Digital Repository Universitas Jember

VERIFIKASI DESA ODF (*OPEN DEFECATION FREE*) PASCA PEMICUAN (STUDI DI KELURAHAN BANJAR SENGON KECAMATAN PATRANG DAN DESA WRINGIN TELU KECAMATAN PUGER KABUPATEN JEMBER)

SKRIPSI

Oleh

Ela Ambarwati
NIM 112110101155

BAGIAN KESEHATAN LINGKUNGAN DAN KESEHATAN KESELAMATAN KERJA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER

2015

Digital Repository Universitas Jember

VERIFIKASI DESA ODF (*OPEN DEFECATION FREE*) PASCA PEMICUAN (STUDI DI KELURAHAN BANJAR SENGON KECAMATAN PATRANG DAN DESA WRINGIN TELU KECAMATAN PUGER KABUPATEN JEMBER)

SKRIPSI

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat
untuk menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat
dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh

Ela Ambarwati

NIM 112110101155

BAGIAN KESEHATAN LINGKUNGAN DAN KESEHATAN KESELAMATAN KERJA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER

2015

Digital Repository Universitas Jember

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Bapak dan ibu tercinta, Bapak Sunarjoto dan Ibu Dewi Musriatun, yang telah memberikan segala pengorbanan, semangat dan restu serta kasih sayang yang luar biasa;
2. Kakak dan adik tercinta, Eko Prasetyo dan Elham Prasetyo, yang juga senantiasa mendukung, memberikan semangat kepada penulis hingga terselesainya skripsi;
3. Dosen pembimbing skripsi Ibu Anita Dewi Moelyaningrum, S.KM., M.Kes dan Bapak Khoiron, S,KM., M.Sc yang telah memnimbing, mengarahkan dan memberi semangat saat proses mengerjakan skripsi;
4. Pahlawan tanpa tanda jasaku, guru-guruku tercinta sejak di taman kanak-kanak hingga di perguruan tinggi;
5. Almamater yang kubanggakan, Fakultas Kesehatan masyarakat Universitas Jember.

Digital Repository Universitas Jember

MOTTO

"Hendaklah kamu sekali takut terhadap tiga tempat yang dilaknat yakni buang kotoran pada sumber air yang mengalir, di jalan dan tempat berteduh)."
(HR. Abu Dawud dan Ibnu Majjah)*

"Sesungguhnya Allah SWT. Itu baik, Dia menyukai kebaikan. Allah itu bersih, Dia menyukai kebersihan. Allah itu mulia, Dia menyukai kemuliaan. Allah itu dermawan ia menyukai kedermawanan maka
bersihkanlah olehmu tempat-tempatmu."
(H.R. At –Tirmizi: 2723)**

---

*) Tribun Jabar. 2013. *Sanitasi dalam Sudut Pandang Islam*. [serial on line] http://www.stbm-indonesia.org/?page=pustaka&command=detail&id1=6847&id2=634 [21 Oktober 2015]

**) Rahmadi. 2015. Kesehatan dan Kebersihan. [serial on line] http://www.muslimdaily.net/artikel/10-hadist-tentang-kesehatan-dan-kebersihan.html# [21 Oktober 2015]

Digital Repository Universitas Jember

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ela Ambarwati

NIM : 112110101155

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul "*Verifikasi Desa ODF (Open Defecation Free) Pasca pemicuan (Studi di Kelurahan Banjar Sengon Kecamatan Patrang dan Desa Wringin Telu Kecamatan Puger)* "adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya, dan belum diajukan pada instansi manapun, serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan skripsi ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 07 Oktober 2015

Yang menyatakan,

Ela Ambarwati

NIM. 112110101155

Digital Repository Universitas Jember

SKRIPSI

VERIFIKASI DESA ODF (*OPEN DEFECATION FREE*) PASCA PEMICUAN (STUDI DI KELURAHAN BANJAR SENGON KECAMATAN PATRANG DAN DESA WRINGIN TELU KECAMATAN PUGER KABUPATEN JEMBER)

Oleh
Ela Ambarwati
NIM 112110101155

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Anita Dewi Moelyaningrum, S.KM., M.Kes.
Dosen Pembimbing Anggota : Khoiron, S.KM., M.Sc.

Digital Repository Universitas Jember

PENGESAHAN

Skripsi berjudul *Verifikasi Desa ODF (Open Defecation Free) Pasca pemicuan (Studi di Kelurahan Banjar Sengon Kecamatan Patrang dan Desa Wringin Telu Kecamatan Puger)* telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada:

Hari : Selasa

Tanggal : 08 Desember 2015

Tempat : Ruang Sidang FKM UJ

Tim Penguji

Ketua,	Sekretaris,
Anita Dewi Prahastuti S, S. KM., M,Sc.	Christyana Sandra, S.KM., M.Kes.
NIP. 1978071 020031 2 2001	NIP. 1982041 620101 2 2003

Anggota

Drs. Sugeng Catur Wibowo

NIP. 19610615 198111 1 002

Mengesahkan

Dekan,

Drs. Husni Abdul Gani, M.S.

NIP. 19560810 198303 1 003

Digital Repository Universitas Jember

RINGKASAN

Verifikasi Desa ODF (Open Defecation Free) Pasca pemicuan (Studi di Kelurahan Banjar Sengon Kecamatan Patrang dan Desa Wringin Telu Kecamatan Puger); Ela Ambarwati; 112110101155; 2015; 77 halaman; Bagian Kesehatan Lingkungan dan Kesehatan Keselamatan Kerja Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Indonesia telah menerapkan STBM pada pertengahan 2005. Jawa Timur merupakan provinsi dengan pelaksanaan program STBM terbanyak yakni 3.618 desa atau kelurahan sejak pada tahun 2013 (Dirjen P2PL, 2014). Salah satu kabupaten di Jawa Timur yang menerapkan program STBM adalah Kabupaten Jember dengan kemajuan akses menuju ODF masih sebesar 67,71% belum mencapai 100%. Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan, diketahui bahwa desa atau kelurahan di Kabupaten yang sudah ditetapkan sebagai ODF masih terdapat masyarakat yang BAB sembarangan meskipun desa atau kelurahan tersebut sudah dilakukan pemicuan. Padahal, menurut Kemenkes (2013) parameter desa atau kelurahan ODF adalah semua masyarakat BAB hanya dijamban yang sehat dan buang tinja atau kotoran bayi hanya ke jamban yang sehat. Oleh karena itu perlu dilakukan verifikasi desa ODF untuk mengetahui kebenaran informasi data desa ODF di kelurahan Banjar Sengon Kecamatan Patrang dan di desa Wringin Telu Kecamatan Puger Kabupaten Jember dengan kejadian dilapangan dan melihat faktor apa saja yang mempengaruhinya. Penelitian ini bertujuan untuk menggambarkan hasil verifikasi desa ODF pasca pemicuan di Kelurahan Banjar Sengon Kecamatan Patrang dan desa Wringin Telu Kecamatan Puger Kabupaten Jember dengan menggunakan metode penelitian deskriptif. Responden dalam penelitian ini adalah Bapak atau Ibu Rumah Tangga yang dianggap dapat mewakili untuk memberikan informasi yang berjumlah 104 orang.

Hasil penelitian menunjukkan Kelurahan Banjar Sengon dan Desa Wringin Telu tidak termasuk desa atau kelurahan ODF. Hal ini dikarenakan berdasarkan hasil rekapitulasi dimana ke dua desa tersebut tidak memenuhi syarat untuk

Digital Repository Universitas Jember

menjadi desa ODF. Faktor yang mempredisposisi masyarakat adalah sikap dan pengetahuan. Berdasarkan pengetahuan, Kelurahan Banjar Sengon dan Desa Wringin Telu sebagian besar memiliki pengetahuan tinggi yakni sebanyak 17 (50%) responden dan 42 (60%) responden. Sikap yang dimiliki responden sebagian besar pada Kelurahan Banjar Sengon responden adalah sikap negatif sebanyak 21 (61,76%) responden, sedangkan responden di Desa Wringin Telu sebagaian besar masyarakat memiliki sikap positif yakni sebanyak 58 (75,72%) responden.

Faktor yang menjadi pemungkin masyarakat dalam BAB di jamban adalah kepemilikan jamban, jarak rumah ke tempat BAB selain jamban dan pendanaan masyarakat. Responden Kelurahan Banjar Sengon dan Desa Wringin Telu sebagian besar telah memiliki jamban sebanyak 23 (76,65%) responden dan 58 (82,86%) responden. Responden Kelurahan Banjar Sengon dan Desa Wringin Telu sebagian besar memiliki Jarak rumah ke tempat BAB selain jamban berjarak sedang yakni sebanyak 20 (58,82%) responden dan 28 (40,00%) reponden. Responden Kelurahan Banjar Sengon dan Desa Wringin Telu pendanaan yang dimiliki masyarakat untuk membangun jamban sebagian besar adalah dana secara pribadi yakni sebanyak 20 (58,82%) responden dan 58 (82,86%) responden. Selain pendanaan masyarakat, material yang dimiliki masyarakat juga sangat dibutuhkan dalam pembangunan jamban. Responden Kelurahan Banjar Sengon dan Desa Wringin Telu secara keseluruhan hanya memiliki air dalam membantu pembangunan jamban.

Faktor penguat yang dapat mempengaruhi masyarakat untuk BAB dijamban adalah dukungan keluarga, tokoh masyarakat dan petugas kesehatan. Pada Kelurahan Banjar Sengon dan Desa Wringin Telu, dukungan keluarga sebagian besar adalah baik yakni sebanyak 20 (58,82%) responden dan 39 (55,71%) responden. Sedangkan dukungan tokoh masyarakat pada Responden Kelurahan Banjar Sengon Desa Wringin Telu memiliki dukungan rendah sebanyak 25 (73,53%) responden dan 66 (94,29%) responden. Pada Kelurahan Banjar Sengon dan Desa Wringin Telu dukungan petugas kesehatan sebagian besar rendah yakni sebanyak 31 (91,18%) responden dan 59 (84,29%) responden.

Digital Repository Universitas Jember

SUMMARY

Verification of Open Defecation Free (ODF) Village in Post-triggering Period (A Study in Banjar Sengon Village of Patrang Sub-district and Wringin Telu Village of Puger Sub-district, Jember); Ela Ambarwati; 112110101155; 2015; 77 pages; Enviromental Health and Safety Health Departement; Public Health Faculty of Jember University

Indonesia applied *Community Lead Total Sanitation (CLTS)* in 2005. East Java is a province with the highest number of CLTS implementation, which is 3,618 villages in 2013 (*Dirjen P2PL*, 2014). One of regencies in East Java which applies *STBM* is Jember, with access advancement leads to ODF 67.71%. Based on the result of previous studies, it can be known that there are a few societies of ODF villages in the regency who defecate carelessly. Whereas according to *Ministry Of Health* (2013), the parameter of ODF village is the whole society defecate only in healthy closet. The verification of ODF village in post-triggering period is aimed to know the validity of ODF village data information in Banjar Sengon village of Patrang sub-district and Wringin Telu village of Puger sub-district, Jember. The objective of this study looking at the field occurrence and the factors which affect it. This study was to analyze the verification result of ODF village in post triggering period at Banjar Sengon village of Patrang sub-district and Wringin Telu village of Puger sub-district, Jember. This study used descriptive method. The respondents of this study are 104 house-husbands or wives which are considered as representation of villagers to give some information.

The result showed that Banjar Sengon and Wringin Telu village not including to ODF village. It is because the recapitulation result showed that those villages do not fulfill the ODF village requirements. The factors which predispose the society are knowledge and attitude. Based on knowledge factor, most of respondents from Banjar Sengon and Wringin Telu village are highs-educated which are 17 (50%) and 42 (60%) respondents. Most of the respondents' attitude

Digital Repository Universitas Jember

from Banjar Sengon village is negative which are 21 (61.76%) respondents, while in Wringin Telu village is mostly positive which are 58 (75.72%) respondents.

The factors which enable the society to defecate in closet is the ownership of the closet itself. Most of the respondents in Banjar Sengon and Wringi Telu village have already had closets which are 23 (76.65%) and 58 (82.86%) respondents. The distance between house and defecation place except closet is also included as the enable factor. Mostly, the distance between the respondents' houses and defecation place except closet in Banjar Sengon and Wringi Telu village are medium which are 20 (58.82%) and 28 (40%) respondents. Society funding is very important in building closets, so that it is very possible for the society to defecate in closet. The respondents from Banjar Sengon and Wringi Telu village said that the fund in building closets are mostly from personal which are 20 (58.82%) and 58 (82.86%) respondents. Besides society funding, the society's material in building the closets is also needed. Relatively, the respondents in Banjar Sengon and Wringi Telu village only have water to help the building of the closets.

The reinforcing factors which can affect society to defecate in closet are family, public figures, and medical workers support. In Banjar Sengon and Wringi Telu village, mostly family support is in the good level which are 20 (58.82%) and 39 (55.71%) respondents. Whereas the public figures support in Banjar Sengon and Wringi Telu village is in the low level which are 25 (73.53%) and 66 (94.29%) respondents. In Banjar Sengon and Wringi Telu village, mostly medical workers support is in the low level which are 31 (91.18%) and 59 (84.29%) respondents.

Digital Repository Universitas Jember

PRAKATA

Segala puji syukur kehadirat Allah SWT atas segala limpahan rahmat dan hidayahNya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul *Verifikasi Desa ODF (Open Defecation Free) Pasca pemicuan (Studi di Kelurahan Banjar Sengon Kecamatan Patrang dan Desa Wringin Telu Kecamatan Puger)* ini. Penyusunan skripsi ini merupakan salah satu persyaratan akademis dalam rangka menyelesaikan Progran Pendidikan Sarjana Kesehatan Masyarakat (S.KM) di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember. Skripsi ini bertujuan untuk menganalisis hasil verifikasi desa ODF. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi referensi dalam pelaksanaan program STBM guna mencapai desa ODF di Kabupaten Jember.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan serta bimbingan dari berbagai pihak, sehingga dalam kesempatan kali ini penulis ingin menyampaikan ucapan rasa terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada Ibu **Anita Dewi Moelyaningrum, S.KM., M.Kes**, selaku Dosen Pembimbing Utama (DPU) dan Bapak **Khoiron, S.KM., M.Sc**, selaku Dosen Pembimbing Anggota (DPA), yang telah memberikan bimbingan, pengarahan, perbaikan, dan saran sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan baik dan juga kepada:

1. Bapak Drs. H. Husni Abdul Gani, M.S, selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
2. Bapak Dr. Isa Ma'rufi, S.KM., M.Kes, selaku Ketua Bagian Kesehatan Lingkungan dan Kesehatan dan Keselamatan Kerja Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
3. Ibu Anita Dewi Prahastuti S, S.KM., M.Kes selaku ketua penguji serta Ibu Christyana Sandra, S.KM., M.Kes selaku sekretaris penguji
4. Bapak dr. H. Bambang Suwartono, MM, selaku Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Jember serta bapak Drs. Sugeng Catur Wibowo, selaku Kepala Seksi Penyehatan Lingkungan Dinas Kesehatan Kabupaten Jember dan anggota penguji

Digital Repository Universitas Jember

5. Ibu Dewi Rohmah, S.KM., M.Kes dan Bapak dr. Pudjo Wahjudi, M.S, selaku Dosen Pembimbing Akademik (DPA) penulis selama menjalani program pendidikan S1 Kesehatan Masyarakat di Universitas Jember
6. Sahabat-sahabatku Puspita, Risa dan Nefi yang telah memberikan semangat, dukungan dan doa dalam proses penyelesaian skripsi ini
7. Seluruh Kerabat di keluarga besar Badan Eksekutif Mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat periode 2012/2013 dan 2013/2014 yang telah memberikan banyak ilmu dan pengalaman yang sangat luar biasa dalam berorganisasi
8. Teman-teman kuliah seperjuangan Muhibatul, Marina, Ika dan Enny serta teman-teman kos Baturaden VI/53, Mita, Tika, Nisa, Pandan dan Ika Aceh yang turut memberikan semangat, motivasi dan doa dalam proses penyusunan skripsi ini
9. Teman-teman seperjuangan di peminatan Kesehatan Lingkungan angkatan 2011 beserta teman-teman angkatan 2011 FKM UJ yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang turut memberikan kritik, saran, semangat, dan doa dalam penyusunan skripsi ini
10. Pihak-pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu yang telah membantu dalam penyusunan skripsi ini

Penyusunan skripsi ini dilakukan dengan optimal, namun masih terdapat kekurangan di dalamnya. Penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari para pembaca. Penulis juga berharap semoga skripsi ini dapat berguna bagi kita semua di masa yang akan datang. Atas perhatian dan dukungannya, penulis mengucapkan terima kasih.

Jember, 23 Oktober 2015

Penulis

Digital Repository Universitas Jember

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN SAMPUL ..... **i**
HALAMAN JUDUL ..... **ii**
HALAMAN PERSEMBAHAN ..... **iii**
HALAMAN MOTTO ..... **iv**
HALAMAN PERNYATAAN ..... **v**
HALAMAN PEMBIMBINGAN ..... **vi**
HALAMAN PENGESAHAN ..... **vii**
RINGKASAN ..... **viii**
SUMMARY ..... **x**
PRAKATA ..... **xii**
DAFTAR ISI ..... **xiv**
DAFTAR TABEL ..... **xvii**
DAFTAR GAMBAR ..... **xviii**
DAFTAR LAMPIRAN ..... **xix**
BAB 1. PENDAHULUAN **1**
1.1 Latar Belakang 1
1.2 Rumusan Masalah 4
1.3 Tujuan 4
1.3.1 Tujuan Umum 4
1.3.2 Tujuan Khusus 4
1.4 Manfaat 5
1.4.1 Manfaat Teoritis 5
1.4.2 Manfaat Praktis 5
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA **6**
2.1 Sanitasi Total Berbasis Masyarakat 6
2.1.1 Pengertian STBM 6
2.1.2 Fasilitator 9
2.1.3 Tata Cara Pemicuan STBM 9

Digital Repository Universitas Jember

2.2 Jamban Sehat 18
2.3 *Open Defecation Free* (ODF) 20
2.3.1 Pengertian ODF 20
2.3.2 Parameter Desa/ Kelurahan ODF 21
2.3.3 Verifikasi ODF 21
2.3.4 Monitoring dan Sertifikasi ODF 23
2.4 Faktor yang Berhubungan dengan ODF 26
2.4.1 Faktor Predisposisi 26
2.4.2 Faktor Pemungkin 27
2.4.3 Faktor Penguat 29
2.5 Kerangka Teori 31
2.6 Kerangka Konseptual 32
BAB 3. METODE PENELITIAN 34
3.1 Jenis Penelitian 34
3.2 Tempat dan Waktu Penelitian 34
3.2.1 Tempat Penelitian 34
3.2.2 Waktu Penelitian 34
3.3Penentuan Populasi dan Sampel 35
3.3.1 Populasi 35
3.3.1 Sampel 35
3.3.4 Langkah Pengambilan Sampel 36
3.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional 37
3.4.1 Variabel Penelitian 37
3.4.2 Definisi Operasional 38
3.5 Teknik dan Alat Pengolahan Data 41
3.5.1 Data dan Sumber Data 41
3.5.2 Teknik Pengolahan Data 41
3.5.3 Teknik Pengumpulan Data 42
3.6 Teknik Penajian dan Analisis Data 43
3.6.1 Teknik Penyajian 43
3.6.2 Analisis Data 43

Digital Repository Universitas Jember

3.8 Alur Penelitian 44
BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN 45
4.1 Hasil Penelitian 45
4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian 45
4.1.2 Gambaran Faktor Predisposisi Berdasarkan Pengetahuan danSikap di Kelurahan Banjar Sengon Kecamatan Patrang dan Desa Wringin Telu Kecamatan PugerKabupaten Jember 47
4.1.3 GambaranFaktor Pemungkin Berdasarkan Kepemilikan Jamban, Jarak Rumah dengan Tempat BAB Selain Jamban, Pendanaan Masyarakat dan Material Masyarakat di Kelurahan Banjar Sengon Kecamatan Patrang dan Desa Wringin Telu Kecamatan Puger Kabupaten Jember 48
4.1.4 Gambaran Faktor Penguat Berdasarkan Dukungan Keluarga,Dukungan Tokoh Masyarakat dan Dukungan Petugas Kesehatan di Kelurahan Banjar Sengon Kecamatan Patrang dan Desa Wringin Telu Kecamatan Puger Kabupaten Jember 50
4.1.5 Gambaran Hasil Verifikasi Desa ODF Kelurahan Banjar Sengon Kecamatan Patrang dan Desa Wringin Telu Kecamatan Puger Kabupaten Jember 51
4.2 Pembahasan 53
4.2.1 Gambaran Faktor Predisposisi Berdasarkan Pengetahuan danSikap di Kelurahan Banjar Sengon Kecamatan Patrang dan Desa Wringin Telu Kecamatan PugerKabupaten Jember 53
4.2.2 GambaranFaktor Pemungkin Berdasarkan Kepemilikan Jamban, Jarak Rumah dengan Tempat BAB Selain Jamban, Pendanaan Masyarakat dan Material Masyarakat di Kelurahan Banjar Sengon Kecamatan Patrang dan Desa Wringin Telu Kecamatan Puger Kabupaten Jember 55
4.2.3 Gambaran Faktor Penguat Berdasarkan Dukungan Keluarga, Dukungan Tokoh Masyarakat dan Dukungan Petugas Kesehatan

Digital Repository Universitas Jember

di Kelurahan Banjar Sengon Kecamatan Patrang dan Desa Wringin Telu Kecamatan Puger Kabupaten Jember 62
4.2.4 Gambaran Hasil Verifikasi Desa ODF Kelurahan Banjar Sengon Kecamatan Patrang dan Desa Wringin Telu Kecamatan Puger Kabupaten Jember 66
BAB 5. PENUTUP 70
5.1 Kesimpulan 70
5.2 Saran 71
DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN

Digital Repository Universitas Jember

DAFTAR TABEL

2.1 Lembar Pengamatan Jamban Setiap Rumah Tangga 22

2.1 Formtat Rekapitulasi Hasil Verifikasi.....23

2.5 Petunjuk Pengisian Formulir Rehabilitasi dan Rekonstruksi.....16

3.1 Besar Sampel Tiap Dusun 37

3.2 Definisi Operasional 38

3.6 Variabel dan Definisi Operasional.....42

4.1 Distribusi Faktor Predisposisi Berdasarkan Pengetahuan, dan Sikap di Kelurahan Banjar Sengon dan Desa Wringin Telu Kecamatan Patrang Kabupaten Jember.....47

4.2 Distribusi Faktor Pemungkin Berdasarkan Kepemilikan Jamban, Jarak Rumah dengan Tempat BAB Selain Jamban, Pendanaan Masyarakat dan Material Masyarakat di Kelurahan Banjar Sengon dan Desa Wringin Telu Kecamatan Patrang Kabupaten Jember 48

4.3 Distribusi Faktor Penguat Berdasarkan Dukungan Keluarga, Dukungan Tokoh Masyarakat dan Dukungan Petugas Kesehatan Kelurahan Banjar Sengon dan Desa Wringin Telu Kecamatan Patrang Kabupaten Jember.....49

4.4 Distribusi Hasil Verifikasi Desa ODF Kelurahan Banjar Sengon Kecamatan Patrang dan desa Wringin Telu Kecamatan Puger Kabupaten Jember.....50

Digital Repository Universitas Jember

DAFTAR GAMBAR

2.1 Contoh Perubahan Perilaku SBS 7
2.2 Cara Cuci Tangan Pakai Sabun yang Benar 7
2.3 Cara Mengolah Makanan 8
2.4 Pemetaan Sanitasi 13
2.5 Alur Terkontaminasi 14
2.6 Menyusun Rencana Program Sanitasi 16
2.7 Jamban Sehat Semi Permanen 20
2.8 Jamban Sehat Permanen 20
2.9 Kerangka Teori 31
2.10 Kerangka Konseptual 32
3.1 Alur Penelitian 44
4.1 Jamban Sehat Permanen 57
4.2 WC Umum 57
4.3 Masyarakat yang akan BAB disungai 58
4.4 Lokasi Sungai yang dekat dengan rumah masyarakat 59
4.5 WC umum 67
4.6 Jamban Sehat Semi Permanen 67
4.7 Jamban Sehat Permanen 68
4.8 Sungai yang digunakan BAB 68

Digital Repository Universitas Jember

DAFTAR LAMPIRAN

A. Pengantar Kuesioner
B. Lembar Persetujuan (*Inform Consent*)
C. Kuesioner Penelitian
D. Dokumentasi
F. Izin Pelaksanaan Penelitian

Digital Repository Universitas Jember

DAFTAR SINGKATAN

BAB =Buang Air Sembarangan

BABS =Buang Air Besar Sembarangan

CTPS = Cuci Tangan Pakai Sabun

CLTS =*Community Lead Total Sanitation*

JSP = Jamban Sehat Permanen

JSSP =Jamban Sehat Semi Permanen

KK =Kepala Keluarga

MCK =Madi, Cuci dan Kakus

MDGs =*Millenium Development Goals*

OD =*Open Defecation*

ODF = *Open Defecation Free*

PAMM- RT=Pengelolaan Air Minum dan Makanan Rumah Tangga

PHBS =Perilaku Hidup Bersih dan Sehat

PAMSIMAS=Penyediaan Air Minum dan Sanitasi Berbasis Masyarakat

STBM =Sanitasi Total Berbasis Masyarakat

WC =*Water Closet*

Digital Repository Universitas Jember

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pembangunan kesehatan adalah penyelenggaraan upaya kesehatan untuk mencapai kemampuan hidup sehat bagi setiap penduduk agar dapat mewujudkan kesehatan masyarakat yang optimal (Widyati dan Yuliarsi, 2002). Keadaan masa depan masyarakat Indonesia yang ingin dicapai melalui pembangunan kesehatan adalah masyarakat, bangsa dan negara yang ditandai oleh penduduknya yang hidup dalam lingkungan dan perilaku hidup sehat, baik jasmani, rohani maupun sosial. Lingkungan masyarakat merupakan salah satu variabel yang kerap mendapat perhatian khusus dalam menilai kondisi kesehatan masyarakat. Masalah penyehatan lingkungan khususnya pada pembuangan tinja merupakan salah satu dari berbagai masalah kesehatan yang perlu mendapatkan prioritas (Profil Depkes RI, 2008).

Penanganan tinja dan limbah cair yang belum saniter berdampak di sekitar tempat tinggal penduduk terjadi pemandangan serta bau yang tidak sedap, peningkatan populasi lalat dan nyamuk, timbulnya kasus penyakit saluran pencernaan secara endemis maupun epidemis (Soeparman dan Suparmin, 2011). Meskipun sebagian besar rumah tangga di Indonesia memiliki fasilitas Buang Air Besar (BAB), masih terdapat rumah tangga yang tidak memiliki fasilitas BAB sehingga melakukan BAB sembarangan dengan presentase sebesar 12,9 persen (Riskesdas, 2013).

Upaya pemerintah dalam mengatasi masalah tersebut selama ini menggunakan cara pendekatan sistem subsidi atau pembangunan infrastruktur jamban tetapi angka Buang Air Besar Sembarangan (BABS) masih tetap tinggi. Pendekatan pemberian subsidi jamban pada masyarakat melalui program jambanisasi tidak serta merta merubah kebiasaan masyarakat untuk buang air besar di jamban. Jamban dan MCK (Mandi, Cuci dan Kakus) banyak yang tidak

Digital Repository Universitas Jember

dipakai oleh masyarakat karena perilaku dan kebiasaan masyarakat yang tidak berubah. Meskipun telah tersedia jamban masyarakat tetap buang air besar sembarangan. Melalui program jambanisasi Pemerintah RI mengalami kerugian hingga triliunan rupiah karena banyak jamban yang dibangun ternyata tidak dipakai oleh masyarakat (Pamsimas, Tanpa Tahun). Setelah bertahun-tahun menggunakan cara pendekatan sistem subsidi atau pembangunan infrastuktur jamban, angka buang air besar sembarangan ternyata tetap tinggi. Setelah di lakukan evaluasi di tahun 2008 diketahui bahwa kuncinya bukan infrastuktur melainkan dari perubahan perilaku (Kompas, 2012).

Perubahan perilaku dapat diwujudkan dengan melakukan pemberdayaan masyarakat. Pemberdayaan dapat diartikan sebagai upaya peningkatan kemampuan masyarakat (miskin, marjinal, terpinggirkan) untuk menyampaikan pendapat dan atau kebutuhannya, berpartisipasi, bernegosiasi, mempengaruhi dan mengelola kelembagaan masyarakatnya secara bertanggung jawab (*accountable*) demi perbaikan kehidupannya. Pemberdayaan mengandung arti perbaikan mutu hidup atau kesejahteraan setiap individu dan masyarakat baik dalam arti yang meliputi perbaikan ekonomi terutama kecukupan pangan, perbaikan kesejahteraan sosial (pendidikan dan kesehatan), kemerdekaan dari segala bentuk penindasan dan terjaminnya hak asasi manusia yang bebas dari rasa takut dan kekhawatiran, dan lain-lain (Kemenkes, 2014).

Salah satu bentuk dari pemberdayaan masyarakat dalam perbaikan kesejahteraan sosial yang meliputi penanganan tinja dan limbah cair serta perilaku BABS adalah Sanitasi Total Berbasis Mayarakat. Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) merupakan program pemerintah dalam rangka memperkuat upaya pembudayaan hidup bersih dan sehat, mencegah penyebaran penyakit berbasis lingkungan, meningkatkan kemampuan masyarakat, serta mengimplementasikan komitmen pemerintah untuk meningkatkan akses air minum dan sanitasi dasar berkesinambungan dalam pencapaian *Millenium Development Goals* (MDGs) Tahun 2015. Upaya sanitasi berdasarkan Pemenkes No 3 Tahun 2014 Tentang STBM adalah terdapat 5 pilar STBM, yaitu tidak buang air besar (BAB) sembarangan, mencuci tangan pakai sabun, mengelola air

Digital Repository Universitas Jember

minum dan makanan yang aman, mengelola sampah dengan benar dan mengelola limbah air rumah tangga dengan aman.

Prinsip yang dianut dalam STBM adalahtanpa subsidi, tidak menggurui, tidak memaksa, dan tidak mempromosikan jamban. Indikator keberhasilan pendekatan STBM adalah tercapainya kondisi *Open Defecation Free* (ODF) atau Stop BABS yang ditandai dengan adanya keseluruhan masyarakat telah BAB hanya di jamban. Menurut Apriatman (2011) selain masyarakat telah BAB hanya di jamban ditunjang berbagai hal lain yang meliputi membuang tinja atau kotoran bayi hanya ke jamban, tidak terlihat tinja manusia di lingkungan sekitar, upaya peningkatan kualitas jamban yang ada supaya semua menuju jamban aman, kuat, sehat, dan nyaman, penerapan sanksi dan peraturan atau upaya lain oleh masyarakat untuk mencegah kejadian BAB di sembarang tempat serta pemantauan mandiri oleh komunitas.

Indonesia telah menerapkan STBM pada pertengahan 2005. Jawa Timur merupakan provinsi dengan pelaksanaan program STBM terbanyak yakni 3.618 desa/kelurahan sejak pada tahun 2013 (Dirjen P2PL, 2014). Salah satu kabupaten di Jawa Timur yang menerapkan program STBM adalah Kabupaten Jember dengan kemajuan akses menuju ODF masih sebesar 67,71% belum mencapai 100%. Sampai pada bulan Mei tahun 2015 Kabupaten Jember telah melakukan program STBM di 31 Kecamatan dan terdapat desa atau kelurahan telah ditetapkan sebagai desa/kelurahan ODF sebanyak 8 desa atau kelurahan yakni Banjar Sengon, Baratan, Bintoro, Jember Lor, Patrang, Slawu, Wonoasri dan Wringin Telu dan 221 desa atau kelurahannya lainnya belum ditetapkan sebagai ODF dan kegiatan pemicuan pada desa atau kelurahan ODF hanya dilakukan di desa atau kelurahan Banjar Sengon dan Wringin Telu (Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, 2015). Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan, diketahui bahwa meskipun desa atau kelurahan sudah ditetapkan sebagai ODF tetapi masih terdapat masyarakat yang BAB sembarangan. Padahal, menurut Kemenkes (2013) parameter desa atau kelurahan ODF adalah semua masyarakat BAB hanya di jamban yang sehat dan buang tinja atau kotoran bayi hanya ke jamban yang sehat. Berdasarkan pemasalahan tersebut, perlu dilakukan penelitian

Digital Repository Universitas Jember

untuk mengetahui kebenaran informasi data desa ODF di kelurahan Banjar Sengon Kecamatan Patrang dan desa Wringin Telu Kecamatan Puger Kabupaten Jember dengan kejadian di lapangan dengan cara melakukan verifikasi desa ODF pasca pemicuan di Kelurahan tersebut dan melihat faktor apa saja yang mempengaruhinya. Faktor tersebut yakni faktor predisposisi pada masyarakat meliputi pengetahuan dan sikap, faktor pemungkin yang meliputi pendanaan masyarakat dan material masyarakat dan faktor penguat yang meliputi dukungan keluarga, dukungan tokoh masyarakat dan dukungan petugas kesehatan.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dalam latar belakang di atas, dapat dirumuskan pertanyaan sebagai berikut: “Bagaimana verifikasi desa ODF pasca pemicuan di Kelurahan Banjar Sengon Kecamatan Patrang dan desa Wringin Telu Kecamatan Puger Kabupaten Jember”?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Menggambarkan hasil verifikasi desa ODF pasca pemicuan di Kelurahan Banjar Sengon Kecamatan Patrang dan desa Wringin Telu Kecamatan Puger Kabupaten Jember

1.3.2 Tujuan Khusus

a. Menggambarkan faktor predisposisi pada masyarakat meliputi pengetahuan dan sikap di Kelurahan Banjar Sengon Kecamatan Patrang dan desa Wringin Telu Kecamatan Puger Kabupaten Jember
b. Menggambarkan faktor pemungkin yang meliputi kepemilikan jamban, pendanaan masyarakat dan material masyarakat di Kelurahan Banjar Sengon Kecamatan Patrang dan desa Wringin Telu Kecamatan Puger Kabupaten Jember.

Digital Repository Universitas Jember

c. Menggambarkan faktor penguat yang meliputi dukungan keluarga, dukungan tokoh masyarakat dan dukungan petugas kesehatan di Kelurahan Banjar Sengon Kecamatan Patrang dan desa Wringin Telu Kecamatan Puger Kabupaten Jember.
d. Menggambarkan hasil verifikasi desa ODF Kelurahan Banjar Sengon Kecamatan Patrang dan desa Wringin Telu Kecamatan Puger Kabupaten Jember

1.4 Manfaat penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai referensi dalam pengembangan khasanah ilmu kesehatan lingkungan utamanya mengenai keberhasilan program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat.

1.4.2 Manfaat Praktis

a. Dapat dijadikan salah satu tambahan referensi bacaan yang dapat menambah pengetahuan bagi pembaca terutama mengenai pengetahuan yang berkenaan dengan analisis hasil verifikasi desa ODF pasca pemicuan di Kabupaten Jember.
b. Sebagai bahan masukan dan informasi bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Jember dan Puskesmas setempat dalam upaya menuju desa ODF di Kabupaten jember.
c. Dapat dijadikan sebagai salah satu masukan dalam pengambilan keputusan tentang kebijakan dalam program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat.

Digital Repository Universitas Jember

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Sanitasi Total Berbasis Masyarakat

2.1.1 Pengertian STBM

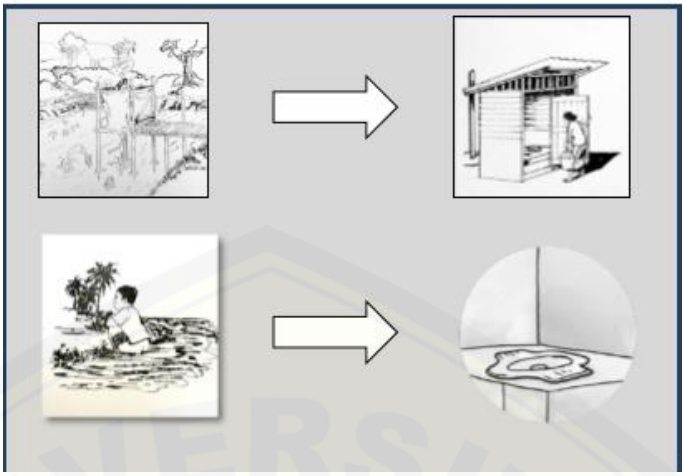
Menurut Permenkes No. 3 Tahun 2014 Tentang Sanitasi Total Berbasis Masyarakat, Sanitasi Total Berbasis Masyarakat adalah pendekatan untuk mengubah perilaku higienis dan saniter melalui pemberdayaan masyarakat dengan cara pemicuan dengan tujuan untuk mewujudkan perilaku masyarakat yang higienis dan saniter secara mandiri dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Tantangan yang dihadapi Indonesia terkait pembangunan kesehatan khususnya bidang, higiene dan sanitasi masih sangat besar. Pemerintah merubah pendekatan pembangunan sanitasi nasional dari pendekatan sektoral dengan penyediaan subsidi perangkat keras yang selama ini tidak memberi daya ungkit terjadinya perubahan perilaku higienis dan peningkatan akses sanitasi, menjadi pendekatan sanitasi total berbasis masyarakat yang menekankan pada 5 (lima) perubahan perilaku higienis.

Perubahan perilaku dalam STBM dilakukan melalui metode pemicuan yang mendorong perubahan perilaku masyarakat sasaran secara kolektif dan mampu membangun sarana sanitasi secara mandiri sesuai kemampuan. Lima Pilar STBM terdiri dari menurut Permenkes No 3 Tahun 2014 tentang STBM:

a. Stop Buang Air Besar Sembarangan (Stop BABS)

Suatu kondisi ketika setiap individu dalam komunitas tidak buang air besar sembarangan. Perilaku SBS diikuti dengan pemanfaatan sarana sanitasi yang saniter berupa jamban sehat. Kegiatan ini dapat diwujudkan dalam membudayakan perilaku buang air besar sehat yang dapat memutus alur kontaminasi kotoran manusia sebagai sumber penyakit secara berkelanjutan dan menyediakan dan memelihara sarana buang air besar yang memenuhi standar dan persyaratan kesehatan.

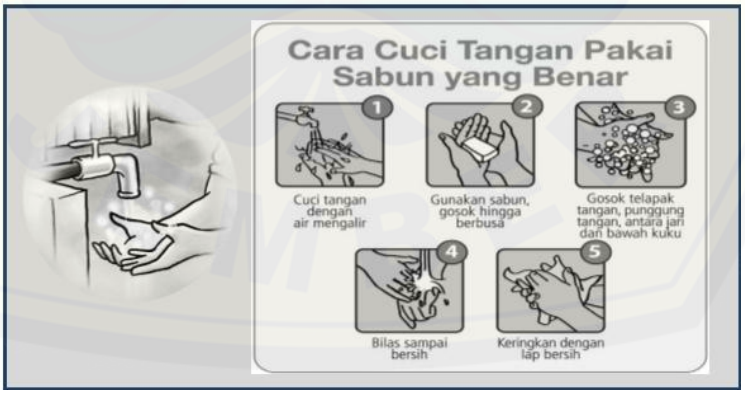
Digital Repository Universitas Jember



Gambar 2.1 Contoh Perubahan Perilaku SBS (Sumber: Permenkes No. 3 Tahun 2014 tentang STBM)

b. Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS)

CTPS merupakan perilaku cuci tangan dengan menggunakan sabun dan air bersih yang mengalir. Perilaku mencuci tangan dilakukan dengan 5 langkah serta dengan waktu penting. Waktu penting cuci tangan adalah Sebelum makan, Sebelum mengolah dan menghidangkan makanan, sebelum menyusui, sebelum memberi makan bayi/balita, sesudah buang air besar atau kecil dan sesudah memegang hewan/unggas. Kriteria Utama Sarana CTPS adalah air bersih yang dapat dialirkan, sabun dan penampungan atau saluran air limbah yang aman.

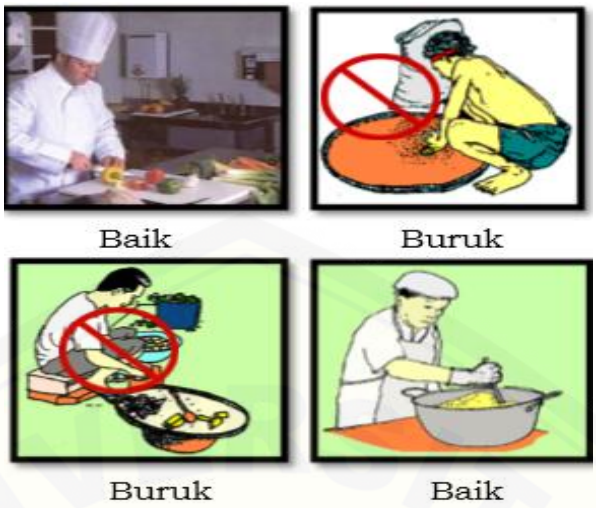


Gambar 2.2 Cara Cuci Tangan Pakai Sabun yang Benar (Sumber: Permenkes No. 3 Tahun 2014 tentang STBM)

c. Pengelolaan Air Minum dan Makanan Rumah Tangga (PAMM- RT)

PAMM-RT merupakan suatu proses pengolahan, penyimpanan, dan pemanfaatan air minum dan pengelolaan makanan yang aman di rumah tangga.

Digital Repository Universitas Jember



Gambar 2.3 Cara Mengolah Makanan (Sumber: Permenkes No. 3 Tahun 2014 tentang STBM)

d. Pengamanan Sampah Rumah Tangga

Tujuan Pengamanan Sampah Rumah Tangga adalah untuk menghindari penyimpanan sampah dalam rumah dengan segera menangani sampah. Pengamanan sampah yang aman adalah pengumpulan, pengangkutan, pemrosesan, pendaur-ulangan atau pembuangan dari material sampah dengan cara yang tidak membahayakan kesehatan masyarakat dan lingkungan. Prinsip-prinsip dalam pengamanan sampah adalah *Reduce, Reuse* dan *Recycle*.

e. Pengamanan Limbah Cair Rumah Tangga

Proses pengamanan limbah cair yang aman pada tingkat rumah tangga untuk menghindari terjadinya genangan air limbah yang berpotensi menimbulkan penyakit berbasis lingkungan. Menyalurkan limbah cair rumah tangga diperlukan sarana berupa sumur resapan dan saluran pembuangan air limbah rumah tangga. Limbah cair rumah tangga yang berupa tinja dan urine disalurkan ke tangki septik yang dilengkapi dengan sumur resapan. Limbah cair rumah tangga yang berupa air bekas yang dihasilkan dari buangan dapur, kamar mandi, dan sarana cuci tangan disalurkan ke saluran pembuangan air limbah.

Digital Repository Universitas Jember

2.1.2 Fasilitator

STBM dalam pelaksanaannya membutuhkan sumber daya manusia terampil yang tersebar di seluruh wilayah Indonesia. Salah satu komponen terpenting dalam penerapan STBM adalah adanya fasilitator-fasilitator yang berkualitas dan tersebar diseluruh pelosok nusantara. Hasil studi kerjasama antara Bappenas dan tenaga sanitasi profesional dan dalam jangka menengah diperlukan tambahan 18.000 tenaga sanitasi profesional. Sehubungan dengan hal tersebut, Kementerian Kesehatan berupaya untuk meningkatkan kompetensi pelaksana STBM melalui pelatihan-pelatihan terakreditasi. Pelatihan-pelatihan tersebut diharapkan tenaga STBM khususnya fasilitator STBM akan memiliki keahlian dan kompetensi yang terstandar dan terlatih (Kemenkes, 2014). Pelaku Pemicuan menurut Permenkes No 3 Tahun 2014 Tentang STBM adalah sebagai berikut:

a. Tim Fasilitator STBM desa atau kelurahan yang terdiri dari sedikitnya relawan, tokoh masyarakat, tokoh agama, dengan dukungan kepala desa, dapat dibantu oleh orang lain yang berasal dari dalam ataupun dari luar Desa tersebut.
b. Bidan desa, diharapkan akan berperan sebagai pendamping, terutama ketika ada pertanyaan masyarakat terkait medis, dan pendampingan lanjutan serta pemantauan dan evaluasi.
c. Posyandu diharapkan dapat bertindak sebagai wadah kelembagaan yang ada di masyarakat yang akan dimanfaatkan sebagai tempat edukasi, pemicuan, pelaksanaan pembangunan, pengumpulan alternatif pendanaan sampai dengan pemantauan dan evaluasi.
d. Kader Posyandu diharapkan juga dapat sebagai fasilitator yang ikut serta dalam kegiatan pemicuan di desa.
e. *Natural leader* dapat dipakai sebagai anggota Tim Fasilitator STBM Desa untuk keberlanjutan STBM.

Digital Repository Universitas Jember

2.1.3 Tata Cara Pemicuan STBM

Tata cara pemicuan berdasarkan Kemenkes (2014) terdapat 3 langkah yakni pra pemicuan , proses pemicuan dan pasca pemicuan.

a. Pra pemicuan

Pada saat pra pemicuan dilakukan beberapa langkah, yaitu:

1) Observasi PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat) Masyarakat

Sebelum melakukan pemicuan di masyarakat, fasilitator sudah memiliki informasi dan data-data dasar terkait perilaku hidup bersih dan sehat masyarakat. Perlu dilakukan observasi (peninjauan) maupun diskusi dengan masyarakat di lokasi pemicuan untuk mendapatkan informasi. Beberapa informasi yang perlu dicari adalah Jumlah KK atau kependudukan dibedakan atas kaya, sedang, miskin, pendidikan dan pekerjaan masyarakat setempat, kondisi geografis, kepemilikan jamban (cemplung terbuka, cemplung tertutup, leher angsa), ada tidaknya aliran sungai, kolam, rawa, tradisi/budaya (karakter, tokoh masyarakat), sarana dan prasarana yang ada di masyarkat seperti sekolah, madrasah, masjid, gereja dan ada tidaknya program sanitasi 3 tahun terakhir (proyek atau pemberian subsidi jamban).

2) Persiapan Pemicuan dan Menciptakan Suasana yang Kondusif Sebelum Pemicuan

Persiapan pemicuan dan menciptakan suasana yang kondusif sebelum pemicuan menjadi bagian yang tak terpisahkan dalam proses pemicuan. Persiapan ini dilakukan dengan kunjungan kepada pemerintah setempat yang akan digunakan sebagai lokasi pemicuan dan dijelaskan secara rinci kegiatan yang akan dilaksanakan selama proses pemicuan STBM termasuk proses pemberdayaan masyarakat yang akan dilaksanakan di lapangan. Kordinasi yang perlu dilakukan dengan pemerintah setempat lokasi pemicuan penting dan perlunya kegiatan pemicuan STBM ini dilakukan berdasarkan hasil data dan fakta observasi PHBS yang dilakukan sebelumnya, pemilihan prioritas lokasi pemicuan berdasarkan data dan masukan dari pemerintah setempat, dukungan dari tokoh-tokoh utama yang ada di masyarakat, misalkan tokoh agama dan tokoh adat dan penyusunan rencana jadwal dan kegiatan yang akan dilaksanakan.

Digital Repository Universitas Jember

3) Persiapan Teknis dan Logistik

Sebelum melakukan kegiatan pemicuan STBM di komunitas atau masyarakat memerlukan beberapa peralatan dan logistik yang akan digunakan untuk mendukung proses partisipatif masyarakat. Persiapan teknis dan logistik ini menjadi bagian penting yang akan mendukung proses analisa partisipatif yang membantu masyarakat untuk mengenal kondisi wilayahnya beserta dengan permasalahan dan potensi yang ada sehingga diharapkan bisa membantu masyarakat untuk menemukan solusi secara kolektif dari mereka sendiri.

Persiapan teknis dan logistik ini rinciannya tergantung dari lokasi dan rencana proses pemicuan yang dilakukan oleh tim fasilitator sehingga tidak ada standar baku yang harus disiapkan, misalnya bagaimana teknis pemberangkatan tim pemicu, teknis masuk sebelum pemicuannya dan proses pemicuannya. Kemungkinana proses pemicuan dilakukan pada saat ada kegiatan posyandu, PKK, temu warga dan lain-lain. Saat pemicuan di masyarakat langkah-langkah pemicuan sebenarnya tidak dibakukan, namun pemetaan sosial mesti dilakukan pertama sekali. Lokasi pemetaan sosial sebaiknya dilakukan di lahan (halaman) terbuka. Hasilnya kemudian harus dipindahkan ke kertas plano.

Pemicuan bisa dilakukan di ruang terbuka maupun tertutup, asal bisa mengoptimalkan rasa jijik, takut penyakit, dan berdosa yang bisa memicu masyarakat untuk berubah. Beberapa kegiatan bisa dilakukan pada proses pemicuan. Pada pemicuan pilar 1 STBM, Stop Buang Air Besar Sembarangan, tim pemicu bisa mengajak masyarakat melakukan kegiatan mencari tinja, menghitung tinja, dan demonstrasi air yang terkena tinja. Pada pilar 2 STBM, Cuci Tangan Pakai Sabun, tim pemicu bisa mengajak masyarakat bermain alur penularan penyakit dan simulasi cuci tangan pakai sabun. Tim pemicu bisa menyesuaikan kegiatan sesuai dengan tujuan pemicuan yang akan dilakukan, baik untuk pilar 1,2,3,4, ataupun 5.

b. Proses pemicuan

Pemicuan dilakukan satu kali dalam periode tertentu, dengan lama waktu Pemicuan antara 1-3 jam, hal ini untuk menghindari informasi yang terlalu banyak dan dapat membuat bingung masyarakat. Pemicuan dilakukan berulang sampai

Digital Repository Universitas Jember

sejumlah orang terpicu. Orang yang telah terpicu adalah orang yang tergerak dengan spontan dan menyatakan untuk merubah perilaku. Orang yang terpicu dan menjadi pelopor ini disebut dengan *natural leader*.

1) Pengantar pertemuan

a) Memperkenalkan diri beserta semua anggota tim dan membangun hubungan setara dengan masyarakat yang akan dipicu.

b) Menjelaskan tujuan keberadaan kader dan atau fasilitator. Tujuannya adalah untuk belajar tentang kebiasaan masyarakat yang berhubungan dengan kesehatan lingkungan.

c) Menjelaskan bahwa kader dan atau fasilitator akan banyak bertanya dan minta kesediaan masyarakat yang hadir untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan dengan jujur.

d) Menjelaskan bahwa kedatangan kader dan atau fasilitator bukan untuk memberikan bantuan dalam bentuk apapun (uang, semen dan lain-lain), melainkan untuk belajar.

2) Pencairan suasana

a) Pencairan suasana dilakukan untuk menciptakan suasana akrab antara fasilitator dan masyarakat sehingga masyarakat akan terbuka untuk menceritakan apa yang terjadi di kampung tersebut.

b) Pencairan suasana bisa dilakukan dengan permainan yang menghibur, mudah dilakukan oleh masyarakat, melibatkan banyak orang.

3) Identifikasi istilah-istilah yang terkait dengan sanitasi

a) Fasilitator dan atau kader dapat memulai dengan pertanyaan, misalnya “Siapa yang melihat atau mencium bau kotoran manusia pada hari ini?” “Siapa saja yang BAB di tempat terbuka pada hari ini?”

b) Setelah itu sepakati bersama tentang penggunaan kata BAB dan kotoran manusia dengan bahasa setempat yang kasar, misal “berak” untuk BAB dan “tai” untuk kotoran manusia. Gunakan kata-kata ini selama proses analisis.

Digital Repository Universitas Jember

4) Pemetaan sanitasi

a) Melakukan pemetaan sanitasi yang merupakan pemetaan sederhana yang dilakukan oleh masyarakat untuk menentukan lokasi rumah, sumber daya yang tersedia dan permasalahan sanitasi yang terjadi, serta untuk memicu terjadinya diskusi dan dilakukan di ruangan terbuka yang cukup lapang.

b) Menggunakan bahan-bahan yang tersedia di lokasi (daun, batu, batang kayu, dan lain-lain) untuk membuat peta.

c) Memulai pembuatan peta dengan membuat batas kampung, jalan desa, lokasi Pemicuan, lokasi kebun, sawah, kali, lapangan, rumah penduduk (tandai mana yang punya dan yang tidak punya jamban, sarana cuci tangan, tempat pembuangan sampah, saluran limbah cair rumah tangga).

d) Memberi tanda pada lokasi-lokasi biasanya digunakan untuk membuang tinja, sampah dan limbah cair rumah tangga. Selanjutnya membuat garis dari lokasi pembuangan ke rumah tangga.

e) Melakukan diskusi tentang peta tersebut dengan cara meminta peserta untuk berdiri berkelompok sesuai denga dusun atau RT. Minta mereka mendiskusikan dusun atau RT mana yang paling kotor? Mana yang nomor 2 kotor dan seterusnya. Catat hasil diskusi di kertas dan bacakan.

f) Memindahkan pemetaan lapangan tersebut kedalam kertas flipchat atau kertas manila karton, karena peta ini akan dipergunakan untuk memantau perkembangan perubahan perilaku masyarakat.

Gambar 2.4 Pemetaan Sanitasi (Sumber: Permenkes No. 3 Tahun 2014 tentang STBM)

Digital Repository Universitas Jember

5) *Transect Walk* (Penelusuran Wilayah)

a) Mengajak anggota masyarakat untuk menelusuri desa sambil melakukan pengamatan, bertanya dan mendengar.

b) Menandai lokasi pembuangan tinja, sampah dan limbah cair rumah tangga dan kunjungi rumah yang sudah memiliki fasilitas jamban, cuci tangan, tempat pembuangan sampah dan saluran pembuangan limbah cair.

c) Penting sekali untuk berhenti di lokasi pembuangan tinja, sampah, limbah cair rumah tangga dan luangkan waktu di tempat itu untuk berdiskusi.

6) Diskusi

a) Alur kontaminasi

(1) Menanyangkan gambar-gambar yang menunjukkan alur kontaminasi penyakit.

(2) Tanyakan: Apa yang terjadi jika lalat-lalat tersebut hinggap di makanan anda? Di piring anda? Di wajah dan bibir anak kita?

(3) Kemudian tanyakan: Jadi apa yang kita makan bersama makanan kita?

(4) Tanyakan: Bagaimana perasaan anda yang telah saling memakan kotorannya sebagai akibat dari BAB di sembarang tempat?

(5) Fasililator tidak boleh memberikan komentar apapun, biarkan mereka berfikir dan ingatkan kembali hal ini ketika membuat rangkuman pada akhir proses analisis.

Gambar 2.5 Alur Terkontaminasi (Sumber: Permenkes No. 3 Tahun 2014 tentang STBM)

Digital Repository Universitas Jember

b) Simulasi air yang terkontaminasi

(1) Siapkan 2 gelas air mineral yang utuh dan minta salah seorang anggota masyarakat untuk minum air tersebut. Lanjutkan ke yang lainnya, sampai mereka yakin bahwa air tersebut memang layak diminum.

(2) Minta 1 helai rambut kepada salah seorang peserta, kemudian tempelkan rambut tersebut ke tinja yang ada di sekitar kita, celupkan rambut ke air yang tadi diminum oleh peserta.

(3) Minta peserta yang minum air tadi untuk meminum kembali air yang telah diberi dicelup rambut bertinja. Minta juga peserta yang lain untuk meminumnya. Ajukan pertanyaan: Kenapa tidak yang ada berani minum?

(4) Tanyakan berapa jumlah kaki seekor lalat dan beritahu mereka bahwa lalat mempunyai 6 kaki yang berbulu. Tanyakan: Apakah lalat bisa mengangkut tinja lebih banyak dari rambut yang dicelupkan ke air tadi?

7) Menyusun rencana program sanitasi

a) Jika sudah ada masyarakat yang terpicu dan ingin berubah, dorong mereka untuk mengadakan pertemuan untuk membuat rencana aksi.

b) Pada saat Pemicuan, amati apakah ada orang-orang yang akan muncul menjadi *natural leader*.

c) Mendorong orang-orang tersebut untuk menjadi pimpinan kelompok, memicu orang lain untuk mengubah perilaku.

d) Tindak lanjut setelah Pemicuan merupakan hal penting yang harus dilakukan, untuk menjamin keberlangsungan perubahan perilaku serta peningkatan kualitas fasilitas sanitasi yang terus menerus.

e) Mendorong *natural leader* untuk bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana aksi dan perubahan perilaku terus berlanjut.

f) Setelah tercapai status 100% STBM (minimal pilar 1), masyarakat didorong untuk mendeklarasikannya, jika perlu memasang papan pengumuman.

g) Agar menjamin agar masyarakat tidak kembali ke perilaku semula, masyarakat perlu membuat aturan lokal, contohnya denda bagi anggota masyarakat yang masih BAB di tempat terbuka. Mendorong masyarakat

Digital Repository Universitas Jember

untuk terus melakukan perubahan perilaku higiene dan sanitasi sampai tercapai Sanitasi Total.

Gambar 2.6 Penyusunan Rencana Program Sanitasi (Sumber: Permenkes No. 3 Tahun 2014 tentang STBM)

c. Pasca pemicuan

Langkah pelaksanaan pada saat pasca pemicuan, dapat dilakukan dengan carayang terdiri dari :

1) Membangun Ulang Komitmen

Membangun ulang komitmen masyarakat dimaksudkan untuk meningkatnya motivasi masyarakat untuk melaksanakan rencana kegiatan yang mereka susun pada saat memberikan komitmen mereka di kegiatan pemicuan sebelumnya. Hasil akhir dari tahap ini adalah disepakatinya komitmen semua pihak untuk keberhasilan pencapaian rencana kegiatan masyarakat.

Membangun komitmen ini diawali dengan mempersilahkan kepada wakil masyarakat untuk mempresentasikan kondisi sanitasi di komunitasnya dan rencana mereka ke depan. Selanjutnya fasilitator melakukan penegasan-penegasan untuk meningkatkan motivasi masyarakat, misalnya: mengajak peserta memberi tepuk tangan, menegaskan tentang tanggal bebas dari BAB terbuka untuk setiap komunitas, menunjukkan para *natural leader* yang akan memotori gerakan masyarakat, dan lain-lain. Pada akhir kegiatan diberikan penegasan-penegasan untuk membangun komitmen bersama semua pihak dalam upaya pencapaian bebas dari BAB terbuka di tingkat yang lebih luas. Hasil komitmen yang telah

Digital Repository Universitas Jember

disepakati bersama dengan masyarakat, diserahkan oleh perwakilan kelompok masyarkat kepada pejabat yang berwenang di daerah untuk dilakukan tindak lanjut sesuai dengan rencana.

2) Pilihan Teknologi Sanitasi Untuk 5 Pilar STBM

Pencapaian Desa/Kelurahan STBM dengan kondisi sanitasi total yang mencakup 5 pilar STBM akan diikuti dengan pencapaian akses sarana dan prasarana sanitasi di masyarakat. Pencapaian sarana sanitasi ini akan ada di masyarakat mulai teknologi yang paling sederhana hingga teknologi yang canggih dan terkelola dengan baik. Pilihan teknologi sanitasi untuk 5 pilar STBM ini berprinsip harus sesuai dengan standar kesehatan, mudah dan terjangkau oleh masyarakat. Pada pemilihan opsi teknologi yang ada, masyarakat harus memahami tangga sanitasi. Tangga sanitasi ini akan membantu masyarakat untuk mempraktikkan kebiasan pola hidup bersih dan sehat, dengan bantuan alat yang sederhana hingga alat yang lebih canggih dan permanen. Sebagai contoh, untuk pilar 1, masyarakat naik dari kebiasaan awal yang masih BAB sembarangan hingga mencapai kondisi berperilaku higienis dan saniter dengan BAB di jamban yang sehat dan permanen. Pada pilar 2, masyarakat berubah perilakunya dari tidak mencuci tangan hingga mencuci tangan pakai air dan sabun, dan naik lagi misalnya dengan melakukannya di wastafel yang permanen. Begitupun dengan pilar-pilar lainnya, yang menunjukkan adanya perubahan dan peningkatan perilaku menjadi lebih baik.

3) Tangga Sanitasi Untuk 5 Pilar STBM

Sanitation *Ladder* atau tangga sanitasi merupakan tahap perkembangan sarana sanitasi yang digunakan masyarakat, dari sarana yang sangat sederhana sampai sarana sanitasi yang sangat layak dilihat dari aspek kesehatan, keamanan dan kenyamanan bagi penggunanya. Program STBM, masyarakat tidak diminta atau disuruh untuk membuat sarana sanitasi tetapi hanya mengubah perilaku sanitasi. Namun pada tahap selanjutnya ketika masyarakat sudah mau merubah kebiasaan BAB, sarana sanitasi menjadi suatu hal yang tidak terpisahkan. Pada umumnya pemikiran masyarakat akan sarana sanitasi adalah sebuah bangunan yang kokoh, permanen, dan membutuhkan biaya yang besar untuk membuatnya.

Digital Repository Universitas Jember

Pemikiran ini sedikit banyak menghambat animo masyarakat untuk membangun sarana sanitasi, seperti jamban, karena alasan ekonomi dan lainnya sehingga kebiasaan masyarakat untuk buang air besar pada tempat yang tidak seharusnya tetap berlanjut.

Pada prinsipnya sebuah jamban yang saniter dan layak terbagi menjadi tiga kelompok berdasarkan letak konstruksi dan kegunaannya. Pertama adalah bangunan bawah tanah yang berfungsi sebagai tempat pembuangan tinja. Fungsi bangunan bawah tanah adalah untuk melokalisir tinja dan mengubahnya menjadi lumpur stabil. Kedua adalah bangunan di permukaan tanah (landasan). Bangunan di permukaan ini erat kaitannya dengan keamanan saat orang tersebut membuang hajat. Terminologi aman disini dapat diartikan aman dari terperosok kepada lubang kotoran, aman saat membuang hajat (malam hari atau saat hujan atau aman digunakan oleh orang jompo). Ketiga adalah bangunan dindin, bangunan atau dinding penghalang erat kaitannya dengan faktor kenyamanan, psikologis dan estetika.

4) Tangga Perubahan Perilaku Pilar-Pilar STBM

Kondisi perilaku masyarakat yang menjadi sasaran intervesi pelaksanaan STBM tentunya berbeda satu dengan yang lainnya. Sasaran perubahan perilaku dalam STBM ada 5 pilar perilaku yaitu menghentikan kebiasaan BAB sembarangan, membiasakan cucitangan pakai sabun dengan air yang mengalir, mengelola air minum dan makanan secara aman, mengelola sampah rumah tangga secara aman dan mengelola air limbah cair denga aman. Pencapaian masyarakat pada status sanitasi total adalah “pada kondisi masyarakat yang telah mencapai 5 pillar STBM. Status sanitasi total tentunya tidak dicapai sekaligus, tapi memerlukan tahapan proses. Tangga perubahan perilaku STBM berikut dapat menggambarkan proses pencapaian tahapan status untuk mencapai suatu komunitas masyarakat yang telah bersanitasi total.

2.2 Jamban Sehat

Jamban merupakan tempat yang aman dan nyaman untuk digunakan sebagaitempat buang air besar. Berbagai jenis jamban yang digunakan di rumah

Digital Repository Universitas Jember

tangga, sekolah, rumah ibadah, dan lembaga-lembaga lain. Jamban Sehat adalah fasilitas pembuangan tinja yang:

a. Mencegah kontaminasi ke badan air
b. Mencegah kontak antara manusia dan tinja
c. Membuat tinja tersebut tidak dapat dihinggapi serangga, serta binatang lainnya
d. Mencegah bau yang tidak sedap
e. Konstruksi dudukannya dibuat dengan baik, aman dan mudah dibersihkan (WSP-EAP, 2009)

Jamban sehat efektif untuk memutus mata rantai penularan penyakit. Jamban sehat harus dibangun, dimiliki, dan digunakan oleh keluarga dengan penempatan (di dalam rumah atau di luar rumah) yang mudah dijangkau oleh penghuni rumah (Permenkes, 2014). Standar dan persyaratan kesehatan bangunan jamban terdiri dari:

a. Bangunan atas jamban (dinding dan atau atap)

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

b. Bangunan tengah jamban

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

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

c. Bangunan Bawah

   Merupakan bangunan penampungan, pengolah, dan pengurai kotoran/tinja yang berfungsi mencegah terjadinya pencemaran atau kontaminasi dari tinja melalui vektor pembawa penyakit, baik secara langsung maupun tidak langsung. Terdapat 2 (dua) macam bentuk bangunan bawah jamban, yaitu:

1) Tangki Septik, adalah suatu bak kedap air yang berfungsi sebagai penampungan limbah kotoran manusia (tinja dan urine). Bagian padat dari

Digital Repository Universitas Jember

kotoran manusia akan tertinggal dalam tangki septik, sedangkan bagian cairnya akan keluar dari tangki septik dan diresapkan melalui bidang atau sumur resapan. Jika tidak memungkinkan dibuat resapan maka dibuat suatu filter untuk mengelola cairan tersebut.

2) Cubluk, merupakan lubang galian yang akan menampung limbah padat dan cair dari jamban yang masuk setiap harinya dan akan meresapkan cairan limbah tersebut ke dalam tanah dengan tidak mencemari air tanah, sedangkan bagian padat dari limbah tersebut akan diuraikan secara biologis. Bentuk cubluk dapat dibuat bundar atau segi empat, dindingnya harus aman dari longsoran, jika diperlukan dinding cubluk diperkuat dengan pasangan bata, batu kali, buis beton, anyaman bambu, penguat kayu, dan sebagainya.

Gambar 2.7 Jamban Sehat Semi Permanen (Sumber: WSP-EAP)

Gambar 2.8 Jamban Sehat Permanen (Sumber: WSP-EAP)

2.3 *Open Defecation Free* (ODF)

2.3.1 Pengertian ODF

ODF (*Open Defecation Free*) atau Stop BABS adalah kondisi ketika setiap individu dalam suatu komunitas tidak lagi melakukan perilaku buang air besar sembarang yang berpotensi menyebarkan penyakit. Desa atau Kelurahan ODF (*Open Defecation Free*) atau Stop BABS adalah desa atau kelurahan yang 100% masyarakatnya telah buang air besar di jamban sehat yaitu mencapai perubahan perilaku kolektif terkait Pilar 1 dari 5 pilar STBM. Desa STBM, selain menyandang status ODF, 100% rumah tangga memiliki dan menggunakan sarana

Digital Repository Universitas Jember

jamban yang ditingkatkan dan telah terjadi perubahan perilaku untuk pilar lainnya seperti memiliki dan menggunakan sarana cuci tangan pakai sabun dan 100% rumah tangga mempraktikan penanganan yang aman untuk makanan dan air minum rumah tangga (Kemenkes, 2013).

2.3.2 Parameter Desa atau Kelurahan ODF

Desa atau Kelurahan mencapai status ODF atau Stop BABS, apabila memenuhi parameter sebagai berikut:

a. Semua masyarakat BAB hanya di jamban yang sehat dan buang tinja/kotoran bayi hanya ke jamban yang sehat,
b. Tidak terlihat tinja/kotoran manusia di lingkungan sekitar,
c. Ada penerapan sangsi, peraturan upaya lain oleh masyarakat untuk mencegah kejadiaan BAB di sembarang tempat,
d. Ada mekanisme pemantauan umum yang dibuat oleh masyarakat untuk mencapai 100% KK mempunyai jamban sehat
e. Ada upaya strategi yang jelas untuk mencapai Sanitasi Total (Kemenkes, 2013).

2.3.3 Verifikasi ODF

Verfikasi merupakan serangkaian kegiatan untuk mengetahui kebenaraninformasi atas laporan yang disampaikan serta memberikan pernyataan atas keabsahan dari laporan tersebut (Permenkes, 2014). Verifikasi tidak dilakukan oleh masyarakat pada komunitas yang mendeklarasikan ODF tersebut, tetapi sebaiknya dilakukan oleh komunitas lain untuk melakukan dan atau pihak lain dari luar komunitas tersebut (Direktorat Jenderal PP dan PL, Tanpa Tahun). Adapun perangkat atau alat bantu verifikasi ODF adalah lembar pengamatan jamban setiap rumah tangga, sebagai berikut:

Digital Repository Universitas Jember

Tabel 2.1 Lembar Pengamatan Jamban Setiap Rumah Tangga

Skor 1= ya/ada, 0=tidak/tidak ada	No. Jamban yang diamati					Catatan proses
	1	2	3	4	5	
1. Jamban berfungsi dengan baik dan digunakan untuk BAB						Lihat jamban (tanda-tanda digunakan). Wawancara dengan peimilik berapa kali sehari BAB? Apakah setiap kali BAB selalu BAB ke jamban? Bagaimana jika sedang pergi ke sawah atau kebun
2. Jamban digunakan tempat membuang kotoran bayi						Jika pemilik jamban punya bayi, maka harus ditanyakan ke orang tua. Bagaimana dengan popok bayi, dicuci dimana? (jika diicuci dikamar mandi) lihat kamar mandinya
3. Kloset/dudukan dibuat dengan baik dan aman						Dengan observasi. Bagaimana jika dudukan mulai miring?. Tanyakan ke pengguna bagaimana rasa aman dan tidaknya terhadap keadaan tersebut.
4. Sumur penampung kotoran dengan jarak aman >10m dan tidak mencemari sumber air						Tanyakan sumber air yang digunakan masyarakat. Jika menggunakan sumur gali atau bor, tanyakan dimana posisi sumber air tersebut. Bagaimana jika sumur bor dengan kedalaman lebih dari 20m dan dekat dengan pembuangan kotoran, tetapi jarak lebih dari 20m. Berarti tidak mencemari (aman) karena banyak lapisan tanah yang akan dilalui.
5. Ada penutup pada lubang baik kering atau ada air (*water seal)* di leher angsa						Harus diamati pada jamban. Jika masih ada celah atau lubang tetap dapat 1. Akrena jika ada yang mungkin masuk, dicek dengan nomor 6
6. Jamban telah meminimalkan lalat atau serangga vektor lainnya dapat masuk kedalam lubang penamapung tinja						Observasi, jika ada lubang pernafasan angin-angin, tanyakan dimana posisinya. Karena memberikan peluang kecoak masuk ke lubang. Jika kebetulan dilihat ada kecoak masuk atau keluar, maka dibuat catatan dan beri skor 0. Jika tidak ada angin-angin dan menggunakan tangki septik, maka dicatat.
7. Tidak ada tinja di lantai dinding/dudukan						dibuat catatan, dan dinyatakan kepada pengguna. Tunjuk ke lubang dan minta pemilik jamban untuk menjelaskan
8. Ada air dan sabun di jamban atau dekat (buktikan penggunaan untuk mencuci tangan)						Lihat indikator (ada air dan sabun atau tanda-tanda sabun). Kemudian wawancara, melakukan dan meminta praktek ke pemilik jamban. Karena walaupun jarak tempat berdempetan dan tidak didalam ruang bangunan jamban perlu dibuktikan dengan praktek. Sertakan dengan proses penyuluhan sederhana berdasrkan pengalaman mereka
9. Terdapat sarana untuk cuci tangan pakai sabun untuk digunakan sebelum makan						Lihat dimana tempat tempat makan? Dimana tempat cuci tangan? Bila kamar mandi bisa khusus, tanyakan apakah cuci tangan pakai sabun sebelum makan?bagaimana caranya? (minta dipratekkan)
10. Tidak ada kotoran manusia (khususnya anak-anak) dihalaman, timbunan sampah, disaluran air						Harus dilakukan observasi ke lingkungan dimana biasa warga sebelumnya BAB (tempat terbuka), tempat-tempat sampah, kebun belakang. Ke sungai dan tempat lain
Jumlah skor						

Sumber: Sekretariat STBM, Tanpa Tahun

Digital Repository Universitas Jember

Tabel 2.2 Format Rekapitulasi hasil verifikasi ODF

	Kriteria ODF	Beri Tanda √	Catatan Tambahan
1.	Semua masyarakat telah BAB hanya di jamban yang sehat dan membuang kotoran bayi hanya ke jamban (skor cheklist no 1, 2, 5 dan 6)		
2.	Tidak terlihat tinja atau kotoran manusia di lingkungan sekitar. (Skor Cheklist no 7 dan 10)		
3.	Ada penerapan sangsi, peraturan upaya lain oleh masyarakat untuk mencegah kejadiaan BAB di sembarang tempat		
4.	Ada mekasnisme monitoring umum yang dibuat oleh masyarakat untuk mencapai 100% KK mempunyai jamban sehat		
5.	Ada upaya strategi yang jelas untuk mencapai Sanitasi Total		

Sumber: Sekretariat STBM, Tanpa Tahun

2.3.4 Monitoring dan Sertifikasi ODF

Monitoring pasca pemicuan merupakan hal yang sangat penting untuk melihat kemajuan suatu program kegiatan. Bila hal ini tidak dilakukan oleh fasilitaor ataupun petugas lain yang terkait dengan program akan dapat menimbulkan masalah, karena masyarakat akan menurun kembali semangatnyadalam pelaksanaan rencana kegiatan. Pelaksanaan monitoring di tingkat masyarakat atau desa akan bertumpu kepada indikator monitoring yang mudah dilihat dan dirasakan secara langsung oleh masyarakat sendiri, diantaranya adalah:

a. Pengumpulan data dasar terkait indikator 5 pilar perubahan perilaku hidup bersih dan sehat yaitu :

1) Data akses awal jumlah masyarakat yang memiliki dan menggunakan jamban sehat, memiliki dan menggunakan jamban tidak sehat, jumlah masayarakat yang masih numpang ke jamban tetangga atau umum dibedakan menurut jenis jamban sehat dan tidak sehat, dan terkahir masih BAB di sembarangan tempat.
2) Data akses awal jumlah keluarga (termasuk anggota keluaga di dalamnya) yang telah terbiasa cuci tangan pakai sabun pada waktu-waktu kritis

Digital Repository Universitas Jember

3) Data akses awal jumlah kleuarga yang telah mengelola air minumnya dengan aman
4) Data akses awal jumlah kluarga yang telah mengelola sampahnya dengan aman
5) Data akses awal jumlah keluarga yang telah mengelola limbah cair rumah tangganya dengan aman.

b. Proses pemicuan perubahan perilaku BAB masyarakat

Indikator yang direkam antara lain peningkatan akses masyarakat kepada penggunaan sarana jamban sehat, kebersihan lingkungan sekitar rumah keluarga dan peningkatan perubahan perilaku pilar lainnya.

c. Pendataan tukang yang terkait dengan jasa dan layanan sanitasi

Pendataan ini bertujuan untuk menaring informasi jumlah tukang yang beredar di desa bersangkutan yang memiliki pengalaman dan/atau ketrampilan membangun/memperbaiki sarana jamban (Kemenkes, 2014). Seratus persen (100%) ODF atau *Open Defacation* "BAB tempat terbuka" adalah suatu kondisi dimana warga masyarakat setempat 100% sudah tidak ada lagi yang mempunyai perilaku buang air besar di tempat terbuka dan sudah BAB di jamban dengan membangun jamban secara swadaya. Selain itu 100% ODF juga ditandai dengan dilakukannya perilaku kesehatan lainnya seperti cuci tangan dengan sabun dan air bersih (khususnya setelah BAB dan sebelum makan). Bagi desa desa yang sudah terbebas dari kebiasaan buang air besar di tempat terbuka, sertifikasi adalah salah satu hal yang penting dan perlu dilakukan. Sertifikasi adalah wujud perhargaan bagi warga masyarakat desa setempat yang telah berhasil merubah perilaku buang air besarnya. Selain itu sertifikat yang diberikan dapat menjadi pemacu semangat dan motivasi desa lain yang masih berperilaku buang air besar di tempat terbuka/sembarang tempat (Pamsimas, Tanpa Tahun).

Menurut Dinas Kabupaten Jember (2009) ada beberapa langkah pada saat sertifikasi diantaranya adalah :

a. Masyarakat melalui kader, pimpinan desa atau dusun dapat memberitahu puskesmas atau kantor kecamatan terdekat kapan mereka akan melakukan deklarasi bebas dari BABS (ODF)

Digital Repository Universitas Jember

b. Panitia evaluasi tingkat kecamatan yang beranggotakan aparat pemerintah dan perwakilan masyarakat yang berasal dari wilayah yang telah mencapai status bebas dari BABS akan melakukan kunjungan untuk observasi, intervenasi di tingkat masyarakat dan interview kepada rumah tangga yang dipilih secara acak. Pada akhir kunjungan panitia akan melaporkan hasil kunjungannya dan melakukan deklarasi status ODF
c. Jika masyarakat telah diberikan sertitifikat, maka akan diumumkan dan diberikan tanda status wilayah ODF, komitmen diberikan oleh Camat akan memperjuangkan untuk mendapatkan fasilitas sarana sanitasi sekolah atau menjadi prioritas lokasi untuk mendapatkan paket bantuan program pada wilayah ODF
d. Bila ditemukan penyebab lain sehingga status ODF tidak dapat diberikan, maka alasannya harus dijelaskan pada masyarakat akan meinta kunjungan evaluasi 6 bulan kemudian.

Selain itu bentuk sertifikasi juga diberikan kepada desa yang telah ODF yang dapat berupa :

a. Spanduk atau Papan Pengumuman telah bebas BAB di tempat terbuka
Spanduk atau Papan pengumuman ini dapat dipasang pada lokasi-lokasi yang strategis seperti jalan masuk desa atau dusun, depan balai desa atau balai dusun, depan Posyandu, atau tempat-tempat strategis lainnya. Spanduk atau Papan pengumuman yang dibuat adalah berisi tentang informasi telah bebasnya warga setempat dari kebiasaan buang air besar di tempat terbuka atau sembarang tempat. Beberapa tulisan yang dapat dibuat misalnya :

1) “Selamat Datang di Wilayah Sadar Jamban”
2) “Wilayah Ini Sudah Terbebas dari Perilaku Buang Air Besar di Sembarang Tempat“
3) “Warga Masyarakat di Sini Seratus Persen Sudah Tidak BAB di Kebun dan Sudah Mempunyai Jamban“
4) “BAB di Kebun?? Sudah Tidak Lagi... 100% warga kami sudah BAB di jamban...“

Digital Repository Universitas Jember

b. Piagam Penghargaan

Piagam penghargaan dibuat untuk memberikan bukti "hitam di atas putih" atas keberhasilan warga masyarakat setempat untuk merubah perilaku buang air besarnya menjadi di jamban dengan membangun jamban secara swadaya. Penghargaan dapat dibuat pada sebuah piagram dan ditandatangani oleh pejabat daerah setempat, Bupati atau Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten (Pamsimas, Tanpa Tahun).

2.4 Faktor yang Berkaitan dengan ODF

Berdasarkan pendekatan teori Lawrence Green yang dikutip oleh Notoamodjo (2007), terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi masyarakat untuk BAB dijamban dalam pencapaian ODF, antara lain:

2.4.1 Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi merupakan faktor-faktor yang mempermudah atau mempredisposisi terjadinya perilaku seseorang, faktor predisposisi yang mempengaruhi masyarakat untuk BAB di jamban dalam pencapaian ODF, adalah:

a. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengindraan terjadi melalui pancaindra manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagain besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (Notoatmodjo, 2007).

Hasil penelitian Nielsen (2014) mengatakan bahwa penerapan terhadap pengetahuan yang cukup baik akan pentingnya menjaga kesehatan dan kebersihan jika tidak diterapkan secara maksmimal. Maka akan mengakibatkan kondisi sanitasi di beberapa wilayah masih belum dengan berjalan baik. Berdasarkan hal tersebut dapat disimpulkan bahwa pengetahuan yang baik juga harus didukung dengan tindakan atau sikap yang baik pula untuk mendukung derajat kesehatan masyarakat.

Digital Repository Universitas Jember

b. Sikap

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Manifestasi sikap tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya bisa ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Sikap secara nyata menunjukkan kesiapan untuk bereaksi terhadap objek dilingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap objek (Notoatmodjo, 2012). Terdapat beberapa tingkatan dalam sikap menurut Notoatmodjo (2007) antara lain:

1) Menerima (*receiving*), diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan objek.
2) Merespon (*responding*), memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap.
3) Menghargai (*valuing*), mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga.
4) Bertanggung jawab (*responsible*), bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala risiko merupakan sikap yang paling tinggi.

2.4.2 Faktor pemungkin

a. Kepemilikan jamban

Hambatan yang paling besar dirasakan dalam mewujudkan perilaku hidup sehat masyarakat yaitu faktor pemungkinnya. Dari penelitian-penelitian yang ada terungkap meskipun kesadaran dan pengetahuan masyarakat sudah tinggi, tentang kesehatan, namun praktek tentang kesehatan atau perilaku hidup sehat masyarakat rendah. Setelah dilakukan pengkajian oleh WHO, terutama di negara-negara berkembang, ternyata faktor pendukung atau sarana dan prasarana mendukung masyarakat untuk hidup sehat. Misalnya, meskipun kesadaran dan pengetahuan orang atau masyarakat tentang kesehatan sudah tinggi, tetapi apabila tidak didukung oleh fasilitas, yaitu tersedianya jamban sehat, air bersih, makanan yang bergizi, fasilitas imunisasi, pelayanan kesehatan dan sebagainya maka masyarakat akan sulit untuk mewujudkan perilaku tersebut (Nototmodjo, 2005). Fasilitas

Digital Repository Universitas Jember

utama dalam STBM adalah kepemilikan jamban dan sebagai indikator keberhasilan STBM.

b. Jarak rumah ke tempat BAB selain jamban

Berdasarkan hasil penelitian Qudsiyah (2014) menyatakan bahwa faktor yang memiliki hubungan paling erat dengan tinggi angka OD (*Open Defecation*) adalah jarak rumah ke tempat BAB. Berdasarkan hasil penelitian Hidayati (2012) banyak faktor yang menentukan sehingga masyarakat menggunakan air sungai untuk kebutuhan rumah tangga yaitu faktor kebiasaan yang paling dominan, selain itu secara geografis letak rumah penduduk yang berpinggiran langsung dengan sungai sehingga faktor lingkungan juga sangat menunjang dalam mempengaruhi masyarakat dalam menggunakan air.

c. Pendanaan Masyarakat

Pemberdayaan masyarakat ialah suatu upaya atau proses untuk menumbuhkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan masyarakat dalam mengenali, mengatasi, memelihara, melindungi dan meningkatkan kesejahteraan mereka sendiri. Salah satu ciri dari pemberdayaan masyarakat adalah adanya pendanaan masyarakat (Notoatmodjo, 2007). Pendanaan masyarakat diperlukan dalam rencana tindak lanjut STBM yang dibutuhkan untuk kegiatan tersebut. Akan tetapi perencanaan anggaran harus realistis untuk kegiatan yang benar-benar membutuhkan dana, artinya tidak mengada-ada. Harus memperhatikan dan mempertimbangkan kegiatan yang memerlukan dana tetapi dapat digabung pelaksanaannya dengan kegiatan lain yang dananya telah tersedia. Rencana anggaran adalah uraian tentang biaya yang diperlukan untuk pelaksanaan kegiatan, mulai dari awal sampai selesai (Kemenkes, 2014). Dana yang digunakan dalam mencapai target desa atau kelurahan ODF adalah dana BOK dengan target ODF 1 desa atau kelurahan atau 1 puskesmas atau tahun, pemanfaatan koperasi untuk kodal kredit jamban, dana CSR untuk pengadaan kloset, pelat pembuatan kloset, maupun pemicuan dan arisan sebagai salah satu bentuk memunculkan budaya malu untuk pengadaan jamban (Kemenkes, 2013)

Digital Repository Universitas Jember

d. Material Masyarakat

Sumber daya alam merupakan salah satu potensi masyarakat. Masing-masing daerah atau tempat memiliki sumber daya alam yang berbeda, yang dapat dimanfaatkan untuk pembangunan. Di daerah Banjarnegara, ada beberapa desa yang dekat sungai dan menghasilkan banyak batu. Batu tersebut dengan gotong royong dijadikan masyarakat untuk pengerasan jalan menuju fasilitas kesehatan. Adanya fasilitas jalan yang telah diperkeras tersebut memudahkan masyarakat mengakses pelayanan kesehatan. Contoh lain terjadi di daerah Purwokerto disuatu desa yang kekurangan air bersih. Berdekatan dengan desa tersebut terdapat mata air yang cukup besar sehingga masyakarat memanfaatkan sumber air tersebut utnuk membuat saluran-saluran air kerumah dengan bantuan teknis dari Universitas Jendral Sudirman (Notoatmodjo, 2007). Berdasarkan pernyataan tersebut dapat diartikan bahwa material masyarakat yang berasal dari sumber daya alam yang dimiliki memiliki pengaruh dalam pembangunan fasilitas kesehatan sehingga masyarakat dapat meningkatkan derajat kesehatannya.

2.4.3 Faktor penguat

Faktor penguat (*enabling factors*) merupakan faktor-faktor yang memungkinkan atau yang memfasilitasi perilaku atau tindakan. Faktor yang menjadi penguat masyaraat untuk BAB dijamban dalam pencapaian desa ODF adalah dukungan keluarga, dukungan tokoh masyarakat dan dukungan petugas kesehatan.

a. Dukungan keluarga

Menurut Bailon dan Maglya (2005) keluarga adalah dua atau lebih dari dua individu yang tergabung karena hubungan darah, hubungan perkawinan atau pengangkatan dan mereka hidup dalam suatu rumah tangga, berinteraksi satu sama lain, dan didalam perannya masing-masing menciptakan serta mempertahankan kebudayaan. Sistem-sistem dukungan keluarga juga berhubungan dengan moral dan kesejahteraan anggota keluarga sebagai sebuah kelompok, dan sistem sistem ini akan bekerja memperbaiki moral kelompok dan motivasi posistif bagi anggota keluarga (Notoatmodjoo, 2003).

Digital Repository Universitas Jember

b. Dukungan tokoh masyarakat

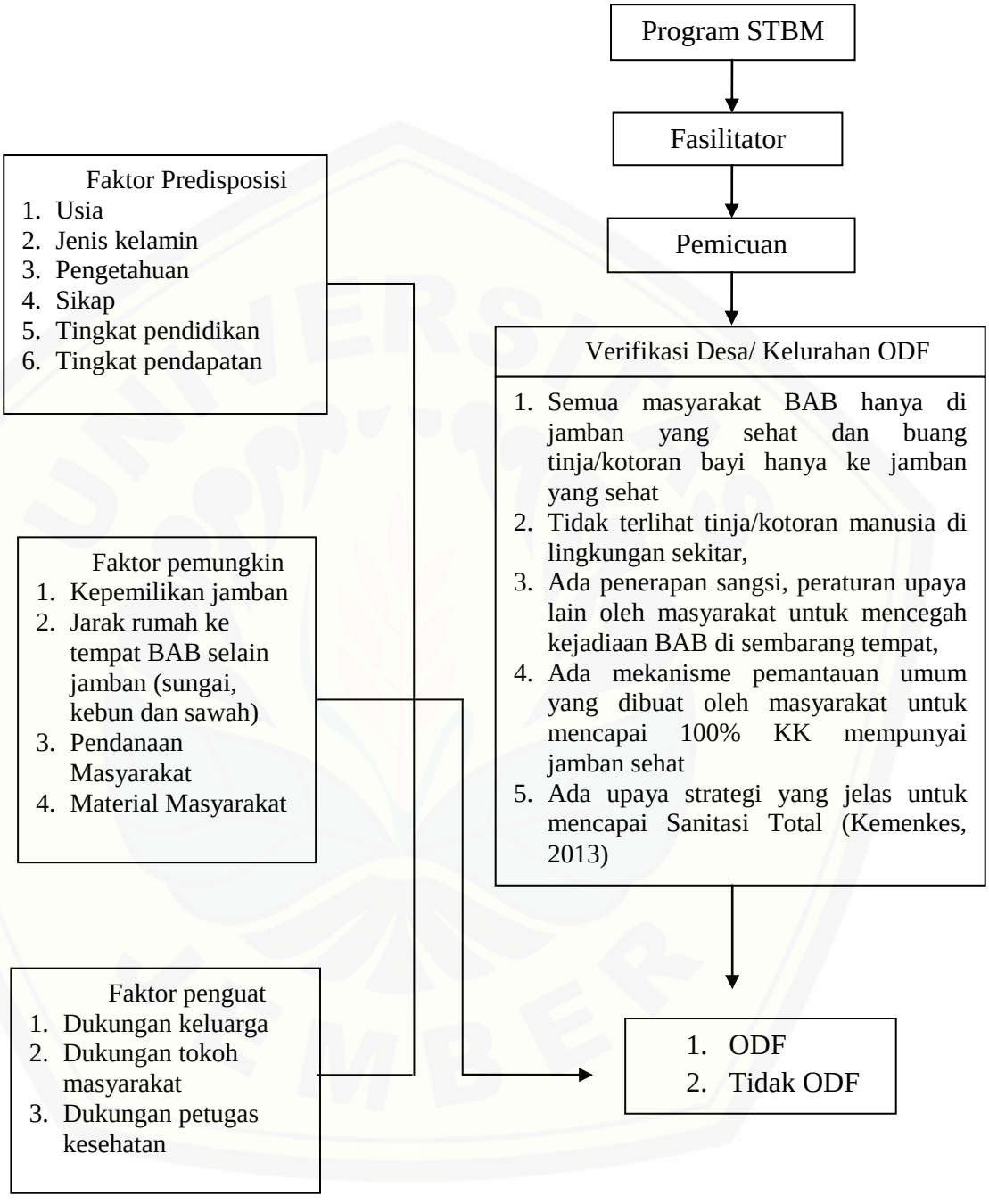
Kesehatan masyarakat adalah perwujudan dari kesehatan kelompok, keluarga dan individu. Oleh karena itu, mewujudkan derajat kesehatan masyarakat akan efektif apabila unsur-unsur yang ada dimasyarakat tersebut bersama-sama. Dengan perkataan lain meningkatkan kegiatan-kegiatan masyarakat dalam mengupayakan peningkatan kesehatan mereka sendiri adalah wujud dari gerakan masyarakat. Disebuah masyarakat apapun, baik pedesaan, perkotaan, maupun pemukiman elit atau pemukiman kumuh, secara alamiah akan terajdi kristalisasi adanya pemimpin atau tokoh masyarakat. Pemimpin atau tokoh masyarakat dapat bersifat formal (camat, lurah ketua RT atau RW) maupun informal (ustadz, pendeta, kepala adat dan sebagainya). Masyarakat Indonesia masih paternalistik atau masih berpola (menganut) kepada seseorang atau sosok tertentu di masyarakat yakni tokoh masyarakat. Apapun yang dilakukan pemimpin masyarakat akan diikuti ataua dianut oleh masyarakat. Sebagai petugas kesehatan harus memanfaatkan para tokoh masyarakat sebagai potensi yang harus dikembangkan pemberdayaan masyarakat (Notoatmodjo, 2007).

c. Dukungan petugas kesehatan

Faktor pendorong yang mempengaruhi terjadinya perubahan perilaku BAB di jamban pasca pemicuan STBM yaitu dorongan keluarga dan petugas kesehatan (Tustani, 2011). Petugas kesehatan adalah fasilitator yang pada saat STBM fasilitator tidak memberikan solusi. Namun ketika metode telah diterapkan (proses pemicuan telah dilakukan) dan masyarakat sudah terpicu sehingga diantara mereka sudah ada keinginan untuk berubah tetapi masih ada kendala yang mereka rasakan misalnya kendala teknis, ekonomi, budaya, dan lain-lain maka fasilitator mulai memotivasi mereka untuk mecapai perubahan ke arah yang lebih baik, misalnya dengan cara memberikan alternatif pemecahan masalah-masalah tersebut. Tentang usaha atau alternatif mana yang akan digunakan, semuanya harus dikembalikan kepada masyarakat tersebut. Konsep STBM menekankan pada upaya perubahan perilaku yang berkelanjutan untuk mencapai kondisi sanitasi total melalui pemberdayaan masyarakat (Kemenkes, 2014).

Digital Repository Universitas Jember

2.5 Kerangka Teori

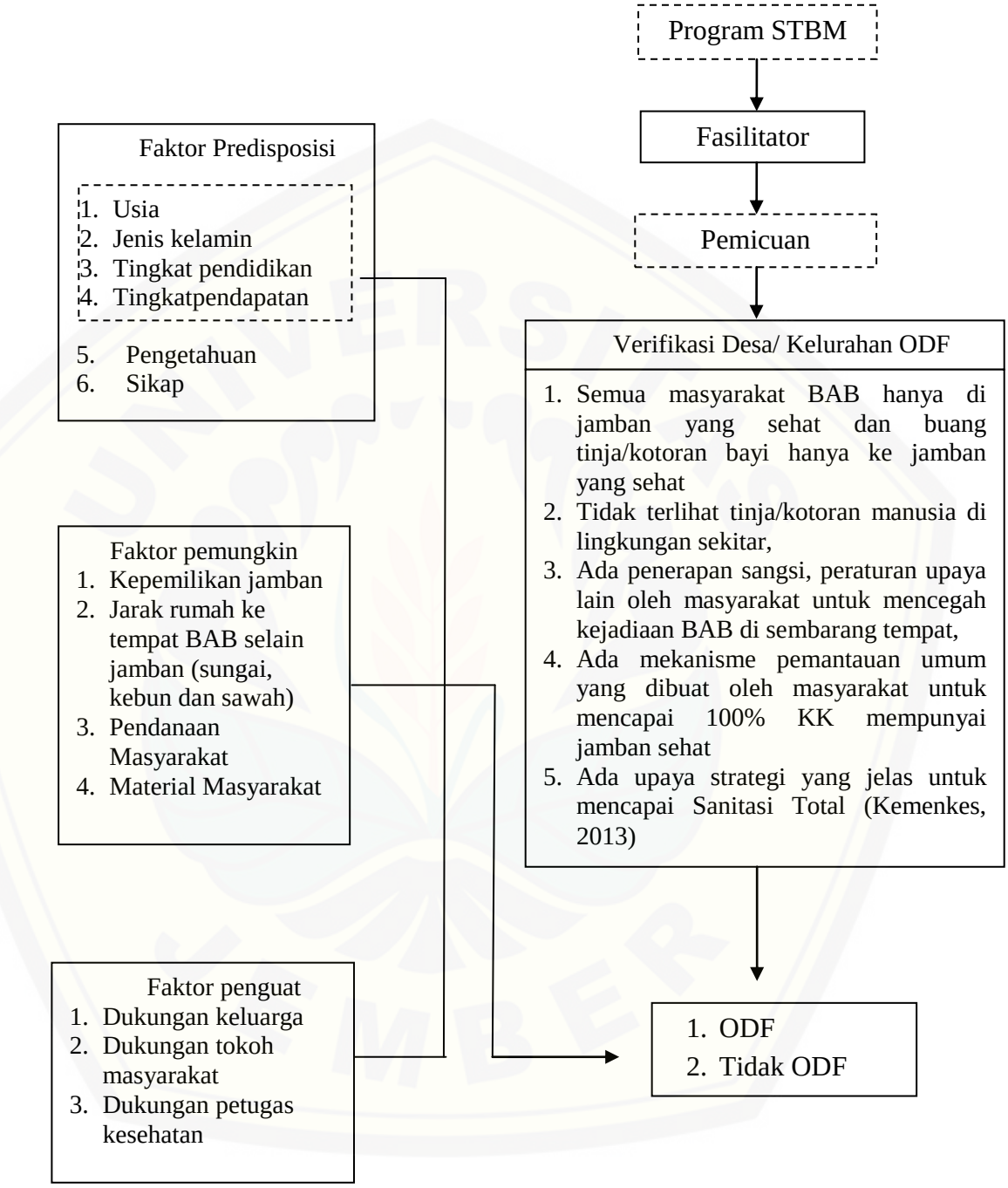


Gambar 2.9 Kerangka Teori

Kerangka teori di atas adalah modifikasi dari teori Lawrence Green dalam Notoatmodjo (2007), Kemenkes (2013), Qudsiyah (2014), Notoatmodjo (2007)

Digital Repository Universitas Jember

2.6 Kerangka Konseptual



Gambar 2.10 Kerangka Konsep

Keterangan

= Diteliti

= Tidak Diteliti

Digital Repository Universitas Jember

Berdasarkan kerangka konsep diatas mengacu pada program pemerintah yakni STBM dimana program tersebut dijalankan oleh fasilitator yang ada pada setiap puskesmas. Penerapan progam STBM oleh fasilitator adalah dengan adanya pemicuan kepada masyarakat. Penulis tidak meneliti STBM dan pemicuan dikarenakan program STBM dan kegiatan pemicuan telah dilaksnakan sangat lama sebelum penelitian, sehingga penulis tidak meneliti STBM dan pemicuan guna menghindari perancu yakni daya ingat masyarakat mengingat program STBM dan kegiatan pemicuan telah dilakukan sejak lama. Sedangkan, pada fasilitator penulis melakukan penelitian dikarenakan fasilitator merupakan informan kunci dari kegiatan pemicuan sehingga diperlukan untuk pendukung dalam pembahasan peneletian ini.

Penulis menggunakan 5 kriteria verifikasi desa yang telah dinyatakan ODF kemudian ditentukan hasil verifikais yakni ODF dan tidak ODF. Penulis juga menggunakan teori perilaku yang meliputi faktor predisposisi yakni usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, tingkat pendapatan, pengetahuan dan sikap. Tetapi penulis hanya meneliti pengetahuan dan sikap dikarenakan menurut Suherman (2001) yang menyebutkan bahwa sikap dan pengetahuan Kepala Keluarga (KK) terhadap jamban mempunyai hubungan dengan ketidakmauan keluarga menggunakan jamban.

Selain itu penulis juga meneliti faktor pemungkin dan faktor penguat. Faktor pemungkin yang meliputi kepemilikan jamban, jarak rumah ke tempat BAB selain jamban (sungai, kebun dan sawah) pendanaan masyarakat dan material masyarakat dan faktor penguat yang meliputi dukungan keluarga, dukungan masyarakat serta dukungan petugas kesehatan. Faktor-faktor tersebut dapat mempengaruhi masyarakat dalam menentukan apakah desa tersebut benar-benar ODF atau tidak.

Digital Repository Universitas Jember

BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan kuantitatif. Penelitian deskriptif adalah penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama membuat gambaran atau deskripsi tentang suatu keadaan seacara objektif. Penelitian ini dilakukan dengan menempuh langkah-langkah pengumpulan data, klasifikasi data, pengolahan data, analisis data, serta membuat kesimpulan dan laporan dengan pendekatan kuantitatif (Notoatmodjo, 2005). Berdasarkan waktu penelitian ini menggunakan penelitian *cross sectional* yakni observasi dan pengumpulan data dilakukan sekaligus pada saat itu dan subjek hanya diobservasi sekali saja dan pengukuran dilakukan terhadap status karakter atau variabel subjek pada saat pemeriksaan (Notoatmodjo, 2010).

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

3.2.1 Tempat Penelitian

Penelitian dilakukan di Kelurahan Banjar Sengon Kecamatan Patrang dan Desa Wringin Telu Kecamatan Puger Kabupaten Jember karena pada desa atau kelurahan tersebut telah dilakukan program STBM yaitu dengan adanya pemicuan serta telah ditetapkan sebagai desa atau kelurahan ODF pada bulan Mei 2015 oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Jember.

3.2.2 Waktu penelitian

Penelitian ini dilakukan mulai pada penyusunan proposal bulan April hingga Juni, pelaksanaan penelitian bulan Juni hingga Agustus, dan analisi hasil, pembahasan serta kesimpulan pada bulan September 2015.

Digital Repository Universitas Jember

3.3 Penentuan Populasi dan Sampel

3.3.1 Populasi

Populasi adalah sekelompok subjek atau data dengan karakteristik tertentu (Sastroasmoro, 2011). Populasi diartikan sebagai wilayah generalisasi yang terdiri dari atas objek atau subjek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh penulis untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiono, 2011). Populasi dalam penelitian merupakan seluruh Kepala Keluarga yang ada di desa atau kelurahan di Kabupaten Jember yang telah ditetapkan sebagai desa atau kelurahan ODF pada bulan Mei tahun 2015, dengan pemicuan pada desa atau kelurahan tersebut yakni Kelurahan Banjar Sengon Kecamatan Patrang dan desa Wringin Telu Kecamatan Puger Kabupaten Jember sebesar 7.341 jiwa.

3.3.2 Sampel

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut (Sugiono, 2010). Sampel pada penelitian ini adalah Kepala Keluarga. Responden yaitu Bapak atau Ibu Rumah Tangga yang dianggap dapat mewakili untuk memberikan informasi yang tinggal di Kelurahan Banjar Sengon Kecamatan Patrang dan desa Wringin Telu Kecamatan Puger Kabupaten Jember. Dalam mendukung data dan pembahasan terkait program STBM dilakukan wawancara kepada informan kunci yaitu fasilitator yaitu petugas kesehatan/sanitarian di puskesmas tempat penelitian sebanyak 2 orang dan tokoh masyarakat atau agama yang dianggap orang yang menjadi kepercayaan atau anutan masyarakat di tempat penelitian sebanyak 2 orang di kelurahan Banjar Sengon Kecamatan Patrang dan desa Wringin Telu Kecamatan Puger Kabupaten Jember.

Besar sampel dalam penelitian ini berdasarkan rumus yang dikembangkan oleh Lemeshow dalam Notoadmodjo (2010), yaitu

$$n = \frac{NZ^2_{1-\frac{\alpha}{2}}p(1-p)}{d^2(N-1) + Z^2_{1-\frac{\alpha}{2}}p(1-p)}$$

Digital Repository Universitas Jember

Keterangan:

n= Sampel besar

N= besar populasi

$Z^2_{1-\frac{\alpha}{2}}$ = nilai Z pada kemaknaan (biasanya 95%=1,96)

P= proporsi suatu kasus tertentu terhadap populasi, bila tidak tahu proporsinya 50% (0,05)

$$n = \frac{2542x1{,}96^2x0{,}5(1-0{,}5)}{0{,}1^2(2542-1)+1{,}96^2x0{,}5(1-0{,}5)}$$

$$\text{n= } 92{,}4 \approx 93$$

Dari perhitungan tersebut dapat diketahui bahwa diperoleh sampel sebanyak 95. Namun kemungkinan subjek penelitian terpilih yang *drop out, loss to follow up* atau subjek tidak taat pada penelitian maka perlu dilakukan antisipasi. Tindakan antisipasi dalam dilakukan dengan penetapan koreksi terhadap besar sampel dengan penambahan jumlah subjek agar besar sampel tetap terpenuhi (Sostroasmoro, 2011). Sampel koreksi dapat dihitung dengan menggunakan rumus berikut:

$$n' = \frac{n}{1-f}$$

Keterangan:

n'= sampel koreksi penelitian

N=sampel penelitian

f= presentase kemungkinan subjek penelitian yang *drop out*

$$n' = \frac{93}{1-0{,}1}$$

$$n' = 103{,}3$$

$$n' \approx 104$$

3.3.3 Langkah pengambilan sampel

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik *propotional random sampling* yaitu pengambilan *simple random sampling* dengan

Digital Repository Universitas Jember

pertimbangan jumlah anggota populasi. Hakikat pengambilan sampel secara acak sederhana yaitu setiap unit dari populasi mempunyai kesempatan yang sama untuk diseleksi sabagai sampel (Notoatmodjo, 2005). Rumus *Propotional Random Sampling* adalah:

$$n_h = \frac{Nh}{N} xn$$

Keterangan:

n = besar sampel untuk sub populasi

Nh = total masing-masing sub populasi

N = total populasi secara keseluruhan

n_h = besar sampel

Pengambilan sampel pada tiap dusun dilakukan dengan cara *sistematic random sample* yakni membagi jumlah atau anggota populasi dengan perkiraan jumlah sampel yang diinginkan, hasilnya adalah interval sampel. Sampel di ambil dengan membuat daftar elemen atau anggota populasi. Kemudian membagi dengan jumlah sampel yang diinginkan, hasilnya sebagai interval adalah X, maka yang terkena sampel adalah setiap kelipatan dai X tersebut (Notoatmodjo, 2010)

Berdasarkan rumus tersebut, maka besar sampel tiap dusun sebagai berikut:

Tabel 3.1 Besar Sampel Tiap Dusun

No	Kelurahan / desa	Lingkungan/ dusun	N_h	N	N	$n_h = \frac{Nh}{N} xn$
1	Banjar Sengon	Krajan	393	2542	104	16
2		Kebon kidul	167	2542	104	7
3		Kebon Lor	198	2542	104	8
4		Gendir	71	2542	104	3
5	Wringin Telu	Sono keling	655	2542	104	27
6		Krajan	432	2542	104	18
7		Pakem	626	2542	104	25
					Total	104

3.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

3.4.1 Variabel Penelitian

Variabel penelitian didefinisikan sebagai suatu atribut atau nilai dari orang, objek, atau kegiatan yang mempunyai variasi tertentu yang ditetapkan oleh

Digital Repository Universitas Jember

peneliti untuk dipelajari dan kmeudian ditarik kesimpulannya (Sugiono, 2011). Adapun variabel dalam penelitian ini adalah data desa ODF, pengetahuan, sikap, kepemilikan jamban, pendanaan masyarakat, material masyarakat, dukungan keluarga, dukungan tokoh masyarakat dan dukungan petugas kesehatan.

3.4.2 Definisi Operasional

Definisi Operasional adalah uraian tentang batasan variabel yang dimaksud, atau tentang apa yang diukur oleh variabel yang bersangkutan. Definisi operasional ini penting dan diperlukan agar pengukuran variabel atau pengumpulan data (variabel) itu konsisten antara sumber data (responden) yang satu dengan responden yang lain (Notoatmodjo, 2010). Definisi opersional yang diberikan kepada variabel dalam penelitian ini adalah sebagai berikut.

Tabel 3.2 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Hasil Pengukuran
1	Faktor Predisposisi			
	a. Pengetahauan	Segala sesuatu yang diketahui responden tentang pentingnya BAB di jamban yang baik.	Wawancara dengan kuesioner	Skor tiap pertanyaan 0 = Salah 1 = Benar Hasil skor dipresentase Nilai Max: 10 Min:0 Rentang 10-0=10 Interval rentang/banyak kategori: 10/3=3,3 kemudian dikategorikan menjadi Rendah:<3,3 Sedang = 3,3-6,3 Tinggi = ≥7,3
	b. Sikap	Reaksi atau respon tertutup responden terkait PHBS	Wawancara dengan kuesioner	Kuesioner terdiri dari 10 pertanyaan. Pertanyaan positif (1-5) a. Setuju =2 b. Tidak Setuju =1 Pertanyaan negatif (6-10) c. Setuju =2 d. Tidak Setuju =1 Sehingga didapatkan skor penilaia a.Maksimal: 20 b.Minimal: 10 Selanjutnya dari range 0-20 dikelompokkan menjadi 2 positif dan negatif. Panjang kelas interval masing-masing kategori berdasarkan aturan distribusi frekuensi yang

Digital Repository Universitas Jember

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Hasil Pengukuran
				dikemukakan oleh Sudjana (2005) denagn perhitungan Rentang=Nilai maks-nilai min = 20-10=10 Banyak kelas 2, panjang kelas=rentang/panjang kelas=10/2=5 Sehingga skor total sikap responden dilihat dari banyaknya jumlah skor diperoleh dari kategori: a.sikap negatif: 10-15 b.sikap positif:16-20
2.	Faktor Pemungkin			
	a. Kepemilikan jamban	Kepemilikan responden dalam menyediakan ruangan untuk BAB	Wawancara dengan kuesioner	Dikategorikan: 1.Ya 2.Tidak
	b. Jarak rumah ke tempat BAB selain jamban (sungai, kebun dan sawah)	Jarak yang harus ditempuh responden untuk mencapai ke tempat BAB selain jamban dari rumah	Wawancara dengan kuesioner	Dikategorikan 1.Dekat (1-50 m) 2.Sedang (50-100 m) 3.Jauh (>100m)
	c. Pendanaan Masyarakat	Adanya masukan dana dari masyarakat untuk membangun sarana sanitasi (jamban dan air bersih)	Wawancara dengan kuesioner	Dikategorikan: 1. Dana BOK 2. PemanfaatanKoperasi 3. Dana CSR 4. Arisan 5. Dana Pribadi 6. Lain-lain (Kemenkes, 2013)
	d. Material Masyarakat	Suatu sumber daya alam (air, batu, semen, kayu dan pasir) yang dimiliki masyarakat dalam membangun sarana sanitasi	Wawancara kuesioner	Dikategorikan: 1.Ada 2.Tidak ada
3	Faktor Penguat			
	a. Dukungan keluarga	Suatu bantuan yang diberikan	Wawancara kuesioner	Kuesioner terdiri dari 9 pertanyaan dengan pilihan jawaban
	b. Dukungan masyarakat	oleh keluarga kepada responden dalam bentuk saran, motivasi dan tindakan supaya tidak	Wawancara kuesioner	1.Ya 2.Tidak Skor nilai maksimal:9 Nilai minimal:0 Range 0-9 diklompokkan dalam 3 kategori dengan rumus Rentang= mak-min= 9-0=9

Digital Repository Universitas Jember

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Hasil Pengukuran
		BABS Suatu bantuan yang diberikan oleh masyarakat (Tokoh agama dan Tokoh masayarakat) kepada responden dalam bentuk saran, motivasi dan tindakan supaya tidak BABS		Panjang kelas interval= rentang/ banyak kelas=9/3=3 (Sudjana dalam Wardani, 2009) Sehingga diperoleh: a. Baik: 7-9 b. Cukup: 4-6 Rendah: 0-3Kuesioner terdiri dari 9 pertanyaan dengan pilihan jawaban 1.Ya 2.Tidak Skor nilai maksimal:9 Nilai minimal:0 Range 0-9 diklompokkan dalam 3 kategori dengan rumus Rentang= mak-min= 9-0=9 Panjang kelas interval= rentang/ banyak kelas=9/3=3 (Sudjana dalam Wardani, 2009) Sehingga diperoleh: a. Baik: 7-9 b. Cukup: 4-6 c. Rendah: 0-3
	c. Dukungan petugas kesehatan	Suatu bantuan yang diberikan oleh fasilitator kepada responden dalam bentuk saran, motivasi dan tindakan supaya tidak BABS	Wawancara kuesioner	Kuesioner terdiri dari 9 pertanyaan dengan pilihan jawaban 1.Ya 2.Tidak Skor nilai maksimal:9 Nilai minimal:0 Range 0-9 diklompokkan dalam 3 kategori dengan rumus Rentang= mak-min= 9-0=9 Panjang kelas interval= rentang/ banyak kelas=9/3=3 Sehingga diperoleh: (Sudjana dalam Wardani, 2009) a. Baik: 7-9 b. Cukup: 4-6 c. Rendah: 0-3
	Verifikasi Desa/ Kelurahan ODF	Kegiatan yang dilakukan dengan tujuan memastikan kebenaran data desa ODF dengan kejadian dilapangan	Wawancara dan *Check List*	Menggunakan Lembar Pengamatan Jamban Setiap Rumah Tangga dan merekapitulasi hasil sesuai kriteria syarat desa/ kelurahan ODF
	Desa ODF	Suatu wilayah telah memenuhi 5 syarat ODF dengan kondisi seluruh masyarakat BAB di jamban	Wawancara dengan kuesioner dan observasi	Hasil dari verifikasi desa ODF Dikategorikan : 1: Ya 2: Tidak

Digital Repository Universitas Jember

3.5 Teknik dan Alat Pengolahan Data

3.5.1 Data dan Sumber data

a. Data primer

Data primer merupakan data yang didapat dari sumber utama dari individu atau perseorangan, biasanya melalui angket, wawancara, jejak pendapat dan lain-lain (Nazir, 2003). Data primer dalam penelitian ini adalah data-data yang diperoleh dari kuesioner yang ditanyakan pada sampel terpilih yakni faktor predisposisi pada masyarakat meliputi pengetahuan dan sikap, faktor pemungkin yang meliputi pendanaan masyarakat dan material masyarakat dan faktor penguat yang meliputi dukungan keluarga, dukungan masyarakat dan dukungan petugas kesehatan.

b. Data sekunder

Data sekunder adalah data yang dikumpulkan melalui pihak kedua biasanya diperoleh melalui badan atau instansi yang bergerak dalam proses pengumpulan data, baik oleh instansi pemerintah maupun swasta (Nazir, 2003). Data sekunder dalam penelitian ini adalah data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, Kecamatan Puger ,dan Kecamatan Patrang.

3.5.2 Teknik pengolahan data

Tahapan pengolahan data dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

a. Memeriksa data (*editing*)

Memeriksa data dalah kegiatan dalam memeberi identitas pada instrumen yang telah terisi, memeriksa setiap instrumen, dan memeriksa poin-poin serta jawaban yang tersedia dengan tujuan memeriksa kejanggalan (Bungin, 2005). Data yang telah dikumpulkan dari kuesioner diperiksa kembali oleh penulis sebelum data diolah untuk memastikan bahwa tidak terdapat hal-hal yang salah atau masih meragukan. Hal ini dilakukan untuk memperbaiki kualitas data dan menghilangkan keraguan data.

Digital Repository Universitas Jember

b. Mengkodean data

Untuk mempermudah analisis, jawaban-jawaban dalam kuesioner perlu diberi kode dengan menaruh angka pada setiap jawaban. Hal ini sangat penting karena pengolahan data dilakukan dengan komputer.

c. Tabulasi data

Tabulasi adalah memasukkan data pada tabel-tabel tertentu, mengatur angka-angka, dan menghitungnya (Bungin, 2005). Kegiatan ini dilakukan dengan cara memasukkan data yang diperoleh ke dalam tabel-tabel sesuai dengan variabel yang diteliti.

3.5.3 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian adalah sebagai berikut:

a. Wawancara

Wawancara adalah proses memperoleh keterangan untuk tujuan penelitian dengan cara tanya jawab, sambil bertatap muka antara penanya dengan penjawab dengan menggunakan alat yang dinamakan *interview guide* (panduan wawancara) dalam penelitian ini wawancara dilakukan dengan secara langsung yaitu dengan bertatap muka dengan responden untuk memperoleh faktor predisposisi pada masyarakat meliputi pengetahuan dan sikap, faktor pemungkin yang meliputi pendanaan masyarakat dan material masyarakat dan faktor penguat yang meliputi dukungan keluarga, dukungan masyarakat dan dukungan petugas kesehatan. Dalam mendukung kelengkapan data dan memperdalam pembahasan dilakukan juga wawancara kepada informan kunci yaitu fasilitator di kelurahan Banjar Sengon Kecamatan Patrang dan desa Wringin Telu Kecamatan Puger Kabupaten Jember.

b. Dokumentasi

Metode dokumentasi adalah mencari data mengenai hal-hal atau variabel yang berupa catatan, transkip, buku, surat kabar, majalah, prasasti, notulen, rapat, agenda dan sebagainya (Arikunto, 2010). Teknik dokumentasi dalam penelitin ini

Digital Repository Universitas Jember

diigunakan untuk memperoleh data jumlah populasi masyarakat Kelurahan Banjar Sengon Kecamatan Patrang dan Kelurahan Wringin Telu Kecamatan Puger, dan kondisi jamban yang sedang dipakai masyarakat.

c. Observasi

Observasi hakikatnya merupakan kegiatan dengan menggunakan panca indra, bisa penglihatan, penciuman, pendengaran, untuk memperoleh informasi yang diperlukan untuk menjawab masalah penelitian. Observasi diperlukan untuk memperoleh gambaran rill suatu peristiwa atau kejadian untuk menjawab pertanyaan penelitian (Bungin, 2011). Observasi dalam penelitian ini adalah untuk melihat ketersediaaan jamban yang ada di setiap keluarga serta adanya perilaku masyarakat yang kemungkinan masih BAB sembarangan.

3.6 Teknik Penyajian dan Analisis Data

3.6.1 Teknik Penyajian

Penyajian data merupakan kegiatan yang dilakukan dalam pembuatan laporan hasil penelitian yang dilakukan agar laporan dapat dipahami, dianalisis sesuai dengan tujuan yang diinginkan kemudian ditarik kesimpulan sehingga dapat menggambarkan hasil penelitian. Cara penyajian data penelitian dilakukan melalui berbagai bentuk. Pada umumnya dikelompokkan menjadi tiga, ykani penyajian dalam bentuk teks, dalam bentuk grafik dan penyajian dalam bentuk tabel (Notoadmodjo, 2010). Dalam penelitian ini, data diperoleh dari haisl wawancara dan dokumentasi disajikan dalam bentuk anarasi (teks), tabel frkuensi dan grafik.

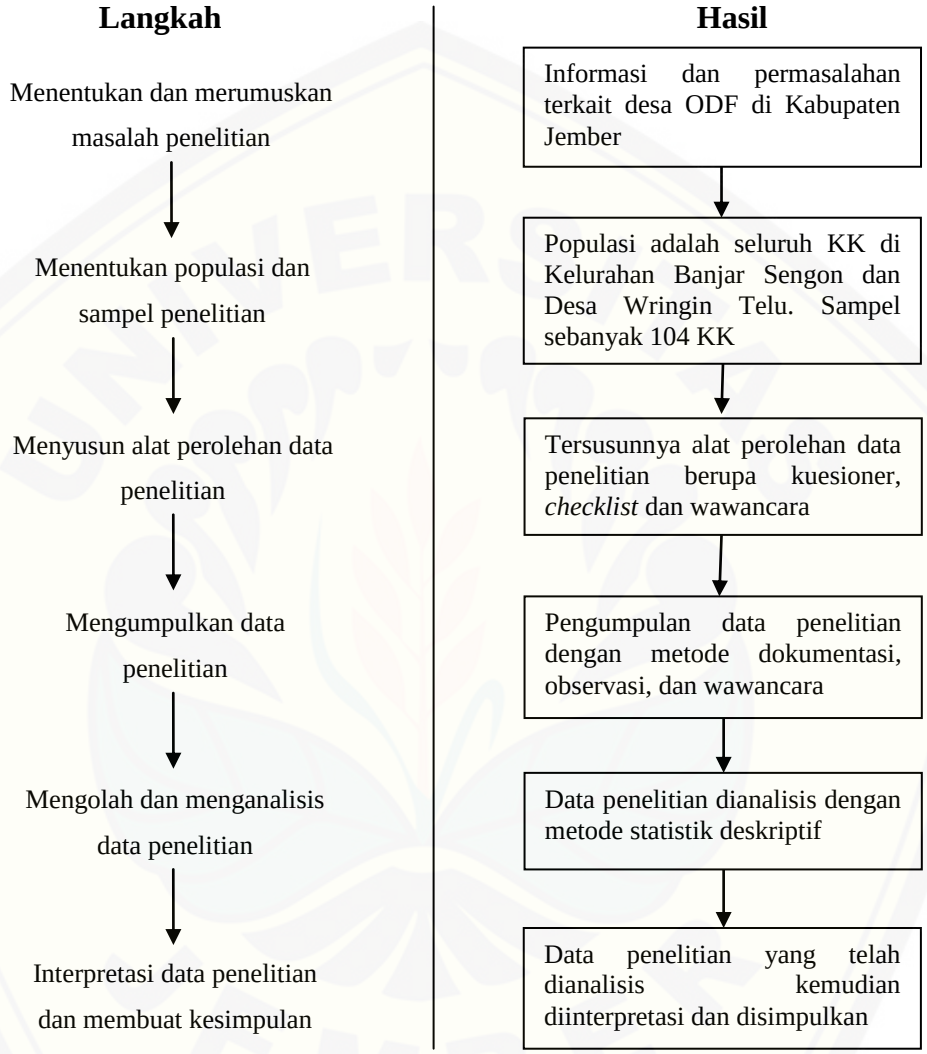
3.6.2 Analisis data

Analisis data merupakan bagian yang sangat penting dalam metode ilmiah karena analisis data dapat memberikan arti sempit dan makna yang berguna dalam memecahkan masalah penelitian (Nazir, 2005). Dalam penelitian ini, data yang terkumpul dianalisis secara statistik deskriptif. Menurut Sugiono (2011), statistik deskriptif digunakan untuk menganalisis data secara mendiskripsikan atau

Digital Repository Universitas Jember

menggambarkan data yang telah terkumpul sebagaimana adanya tanpa bermaksud membuat kesimpulan yang berlaku untuk umum atau generaisasi.

3.7 Alur Penelitian



Gambar 3.1 Alur Penelitian