeliharaan dan para petugas PKD guna menangani kebutuhan atau keinginan tertentu dari masyarakat desanya.
4. Diskusi tentang apa yang dirasakan oleh tim pemeliharaan dan para petugas PKD tersebut mengenai seberapa jauh desa tempatnya bekerja, badan-badan kesehatan, dan proyek penyediaan air memberi dukungan pada kegiatan mereka.

Sumber: Murre, T. (1990), hal. 9-10.

7. Penelitian Persiapan

Program pendidikan higiene yang berhasil tidak bisa dikembangkan dan dilaksanakan tanpa suatu pemahaman jelas tentang situasi lokal dan persepsi masyarakat mengenai permasalahan kesehatan dan cara penanganannya, sebagaimana telah dibahas sebelumnya pada Bab 2 dan 3. Alasan penelitian aspek-aspek sosial dan kesehatan pada dasarnya tidak berbeda dengan alasan untuk survey teknis. Siapa yang mau membuang-buang uang untuk pemboran dan penggalian lubang tanpa melakukan penelitian hidrogeologis terlebih dahulu? Hal yang sama juga berlaku pada integrasi komponen pendidikan higiene yang jelas tidak akan produktif. Alasan lain untuk melakukan penelitian mengenai aspek sosial dan kesehatan ialah bahwa aspek-aspek itu memiliki pengaruh yang penting pada suksesnya pengembangan komponen teknis. Sebagai contoh, dalam sebuah program sanitasi perkotaan, informasi tentang kepadatan penduduk dan cakupan jamban diperlukan untuk pengembangan rencana pendidikan higiene dan desain teknis.

7.1 Jenis informasi

Jenis dan kedalaman informasi yang diperlukan tergantung pada tahapan proyek dan alasan mengapa informasi itu dibutuhkan. Apabila keputusan mengenai lingkup program pendidikan higiene serta masukan yang diperlukan harus diputuskan pada awal proyek, maka mungkin cukup dengan melakukan perkiraan mengenai permasalahan kesehatan masyarakat yang berhubungan dengan air dan sanitasi, dan cara-cara yang mungkin dilakukan untuk menanggulangi masalah tersebut. Akan tetapi, untuk rencana pendidikan higiene yang terinci, perlu untuk mengetahui lebih dalam mengenai perilaku masyarakat, mengapa masyarakat berlaku seperti itu, kesulitan apa yang dihadapi masyarakat ketika berusaha untuk melakukan perbaikan-perbaikan, dan cara apa yang sesuai bagi proyek untuk membantu mengatasi kesulitan tersebut. Informasi ini juga membantu untuk menentukan kelompok-kelompok sasaran. Daftar pendek informasi yang bermanfaat seperti aspek-aspek sosial dan kesehatan disajikan dalam Tabel 3 di akhir Bab ini.

Masyarakat biasanya menggunakan tanah untuk mencuci tangan setelah buang air besar . Karena sabun di desa mahal bagi kebanyakan masyarakat rumah tangga, maka dalam program pendidikan higiene masyarakat disarankan untuk menggunakan abu sebagai bahan pembersih ketika mencuci tangan setelah buang air besar.

Sumber: Aziz, K.M.A. dkk (1990), hal. 6

7.2 Jenis penelitian

Pengumpulan informasi mengenai aspek-aspek sosial dan kesehatan pada tahap pertama proyek dikenal dengan beberapa nama. Nama-nama yang berbeda ini hanya sebagian yang mencerminkan jenis penelitian itu sendiri, seperti yang akan terlihat pada penjelasan singkat di bawah ini. Semuanya adalah semacam studi *baseline* (dasar) atau “evaluasi formatif”, dan dimaksudkan untuk membantu program pendidikan higiene guna membentuk dan menyediakan dasar bagi pemantauan dan evaluasi.

Analisa situasi

Analisa situasi biasanya merupakan suatu upaya yang lebih besar dalam mengumpulkan data yang diperlukan bagi perencanaan dan pengembangan program yang rasional. Analisa situasi berusaha untuk mengidentifikasi permasalahan utama yang mempengaruhi kesehatan, yang berkaitan dengan air dan sanitasi, dan kegiatan yang dapat dilaksanakan untuk peningkatan. Seringkali kegiatan ini merupakan kegiatan yang agak terpisah, lebih bertujuan mengusahakan agar proyek terinformasikan, daripada agar masyarakat termotivasi dan terlibat. Hasilnya biasanya berupa serangkaian data kuantitatif (misalnya jumlah penduduk) serta kualitatif yang biasanya bersifat umum (misalnya tentang situasi kesehatan yang umum atau penyediaan air yang telah diperbaiki dan perilaku pemakai).

Studi KAP

Studi KAP adalah suatu studi tentang *Knowledge* (pengetahuan), *Attitudes* (sikap) dan *Practices* (perilaku). Studi ini dimaksudkan untuk memberikan pemahaman yang lebih mendalam pada staf proyek mengenai pengetahuan, sikap dan perilaku masyarakat khususnya yang berkaitan dengan air, sanitasi dan kesehatan. Beberapa orang melakukan studi ini dengan asumsi yang keliru yaitu bahwa pengetahuan yang baik akan membawa pada sikap dan perilaku yang benar.

Sebagai contoh, Studi KAP bisa mengungkap bahwa mencuci tangan setelah membuang tinja bayi bukan perilaku yang biasa dilakukan, karena tinja bayi tidak dianggap kotor dan dapat menularkan penyakit. Maka keliru bila kita mengasumsikan bahwa masyarakat akan begitu saja mulai mencuci tangan ketika dijelaskan bahwa tinja bayi itu sama berbahayanya dengan tinja orang dewasa, dan bahwa karenanya mereka sebaiknya mencuci tangan setelah membuang tinja bayi. Penyampaian informasi tidak akan otomatis membawa pada perubahan perilaku (lihat juga Bab 2 dan 3). Namun bila pengetahuan, sikap dan perilaku tidak dianggap sebagai faktor adalah saling mempengaruhi, melainkan setiap faktor yang penting dan berpengaruh, maka hasil studi KAP akan sangat berharga bagi desain suatu program pendidikan higiene.

Studi *baseline*

Studi *baseline* lebih luas dari studi KAP. Studi ini seringkali mencakup lebih banyak informasi tentang sosio-ekonomi serta kondisi air dan sanitasi setempat. Kalau studi KAP terutama diarahkan pada individu dan rumah tangga, maka studi *baseline* juga mencakup seluruh penduduk. Hal ini penting, khususnya untuk suatu penelitian mengenai kesehatan lingkungan.

Kata 'baseline' sangatlah tepat, karena secara jelas memberikan pengetahuan mengenai informasi yang dikumpulkan, digunakan sebagai dasar dalam merencanakan program pendidikan higiene dan sebagai dasar untuk evaluasi program itu nantinya.

Definisi umum tentang "air minum yang baik" adalah air yang jernih, terasa manis (bebas dari rasa dan warna yang tak menyenangkan) dan bisa memasak makanan dengan baik/cepat. Sebaliknya, air yang buruk atau air yang tidak cocok untuk diminum, adalah air yang secara visual tidak jernih, berwarna, berasa atau berbau garam/logam dan memerlukan waktu lama untuk memasak padi-padian/biji-bijian.

Jadi, definisi umum tentang air minum yang baik mencakup sumber yang aman, maupun tak aman. Kriteria yang kini digunakan masyarakat untuk membedakan air minum yang "baik" dengan yang "buruk" juga membawa pada klasifikasi sumber air yaitu walaupun sebetulnya layak untuk diminum menjadi "tidak layak untuk diminum", misalnya air pompa tangan dari sumur dalam yang mungkin memiliki cita rasa logam/bermineral, atau penampilan yang agak kuning karena karat. Studi ini mengindikasikan bahwa ketika dihadapkan pada pilihan antara sebuah sumber air dengan pompa tangan dan sebuah sumur yang tak terlindungi, maka masyarakat seringkali lebih memilih air sumur untuk minum dan memasak

Sumber: Mukherjee, N. (1990), hal. 10.

7.3 Metode-metode penelitian

Observasi dan komunikasi

Pada dasarnya, ada dua cara untuk mengumpulkan informasi mengenai aspek-aspek sosial dan kesehatan:

- observasi (melihat, membaui, meraba, mendengar, mengecap); dan
- komunikasi (mewawancarai, berdiskusi, membaca, menulis).

Metode-metode observasi dan komunikasi dapat digunakan untuk mengumpulkan baik informasi kuantitatif, maupun kualitatif. Sebagai contoh, wakil masyarakat yang melaporkan bahwa masyarakat menolak penyediaan air yang baru karena rasanya, memberikan informasi kualitatif; sedangkan menghitung jumlah orang yang menolak air untuk minum karena rasanya, memberikan informasi kuantitatif.

Informasi kualitatif versus informasi kuantitatif

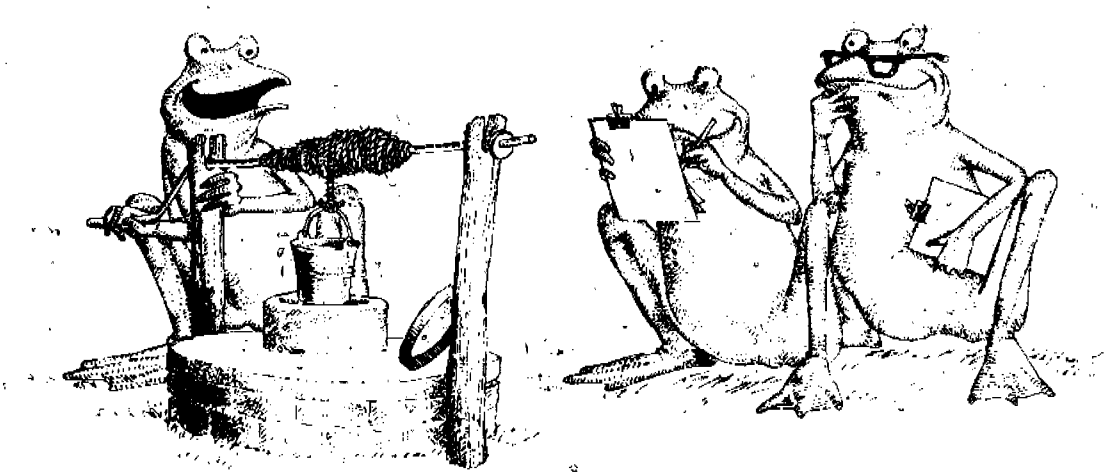
Informasi kuantitatif dikumpulkan melalui survey dengan menanyakan paket pertanyaan yang sama kepada sejumlah individu atau kelompok, atau dengan mengamati hal-hal yang sama dalam sejumlah situasi. Lembar-lembar kuisioner dan observasi digunakan untuk mengumpulkan informasi ini, yang setelah ditabulasi dan dianalisa akan memberikan informasi statistik. Data kualitatif biasanya dikumpulkan dengan cara yang kurang terstruktur atau ditetapkan sebelumnya. Tetapi hanya menggunakan daftar hal-hal pokok yang diperlukan.

Informasi kualitatif atautkah kuantitatifkah yang dibutuhkan, tergantung dari tujuan pengumpulan informasi tersebut. Studi kualitatif menghasilkan lebih banyak pengertian mendalam tentang mengapa masyarakat berpikir dan berperilaku seperti itu. Studi-studi kuantitatif mengungkap jangkauan situasi atau perilaku tertentu. Penelitian kualitatif diperlukan untuk merencanakan kegiatan pendidikan higiene, sedangkan penelitian kuantitatif berguna untuk dasar dalam merencanakan jumlah personel dan uang yang diperlukan, serta sebagai dasar bagi pemantauan dan evaluasi.

Pertimbangan-pertimbangan lain barangkali juga perlu dipikirkan. Apabila sumber daya manusia dan waktu terbatas, maka bisa dipilih studi kualitatif. Juga, kadang-kadang beberapa informasi terlalu politis, terlalu pribadi atau terlalu sensitif untuk dikumpulkan dengan cara kuantitatif. Apabila para petugas yang perannya penting bagi keberhasilan program pendidikan higiene merasakan perlunya informasi kualitatif maupun kuantitatif, maka permasalahan ini hendaknya dipertimbangkan dengan cermat, sehingga hasil penelitian nantinya benar-benar digunakan dan dimanfaatkan.

Apapun keputusan yang diambil, studi kuantitatif yang baik seperti survey dengan kuisioner, tetap memerlukan penelitian kualitatif, karena seseorang harus mengetahui pertanyaan apa yang akan ditanyakan, dan dengan cara apa agar

bisa mendapatkan hasil yang bermanfaat. Seringkali staf proyek ingin melompat langsung ke pelaksanaan penelitian dengan kuisisioner, dan akan berakibat hasil yang buruk atau kurangnya informasi tentang aspek-aspek yang justru penting untuk diketahui.



Observasi dan komunikasi untuk berbagi informasi

Sumber informasi

Informasi bisa dikumpulkan dengan berbagai cara, misalnya:

- **diskusi informal** dengan individu-individu dan kelompok-kelompok;
- **wawancara** (diskusi dengan menggunakan daftar hal-hal pokok) dengan individu-individu seperti anggota rumah tangga, guru sekolah dasar, wakil masyarakat, petugas kesehatan, pemimpin perempuan;
- **wawancara kelompok** (diskusi bersama dengan menggunakan daftar hal-hal pokok), misalnya dengan para ibu yang mempunyai anak kecil, para anggota organisasi lokal, kelompok, RT, anak-anak usia sekolah;
- **wawancara terfokus dalam kelompok**, anggota kelompok yang bervariasi latar belakangnya dapat bertukar pikiran dengan bebas mengenai masalah tertentu.
- **survey rumah tangga dengan menggunakan kuisisioner**, disini perlu ketelitian agar bukan hanya laki-laki atau perempuan saja yang tercakup diwawancarai agar hasil yang didapat tidak terdistorsi;
- **observasi pada rumah tangga dan masyarakat**, misalnya dengan mengunjungi lokasi air dan sanitasi dengan cara berjalan mengelilingi lingkungan setempat;

- **observasi pada peserta penelitian**, peneliti tinggal selama beberapa minggu atau beberapa bulan di wilayah tersebut, mengamati dan mencatat kegiatan dan kejadian kehidupan sehari-hari;
- **penyaringan** dokumentasi dan data statistik yang tersedia.

Seringkali yang paling baik adalah metode campuran, tergantung pada **informasi apa** yang dibutuhkan, karena **alasan apa**, dan pada **tahap apa** dari proyek. Sudah menjadi kesepakatan, seseorang hendaknya mulai dengan suatu penyaringan cepat terhadap informasi dari dokumen-dokumen dan tokoh-tokoh kunci yang tersedia (tokoh-tokoh kunci adalah orang-orang yang berpengetahuan luas mengenai suatu pokok persoalan yang relevan, misalnya seorang dokter pada masalah kesehatan). Seringkali terdapat jauh lebih banyak informasi yang tersedia daripada yang diharapkan. Setelah itu, baru menentukan mengenai informasi tambahan **apa** yang dibutuhkan, dan **dari siapa**, untuk memungkinkan bagi pengambilan keputusan dan pengembangan program.

Banyak buku menyediakan perangkat dan panduan berharga tentang pengumpulan informasi mengenai aspek-aspek sosial dan kesehatan, dan pembaca dapat membaca jika mereka ingin melakukan studi. Diskusi kelompok terfokus akhir-akhir ini sangat dipromosikan. Sebuah contoh dapat dilihat pada akhir bab ini.

7.4 Frekuensi, sumber daya manusia dan waktu yang diperlukan

Frekuensi dan waktu yang diperlukan

Walaupun seringkali diklaim bahwa penelitian sosial dan kesehatan memerlukan lebih banyak waktu dibandingkan penelitian teknis, namun pengalaman menunjukkan bahwa hal ini tidak benar. Permasalahannya lebih pada kenyataan bahwa penelitian sosial dan kesehatan terkesan menyita banyak waktu, karena kurangnya pengenalan terhadap apa yang dibutuhkan untuk studi seperti itu, atau dikarenakan terlambat dimulai.

Studi persiapan pada fase pertama proyek biasanya dapat dilakukan dalam waktu yang sama yang tersedia bagi penelitian teknis yang direncanakan pada tahap tersebut. Walaupun terdapat juga kasus-kasus ekstrem di mana studi persiapan seperti itu memerlukan waktu setahun penuh atau hanya dua minggu, tetapi pada umumnya memerlukan waktu beberapa bulan saja. Penelitian awal biasanya hanya dilakukan oleh ahli saja, dan hanya diulangi pada waktu evaluasi atau untuk persiapan periode proyek yang baru.

Tidak ada aturan mengenai frekuensi untuk penelitian persiapan tertentu atau yang lebih terinci. Yang penting adalah tepat waktu, dalam menanggapi suatu permasalahan atau kebutuhan informasi untuk perencanaan proyek. Lebih baik melakukan beberapa penelitian skala kecil, sehingga bisa diintegrasikan dengan

mudah ke dalam berbagai kegiatan yang sedang berlangsung, daripada melakukan satu penelitian besar yang menyita banyak waktu sehingga menunda hasilnya untuk dapat dimanfaatkan proyek. Sebagai contoh, penelitian sosial dan kesehatan yang khusus dilakukan untuk pengembangan rencana pendidikan higiene diperkirakan memerlukan waktu sekitar tiga bulan. Sebagai awal kegiatan tertentu dengan kelompok sasaran tertentu pula dilakukan penelitian singkat pada setiap kelompok masyarakat yang menjadi kelompok sasaran proyek, dan penelitian dilakukan langsung ke pokok permasalahan. Penelitian seperti ini bisa memerlukan satu atau dua hari atau bisa juga satu atau dua minggu.

Sumber daya manusia dan dukungan yang diperlukan

Penelitian persiapan ini paling baik dilaksanakan oleh staf yang bertanggung jawab pada komponen pendidikan higiene bersama dengan kelompok masyarakat tersebut. Penelitian ini juga merupakan kesempatan yang baik untuk mengenal situasi setempat dan masyarakat di wilayah itu, sehingga menjadi lebih mudah untuk menghubungkan hasil penelitian dengan penyiapan rencana kegiatan pendidikan kesehatan. Dalam melaksanakan penelitian ini, seringkali tenaga lapangan dapat banyak membantu baik sebagai pemberi informasi maupun dalam mengumpulkan informasi dan juga ikut dalam pengembangan rencana tindakan pendidikan higiene.

Staf dan masyarakat yang belum berpengalaman dalam penelitian memerlukan bimbingan dan dukungan dalam merencanakan penelitian, menganalisa temuan-temuannya serta dalam kedisiplinan pada waktu yang ditetapkan. Bimbingan ini bisa diberikan oleh peneliti manapun yang berpengalaman baik dari dalam maupun luar proyek.



Kita bisa melakukan dengan lebih baik dengan penelitian yang partisipatif.

- Penelitian direncanakan dan dilaksanakan dengan partisipasi maksimal dari masyarakat.
- Hendaknya ditunjuk satu orang sebagai koordinator penelitian.
- Hendaknya tak lebih dari dua atau tiga staf yang bertanggung jawab untuk penelitian tersebut.
- Hendaknya rencana penelitian dipersiapkan sedemikian sehingga sesuai dengan tujuan penelitian, metode penelitian, staf yang menangani, waktu, anggaran serta logistik yang diperlukan. Susunan rencana seperti itu dapat dibuat dalam beberapa halaman saja.
- Hendaknya rencana penelitian diteliti kembali sebelum dilaksanakan:
 - Tujuan penelitian hendaknya sesuai dengan tujuan proyek, permasalahan yang ada dan kebutuhan informasi.
 - Total waktu yang diperlukan untuk penelitian hendaknya mengikuti aturan setengah-setengah. Yaitu persiapan dan pengumpulan informasi hendaknya tidak menyita lebih dari 50% dari total waktu. Analisa informasi yang dikumpulkan, pelaporan dan penggunaan temuan-temuan informasi untuk rencana pendidikan higiene memerlukan jumlah waktu yang sama yaitu yang setengah lagi. Kita sering kurang menyadari hal ini.
 - Metode penelitian hendaknya dibuat sesederhana mungkin, namun akan memberikan hasil yang bermanfaat (lihat bagian 7.3).
 - Sumber daya manusia, waktu, anggaran dan logistik yang diperlukan untuk pengumpulan informasi hendaknya dihitung berdasarkan metode penelitian yang akan diterapkan (misalnya waktu yang diperlukan untuk satu wawancara, jumlah wawancara, jumlah pewawancara, pelatihan terhadap pewawancara, tunjangan untuk kegiatan keluar siang/malam, transport, alat tulis-menulis). Apabila lebih banyak waktu, uang atau tenaga manusia yang akan dilibatkan dibandingkan dengan yang tersedia, maka rencana metode penelitian tersebut harus diperbaiki.
- Hendaknya rencana penelitian didiskusikan dengan staf teknis, bukan hanya untuk menjelaskan soal penelitian, melainkan juga untuk mendapatkan masukan mereka serta kerjasama dan dukungan mereka bila perlu.
- Hendaknya diadakan pertemuan-pertemuan singkat yang teratur guna mendiskusikan kemajuan penelitian, bukan hanya untuk pengarahan, melainkan juga untuk pengelolaan tepat waktu serta refleksi awal perkembangan rencana pendidikan higiene.
- Hendaknya temuan-temuan dalam bentuk draft didiskusikan dengan staf teknis. Hal ini perlu bukan hanya untuk pekerjaan mereka sendiri, melainkan juga supaya mereka dapat menghargai kerja staf pendidikan, serta minat dan prioritas dari kelompok masyarakat.
- Hendaknya rencana pendidikan higiene dikembangkan dengan konsultasi yang erat dengan staf teknis.

Tabel 3: Rentang informasi sosial dan kesehatan yang berguna dan mungkin

1. Demografi

- Jumlah penduduk, kepadatan, tingkat pertumbuhan, mobilitas (lelaki, perempuan);
- Kelompok masyarakat (sosial, ekonomi, etnis, keagamaan);
- Jumlah anggota dan komposisi rumah tangga (gambaran-gambaran khusus seperti perempuan yang menjadi kepala rumah tangga, rumah tangga multi-keluarga);
- pembagian tugas dan tanggung jawab dalam rumah tangga, peran perempuan.

2. Perumahan

- Struktur pemukiman;
- Jenis rumah, kondisi fisik dan letaknya;
- Jenis material bangunan yang digunakan;
- Ruang yang tersedia di dalam dan di luar rumah;
- Sarana air dan sanitasi di dalam rumah .

3. Infrastruktur

- Jalan, kondisi jalan/transportasi umum;
- Sekolah dasar untuk anak-anak perempuan/laki-laki, sekolah menengah untuk anak-anak perempuan/laki-laki;
- Pusat pelayanan kesehatan dasar, klinik kesehatan;
- Toko, pasar, kantor pos;
- Tempat ibadah (mesjid, gereja, candi), balai desa;
- Industri kecil, pabrik;
- Sarana penyediaan air dan sanitasi (publik, pribadi);
- Kebutuhan/hambatan untuk memperbaiki sarana yang ada.

4. Kesehatan

- permasalahan kesehatan yang paling dirasakan terutama penyakit-penyakit yang berhubungan dengan air dan sanitasi (berkaitan dengan kelompok-kelompok gender, usia dan sosio-ekonomi);
- kondisi-kondisi musiman;
- pengetahuan dan persepsi mengenai penyakit dan kesehatan (berkaitan dengan kelompok gender, usia dan sosio-ekonomi);
- Penggunaan layanan-layanan kesehatan pemerintah dan non-pemerintah (berkaitan dengan kelompok gender, usia dan sosio-ekonomi);
- Tersedianya tenaga kesehatan (gender, tingkat pendidikan dan pelatihan);
- Adanya kegiatan pendidikan kesehatan baik formal maupun informal;
- Bahaya kesehatan yang berkaitan dengan kondisi lingkungan.

5. *Tersedianya air*

- sumber air, mata air, jarak, mudah didapat/tidak, keandalannya, kuantitas, kualitas (berkaitan dengan kondisi sosio-ekonomi);
- variasi musim;
- biaya air, penjualan air;
- langkah penanggulangan/resiko pada kesehatan sumber/mata air;
- hak atas air dan manajemen sumber air.

6. *Perilaku penggunaan air (berkaitan dengan kelompok gender, usia dan sosio-ekonomi)*

- sumber air yang dipilih;
- pengambilan air, pengangkutan dan penyimpanan air;
- penggunaan air untuk pribadi dan domestik (minum, cuci tangan, mandi, mencuci pakaian, mencuci piring, mencuci sayuran, membersihkan, cebok);
- air yang digunakan untuk hewan, berkebun dan kegiatan produktif lainnya;
- kuantitas air, penggunaan kembali air;
- kriteria yang diterapkan untuk memutuskan air yang akan digunakan untuk keperluan yang berbeda;
- hambatan diterimanya perubahan perilaku.

7. *Perilaku sanitasi (berkaitan dengan kelompok gender, usia dan sosio-ekonomi)*

- Cara buang air besar yang dilakukan;
- bahan yang digunakan untuk membersihkan dan wudu (membersihkan diri) (juga kebiasaan mandi di jamban);
- kepercayaan dan hambatan yang berhubungan dengan penggunaan jamban (misalnya lokasi, penggunaan bersama);
- pembersihan dan pemeliharaan jamban;
- pengosongan dan penggunaan kembali limbah jamban;
- pembuangan air limbah dan limbah padat;
- cara penyimpanan, pengolahan dan penyiapan makanan;
- higiene rumah tangga/dapur;
- ketersediaan dan penggunaan sabun untuk kebersihan diri
- hambatan-hambatan diterapkannya perubahan perilaku.

8. *Pekerjaan*

- pekerjaan utama dan perkiraan distribusinya (laki-laki, perempuan);
- lapangan pekerjaan berdasarkan musim (tergantung pada musim).

9. *Organisasi dan partisipasi*

- organisasi lokal dan tipe keanggotaan;
- pemimpin-pemimpin lokal (laki-laki, perempuan) dan struktur kepemimpinan, pengambilan keputusan lokal;

- para pemimpin dan tokoh kunci informal (laki-laki, perempuan);
- faktor-faktor sosial atau politik setempat yang menonjol yang mungkin mempengaruhi partisipasi;
- minat dan partisipasi sebelumnya pada kegiatan air dan sanitasi atau kegiatan pembangunan lainnya (berkaitan dengan gender, usia dan sosio-ekonomi);
- Hal penting yang akan mempengaruhi diterima/tidaknya orang luar untuk bekerja di wilayah proyek;
- tradisi dan perilaku masyarakat setempat dalam pengoperasian, pemeliharaan dan perbaikan sarana penyediaan air, sanitasi dan lainnya.

10. *Minat*

- adanya minat yang tinggi dalam masyarakat (laki-laki, perempuan) untuk memperbaiki sarana penyediaan air dan sanitasi, dibandingkan dengan perbaikan sarana lain;
- adanya komitmen pimpinan untuk perbaikan;
- adanya akses yang seimbang antara sumberdaya dan kegiatan proyek.

11. *Kemauan dan kemampuan untuk membayar (berkaitan dengan gender dan sosio-ekonomi)*

- kepemilikan tanah, rumah, kekayaan pribadi;
- penghasilan;
- pola pembelanjaan;
- kebiasaan meminjam dan menabung.

12. *Tersedianya teknologi dan sumberdaya lokal*

- tersedianya material bangunan lokal;
- tersedianya tenaga kerja yang trampil maupun tidak trampil (laki-laki, perempuan, dengan mempertimbangkan variasi musiman);
- tersedianya sarana dalam hubungannya dengan teknologi (misalnya air untuk jamban siram).

13. *Pendidikan dan komunikasi (berkaitan dengan gender, usia dan sosio-ekonomi)*

- tingkat pendidikan dan literasi;
- jumlah anak yang sekolah (laki-laki, perempuan), putus sekolah;
- jumlah guru, tingkat pendidikan dan pelatihan;
- pendidikan dan pelatihan kejuruan untuk orang dewasa;
- tersedianya dan pentingnya jalur-jalur komunikasi (dari mulut ke mulut, sampai televisi).

Diadaptasi dari: Simpson-Hebert, M. (1983).

Contoh: Penjelasan Tentang Wawancara Kelompok Terfokus

Wawancara kelompok terfokus memberi kesempatan pada kelompok kecil yang anggotanya homogen untuk saling bertukar pendapat secara bebas tentang suatu pokok bahasan. Dengan demikian, wawancara kelompok terfokus pada kenyataannya bukanlah sebuah wawancara, melainkan saling tukar pendapat di antara anggota kelompok tersebut. Tanggung jawab fasilitator atau moderator (perhatikan, bukan pewawancara) adalah membiarkan tukar pendapat ini terjadi, dan bukan membatasi ataupun mencegahnya. Pengalaman menunjukkan bahwa dalam kondisi seperti itu, para peserta lebih bisa menguraikan dan mengungkapkan lebih banyak keruwetan dan kesulitan sikap serta persepsi mereka, dibandingkan apabila mereka diwawancara langsung. Jadi, tujuan diskusi kelompok terfokus adalah untuk mendapatkan pemahaman yang lebih dalam tentang sikap, persepsi, kepercayaan-kepercayaan dan harapan-harapan dari suatu kelompok orang tertentu, sehingga dapat membuat rencana program pendidikan higiene yang relevan.

Biasanya ada 6 sampai 12 orang yang berpartisipasi dalam sebuah wawancara kelompok terfokus. Namun demikian, diskusi ini juga bisa dilaksanakan dengan jumlah partisipan yang lebih sedikit tanpa berpengaruh negatif pada kualitas tukar pendapat. Akan tetapi perlu diperhatikan bahwa kelompok bersifat homogen agar bisa mendapatkan masukan lebih banyak. Untuk memastikan bahwa partisipan dalam kelompok terfokus cukup dapat mewakili kelompok sasaran yang lebih besar (lihat Bab 8), maka barangkali untuk secara singkat memeriksa hasil wawancara kelompok terfokus dengan sejumlah orang, dengan menggunakan metode kuantitatif.

Panduan umum untuk melaksanakan sebuah wawancara kelompok terfokus diringkas sebagai berikut:

1. Elaborasikan panduan pertanyaan yang akan digunakan oleh moderator dalam merangsang pendapat dan diskusi.
2. Susunlah pertanyaan-pertanyaan itu dalam bentuk kalimat sehingga tidak hanya memerlukan sekedar jawaban ya atau tidak, akan tetapi lebih pada apa yang dilakukan oleh mereka itu, bagaimana perasaan mereka dan apa pendapat mereka, dan bukan hanya jawaban-jawaban singkat.
3. Dengarkanlah jawaban-jawaban itu dengan baik, karena cara mereka mengekspresikan atau menjelaskan sama pentingnya dengan isi jawaban

itu sendiri karena ekspresi, perasaan dan pilihan kata dapat membawa pada arah tertentu dan mempengaruhi pertukaran pendapat, atau menambah informasi.

4. Rumuskanlah pertanyaan-pertanyaan baru berdasarkan tanggapan yang ada, atau merangsang yang lain untuk berpartisipasi.
5. Ketika berhadapan dengan rasa enggan atau keraguan, maka pakailah sistim tak langsung yaitu dengan menggunakan orang ketiga pada pertanyaan yang diajukan tersebut, dan bukan langsung kepada responden.
6. Catat atau rekamlah keseluruhan jalannya diskusi sehingga pertukaran pendapat nantinya dapat dipahami dengan baik dan juga mengungkap hal-hal yang mungkin belum diperhatikan pada waktu diskusi berlangsung.

Sumber: Manoff, R.K. (1985), hal. 124-126.

8. Tujuan, Sasaran dan Kelompok Sasaran

8.1 Menentukan tujuan dan sasaran

Tujuan dan sasaran program pendidikan higiene mulai dari:

- tujuan proyek secara umum (lihat Bab 1);
- hasil pengamatan kegiatan pendidikan kesehatan dan/atau higiene yang ada di wilayah proyek (lihat Bab 6);
- hasil penelitian persiapan di masyarakat (lihat Bab 7).

Tujuan proyek secara umum

Tujuan proyek secara umum merupakan kerangka luas untuk kemudian dibuat tujuan-tujuan pendidikan higiene yang lebih khusus. Walaupun hal ini nampaknya sudah jelas, namun seringkali dilupakan. Bisa terjadi, dalam suatu proyek penyediaan air di mana komponen pendidikan higiene juga diharapkan melakukan promosi jamban, walaupun tidak dinyatakan dalam tujuan umum, dan tidak ada sumber daya manusia serta dana yang memadai. Dalam kasus seperti itu, persoalannya adalah apakah tujuan umum proyek harus diperluas, ataukah tujuan pendidikan higiene yang dikurangi.

Kebalikannya bisa juga terjadi. Sebagai contoh, sebuah proyek sanitasi perkotaan memang memiliki tujuan pendidikan higiene untuk program pembuangan limbah padat, dan bukan untuk program jamban yang baru akan dimulai setengah tahun kemudian. Karena manajemen proyek tidak mengenali adanya masalah ini pada waktunya, maka proyek berakhir kekurangan dana dan sumber daya manusia untuk mempromosikan pembangunan dan penggunaan jamban.

Melihat pada kegiatan pendidikan higiene yang ada

Melihat kegiatan pendidikan higiene dalam hubungannya dengan perkiraan tersedianya sumber daya manusia dan anggaran dari berbagai sumber, akan memberikan informasi yang berguna, untuk memfokuskan program pendidikan higiene. Sebagai contoh, ketika pendidikan higiene di sekolah masih merupakan hal yang belum tersentuh, maka diputuskan untuk tidak memfokuskannya di sekolah-sekolah, sebagai gantinya, cukup dengan memberikan perhatian khusus. Pada kasus kedua jelas bahwa, ada pekerjaan besar bagi staf pendidikan proyek. Atau, apabila Program Pelayanan Kesehatan Dasar berjalan baik, maka tujuan khusus

pendidikan higiene dapat difokuskan pada pembangunan hubungan yang erat antara kegiatan PKD dengan kegiatan proyek penyediaan air dan sanitasi, dengan begitu berarti memerlukan lebih sedikit staf proyek maupun dana.

Penelitian di tingkat komunitas

Penelitian persiapan di masyarakat juga akan memberikan informasi yang penting untuk merumuskan tujuan dan sasaran yang masuk akal. Sebagai contoh, suatu penelitian *baseline* bisa menunjukkan bahwa air limbah rumah tangga yang dibuang lewat saluran di halaman dapat menjadi masalah serius; bahwa masyarakat hanya memiliki sedikit pengetahuan tentang berbagai pilihan jamban yang sesuai dengan keinginan mereka; bahwa organisasi masyarakat masih lemah; bahwa masyarakat mempunyai keinginan khusus berkenaan dengan sumber air yang berbeda untuk kebutuhan akan air yang berbeda pula; bahwa mencuci tangan umumnya dianggap sebagai perilaku yang penting, namun anak-anak, umumnya lupa untuk melakukannya.

Proses bertahap

Merumuskan tujuan dan sasaran biasanya merupakan suatu proses yang bertahap. Pada awal proyek, biasanya hanya informasi umum yang tersedia, maka tujuan komponen pendidikan higiene juga disebut berdasarkan tujuan umum proyek. Pada tahap pertama proyek, ketika lebih banyak informasi dan pengalaman tersedia, maka tujuan dan sasaran yang lebih spesifik dapat dirumuskan.

Di tingkat masyarakat, perumusan sasaran yang realistis hanya bisa diperoleh bila dilakukan bersama dengan masyarakat setempat, karena prioritas, kondisi dan perilaku masyarakat bervariasi dari satu tempat ke tempat lainnya. Sebagai contoh, sebuah penelitian menunjukkan bahwa di satu tempat, kondisinya mendukung untuk promosi jamban, tetapi tidak cocok untuk tempat lain. Tempat pertama berpenduduk padat dan kebanyakan rumah tangga telah memiliki jamban, walaupun bukan model yang baik (memenuhi standar sanitasi). Sedangkan di tempat lainnya, kepadatan penduduk rendah dan selama ini mereka buang air besar di tempat terbuka, dan kondisi tanah tak memungkinkan untuk pembangunan jamban cemplung. Jelas bahwa untuk kedua tempat tersebut, sasaran untuk perbaikan sanitasi tidak bisa sama, atau paling tidak bukan pada periode yang sama.

8.2 Kebutuhan untuk tujuan yang jelas

Permasalahan umum dalam program pendidikan higiene ialah bahwa tujuannya tidak dirumuskan dengan baik atau kadang-kadang bahkan tidak dirumuskan sama sekali. Tidak adanya tujuan yang jelas menyebabkan ketidak-tahuan baik pada

staf teknis, maupun staf pendidikan mengenai apa yang seharusnya dicapai oleh program pendidikan higiene dalam periode waktu berapa lama.

Tanpa adanya tujuan pendidikan higiene yang jelas, staf teknis seringkali cenderung untuk memiliki harapan yang terlalu tinggi pada perubahan dan perbaikan yang dapat dihasilkan oleh pendidikan higiene bagi keberhasilan keseluruhan proyek. Harus diingat bahwa pendidikan higiene memang bisa membawa perubahan akan tetapi hanya untuk hal yang realistis. Sebagai contoh, pendidikan higiene berperan penting dalam meningkatkan kesediaan masyarakat untuk berkontribusi pada biaya pemeliharaan sarana penyediaan air perpipaan, tetapi tidak mungkin akan terjadi bila kontribusi yang diminta di luar kemampuan para pengguna, atau bila kran air ditempatkan di lokasi yang kurang sesuai ataupun bila aliran air tidak dapat diandalkan (lihat Bab 2).

Tujuan pendidikan higiene yang kurang jelas juga meningkatkan kemungkinan staf pendidikan akan terjerumus pada pelaksanaan kegiatan pendidikan higiene tanpa mempertimbangkan mana yang perlu diprioritaskan dan waktu yang tepat. Hal ini bisa dengan mudah berakibat pada banyak kerja yang dilakukan tetapi hasilnya sedikit atau bahkan tidak ada.



Pendidikan higiene akan lebih efektif dengan adanya fokus yang jelas.

Persyaratan tujuan yang jelas

Penting untuk membuat tujuan pendidikan higiene yang praktis sehingga:

- Jelas baik bagi staf teknis maupun staf pendidikan mengenai apa yang seharusnya dicapai oleh program pendidikan higiene dalam periode waktu berapa lama;
- panduan pengintegrasian komponen proyek teknis dan non-teknis;
- Sebagai dasar untuk merumuskan rencana kerja, dengan mempertimbangkan waktu, uang dan sumber daya manusia;
- kriteria untuk pemantauan dan evaluasi pada kemajuan dan hasil kegiatan.

Beberapa contoh tentang tujuan untuk program pendidikan higiene diberikan di akhir bab ini. Contoh-contoh tersebut hanya sebagai ilustrasi, dan menunjukkan bahwa tidak ada aturan yang pasti dalam merumuskan tujuan.

8.3 Menetapkan kelompok sasaran

Kelompok sasaran langsung

Kelompok-kelompok sasaran langsung bagi pendidikan higiene adalah seluruh penduduk yang ada di lokasi proyek. Kesehatan masyarakat dan keluarga akan menjadi baik jika mereka memiliki akses pada sarana penyediaan air dan sanitasi dan menggunakannya untuk higiene .

Namun demikian, tidak semua orang dalam suatu kelompok masyarakat itu sama dan memiliki kehidupan yang sama. Terdapat perbedaan-perbedaan sosio-ekonomi, rumahnya berbeda, dan juga latar belakang politik, budaya dan agama yang berbeda pula. Selain itu perilaku laki-laki dan perempuan juga berbeda, demikian pula anak-anak.

Dalam program promosi sanitasi, salah satu sebab yang diketahui sebagai penyebab kurang berhasilnya program adalah bukan kurangnya perhatian pada berbagai kelompok sasaran. Akan tetapi kegiatan lebih difokuskan pada laki-laki dewasa, dan tidak menyertakan perempuan, anak-anak dan kelompok pemuda. Juga kurangnya perhatian pada penduduk yang hanya menyewa rumah yang ditempatinya sehingga mereka menolak untuk melakukan perubahan, atau keluarga yang terlalu miskin sehingga tidak mampu untuk membayar pinjaman untuk sarana sanitasi.

Sumber: Simpson-Hebert, M. (1987), hal. 13.

Perbedaan yang ada di masyarakat mencerminkan perbedaan permasalahan kesehatan dan higiene, dan perbedaan prioritas serta kemungkinan untuk mengurangi risiko kesehatan yang disebabkan oleh air dan sanitasi. Perbedaan-perbedaan ini harus dikenali dengan baik yaitu dengan mengenali kelompok sasaran tersebut. Penelitian persiapan di tingkat masyarakat akan memberikan informasi berharga mengenai perbedaan yang ada di suatu wilayah.

Apabila waktu, uang dan sumber daya manusia terbatas, maka kelompok sasaran yang diprioritaskan harus diseleksi. Biasanya perempuan dari lapisan sosio-ekonomi yang rendah, atau perempuan yang memiliki anak di bawah lima tahun merupakan pilihan pertama. Dalam memfokuskan perhatian pada perempuan, ada tiga hal yang harus diingat:

- waktu bagi perempuan mungkin terbatas dikarenakan banyaknya tugas yang harus dikerjakan bagi keluarganya serta untuk mengurus pekerjaan rumah tangga, oleh karena itu perlu jam kerja yang fleksibel bagi para penyuluh higiene;
- perempuan hendaknya tidak diperlakukan hanya dalam perannya sebagai istri, ibu dan perawat rumah; mereka memiliki banyak pendapat mengenai pilihan teknologi, posisi penempatan sarana, kontribusi dana dan semacamnya untuk, operasional dan pemeliharaan sarana;
- dalam memfokuskan perhatian pada perempuan, laki-laki hendaknya jangan sama sekali ditinggalkan, bukan hanya karena kebanyakan lelaki dewasa adalah suami dan ayah, sehingga terlibat dalam urusan keluarga, melainkan juga karena laki-laki juga memiliki kebutuhan serta tanggung jawab untuk hal yang berhubungan dengan air dan sanitasi.

Tidaklah mudah untuk memutuskan di mana tempat penampungan air harus ditempatkan. Kelompok yang berbeda: lelaki dewasa, perempuan tua dan muda, desa yang berbeda, seringkali memiliki kepentingan dan motif yang berbeda. Sebagai contoh, laki-laki menginginkan air yang berlimpah untuk ternaknya, dan adanya penampungan air untuk ternak akan meningkatkan prestise desa itu. Perempuan muda, yang biasanya bertanggung jawab mengambil air, ingin memiliki sarana air yang sedekat mungkin dengan rumah, dan kalau tempat penampungan itu lokasinya lebih jauh dibandingkan empang yang biasa digunakan, maka tentunya mereka akan mengambil air dari empang saja, sejauh air itu dianggap bersih. Proyek tahu bahwa air empang tercemari oleh cacing guinea, sehingga tidak cocok untuk keperluan air minum, namun masyarakat tidak yakin bahwa penyakit cacing guinea berasal dari air itu.

Walaupun ada kesulitan ini, namun dengan komunikasi bertahap antara kelompok-kelompok masyarakat tersebut dengan proyek, dan dengan membangun pendidikan higiene melalui diskusi-diskusi kelompok, maka sangat mungkin untuk sampai pada suatu persetujuan yang memuaskan semua pihak.

Sumber: Murre, T. (1990), hal. 3

Kelompok sasaran tak langsung

Di tingkat masyarakat, kita dapat menemukan orang-orang yang dapat melakukan peran kunci untuk promosi pendidikan higiene yaitu sebagai motivator dan penyuluh lokal pada berbagai kelompok masyarakat yang ada. Pengidentifikasi orang-orang ini hendaknya didasarkan atas pilihan yang dilakukan oleh kelompok

masyarakat itu sendiri dan juga dengan mengacu pada penelitian-penelitian persiapan. Bab 2 dan 3 menunjukkan bagaimana anggota masyarakat yang dihormati bisa memainkan peran penting dalam mempromosikan perilaku higiene. Untuk mewujudkan hal ini, mereka memerlukan pelatihan dan dukungan khusus, dan program pendidikan higiene harus memberikannya. Peran dan pelatihan para motivator serta penyuluh lokal akan dibahas lebih lanjut dalam Bab 11.

Pada banyak proyek penyediaan air dan sanitasi, pengurus penyediaan air dan sanitasi atau pengurus kesehatan masyarakat dibentuk untuk merencanakan, melaksanakan, mengoperasikan serta memelihara sarana yang dibangun. Dalam hal ini, dapat dibahas dan diputuskan bersama bahwa program pendidikan higiene dilaksanakan oleh para anggota pengurus tersebut. Para anggota pengurus kemudian diberi pelatihan khusus untuk dapat berperan sebagai promotor higiene pada para tetangga dan anggota masyarakatnya.

Kelompok sasaran menengah/antara

Kelompok sasaran untuk pendidikan higiene bukan hanya masyarakat di tingkat bawah saja. Untuk mengurangi risiko kesehatan dari air dan sanitasi, kelompok sasaran menengah juga perlu diperhatikan. Sebuah gambaran menyeluruh disajikan pada Tabel 2, di akhir Bab 1. Beberapa kelompok sasaran menengah yang utama adalah:

- staf teknis yang memerlukan pengetahuan lebih jelas mengenai aspek sosial dan kesehatan yang berhubungan dengan penyediaan air dan sanitasi, dan bertindak sebagai mitra dalam program pendidikan higiene;
- tenaga lapangan setempat dari organisasi pemerintah dan non-pemerintah yang bisa berperan aktif dalam kegiatan pendidikan higiene di tingkat masyarakat selama berlangsungnya tahapan-tahapan proyek;
- staf tingkat propinsi dan kabupaten dari berbagai organisasi pemerintah dan non-pemerintah, untuk menciptakan dukungan bagi kerjasama pendidikan higiene yang terintegrasi;
- wakil-wakil pemerintah dan para pembuat kebijakan, supaya memberikan dukungan yang jelas bagi pendidikan higiene, air dan sanitasi yang terintegrasi.

Bagi kelompok-kelompok sasaran menengah ini, penting pula untuk menetapkan prioritas-prioritas yang tepat, dan untuk memastikan agar menangani orang yang tepat dengan komunikasi yang tepat. Sebagai contoh, staf teknis yang mengoperasikan alat-alat pengeboran adalah suatu kelompok sasaran yang berbeda dengan staf teknis yang menangani proyek sanitasi murah untuk rumah tangga.

Contoh: Tujuan dan Kelompok Sasaran dari Sebuah Proyek di Lesotho

Tujuan-tujuan pendidikan higiene dari program sanitasi perkotaan (jamban cemplung berlubang tunggal atau ganda, yang berventilasi) atau dikenal sebagai jamban VIP, telah difokuskan pada kelompok-kelompok sasaran tertentu sebagai berikut:

- a. memotivasi kelompok-kelompok yang tidak memiliki sarana sanitasi untuk membangun jamban sistim VIP, terutama rumah tangga, para tuan tanah dari tanah-tanah yang disewakan, badan pembina sekolah, pemerintah daerah yang bertanggung jawab atas tempat-tempat umum, para administrator rumah sakit;
- b. memotivasi kelompok-kelompok yang telah memiliki sanitasi seperti jamban cemplung, untuk ditingkatkan menjadi jamban VIP;
- c. menggiatkan penggunaan jamban secara maksimal oleh semua anggota rumah tangga, khususnya anak-anak;
- d. memastikan bahwa jamban dibersihkan dan dirawat; kawat nyamuk diperiksa apakah mengalami kerusakan; dan bahan-bahan beracun atau sampah serta disinfektan agar tidak dikuburkan atau dibuang dalam lubang;
- e. menggalakkan penerapan perilaku higiene seperti mencuci tangan dengan sabun, membuang tinja anak-anak, kebersihan dalam penyiapan makanan serta penyimpanan air minum yang benar;
- f. promosi kesehatan anak seperti terapi rehidrasi oral untuk anak-anak yang menderita diare, serta menyusui bayi, dan tidak memberikan susu botol.

Pada tingkat menengah, banyak kelompok sasaran yang berbeda yang teridentifikasi seperti: petugas kesehatan, petugas dewan perkotaan setempat, pembuat jamban dan guru-guru sekolah dasar, untuk mendukung kerja program sanitasi perkotaan, dan untuk melaksanakan kegiatan pendidikan higiene tertentu.

Sumber: Hublely, J., Jackson, B. dan Khaketta T. (1987).

Contoh: Tujuan dan Kelompok Sasaran dari Sebuah Proyek di Thailand

1. Tujuan-tujuan umum dari program penyediaan air dan sanitasi pedesaan adalah (a) untuk memasok 50% dari penduduk pedesaan dengan setidaknya dua liter air minum per kapita per hari dengan memproduksi penampung air hujan yang dibuat dari semen, dan (b) untuk menyediakan jamban siram sistim leher angsa pada 75% rumah tangga di pedesaan, guna mengurangi insiden penyakit diare dan penyakit yang disebabkan oleh parasit pada semua kelompok umur.

2. Tujuan-tujuan khusus pendidikan higiene, antara lain:

- a. menggiatkan masyarakat untuk membangun jamban dan menggunakannya setiap hari;
- b. menggiatkan masyarakat untuk menggunakan air untuk minum, memasak dan mencuci perabot rumah tangga;
- c. mempromosikan sarana pembuangan limbah padat dan cair yang baik serta kebersihan rumah tangga dan lingkungan;
- d. mempromosikan sanitasi makanan di rumah tangga, restoran, pasar dan kantin sekolah;
- e. mempromosikan kontrol terhadap serangga dan hewan pengerat.

3. Ada dua tingkat kelompok sasaran:

Pada tingkat menengah kita mendapati:

- bidan lokal
- petugas sanitasi (sanitarian)
- para tukang yang juga merangkap sanitarian desa (laki-laki dan perempuan)
- guru sekolah
- pendeta (biksu)
- badan atau organisasi pembangunan masyarakat
- petugas pertanian

Mereka diminta untuk menjadi anggota tim pendidikan higiene desa dan dibekali dengan pelatihan serta dukungan untuk menyampaikan beberapa pesan pendidikan higiene kepada kelompok-kelompok sasaran tertentu.

Di tingkat desa diidentifikasi kelompok-kelompok sasaran berikut:

- para ibu dari balita (berusia satu sampai tiga tahun) dan anak-anak pra-sekolah (berusia empat sampai enam tahun) untuk diajari dan dilatih dalam penggunaan jamban, mencuci tangan serta kebersihan waktu menyiapkan makanan;
- kelompok perempuan, kelompok pemuda dan kelompok petani untuk mengkomunikasikan perilaku higiene yang mendasar;
- rumah tangga yang tak memiliki jamban dan/atau sumber air minum bersih, untuk membantu mereka agar mendapatkan layanan kebutuhan dasar ini;
- anak-anak sekolah; dan
- pusat-pusat gizi, untuk melatih penggunaan jamban dan mencuci tangan kepada anak-anak pra-sekolah (pusat gizi adalah pusat yang disponsori oleh pemerintah, yang menyediakan perawatan pada siang hari pada anak-anak berusia dua sampai lima tahun dari orang tua yang bekerja).

4. Sepuluh target untuk desa yang higienis adalah sebagai berikut:

- 100 persen penduduk desa memiliki jamban dan digunakan setiap hari. (Semua kepala rumah tangga, apakah mereka memiliki jamban/tidak, akan ditanyai apakah semua anggota keluarga mereka dapat menggunakan jamban sehari-hari. Jika tidak, maka akan dilakukan upaya oleh sanitarian, pendeta/biksu, bidan dan badan pembangunan masyarakat untuk menyediakan sarannya.)
- 90 persen dari rumah tangga yang memiliki jamban, harus menjaga jamban-jamban itu tetap bersih secara teratur. (Sanitarian akan melakukan pengecekan ditempat jamban-jamban rumah tangga berdasarkan jadwal yang disarankan oleh Pusat Sanitasi Wilayah 1. Pada kunjungan itu, ia akan memotivasi rumah tangga untuk menjaga agar jamban mereka tetap bersih.)
- 100 persen jamban sekolah harus dijaga tetap bersih setiap hari (termasuk tidak berbau). (Sanitarian akan melakukan pengecekan sepanjang tahun pelajaran, dan memotivasi guru-guru sekolah untuk membuat sistem pembersihan jamban setiap hari.)
- 100 persen jamban sekolah dan rumah tangga memiliki air dan gayung di dalam jamban untuk menyiram kotoran. (Sanitarian akan melakukan cek ditempat).
- 100 persen rumah tangga dan sekolah-sekolah memiliki sabun dan atau deterjen untuk cuci tangan. (Sanitarian akan melakukan cek ditempat.)

- 100 persen jamban rumah tangga dan sekolah memiliki sticker-sticker gambar yang baru di dalamnya. (Sanitarian akan melakukan survey.)
- 100 persen penampung air hujan memiliki tutup. (Sanitarian akan melakukan survey.)
- 100 persen penampung air hujan selalu ditutup setiap waktu. (sanitarian akan melakukan cek ditempat.)
- 90 persen rumah tangga dan sekolah desa memiliki akses pada air minum yang bersih. (Sanitarian akan melakukan survey.)
- 50 persen anak-anak yang berusia empat dan lima tahun, serta 90 persen anak-anak yang berusia enam tahun dilatih untuk selalu menggunakan jamban. (Sanitarian akan mewawancarai anak-anak ini.)

Sumber: Simpson-Hebert, M. (1987).

Contoh: Tujuan dan Kelompok Sasaran Sebuah Proyek di Bangladesh

1. Tujuan umum proyek adalah untuk menguji pompa tangan jenis baru serta desain percobaan jamban leher angsa, dan untuk mengembangkan serta menguji kemampuan program pendidikan higiene yang terintegrasi.
2. Tujuan jangka pendek dari program pendidikan higiene ini ialah untuk meningkatkan perilaku dalam penggunaan air, penggunaan jamban dan perilaku higiene personal, dan lebih spesifik lagi untuk:
 - a. mempromosikan penggunaan air pompa tangan untuk semua keperluan higiene personal dan domestik;
 - b. meningkatkan konsumsi air pompa tangan;
 - c. menggalakkan penyimpanan dan penggunaan air pompa tangan secara higienis;
 - d. bahwa jamban dengan septik tank diterima, digunakan, dipelihara dan dibersihkan;
 - e. mempromosikan pembuangan tinja anak-anak kecil di jamban dengan septik tank;
 - f. melakukan penyuluhan tentang pengetahuan dan kesadaran untuk meningkatkan mengenai perlunya meningkatkan higiene personal.
3. Berdasarkan tujuan-tujuan ini, maka enam pesan kunci dikembangkan dan digunakan:

Air

- Gunakan hanya air pompa tangan untuk semua keperluan personal dan domestik.
- Cucilah sayuran dan buah-buahan sebelum dimasak atau dimakan dan siramlah langsung di lokasi pompa tangan.
- Setelah mencuci poci dan wajan/periuk, piring, gelas dan sendok dengan air pompa tangan yang memadai, simpanlah perabotan itu di sebuah rak.
- Apabila air ditampung, maka gayung air dan wadah lainnya hendaknya dicuci dengan baik di lokasi pompa tangan. Selalu usahakan agar air yang ditampung tetap tertutup. Simpanlah wadah air minum di rak.

- Cucilah tangan dengan baik memakai air pompa tangan sebelum makan atau menyajikan makanan kepada orang lain.

Sanitasi

- Penggunaan jamban yang sehat dan bersih penting untuk mencegah menyebarnya penyakit-penyakit diare dan kecacingan.
- Buanglah tinja anak-anak kecil di jamban.
- Usahakan agar jamban tetap bersih setelah pemakaian dengan menyiramnya memakai 1 atau 2 gayung air.
- Setelah buang air besar, cucilah tangan dengan menggunakan abu dan air pompa tangan yang memadai.

4. Kelompok sasaran adalah semua rumah tangga yang dipengaruhi oleh adanya sarana dan kegiatan penyediaan air dan sanitasi. Kelompok sasaran khusus adalah perempuan di wilayah proyek baik di tingkat rumah tangga, maupun tingkat lingkungan.

Sumber: Aziz, K.M.A. dkk (1990).

9. PEMBUATAN RENCANA KERJA DAN PELAKSANAANNYA

Rencana kerja bagi perencanaan dan pelaksanaan komponen pendidikan higiene pada dasarnya tidaklah berbeda dengan rencana kerja komponen teknis. Pada kenyataannya, kedua komponen itu harus merupakan bagian dari sebuah rencana kerja keseluruhan proyek dan dibuat sedemikian sehingga mudah dipadukan. Rencana tersebut harus memuat semua kegiatan yang penting guna memenuhi sasaran pendidikan kesehatan tertentu dengan kelompok sasaran yang telah diidentifikasi, dan mencakup juga soal jadual waktu. Tentu saja, rencana kerja tadi mungkin perlu diubah menurut perkembangan waktu, terutama setelah diperoleh lebih banyak informasi dari hasil pemantauan dan evaluasi.

Pembuatan dan pelaksanaan suatu rencana kerja akan dipengaruhi oleh ketersediaan tenaga kerja dan anggaran. Dalam bab ini tenaga kerja dan anggaran tersebut hanya akan disinggung secara sepintas. Keduanya akan dibahas lebih detail pada Bab 11.

9.1 Perencanaan Kerja Pendidikan Higiene

Pendahuluan

Program pendidikan higiene umumnya memerlukan rencana kerja pada dua tingkat: tingkat proyek dan tingkat masyarakat (lihat juga Bab 5). Pada tingkat proyek, rencana itu dibuat melalui konsultasi penuh dengan staf proyek teknis dan mencakup semua kegiatan umum yang berhubungan dengan pembuatan dan pelaksanaan program, seperti perencanaan, pelatihan, kajian-kajian, pendidikan higiene masyarakat, pembuatan audio visual, pemantauan dan evaluasi. Pada tingkat masyarakat, rencana itu dibuat dengan partisipasi penuh masyarakat dan meliputi semua kegiatan pendidikan kesehatan di tempat pelaksanaan proyek dengan berbagai kelompok sasaran. Sementara proyeknya itu sendiri bisa mencakup, misalnya, 60 lokasi per tahun dengan rencana kerja pendidikan kesehatan yang menyeluruh, di mana masing-masing dari keenampuluh lokasi tersebut akan membutuhkan sebuah rencana kerja yang berbasis pada masyarakat setempat untuk berlangsungnya pendidikan kesehatan yang efektif.

Rencana kerja tingkat proyek

Pada tingkat proyek, rencana kerja meliputi semua kegiatan yang diperlukan agar program pendidikan higiene berjalan. Tahapan program sebagaimana ditunjukkan secara garis besar dalam Bab 5 biasanya akan tercakup di dalam perencanaan tadi, tetapi dikaitkan secara lebih spesifik dengan setiap tahapan proyek. Kegiatan pembuatan rencana kerja umumnya meliputi:

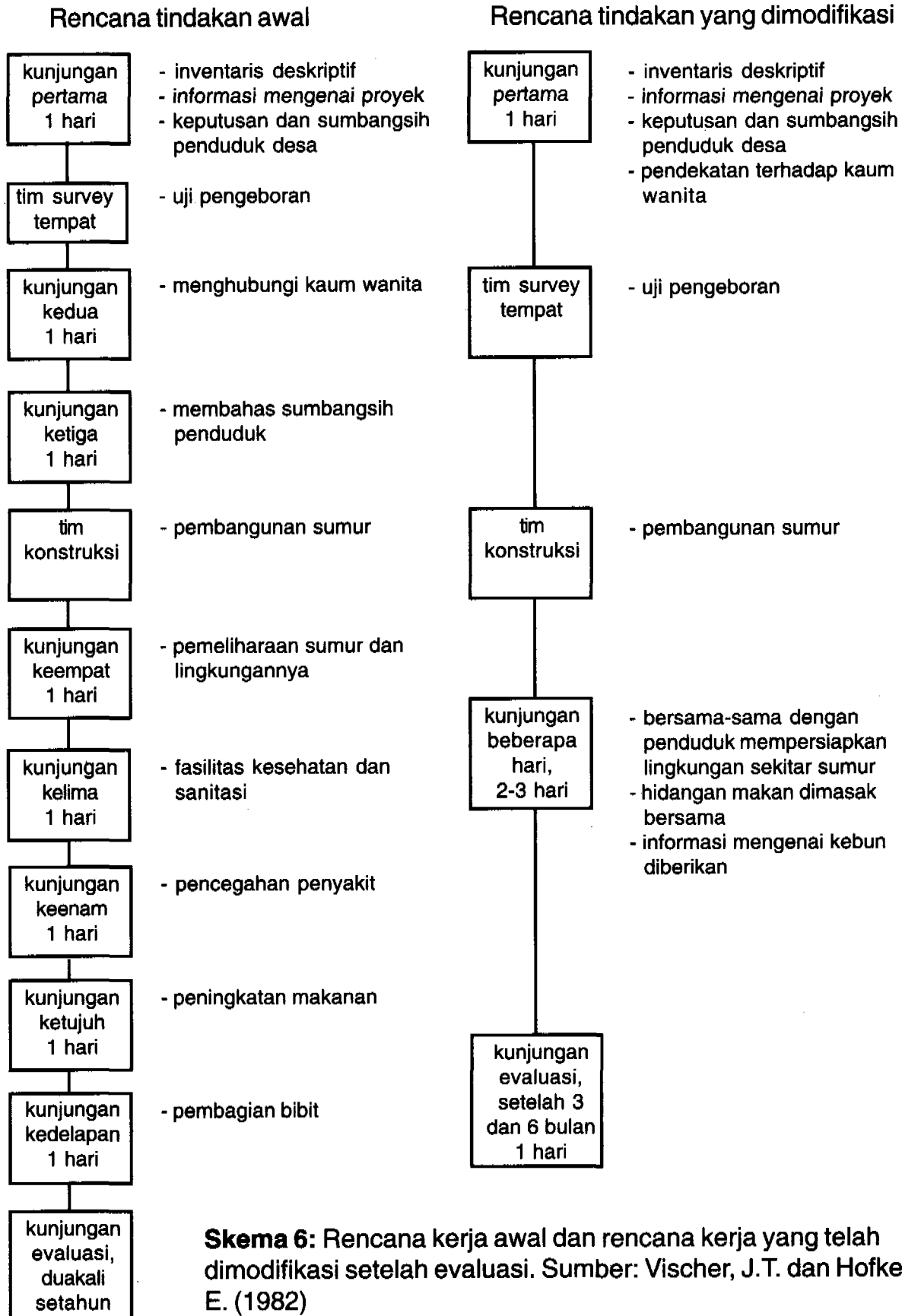
- Tinjauan mengenai kegiatan pendidikan kesehatan yang ada dan berjalan di wilayah proyek;
- Penelitian base line (data dasar) masyarakat
- Identifikasi dan pemilihan tempat pelaksanaan proyek (biasanya melalui survey sosial, kesehatan dan teknis);
- Identifikasi sasaran dan kelompok sasaran;
- Persiapan program pendidikan higiene di tingkat masyarakat;
- Pelatihan para penyuluh higiene;
- Pelaksanaan program pendidikan higiene di tingkat masyarakat;
- Persiapan pelatihan untuk berbagai kelompok sasaran (pada tingkat masyarakat, proyek dan kabupaten);
- Pelaksanaan kursus pelatihan bagi berbagai kelompok sasaran;
- Persiapan bahan-bahan pendukung audio-visual;
- Pelatihan dengan cara langsung bekerja dan supervisi para penyuluh higiene;
- Organisasi internal dan rapat-rapat;
- Kerjasama dan hubungan dengan lembaga lain;
- Pelaporan, pemantauan dan evaluasi.

Rencana kerja tingkat masyarakat

Dalam membuat dan melaksanakan sebuah rencana kerja pendidikan higiene di tingkat masyarakat, perhatian khusus perlu diberikan sehingga urutan dan muatan kegiatan yang bersifat teknis maupun pendidikan berimbang. Meskipun penyesuaian menuntut adanya saling penyerasian dalam hal kemungkinan dan keterbatasan satu sama lain, tidak berarti bahwa tidak akan ada fleksibilitas atau variasi yang dimungkinkan. Sebuah contoh dapat dilihat pada Skema 6. Dalam rencana semula, kegiatan pendidikan dan partisipasi didasarkan pada kunjungan-kunjungan satu hari, tetapi setelah pengujian dan evaluasi rancangan kerja itu dimodifikasi menjadi beberapa kali kunjungan, guna meningkatkan dampak dan hasil kerja.

Rencana kerja di tingkat masyarakat akan berbeda dari satu ke kelompok yang lain, tergantung pada jenis proyek, lembaga pendidikan dan penyuluhan yang terlibat, anggaran serta tenaga kerja yang tersedia. Dalam sebuah proyek sanitasi perkotaan di Nepal, rencana kerjanya dikembangkan berdasarkan siklus bulanan: tenaga lapangan setiap bulan menerima pelatihan selama empat hari dan kemudian mempraktekkan apa yang telah mereka pelajari selama itu. Pelatihan berikutnya

PEMBUATAN RENCANA KERJA DAN PELAKSANAANYA



Skema 6: Rencana kerja awal dan rencana kerja yang telah dimodifikasi setelah evaluasi. Sumber: Vischer, J.T. dan Hofkes, E. (1982)

selalu menggabungkan perkembangan dan pengalaman dengan kegiatan pendidikan dan teknis dari bulan sebelumnya. Pada sebuah proyek perdesaan di Thailand, semua petugas lapangan dirangsang untuk menggabungkan pendidikan higiene sebagai bagian dari kegiatan harian mereka dengan pemberian beberapa pelatihan serta dukungan dari badan pemerintah. Dalam proyek perdesaan di Zambia, rencana kerja tingkat masyarakat terdiri dari serangkaian kunjungan masyarakat di mana kegiatan pendidikan dihubungkan dengan kegiatan pelaksanaan teknis. Sejumlah contoh akan diberikan pada bagian akhir bab ini.

Tidak ada jenis rencana kerja tingkat-masyarakat yang terbaik. Pembahasan mengenai komunikasi dalam Bab 10 dan tentang tenaga kerja serta biaya pada Bab 11 perlu dipertimbangkan dalam menentukan apa yang terbaik dalam proyek tertentu. Pertimbangan lain mungkin mencakup ketersediaan dan beban kerja kelompok sasaran, tugas-tugas keagamaan, musim tanam dan iklim (mis. musim hujan), dan masa berjangkitnya penyakit yang berhubungan dengan sanitasi dan air ataupun perkembangbiakan nyamuk dan lalat.

Pendidikan higiene yang berbasiskan masyarakat

Meskipun rencana kerja pendidikan higiene tingkat-masyarakat telah didasarkan pada penyelidikan pendahuluan serta komunikasi dengan masyarakat, salah satu langkah pertama dalam pelaksanaan rencana-kerja itu adalah upaya keras supaya masyarakat mau berpartisipasi, dan guna terselenggaranya program pendidikan higiene yang berbasiskan masyarakat, dengan rencana yang telah disesuaikan dan didukung masyarakat.

Persoalan Umum

Persoalan-persoalan umum dalam pelaksanaan suatu rencana kerja ditingkat-masyarakat berhubungan dengan hal “yang tak dapat diduga sebelumnya”. Logistik merupakan salah satu contohnya; pasokan material adalah contoh yang lain. Begitupun, di tengah masyarakat mungkin saja terdapat kasus sakit, pernikahan, atau penguburan, maupun suatu konflik yang serius. Semua ini menuntut perhatian dan pengelolaan yang terampil baik dari staf pendidikan maupun manajemen proyek.

9.2 Pengintegrasian kegiatan teknis dan pendidikan

Agar proyek-proyek yang terpadu itu bisa berhasil baik, kegiatan teknis dan pendidikan haruslah saling melengkapi, tidak hanya dalam hal waktu tetapi juga isinya (lihat Bab 2). Rencana kerja pendidikan higiene harus dikembangkan melalui interaksi antara staf teknis dan pendidikan, dengan fokus seputar kombinasi dan koordinasi kegiatan-kegiatan yang dilakukan. Hal ini penting terutama pada tahap awal proyek, yaitu setelah ada keputusan yang harus diambil mengenai desain teknis, serta

dievaluasinya pilihan operasi dan pemeliharaan. Kerjasama juga merupakan hal yang penting selama tahap-tahap pelaksanaan.

Keterpaduan kegiatan teknis dan pendidikan menuntut fleksibilitas dan saling-pengertian baik dari staf teknis maupun pendidikan. Hal ini mungkin jauh dari mudah untuk dilakukan, dan sering menimbulkan keputus-asaan. Oleh karena itu, mungkin bijaksana untuk menyelenggarakan sebuah lokakarya internal bagi staf teknis dan pendidikan guna memberikan pengetahuan dasar kepada masing-masing pihak mengenai masalah teknis dan pendidikan higiene, termasuk penjelasan seputar terminologi. Pertemuan bersama secara rutin juga diperlukan.

Manajer proyek mempunyai tugas penting dalam hal pengorganisasian koordinasi dan kerjasama antara staf teknis dan pendidikan dalam pembuatan dan pelaksanaan rencana kerja. Oleh karena manajer proyek seringkali memiliki latar belakang teknis, ia mungkin perlu melakukan upaya khusus untuk mendalami syarat, keterbatasan, dan kebutuhan pendidikan higiene. Dia juga membutuhkan kepekaan dan kreatifitas untuk mencegah dan memecahkan masalah yang mungkin timbul secara dini. Jika tidak, kerjasama dan koordinasi bisa menghadapi banyak masalah, dengan dampak yang cukup besar terhadap perkembangan proyek.

Pembuatan dan pelaksanaan rencana kerja yang terpadu akan menjadi lebih mudah jika kita memperhatikan hal-hal berikut:

Berunding dalam membuat rencana kerja

Sebuah rencana kerja yang terpadu akan lebih mudah dibuat jika staf teknis dan pendidikan sama-sama mulai dari melihat sasaran umum proyek dan kemudian memikirkan apa yang harus dilakukan, oleh siapa (bidang apa) dan kapan. Jika pertemuan bersama diselenggarakan untuk maksud ini, sebaiknya dilakukan dengan persiapan yang menyeluruh mengenai hal-hal yang akan dibahas guna meningkatkan kejelasan mengenai keterbatasan dan kebutuhan dalam hal teknis dan pendidikan serta dimungkinkannya pengambilan keputusan tanpa penundaan. Pelatihan partisipatif akan sangat membantu (lihat contoh pada akhir bab ini).

Mencoba menggunakan jangka waktu yang menyeluruh.

Sering dibantah bahwa komponen pendidikan higiene membutuhkan waktu lebih lama dibanding komponen teknis. Jadi tidak benar bila komponen pendidikan higiene harus dimulai beberapa minggu sebelum komponen teknis dimulai atau bahkan sampai setahun, dan harus berakhir paling tidak satu tahun setelah pembangunan sarana selesai. Alasan di balik argumentasi ini adalah bahwa perubahan perilaku perlu waktu.

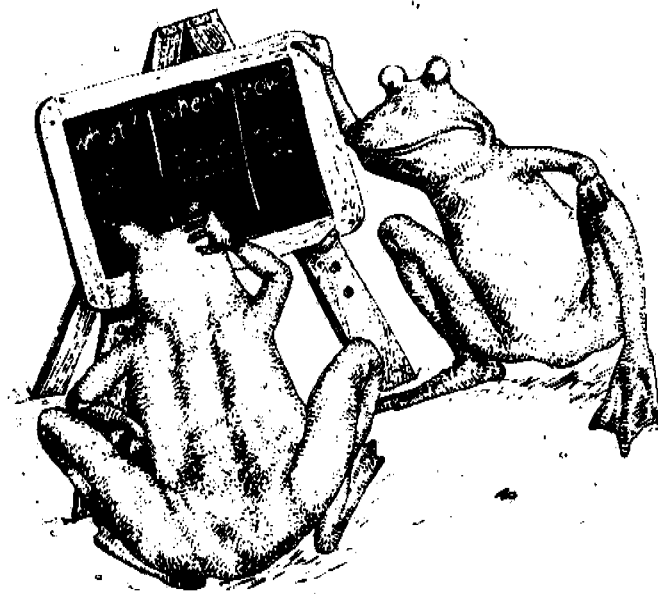
Tanpa menolak bahwa perubahan perilaku membutuhkan waktu, perlu dipertanyakan apakah hal ini harus disangkut-pautkan pada keseluruhan waktu

Apalagi dengan makin difokuskannya pada kebutuhan sarana penyediaan air dan

sanitasi yang berkesinambungan, baik komponen teknis maupun pendidikan membutuhkan permulaan yang baik serta masa penyelesaian proyek yang sesuai, baik pada tingkat proyek maupun masyarakat. Dengan demikian, pendekatan yang terpadu sebaiknya dijalankan bersamaan dari awal hingga akhir.

Akan tetapi ditingkat masyarakat, mungkin memang ada perbedaan dalam ritme kerja untuk kegiatan teknis dan pendidikan. Dalam sistem perpipaan, desain dan konstruksi bisa membutuhkan satu hingga dua tahun, atau bahkan lebih. Karenanya akan banyak waktu untuk melakukan berbagai macam jenis pendidikan higiene. Meski begitu, dalam sebuah proyek sumur pompa-tangan yang dangkal, atau dalam program jamban, konstruksi mungkin hanya membutuhkan waktu beberapa hari atau beberapa minggu. Dalam kasus seperti ini, pendidikan higiene di tingkat masyarakat tentu saja akan membutuhkan rentang waktu yang lebih lama dibanding kegiatan teknis.

Sayangnya, pada kenyataannya seringkali komponen pendidikan higiene dimulai jauh lebih lambat daripada komponen teknis serta tidak ada jaminan untuk kesinambungannya. Salah satu alasannya adalah tidak tersedianya tenaga kerja dan uang. Masalah yang kompleks adalah bahwa staf teknis mengharapkan kegiatan pendidikan higiene mengikuti keputusan teknis dan memberikan pembenaran bagi keputusan-keputusan tersebut di tingkat masyarakat. Faktor-faktor inilah yang menimbulkan masalah bagi staf pendidikan dan bagi keberhasilan pelaksanaan program mereka, dan bukannya anggapan bahwa pendidikan higiene membutuhkan waktu lama.



Membuat rencana kerja bersama

Pertimbangan yang sama bagi kedua komponen

Seringkali terjadi, walaupun hanya menurut kaca mata staf pendidikan, bahwa keterlambatan teknis sering dimaafkan, sementara keterlambatan pendidikan disalahkan. Harus diakui bahwa kedua komponen itu menghadapi keterbatasan-keterbatasan yang mungkin memerlukan penjadualan-ulang kegiatan pada tingkat proyek dan/atau masyarakat dan hal ini perlu dikomunikasikan sedemikian rupa agar sebisa-bisanya tepat waktu. Sebagai contoh, komunikasi yang tepat waktu bahwa semen habis akan memungkinkan penjadualan ulang yang tepat waktu dalam hal kegiatan pendidikan higiene, sama seperti komunikasi yang tepat-waktu bahwa masyarakat belum siap untuk memulai kerja-kerja konstruksi akan memungkinkan penjadualan-ulang yang tepat waktu dalam hal kegiatan-kegiatan teknis.

Eksperimen dengan bentuk koordinasi kegiatan yang terbaik

Pada dasarnya ada dua pilihan bagi koordinasi kegiatan penyediaan air, sanitasi dan pendidikan higiene di tingkat masyarakat. Yang pertama, pekerjaan itu diorganisasikan melalui divisi teknis dan partisipasi/pendidikan (atau badan-badan, lihat Bab 4). Yang lain, staf teknis dan staf pendidikan membentuk tim kerja dalam sebuah divisi. (Tentu saja, bila kegiatan pendidikan juga dilakukan oleh staf teknis, hal ini tidak berlaku. (Lihat Bab 11).

Kedua pilihan itu memiliki kelebihan dan kekurangan. Dengan bekerja melalui divisi (atau badan) yang terpisah, staf yang berlatar belakang profesional sama akan mendapatkan jaminan pekerjaan dan kesempatan yang lebih besar untuk mendapatkan dukungan dan pelatihan di lapangan. Bekerja dalam tim campuran akan memungkinkan kerjasama sehari-hari dan adanya koordinasi di tingkat masyarakat. Tidak ada aturan yang jelas mengenai pilihan mana atau campuran pilihan mana yang terbaik dalam keadaan tertentu. Pilihan apa saja yang diambil, diperlukan pertimbangan bila kombinasi dan koordinasi kegiatan teknis dan pendidikan menghadapi masalah yang serius.

Gunakan rencana kerja sebagai alat bantu kerja

Sebuah rencana kerja yang jelas akan membantu banyak untuk mencegah timbulnya masalah dan kebingungan di antara berbagai staf yang terlibat dalam pelaksanaan proyek. Akan tetapi, tidak seharusnya ia menjadi panduan yang kaku. Sebaliknya, rencana kerja tersebut harus dapat digunakan pada pertemuan yang membahas kemajuan proyek yang terus berkembang dan untuk pemantauan dan evaluasi, sehingga dapat disesuaikan menurut temuan-temuan baru.

Contoh: Pemaduan Latihan Pendidikan higiene dan Partisipasi

Tujuan: membuat peserta mengerti pentingnya “perangkat-lunak” dan “perangkat-keras” dan sebaliknya, sehingga dapat menyesuaikan kebutuhan akan partisipasi masyarakat dan pendidikan higiene dengan kebutuhan untuk memenuhi batas-waktu “perangkat-keras” (sarana).

Waktu: 1 ½ - 2 jam.

Bahan: kertas koran, gunting, pemarkah, pita penutup.

CATATAN UNTUK PELATIH:

Latihan ini merupakan tugas yang menantang selagi kelompok bekerja bersama-sama dalam membuat suatu rencana yang terpadu. Banyak saling-pengertian diperlukan guna mengerti kebutuhan-kebutuhan khas masing-masing kelompok dan aspek-aspek lain yang berhubungan dengan kebutuhan tersebut.

Prosedur:

- Bagilah peserta menjadi dua kelompok, di mana satu kelompok terdiri dari orang-orang yang memiliki cukup pengetahuan mengenai “perangkat keras” dan lainnya mengenai “perangkat lunak”.
- Mintalah kelompok “perangkat-keras” untuk mempersiapkan suatu daftar yang berisi tugas dan kegiatan “perangkat-keras” (misalnya: melakukan survey geologis, memilih tempat untuk pompa; pemboran lubang-lubang sumur, merancang pasokan suku-cadang, dsb.) menurut urutan yang logis, memperlihatkan rangkaianannya di mana setiap tugas akan dilakukan dengan latar belakang desa yang sesungguhnya. Mintalah kelompok “perangkat lunak” untuk melakukan tugas dan kegiatan “perangkat-lunak” yang sama (misalnya: melakukan kajian dasar partisipatif, memilih tempat untuk pompa, membentuk panitia air dan sanitasi; melatih pekerja-pekerja kesehatan; melaksanakan pendidikan higiene, dsb).
- Mintalah kelompok tersebut untuk menuliskan daftar tugas dan kegiatan yang telah dibuat pada lembaran kertas yang lebar dan kemudian menempelkannya di dinding.

- Fasilitasilah suatu diskusi pleno di mana kedua daftar tersebut dijelaskan, dibandingkan dan dipadukan sebanyak mungkin.
- Mintalah para peserta untuk mengidentifikasi hal-hal yang mereka percayai akan sesuai untuk perencanaan bersama dengan anggota masyarakat; disamping juga hal-hal yang dianggap merupakan tanggung jawab utama masyarakat atau tanggung jawab lembaga saja. Hal ini akan menghasilkan pandangan yang bermanfaat untuk manajemen dan perencanaan kerja kebijakan dan manajemen.

Diadaptasi dari: Srinivasan, L. (1990) h. 143-145.

Contoh: Rencana kerja sebuah Proyek di Nepal

Program sanitasi dan penyediaan air perpipaan mengintegrasikan komponen pendidikan higiene dengan penekanan pada pentingnya keterlibatan perempuan. Karena tenaga kerja yang kurang, program pendidikan higiene dibagi menjadi:

- a) Program pendidikan higiene intensif selama dua-tahun untuk sejumlah lokasi proyek. Program ini dikoordinasikan oleh Koordinator Pendidikan/Partisipasi dan dilaksanakan oleh penyuluh perempuan yang bekerja secara berpasangan. Dalam masyarakat yang telah dipilih penyuluh melaksanakan kegiatan mereka melalui Pengurus Air dan Sanitasi Masyarakat, yang terdiri dari satu wakil dari masing-masing kran umum. Anggota pengurus menyebarkan apa yang telah mereka dapatkan dari latihan dan pertemuan dengan penyuluh rumah-tangga di sekitar kran umum tersebut yang mereka wakili .
- b) Suatu kampanye kesehatan enam-minggu bagi semua lokasi proyek yang lain, yang diorganisasikan oleh teknisi yang bertanggung jawab atas konstruksi sistem penyediaan air. Untuk menjalankan kampanye ini, para teknisi diberi pelatihan dan bahan informasi, dan ia didukung serta diawasi oleh Koordinator Pendidikan/Partisipasi.

Terlepas dari dua program pendidikan higiene ini, staf pendidikan dilibatkan dalam studi kelayakan sosial dan teknis serta kajian-kajian yang mendetail, sebelum dilakukan pemilihan lokasi. Halaman berikut memperlihatkan urutan dan pengaturan waktu kegiatan.

(Sumber: Bolt, E. (1989))

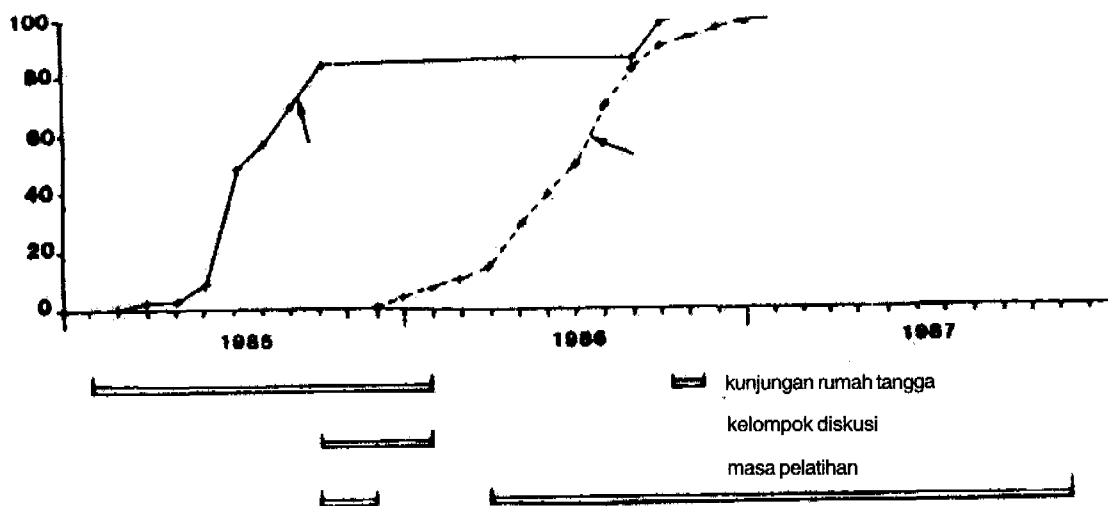
(Contoh lanjutan)

RENCANA KERJA 1989-1990

Kegiatan	1989				1990			
	1	2	3	4	1	2	3	4
A. Sebelum pemilihan lokasi umum								
Partisipasi dalam hal studi kelayakan teknis dan sosial								
Partisipasi dalam survei terperinci								
B. Setelah pemilihan lokasi umum								
Briefing dan pengarahan dari teknisi untuk kampanye singkat di lokasi pendidikan kesehatan non-intensif								
Pelatihan staf penyuluhan								
Pemilihan tempat dan perencanaan untuk pendidikan kesehatan intensif								
Perkenalan dan pertemuan pertama di segenap lingkungan (RT) dan semua sekolah di tempat yang telah dipilih								
Survei pangkalan								
Pembentukan panitia air bersih dan sanitasi (WSC-WSC)								
Penilaian kebutuhan								
Rapat bulanan dengan WSC								
Kelas bulanan di sekolah-sekolah								
Kursus pelatihan WSC 4 hari								
Pelatihan pengurus 2 hari								
Pemantauan								
Laporan kemajuan								
Evaluasi dan keputusan mengenai tindak lanjut								

Contoh: Pelaksanaan Rencana kerja sebuah Proyek di Bangladesh

Program pendidikan higiene proyek penyediaan air perdesaan dan sanitasi di Bangladesh telah dilaksanakan antara bulan Pebruari dan Desember 1987 sebagaimana diperlihatkan pada gambar berikut:



Gambar: pemasangan pompa air progresif (n=148) dan jamban (n=754) dan tahapan pelaksanaan kegiatan pendidikan higiene.

a. Kunjungan rumah-tangga

Selama pemasangan pompa-tangan seorang petugas kesehatan perempuan mengunjungi setiap rumah sekitar setengah jam untuk mendiskusikan pesan-pesan pendidikan higiene yang berhubungan dengan penggunaan air. Kunjungan yang sama dilakukan tujuh kali lagi, sehingga total menjadi delapan kunjungan. Diperlukan waktu sebulan untuk mengunjungi seluruh rumah-tangga di wilayah tersebut dengan masing-masing satu kali kunjungan. Pada tiga kunjungan yang pertama, pesan-pesan dibatasi hanya dalam hal penggunaan air, tetapi pada lima kunjungan berikutnya pesan higiene berhubungan dengan penggunaan air dan penggunaan sarana sanitasi di gabungkan. Pada dua kunjungan yang terakhir sejumlah foto ukuran kartu pos yang menggambarkan pesan

kunci pendidikan higiene ditunjukkan kepada para wanita itu, ternyata hal ini sangat bermanfaat supaya minat mereka tidak luntur. Satu kunjungan tambahan dilakukan selama musim hujan di akhir tahun 1986 guna memotivasi para wanita untuk tidak menggunakan air permukaan yang tersedia dimana-mana akibat banjir untuk pemakaian higiene personal maupun rumah-tangga.

b. Diskusi kelompok

Diskusi kelompok tentang pendidikan higiene diatur dengan mengikuti putaran kunjungan rumah-tangga. Delapan pertemuan diorganisasir, dengan rata-rata 25 peserta, di tingkat lingkungan (RT). Semua ibu-ibu di RT itu diundang dan mereka merupakan peserta utama, meskipun beberapa laki-laki dan anak-anak juga datang. Pertemuan ini diselenggarakan tiga kali, sehingga banyak perempuan yang ikut lebih dari sekali. Pertemuan demikian berlangsung sekitar 45 menit. Dengan mempertimbangkan keterlibatan perempuan karena tradisi, penyelenggaraan pertemuan itu perlu dilakukan di dalam rumah. Pertemuan dibuka oleh staf proyek, biasanya laki-laki, dan oleh petugas kesehatan perempuan yang direkrut dari masyarakat itu sendiri. Selama pertemuan, pesan-pesan pendidikan higiene dibahas secara terperinci dan hal-hal kunci ditunjukkan dengan menggunakan guci air dan peralatan dapur lain. Para peserta didorong untuk mengajukan pertanyaan.

c. Sesi pelatihan

Tahap pendidikan higiene yang paling akhir dan paling penting adalah pelatihan selama dua-hari yang ditawarkan kepada seorang perempuan dari setiap rumah-tangga. Pelatihan diadakan di kantor proyek dan di lingkungan RT tempat para perempuan yang berpartisipasi di dalam kursus tersebut. Pelatihan yang pertama hanya diikuti oleh 8 perempuan, tetapi kemudian bertambah menjadi 25 hingga 30 orang berpartisipasi pada pelatihan-pelatihan selanjutnya. Hampir semua peserta pelatihan mempunyai anak yang berusia di bawah lima tahun, dan hanya sejumlah kecil adalah perempuan yang lebih tua akan tetapi partisipasi mereka dapat menarik perempuan-perempuan lain untuk ikut serta pada pelatihan-pelatihan berikutnya. Pada mulanya para peserta itu berasal dari rumah-tangga yang terhitung rendah tingkat sosial-ekonominya. Secara perlahan, perempuan dari semua tingkatan kemudian ikut ambil bagian. Mereka diberi sedikit ongkos transport dan honorarium yang jumlahnya kurang dari \$1.00 diberikan selama masa pelatihan itu sebagai insentif untuk

datang. Para pelatih adalah staf lapangan senior proyek yang bersangkutan, tetapi para petugas kesehatan perempuan setempat juga hadir. Setiap kursus berlangsung selama enam jam selama dua hari, dan melibatkan diskusi yang diikuti dengan demonstrasi.

Hari pertama pelatihan itu dimulai di dalam kelas di kantor proyek dan dijelaskan mengenai sembilan pesan pendidikan higiene (lihat contoh pada akhir Bab 8) yang sebetulnya telah diketahui dengan baik oleh para peserta pelatihan dari tahap-tahap sebelumnya. Pesan-pesan tadi didiskusikan secara mendalam, dan dibantu dengan visualisasi gambar-gambar dari lembar balik (flip chart). Diskusi diperkuat dengan demonstrasi, seperti mencuci tangan sebelum makan. Semua peserta pelatihan diminta untuk mencuci tangan mereka sebelum mengambil makanan dan minuman yang disediakan di kelas. Cara mencuci tangan yang dilakukan peserta diamati oleh para pelatih. Bila cara mencuci tangan didapatkan tidak benar seperti yang diajarkan, pelatih akan menginterupsi dan memberikan penjelasan seperlunya.

Pada hari kedua pelatihan itu, demonstrasi dan praktek yang berhubungan dengan pesan pendidikan higiene dilakukan di rumah. Kelompok peserta saling mengunjungi rumah satu dan yang lainnya, dan mendiskusikan apa yang mereka temukan. Di lokasi pompa air, para peserta diminta untuk memperlihatkan cara terbaik mengambil air. Penggunaan, pemeliharaan dan kebersihan jamban leher angsa, dan prosedur pembuangan kotoran anak-anak diterangkan dan didemonstrasikan di salah sebuah jamban. Di rumah-rumah, demonstrasi itu dipusatkan pada prosedur penyimpanan air dan perkakas dapur. Pengamatan dilakukan di dalam dan di sekitar rumah untuk mengidentifikasi dan mendiskusikan adanya ketidak-benaran perilaku yang berhubungan dengan penggunaan air dan sanitasi.

Seluruhnya ada 785 perempuan yang berpartisipasi dalam pelatihan ini, yaitu meliputi 90% rumah-tangga di daerah dimana program itu dilaksanakan, dan semuanya memiliki anak yang berusia di bawah 5 tahun.

Diadaptasi dari : Aziz, K.M.A. dkk (1990)

10. KOMUNIKASI

Pendidikan higiene dilakukan dengan komunikasi. Komunikasi adalah saling berbagi informasi (termasuk gagasan, emosi, pengetahuan dan ketrampilan) antara dua orang atau lebih. Karena setiap orang berkomunikasi setiap hari dengan sejumlah orang, komunikasi nampak sebagai hal yang biasa dan mudah dilakukan. Namun demikian, ketika tujuannya adalah untuk mempengaruhi pengetahuan, sikap dan perilaku yang menunjang bagi kesehatan, kualitas komunikasi perlu diperhatikan.

10.1 Komunikasi: karakteristik dasar

Komunikasi merupakan suatu proses yang kompleks, yang tidak mudah dimengerti sampai detailnya. Ada berbagai model yang sudah disederhanakan yang mencoba menjelaskan tentang komunikasi. Penjelasan di bawah ini merupakan suatu model yang betul-betul sederhana, yang hanya memperlihatkan ciri-ciri yang mendasar saja. Tujuan model ini adalah menunjukkan faktor-faktor yang mendasar yang mempengaruhi keberhasilan komunikasi.

Komunikasi melibatkan paling tidak dua orang. Satu orang menceritakan atau memperlihatkan sesuatu kepada yang lain, yang kemudian bereaksi juga dengan cara menceritakan atau memperlihatkan sesuatu kepada lawan bicaranya. Dalam istilah teknis, orang yang pertama disebut SUMBER atau yang mengirimkan PESAN kepada PENERIMA. Penerima kemudian akan menjadi sumber, yang mengirimkan kembali suatu pesan kepada orang pertama, yang sekarang menjadi penerima. Mari kita ambil sebuah contoh. Seorang penyuluh kesehatan (sumber) meminta pada kelompok perempuan (penerima): "Bukankah akan lebih baik jika kita menggunakan jamban?" (pesan). Ketika salah seorang perempuan (salah seorang penerima tadi, yang sekarang menjadi "sumber") menjawab "Mengapa, bukankah itu hanya merepotkan kita, karena kita harus membawa air dan membersihkan lubang jamban?" (pesan), penyuluh kesehatan kini menjadi penerima. Proses komunikasi yang disederhanakan ini diperlihatkan pada gambar berikut.

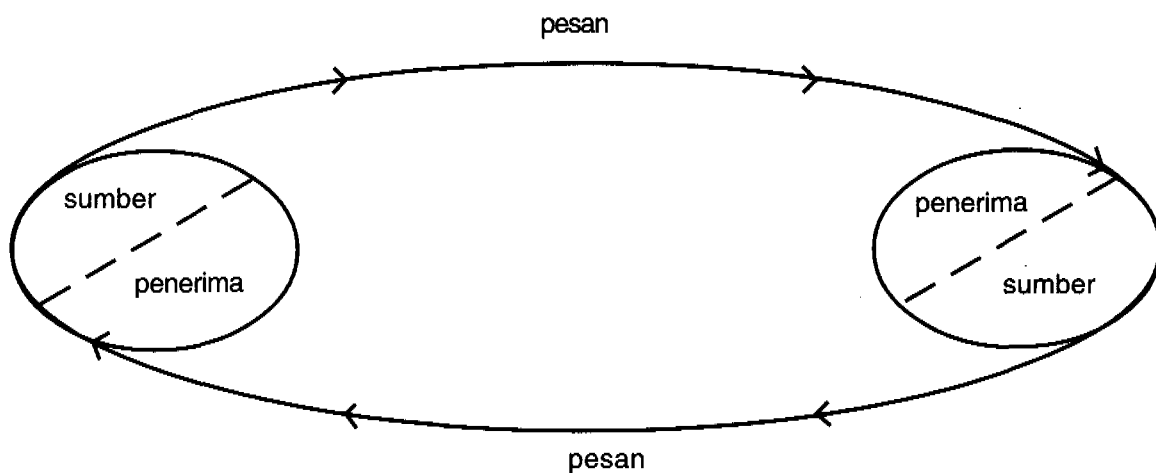
Sumber dan penerima

Komunikasi akan lebih efektif jika sumber, dalam hal ini penyuluh kesehatan:

- Dipercaya oleh penerima, yaitu kelompok sasaran;

- Mempunyai beberapa ciri penting seperti jenis kelamin, umur, budaya, pendidikan, dan pengalaman yang sama dengan penerima.
- Mencoba memahami apa yang dirasakan, dipikirkan masyarakat serta apa yang memotivasi mereka;
- Memiliki status yang memadai dan dianggap dapat dipercaya oleh penerima (Hubley, 1988b).

Jadi bila seorang penyuluh kesehatan memiliki latar belakang yang sama dengan masyarakat sasaran akan lebih mudah untuk saling berbagi baik dalam bahasa, gagasan, dan motivasi dan karenanya akan menjadi seorang komunikator yang efektif. Tetapi ada juga ciri lain yang mungkin dapat menutupi hal-hal positif tersebut. Sebagai contoh, seorang penyuluh kesehatan laki-laki yang masih muda mungkin tidak mudah dipercaya oleh ibu-ibu pada waktu membicarakan hal perawatan anak, meskipun mereka memiliki latar belakang yang sama. Masalah ini akan dibahas lebih jauh dalam Bab 11.



Skema 7: model komunikasi yang disederhanakan

Pesan

Pesan adalah isi komunikasi. Pada satu pertemuan, akan banyak pesan mengalir antara sumber dan penerima. Tetapi untuk pendidikan higiene yang efektif pesan-pesan tersebut haruslah terpusat pada satu pesan utama selama diskusi atau pada satu kegiatan saja, misalnya mencuci tangan, atau pemeliharaan jamban. Pesan utama haruslah relevan, tepat, dan menarik bagi kelompok sasaran (penerima). Apa yang membuat sebuah pesan relevan dan menarik akan sangat tergantung pada kelompok sasaran (penerima), dan untuk itu selalu diperlukan penelitian terlebih dahulu (lihat Bab 7).

Pesan-pesan dapat dikemas sebagai informasi yang nyata, humor, atau emosi. Banyak pesan pendidikan higiene yang cenderung mengatakan “hindari...” atau “jangan lakukan...” suatu tindakan tertentu. Sebetulnya lebih baik jika kita mendorong perilaku yang baik untuk dilakukan dari pada melarang orang untuk melakukan sesuatu yang kurang baik. Sebagai contoh: “gunakan air PAM untuk minum” ketimbang “jangan gunakan air permukaan”. Secara umum, pesan akan lebih efektif bila:

- Hanya ada satu atau sedikit hal yang didiskusikan dalam satu waktu tertentu;
- Pesan-pesan berorientasi pada kelompok sasaran;
- Pesan dibuat positif;
- Pesan itu diulang-ulang, akan tetapi lebih baik bila cara dan situasinya dibuat berbeda (Hubley, 1988b).

Kita akan melihat kembali pembuatan dan penggunaan pesan pada bagian selanjutnya.

Metode dan bahan

Pada contoh tentang model komunikasi di atas, di mana penyuluh kesehatan berbicara dengan sekelompok wanita, dipakai cara diskusi kelompok untuk menyampaikan pesan. Diskusi kelompok ini disebut saluran, atau metode komunikasi. Pada dasarnya ada dua kategori besar METODE untuk menyampaikan pesan antara sumber dan penerima; metode antar-pribadi dan media masa. Kedua metode komunikasi ini akan dibahas lebih lanjut pada bagian 10.2. Untuk mendukung proses komunikasi, sering digunakan BAHAN komunikasi seperti gambar, poster, leaflet, model, nyanyian, cerita, slide, film, dan video. Hal ini akan dibahas lebih jauh pada bagian 10.4.

10.2 Metode komunikasi

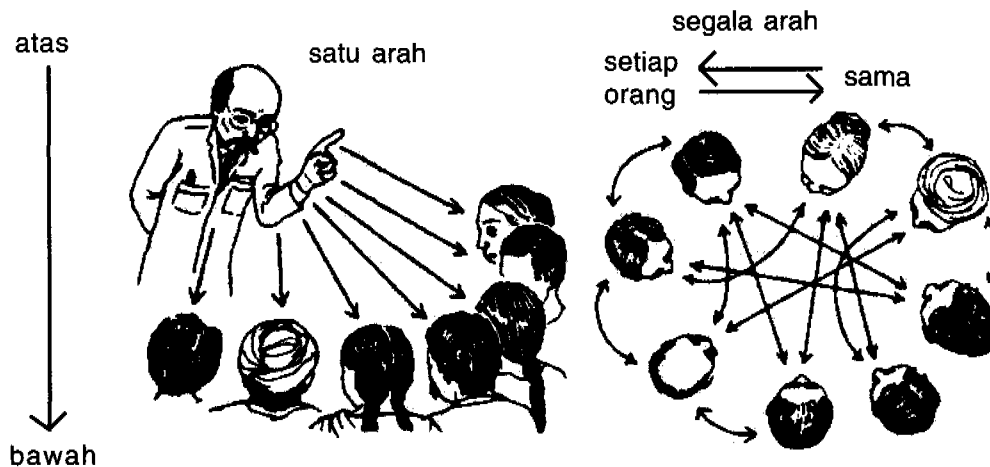
A. Metode antar-perorangan

Ciri komunikasi antar-perorangan adalah kontak langsung antara penyuluh kesehatan dengan kelompok sasaran. Contohnya adalah:

- Diskusi orang-per-orang (dari hati ke hati), seperti dalam kunjungan rumah;
- Diskusi kelompok kecil (sampai 12 orang);
- Diskusi kelompok besar (antara 12 hingga 30 orang);
- Pertemuan umum (di atas 30 orang).

Kekuatan komunikasi antar-perorangan adalah bahwa akan ada umpan balik, pertanyaan, klarifikasi, pertukaran perasaan dan gagasan, dan kegiatannya dilakukan bersama. Oleh karena itu, komunikasi antar-perorangan dapat merupakan alat yang baik untuk mempengaruhi pengetahuan, sikap, dan perilaku bagi peningkatan kesehatan. Namun begitu, ketika komunikasi antar-perorangan digunakan untuk

pengajaran satu-arah dimana penyuluh kesehatan menyampaikan kepada kelompok sasaran apa-apa yang harus dilakukan, maka tidak akan efektif (lihat Bab 2 dan 11). Komunikasi antar-pribadi harus digunakan sebanyak mungkin untuk komunikasi partisipatif: dialog, diskusi kelompok, berbagi pengalaman, belajar bersama dan penyelesaian masalah bersama. Ilustrasi pada halaman sebelum ini memperlihatkan perbedaan antara pengajaran dari atas ke bawah dan komunikasi partisipatif.



Diskusi perorangan

Diskusi perorangan biasanya terjadi pada waktu kunjungan rumah atau di tempat umum seperti pusat kesehatan, tetapi dapat juga terjadi pada waktu melakukan kunjungan keliling, atau pada waktu mengunjungi sarana penyediaan air dan sanitasi. Kesempatan diskusi perorangan juga mungkin dilakukan pada waktu rehat atau di akhir pertemuan kelompok.

Diskusi perorangan penting untuk membangun saling-percaya dan saling-pengertian antara penyuluh kesehatan dan para anggota kelompok sasaran. Diskusi seperti itu juga mungkin memberikan perasaan diterima dan adanya dukungan. Hal itu kadang diperlukan untuk menumbuhkan rasa percaya diri untuk menerapkan perubahan perilaku. Diskusi perorangan yang lebih terstruktur, seperti kunjungan rumah, perlu untuk mendiskusikan masalah-masalah yang peka atau masalah yang membutuhkan kehati-hatian atau penyelesaian masalah yang bersifat individual. Bila perempuan tidak bisa bertemu dalam kelompok karena alasan budaya, kunjungan rumah mungkin merupakan alternatif yang bisa diterima. Kunjungan rumah memiliki keuntungan tambahan karena penyuluh kesehatan bisa mendapatkan kesan yang cukup mengenai kondisi kehidupan kelompok sasaran, dan dapat langsung mendiskusikannya.

Kelemahan diskusi perorangan, jika digunakan sebagai satu-satunya metode komunikasi, adalah metode ini membutuhkan banyak waktu, dan karenanya juga

memakan biaya cukup besar untuk bisa mencapai semua anggota dalam suatu kelompok sasaran. Masalah lain adalah agak sulit untuk mengetahui apakah kinerja penyuluh kesehatan sesuai dengan standar atau tidak (lihat juga Bab 11).

Diskusi perorangan yang spontan tidak memerlukan perencanaan khusus ataupun persiapan. Walaupun begitu kita tetap harus memastikan bahwa metode komunikasi ini digunakan secara teratur, dan informasi dan pengalaman yang diperoleh diumpun-balikkan pada kegiatan-kegiatan pendidikan hygiene dan proyek. Sebaliknya, pada kunjungan rumah dan diskusi perorangan yang terstruktur lainnya penyuluh kesehatan harus dipersiapkan sebaik-baiknya agar komunikasi yang efektif dapat terjadi. Penyuluh harus tahu dengan baik tujuan diskusi pula, dan pesan(-pesan) utama, dan mengenal persoalan dengan baik, termasuk bahan-bahan pendukung yang akan digunakan selama diskusi (lihat juga bagian 10.3).

Diskusi perorangan yang terstruktur terbagi dalam tiga tahap. Pada tahap orientasi, penyuluh kesehatan dan peserta akan harus mulai saling mengenal guna membangun suasana keterbukaan dan saling-percaya. Penyuluh kesehatan akan menjelaskan tujuan diskusi dan memastikan bahwa diskusi akan sesuai dengan harapan dan keinginan peserta. Jika tidak, maka tujuannya bisa disesuaikan bersama.

Pada tahap utama diskusi, topik diskusi dibicarakan bersama-sama dan jalan keluar alternatif atau pilihan untuk upaya peningkatan dipertimbangkan bersama pula. Tugas utama penyuluh kesehatan adalah mendengarkan dengan baik dan kemudian mengajukan pertanyaan guna meningkatkan pemahaman. Jika perlu penyuluh memberikan informasi yang jelas, misalnya mengenai penyebaran penyakit atau mengenai prosedur proyek, guna memungkinkan pengambilan keputusan yang realistis. Di sana-sini, penyuluh kesehatan akan meringkaskan pokok bahasan diskusi supaya diskusi lebih terstruktur dan untuk memastikan bahwa semuanya mendiskusikan hal yang sama. Dalam membahas alternatif jalan keluar atau pilihan untuk perbaikan, penyuluh akan membantu peserta untuk berpikir termasuk konsekuensi apa yang mungkin dihadapi. Keputusan akhir ada pada peserta.

Pada tahap penutup, rencana kegiatan dibuat dan tindak-lanjut pun didiskusikan. Sebelum mengakhiri diskusi, penyuluh kesehatan harus mengevaluasi secara singkat diskusi itu untuk mengecek apakah tujuan yang ditetapkan telah tercapai dan apakah peserta merasa puas dengan hasilnya (Wapenaar dkk, 1989, h.172-180).

Diskusi kelompok

Diskusi kelompok merupakan metode yang paling sesuai untuk pendidikan hygiene karena ia memungkinkan suatu proses dalam kelompok di mana peserta secara langsung saling berkomunikasi, dan bekerja sama. Diskusi kelompok perlu untuk mempengaruhi pengetahuan, dan lebih penting lagi dalam mempengaruhi sikap dan perilaku. Diskusi kelompok pada dasarnya terdiri dari tahapan yang sama dengan diskusi, dengan tambahan bahwa pada waktu diskusi berlangsung penyuluh

kesehatan akan melakukan upaya khusus guna merangsang komunikasi langsung diantara para peserta. Diskusi kelompok yang terfokus, terutama berguna untuk memperoleh pemahaman yang mendalam mengenai sikap dan persepsi masyarakat seperti, yang telah didiskusikan dalam Bab 7.

Agar komunikasi selama diskusi kelompok berjalan sejumlah tugas harus terpenuhi:

- Mengambil inisiatif, misalnya untuk memulai diskusi, untuk memberi saran dan untuk mengajukan usulan;
- Memberikan struktur diskusi, dengan tetap mengikuti arah tujuan diskusi, senantiasa memperhatikan waktu, memberikan ringkasan sementara mengenai diskusi untuk menjaga agar setiap orang senantiasa searah;
- Menyediakan informasi dan koreksi atas informasi yang salah;
- Memberikan panduan bagi proses kelompok dan mendukung setiap peserta, misalnya dengan memberi kesempatan pada setiap orang untuk berbicara, merangsang yang pemalu agar menjadi aktif, dan memastikan setiap orang agar didengar dan diperhatikan, menciptakan suasana yang terbuka, membantu menciptakan konsensus dan membuat keputusan bersama;
- Mengevaluasi diskusi.

Tugas-tugas ini dapat dilakukan baik seluruhnya atau sebagian oleh peserta kelompok. Penyuluh kesehatan akan mengisi celah dan akan menjaga proses kelompok dan proses pengambilan keputusan. Jika kelompok berkumpul secara teratur, anggota kelompok mungkin akan bersaing untuk mendapat pengaruh, dengan menimbulkan perasaan simpati dan atau antipati. Hal seperti ini dapat mengarah pada terbentuknya sub-sub kelompok. Penyuluh kesehatan haruslah menjaga agar hal ini tidak akan mengganggu keberhasilan pendidikan higiene. Jika keadaan memburuk, kelompok mungkin sebaiknya dipecah.

Komposisi kelompok selalu menuntut pertimbangan yang seksama. Jika kelompok terdiri dari orang-orang dengan latar belakang yang terlalu beragam, dapat menghambat diperolehnya hasil yang baik, karena masalah dan cara pemecahan yang realistis akan jauh berbeda, atau karena dalam suatu latar yang memburuk mungkin akan sulit bagi para perempuan atau kelompok dengan status lebih rendah untuk mengemukakan pendapat. Perbedaan latar belakang bisa karena budaya, etnik, tempat-tinggal, perbedaan sosial dan ekonomi atau kombinasinya. Umur dan gender merupakan pertimbangan lain bagi komposisi kelompok. Dengan demikian, mungkin ada alasan khusus untuk mengelompokkan laki-laki dan perempuan dalam satu kelompok, atau untuk memisahkan kelompok perempuan dan kelompok laki-laki. Hal yang sama juga berlaku pada faktor usia. Syarat utama bagi suatu diskusi kelompok yang baik adalah bahwa semua peserta dalam kelompok itu dapat mengemukakan pendapat dan benar-benar merasa bebas untuk melakukannya.

Berikut ini adalah cerita yang nampaknya tidak ada kaitannya dengan penyediaan air atau justru ada?

HADIAH

Ada seorang laki-laki tinggal di sebuah desa. Anak laki-lakinya bekerja di Lusaka. Anaknya datang berkunjung dan membawa sebuah hadiah untuknya: satu stel kemeja dan celana. Sang ayah merasa bahagia dan sangat berterima kasih kepada si anak. Enam bulan kemudian si anak menerima sebuah bingkisan yang berisi kemeja dan celana tadi. Catatan yang menyertainya berbunyi: Kemeja dan celana ini perlu dicuci dan ditambal. Aku menunggu bantuanmu sebab aku tidak punya pakaian.

- apa pendapat Anda mengenai hal ini?

- apa yang akan Anda lakukan ketika Anda menerima sesuatu?

Ini merupakan cara yang baik untuk memperkenalkan perlunya tanggung jawab atas sarana penyediaan air baik yang baru atau yang diperbaiki. Biasanya orang selalu bereaksi pada cerita tersebut dengan penuh pengertian dan mereka memang menghargai kepiawaian penyuluh lapangan.

Sumber: Zambia, Pemerintahan, (1987).

Pertemuan kelompok/umum

Pertemuan kelompok yang besar, dengan peserta lebih dari 25 hingga 30 orang, merupakan hal yang sangat bermanfaat bagi penyebaran informasi yang cepat, penumbuhan kesadaran, dan untuk mendapatkan dukungan awal bagi kegiatan pendidikan higiene. Oleh karena sulit untuk melakukan dialog dengan begitu banyak peserta, pertemuan yang lebih besar ini cenderung satu-arah. Ini tidak berarti bahwa pertemuan demikian harus merupakan pengajaran satu-arah (lihat juga bagian 10.1). Semua hal yang mungkin perlu dilakukan untuk membuat peserta terlibat dan bertanggung jawab. Saran berikut dapat membantu agar komunikasi dalam pertemuan kelompok menjadi lebih efektif:

- Tetapkanlah tujuan dan pesan dengan jelas, dan pastikan bahwa pertemuan kelompok memang merupakan cara yang terbaik.
- Batasi presentasi pada kelompok hanya 20-30 menit dan buatlah presentasi itu menjadi lebih menarik dengan menggunakan *overhead projector*, papan tulis, grafik, drama, demonstrasi, slide, video, dll.
- Pastikan bahwa presentasi berorientasi pada kelompok sasaran. Informasi yang dipresentasikan haruslah berhubungan erat dengan pengetahuan dan pengalaman

- kelompok, dan informasi baru haruslah relevan. Sebagai petunjuk praktis, sebuah presentasi akan lebih efektif jika ia tidak memuat informasi baru lebih dari 30%.
- Uji coba dulu presentasi itu sebelum pertemuan, dan buatlah penyesuaian seperlunya.
 - Undanglah kelompok sasaran di waktu yang tepat dan tunjukkan bahwa kita menghargai partisipasi mereka. Pastikan bahwa baik laki-laki maupun perempuan ikut serta, dan jika perlu organisasikan pertemuan untuk wanita secara terpisah. Pastikan bahwa tanggal dan waktunya sesuai untuk peserta yang diundang.
 - Buatlah agar tempat pertemuan siap tepat waktu dan berikan perhatian khusus pada pengaturan tempat duduk.
 - Pada awal pertemuan, berikan penjelasan singkat tapi jelas mengenai tujuan, organisasi dan tujuan pertemuan, dan tentang peserta itu sendiri.
 - Luangkan waktu untuk umpan-balik, penjelasan, dan untuk menjawab pertanyaan.
 - Jika mungkin, setelah presentasi itu adakan tanya jawab atau kunjungan lapangan, sehingga memungkinkan untuk melanjutkan diskusi secara informal.
 - Ringkas pokok-pokok bahasan di akhir pertemuan, dan berikan penjelasan yang jelas mengenai tindak-lanjutnya, khususnya kapan dan di mana peserta akan dilibatkan.
 - Jangan lupa mengevaluasi pertemuan (Wapenaar dkk, 1989, h.180-187).

B. Media masa

Media masa terdiri dari poster, papan iklan, radio, televisi, bioskop, majalah, surat-kabar, buku, pengeras suara (mobil), dsb. Ciri utama media masa ialah tidak melibatkan interaksi tatap-muka secara langsung antara penyuluh kesehatan dengan kelompok sasaran. Media masa bermanfaat untuk menyampaikan pesan sederhana dan untuk mempengaruhi pendapat. Media masa juga lebih kecil manfaatnya dalam merubah sikap dan perilaku, kecuali jika dikombinasikan dengan atau diperkuat oleh komunikasi perorangan (Hublely, 1988b).

Untuk penggunaan media masa bahan komunikasi harus dibuat, seperti program radio, poster, suatu teks, sebuah video. Mengenai bahan komunikasi, akan dibahas lebih lanjut pada bagian 10.4. Oleh karena buku ini membahas pendidikan higiene sebagai bagian dari proyek penyediaan air dan sanitasi, perhatian akan lebih pada bahan-bahan yang membantu komunikasi perorangan antara penyuluh dengan kelompok sasaran. Bahan-bahan komunikasi untuk media masa membutuhkan ketrampilan dan keahlian yang berbeda, sebab penyuluh tidak lagi berkeliling untuk merangsang minat orang dan membahas hal-hal yang kurang jelas serta masalah yang terkait. Pembaca yang ingin tahu lebih banyak dapat membaca buku-buku seperti Manoff (1985), khususnya untuk mendapatkan pemahaman mengenai sulitnya proses pembuatan pesan yang untuk penggunaan media masa. Berikut ini adalah perbandingan singkat berbagai karakteristik komunikasi perorangan dan media masa.

<i>Karakteristik</i>	<i>Media masa</i>	<i>Antar perorangan</i>
Kecepatan mencakup masyarakat dalam jumlah besar	cepat	lambat
Akurasi dan ketiadaan distorsi	akurasi tinggi	mudah
Kemampuan memilih sasaran khusus	sulit memilih sasaran	bisa memilih dengan tepat
Arah	satu-arah	dua-arah
Kemampuan merespon kebutuhan lokal kelompok tertentu	hanya berisi informasi non-spesifik	bisa memenuhi kebutuhan setempat
Umpan balik	umpan balik tidak langsung hanya dari sumber	umpan balik langsung dimungkinkan
Dampak utama	meningkatkan pengetahuan / kesadaran	perubahan dalam sikap dan perilaku

Skema 8: Ciri utama metode media masa dan perorangan. Sumber: Hubley, J. (1988b).

10.3 Tambahan hal pokok yang perlu diperhatikan untuk komunikasi yang efektif

Sejumlah poin tambahan harus diperhatikan untuk komunikasi yang efektif:

Menjangkau kelompok sasaran

Jika kita tidak dapat menjangkau kelompok sasaran, kegiatan pendidikan higiene kita tidak akan efektif. Oleh karenanya, menjangkau kelompok sasaran harus terus diperhatikan. Pada beberapa budaya mungkin sulit mendekati kelompok sasaran utama secara langsung, tanpa melalui hierarki formal dan informal.. Oleh karena itu penting bagi kita supaya mereka mau terlibat. Di sejumlah budaya mungkin kita akan sulit menjangkau wanita secara langsung atau berbicara bebas dengan mereka. Dalam kasus-kasus demikian upaya khusus perlu dilakukan, dan saran-saran untuk itu adalah:

- Cobalah adakan pertemuan dengan kaum wanita secara terpisah. Seringkali jika laki-laki dan perempuan berbaur, lebih sulit bagi perempuan untuk bicara.
- Mintalah ijin kepala rumah tangga untuk mengundang wanita dalam rumah tangga itu guna bergabung dengan kegiatan pendidikan higiene yaitu dengan menjelaskan tujuannya jelas.

- Mungkin perlu ijin dari wanita yang lebih tua bila ingin berbicara dengan wanita yang lebih muda.
- Adakan pertemuan dengan perempuan di tempat di mana mereka mudah ditemui: di rumah, di ladang, di tempat sumber air, di kerumunan para wanita.
- Kontaklah pemimpin perempuan, organisasi perempuan dan para istri pemimpin lokal sejak awal. Mereka dapat membantu untuk menjangkau perempuan lain dalam masyarakat tersebut (Diamanti dan Heyn, 1985, h.21).

Seringkali, anggota masyarakat sendiri dapat memberikan saran yang terbaik untuk partisipasi aktif para perempuan. Jadi tugas penyuluh kesehatan lebih merupakan upaya untuk mengemukakan hal yang diperlukan dan memastikan hal itu terjadi, dan bukannya mencoba mengatasinya sendiri.

Lokasi dan waktu

Komunikasi yang efektif hanya dimungkinkan jika lokasi dan waktu pertemuan sesuai bagi kelompok sasaran. Pada sejumlah masyarakat ada batasan-batasan mengenai di mana perempuan dapat bertemu (lihat di atas). Tempat-tempat seperti tempat ibadah, ruang kantor, sekolah, pasar, atau pusat-pusat kesehatan, bisa merupakan tempat yang nyaman dan bisa diakses oleh beberapa orang, tetapi mungkin sulit bagi yang lain. Harus selalu diperiksa bahwa lokasi yang dipilih sesuai dengan kelompok sasaran. Hal yang sama berlaku pula untuk waktu pertemuan. Di Nepal para wanita menunjukkan bahwa waktu yang terbaik bagi mereka untuk bertemu adalah sekitar jam tujuh pagi hari sebelum mempersiapkan sarapan dan pekerjaan pertanian. Di Bangladesh para lelaki lebih suka bertemu malam hari sebab mereka sibuk dengan urusan masing-masing pada siang hari.

Frekuensi

Komunikasi yang teratur diperlukan sebelum kita dapat mengharapkan adanya perubahan perilaku dan kondisi-kondisi yang berhubungan dengan kesehatan. Hal ini membutuhkan kesinambungan kegiatan pendidikan higiene (lihat juga Bab 2 dan 9).

Beberapa program telah mencoba menjabarkan berapa jumlah waktu minimal yang diperlukan untuk ada bersama-sama dengan kelompok sasaran selama rentang waktu tertentu. Sebagai contoh, apakah suatu kelompok masyarakat perlu dikunjungi dua-minggu sekali selama enam bulan untuk pendidikan higiene dan kemudian setiap dua bulan selama satu setengah tahun? Nampaknya tidak ada jawaban yang mudah untuk pertanyaan ini, pertama karena kita tidak mempunyai informasi yang cukup, dan yang lebih penting lagi karena ada begitu banyak faktor yang mempengaruhinya seperti penetapan tujuan, jenis kelompok sasaran, jenis penyuluh kesehatan, jenis proyek. Hal yang penting untuk tetap diingat adalah bahwa untuk memperoleh dampak dari pendidikan higiene, kesinambungan tetap diperlukan.



Pendidikan higiene merupakan proses komunikasi.

Panduan dan dukungan

Komunikasi untuk peningkatan kesehatan itu jauh dari mudah, sebagaimana telah dijelaskan pada uraian di atas dan bab-bab lainnya. Oleh karena itu perlu diperhatikan bahwa penyuluh higiene hanya diberi tugas yang realistis, dan diberi bimbingan serta dukungan yang cukup untuk melaksanakannya. Semakin rendah tingkat pendidikan dan semakin terbatas pengalaman kerja penyuluh kesehatan, semakin penting pula perlunya ada dukungan yang memadai.

Bimbingan dan dukungan dapat diberikan dengan memberikan pelatihan lewat magang dan pelatihan langsung di lapangan serta supervisi. Untuk penyuluh kesehatan yang kualifikasinya cukup baik, dukungan periodik akan membantu; sedang untuk penyuluh kesehatan masyarakat dengan pendidikan dan pengalaman yang kurang, diperlukan bimbingan yang lebih sering. Mungkin mereka akan gampang putus asa jika harus melakukan komunikasi partisipatif, sebab masyarakat mungkin akan banyak mengajukan pertanyaan, masalah dan saran yang tidak bisa mereka tangani. Demikian juga, proses komunikasi itu sendiri cukup menuntut, membutuhkan ketrampilan terlatih dan kepercayaan diri yang memadai. Para petugas lapangan yang tidak dapat mengatasinya cenderung untuk tidak mengerjakan tugas mereka atau memilih metode pengajaran satu-arah dengan menyuruh orang apa yang harus mereka lakukan. Kita telah melihat bahwa hal ini tidak dapat diharapkan efektif.

Pada sebuah program pendidikan higiene yang baru dilaksanakan di Yaman kunjungan lapangan berfungsi untuk:

- pendidikan higiene untuk kaum wanita di desa tersebut;*
- pelatihan penyuluh kesehatan;*
- pelatihan dan bimbingan pada para pemimpin wanita terpilih;*
- pengembangan lebih lanjut kegiatan pendidikan higiene*

Program untuk kunjungan lapangan itu sebagai berikut:

- mengumpulkan bahan-bahan pendidikan higiene di kantor;*
- melakukan perjalanan ke desa;*
- menghubungi para pemimpin wanita dan mendiskusikan kegiatan pendidikan higiene yang diusulkan.*
- menghubungi para pemimpin wanita dan mendiskusikan kegiatan pendidikan higiene yang diusulkan.*
- Melakukan kegiatan pendidikan higiene bersama dengan semua wanita di pedesaan;*
- Mengulas kegiatan pendidikan higiene itu bersama dengan para penyuluh kesehatan dan pemimpin wanita;*
- Bersama-sama dengan para penyuluh kesehatan dan pemimpin wanita mengulas kinerja dan peran mereka selama kegiatan pendidikan higiene;*
- Secara informal berjalan keliling desa yang digabung dengan kunjungan singkat ke rumah-rumah;*
- Kembali ke kantor dan mengisi formulir pelaporan mengenai desa.*

Sumber : Dereckx. M (1989), h. 8.

Petugas lapangan yang latar belakang pendidikan dan pengalamannya kurang dapat dibantu guna meningkatkan komunikasi mereka dengan berbagai cara:

- Memulai pendidikan higiene dari masalah-masalah praktis dan situasi kongkret dan bukan dari masalah kesehatan yang umum dan abstrak;
- Dengan adanya rencana kunjungan yang jelas para petugas akan merasa lebih yakin untuk melakukannya;
- Dengan umpan balik dan pertemuan perencanaan teratur, katakanlah dua-mingguan atau bulanan, untuk mendiskusikan pengalaman lapangan periode sebelumnya dan untuk membuat perencanaan praktis kegiatan bagi periode mendatang;
- Sediakan bahan-bahan pendukung komunikasi, seperti audio-visual, yang menarik bagi kelompok sasaran dan mudah dibawa serta digunakan oleh para petugas lapangan.

Di akhir bab ini akan diberikan beberapa contoh.

10.4 Bahan-bahan pendukung komunikasi

Proses komunikasi dalam pendidikan higiene seringkali sangat terbantu oleh penggunaan bahan-bahan komunikasi. Bahan-bahan atau alat audio-visual yang terbaik adalah hal-hal yang secara jelas menunjukkan pesan yang dimaksudkan, yang merangsang komunikasi partisipatif dan yang membuat orang aktif. Demonstrasi, model dengan bagian-bagian yang dapat bergerak atau dibongkar-pasang, rangkaian poster (lihat contohnya pada akhir bab ini), permainan, dan drama masyarakat merupakan sejumlah alat bantu yang dapat digunakan. Bahan-bahan audio-visual lainnya adalah leaflet, poster, kartu pengingat, pita kaset, slide, video, nyanyian, cerita, dsb. Bahasan mengenai alat bantu visual yang biasa dipakai ada pada Tabel 4 di akhir bab ini. Pita kaset dengan sedikit cerita yang telah direkam atau untuk merekam kunjungan seringkali tidak diperhatikan padahal bisa sangat berguna.

Masalah yang sering muncul dalam proyek adalah perhatian lebih besar tercurah kepada pembuatan bahan-bahan audio-visual, bukannya pada pengujian dan pemakaiannya. Cara terbaik untuk mencegahnya adalah memulainya dengan pengembangan program pendidikan higiene itu sendiri, jauh ke persiapan pelaksanaan (lihat Bab 9), dan baru kemudian memutuskan tentang jenis bahan apa yang dibutuhkan untuk kelompok sasaran mana. Dalam mempertimbangkan penggunaan alat bantu komunikasi, sejumlah hal harus benar-benar diperhatikan:

- Banyak bahan telah dibuat. Akan bermanfaat untuk mengulas bahan-bahan yang dengan mudah bisa diakses guna mempertimbangkan manfaatnya bagi program pendidikan higiene, baik dalam bentuk aslinya ataupun dalam bentuk yang sudah disesuaikan. Organisasi lokal dan internasional bisa pula didekati untuk tujuan ini (lihat juga Bab 6).
- Pembuatan bahan oleh kelompok sasaran dan/atau petugas kesehatan setempat sering sudah merupakan kegiatan pendidikan higiene itu sendiri, dan dapat menghasilkan bahan dan kegiatan-kegiatan yang menarik untuk pembelajaran dan komunikasi partisipatif.

"Pengalaman memperlihatkan bahwa sebaiknya kita membuat bahan penyuluhan sendiri yang sesuai dengan kegiatan pendidikan higiene kita. Jenis bahan tidak penting sebab pada umumnya bahan apapun yang digunakan akan mendapat perhatian dan memudahkan diskusi. Kejutan akan meningkatkan perhatian. Oleh karenanya, kita coba menggunakan berbagai macam bahan, seperti gambar flanel yang dibuat sendiri, foto, produk yang dibeli dari toko, benda-benda yang dibawa kaum ibu dari rumah. Bahan-bahan penyuluhan yang kita gunakan lebih sering terdiri dari contoh kehidupan sehari-hari, seperti seorang bocah dengan kuku yang kotor, seorang anak yang menolak menggunakan sepatunya, ayam yang berlarian di dapur."

Sumber: Dereckx, M. (1989) h.28.

Kecuali jika pembuatan bahan sepenuhnya merupakan bagian dari kegiatan pendidikan higiene, pra-pengujian selalu diperlukan sebelum diperbanyak dan penggunaan yang lebih luas. Biasanya pengujian bahan pendukung komunikasi dilakukan selama beberapa hari saja atau kadangkala-kadangkala sampai beberapa minggu. Karena pra-pengujian seringkali merupakan kegiatan yang terabaikan, hal ini akan dibahas secara ringkas pada bagian selanjutnya. Yang juga sering terabaikan adalah fakta bahwa bahan-bahan itu hanya akan bermanfaat bila digunakan sebagaimana mestinya. Bahan-bahan komunikasi jarang dapat berdiri sendiri. Bahan-bahan itu biasanya dirancang untuk digunakan oleh seorang penyuluh. Penyuluh kesehatan masyarakat harus dirangsang dan dilatih untuk menggunakan bahan-bahan yang telah dibuat secara efektif. Masalah ini akan dibahas lebih jauh pada Bab 11.

Pra-pengujian

Pra-pengujian maksudnya adalah pengujian bahan-bahan komunikasi di lapangan sebelum diproduksi atau dicetak. Hal ini dilakukan dengan cara mewawancarai wakil-wakil kelompok sasaran, untuk mengetahui apakah mereka dapat mengerti pesan yang dimaksudkan atau tidak, dan apakah mereka menyukai bahan-bahan itu. Pertanyaan-pertanyaan yang perlu dijawab misalnya adalah:

- Apakah mereka menyukai bahan itu?
- Apakah simbol (lukisan, gambar, kata, tanda panah, dsb.) itu dapat dipahami?
- Apakah mereka dapat langsung memahami pesan yang ingin disampaikan?
- Jika bahan itu terdiri dari beberapa bagian unit, misalnya serangkaian gambar, apakah mereka dapat mengerti secara keseluruhan, atau terpisah-pisah? Apakah keseluruhan pesannya terpahami?
- Apakah bahan itu sesuai dengan situasi, kehidupan, dan kebutuhan mereka sendiri?
- Apakah ada bagian dari bahan itu yang membuat orang merasa malu?
- Apakah penggunaan warna-warnanya mempunyai arti khusus?

Pengujian dapat dilakukan dengan individu dan/atau dengan kelompok, tergantung pada jenis bahan dan maksud pra-pengujian tadi. Pra-pengujian dalam suatu kelompok kecil yang homogen mungkin mempunyai keuntungan bahwa orang akan merasa lebih bebas untuk mendiskusikan persoalan dan/atau gambar yang sedang diujikan. Juga, akan sering muncul saran perbaikan dari orang-orang itu, dengan demikian memungkinkan kesempatan peluang adanya reaksi langsung pada saran-saran dari anggota kelompok lain.

Jumlah orang yang terlibat dalam pengujian akan tergantung pada reaksi mereka. Jika reaksinya menunjuk arah yang sama baik menunjukkan bahwa bahan itu cukup baik atau ada hal-hal yang harus disesuaikan maka sekitar 20 orang dianggap cukup. Jika jawabannya terlalu bervariasi, tes itu mungkin harus melibatkan sampai 50 orang. Selalu penting untuk mencakup orang-orang dari lapisan yang paling miskin dan dengan pendidikan yang paling rendah dari kelompok sasaran

dalam tes tadi. Mereka harus memahami dan menyukai bahan tadi, dan bahan itu juga harus relevan dengan kehidupan mereka, jika pendidikan higiene itu dimaksudkan untuk memberikan manfaat kepada seluruh masyarakat.

Dalam menguji bahan tersebut perlu juga untuk melihat seberapa mudah dan menariknya bahan itu untuk digunakan oleh para penyuluh kesehatan (Haaland, 1984).

Tabel 4: alat bantu yang umum digunakan

ALAT-BANTU VISUAL	GAMBARAN UMUM	BESARNYA KHALAYAK YANG DIANJURKAN
1. Papan tulis kapur	Papan keras yang dicat hijau atau hitam; dimana orang bisa menulis atau menggambar dengan kapur	Sampai 30 orang. Jika digunakan untuk ukuran lebih besar, dibutuhkan papan yang lebih besar dan diperlukan juga penempatan khalayak secara cermat
2. Papan flanel	Selembar kain flanel, atau yang sejenis, kain handuk, atau kain lakan, yang ditempel di tembok di mana gambar potongan-potongan dapat ditempelkan bila bagian belakang gambar juga ditempel kain flanel atau kain handuk, amplas atau kertas yang ada lemnya	Sampai 20 orang. Ukuran peserta tergantung ukuran kain flanel dan besarnya gambar yang digunakan.
3. Poster	Suatu pesan pada selembar kertas berukuran lebar, dengan ilustrasi dan pesan tertulis sederhana.	Tidak ada batasan, karena tidak semua orang harus memperhatikan sebuah poster pada waktu yang bersamaan
4. Gambar lembar balik	Ilustrasi pada kertas atau kain, biasanya ukurannya lebih besar dari 21 X 27 cm; yang disatukan dengan cincin atau tali. Sehingga dapat dibolak-balik secara berurutan.	Sampai 30 orang. Besarnya peserta tergantung pada ukuran ilustrasi grafik gambar lembar balik itu
5. Kartu penunjuk	Ilustrasi dibuat pada kertas tebal yang biasanya berukuran kurang dari 21 X 27 cm. Kartu itu tidak diikat jadi satu, tapi bisa saja dibuat berurutan	Sampai 15 orang. Karena ilustrasinya kecil, peserta harus tidak lebih dari 15 orang.
6. Papan pengumuman	Sebuah papan, paling tidak berukuran ¼ X 1 m yang bisa ditempel pin. Gambar, foto, dan tulisan bisa dipasang pada papan itu.	Tidak ada batasan, karena tidak harus semua orang melihat papan pengumuman itu pada saat yang bersamaan.
7. Demonstrasi	Menggunakan bahan, alat, atau tempat yang sebenarnya, penyuluh mempertunjukkan bagaimana sesuatu hal dilakukan. Setiap kali, setelah didemonstrasikan, setiap peserta dapat mencoba melakukan apa yang telah diperlihatkan.	1 sampai 30 orang. Karena akan sulit bagi seorang penyuluh untuk menindak-lanjuti demonstrasi itu bagi lebih dari 30 orang, 30 merupakan batas jumlah yang dianjurkan.
8. Slide	Film 35mm yang dibingkai dengan plastik atau karton berukuran 5X5 cm. Berwarna atau hitam-putih, diproyeksikan pada sebuah layar atau tembok.	Sampai 30 orang. Meski slide bisa dipakai untuk jumlah orang yang lebih besar, penyuluh akan bisa merangsang diskusi dengan lebih baik jika jumlahnya lebih kecil.
9. Kertas film	Film 35mm, berwarna atau hitam-putih. Foto-foto ditata berurutan. Film itu diproyeksikan pada sebuah layar atau tembok. Menggunakan proyektor dengan adaptor. Bisa diatur secara horisontal atau vertikal.	Hingga 30 orang. Meskipun film bisa digunakan untuk lebih dari itu, penyuluh akan bisa dengan lebih baik merangsang diskusi dengan kelompok yang jumlahnya lebih kecil.
10. Film	Berwarna atau hitam-putih, film bioskop berukuran 16X8 mm, dengan suara, dan diproyeksikan pada sebuah layar atau tembok	30 sampai 100 orang. Kelompok memang bisa lebih besar, tapi akan sulit untuk mengadakan diskusi jika jumlahnya terlalu besar.

KEUNTUNGAN

KERUGIAN

- | | |
|--|--|
| 1. Murah, bisa dibuat sendiri, perawatannya mudah. Persiapannya sedikit. Me-mungkinkan partisipasi peserta. Bisa digunakan siang atau malam hari. | Sulit dibawa-bawa ke daerah terpencil. Terbatas pada kemampuan artistik pemakai. |
| 2. Murah, mudah dibuat dari bahan lokal. Perawatannya mudah dan bisa dibawa-bawa ke daerah terpencil. Gambar bisa digunakan pada presentasi yang berbeda. Ideal untuk memperlihatkan "urutan kejadian" dan mengulas pelajaran, karena gambar itu bisa dilepas dan dipasang kembali pada papan. | membutuhkan persiapan pendahuluan yang cukup. Sulit digunakan di luar ruangan jika banyak angin. Beberapa kemampuan artistik diperlukan untuk membuat gambar sendiri. |
| 3. Murah, pembuatannya mudah. Hanya dibutuhkan waktu sebentar untuk mempersiapkan dan memakainya. Mudah dibawa-bawa. | Cepat rusak. Bisa membingungkan peserta bila informasi terlalu banyak atau terlalu sedikit. Untuk membuat poster sendiri, diperlukan kemampuan artistik tertentu. |
| 4. Merupakan cara yang baik untuk membahas informasi secara berurutan. Karena saling terkait, ilustrasinya bisa tetap berurutan. | |
| 5. Murah, bisa dibuat sendiri, sangat mudah dibawa. Merupakan cara yang baik untuk memberikan informasi yang berurutan kepada kelompok kecil. | Mudah rusak bila sering dipakai. Untuk membuat kartu petunjuk diperlukan kemampuan artistik tertentu. Terbatas pada kelompok kecil saja. |
| 6. Murah, bisa dibuat dari bahan lokal. Sangat berguna untuk diskusi kelompok. | Jika digunakan di luar ruangan, kerusakan akibat cuaca bisa terjadi. Diperlukan pasokan bahan pendidikan yang baik terus menerus agar tetap bisa digunakan. |
| 7. Cara yang sempurna untuk meng-gunakan bahan nyata dalam situasi nyata. Menggunakan bahan lokal. Mudah dipahami oleh orang yang tidak terbiasa dengan gambaran. Cara yang baik untuk memperoleh partisipasi peserta. | Membutuhkan kegiatan pra-perencanaan dan persiapan. |
| 8. Ada expresinya, lebih murah dibanding film, bioskop. Mudah dibawa, dapat diurutkan. Proyektor yang dioperasikan dengan batera tersedia. Foto lokal gampang dibuat. | Gampang rusak, sering salah urutan dan terbalik-balik. Memerlukan peralatan proyeksi, aki dan kabel, dan perlu tempat yang dapat digelapkan. |
| 9. Berekspresi, lebih murah ketimbang film bioskop dan slide. Sekali dimasukkan dengan benar kedalam proyektor, pasti urut. Bisa menunjukkan hal-hal nyata dan memperlihatkan urutan waktu. Proyektor yang dioperasikan aki/baterai tersedia. Relatif mudah dibawa-bawa. | Bisa rusak, membutuhkan peralatan proyeksi, membutuhkan baik setruman maupun listrik atau baterai (kadang harga baterai/aki mahal). Membutuhkan tempat yang gelap. Ketersediaan kertas film yang memadai terbatas. Sangat mahal, membutuhkan peralatan yang mahal, |
| 10. Berekspresi dan menarik perhatian peserta. Memperlihatkan gerak dan karenanya membantu menerangkan langkah demi langkah, dan urutan waktunya sangat baik. | Sangat mahal, membutuhkan peralatan yang mahal, listrik dan wilayah tempat gelap. Sulit dibawa-bawa dan dioperasikan. |

Sumber: World Neighbours in Action, "Communication" dalam: Favin et al (1986) hal. 20/21

Contoh: Komunikasi Kesehatan

Di unit terapi rehidrasi oral di sebuah klinik pedesaan Nigeria, diadakan diskusi kelompok kecil setelah petugas kesehatan yang bertugas yakin bahwa semua anak telah diberi cairan dan para ibu mereka nampak lebih tenang. Dimulai dengan perkenalan dan saling memberi salam. Diskusi dimulai dengan apa yang menyebabkan penyakit diare dan berjalan sebagai berikut:

Petugas kesehatan: Tolong diceritakan kenapa anak-anak terserang diare.

Ibu A: Kebanyakan anak-anak itu diare ketika gigi mereka mulai tumbuh.

Ibu B: Diare terjadi bila perut anak-anak itu kotor.

Petugas kesehatan: Apa yang Ibu maksud dengan perut yang kotor.

Ibu B: Ketika perut kotor, diare membantu menguras kotoran itu.

Petugas kesehatan: Apa yang menyebabkan perut kotor?

Ibu C: Makanan yang buruk atau kotor. Beberapa makanan memang tidak cocok sebagian anak-anak.

Petugas kesehatan: Tadi, salah satu dari ibu mengatakan bahwa diare terjadi ketika anak-anak mulai tumbuh giginya. Apa yang ibu-ibu amati dari perilaku anak-anak ketika gigi mereka sedang tumbuh?

Ibu C: Mereka banyak menangis.

Ibu D: Anak-anak akan mengambil apa saja dan memasukkan ke dalam mulut mereka untuk dikunyah.

Ibu B: Anak saya menghisap jarinya sendiri.

Ibu E: Anak saya memungut apa saja dari lantai dan memasukkan ke dalam mulutnya. Kemarin dia memamah sandal saya dan sebelumnya malah mengambil tongkolan singkong.

Petugas kesehatan: Ibu-ibu benar, anak-anak akan mengunyah apa saja ketika gigi mereka sedang tumbuh. Ibu-ibu sudah perhatikan sendiri bahwa mereka bahkan memunguti segala sesuatu dari lantai untuk dikunyah. Dan benda-benda itu mungkin kotor.

Ibu C: Tentu saja. Saya tangkap a nak saya yang sedang memegang tulang yang sudah diseret-seret anjing di halaman kami.

Petugas kesehatan: Menurut ibu-ibu, apa yang terjadi ketika anak-anak itu memasukkan benda-benda yang kotor ke dalam mulut mereka?

Ibu D: Ya, pasti mereka akan menelan sebagian kotoran itu.

Petugas kesehatan: Sehingga perut mereka kotor dan mereka pun terserang diare. Jadi, mungkin itulah sebabnya mengapa kita melihat begitu banyak anak-anak kena diare ketika sedang tumbuh giginya. Sekarang berdasarkan apa yang telah kita bicarakan, apakah diantara ibu-ibu ada yang punya gagasan/pendapat mengenai bagaimana mencegah terjadinya diare?

Diskusi itu berlanjut dengan para ibu memberikan saran berdasarkan apa yang mereka katakan sebelumnya.

Perhatikanlah bahwa pekerja kesehatan tidak mengkritik ibu-ibu itu ataupun kepercayaan yang mereka katakan. Bahkan ia mencari suatu kaitan antara gagasan para ibu itu dengan pengetahuannya sendiri mengenai penyebaran penyakit. Para ibu itu pun kemudian tertuntun untuk mengembangkan kesimpulan mereka sendiri dan menawarkan tindakan untuk mengatasinya.

Sumber: Brieger, W.R. (1988).

Contoh: Rencana Pendidikan Kesehatan Kunjungan Masyarakat sebuah Proyek di Sudan

PERTEMUAN NO.2: Sumur bersih

Peserta pada hari itu:

- Tim Pendidikan Kesehatan
- Panitia Kesehatan Desa
- Pengurus
- Perempuan pengguna sumur yang telah diperbaiki.

Tujuan dan kegiatan:

- Memantau topik-topik yang dibahas pada pertemuan terdahulu. Membahas masalah-masalah yang penting maupun yang kurang penting yang diidentifikasi selama latihan pemantauan. Bersama-sama menganalisis masalah dan menemukan jalan keluarnya. Menekankan pentingnya tanggung jawab Panitia Kesehatan Desa, pengurus dan pengguna sumur.
- Mencoba membuat kaitan antara diare dan kotoran, kotoran dan lokasi sumur, lokasi sumur dan diare.
- Mempromosikan lingkungan sumur yang bersih: menekankan tanggung jawab Panitia Kesehatan Desa, pengurus, perempuan, orang-orang desa pada umumnya:
 - Membersihkan tempat sekitar sumur;
 - Menjaga agar air tidak meluap;
 - menjaga agar wadah air tetap terletak diatas;
 - membersihkan saluran air;
 - meningkatkan kebersihan lingkungan (tempat-tempat basah/berlumpur);
 - membuat dan merawat pagar yang kuat;
 - menjaga agar binatang tidak masuk, pada waktu penyiraman;
 - mencuci sebaiknya di luar pagar.

- Mempromosikan penggunaan tali dan ember untuk mengambil air
- Bersihkan tali dan ember pengambil air sebelum memasukkannya ke dalam sumur
- Letakkan semua ember ditempat bersemen; jangan letakkan alat-alat itu di tanah
- Membuat janji untuk dan agenda pertemuan no.3.

Metode:

1. Kunjungan, pengamatan, perbandingan; diskusi, demonstrasi perilaku
2. Diskusi kelompok, dengan menggunakan poster lembar balik.
3. Diskusi kelompok, dengan menggunakan poster lembar balik.

Lokasi:

1. Di tempat sumur tradisional, di tempat sumur yang sudah diperbaiki.
2. Di tempat pertemuan Panitia Kesehatan Desa yang sudah ditentukan.
3. Pusat rumah-rumah di desa yang menggunakan sumur yang telah diperbaiki.

Kelompok yang berpartisipasi:

1. Panitia Kesehatan Desa, pengurus, perempuan yang menggunakan sumur
2. Panitia Kesehatan Desa, pengurus.
3. Perempuan dari kelompok masyarakat desa yang menggunakan sumur yang telah diperbaiki, anggota Panitia Kesehatan Desa yang mewakili kelompok tersebut.

Jadual:

1. Pagi
2. Pagi/Siang
3. Sore/Malam

Catatan: Nomor di atas saling berhubungan. Dengan demikian, metode 1 untuk lokasi 1 dengan peserta kelompok 1 dan jadual 1.

Sumber: Fernig I. (1989).

Contoh: Rencana Pendidikan Kesehatan untuk Sesi Sekolah di Nepal

RENCANA PELAJARAN: MENCUCI TANGAN

Tujuan:

- Siswa dapat menjelaskan mengapa harus mencuci tangan, khususnya sebelum menyentuh makanan.
- Siswa dapat menjelaskan mengapa tangan tidak boleh dicuci dengan tanah.
- Siswa dapat menyebutkan paling tidak dua alternatif yang baik sebagai pengganti tanah untuk mencuci tangan.
- Siswa dapat menjelaskan mengapa kita tidak cukup membasuh tangan hanya dengan air saja.
- Siswa didorong untuk mencuci tangan tidak dengan tanah, tetapi dengan menggunakan abu atau sabun.

Bahan yang diperlukan:

- Panduan untuk diskusi
- Abu, sabun dan pada kasus ketika tidak ada kran umum di lingkungan itu, sebuah wadah berisi air.
- Nyanyian tentang mencuci tangan.

Waktu yang dibutuhkan:

- Sekitar $\frac{3}{4}$ jam untuk diskusi.
- Sekitar $\frac{1}{4}$ jam untuk praktek.

Pertanyaan untuk diskusi:

1. Mengapa kita harus mencuci tangan?
2. Bagaimana tangan kita bisa kotor?
3. Berapa kali kita harus mencuci tangan?
4. Kapan kita harus mencuci tangan?
5. Apakah tangan kalian sekarang bersih? Coba tunjukkan.
6. Apa yang kamu gunakan untuk mencuci tangan?
7. Siapa yang mencuci tangan dengan tanah?
8. Apakah tanah itu bersih atau kotor?

9. Bagaimana tanah bisa kotor?
10. Apa yang terjadi jika tanah itu masuk ke dalam perut kita?
11. Apa yang terjadi jika kita makan dengan menggunakan tangan yang tidak dicuci sama sekali?
12. Apa yang bisa terjadi jika kita makan dengan tangan yang tidak dicuci atau dicuci dengan tanah?
13. Apakah kita bisa sakit jika kita makan dengan tangan yang tidak dicuci atau dicuci dengan tanah?
14. Apa yang seharusnya kita gunakan untuk mencuci tangan?
15. Apakah abu itu bersih atau kotor?
16. Apakah ibumu mencuci alat masak dengan abu?
17. Apakah tangan kita akan bersih jika kita mencucinya dengan abu?
18. Apakah tangan kita akan bersih jika kita mencucinya dengan sabun?
19. Apakah di tempatmu ada sabun?
20. Berapa harganya?
21. Apakah kita harus membeli abu?
22. Jika kita tidak bisa membeli sabun, lalu apa yang harus kita pakai untuk mencuci tangan?

Praktek:

Bawalah para siswa keluar ruangan. Pilih 6 siswa atau lebih yang tangannya kotor dan bagilah mereka menjadi tiga kelompok. Satu kelompok diminta mencuci tangan dengan air saja, satu kelompok lagi dengan abu dan satu kelompok lainnya dengan menggunakan sabun. Hasilnya harus diperlihatkan kepada setiap siswa dan kemudian diskusikan.

Nyanyikan dan ajarkanlah nyanyian tentang mencuci tangan.

Sumber: Bolt, E. (1989).

Contoh: Kegiatan Penyuluhan sebuah Proyek di Zambia

Judul: Di rumah

Pokok bahasan:

praktik kesehatan rumah tangga

Latar: Ruang kelas atau pertemuan desa

Durasi: anak-anak: 15 menit

dewasa: 20 menit

Keperluan: Mengetahui pengetahuan masyarakat tentang perilaku hygiene

Meningkatkan perilaku yang baik di dalam dan di sekitar rumah.

Memperoleh komitmen para laki-laki/anak laki-laki bantuan mereka dibutuhkan.

Presentasi: Gunakan seperangkat poster yang memperlihatkan perilaku hygiene rumah tangga yang baik dan yang buruk. Poster itu bisa diletakkan di selembar tikar atau di meja agar setiap orang bisa melihatnya. Peserta diberitahu bahwa poster-poster tersebut menggambarkan 'hidup sehat' maupun 'dapat sering sakit'. Poster-poster itu bisa diambil satu per satu oleh peserta dijelaskan dan kemudian diletakkan pada bagian 'hidup sehat' atau 'sering sakit'. Kadang, perlu ada bagian 'tidak tahu' bila orang tidak bisa sepakat.

Fasilitator boleh menentukan beberapa hal yang perlu diperhatikan dengan mengajukan pertanyaan, tetapi biasanya orang akan bisa memberikan penjelasan yang cukup meyakinkan. Seringkali peserta akan berdiskusi sendiri mengenai keuntungan memiliki jamban. Kemudian kita bisa membuat kaitan dengan kekurangan yang di desa itu dengan cara yang sopan atau lucu.

Sumber: Zambia, Pemerintahan (1987)

11. PERSONALIA DAN BIAYA

Staf dan biaya program pendidikan higiene terpadu merupakan aspek yang sering tidak diperhatikan dalam banyak program penyediaan air dan sanitasi. Agar program pendidikan higiene dapat berjalan efektif, perlu perhatian lebih besar untuk menyediakan staf yang berkualitas dalam jumlah cukup, memberikan pelatihan dan supervisi yang memadai serta dana yang cukup.

Staf yang dibutuhkan dan biaya sudah harus diperhitungkan sejak awal proyek pada waktu identifikasi dan perencanaannya. Faktor-faktor tersebut akan dibahas secara terperinci karena keterkaitannya yang erat dengan organisasi proyek, tujuan proyek dan pengembangan program pendidikan higiene.

11.1 Koordinator pendidikan/partisipasi

Pada sebuah proyek paling tidak harus ada seseorang yang bertanggung jawab secara keseluruhan terhadap perencanaan, persiapan, pelaksanaan dan pemantauan program pendidikan higiene. Dalam Bab 4 orang tersebut disebut sebagai Koordinator Pendidikan/Partisipasi. Sebagaimana telah dibahas dalam bab tersebut akan lebih baik jika tanggung jawab koordinasi pendidikan higiene dan partisipasi masyarakat dipegang oleh satu orang, karena keterkaitan yang erat diantara keduanya.

Koordinator pendidikan/partisipasi sebaiknya lulusan dari jurusan pengembangan masyarakat atau ilmu sosial. Yang lebih penting, ia harus mempunyai pengalaman kerja di lapangan maupun di kantor, berpendidikan cukup dan tidak terlalu muda sehingga dapat membangun hubungan kerja yang setara dengan manajer proyek dan pimpinan organisasi lain yang bekerja sama, mempunyai kemampuan komunikasi dan manajemen, dan tertarik untuk bekerja sama dengan staf teknis.

Sering dikemukakan sebaiknya posisi ini dipegang oleh seorang wanita, sehingga dapat meningkatkan keterlibatan perempuan dalam perencanaan, pelaksanaan dan tindak-lanjut kegiatan proyek. Tanpa mengesampingkan pentingnya pengaruh tersebut, merupakan hal yang salah jika kita memilih seseorang hanya berdasarkan kriteria karena dia perempuan. Yang lebih penting adalah bahwa proyek ini menciptakan kondisi yang setara bagi perempuan maupun laki-laki untuk berpartisipasi dalam program.

Agar koordinator pendidikan/partisipasi mampu melakukan pekerjaan dengan baik, laki-laki maupun perempuan perlu tahu pentingnya pendidikan higiene terpadu. Staf manajemen proyek dan staf teknis proyek yang menganggap program pendidikan higiene sebagai tambahan yang menyusahakan hanya akan mempersulit pekerjaan dan program menjadi kurang efisien dan efektif. Seringkali, aspek ini perlu perhatian khusus. Orientasi dan pelatihan dapat membantu, baik untuk staf manajemen maupun staf teknis, untuk mengenali lebih baik mengenai keterpaduan komponen pendidikan higiene, dan bagi staf pendidikan/partisipasi untuk lebih mengenali keterpaduan komponen teknis (lihat juga Bab 9).

Hal lain yang perlu dicermati adalah bahwa koordinator pendidikan/partisipasi sering ada pada posisi di mana ada kepentingan yang sama dari berbagai organisasi, atau mudah menimbulkan konflik (lihat Bab 4 dan 6). Inilah alasan lain mengapa kerja koordinator pendidikan/partisipasi mungkin akan sulit dan berjalan lebih lambat dari yang diinginkan. Dalam hal ini, manajemen proyek bisa memainkan peran aktif untuk mengatasi masalah. Salah satu mekanisme yang bisa digunakan untuk ini adalah adanya badan koordinasi yang terdiri dari wakil-wakil berbagai organisasi yang bekerja sama, sebagaimana telah dibahas dalam Bab 4. Dua contoh tugas kerja seorang koordinator pendidikan/partisipasi dilampirkan pada akhir bab ini.

11.2 Petugas lapangan

Staf lapangan yang bertanggung jawab atas pelaksanaan kegiatan pendidikan higiene di masyarakat bisa berasal dari proyek sendiri, dari organisasi yang bekerjasama, atau keduanya. Selain itu, wakil masyarakat bisa bertindak sebagai penyuluh higiene untuk anggota masyarakatnya.

Staf teknis

Pada beberapa proyek diputuskan untuk menugaskan para teknisi yang bertanggung jawab atas konstruksi fasilitas penyediaan air dan/atau sanitasi, untuk melakukan promosi higiene. Jika terlatih dan dipandu secara baik, para teknisi ini sampai tingkat tertentu dapat menjadi penyuluh higiene yang efektif. Akan tetapi sebenarnya ada banyak kesulitan. Seorang teknisi yang baik belum tentu menjadi penyuluh higiene yang baik. Staf teknik mungkin tidak tertarik atau tidak mampu bertindak sebagai penyuluh higiene bagi masyarakat. Selain itu, karena teknisi biasanya adalah laki-laki, mereka mungkin menghadapi kesulitan untuk melibatkan perempuan. Masyarakat mungkin tidak tertarik atau enggan untuk mendiskusikan masalah higiene mereka dengan seorang teknisi, karena latar belakang pendidikan dan status sosial-ekonomi mereka yang biasanya rendah (lihat Bab 2 dan 10). Pengalaman di Bangladesh menunjukkan bahwa masalah tersebut dapat diatasi dengan melibatkan seorang insinyur pengawas yang sangat aktif yang

menghabiskan sebagian besar waktunya dengan masyarakat. Cara lain untuk mengatasi keterbatasan itu adalah dengan merekrut para teknisi baru tidak semata-mata berdasarkan keahlian teknis mereka, tetapi juga karena kemampuan dan minat sosial mereka.

Keuntungan adanya teknisi yang bertanggung jawab atas tugas-tugas komunikasi dan pendidikan dalam masyarakat adalah bahwa aspek teknis dan aspek pendidikan ada di tangan satu orang. Sedang kekurangannya adalah, bahwa tujuan pendidikan dan sasaran haruslah cukup sederhana dan jelas kaitannya pada aspek teknis, dan diperlukan rancangan-kerja di tingkat masyarakat yang jelas dan terperinci (lihat Bab 9 dan 10) dan perlu diikuti dengan supervisi dan dukungan yang cukup. Tanpa adanya hal yang jelas bagi para teknisi untuk mengaitkan pendidikan higiene, dan tanpa motivasi dari atasan mereka, pelibatan teknisi tidak dapat diharapkan akan berhasil.

Kita tidak bisa menyama-ratakan bahwa mekanik pengebor sumur juga dapat berperan sebagai motivator pembangunan dan penggunaan jamban. Jadi bila ada mekanik pengebor sumur yang sangat antusias agar masyarakat membangun dan menggunakan jamban dan kemudian dia berhasil melalui motivasi yang terus menerus, yang lain belum tentu dapat melakukannya.

Sumber: Abdullah, T. dan Boot, M. (1989) h.79.

Staf pendidikan proyek

Pada proyek yang lain, cara yang dipilih ialah dengan menugaskan staf lapangan pendidikan pada proyek. Dari sudut pandang manajemen proyek, cara ini mungkin yang paling mudah, karena akan memungkinkan pengaturan di dalam manajemen proyek untuk semua aspek yang ada hubungannya dengan keterpaduan komponen teknis dan pendidikan (lihat Bab 4).

Kendati demikian, kelemahannya mungkin adalah biaya tenaga kerja. Karena itu seringkali diputuskan hanya mengangkat beberapa staf pendidikan saja, dengan implikasi bahwa mereka tidak akan dapat mencakup semua kawasan proyek sebagaimana yang bisa dilakukan staf teknis. Di Nepal, misalnya, diputuskan staf pendidikan proyek hanya melaksanakan program pendidikan higiene yang intensif di sejumlah tempat yang telah ditentukan saja, dan para teknisi diminta untuk mengadakan kampanye pendidikan higiene yang singkat di tempat lain yang tidak tercakup.

Kemungkinan lain adalah dengan menempatkan staf lapangan pendidikan proyek sebagai koordinator wilayah, sehingga mereka bertindak sebagai koordinator kegiatan pendidikan higiene baik bagi para teknisi dan/atau petugas lapangan lainnya di daerahnya. Ini mungkin merupakan jalan keluar yang baik, tetapi sering

timbul masalah yaitu bahwa staf pendidikan mempunyai pengalaman praktek maupun profesional yang terbatas, sehingga sulit untuk melaksanakan tugasnya sebagai koordinator lapangan dengan hasil yang memuaskan. Pelatihan dan supervisi untuk staf ini karenanya merupakan hal yang sangat penting yang perlu dukungan.

Staf penyuluh organisasi lain

Pilihan ketiga adalah menggunakan tenaga petugas lapangan dari organisasi lain. Yang paling jelas adalah dengan bekerja sama dengan Kementerian Kesehatan, tetapi bisa saja dengan kementerian-kementerian lain dan LSM yang mungkin mempunyai cadangan petugas lapangan yang bisa memberikan masukan penting pada program pendidikan higiene (lihat juga Bab 4 dan 6).

Pilihan ini mungkin yang paling banyak disukai, khususnya bila para petugas lapangan dari Kementerian Kesehatan bertanggung jawab atas kegiatan pendidikan higiene. Kelebihan yang didapat dengan bekerja dengan staf penyuluhan lapangan yang ada adalah penggunaan infrastruktur (kesehatan) yang telah ada secara efektif, dan tidak adanya tumpang-tindih atau konflik, sehingga kegiatan pendidikan higiene dapat tetap berlanjut bahkan setelah proyek selesai.

Namun demikian, pilihan ini mungkin juga merupakan pilihan yang paling sulit sebab ada banyak alasan mengapa kerjasama dengan organisasi lain merupakan hal yang sulit. Terlepas dari masalah umum yang ada diantara organisasi yang bekerjasama, ada juga masalah yaitu harapan yang tidak realistis. Sebagai contoh, Kementerian Kesehatan seringkali merupakan kementerian yang anggarannya sangat terbatas, dan juga ada hambatan manajemen internal. Salah satu alasannya adalah bahwa ada begitu banyak prioritas kesehatan yang saling bersaing seperti program imunisasi, program anti-AIDS, program keluarga berencana, dan sebagainya. Oleh karena itu, bekerja sama dengan departemen dari kementerian kesehatan memerlukan perencanaan yang berjangka panjang, keluwesan dan komitmen dari tingkat tinggi agar semuanya bisa berjalan. Masalah seperti ini mungkin akan berkurang jika bekerjasama dengan LSM, tetapi kesinambungan mereka setelah proyek selesai menjadi masalah tersendiri, khususnya ketika LSM itu sangat tergantung pada penyandang dana dari luar (lihat Bab 6).

Relawan masyarakat

Selain staf lapangan, dari latar belakang organisasi apapun, di masyarakat, bisa dipilih orang-orang kunci untuk diberi tugas dan tanggung jawab khusus dalam mempromosikan higiene personal dan higiene lingkungan dan untuk mencatat kegiatan pendidikan higiene serta perubahan-perubahan kondisi dan perilaku untuk pemantauan dan tindak-lanjut. Bekerja sama dengan dan melalui wakil masyarakat mungkin akan sangat efisien dan efektif. Kita menyebut ini wakil-wakil masyarakat

Pra-pengujian melatih petugas lapangan

Proyek ini menggunakan sistem mobilisasi masyarakat yaitu dengan merekrut pria dan wanita setempat di daerah proyek yang bersangkutan untuk menjadi petugas penyuluh lapangan. Seringkali, pendidikan mereka hanya sedikit lebih tinggi dibanding tetangga mereka, tetapi harus bertindak sebagai penyuluh. Tanpa pelatihan dan dukungan, dalam melakukan kegiatan mereka sering ditentang sebab banyak orang mempertanyakan kredibilitas mereka. Jika para petugas lapangan ini dilibatkan dalam latihan pra-pengujian selama pembuatan bahan pelatihan untuk wilayah mereka, mereka akan mengenali dengan baik masalah kesehatan yang hendak ditangani. Hal ini akan membantu terbentuknya struktur dan arah yang jelas bagi kegiatan penyuluhan mereka. Selama pra-pengujian mereka juga akan belajar untuk mendengar, dan bagaimana menemukan jawaban dari masyarakat mereka. Pendekatan ini merupakan pendekatan baru yang radikal bagi kebanyakan orang yang mungkin dididik dengan sistem pendidikan yang diktator.

Sumber: Mwangola, M. dan Waterkeyn, J. (1990) h.4/5.

ini sebagai kelompok sasaran tengah, sebagaimana telah didiskusikan dalam Bab 8. Tetapi, tidak bisa diharapkan bahwa mereka akan terus menerus aktif, kecuali jika pelatihan yang memadai dan dukungan dan bantuan yang terus menerus.

11.3 Ciri-ciri tenaga kerja, pelatihan dan supervisi

Sifat yang dihargai

Sifat umum seorang penyuluh higiene yang baik adalah bila dia dianggap oleh laki-laki maupun wanita dalam kelompok masyarakat sebagai:

- Handal dan pantas dipercaya;
- Seorang komunikator yang piawai;
- Tahu banyak mengenai air dan sanitasi;
- Selalu siap bagi semua kelompok masyarakat;
- Disukai karena kepribadian dan tujuan positifnya dalam mendukung masyarakat;
- Mampu bekerjasama dengan staf teknis dan dapat menyuarakan pandangan dan kepentingan masyarakat, organisasi dan pejabat yang sesuai.

Kita sudah menyinggung sejumlah sifat-sifat ini sebelumnya pada Bab 9 dan 10. Penting untuk memperhatikan sifat-sifat umum ini pada waktu memilih penyuluh higiene masyarakat yang baru, dan lebih penting lagi dalam pembuatan dan pelaksanaan pelatihan, serta supervisi.



Pelatihan partisipatoris penting untuk pendidikan higiene yang partisipatif.

Komponen pelatihan

Berdasarkan karakteristik umum mengenai seorang penyuluh higiene masyarakat yang baik, kita bisa membedakan tiga komponen pelatihan yang saling berhubungan:

1. Pelatihan ketrampilan dalam hal pengetahuan, seperti:
 - Bagaimana penyakit yang disebabkan oleh air dan sanitasi menyebar pada suatu kelompok masyarakat, dan apa yang bisa dilakukan untuk memutus jalur penyebaran;
 - Dasar-dasar teknologi penyediaan air dan sanitasi serta implikasi dengan adanya fasilitas tersebut, tingkat pelayanan dan tuntutan perawatan, serta implikasinya dalam biaya, perlindungan sumber air dan perilaku higiene;
 - Siklus air dan limbah, serta implikasinya terhadap manajemen sumber air dan perlindungan lingkungan;
 - Mengapa kita perlu melibatkan perempuan sebagai peserta aktif, masalah-masalah umum apa yang harus diatasi, serta cara dan sarana apa yang bisa dipakai untuk melakukannya (IRC, 1991, Modul III, h.34).

Contoh daftar ketrampilan pengetahuan lain yang diperlukan ada pada bagian akhir bab ini.

2. Pelatihan ketrampilan komunikasi, seperti:
 - Bagaimana cara memperkenalkan diri kita sendiri pada masyarakat;
 - Bagaimana menghubungi dan mengidentifikasi kelompok sasaran tertentu;
 - Bagaimana memulai kegiatan pendidikan higiene yang bertumpu pada masyarakat;
 - Bagaimana menjalankan diskusi dari hati ke hati;
 - Bagaimana mengorganisasi dan melakukan diskusi kelompok dan pertemuan kelompok;
 - Bagaimana mengatasi konflik dan persaingan yang ada dalam masyarakat;
 - Bagaimana menumbuhkan rasa saling percaya.
3. Pelatihan ketrampilan khusus, seperti:
 - Bagaimana menggunakan ketrampilan komunikasi untuk identifikasi masalah bersama dan memecahkan masalah bersama;
 - Bagaimana menggunakan bahan dan alat bantu komunikasi;
 - Bagaimana melakukan studi yang bertumpu pada masyarakat;
 - Bagaimana merencanakan kegiatan pendidikan higiene yang bertumpu pada masyarakat;
 - Bagaimana bekerjasama dengan staf teknis;
 - Bagaimana memantau kegiatan pendidikan higiene yang bertumpu pada masyarakat;
 - Kapan dan bagaimana melaporkan kembali dan bagaimana memanfaatkan supervisi.

Persyaratan pelatihan

Seringkali kita perlu melakukan pelatihan awal yang diorganisasikan pada tahap awal proyek untuk memberikan ketrampilan yang dibutuhkan para penyuluh higiene untuk dapat memulai kegiatan pendidikan higiene yang bertumpu pada masyarakat. Seperti pelatihan lain, pelatihan ini akan lebih efektif jika:

- Didasarkan pada ketrampilan dan pengalaman yang telah dimiliki oleh peserta pelatihan;
- Didasarkan pada kebutuhan dan prioritas masyarakat;
- Diarahkan pada peningkatan yang sedang dan realistis pada waktu melaksanakan kegiatan pendidikan higiene (dan karenanya diarahkan kepada kepuasan kerja yang lebih besar dan percaya diri);
- Digunakan metode belajar-mengajar yang partisipatif;
- Para pelatih mempunyai pengetahuan dan pengalaman praktis yang dapat mereka sampaikan;
- Pelatihan itu sendiri mempunyai tujuan belajar-mengajar yang spesifik dan terbatas jumlahnya.

Permainan peran digunakan supaya para peserta pelatihan mengenal kenyataan sehari-hari baik laki-laki maupun perempuan di tengah masyarakat. Pertama-tama pelatih memainkan suatu adegan biasa yang diakhiri dengan ketaksepakatan dan teriakan. Kemudian peserta pelatihan diminta untuk memainkan adegan yang sama, tetapi berakhir secara harmonis dan dengan melakukan kegiatan bersama. Dua adegan digunakan:

Pertama, seorang laki-laki yang menolak untuk menggali lubang sampah untuk istrinya; dan yang kedua, seorang pengurus perempuan yang dianggap remeh oleh seorang laki-laki yang salah dalam menangani sumurnya.

Sumber: Kanyetta, P. dan Doedens, A. (1990), h.4 (tidak diterbitkan).

Pelatihan selalu membutuhkan penilaian mengenai kebutuhan pelatihan, baik dari sudut pandang peserta pelatihan maupun masyarakat (lihat Bab 6 dan 7), dan pemilihan pelatih yang cermat dan sesuai. Pembelajaran harus disesuaikan dan relevan bagi pekerjaan peserta pendidikan higiene dan bagi kebutuhan masyarakat dimana mereka akan bekerja. Selama pelatihan, peserta pelatihan pendidikan higiene harus diberi kesempatan sebanyak-banyaknya untuk berperan aktif dalam proses pembelajaran itu dengan merumuskan pertanyaan dan kemudian mencari jawabannya, dengan mendiskusikan apa yang telah ditemukan, dan dengan menerapkan apa yang telah dipelajari pada situasi lapangan (Abbatt dan Mejia, 1988, h.11).

Biasanya lebih baik jika pelatihan dibuat sebagai satu seri pelatihan singkat, yang diselang-seling dengan kerja praktek lapangan, daripada membuat satu pelatihan panjang yang bisa jadi terlalu teoretis. Baik pelatihan awal itu panjang ataupun singkat, pelatihan tindak-lanjut selalu dibutuhkan menurut selang-waktu yang teratur, guna mengembangkan ketrampilan lebih lanjut, untuk meningkatkan motivasi, dan untuk belajar dari pengalaman.

Setiap pelatihan harus sudah termasuk evaluasi, paling tidak di akhir pelatihan yang bersangkutan, dan akan lebih baik jika dilakukan satu atau beberapa kali selama pelatihan berjalan, guna memungkinkan penyesuaian yang tepat dan pada waktunya, jika diperlukan. Aspek yang akan dievaluasi bisa meliputi:

- Isi pelatihan, baik kerja kelas maupun kerja lapangan: apa yang telah dipelajari oleh peserta pelatihan.
- Metode pelatihan, dan penggunaan bahan-bahan pelatihan;
- Kinerja para pelatih;
- Partisipasi peserta;
- Pengaturan hal-hal praktis (makanan, akomodasi, kegiatan sosial) (Diamanti dan Heyn, 1985, h.139).

Setelah pelatihan, pemantauan dan supervisi yang semestinya akan membantu dalam menilai keberhasilan pelatihan dan dalam mengidentifikasi kebutuhan pelatihan lebih lanjut. Peserta pelatihan pendidikan higiene harus terlibat secara aktif dalam proses evaluasi dan tindak lanjutnya guna meningkatkan keefektifan pelatihan dan supervisi, dan juga untuk memotivasi.

Perlunya meninggalkan suatu kebiasaan

Sampai sekarang, banyak penyuluh higiene dan pelatih penyuluh higiene yang dididik dengan metode pengajaran didaktik, tanpa mengenal baik metode pembelajaran yang partisipatif. Memang tidak mudah untuk berubah. Abbatt dan Meija (1988) menunjuk pada kenyataan bahwa pelatihan dan supervisi seharusnya tidak hanya difokuskan pada diperolehnya pengetahuan dan kemampuan baru, tetapi juga pada modifikasi dan perbaikan metode kerja yang ada melalui suatu proses 'meninggalkan/menghentikan suatu kebiasaan'. Oleh karena itu, mungkin perlu untuk menciptakan suasana belajar mengajar yang santai, para peserta pelatihan melakukan percobaan dan mengenal baik metode pembelajaran partisipatori, dan mendapatkan keyakinan untuk menghentikan apa yang telah terbukti sebagai metode pengajaran yang kurang efektif (lihat juga Bab 10).

Pelatihan untuk para pelatih dan koordinator

Akhir-akhir ini ada perhatian lebih pada perlunya pelatihan untuk para pelatih penyuluh higiene dan pada pelatihan untuk koordinator pendidikan higiene, dengan penekanan pada pengembangan dan penggunaan metode pembelajaran partisipatori. Sebagai contoh Proyek UNDP untuk Peningkatan Peran Wanita dalam Masalah Air dan Sanitasi Lingkungan (PROWESS) sangat aktif dalam hal ini, dan buku petunjuk tentang teknik partisipatori oleh Lyra Srinivasan (1990) berisi contoh-contoh yang bagus. Salah satu contoh tersebut dilampirkan pada akhir Bab 9. Tentu saja pendapat yang sesungguhnya hanya dapat diperoleh dengan mengikuti suatu pelatihan partisipatori dan dari pengalaman praktek di lapangan.

Dukungan kelembagaan/proyek

Pelatihan memberikan banyak manfaat bagi kerja penyuluh higiene agar lebih efektif. Tetapi, perubahan kelembagaan juga mungkin diperlukan. Frelick dan Fry (1990, h.ix) menekankan perlunya supervisi pada para penyuluh higiene, pemberian insentif untuk melakukan kegiatan lain dalam pekerjaannya, tugas kerja yang jelas, dan penyediaan bahan, alat bantu dan sarana transportasi yang memadai. Proyek atau lembaga tempat kerja para penyuluh higiene harus bertanggung jawab untuk memberi dukungan dan harus memantau kinerja setiap penyuluh higiene dalam bekerja bersama masyarakat.

Dukungan kelembagaan dan/atau proyek juga dibutuhkan untuk memfasilitasi keterlibatan kaum wanita dalam pelatihan. Langkah-langkah penting untuk meningkatkan keterlibatan kaum wanita itu adalah:

- Jumlah wanita yang proporsional dalam suatu pelatihan;
- Keterlibatan wanita dalam seleksi calon yang sesuai;
- Penyesuaian waktu dan lama pelatihan, tempat, dan fasilitas pelatihan dengan kondisi perempuan;
- Pemberian dukungan setelah pelatihan (IRC, 1991, Modul III, h.27-29).

Supervisi

Selain pelatihan, supervisi merupakan cara yang penting untuk mendukung kerja penyuluh higiene dan untuk meningkatkan keefektifan program pendidikan higiene. Supervisi pada program pendidikan higiene masih sering terabaikan. Jikapun supervisi dijalankan, hanya kadang-kadang saja atau hanya sebagai untuk kontrol dan bukannya dilakukan secara teratur ataupun untuk memberi dukungan. Supervisi sangat bermanfaat untuk meningkatkan kualitas kerja dan kepuasan kerja melalui pendidikan, panduan, dorongan, dan motivasi yang dilakukan terus-menerus. Selain itu, supervisi merupakan suatu alat manajemen untuk memperoleh informasi mengenai masalah-masalah yang dihadapi dalam proses pelaksanaan pendidikan higiene dan untuk menemukan jalan keluar yang cepat dan tepat. (Abbatt dan Mejia, 1988, h.34 dan 78).

Secara ringkas, supervisi bisa membantu:

- Memberikan dukungan kepada penyuluh higiene dalam melaksanakan tugas mereka;
- Memecahkan masalah yang timbul sebelum menjadi hambatan bagi keberhasilan penyelesaian program pendidikan higiene;
- Mengkoordinasikan berbagai kegiatan;
- Menjamin bahwa semua elemen dalam rencana pendidikan higiene dilaksanakan pada saat yang tepat dan sesuai.

Jadi, beberapa tugas yang harus dijalankan oleh seorang supervisor meliputi:

- Mengunjungi penyuluh higiene di masyarakat selagi mereka sedang melakukan tugasnya;
- Mendorong para penyuluh higiene untuk menjalankan tugas-tugas mereka;
- Memberikan umpan-balik dan saran yang positif kepada para penyuluh higiene untuk perbaikan;
- Membantu mengidentifikasi dan memecahkan masalah secara cepat;
- Menyelenggarakan pertemuan kelompok dengan para penyuluh higiene, dan jika perlu mengikutsertakan staf proyek lainnya, untuk mendiskusikan kemajuan, masalah dan jalan keluar, serta kegiatan mendatang (Diamanti dan Heyn, 1985 h. 105-107).

Supervisor bisa ada di dalam proyek itu sendiri, seperti misalnya koordinator Pendidikan/Partisipasi dan staf pendidikan lapangannya, atau pada lembaga yang bekerjasama, seperti Kementerian Kesehatan atau LSM. Pengaturan apapun yang dipilih, kontak teratur antara para supervisor dengan manajemen proyek selalu diperlukan demi kemajuan proyek penyediaan air dan sanitasi ke arah yang baik.

11.4 Alokasi anggaran

Keputusan jumlah anggaran untuk pendidikan higiene terpadu harus dibuat sesuai dengan tujuan proyek, rancangan program pendidikan higiene yang dipilih, dan rencana kerja pendidikan higiene di lapangan. Kebutuhan biaya terutama adalah untuk tenaga kerja (personil), pelatihan, perlengkapan kantor serta bahan dan alat bantu pendidikan higiene. Belum ada informasi yang jelas berapa jumlah biaya yang dibutuhkan untuk suatu program pendidikan higiene yang berhasil. Tetapi sebaiknya dibuat perkiraan yang cukup aman, daripada nantinya berakhir dengan kekurangan biaya.

Dalam pendidikan higiene yang paling penting diperlukan adalah anggaran untuk tenaga kerja. *Berapa banyak upaya dan waktu yang dibutuhkan? Jenis ketrampilan dan kemampuan apa yang dibutuhkan? Secara khusus, apa tugas-tugasnya?* Jawaban terperinci atas pertanyaan-pertanyaan ini akan menghasilkan suatu rangkuman dasar kebutuhan tenaga kerja (Green dkk, 1980, h.118). Langkah selanjutnya adalah memutuskan dari mana tenaga kerja akan diambil dan siapa yang akan membayar. Sebagai contoh, teknisi merangkap menjadi penyuluh higiene, atau staf yang ada dari Kementerian Kesehatan ditugaskan menjadi penyuluh higiene, biaya tambahan untuk tenaga kerja proyek lebih sedikit dibandingkan bila proyek menempatkan staf pendidikan khusus untuk proyek.

Dalam memperkirakan jumlah tenaga kerja yang dibutuhkan bagi pelaksanaan program pendidikan higiene, bukan cuma waktu yang dibutuhkan untuk kegiatan pendidikan higiene itu sendiri yang harus dilihat, tetapi juga waktu yang diperlukan untuk tugas-tugas lain seperti rapat staf, pelatihan dan supervisi, pendekatan, pelaporan, dan liburan. Biaya pelatihan juga perlu dipertimbangkan dengan cermat.

Kategori biaya utama lainnya adalah perjalanan, kunjungan lapangan, bahan, alat bantu dan alat tulis. Biasanya, biaya untuk para konsultan dan pekerjaan khusus yang disub-kontrakkan dibuat terpisah, pos untuk biaya tak terduga dan biaya tidak langsung (misalnya 15% dari seluruh biaya) harus ditambahkan untuk pengeluaran tak terduga. Ringkasan pos anggaran yang umumnya diperlukan untuk sebuah program pendidikan higiene terpadu dapat dilihat pada halaman berikut.

Masalah umum yang dihadapi selama pelaksanaan proyek adalah bahwa anggaran untuk pendidikan higiene adalah yang pertama akan dipotong atau

digunakan untuk kebutuhan lain seperti pembelian perangkat-keras atau bahkan untuk loka karya yang tidak ada hubungannya dengan pendidikan higiene. Bila anggaran pendidikan higiene lebih besar dibandingkan dengan pengeluaran yang sesungguhnya, sebetulnya adalah hal yang lebih realistis, tetapi keadaan lebih seringkali terbalik, dimana program pendidikan higiene tidak diberi dana yang cukup. Oleh karena itu agar program pendidikan higiene dapat berjalan baik dan lancar, manajemen proyek harus menjaga agar anggaran yang tersedia tidak digunakan untuk hal lain.

<i>Pos anggaran</i>	<i>Biaya peruntukan</i>
- Tenaga kerja (personael)	1. Koordinator: satu orang penuh waktu 2. sekretaris: satu orang paruh-waktu 3. penyuluh higiene
- Perlengkapan kantor	meja, kursi, alat tulis, telepon, fotokopi, cetak-mencetak dan pos, pengolahan data
- Transport	(biaya modal dan biaya operasional)
- Kunjungan kerja siang/malam	(ditentukan untuk berbagai staf)
- Pelatihan <i>in-service</i> (diberikan oleh proyek)	(tertentu untuk berbagai staf)
- Pelatihan khusus	(jumlah pelatihan, ditentukan untuk berbagai staf)
- Orientasi dan workshop untuk staf dengan tingkatan lebih tinggi	(jumlah peserta x jumlah orientasi dan lokakarya)
- Orientasi dan kursus pelatihan tenaga lapangan	(jumlah peserta x jumlah orientasi dan pelatihan x jumlah hari; biaya untuk tunjangan pelatih dan biaya persiapan dan tempat latihan)
- Orientasi dan pelatihan untuk wakil-wakil masyarakat	(jumlah peserta x jumlah orientasi dan jumlah pelatihan x jumlah hari; biaya untuk tunjangan pelatih dan biaya untuk persiapan serta tempat pelatihan)
- Pelaksanaan kegiatan pendidikan higiene masyarakat	(per daerah/lokasi x jumlah lokasi)
- (Insentif untuk relawan pendidikan higiene masyarakat)	
- bahan/perlengkapan pendidikan higiene	(misalnya poster, leaflet, permainan, lukisan, slide, proyektor slide flenograf, tape recorder)
- Liason (melakukan pendekatan) dan rapat-rapat	(biaya hadir)
- evaluasi	(jumlah orang x waktu + biaya tambahan)
- konsultasi	upah per hari x jumlah hari, ditambah biaya perjalanan dan kunjungan harian)
- biaya tak langsung	(15% dari biaya keseluruhan)

Skema 9: Item anggaran yang umum untuk sebuah program pendidikan kesehatan terpadu.

Contoh: Tugas Kerja Koordinator Partisipasi dan Pendidikan, Pakistan

Tugas dan tanggung jawab utama Koordinator Partisipasi dan Pendidikan adalah pada perencanaan dan koordinasi pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi program pendidikan higiene di wilayahnya.

Atau lebih khusus, Koordinator Partisipasi dan Pendidikan ada di bawah supervisi Manajer Proyek, dengan dukungan teknis dan kerjasama dengan pejabat Pemerintah di tingkat propinsi, kabupaten dan kota:

20% Mendampingi dan membantu dalam pembuatan rencana kerja untuk peningkatan sanitasi dan pendidikan higiene sebagai bagian yang integral dari Proyek Air, Sanitasi dan Pendidikan Higiene Terpadu dan untuk Program Kesehatan untuk Sekolah Dasar serta Program Pelayanan Kesehatan Dasar di Perkotaan.

20% Mendampingi dan membantu dalam pembuatan bahan pelatihan pendidikan higiene dan sanitasi untuk digunakan dalam pelatihan bagi petugas kesehatan dan penyuluh air dan sanitasi, guru sekolah, dan relawan.

20% Bertindak sebagai narasumber untuk pelatihan penyuluh air dan sanitasi, guru sekolah dan pejabat pemerintah lainnya supaya mereka dapat melakukan pendidikan dan memotivasi keluarga-keluarga, khususnya perempuan, dalam hal kebersihan makanan, higiene personal, higiene rumah tangga, dan sanitasi lingkungan.

15% Membantu penyuluh air dan sanitasi dan staf lapangan lainnya untuk mempromosikan kegiatan sanitasi di lokasi proyek yang bersangkutan, termasuk organisasi pengurus air dan sanitasi serta pemilihan para relawan.

15% Membantu dalam pemantauan program pendidikan higiene/sanitasi proyek yang sedang berjalan, memberikan umpan-balik berdasarkan pengalaman yang didapat dan menyarankan perbaikan yang mungkin dapat dilakukan.

5% Membantu melaksanakan penelitian pada berbagai komponen pendidikan higiene yang relevan yang akan membantu peningkatan program.

5% Tugas lain yang diembankan oleh Manajer Proyek.

NB. Persentase menunjukkan alokasi waktu yang diperkirakan.

Sumber: UNICEF, Pakistan (tidak diterbitkan).

Contoh: Tugas Kerja Staf Partisipasi dan Pendidikan, Zambia

Tugas kerja Koordinator Partisipasi dan Pendidikan

Koordinator Partisipasi dan Pendidikan bertanggung jawab pada Manajer Proyek. Untuk tugas yang terinci dan tujuan kerja, koordinator akan bekerjasama erat dengan dua Pegawai Penghubung (lison officer) dari Kementerian Kesehatan dengan Pengembangan Sosial dan dengan Penyuluh Higiene.

Keseluruhan tugas Koordinator Partisipasi dan Pendidikan adalah mendukung pengembangan, pelaksanaan dan mengkoordinasikan kegiatan motivasi dan kegiatan pendidikan. Secara khusus koordinator akan:

- mendukung dan mendampingi Penyuluh Higiene dari hari ke hari;
- melakukan hubungan dengan staf pemerintah di lapangan, kabupaten dan propinsi mengenai keterpaduan dan koordinasi kegiatan pendidikan dan motivasi;
- mengkoordinasikan dan merangsang pengembangan lebih lanjut dari program pendidikan dan motivasi.
- mengkoordinasikan dan mendukung pengembangan dan pelaksanaan lokakarya dan pelatihan untuk staf proyek, dan petugas lapangan dan petugas dan kabupaten dari dinas-dinas pemerintah yang bekerjasama;
- mendukung pengembangan dan pelaksanaan higiene di sekolah dan pendidikan sanitasi;
- mengkoordinasikan dan mendukung pemilihan jenis alat bantu audio-visual serta pembuatan, produksi dan penggunaan buku pedoman, booklet, pendidikan, motivasi dan bahan-bahan pendukung lainnya;
- melakukan hubungan dengan proyek Zambia lain yang kegiatan-kegiatannya serupa seperti di atas dan mencari peluang kerjasama dan pertukaran informasi dan pengalaman;
- bekerja sama erat dengan staf proyek pada tingkat proyek dan kabupaten;
- ikut serta dalam penelitian terpadu yang direncanakan untuk peningkatan teknis;
- ikut serta pada pemilihan lokasi dan pengembangan pendekatan lebih lanjut dan prosedur pelaksanaan proyek;
- berpartisipasi dalam pertemuan dan mengadakan rapat bila diperlukan;
- mempersiapkan laporan bulanan, 6 bulanan dan tahunan;
- mengembangkan dan melaksanakan sistem pemantauan untuk memantau kemajuan dan pengembangan kegiatan motivasi, pendidikan dan pelatihan serta keterpaduan kegiatan dalam struktur pemerintah yang ada;

- menjalankan tugas-tugas lain dan melaksanakan tanggung jawab lainnya yang sesuai dengan fungsi Koordinator Partisipasi dan Pendidikan.

Tugas kerja Penyuluh Higiene

Penyuluh Higiene bertanggung jawab pada Supervisor Proyek. Untuk perincian tugas dan tujuan kerja, ia akan bekerjasama erat dengan staf lapangan dari berbagai kementerian dalam wilayah proyeknya di bawah panduan Koordinator Partisipasi dan Pendidikan dan dua Pegawai Penghubung Kementerian Kesehatan dan Pengembangan sosial. Tugas penyuluh higiene khususnya meliputi:

- diskusi dengan masyarakat desa mengenai berbagai sumber air yang ada, pola penggunaan air dan manajemen pengelolaan air;
- membantu masyarakat desa membahas masalah kesehatan yang berhubungan dengan air dan sanitasi dan cara-cara yang mungkin dapat dilakukan untuk mengurangnya;
- mendorong penggunaan jumlah air yang cukup dari sumur yang terlindung dan bertanggung jawab atas perawatan harian dan pemeliharaan jangka panjangnya;
- mendiskusikan pilihan alternatif sanitasi dan mendorong pelaksanaannya;
- merangsang pertukaran gagasan dan pengalaman diantara penduduk desa mengenai penggunaan air, kesehatan, sanitasi dan pemeliharaan;
- melakukan hubungan dengan staf lapangan dari Kementerian Kesehatan, Departemen Pengembangan Sosial, Departemen Pertanian dan dinas-dinas lainnya yang mungkin, dan secara aktif melibatkan para staf tersebut dalam kegiatan proyek di lapangan;
- membantu dalam lokakarya dan pelatihan bagi staf lapangan tersebut;
- mendukung pengembang lebih lanjut program motivasi dan pendidikan higiene
- ikut serta dalam penelitian yang terpadu yang direncanakan bagi perbaikan teknis;
- secara erat bekerjasama dengan staf teknis proyek;
- mendukung pemantauan proses dan pengembangan motivasi dan pendidikan;
- menulis laporan bulanan dan berpartisipasi dalam pertemuan-pertemuan;
- menjalankan tugas-tugas dan tanggung jawab lain sesuai dengan fungsinya sebagai seorang Penyuluh Higiene.

Sumber: Dokumen Proyek Air Pedesaan untuk Proyek Kesehatan di Propinsi Barat Laut, Zambia (1988-1990) (tidak dipublikasikan).

Contoh: Penjelasan umum tugas-tugas di mana staf/ mungkin perlu dilatih

Daftar berikut menyarankan sejumlah tugas di mana anggota masyarakat, staf program dan yang lainnya bisa dilatih untuk dapat melakukan tugasnya. Daftar ini tidak lengkap, tidak juga menganjurkan bahwa setiap petugas/ penyuluh di berbagai tingkatan perlu dilatih dalam semua tugas yang ada dalam daftar.

Untuk melaksanakan tugas pengajaran/promosi petugas perlu dilatih tidak hanya dalam pokok bahasannya saja tetapi juga dalam teknik komunikasinya, penggunaan alat bantu pengajaran (misalnya grafik-balik) yang tersedia secara efektif dan sebagainya.

1. Penyuluh kesehatan masyarakat desa

Misalnya penyuluh kesehatan:

- Pemeliharaan pompa-tangan;
- Pengambilan air yang baik dan benar (dengan meletakkan wadah di atas kaki/semen)
- Penyimpanan penampungan air yang baik dan benar
- Meningkatkan penggunaan air untuk higiene personal dan domestik
- Mengajarkan risiko kontaminasi dari jamban cemplung, pembuangan sampah, polusi dari binatang dsb.
- Sanitasi lingkungan di dalam dan di sekitar rumah
- Mempromosikan dan mempraktikkan terapi rehidrasi oral
- Mempromosikan dan mendorong ibu-ibu untuk mengikuti imunisasi
- Mendorong dibuatnya jamban, penggunaan dan pemeliharannya
- Mengorganisasikan masyarakat untuk memantau kesehatan mereka sendiri, mengidentifikasi masalah-masalah kesehatan, meminta informasi kesehatan lebih banyak, dsb.
- Menjalankan teknik partisipatori
- Mengajarkan gizi, mensupervisi gizi di rumah tangga
- Mengajarkan tentang makanan bayi
- Mengajarkan penggunaan air-limbah untuk kebun, dsb.

2. Penyuluh masyarakat

Misalnya lembaga pengembangan masyarakat, penyuluh kesehatan dan sanitasi lingkungan:

- Memotivasi masyarakat untuk berpartisipasi dalam kegiatan pengadaan air dan sanitasi

- Mengumpulkan data budaya, perilaku, sosiologi yang berhubungan dengan pemakaian air, higiene, sanitasi dan penanganan makanan
- Merencanakan dan membantu melaksanakan kegiatan pendidikan higiene yang relevan
- Mensupervisi kegiatan proyek penyediaan air dan sanitasi
- Melaporkan tentang kegiatan proyek sanitasi dan penyediaan air dan sanitasi
- Membantu para relawan penyuluh kesehatan desa dengan memberikan penghargaan, dukungan dan supervisi.

3. Staf pendidikan kesehatan komunikasi pemerintah:

- Mensupervisi penyuluh kesehatan masyarakat desa dalam kegiatan pendidikan kesehatan.
- Mendampingi penyuluh masyarakat dalam kegiatan pendidikan higiene
- Menghubungi kantor pusat untuk mendapatkan bantuan dalam pelaksanaan kegiatan pendidikan higiene
- Bekerjasama erat dengan pengurus air dan sanitasi desa dalam melaksanakan kegiatan pendidikan higiene.

Sumber: UNICEF (1987).

Contoh: Pelatihan untuk Para Penyuluh Higiene

Membuat garis terpanjang

Tujuan: Setiap orang, dan setiap kelompok masyarakat, memiliki kemampuan. Penting agar setiap petugas lapangan dipersiapkan untuk dapat melihat dan menghargai kemampuan tersebut, dan mengembangkan ketrampilan yang akan dapat membantu masyarakat menyadari potensi mereka. Selain itu, dia harus mampu mendorong di tengah masyarakat untuk menggunakan semua potensi yang mereka miliki.

- Tujuan:**
1. Peserta menyadari bahwa setiap orang, selalu memiliki kemampuan.
 2. Peserta memahami bahwa dengan menggunakan semua kemampuan yang ada suatu kegiatan hampir pasti akan berhasil.
 3. Peserta menjadi lebih kreatif.

Waktu: 30 menit

Tempat: Tempat dengan luas yang memadai

Bahan: Tidak ada

Kegiatan: Pengantar

Meskipun kita tidak selalu menyadarinya, setiap orang dan setiap kelompok orang selalu memiliki kemampuan. Kita ingin mencoba membuktikannya.

Langkah-langkah:

1. Mintalah peserta untuk membentuk dua kelompok.
2. Perintahkan masing-masing kelompok untuk membuat suatu garis sepanjang mungkin didalam ruangan dengan menggunakan apa saja yang ada pada diri mereka. Mereka tidak dibenarkan menggunakan sesuatu dari tempat lain. Mereka diberitahu bahwa mereka punya waktu sepuluh menit untuk menyelesaikan tugas tersebut.

3. Pada akhir sepuluh menit itu pelatih menilai garis yang terpanjang.

Diskusi dan kesimpulan:

Pelatih dapat mengajukan pertanyaan berikut:

1. Kelompok mana yang berhasil membuat garis terpanjang?
2. Faktor apa yang menyebabkan kelompok itu menang?
3. Langkah apa yang telah diambil kelompok itu untuk menang, misalnya, agar bisa membuat garis yang terpanjang, seseorang mungkin berbaring, menggunakan sabuk, dsb.

Hal-hal yang perlu diberi penekanan

1. Banyak sekali kreatifitas dituntut untuk menemukan dan menempatkan kemampuan pada penggunaannya yang maksimal.
2. Kemampuan setiap orang bisa digunakan, asalkan yang punya kemampuan berkemauan untuk berpartisipasi.
3. Seorang petugas lapangan harus memahami bagaimana caranya memotivasi masyarakat sehingga mereka menggunakan kemampuan yang mereka miliki.

Sumber: Johnston, Mary P. dan Rifkin, Susan (1987) h. 81/82.

12. PEMANTAUAN DAN EVALUASI

Pemantauan dan evaluasi merupakan hal yang penting bagi manajemen dan peningkatan program. Meskipun kedua topik itu dikemukakan dalam bab penutup, pemantauan dan evaluasi merupakan proses yang berkesinambungan, yang harus dimulai sejak awal. Hal ini juga telah dibahas dalam Bab 3.

12.1 Tujuan dan fokus

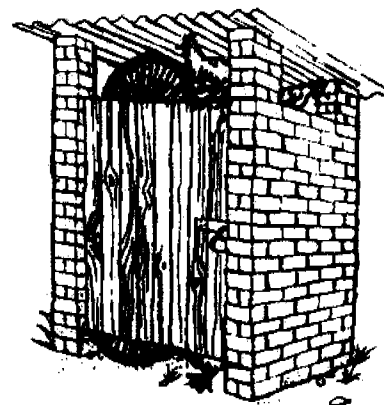
Pemantauan dan evaluasi pendidikan higiene meliputi:

- a. pengumpulan data untuk menilai:
 - masukan tenaga kerja, uang dan bahan;
 - kinerja tenaga kerja dan bahan-bahan yang digunakan;
 - keterpaduan komponen proyek teknis dan non-teknis;
 - partisipasi masyarakat;
 - kerjasama dengan lembaga lain;
 - apakah kegiatan yang dilakukan sesuai dengan rencana-kerja;
 - apakah rencana-kerja telah tercapai;
 - apakah tujuan telah tercapai dan tetap berkelanjutan.
- b. penggunaan informasi yang diperoleh untuk:
 - mengambil tindakan tepat-waktu bila ada masalah;
 - memperbaiki perencanaan, pelaksanaan, dan kesinambungan;
 - meningkatkan supervisi dan pelatihan tenaga kerja;
 - meningkatkan organisasi dan manajemen;
 - meningkatkan efisiensi;
 - meningkatkan keefektifan;
 - menetapkan tujuan baru atau menyesuaikan yang ada;
 - mempelajari lebih lanjut hal-hal yang dibutuhkan dalam pendidikan higiene.

Pemantauan merupakan kegiatan yang dilakukan terus-menerus, untuk memberikan masukan secara kontinyu apakah program berjalan sesuai dengan rencana. Evaluasi dilakukan menurut selang-waktu tertentu, baik karena ada masalah maupun pada akhir setiap tahapan atau periode proyek. Pemantauan selalu merupakan kegiatan internal proyek, sementara evaluasi bisa dilakukan baik secara internal maupun eksternal, dengan tujuan utama untuk mengambil pelajaran dari pengalaman.

Pemantauan dan evaluasi merupakan alat yang penting, karena setiap proyek membutuhkan manajemen dan panduan, dan juga karena setiap proyek harus memperhatikan bagaimana caranya meningkatkan kinerja (kualitas dan efisiensi kegiatan) dan hasilnya (keefektifan). Dalam program pendidikan higiene pemantauan dan evaluasi sangat penting, karena masih adanya begitu banyak hal yang mesti dipelajari mengenai apa yang dapat membuat program pendidikan higiene berhasil dan bagaimana bisa dipadukan dengan baik ke dalam program penyediaan air dan sanitasi.

Pada suatu program di sebuah daerah yang sangat miskin, jamban dibuat dengan batu-bata dan pintunya digembok. Padahal, pinntu rumah di sana tidak berkunci, sehingga orang-orang menggunakan jamban itu bukan untuk tujuan sanitasi, melainkan untuk menyimpan barang berharga mereka seperti sepeda dan ayam. Menurut pendapat masyarakat, jamban itu dianggap merupakan program yang berhasil yakni untuk menyimpan barang-barang berharga.



Sumber: Feuerstein, M. (1986) h.6

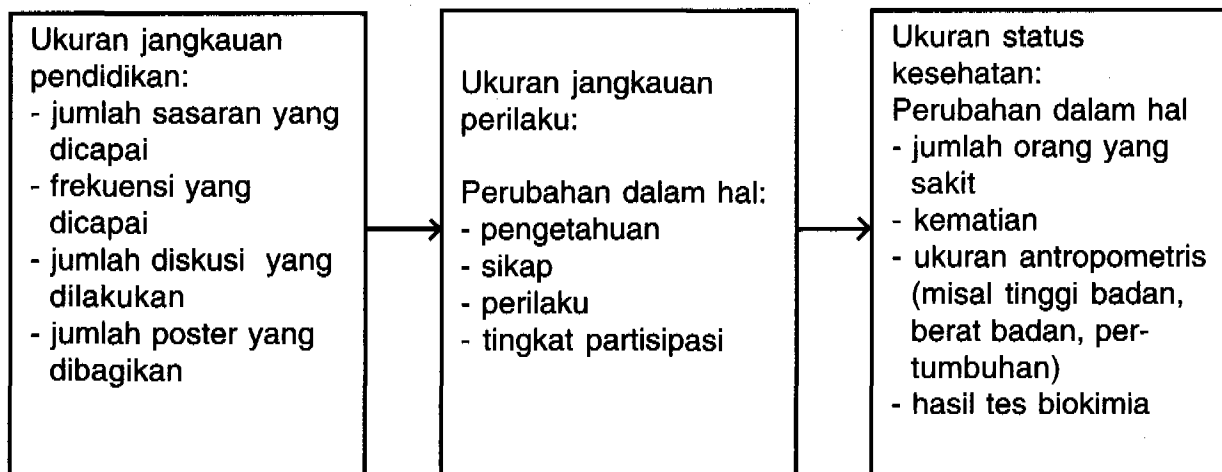
Kegiatan pemantauan dan evaluasi program pendidikan higiene sering terfokus pada hasil (misalnya apakah ada perubahan perilaku) dan bukannya pada masukan-masukan dan jalannya program, yaitu proses yang membawa pada perubahan perilaku. Monitoring dan evaluasi pada masukan dan jalannya pelaksanaan penting karena:

- banyak yang dapat dipelajari dari proses perencanaan dan pelaksanaan
- dapat dilakukan perbaikan dan penyesuaian yang lebih baik dan tepat waktu
- Tidak dapat diperoleh hasil yang jelas tanpa adanya pengetahuan yang jelas mengenai masukan dan kinerja staf dan organisasi

Monitoring dan evaluasi sangat penting untuk dilakukan terutama pada tahap pengembangan komponen pendidikan higiene terpadu.

Seringkali muncul kebingungan mengenai apakah pemantauan dan evaluasi proyek penyediaan air dan sanitasi dan pendidikan higiene yang terpadu harus meliputi kajian mengenai dampak kesehatan, misalnya berkurangnya penyakit yang berhubungan dengan air dan sanitasi sebagai akibat adanya proyek. Studi dampak higiene mencoba memastikan apakah, dengan adanya proyek itu, ada

pengurangan jumlah masyarakat yang terjangkit penyakit diare atau cacing-tambang. Pada Bab 1 telah dibahas bahwa kajian dampak higiene dapat memberikan informasi yang relevan kepada kita mengenai hubungan antara air, sanitasi dan kesehatan. Tetapi, tidaklah mudah bagi kita untuk membuat hubungan seperti itu, karena ada begitu banyak faktor lain yang berpengaruh. Misalnya, mungkin ada perbaikan tidak hanya dalam penyediaan air dan sanitasi, tetapi juga dalam pelayanan kesehatan atau perubahan curah hujan dan persediaan makanan. Makanya sulit untuk mengetahui apa yang sebenarnya mempengaruhi penurunan penyakit yang berhubungan dengan air dan sanitasi, atau mengapa tidak terjadi penurunan sebagaimana yang diperkirakan. Dengan begitu, studi dampak kesehatan pada proyek tidak direkomendasikan. Untuk informasi selanjutnya lihat Briscoe, J. dkk (1985 dan 1988). Pada kenyataannya, tidak begitu penting bagi kita untuk membuktikan bahwa penyediaan air, sanitasi dan pendidikan higiene yang lebih ditingkatkan mendatangkan perbaikan kesehatan. Memang! Yang lebih penting adalah mengetahui apakah sarana sanitasi dan penyediaan air berfungsi sebagaimana mestinya dan digunakan secara maksimal, ada peningkatan kondisi dan perilaku higiene, dan apakah peningkatan tersebut berkelanjutan. Gambar 10 melukiskan pembahasan ini.



Skema 10: Memantau dan mengevaluasi pendidikan higiene. Sumber: Favin, M dkk (1986)

12.2 Pedoman pemantauan

Pemantauan pendidikan higiene terpadu akan lebih bermanfaat jika kita mengingat hal-hal berikut.

Fokus pemantauan

Pada pendidikan higiene, pemantauan sebaiknya difokuskan pada tiga bidang yang saling berhubungan:

- **kemajuan** program dalam kaitannya dengan rencana-kerja dan kelompok sasaran yang diidentifikasi. Pokok bahasan pemantauan untuk bidang ini bisa meliputi, misalnya: masukan dalam hal tenaga kerja, uang dan bahan; pelaksanaan tugas; jumlah dan jenis kegiatan pendidikan higiene yang dilakukan. Hal-hal ini akan memungkinkan kontrol yang lebih baik untuk pengaturan waktu kegiatan dan penggunaan sumber daya yang ada.
- **partisipasi** dan respon awal penduduk sasaran. Pokok bahasan pemantauan dalam hal ini meliputi, misalnya: jumlah dan jenis peserta; frekuensi partisipasi mereka; apresiasi mereka terhadap kegiatan; inisiatif dan tindakan mereka, termasuk masukan mereka untuk waktu, uang dan bahan untuk melakukan perbaikan kondisi dan perilaku yang berhubungan dengan standard kesehatan dan kehidupan; pembentukan organisasi masyarakat yang representatif; permintaan yang meningkat atas pendidikan higiene.
- **adaptasi** dan **perubahan** kondisi dan perilaku yang berhubungan dengan penggunaan air, manajemen masyarakat dan sanitasi, dan kesinambungannya. Pokok bahasan pemantauan untuk bidang ini bisa meliputi, misalnya: berfungsinya dan penggunaan sarana sanitasi dan penyediaan air, lingkungan yang bersih, higiene personal dan higiene rumah-tangga, berfungsinya pengurus sanitasi dan air. Pokok-pokok bahasan tersebut berhubungan dengan pemantauan hasil-hasil program pendidikan higiene yang terpadu.

Sejumlah hal dalam pemantauan tidak hanya bermanfaat bagi pengelolaan komponen pendidikan higiene, tetapi juga bagi komponen proyek lainnya. Karenanya, sistem pemantuan pendidikan higiene akan lebih baik jika dibuat dalam kaitan yang erat dengan komponen lainnya, dengan menggunakan sebuah sistem yang seseragam mungkin. (Lihat juga Bab 9, mengenai pentingnya pembuatan rencana-kerja dengan bekerjasama erat dengan komponen teknis.)

Pemantauan sebagai alat manajemen

Pemantauan merupakan alat manajemen, dan karena itu harus dapat memberikan informasi yang relevan dan tepat-waktu kepada orang yang membutuhkan informasi tersebut untuk perencanaan dan pelaksanaan program pendidikan higiene dan untuk kesinambungan hasil-hasilnya.

Persyaratan pertama dalam mengembangkan sistem pemantuan adalah menetapkan siapa yang membutuhkan informasi apa dan untuk apa. Biasanya

paling tidak ada tiga tingkat manajemen dan karenanya tiga tingkat kebutuhan informasi: tingkat masyarakat, tingkat program pendidikan higiene, dan tingkat manajemen proyek pada umumnya (ditambah tingkat yang lebih tinggi). Kebutuhan informasi berbagai tingkat tersebut hanya sebagian yang sama. Sebagai contoh, informasi mengenai konstruksi dan penggunaan jamban mungkin relevan untuk semua tingkatan, sementara informasi mengenai kemajuan pelaksanaan rencana kerja pendidikan higiene terutama penting bagi tingkat program.

Dalam mengembangkan sistem pemantuan akan sangat berguna jika kita menggunakan pendekatan lewat lokakarya, dengan melibatkan berbagai tingkat manajemen, agar dapat mengembangkan sistem yang sesederhana mungkin dan yang paling bermanfaat, dan yang memungkinkan informasi yang penting untuk dapat digunakan baik di tingkat bawah maupun atas tanpa memerlukan banyak perubahan atau membutuhkan banyak data tambahan. Dalam menggunakan sistem pemantuan penting bahwa informasi yang dikumpulkan pada suatu tingkatan untuk segera ditanggapi, disamping dikirim ke tingkat manajemen yang lain. Misalnya, jika koordinator pendidikan higiene menemukan bahwa dalam satu wilayah pergantian penyuluh higiene meningkat, tidaklah cukup jika ia hanya melaporkan ini kepada manajemen proyek. Tetapi perlu melakukan tindakan yang semestinya harus segera dilakukan.

Pemilihan indikator

Berdasarkan kebutuhan informasi, harus ditentukan data apa yang perlu dicari, karena akan ada manfaatnya. Oleh karena itu perlu dipikirkan indikator apa yang harus dipilih. (Indikator memungkinkan data untuk dibandingkan dengan mudah dari satu survei ke survei berikutnya atau antara proyek/situasi.) Indikator itu harus didasarkan pada:

- Tujuan dalam kaitannya dengan kelompok sasaran
- Rencana-kerja
- Hasil-hasil studi base-line atau penilaian kebutuhan.

Karena pemilihan indikator yang cermat tidak mudah dilakukan, kita seringkali tergoda untuk memilih sedikit lebih dari jumlah minimal indikator yang diperlukan. Tetapi, pengumpulan data itu sendiri merupakan suatu upaya, ditambah lagi dengan tabulasi dan analisa data serta penggunaannya. Pengumpulan data yang terlalu banyak dapat dengan mudah menjadi kontra-produktif, karena menghambat tersedianya informasi yang relevan dan tepat-waktu. Gambar 11 menampilkan beberapa contoh indikator untuk tujuan yang ditentukan.

Biasanya suatu periode percobaan diperlukan untuk menentukan indikator apa yang paling bermanfaat untuk menghasilkan informasi yang tepat-waktu dan relevan. Sebelum mencetak formulir pemantauan, sebaiknya kita mencobanya terlebih dahulu, dan menyesuaikannya menurut hasil awal yang didapat. Pada pengembangan tahap program pendidikan higiene, biasanya lebih sering dan lebih banyak data dibutuhkan agar program terkonsolidasi.

Tujuan: Penggunaan sumber air yang aman, paling tidak untuk minum.

Indikator: Semua keluarga tinggal tidak jauh dari sumber air yang aman; tidak ada sumber yang tak terlindungi yang digunakan untuk minum; perlindungan sumber-sumber tradisional tetap digunakan.

Tujuan: Keluarga akan menyimpan dan menggunakan air mereka secara higienis.

Indikator: Adanya tutup wadah; meja/bangku untuk meletakkan wadah; gayung bergagang panjang untuk mengambil air; gayung itu digantung; tidak adanya lalat di sekitar wadah air; tidak ada gelas yang digunakan bersama.

Tujuan: Pemakai akan memelihara daerah sekitar tempat pengambilan air sehingga kondisi sanitasinya cukup baik.

Indikator: Drainase yang memadai; tidak ada sampah/daun/endapan/lumpur; berpagar; ada pengurus, dsb.

Tujuan: Air limbah digunakan untuk menyiram tanaman.

Indikator: Kebun di sekitar sumur atau di halaman rumah; ada koperasi kebun, dsb.

Tujuan: Pengambil air akan membersihkan wadahnya sebelum mengisinya dengan air yang "baru".

Indikator: Sebelum mengambil air bagian dalam wadahnya dicuci terlebih dahulu; mencuci daun/pencegah tumpah sebelum menempatkannya pada wadah, dsb.

Tujuan: Semua rumah-tangga memiliki dan menggunakan jamban yang bersih.

Indikator: Adanya jamban; tidak adanya kotoran; adanya alat pembersih (air, kertas tisu dalam jamban); jumlah lalat; tidak ada kotoran manusia, termasuk kotoran bayi, di halaman, dsb.

Tujuan: Tangan akan dicuci dengan bahan pembersih setelah buang air dan sebelum memasak dan makan.

Indikator: Adanya air untuk mencuci tangan di dalam atau dekat jamban; adanya sabun, abu atau bahan pembersih lainnya dekat jamban dan di dapur.

Skema 11: Beberapa contoh tujuan yang dibuat sesuai dengan persyaratan perilaku dan indikator untuk pemantauan dan evaluasi. Sumber: IRC (1991), Modul V, h.12, Diadaptasi dari: UNICEF (1985) dan Sistem Pemantauan /Program Sanitasi dan Penyediaan Air Pedesaan Morogoro/Shinyanga (1990).

Pengumpulan data

Pengumpulan data mengenai kemajuan program pendidikan higiene dalam kaitannya dengan rencana-kerja haruslah merupakan kegiatan rutin yang dilakukan terus-menerus oleh proyek, dengan menggunakan formulir pemantauan yang standar, seperti formulir kunjungan masyarakat (lihat contoh pada akhir bab ini) dan formulir akuntansi.

Untuk pengumpulan data mengenai partisipasi kelompok masyarakat sasaran dan mengenai perubahan dalam kondisi dan perilaku, berbagai prosedur dapat dilakukan, baik secara terpisah maupun dengan menggabungkannya. Hal itu meliputi:

- Pengumpulan data rutin oleh individu dan/atau kelompok di dalam masyarakat, dengan menggunakan format yang disepakati.
- Wawancara informal dan pengamatan menurut selang-waktu tertentu dengan anggota masyarakat dan/atau staf proyek untuk mempelajari hal-hal yang berhasil dan masalah-masalahnya. Meskipun tidak akan memberikan informasi kuantitatif, kegiatan ini memberikan pemahaman yang relevan. Penggunaan wawancara dan daftar pengamatan akan membantu mencakup aspek-aspek penting dan juga akan memberikan kerangka kerja untuk pencatatan dan pelaporan. Setelah digunakan daftar harus ditinjau ulang, dan jika perlu disesuaikan untuk putaran pengambilan data selanjutnya.
- Kuesioner dan survei pengamatan dengan selang-waktu yang teratur yang dilakukan oleh anggota masyarakat dan/atau staf proyek untuk mengukur partisipasi dan perubahan. Untuk ini harus diambil sampel yang representatif. Setelah setiap putaran survei, kuesioner dan formulir pengamatan harus ditinjau kembali, dan jika perlu disesuaikan untuk putaran berikutnya.

Bila data pemantauan menunjukkan ada masalah, atau suatu perkembangan positif yang tidak diperkirakan sebelumnya, penyelidikan lebih lanjut mungkin diperlukan supaya hasilnya dapat digunakan sebagai masukan untuk adaptasi dan perbaikan program.

Organisasi pengumpulan dan penggunaan data

Data pemantauan dapat dikumpulkan dan digunakan selama:

- Perencanaan dan kemajuan proyek dan pertemuan staf
- Kunjungan lapangan
- Supervisi dan pelatihan

Sebaiknya sebanyak mungkin data dikumpulkan sebagai bagian dari kegiatan dalam rencana-kerja, seperti kunjungan pada masyarakat, informasi dan pengalaman yang tidak boleh dilupakan harus dicatat. Jadi data akan lebih baik jika dikumpulkan oleh kelompok masyarakat atau staf program yang langsung berhubungan. Cara ini akan memberikan informasi dari tangan pertama dan tepat-waktu dan tidak membutuhkan tenaga tambahan. Selain itu ada tambahan

kelebihan yaitu bahwa masyarakat dan staf yang bersangkutan secara terus-menerus diingatkan akan hal-hal utama yang perlu diperhatikan karena mereka harus mencatatnya.

Pengumpulan data oleh masyarakat dan penyuluh higiene hanya akan berjalan jika hal itu memenuhi kepentingan langsung mereka dan/atau merupakan bagian dari dukungan yang lebih luas atau kegiatan supervisi. Jika orang tidak merasakan bahwa pengumpulan data merupakan hal yang penting bagi mereka dan bagi proyek, mereka akan segera kehilangan minat. Informasi yang dikumpulkan harus langsung dapat memberikan informasi yang relevan, dan tingkat manajemen yang lebih tinggi harus memberikan dukungan semestinya, umpan balik dan tindak-lanjut. Mungkin untuk dapat memberikan dukungan dan supervisi lebih banyak informasi perlu dicatat lebih dari yang diperlukan untuk pemantauan. Hal ini tidak menjadi masalah, apabila formulir pencatatan yang digunakan memungkinkan pengambilan data pemantauan dengan mudah. Pengenalan sistem pemantauan dan setiap perubahan sistem pemantauan tersebut membutuhkan perhatian seksama dan membutuhkan pelatihan agar dapat berjalan dengan baik.

Data pemantauan tidak digunakan sebagai bahan untuk mengkritik masyarakat dan/atau staf karena kemajuan atau hasilnya ternyata kurang dari yang diharapkan. Bila dilakukan kritik maka dampak utamanya ialah dimasa mendatang mereka tidak akan mengumpulkan informasi yang bisa dipercaya/atau yang sebenarnya. Tetapi justru harus difokuskan pada proses belajar-mengajar, dan pada penyesuaian dan perbaikan prosedur, kegiatan dan hasil-hasilnya. Untuk pengumpulan data yang efektif dan terpercaya yang dilakukan secara langsung oleh orang yang bersangkutan, penting disadari dan wajar bila orang cenderung untuk mengabaikan informasi mengenai kinerja yang jelek atau melebihkan perkembangan yang positif (Casley dan Kumar, 1987, h.23).

Pelaporan

Laporan kemajuan bulanan atau triwulanan merupakan alat yang bermanfaat untuk pemantauan. Laporan tersebut harus mencakup suatu penjelasan mengenai kegiatan-kegiatan utama yang dilakukan pada periode yang dilaporkan dan dibandingkan dengan rencana-kerja; penjelasan penggunaan biaya; jumlah masyarakat dan orang yang tercakup oleh kegiatan tersebut; dari pembahasan mengenai masalah yang dihadapi dan yang mungkin akan terjadi, diikuti dengan rencana kegiatan untuk perbaikan atau peningkatan kinerja yang direkomendasikan; termasuk juga rencana dan jadwal kegiatan utama untuk periode berikutnya. (Casley dan Kumar, 1987, h.91). Sebaiknya, kita tidak hanya melihat pada kegiatan yang dilakukan sesuai dengan rencana-kerja, tetapi membandingkan juga dengan pelaporan periode terdahulu (bulan dan kuartal) untuk mempelajari mengenai kecenderungan-kecenderungan, dan agar memungkinkan tindakan perbaikan yang

semestinya dan tepat-waktu. Tampilan informasi pemantauan akan lebih menarik, dan mendapatkan lebih banyak perhatian, jika:

- Dibahas secara verbal;
- Diringkaskan menjadi tidak lebih dari beberapa halaman (ini bisa dilakukan misalnya melalui 'ringkasan pemantauan', untuk melengkapi laporan yang lebih terperinci);
- Diberi ilustrasi dengan gambar dan grafik, sebagaimana diperlihatkan pada contoh pada bagian akhir bab ini (Casley dan Kumar, 1987, h.89-98).



Tujuan kita = perilaku higienis yang berkesinambungan.

12.3 Pedoman evaluasi

Sistem pemantauan yang baik menjadi dasar yang penting bagi evaluasi program pendidikan higiene. Karena perencanaan dan pelaksanaan evaluasi tidak jauh berbeda dengan penelitian lainnya, seperti penelitian base-line, maka sebaiknya dibaca juga Bab 7, khususnya bagian 7.3 sampai 7.5, untuk pedoman umum evaluasi.

Fokus evaluasi

Seperti telah dibahas di atas, evaluasi difokuskan pada:

- Penilaian mengenai seberapa baik program pendidikan higiene direncanakan dan dilaksanakan (dibahas sebagai evaluasi proses dalam Bab 3);
- Penilaian hasil program pendidikan higiene seperti perubahan pengetahuan, sikap, kepercayaan, dan yang lebih penting pada perubahan kondisi dan perilaku;
- Penelitian masalah (lihat juga bagian 12.2).

Tujuan umum setiap evaluasi adalah untuk belajar dari pengalaman agar dapat menerapkan pelajaran yang didapat guna memperbaiki perencanaan dan pelaksanaan program dan untuk mencontoh program yang berhasil.

Pentingnya evaluasi internal

Evaluasi dapat dilakukan secara internal oleh masyarakat sendiri dan/atau oleh staf proyek, atau secara eksternal oleh profesional dari luar yang tidak terlibat dalam program pendidikan higiene. Tanpa perlu berdebat mengenai kelebihan dan kelemahan akan terjadinya berbagai kemungkinan (pembaca yang tertarik dapat membaca Boot (1987) dan Narayan-Parker (1990a) untuk mendapatkan informasi lebih lanjut mengenai hal ini); bisa dikatakan bahwa pada evaluasi ditingkat masyarakat dan tingkat proyek, keterlibatan secara aktif semua masyarakat yang terkait sangat penting untuk mencapai suatu pemahaman bersama mengenai titik-titik kekuatan dan kelemahan, keterbatasan-keterbatasan dan kemungkinannya, alternatif jalan keluar dan tindakan selanjutnya.

Mengukur perubahan perilaku

Ada banyak jenis evaluasi untuk perubahan pada kondisi dan perilaku, tetapi untuk evaluasi proyek sudah biasa dan realistis untuk membandingkan data dari studi evaluasi dengan data yang berasal dari penelitian base-line (lihat Bab 7). Dalam mengevaluasi perubahan perilaku, kita harus sadar akan adanya berbagai arah yang mungkin terjadi pada perubahan perilaku, untuk mencegah salah-tafsir hasil-hasil evaluasi. Suatu perubahan perilaku bisa meliputi:

- Pengurangan perilaku yang berisiko (misalnya buang air besar di tempat terbuka);
- Pencegahan perilaku baru yang berisiko, atau pencegahan peningkatan dalam suatu perilaku yang berisiko (misalnya tidak adanya pembersihan jamban);
- Peningkatan dalam perilaku higienis (misalnya penggunaan jamban oleh semua anggota keluarga);
- Pencegahan terjadinya penurunan perilaku higienis (misalnya lebih sedikit orang yang kembali buang air besar di tempat terbuka) (Green dkk, 1980, h.10-11).

Konsekuensi negatif yang mungkin terjadi

Pada waktu melakukan evaluasi kita harus melihat konsekuensi negatif yang mungkin timbul dari adanya perubahan perilaku (di mana suatu perubahan positif dalam perilaku disertai dengan efek yang negatif). Sebagai contoh, pada suatu proyek penyediaan air terlihat bahwa terjadi perubahan perilaku penggunaan sumur yang tak terlindung menjadi penggunaan eksklusif sumur yang terlindung yaitu dengan menggunakan kerekan, dan timba umum berhasil dengan baik. Tetapi, ketika sumur terlindung yang baru itu menjadi semakin populer, terjadi antrian panjang, sebab hanya satu orang yang mengambil air dari sumur tersebut. Untuk

memecahkan masalah ini, orang mulai membawa ember dan tali mereka sendiri-sendiri, sehingga dapat mempersingkat waktu menunggu, tetapi tentunya cara seperti itu membahayakan kualitas air.

Penggunaan sarana air dan sanitasi yang telah diperbaiki oleh laki-laki, perempuan dan anak-anak selalu penting untuk dievaluasi. Untuk mengevaluasi penggunaan sarana tersebut, kita dapat melihat pada:

Penggunaan pada umumnya: semua atau hampir semua rumah-tanga benar-benar menggunakan kran-kran air dan jamban yang telah diperbaiki:

Penggunaan yang konsisten: mereka melakukannya sepanjang tahun, tanpa kembali sumber lama atau perilaku yang berisiko (penyakit diare, schistosomiasis, cacing guinea, cacing tambang);

Penggunaan yang eksklusif: tidak menggunakan sumber air lain atau tidak melakukan perilaku sanitasi yang mendatangkan risiko kesehatan bersamaan dengan penggunaan sarana yang telah ditingkatkan;

Penggunaan secara higienis: kran-kran air, sumber dan jamban dijaga agar tetap bersih, dan air untuk kebutuhan rumah tangga diambil dan ditampung dengan cara yang aman (tidak ada kontaminasi akibat sentuhan tangan yang mungkin kotor);

Peningkatan penggunaan: lebih banyak volume air digunakan untuk higiene personal dan domestik;

Penggunaan terkontrol: penggunaan sumber-sumber air dan jamban tanpa dampak negatif pada ketersediaan air dan lingkungan, seperti eksploitasi air tanah yang berlebihan, penggundulan hutan, penggundulan rumput untuk ternak yang berlebihan, kontaminasi kimia dan bakteri, dsb.

Sumber: IRC (1991) Modul V, h.9.

Metode evaluasi partisipatif

Pada dekade terakhir, semakin banyak penekanan pada pentingnya metode evaluasi alternatif yang memungkinkan lebih banyak partisipasi masyarakat dan hasil-hasil yang lebih bermanfaat. Contoh yang diberikan dari Lesotho dapat dilihat di bawah ini. Ada kebutuhan untuk contoh-contoh yang tertulis mengenai berbagai metode evaluasi alternatif, karena akan memudahkan masyarakat untuk melakukan evaluasi sendiri, dan akan menjadi kegiatan belajar-mengajar yang lebih menarik bagi semua pihak yang terkait (IRC, 1991, Modul V, h.14). Dalam Bab 7 manfaat penelitian partisipatif telah ditekankan.

Anak-anak sekolah berpartisipasi dalam evaluasi proyek sanitasi pedesaan melalui kegiatan pemetaan masyarakat.

Perintah untuk kegiatan pemetaan sebenarnya sederhana. Dengan bekerja dalam kelompok, anak-anak kelas lima diminta untuk menggambarkan mengenai masyarakatnya, termasuk masalah, sumber-sumber air, dan tempat-tempat pembuangan air besar. Kegiatan itu merangsang energi dan antusiasme sehingga anak-anak dipindahkan ke luar ruangan. Keempat kelompok siswa melaporkan tiga masalah utama yang dihadapi masyarakat besar: kebiasaan mabuk di depan umum, jalan yang buruk, dan kurangnya pemakaian jamban. Sumber daya yang diidentifikasi meliputi manusia, pohon, jamban VIP, toko, persediaan air, binatang, dan bentuk-bentuk transportasi. Jamban, semak-semak, dan hutan umumnya digambarkan sebagai tempat buang air besar. Sumber air meliputi mata-air yang tak terlindung, sumur, kolam dan kran air. Apa yang dilaporkan oleh anak-anak dalam gambar mereka dibenarkan oleh para guru sekolah mereka.

Kegiatan pemetaan menghasilkan informasi yang berharga mengenai situasi sanitasi dan penyediaan air masyarakat dan membantu menetapkan apakah jamban digunakan atau tidak. Langkah berikutnya adalah diskusi kelompok dan pemecahan bersama atas masalah sanitasi yang telah diidentifikasi.

Sumber: Bank Dunia dan UNDP/PROWWESS (1990), h.21

Checklist untuk evaluasi

Penjelasan terperinci mengenai hal-hal pokok yang perlu diperhatikan pada evaluasi program pendidikan higiene dapat dilihat di bawah ini:

0. Apa tujuan umum dan khusus proyek sanitasi dan penyediaan air? .
1. Apakah pendidikan higiene merupakan komponen terpadu pada proyek penyediaan air dan sanitasi?
 - Jika ya: lihat pertanyaan berikutnya.
 - Jika tidak: mengapa tidak? Misalnya
 - tidak direncanakan, tidak dianggap perlu
 - keterbatasan tenaga kerja
 - keterbatasan biaya
 - keterbatasan organisasi
 - adanya masalah dengan kerjasama/koordinasi antara berbagai lembaga pemerintah dan non-pemerintah
 - kurangnya pengalaman untuk memasukkan komponen pendidikan higiene
 - lain-lain, sebutkan.....

2. Apa tujuan umum dan khusus program pendidikan higiene?
3. Bagaimana diorganisasikan?
 - Organisasi mana yang bertanggung jawab atas program pendidikan higiene itu? (mis. Organisasi proyek itu sendiri, pusat pelayanan kesehatan dasar, departemen kesehatan)
 - Siapa yang bertanggung jawab atas kegiatan pendidikan higiene?
 - Berapa banyak staf dan relawan yang terlibat dalam program pendidikan higiene? (pekerja penuh/paruh-waktu, laki-laki/perempuan, dibayar/tak-dibayar)
 - Apa latar belakang mereka dan tingkat pendidikannya?
 - Apakah mereka pernah mendapatkan pelatihan khusus? Jika ya:
 - selama berapa hari?
 - Masalah-masalah pokok/ketrampilan apa yang telah tercakup di dalam kursus itu?
 - Apakah mereka dibayar?
 - Apakah ada dana khusus yang dialokasikan untuk program pendidikan higiene? Jika ya: berapa banyak? Apakah mencakup seluruh biaya gaji yang penting, bahan-bahan yang diperlukan, dan transport?
 - Apakah kegiatan pendidikan higiene dipadukan pada kegiatan proyek pada umumnya? Jika ya: bagaimana, pada tahap mana? Jika tidak: mengapa tidak?
 - Adakah kerjasama dengan organisasi lain yang terlibat dalam pelayanan higiene dasar dan program pembangunan setempat?
4. Pria dan wanita mana yang menjadi kelompok sasaran utamanya?
 - Bagaimana dan mengapa mereka dipilih?
 - Apakah para pemimpin setempat diberitahu dan dilibatkan?
 - Apakah laki-laki dan perempuan yang berasal dari berbagai kelompok sosial-ekonomi tercakup dalam kegiatan pendidikan higiene tersebut?
 - Apakah laki-laki dan perempuan yang berasal dari berbagai suku, kelompok agama dan/atau kasta tercakup dalam kegiatan pendidikan higiene tersebut?
 - Jika pendidikan higiene terutama dikonsentrasikan pada anak-anak sekolah: bagaimana dengan mereka tidak sekolah dan anak-anak drop out dapat tercakup?
 - Jika kegiatan pendidikan higiene terutama dikonsentrasikan pada perempuan: bagaimana laki-laki dapat dilibatkan?
 - Apakah ada perhatian kepada kelompok yang berisiko tinggi?
5. Apa pendekatan utama pendidikan higiene itu?
 - Apakah kegiatan pendidikan higiene direncanakan dan diorganisasikan dengan kerjasama erat dengan kelompok masyarakat, wakil-wakil masyarakat dan petugas lapangan?
 - Apakah dibentuk pengurus higiene untuk tujuan ini?

- Apakah laki-laki dan perempuan dari masyarakat sendiri dipilih untuk menjadi penyuluh higiene? Jika ya:
 - Siapa yang dipilih?
 - Apakah mereka diberi pelatihan?
 - Berapa banyak waktu yang digunakan untuk kegiatan pendidikan higiene?
 - Apakah mereka dibayar?
 - Apakah mereka diberi supervisi?
 - Bagaimana kegiatan pendidikan higiene diorganisasikan? Melalui:
 - kunjungan rumah
 - perkumpulan kelompok
 - rapat resmi
 - perbincangan informal di tempat-tempat pengambilan air, ketika istirahat-kerja, di pasar lokal, dsb.
 - kegiatan pendidikan higiene dipadukan dengan program atau kegiatan lain seperti kelompok buta-huruf, perkumpulan kredit, kelompok agama, perhimpunan pemuda, dsb.
 - Berapa sering diadakan?
 - Adakah alat audio-visual yang dibuat atau digunakan? Seperti:
 - poster, flash-card (kartu-kartu petunjuk) dan lembar-balik
 - cerita bergambar dan cerita-foto
 - gambar-flanel dan papan magnetis
 - model
 - cerita, nyanyian, permainan
 - kertas-film dan slide
 - perekam kaset
 - video dan film.
 - Apakah alat-alat audio-visual diuji dan disesuaikan dengan kebutuhan lokal?
 - Apakah penduduk higiene (dan penyuluh higiene) dilatih dalam komunikasi personal dan teknik diskusi kelompok, dan dalam penggunaan alat-alat audio-visual?
 - Apakah ada supervisi dan kursus penyegaran?
6. Apa sasaran dan pesan utama pendidikan higiene ini?
- Bagaimana dan mengapa mereka dipilih? (mis berdasarkan penyelidikan adanya penyakit yang berhubungan dengan air dan sanitasi; berdasarkan pengamatan partisipatif dan diskusi dengan masyarakat; berdasarkan survei formal di daerah yang bersangkutan.)
 - Apakah pesan menekankan pada:
 - Adanya pemahaman yang meningkat mengenai hubungan antara air, saniasi dan kesehatan?
 - Pengurangan risiko kesehatan lokal?
 - Keuntungan dan kenyamanan personal?

- Perbaikan status?
 - Pemfungsian yang optimal dan penggunaan sarana baru?
 - Promosi pemeliharaan sarana baru sebagaimana mestinya?
 - Apakah pesan juga memperhitungkan:
 - kebutuhan, prioritas, dan pilihan-pilihan lokal?
 - Kepercayaan lokal dan latar-belakang agama?
 - Latar belakang sosial-ekonomi?
7. Jadwal seperti apa yang digunakan?
- Berapa banyak waktu yang dihabiskan untuk:
 - persiapan
 - pelaksanaan
 - penyusunan kegiatan tindak-lanjut
 - pelatihan
 - pembuatan/penyebaran alat bantu audio-visual
 - koordinasi dengan program dan kegiatan lain.
 - Apakah ada keterpaduan pendidikan higiene dengan kegiatan proyek lainnya?
8. Bagaimana reaksi orang pada kegiatan pendidikan higiene?
- Berapa banyak laki-laki, perempuan dan anak-anak yang berpartisipasi dalam kegiatan pendidikan higiene? Apakah berubah dari waktu ke waktu?
 - Apakah ada keterbatasan untuk berpartisipasi bagi kelompok-kelompok tertentu?
 - Apa yang mereka ingat mengenai kegiatan itu dan pesan-pesannya?
 - Apa pendapat mereka tentang pendekatan, kegiatan, dan pesannya?
 - Apakah hal itu mempengaruhi pengetahuan dan sikap mereka?
 - Apakah hal itu mempengaruhi perilaku mereka, atau perbaikan apa yang terjadi yang disebabkan adanya kegiatan pendidikan higiene? Perubahan seperti apa? Apakah perubahan itu bisa diamati?
 - Apa saran-saran mereka untuk program yang akan datang?
9. Apa pendapat para penyuluh higiene mengenai program pendidikan higiene itu?
- Apa pengalaman utama mereka positif maupun negatif?
 - Adakah kesulitan yang berhubungan dengan:
 - jadwal waktu dan pengaturan waktu kegiatan dan tugas-tugas
 - ketersediaan transport
 - tingkat pengetahuan yang relevan
 - tingkat ketrampilan komunikasi dan teknik pendekatan kelompok
 - supervisi
 - gaji dan tunjangan
 - kerjasama dan koordinasi dengan proyek, program dan organisasi lain?

10. Dengan memperhitungkan hal-hal di atas:

- Apa pengalaman dan pelajaran utama yang bisa ditarik?
- Hal positif apa yang bisa/harus ditingkatkan?
- Keterbatasan utama apa dan bagaimana hal ini bisa diatasi?
- Bagaimana penggabungan komponen pendidikan higiene dapat difasilitasi pada program yang akan datang?

Contoh: Lembar Pemantauan: Kunjungan ke Desa, Sudan

Dewan Pedesaan:

Desa:

Halaman:

Kegiatan	Tanggal yang direncanakan	Tanggal pelaksanaan yang sesungguhnya	Jika tanggal rencana dan pelaksanaan tidak sama: mengapa?	Masalah yang tercakup	Dengan siapa? L/P/ anak-anak	Staf anggota	Jumlah waktu yang diperlukan	Catatan

Sumber: WADS Project, Sudan (1988) (tidak dipublikasikan)

**Contoh: Laporan Pemantauan Sanitasi Desa,
Tanzania**

Bulan: Desa:
 Nama RPK: Kecamatan:
 Nama dusun: Kabupaten:

1. Adakah sumber air tak terlindung yang digunakan untuk minum selama bulan ini?
 TIDAK/YA, oleh Rumah tangga
 Alasan:

2. Apakah orang tetap menggunakan air yang mengandung (cacing) bilharzia?
 TIDAK/YA, untuk mandi/berenang/mencuci pakaian

3. Apakah ada masalah dengan kran-kran air yang telah diperbaiki? TIDAK/YA
 Jika YA, indikatornya: warnanya jelek/rasanya jelek/jumlah air tidak mencukupi/tidak ada air/jamban dekat mata air/
 Jumlah mata-air yang terkena dampak bulan ini:

4. Bagaimana kondisi hygiene sistem penyediaan air?
 Jml. kran-air /Jml. yang dikunjungi ... /Jml. tidak-bersih.....
 Jml. tempat cuci /Jml. yang dikunjungi ... /Jml. tidak bersih
 Jml. saluran /Jml. yang dikunjungi ... /Jml. menggenang.....
 Jml. tempat minum temak... /Jml. yang dikunjungi ... /Jml. tidak bersih.....

5. Apakah ada penduduk desa yang membangun sarana sanitasi pada bulan ini?

Sarana	Jml.	Jenis	Biaya per unit	Total biaya
Kran-air.....
Tempat cuci
Lubang jamban
Jamban

TOTAL

6. Berapa jumlah rumah-tangga yang memiliki jamban baru yang dikunjungi untuk tindak-lanjut?

Berapa jumlah jamban yang dibangun dan dirawat dengan baik?

Berapa yang punya air dan sabun untuk cuci tangan?

Berapa banyak yang digunakan secara konsisten oleh semua anggota rumah tangga?

7. Mutasi penduduk Lahir(laki-laki) (perempuan)

Jumlah: Mati (dewasa) (anak-anak)

8. Sumbangan desa untuk sanitasi bulan ini:

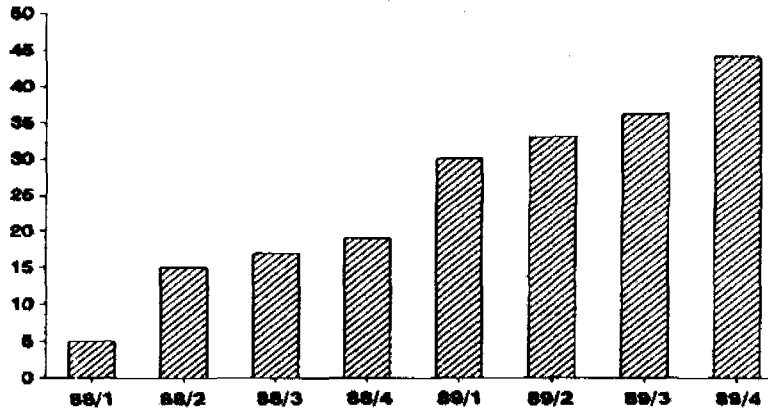
Total waktu kunjungan rumah RPK: hari.

Total biaya sarana sanitasi: Shilling.

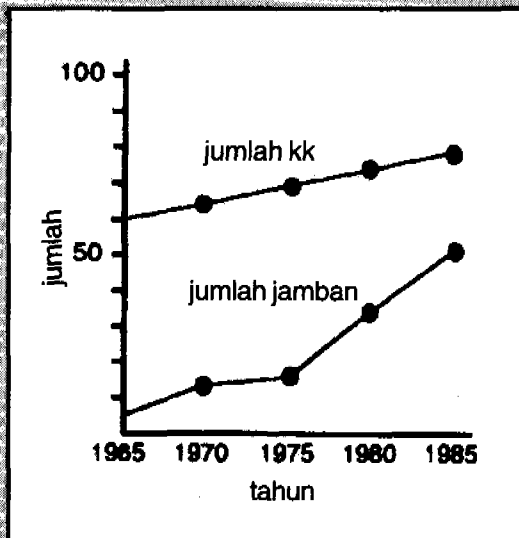
Komentar:

Sumber: IRC (1989) (tidak diterbitkan).

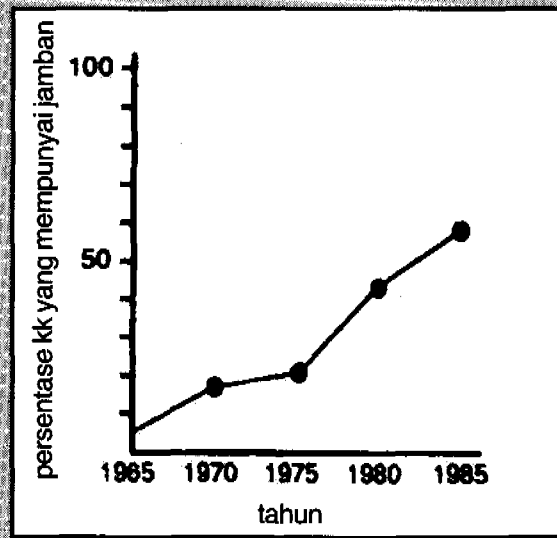
Contoh: Grafik dan Gambar untuk Membuat Informasi Pemantauan dan Evaluasi Lebih Menarik.



Batang Grafik memperlihatkan kenaikan jumlah pengurus air yang menggunakan air-limbah untuk menanam tanaman. Sumber: IRC (1991) (tidak diterbitkan).

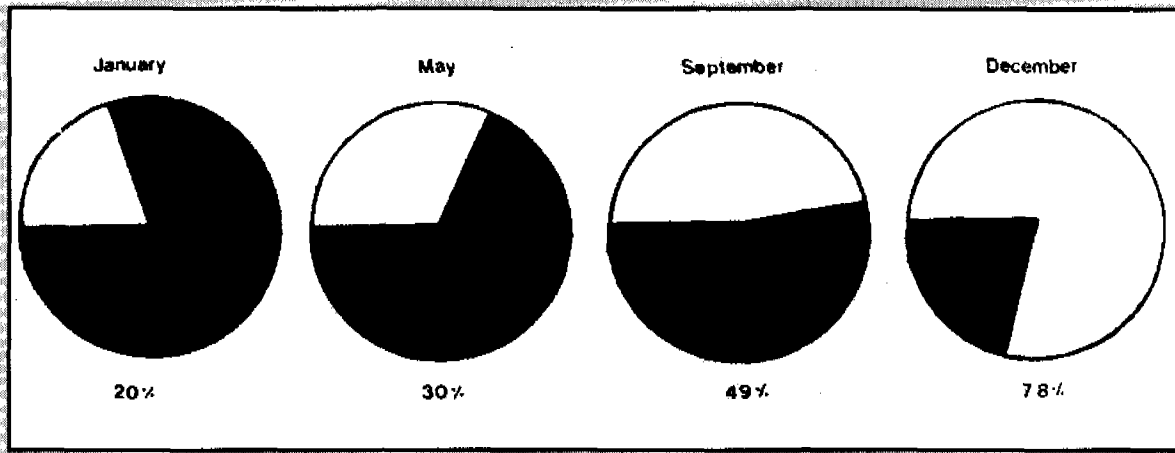


Gambar 1: Kurva pemilikan jamban pada Desa a (jumlah jamban di desa vs waktu).



Gambar 2: Kurva pemilikan jamban untuk desa A (persentase rumah-tangga yang menggunakan jamban vs waktu).

Grafik garis menunjukkan kenaikan dalam hal cakupan jamban. Sumber: Smith, C. (1988)



Gambar skema di atas memperlihatkan kenaikan lingkak partisipasi masyarakat. Sumber: Stephens, A. dan Putman K, (1988)

Panitia Kesehatan Maejo														
Penduduk dewasa 1/1/88			Penduduk dewasa 31/12/88											
			Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Sep	Okt	Nov	Des
Jumlah anggota			54	57	62									
Persentasi jumlah anggota			12,6	13,4	14,5									
Rata-rata jumlah yang hadir dalam pertemuan			44,1	49	52,4									
Partisipasi dalam pelatihan (jumlah dan peserta perhari)			L	60	20	95								
			P	15		3								
Kepemimpinan dan patisipasi (5-1)			3	4	3									

Skema pemantauan partisipasi. Sumber: Stephens, A. dan Putman, K. (1988).

- Tingkat kepuasan, misalnya pada kegiatan pendidikan higiene
- Jumlah anak, misalnya terkena atau bebas dari kudis
- Jumlah rumah tangga yang menggunakan sumur yang sudah diperbaiki
- Sesuatu yang ada atau tidak ada, misalnya pagar yang mengelilingi sumber air.

Piktogram di mana lukisan atau tanda lainnya digunakan untuk memvisualisasikan informasi yang penting, Sumber: Feuerstein, M. (1986); Stephens, A. dan Putman, K. (1988).