

613.1  
504  
b c1

**BEBERAPA FAKTOR YANG BERHUBUNGAN  
DENGAN PEMANFAATAN JAMBAAN  
KELUARGA PROYEK APBD  
KABUPATEN JEPARA  
TAHUN 2001**

**(KASUS DI DESA KARANGNONGKO DAN SROBYONG)**



Tesis  
untuk memenuhi sebagian persyaratan  
mencapai derajat Pascasarjana S-2

Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Konsentrasi Promosi Kesehatan

MOHAMMAD SOLEH  
E4A.000030

PROGRAM PASCA SARJANA  
UNIVERSITAS DIPONEGORO  
SEMARANG  
2002

UPT-PUSTAK-UNDIP

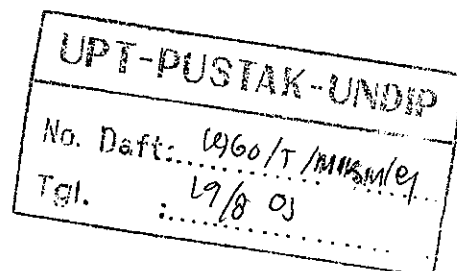
**@ 2002**

**Hak Cipta ada pada penulis**

**MOHAMMAD SOLEH**

MOTTO:

Demi masa,  
sesungguhnya manusia itu benar-benar berada dalam kerugian,  
kecuali mereka yang beriman, berbuat baik, saling  
memberi nasihat dengan kebenaran  
dan kesabaran  
(Al-Quran surat Al Ashr)



Kupersembahkan untukmu :

Hj. Mufawazah istriku

Agar kuingat selalu

Betapa besar perhatianmu buat suamimu

Untuk menuntut ilmu.

Afif, Ilma, dan Aini, anak-anakku

Agar kau ingat selalu

Betapa pentingnya mencari ilmu

Guna masa depanmu.

TESIS

BEBERAPA FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN  
PEMANFAATAN JAMBAN KELUARGA PROYEK  
APBD KABUPATEN JEPARA TAHUN 2001

(KASUS DI DESA KARANGNONGKO DAN SROBYONG  
KABUPATEN JEPARA)

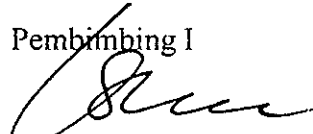
disusun oleh  
MOHAMMAD SOLEH  
E4A. 000030

Telah disetujui untuk ujian tesis  
tanggal Seminar Hasil : 3 Januari 2003.  
tanggal Persetujuan Revisi: 9 Januari 2003.  
dan dinyatakan telah memenuhi persyaratanan

Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Konsentrasi Promosi Kesehatan.

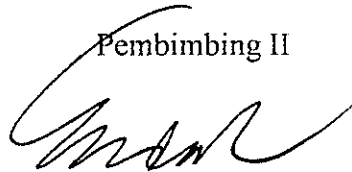
Menyetujui

Pembimbing I



Dra. VG. Tinuk Istiarti, MKes.  
NIP.131764483

Pembimbing II



Dra. Nur Endah Wahyuningsih, MS.  
NIP. 131832257

TESIS

BEBERAPA FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN  
PEMANFAATAN JAMBAN KELUARGA PROYEK  
APBD KABUPATEN JEPARA TAHUN 2001

(KASUS DI DESA KARANGNONGKO DAN SROBYONG)

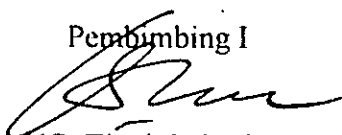
disusun oleh  
MOHAMMAD SOLEH  
E4A. 000030

Telah dipertahankan di depan Tim Penguji  
Pada tanggal 8 Februari 2003  
dan dinyatakan telah memenuhi persyaratan untuk diterima

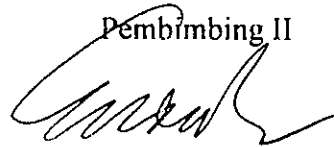
Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Konsentrasi Promosi Kesehatan

Menyetujui

Pembimbing I

  
Dra. VG. Tinuk Istiarti, MKes.  
NIP. 131764483

Pembimbing II

  
Dra. Nur Endah Wahyuningsih, MS  
NIP. 131832257

Mengetahui

Ketua Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Universitas Diponegoro Semarang,

  
dr. SUDIRO MPH, Dr. PH.  
NIP. 131252965

TESIS

BEBERAPA FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN  
PEMANFAATAN JAMBAN KELUARGA PROYEK  
APBD KABUPATEN JEPARA TAHUN 2001

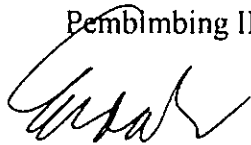
(KASUS DI DESA KARANGNONGKO DAN SROBYONG)

Pengesahan Hasil Revisi tesis  
dan dinyatakan telah memenuhi persyaratan untuk diterima  
Tanggal Ujian : 8 Februari 2003.  
Tanggal Persetujuan Revisi: 22 Februari 2003.

Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Konsentrasi Promosi Kesehatan

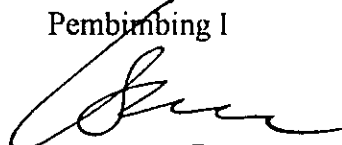
Menyetujui :

Pembimbing II



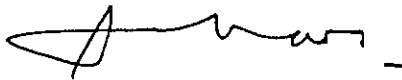
Dra. Nur Endah Wahyuningsih, MS.  
NIP. 131832257

Pembimbing I



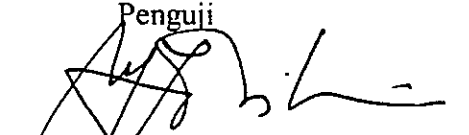
Dra. VG. Tinuk Istiarti, MKes.  
NIP.131764483

Penguji



dr. Suhartono, MKes.  
NIP. 131962238

Penguji



dr. Harbandinah P, SKM.  
NIP. 130354865

Mengetahui

Ketua Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Universitas Diponegoro Semarang,



dr. Sudro, MPH, Dr. PH.  
NIP. 131252965

## PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa tesis ini adalah hasil pekerjaan saya sendiri dan di dalamnya tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi dan lembaga pendidikan lainnya. Pengetahuan yang diperoleh dari hasil penelitian maupun yang belum/tidak diterbitkan, sumbernya dijelaskan di dalam tulisan dan daftar pustaka.

Semarang, November 2002  
Penulis,

MOHAMMAD SOLEH



## DAFTAR RIWAYAT HIDUP

### **IDENTITAS DIRI**

1. N a m a : H. MOHAMMAD SOLEH.
2. Tempat dan tanggal lahir : Jepara, 11 November 1956.
3. Pekerjaan : PNS pada Dinas Kesehatan Kab. Jepara.
4. Status : Kawin.
5. Alamat : Jalan Slamet Riyadi No. 2 Jepara 59415.  
Telepon (0291) 595271.
6. A g a m a : Islam.

### **RIWAYAT PENDIDIKAN**

1. Tahun 1969, Lulus SDN Panggang I Jepara.
2. Tahun 1972, Lulus SMPN II Jepara.
3. Tahun 1975, Lulus SMAN (Paspal) Jepara
4. Tahun 1976, Lulus Sekolah Pembantu Penilik Hygiene (SPPH) Crash Program Depkes RI, Semarang .
5. Tahun 1979, Lulus SPPH Depkes RI Bandung.
6. Tahun 1980, Lulus Sarjana Muda Ekonomi (BSc) dari Sekolah Tinggi Ekonomi (STE) Kudus, jurusan Perusahaan.
7. Tahun 1986, Lulus Sarjana muda Penilik Kesehatan (BSc) dari APK-TS Depkes RI Jakarta.
8. Tahun 1999, Lulus Sarjana (S1) Sarjana Ekonomi (SE) dari Universitas Muria Kudus (UMK), jurusan Manajemen Umum.
9. Tahun 2001, Lulus Pascasarjana (S2) Magister Manajemen (MM) dari Program Pascasarjana Magister Manajemen STIE IPWIJA Jakarta, Konsentrasi Manajemen Keuangan.
10. Tahun 2000 sampai sekarang kuliah di Universitas Diponegoro Semarang pada Program Pascasarjana (S2) Ilmu Kesehatan Masyarakat, Konsentrasi Promosi Kesehatan.

### **RIWAYAT PEKERJAAN**

1. Tahun 1976 – 1986 : Petugas Sanitasi Puskesmas Mayong.
2. Tahun 1986 – 1988 : Kasubsi Pengamatan Penyakit DKK Jepara.
3. Tahun 1988 – 1991 : Kasi Pembinaan Kesehatan Lingk. DKK Jepara.
4. Tahun 1991 – 2001 : Kasubag Tata Usaha DKK Jepara.
5. Tahun 2001 – Sekarang: Kasubag Umum DKK Jepara.
6. Tahun 1999 – Sekarang : Dosen pada STIE NU Jepara.

## KATA PENGANTAR

Pertama-tama penulis mengucapkan syukur Alhamdulillah atas selesainya tesis ini, tepat pada waktunya.

Maksud tesis ini adalah untuk melengkapi tugas dan memenuhi salah satu syarat guna memperoleh gelar Pascasarjana (S2) Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat (MKes), dengan Konsentrasi Promosi Kesehatan pada Universitas Diponegoro (Undip) Semarang.

Atas terwujudnya tesis ini penulis sangat berhutang budi, atas bantuan yang tak ternilai harganya dari :

1. Ibu Dra. VG. Tinuk Istiarti, MKes dan Ibu Dra. Nur Endah Wahyuningsih, MS, Sebagai pembimbing, yang telah bersedia melonggarkan waktu diantara kesibukan-kesibukan beliau untuk memberikan petunjuk, bimbingan dan bertindak sebagai konsultan dari awal sampai selesainya penulisan ini.
2. Ibu dr. Harbandinah P, SKM dan Bapak dr. Suhartono, MKes, bertindak sebagai penguji.
3. Bapak Prof. Dr. dr. Suharyo Hadisaputro, sebagai Direktur Program Pascasarjana Universitas Diponegoro Semarang,
4. Bapak dr. Sudiro, MPH, Dr. PH, sebagai Ketua Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro Semarang.
5. Ibu Drg. Zahroh Shaluhayah, MPH, Ketua Konsentrasi Promosi Kesehatan Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro Semarang.

6. Seluruh Dosen dan Karyawan Program Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro Semarang.
7. Pengelola Program ICDC Departemen Kesehatan RI, sebagai penyandang dana yang memberi beasiswa penulis.
8. Bapak Mardijanto, selaku Gubernur Jawa Tengah, yang telah memberikan ijin untuk mengikuti kuliah.
9. Bapak Drs. Hendro Martojo, MM, selaku Bupati Jepara, yang telah memberikan ijin untuk mengadakan penelitian.
10. Bapak dr. Gunawan Walujo Soedarso, DTMH, MKes, sebagai Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Jepara, atasan penulis yang telah memberikan ijin untuk mengikuti kuliah.
11. Bapak Muslich sebagai Petinggi Karangnongko dan Bapak Abdul Jalil sebagai Petinggi Srobyong, serta semua sarakat desa yang telah memberikan ijin dan membantu penulis untuk mengadakan penelitian di desanya.
12. Rekan-rekan dan semua pihak yang telah membantu penulisan ini.

Penulis mengucapkan terimakasih dan semoga Allah SWT memberikan balasan yang berlipat ganda atas amal beliau yang penulis sebut di atas. Terimakasih pula penulis ucapkan untuk istri tercinta Hj. Mufawazah dan anak-anak tersayang Muhammad Afif Amirillah, Ilma Millatunnasihah serta Hirza Ainin Nur yang telah mendorong sejak permulaan sampai berakhirnya penulisan ini.

Namun demikian penulis menyadari pepatah yang berbunyi “Bukannya seolah-olah aku telah mencapai itu atau menjadi sempurna, tetapi aku berusaha

menuju itu, kalau dapat aku berpegang juga”, maka penulis nyakin bahwa di dalam tulisan ini, masih jauh dari sempurna banyak kekurangan maupun kejanggalannya yang sebenarnya tidak disengaja, hal ini karena keterbatasan kemampuan penulis, untuk itu penulis mengharapkan dari para pembaca berkenan memberikan kritik dan saran yang konstruktif demi kesempurnaannya.

Tanggung jawab ilmiah mengenai isi tulisan ini dan keaslian data yang ada sepenuhnya pada penulis. Mudah-mudahan tulisan ini dapat menunjang perkembangan ilmu dan kemajuan masyarakat.

Akhirnya tulisan ini penulis persembahkan kepada Pemerintah Kabupaten Jepara melalui Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Jepara, dan almamater khususnya, serta kepada para pembaca umumnya semoga ada manfaatnya.

Semarang, November 2002

Penulis

MOHAMMAD SOLEH

## DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN HAK CIPTA .....	ii
HALAMAN MOTTO .....	iii
HALAMAN PERSEMBAHAN .....	iv
HALAMAN PERSETUJUAN .....	v
HALAMAN PENGESAHAN .....	vii
HALAMAN PERNYATAAN .....	viii
DAFTAR RIWAYAT HIDUP .....	ix
KATA PENGANTAR .....	x
DAFTAR ISI .....	xiii
DAFTAR TABEL .....	xvi
DAFTAR GAMBAR .....	xvii
DAFTAR LAMPIRAN .....	xviii
ABSTRAK.....	xix
ABSTRACT.....	xx
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1. Latar belakang .....	1
1.2. Rumusan masalah .....	5
1.3. Originalitas penelitian .....	5
1.4. Tujuan penelitian .....	6
1.5. Manfaat penelitian .....	7
1.6. Ruang lingkup penelitian .....	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....	9
2.1. Tinjauan tentang jamban keluarga .....	9
2.1.1. Pengertian jamban .....	9
2.1.2. Syarat jamban menurut aturan kesehatan .....	9
2.1.3. Jenis jamban sehat .....	10

	Halaman
2.2. Tinjauan tentang tinja hubungannya dengan kesehatan .....	12
2.2.1. Parasit yang terkandung dalam tinja .....	12
2.2.2. Penyebaran penyakit yang bersumber dari tinja .....	13
2.3. Pengetahuan, sikap dan pratik sebagai unsur perilaku peman- faatan jamban keluarga .....	16
2.4. Faktor pendidikan mempengaruhi pemanfaatan jamban keluarga .....	23
2.5. Hasil penelitian beberapa faktor yang mempengaruhi keberhasilan program jamban keluarga .....	25
2.6. Kecukupan air.....	27
2.7. Kader kesehatan .....	29
2.8. Kriteria Keluarga miskin (Gakin) .....	31
2.9. Landasan teori .....	31
 BAB III METODE PENELITIAN .....	 33
3.1. Kerangka konsep .....	33
3.2. Pernyataan hipotesis .....	34
3.3. Variabel penelitian .....	34
3.4. Definisi operasional dan pengukuran skala .....	35
3.5. Rancangan, Jenis dan alat ukur penelitian .....	41
3.5.1. Rancangan dan Jenis penelitian .....	41
3.5.1. Alat ukur penelitian .....	41
3.6. Lokasi, populasi dan sampel .....	44
3.6.1. Lokasi .....	44
3.6.2. Populasi dan sampel .....	44
3.7. Prosedur penelitian .....	44
3.8. <i>Validitas dan reliabilitas instrumen</i> kuantitatif.....	46
3.9. Jenis data yang dikumpulkan .....	49
3.10. Pengolahan data .....	51
3.11. <i>Validitas data</i> kualitatif.....	51

3.12. Uji model regresi logistik .....	53
3.13. Analisis data dan uji statistik .....	53
3.14. Kesulitan dalam penelitian.....	56
<b>BAB IV HASIL PENELITIAN.....</b>	<b>59</b>
4.1. Latar belakang, Proses, Bentuk Bantuan dan Kriteria kepala keluarga yang mendapat bantuan jamban keluarga .....	59
4.1.1. Latar belakang desa Karangnongko dan Srobyong mendapat bantuan jamban keluarga .....	59
4.1.2. Proses, Bentuk dan Dasar kepala keluarga yang mendapat bantuan jamban keluarga .....	62
4.2. Karakteristik responden .....	63
4.3. Pengetahuan dan sikap responden .....	64
4.4. Praktik pemanfaatan jamban keluarga.....	69
4.5. Faktor-faktor pemanfaatan pemanfaatan jamban keluarga...	70
4.6. Tingkat pendidikan, pengetahuan dan sikap berhubungan dengan pemanfaatan jamban keluarga.....	76
4.7. Faktor-faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan jamban keluarga.....	78
4.8. Hubungan variabel bebas dengan variabel terikat secara bersama-sama.....	81
<b>BAB V : PEMBAHASAN .....</b>	<b>84</b>
5.1. Tingkat Pendidikan .....	85
5.2. Pengetahuan .....	86
5.3. Sikap .....	88
5.4. Jarak rumah dengan sungai terdekat .....	89
5.5. Kecukupan air penggelontor .....	90
5.6. Keaktifan responden dalam mengikuti penyuluhan.....	91
5.7. Kebiasaan berak .....	91

BAB VI: KESIMPULAN DAN SARAN.....	93
5.1. Kesimpulan.....	93
5.2. Saran .....	96

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN-LAMPIRAN



## DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
2.1 Jumlah kebutuhan air bersih perorang setiap hari .....	28
3.1 Kisi – kisi skala pengetahuan tentang pemanfaatan jamban keluarga .....	37
3.2 Kisi – kisi skala sikap terhadap pemanfaatan jamban keluarga .	39
4.1 Penderita diare di Puskesmas Pembantu desa Karangnongko dan Srobyong tahun 1998 – 2002 ( 6 bulan ) .....	60
4.2 <i>Incidence rate</i> diare di desa Karangnongko, Srobyong dan Kabupaten Jepara tahun 1997 – 2001 .....	61
4.3 Karakteristik responden.....	64
4.4 Pengetahuan responden mengenai manfaat jamban keluarga ....	65
4.5 Sikap responden terhadap pemanfaatan jamban keluarga .....	67
4.6 Pemanfaatan jamban keluarga.....	70
4.7 Faktor-fktor pemanfaatan jamban keluarga .....	71
4.8 Hubungan tingkat pendidikan, pengetahuan dan sikap dengan Pemanfaatan jamban.....	77
4.9 Besarnya hubungan pengetahuan dan sikap terhadap pemanfaatan jamban keluarga .....	7
4.10 Hubungan antara jarak rumah dengan sungai, kecukupan air keaktifan responden dan kebiasaan berak terhadap pemanfaatan jamban keluarga .....	79
4.11 Besarnya hubungan antara kriteria jarak rumah dengan sungai dan kecukupan air terhadap pemanfaatan jamban keluarga .....	80
4.12 Hubungan antara variabel-variabel bebas dengan pemanfaatan jamban keluarga secara bersama-sama (regresi logistik metode enter).....	82

## DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
2.1 Jamban keluarga sistem leher angsa .....	11
2.2 Jamban keluarga sistem cemplung .....	11
2.3 Jalur perpindahan kuman penyakit dari tinja ke pejamu yang baru...	15
2.2 Pembuangan tinja dan limbah cair yang saniter sebagai penghalang perpindahan kuman penyakit dari pejamu yang potensial .....	16
2.5 Masukan dan keluaran program .....	17
2.6 <i>Basics of the health belief model</i> .....	18
2.7 <i>The causal relationships and order of causation for the three sets factors influencing behavior</i> .....	21
2.8 Faktor-faktor yang mempengaruhi pemanfaatan jamban .....	27
2.9 Kerangka teori .....	32
3.1 Kerangka konsep .....	33

## DAFTAR LAMPIRAN

### Lampiran

- 1 Daftar Kuesioner Penelitian beberapa faktor yang berhubungan dengan Pemanfaatan Jamban Keluarga Proyek APBD Kabupaten Jepara Tahun 2001.
- 2 Pedoman Pertanyaan untuk Wawancara Mendalam bagi Kader Kesehatan Lingkungan Desa.
- 3 Pedoman Pertanyaan untuk Wawancara Mendalam bagi Tokoh Masyarakat.
- 4 Pedoman Pertanyaan Diskusi Kelompok Terfokus.
- 5 Peta Kabupaten Jepara.
- 6 Peta Desa Karangnongko.
- 7 Peta Desa Srobyong.
- 8 Peta RW V Desa Srobyong Lokasi Bantuan Jamban Keluarga.
- 9 Hasil penelitian
- 10 Foto kopi Surat Rekomendasi Research/Survei dari Bappeda Jepara.

MAGISTER ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
KONSENTRASI PROMOSI KESEHATAN  
UNIVERSITAS DIPONEGORO  
SEMARANG  
2002

**ABSTRAK**

**MOHAMMAD SOLEH**

Beberapa faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan jamban keluarga proyek APBD Kabupaten Jepara tahun 2001 (Kasus di desa Karangnongko dan Srobyong)

xx + 97 halaman + 15 tabel + 10 gambar + 10 lampiran

**Latar belakang.** Berak di jamban merupakan usaha *preventif* penyakit diare. Hasil SKRT 1996, diketahui penyebab utama kematian karena diare 249 kasus (7,4%) yang merupakan urutan ke lima. Besarnya IR penyakit diare di desa Karangnongko dan Srobyong tahun 1997 – 2001, di atas rerata Kabupaten Jepara. Guna menurunkan kasus diare maka pada tahun 2001 ke dua desa tersebut telah mendapatkan bantuan jamban keluarga masing-masing 30 unit. Penulis tertarik untuk mengetahui beberapa faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan jamban keluarga dari proyek APBD Kabupaten Jepara tahun 2001.

**Tujuan penelitian,** untuk mengetahui beberapa faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan jamban keluarga dan faktor dominannya.

**Metode penelitian** *cross sectional* menggunakan pendekatan kuantitatif terhadap 60 responden penerima bantuan jamban (total populasi) dan kualitatif dengan wawancara mendalam dan diskusi kelompok terfokus

**Hasil penelitian,** menunjukkan terdapat hubungan antara pengetahuan, sikap, jarak rumah dengan sungai dan kecukupan air terhadap pemanfaatan jamban keluarga. Adapun yang tidak berhubungan adalah tingkat pendidikan, keaktifan responden dalam mengikuti penyuluhan, dan kebiasaan berak, serta tidak didapatkan juga variabel yang dominan.

**Kesimpulan,** hipotesis yang terbukti berhubungan dengan pemanfaatan jamban keluarga adalah pengetahuan, sikap, jarak rumah dengan sungai dan kecukupan air.

**Saran,** pemberian bantuan jamban keluarga perlu diprioritaskan untuk penduduk yang bertempat tinggal dekat dengan sungai dan rumahnya belum *berjumleng*. Guna keberhasilan program diperlukan efektifitas pemasaran melalui tokoh masyarakat menggunakan media setempat yang ada.

Kata kunci : Faktor yang berhubungan, Jamban keluarga.

Daftar Kepustakaan : 51 (1991 – 2002).

MAGISTERIAL PROGRAM OF PUBLIC HEALTH SCIENCE  
CONCENTRATION OF HEALTH PROMOTION  
DIPONEGORO UNIVERSITY  
SEMARANG  
2002

## ABSTRACT

**MOHAMMAD SOLEH**

The Factors That Have Relationship with the Using of Family's Lavatory from APBD Project at Jepara District Year of 2001 (Cases at Karangnongko and Srobyong Villages)

xx + 97 pages + 15 tables + 10 pictures + 10 enclosures

**Background**, defecation in lavatory is the effort to prevent diarrhea diseases. Results of SKRT in 1996, the number of mortalities caused by diarrhea was 249 cases (7.4%). It was a fifth rank. The number of *Incidence Rate* at Karangnongko and Srobyong villages in 1997-2001 was the highest at Jepara District. To decrease diarrhea cases in 2001, two villages had already received the family's lavatory. Each village received 30 units. Writer is interested to know the factors that have relationship with the using of family's lavatory from APBD project at Jepara District in 2001.

**Objective**, this research is to know the factors that have relationship with the using of family's lavatory and to know the dominant factors.

**Method**, this is quantitative research using *cross sectional* approach. The number of samples is 60 receivers of family's lavatory (total population). Collecting of the qualitative data used in-depth interview and *Focus Group Discussion* (FGD).

**Results**, based on statistical analysis, it is known that the knowledge, the attitude, the home distance to river, and the sufficiency of water have significant relationship with the using of family's lavatory. Levels of education, being active of respondents, and habit of defecation have no significant relationship with the using of family's lavatory. The dominant variable is not available.

**Conclusion**, the knowledge, the attitude, the home distance to river, and the sufficiency of water have significant relationship with the using of family's lavatory.

**Suggestion**, giving of the family's lavatory should give priority to people who live near the river and who have no the pit latrine (*jumbleng*). To reach the goals of program, it needs effectiveness in marketing through *Key Person* by using the local media that is available.

Key Words: The Factors that have relationship, Family's Lavatory

Bibliography: 51 (1991 - 2002)

## BAB I

### PENDAHULUAN

#### 1.1. Latar Belakang

Salah satu upaya pembangunan Nasional adalah pembangunan dibidang Kesehatan. Menurut pasal 3 Undang-undang nomor 23/1992, tentang Kesehatan, Pembangunan Kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal<sup>1)</sup>. Untuk mewujudkan derajat kesehatan yang optimal upaya pemerintah diantaranya adalah pencegahan penyakit (*preventif*). Salah satu langkah *preventif* ini adalah pembangunan sarana pembuangan tinja (jamban keluarga) yang pelaksanaannya dilakukan bersama-sama antara pemerintah dan masyarakat.

Berak di jamban sehat merupakan usaha *preventif* penyakit diare<sup>2)</sup>. Hasil SKRT 1990, terdapat sejumlah 45,7% kematian Balita, dari jumlah tersebut 24,1% disebabkan diare<sup>3)</sup>. Sedangkan hasil SKRT 1996, menunjukkan penyebab utama kematian karena diare 249 kasus (7,4%) dan merupakan urutan ke lima. Kematian berkaitan diare 282 kasus (8,4%) dan merupakan urutan ke enam<sup>4)</sup>. Angka kesakitan diare nasional per 1000 penduduk dari tahun 1996 – 1999, berturut-turut sebagai berikut 23,57 (CFR 0,019%), 26,30 (CFR 0,012%), 25,30 (CFR 0,009%), dan 26,13 (CFR 0,006%)<sup>5)</sup>, sedangkan kejadian luar biasa diare tahun 2000 sebanyak 5680 kasus yang mati 109 (CFR 1,92%)<sup>6)</sup>. Menurut data di

Kabupaten Jepara penderita penyakit saluran pencernaan termasuk diare dari tahun 1996 – 1999, berturut-turut sebesar 9,61%, 18,12%, 19,48%, 13,88%, angka-angka ini merupakan urutan ke tiga dari sepuluh besar penyakit. Sedangkan menurut penderita baru rawat jalan di Puskesmas se Kabupaten Jepara tahun 2000 kasus diare sebesar 16,45%, dan merupakan urutan pertama dari 28 penyakit yang di amati<sup>7)</sup>

*Incidence rate* (IR) diare periode tahun 1997 – 2001 di desa Karangnongka dan Srobyong, berturut-turut sebagai berikut: desa Karangnongko 67,64%; 56,60%; 70,19%; 68,48% dan 67,13%. Desa Srobyong 36,89%; 43,83%; 54,36%; 28,26% dan 29,12%<sup>10)</sup>. Angka IR diare untuk Kabupaten Jepara berturut-turut sebesar 10,14%; 18,73%; 22,98%; 18,13% dan 15,55%<sup>11)</sup>. Kasus diare selama enam bulan terakhir yaitu antara bulan Januari - Juni 2002, jika dibandingkan dengan periode yang sama tahun 2001, terdapat penurunan kasus diare di Puskesmas Pembantu Karangnongko sebesar 23 kasus (15,03%) dari 153 kasus turun menjadi 130 kasus dan di Puskesmas Pembantu Srobyong sebesar 69 kasus (66,99%) dari 103 kasus turun menjadi 34 kasus<sup>10)</sup>.

Target Departemen Kesehatan tahun 2000, penduduk pedesaan yang menggunakan jamban sehat sebesar 60%<sup>12)</sup>, target tersebut baru mencapai 55,34% (meliputi Perkotaan 69,12 % dan Pedesaan 45,31 %)<sup>5)</sup> dan Jawa Tengah hanya mencapai 50,33%<sup>6)</sup>. Kabupaten Jepara angka tersebut baru mencapai 30,52%. Di wilayah Puskesmas Nalumsari, cakupan jamban sehat sebesar 52,00%, diantaranya di desa Karangnongko

46,41%. Di wilayah Puskesmas Mlonggo I mencapai sekitar 34,41%, diantaranya desa di Srobyong 31,50%<sup>10)</sup>.

Target Departemen Kesehatan dalam cakupan air bersih tahun 2000 penduduk pedesaan sebesar 80%<sup>12)</sup>. Di Kabupaten Jepara target tersebut sudah mencapai 81,63%. Di wilayah Puskesmas Nalumsari 78,60%, diantaranya di desa Karangnongko 85,20%. Di Wilayah Puskesmas Mlonggo I mencapai 67,29%<sup>7)</sup>, untuk desa di Srobyong 68,32%<sup>13)</sup>.

Salah satu program Pemerintah untuk menurunkan kasus diare dan meningkatkan cakupan jamban keluarga adalah dengan program bantuan pembangunan jamban keluarga. Melalui Proyek APBD Kabupaten Jepara 2001, pasal 2P.0.14.03.003 desa Karangnongko dan Srobyong telah terpilih untuk diberi bantuan pembangunan jamban keluarga dengan dana masing-masing sebesar Rp. 7.000.000,-<sup>8)</sup>. Bantuan tersebut diberikan kepada keluarga miskin (Gakin), melalui Petinggi (Kepala Desa) pada tanggal 6 Oktober 2001. Dana tersebut diwujudkan pengadaan leher angsa dan material pembangunannya. Dengan dana tersebut sampai dengan bulan Desember 2001 jamban keluarga yang telah dibuat oleh kader sebanyak 60 unit yaitu di desa Karangnongko 30 unit dan Srobyong 30 unit<sup>9)</sup>.

Keberhasilan program jamban keluarga menurut hasil penelitian terdahulu, Buchari Lapau (1980), menyatakan bahwa faktor ekonomi dan faktor yang menyangkut kebiasaan merupakan penyebab utama



terhambatnya program jamban keluarga mencapai sasarnya<sup>14)</sup>. Hasil survei pola penggunaan sarana air minum dan jamban pedesaan Indonesia (1983), menunjukkan, bahwa alasan tidak berak di jamban, karena biaya 38,40%, dan kebiasaan 33,10%. Selain itu pendidikan, pekerjaan dan penghasilan mempunyai hubungan bermakna dengan pemanfaatan jamban<sup>15)</sup>. Yuni Ikawati (1984), menyatakan masalah budaya tidak berak di jamban, terbukti menjadi penyebab kegagalan proyek dimana tidak semua penduduk mau memanfaatkannya<sup>16)</sup>. Hasil survei pendataan pendekatan keluarga Kabupaten Jepara (2001) di sepuluh desa, didapatkan indeks potensi keluarga sehat (IPKS) yaitu keluarga yang mempunyai jamban keluarga sebesar 52,61%, dari jumlah tersebut 40,40% tidak memanfaatkan jambannya, dengan alasan berak disembarang tempat 93,36%. Keluarga yang tidak mempunyai jamban keluarga sebesar 47,39%, yang tak berak di jamban karena kebiasaan 70,36% dan ekonomi 29,64%<sup>17)</sup>. Kondisi air bersih dari hasil survei tersebut keluarga yang tak kecukupan air bersih sebesar 10,41%<sup>17)</sup>.

Berdasarkan temuan-temuan tersebut, karena belum pernah diadakan penelitian, untuk mencari faktor-faktor keberhasilan program yaitu dimanfaatkannya jamban keluarga bagi semua anggota keluarga di desa Karangnongko dan Srobyong. Setelah ke dua desa tersebut diberi bantuan jamban keluarga dalam kurun waktu delapan bulan penulis tertarik untuk mengetahui beberapa faktor yang berhubungan dengan

pemanfaatan jamban keluarga dari proyek APBD Kabupaten Jepara tahun 2001 yang merupakan kasus di desa Karangnongka dan Srobyong.

### **1.2. Perumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang di atas timbul pertanyaan sebagai berikut: Faktor-faktor apa sajakah yang yang berhubungan dengan pemanfaatan jamban keluarga pada proyek APBD Kabupaten Jepara tahun 2001?.

### **1.3. Originalitas Penelitian**

Banyak penelitian, yang telah melakukan, mengenai masalah pemanfaatan jamban keluarga, antara lain hasil penelitian indeks potensi keluarga sehat yang dilakukan melalui survai pendataan pendekatan keluarga di sepuluh desa di Kabupaten Jepara tahun 2001, menyatakan bahwa 52,61% keluarga mempunyai jamban keluarga 40,40%nya tidak dimanfaatkan sebagai tempat berak. Bagi Penerima jamban keluarga proyek APBD Kabupaten Jepara tahun 2001, belum pernah ada yang meneliti tentang beberapa faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan jamban keluarga di Desa Karangnongko dan Srobyong tersebut, maka penelitian ini menurut penulis asli dari penulis.

## **1.4. Tujuan Penelitian.**

### **1.4.1. Tujuan umum.**

Mengetahui beberapa faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan jamban keluarga dari proyek APBD Kabupaten Jepara tahun 2001.

### **1.4.2. Tujuan khusus.**

1. Mengetahui/mengidentifikasi karakteristik penerima jamban keluarga meliputi: golongan umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan jumlah keluarga.
2. Mengetahui perilaku meliputi: pengetahuan, sikap dan praktik pemanfaatan jamban keluarga.
3. Mengetahui hubungan tingkat pendidikan dengan pemanfaatan jamban keluarga.
4. Mengetahui hubungan pengetahuan dengan pemanfaatan jamban keluarga.
5. Mengetahui hubungan sikap dengan pemanfaatan jamban keluarga.
6. Mengetahui hubungan jarak rumah dengan sungai terdekat terhadap pemanfaatan jamban keluarga.
7. Mengetahui hubungan kecukupan air penggelontor dengan pemanfaatan jamban keluarga.

8. Mengetahui hubungan tingkat keaktifan responden dalam mengikuti penyuluhan tentang jamban keluarga dengan pemanfaatan jamban keluarga.
9. Mengetahui hubungan kebiasaan berak sebelum diberikan bantuan jamban keluarga dengan pemanfaatan jamban keluarga.
10. Mengetahui faktor yang dominan berpengaruh terhadap pemanfaatan jamban keluarga.

### **1.5. Manfaat Penelitian**

Hasil dari penelitian ini dapat digunakan: Sebagai rekomendasi kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Jepara, melalui Seksi Penyehatan Lingkungan, untuk penentuan penerima jamban keluarga.

### **1.6. Ruang Lingkup Penelitian.**

#### **1.6.1. Keilmuan.**

Merupakan penelitian bidang kesehatan masyarakat dengan penekanan, dibidang ilmu perilaku (pengetahuan, sikap dan praktik) dan Ilmu Kesehatan Lingkungan.

#### **1.6.2. Masalah**

Pembatasan masalah pada faktor yang berpengaruh dengan pemanfaatan jamban keluarga pada proyek APBD Kabupaten Jepara tahun 2001.

### **1.6.3. Sasaran**

Sasaran penelitian ini adalah semua kepala keluarga penerima bantuan jamban keluarga proyek APBD Kabupaten Jepara Tahun 2001, di desa Karangnongko Kecamatan Nalumsari dan Srobyong Kecamatan Mlonggo.

### **1.6.4. Waktu.**

Dilakukan penelitian pada waktu kurang lebih delapan bulan setelah bantuan jamban keluarga diserahkan kepada Petinggi dua Desa (Desa Karangnongko dan Srobyong), yaitu bulan Agustus – September 2002.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1. Tinjauan Tentang Jamban Keluarga.

##### 2.1.1. Pengertian Jamban

Menurut Departemen Kesehatan 1997, dalam buku petunjuk pegangan Kader Penyuluh Kesehatan Lingkungan, Pengertian jamban adalah bangunan yang digunakan untuk membuang air besar/tinja<sup>18)</sup>.

##### 2.1.2. Syarat Jamban Menurut Aturan Kesehatan

Membuang tinja di jamban yang memenuhi aturan kesehatan adalah salah satu upaya untuk memutuskan mata rantai penularan penyakit menular bersumber dari tinja.

Adapun syarat-syarat jamban menurut aturan kesehatan dari Departemen Kesehatan yaitu<sup>18)</sup>.

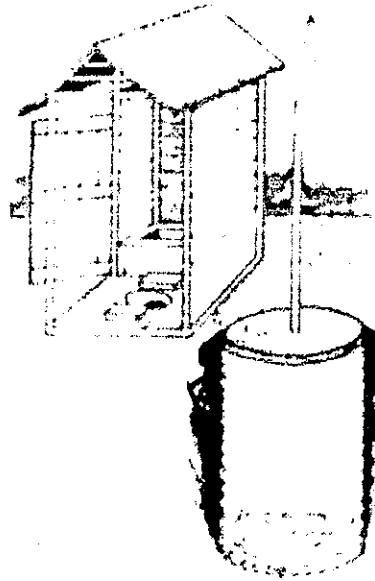
1. Tidak mencemari sumber air minum, maka letak lubang galian penampung paling sedikit 11 meter dari sumber air minum, jika keadaan tanahnya berkapur atau tanah liat yang retak pada musim kemarau, demikian juga bila lubang penampungan terletak sebelah atas sumber air pada tanah miring, maka jarak tersebut hendaknya lebih dari 15 meter.
2. Tidak berbau dan tinja tidak dapat dijamah oleh serangga maupun tikus, maka tinja harus tertutup rapat, misal dengan leher angsa atau penutup lubang yang rapat.

3. Air seni, air pembersih dan air penggelontor tidak mencemari tanah di sekitarnya, maka lantai jamban harus cukup luas paling sedikit berukuran 1 meter kali 1 meter ( $= 1 \text{ m}^2$ ), dan dibuat cukup landai dan miring ke arah lubang jongkok.
4. Mudah dibersihkan dan aman digunakan, maka dibuat dari bahan-bahan yang kuat, tahan lama dan agar tidak mahal hendaknya dipergunakan bahan-bahan setempat.
5. Cukup terang, dan cukup ventilasi udara.

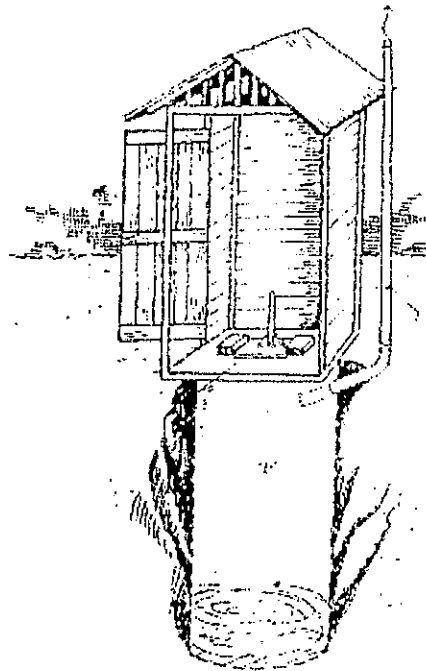
### 2.1.3. Jenis Jamban Sehat.

Menurut Departemen Kesehatan<sup>19)</sup>, ada dua jenis jamban sehat yaitu :

1. Jamban leher angsa, jamban jenis ini dibuat untuk daerah yang cukup air, gambar 2.1. Jamban ini mempunyai dua cara yaitu:
  - a. Dimana tempat jongkok dan leher angsa berada langsung diatas lubang penampungan tinja.
  - b. Dimana tempat jongkok dan leher angsa tidak berada langsung di atas lubang penampungan tinja.
2. Jamban Cemplung, jamban jenis ini dibuat untuk daerah yang kurang air, gambar 2.2.



Gambar 2.1 : Jamban Keluarga Sistim Leher Angsa<sup>19)</sup>



Gambar 2.2 : Jamban Keluarga Sistim Cemplung<sup>19)</sup>



## 2.2. Tinjauan Tentang Tinja Hubungannya dengan Kesehatan.

### 2.2.1. Parasit yang Terkandung dalam Tinja.

Tinja dapat mengandung berbagai macam jasad hidup bersifat parasit seperti bakteri, protozoa, cacing dan virus, diantaranya banyak yang patogen dan beracun, hal ini lebih dimungkinkan apabila manusia penghasil tinja tersebut sedang menderita penyakit atau berbagai karier penyakit yang dapat ditularkan oleh tinja.

Menurut Kusnopranto H<sup>20)</sup>, karier penyakit kolera dapat menularkan *Vibrio cholerae* sebanyak  $10^6$  per gram tinja. Tinja yang berasal dari seorang penderita penyakit mengandung  $10^8$  *Escherichia coli* (jenis enteropatogen) dan masing-masing  $10^6$  untuk *Salmonella* dan *Shigella*, per gram tinja.

*Spesies protozoa* yang terdapat dalam tinja dan sering kali menimbulkan penyakit adalah *Balantidium coli*, *Entamoeba histolitica*, dan *Giardia lamblia*. Jenis cacing patogen antara lain *Ancylostoma duodenale*, *Ascaris lumbricoides*, *Taenia saginata*, *Taenia solium*, *Schistosoma japonicum* dan *Trichuris trichiura*. Sedangkan virus yang terdapat dalam tinja<sup>18)</sup>, satu gram tinja dapat mengandung  $10^9$  partikel virus yang infeksiif, walaupun tidak dapat memperbanyak diri di luar sel pejamu yang cocok, virus yang diekskresikan mungkin dapat hidup selama berminggu-minggu di lingkungan, terutama bila temperaturnya rendah ( $< 15^0$  C). Tinja yang dihasilkan manusia setiap hari (antara 125 – 300 gram) terkandung

300 milyar bakteri golongan coli<sup>21)</sup>. Tinja manusia tanpa air seni setiap hari per orang kira-kira (antara 135–270 gram) mengandung kira-kira 1 kali  $10^{12}$  organisme koliform kemungkinan patogen baik virus maupun bakteri<sup>22)</sup>.

### 2.2.2. Penyebaran Penyakit yang Bersumber dari Tinja

Tinja merupakan sisa-sisa makanan dan minuman yang telah mengalami proses pencernaan dalam tubuh manusia dan dikeluarkan dari tubuh melalui anus, maka penyakit-penyakit yang penyebarannya berasal dari tinja sebagian besar terdiri dari penyakit saluran pencernaan.

Penyakit infeksi erat hubungannya dengan pembuangan tinja yang tidak memenuhi aturan kesehatan yaitu <sup>22)</sup> :

1. Infeksi Bakteri : *Salmonella typhi*, *Vibrio cholerae*, *Disentri basiler, miscellaneous, Diarrhoeas*, dan *Gastro enteritis*.
2. Infeksi Virus : *Hepatitis infectiosa*, *Polio mielitis*.
3. Infeksi Protozoa : *Disentri amoeba*.
4. Infeksi cacing : *Ascariasis*, *Schistosomiasis*, cacing tambang.

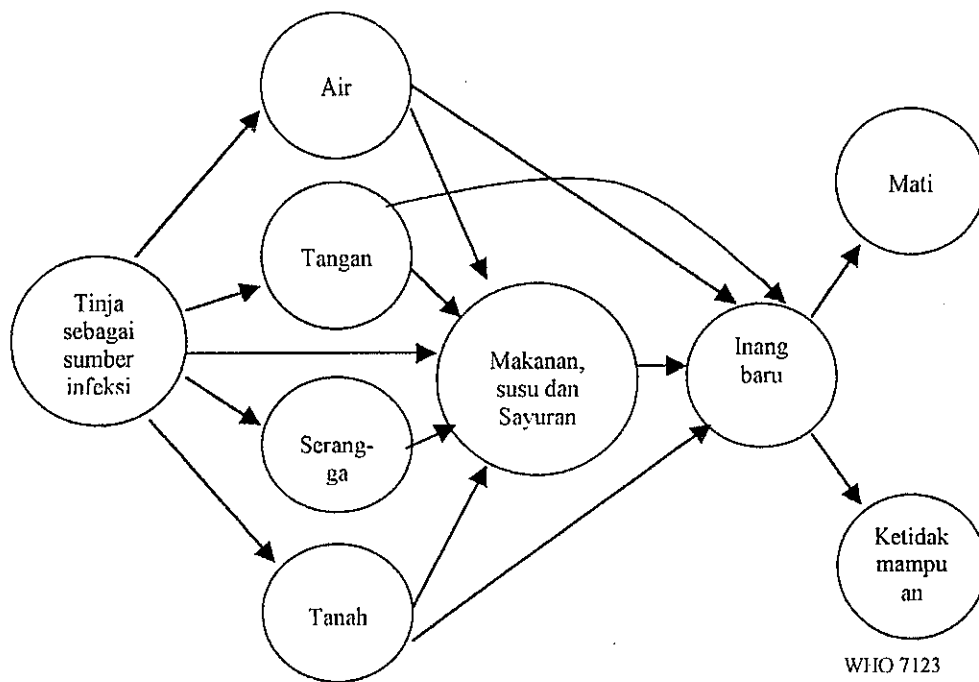
Perpindahan penyakit dapat terjadi bila terdapat berbagai faktor Anderson dan Arnstein<sup>22)</sup>, meliputi:

1. Kuman penyebab penyakit;
2. Sumber infeksi (*Reservoir*) dari kuman penyebab penyakit;
3. Cara keluar dari sumber;
4. Cara berpindah dari sumber ke inang (*host*) baru yang potensial;

5. Cara masuk ke inang yang baru;
6. Inang yang peka (*susceptible*).

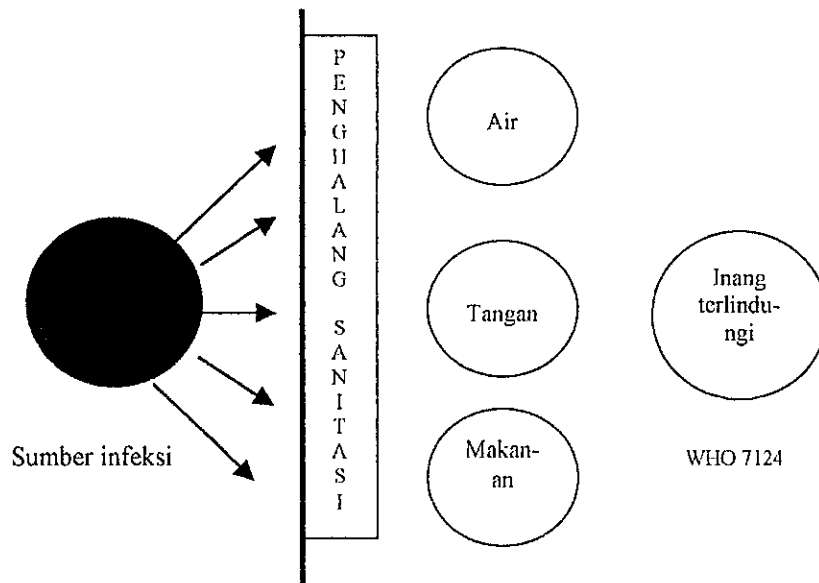
Pola penyakit yang bersumber dari tinja ini perlu untuk diketahui, guna memutuskan mata rantai penularannya. Adapun penyebaran penyakit tersebut lingkungan merupakan komponen utamanya. Proses perpindahan kuman penyakit dari tinja sebagai pusat infeksi sampai ke inang baru, yaitu dari anus seseorang ke tubuh orang lain (sebagai inang baru) melalui perantara air, tangan, serangga, tanah, makanan, minuman (susu) dan sayuran.

Pola penyebaran penyakit yang bersumber dari tinja ke inang baru yang potensial tersebut, dapat dilihat pada gambar 2.3.



Gambar 2.3: Jalur perpindahan kuman penyakit dari tinja ke pejamu yang baru<sup>22)</sup>  
(Wagner E.G, & J.N. Lonoix, 1958)

Pembuangan tinja secara saniter (pembuangan tinja di jamban yang sehat) akan memutuskan mata-rantai penularan penyakit karena dapat menghilangkan ke empat faktor dari enam faktor tersebut dan merupakan penghalang sanitasi (*sanitation barrier*), yaitu penghalang kuman penyakit dari tinja ke inang baru yang potensial, seperti pada gambar 2.4.



Gambar 2.4: Pembuangan tinja dan limbah cair yang saniter sebagai penghalang perpindahan kuman penyakit dari tinja ke pejamu yang potensial<sup>22)</sup>  
(Wagner & Lonoix, 1958,)

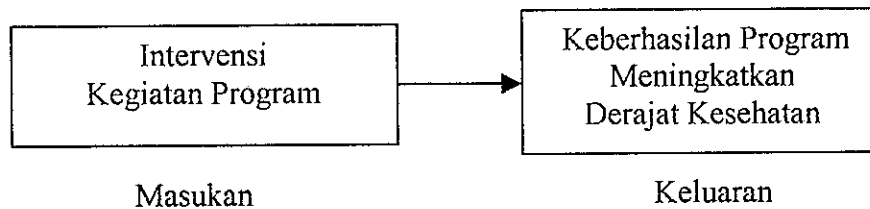
### 2.3. Pengetahuan, Sikap dan Praktik Sebagai Unsur Perilaku Pemanfaatan Jamban Keluarga.

#### 2.3.1. Perilaku

Menurut Soejono Soekanto (1992)<sup>23)</sup>, perilaku adalah tindakan dalam mewujudkan keinginan. Praktik seseorang untuk mewujudkan keinginan didasari atas pengetahuan dan sikap yang ingin diwujudkan. Perubahan praktik sangat dipengaruhi oleh kebiasaan, pengetahuan dan sikap. Sedangkan menurut Budioro (1998)<sup>24)</sup> Perilaku adalah segala bentuk tanggapan dari individu terhadap lingkungannya.

Dengan demikian untuk keberhasilan program harus diadakan intervensi terhadap tanggapan masyarakat guna

mewujudkan keberhasilannya, dapat digambarkan sebagai gambar 2.5.



Gambar 2.5 : Masukan dan Keluaran Program<sup>24)</sup>  
(Budioro B, 1998 modifikasi penulis)

Teori kognitif menurut Budioro B, 1998<sup>24)</sup>, menganggap bahwa perilaku pada hakikatnya didasari oleh nilai (*Value*) dan harapan (*expectation*) yang subyektif dari setiap individu. Dari anggapan ini berkembang teori Nilai-Harapan, maka ahli teori Kognitif dan Ahli teori Perilaku berpendapat bahwa:

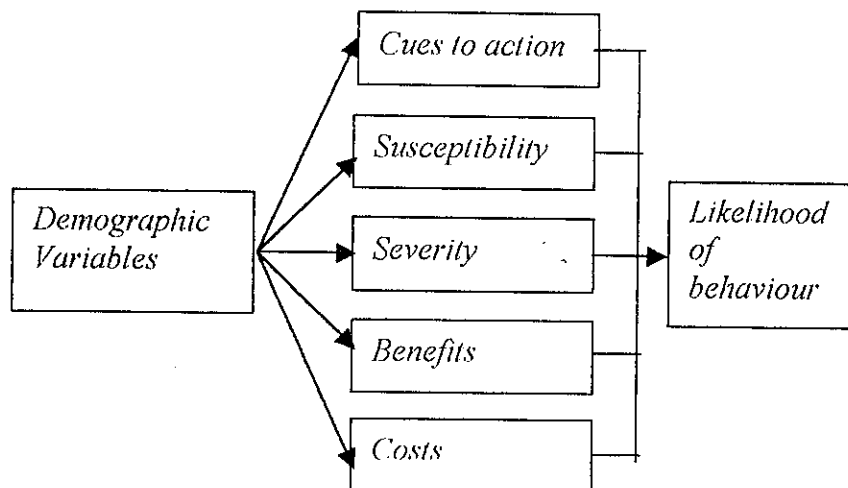
1. Nilai subyektif berkaitan dengan keinginan individu untuk menghindari dari penyakit, atau berkeinginan tetap sehat.
2. Harapan subyektif berkaitan dengan tindakan (*health action*), untuk mencegah timbulnya penyakit.

Harapan ini dinyatakan dengan perkiraan subyektif individu tentang kerentanan (*susceptibility*) dan keparahan (*serverity*) penyakit tersebut serta kemauannya untuk mengurangi ancaman penyakit melalui tindakan-tindakannya. Hal ini dimaksudkan agar individu / masyarakat mengetahui nilai subyektif untuk menghindari dari penyakit yang berkaitan dengan tinja, akan timbul harapan subyektif untuk bertindak mencegah timbulnya penyakit yang

berkaitan dengan tinja tersebut dengan tindakan praktik berak di jamban .

Berdasarkan teori *Health Belief Model* (Jane Ogden 1996)<sup>25)</sup>, Variabel Demografi (*Demographic variables*) seperti kelompok umur, jenis kelamin, etnis, tingkat pendidikan, tingkat sosial-ekonomi (pekerjaan dan pendapatan), adat istiadat, norma-norma, kebiasaan, dapat mempengaruhi variabel yang menyakut Pengetahuan tentang penyakit yang bersangkutan (*Cues to action*) pengalaman/tindakan sebagai petunjuk, *Susceptibility*/kerentanan terhadap penyakit, *Severity*/keparahan, *Benefits*/keuntungan apabila dapat merubah perilaku dan *Cost*/biaya yang dikorbankan juga apabila merubah perilaku. Variabel-variabel ini mempengaruhi Perilaku hidup sehat (*Likelihood of behaviour*) seorang individu.

Teori *Health Belief Model* digambarkan sebagai gambar 2.6.



Gambar 2.6 : *Basics of the Health Belief Model* <sup>25)</sup>  
(Ogden Jane, 1996)

Berdasarkan penelitian kumulatif mengenai perilaku kesehatan individu maupun kelompok L. W. Green dan Marshall W. Kreuter (1991)<sup>26)</sup> telah mengidentifikasi tiga faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan yaitu:

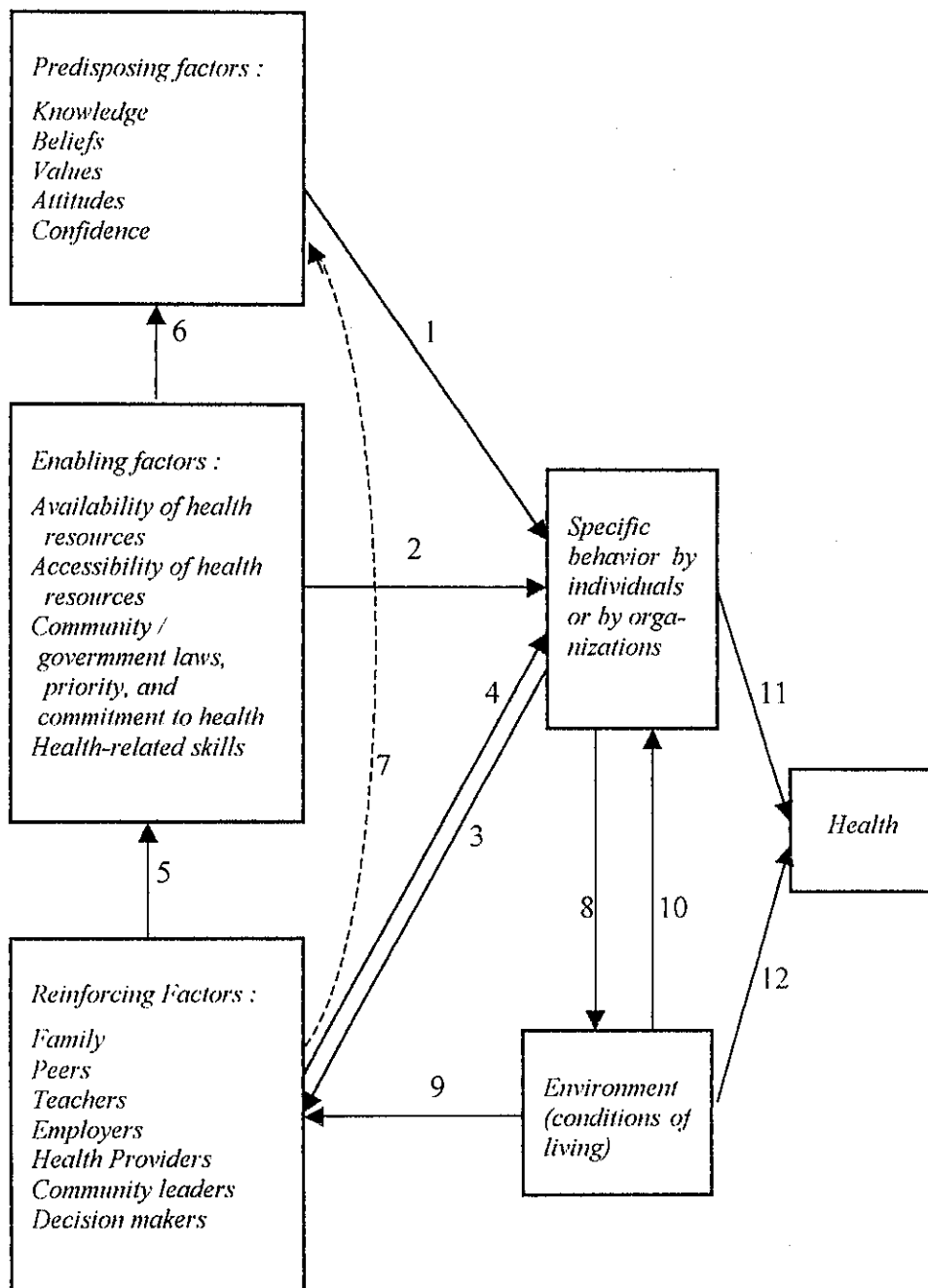
1. Faktor yang mempermudah (*predisposing factors*) meliputi pengetahuan, sikap, kepercayaan, nilai, persepsi seseorang yang memudahkan atau menghalangi motivasi pribadi untuk berubah.
2. Faktor Pendorong (*reinforcing factors*) meliputi petugas kesehatan, kader kesehatan, tokoh masyarakat, pemuka masyarakat, dan lainnya, yang merupakan faktor penguat atau melemahkan perubahan perilaku.



3. Faktor pendukung (*enabling factors*) meliputi: ketersediaan sumber daya, keterjangkauan rujukan, ketrampilan, status sosial, sarana, pendapatan/pekerjaan yang merupakan faktor pemungkin keberhasilan atau penghalang untuk perubahan perilaku.

Faktor Pendorong (*reinforcing factors*), akan mempengaruhi langsung terhadap Faktor pendukung (*enabling factors*), Faktor pendukung (*enabling factors*) ini juga akan mempengaruhi langsung terhadap Faktor yang mempermudah (*predisposing factors*) dan Faktor yang mempermudah (*predisposing factors*) akan dipengaruhi secara tidak langsung oleh Faktor Pendorong (*reinforcing factors*), Ketiga faktor tersebut akan mempengaruhi masalah perilaku yang spesifik terhadap individu maupun masyarakat guna mewujudkan praktik menuju hidup sehat. Terkecuali itu faktor kondisi lingkungan akan berpengaruh terhadap Perilaku spesifik masyarakat, Faktor Pendorong (*reinforcing factors*), dan Status kesehatan.

Tiga faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan digambarkan sebagai gambar 2.7.



Gambar 2.7 : *The Causal Relationships and Order of Causation for the Three Sets Factors Influencing Behavior*<sup>26)</sup>  
 (Teori L.W. Green, dan Marshall .W. Kreuter, 1991)

Catatan : Garis utuh menunjukkan pengaruh langsung,  
 Garis putus-putus menunjukkan pengaruh sekunder,  
 Nomor menunjukkan perkiraan urutan terjadinya peristiwa.

### 2.3.2. Faktor Perilaku Hubungannya dengan Pemanfaatan Jamban

Proses perubahan perilaku salah satunya adalah perubahan perilaku yang direayasa melalui proses sosialisasi, penyuluhan, pelatihan dengan kata lain melalui pemberdayaan. Perilaku yang sudah ada, termasuk kebiasaan seperti kebiasaan berak di kebun maupun di sungai/selokan, melalui berbagai cara diupayakan untuk diubah menjadi bentuk perilaku yang diinginkan, yaitu menjadi perilaku hidup sehat dalam kehidupan sehari-hari antara lain mau memanfaatkan jamban sebagai tempat berak.

Bentuk operasional perilaku menurut Budioro B, 1998<sup>24)</sup>, ada tiga komponen yaitu:

1. Pengetahuan / Cipta (*knowledge*), yaitu rangsangan dari luar. Dalam hal individu/masyarakat mau memanfaatkan jamban keluarga. Perilaku ini bentuknya pengetahuan terhadap manfaat berak di jamban keluarga.
2. Sikap / Karsa (*attitude*), yaitu tanggapan diri sendiri dari hasil rangsangan orang lain. Dalam hal individu/ masyarakat sebagai pengguna jamban keluarga. Perilaku ini bentuknya ungkapan pernyataan setuju atau tidak setuju terhadap semua hal yang berhubungan dengan pemanfaatan jamban keluarga dan berak di jamban keluarga ada manfaatnya.
3. Praktik / Karya (*practice*), yaitu perbuatan dalam bentuk kongkrit terhadap sikap diri sendiri yang telah mendapatkan rangsangan

dari luar. Dalam hal ini semua anggota keluarga telah memanfaatkan jamban keluarga sebagai tempat berak.

Dengan perubahan pengetahuan, sehingga akan timbul niat berubah sikap dan niat berubah kebiasaan, dengan tambahan rangsangan dari luar niat berubah sikap, akan segera menjadi perubahan sikap dan untuk mewujudkan sikap, akan berubah perbuatannya ke bentuk kongkrit mau memanfaatkan jamban keluarga sebagai tempat berak, dan jika tidak berak di jamban keluarga akan sadar timbul hal-hal yang sangat merugikan.

Kajian tentang hubungan antara pengetahuan, sikap dan praktik dalam kaitannya dengan pemanfaatan jamban keluarga, yaitu pertama-tama adanya pengetahuan terhadap keuntungan pemanfaatan jamban keluarga, akan menyebabkan timbul sikap yang positif terhadap pemanfaatan jamban keluarga, sikap yang positif ini akan mempengaruhi niat untuk ikut serta dalam kegiatan tersebut (pemanfaatan jamban keluarga). Niat sangat tergantung pada sikap positif terhadap pemanfaatan jamban keluarga. Niat ini akhirnya sangat menentukan apakah kegiatan tentang pemanfaatan jamban keluarga tersebut betul-betul dilakukan. Kegiatan yang sudah dilakukan inilah yang disebut praktik.

#### **2.4. Faktor Pendidikan Mempengaruhi Pemanfaatan Jamban Keluarga.**

Pendidikan menurut Poerwodarminto 1996<sup>27)</sup>, yaitu perbuatan (hal, cara dan lain sebagainya)/pengetahuan tentang memelihara dan

memberi latihan (ajaran pimpinan) mengenai akhlak dan kecerdasan berfikir. Pengertian ini memberi tujuan untuk kecerdasan fikiran. Didalam Ensiklopedi Indonesia<sup>28)</sup> Pendidikan adalah Proses membimbing manusia dari kegelapan kebodohan ke kecerahan pengetahuan. Dalam arti luas, pendidikan baik yang formal maupun informal meliputi segala hal yang memperluas pengetahuan manusia tentang dunia dimana mereka itu hidup. Menurut *Dictionary of Education*<sup>29)</sup> Pendidikan diartikan sebagai berikut: Proses dimana seseorang mengembangkan kemampuan, sikap dan bentuk-bentuk tingkah laku lainnya dalam masyarakat dimana dia hidup. Proses sosial dimana orang dihadapkan pada pengaruh lingkungan yang terpilih dan terkontrol, khususnya yang datang dari sekolah, sehingga mereka dapat memperoleh atau mengalami perkembangan kemampuan sosial dan kemampuan individu yang optimum. Pengertian ini mempunyai tujuan memperluas pengetahuan.

Dari pengertian tersebut dapat diambil kesimpulan bahwa semakin tinggi pendidikan semakin luas pengetahuannya dan semakin luas wawasan fikirannya serta semakin dewasa cara berfikirnya, sehingga akan lebih terbuka terhadap pembaharuan. Berkaitan dengan pemanfaatan jaman keluarga yaitu semakin tinggi pendidikan semakin baik dalam pemanfaatan jaman keluarga.

## 2.5. Hasil Penelitian Beberapa Faktor yang Mempengaruhi Keberhasilan Program Jamban Keluarga.

Banyak faktor yang mempengaruhi keberhasilan program jamban keluarga, antara lain:

- 2.5.1. Menurut Buchari Lapau (1980)<sup>(4)</sup>, dalam penelitiannya tentang keberhasilan program jamban keluarga pada studi kasus pada dua desa di Sulawesi Selatan, menyatakan bahwa hanya 29,50 %, Kepala Keluarga atau wakilnya yang mengetahui manfaat jamban, ternyata faktor ekonomi dan faktor yang menyangkut kebiasaan merupakan penyebab utama terhambatnya program jamban keluarga mencapai sasarnya.
- 2.5.2. Menurut Sumengen dari hasil survai pola penggunaan sarana air minum dan jamban pedesaan Indonesia (1983)<sup>(5)</sup>, antara lain menunjukkan, bahwa penduduk yang membuang tinja di jamban hanya sebesar 36,90%, alasan tidak membuang tinja di jamban, karena biaya 38,40%, dan karena kebiasaan 33,10%. Selain itu diketahui bahwa pendidikan, pekerjaan dan penghasilan mempunyai hubungan yang bermakna dengan pemanfaatan jamban.
- 2.5.3. Menurut Yuni Ikawati (1984)<sup>(6)</sup>, dalam penelitiannya mengenai faktor yang mempengaruhi masyarakat berak di jamban, menyatakan bahwa tidak kalah pentingnya, untuk diperhatikan dalam pengadaan jamban keluarga di pedesaan adalah masalah kebudayaan, dimana sarana tersebut harus dapat diterima

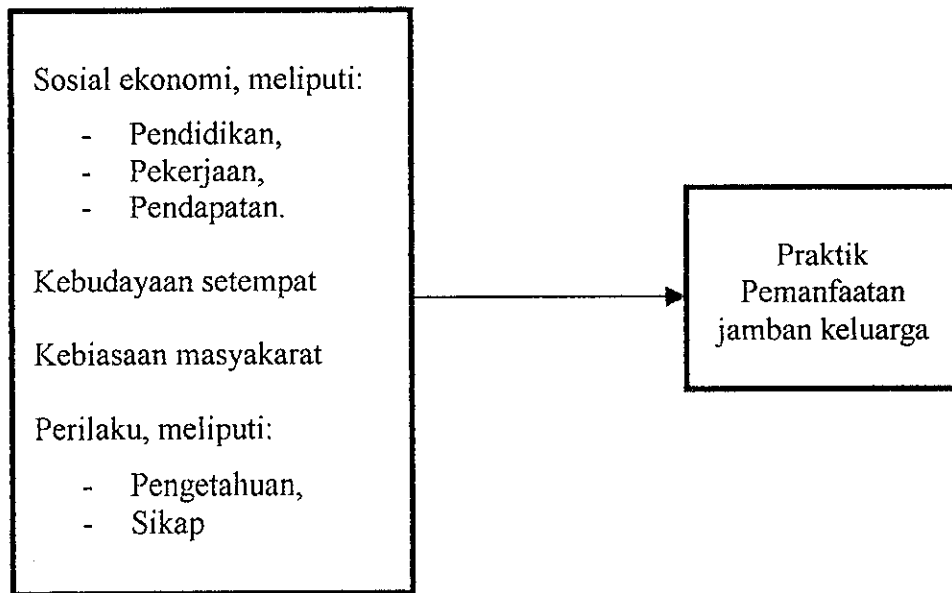
masyarakat, selanjutnya dikemukakan bahwa faktor tersebut terbukti menjadi penyebab kegagalan proyek dimana tidak semua penduduk mau memanfaatkannya.

2.5.4. Dari Proyek percontohan SM-PFA (*Safe Motherhood: Parthership Family Approach*) pada survai pendekatan keluarga pada sepuluh desa di Kabupaten Jepara tahun 2001<sup>17)</sup>, didapatkan hasil indeks potensi keluarga sehat (IPKS), yaitu sebagai berikut:

1. Keluarga yang mempunyai jamban sebesar 52,41%, yang jambannya tidak dimanfaatkan sebesar 40,28%.
2. Keluarga yang tidak mempunyai jamban sebesar 47,59% yang tak berak di jamban dengan alasan biasa berak di sembarang tempat sebesar 70,36% dan dengan alasan ekonomi sebesar 29,64%.
3. Keluarga yang mempunyai jamban dan tidak berak di jamban sebesar 40,28% dengan alasan biasa berak di sembarang tempat sebesar 93,36% dan sisanya sebesar 6,64% beralasan biasa berak di sungai.

Berdasarkan temuan-temuan tersebut, maka keberhasilan program jamban keluarga dipengaruhi oleh faktor sosial (kebiasaan dan pendidikan), faktor ekonomi (pendapatan/pekerjaan) dan faktor kebudayaan masyarakat setempat. Dengan kata lain kemungkinan tidak dimanfaatkannya jamban keluarga karena adanya pengetahuan yang rendah, sikap dan praktik yang salah, maka dalam hal faktor yang

mempengaruhi pemanfaatan jamban keluarga dapat digambarkan sebagai gambar 2.8:



Gambar 2.8: Faktor-faktor yang mempengaruhi pemanfaatan jamban keluarga

## 2.6. Kecukupan Air.

Air Bersih adalah air yang memenuhi persyaratan jernih, tidak berbau, tidak berwarna dan tidak berasa (tawar)<sup>18)</sup>. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan R.I. Nomor. 416 / MENKES / PER / IX / 1990, pasal 1 (c) air bersih adalah air yang digunakan untuk keperluan sehari-hari yang kualitasnya memenuhi syarat kesehatan dan dapat diminum apabila dimasak<sup>30)</sup>.

Kebutuhan air bersih sehari hari sesuai dengan petunjuk Departemen Kesehatan yaitu kebutuhan air bersih per orang perhari di daerah pedesaan untuk keperluan mandi, cuci, minum dan memasak sebanyak 60



liter<sup>31)</sup>. Sedangkan menurut Indang Encang (1993)<sup>32)</sup>, kebutuhan air bersih di Indonesia diperkirakan 100 liter perorang perhari, dengan perincian dalam tabel 2.1:

Tabel 2.1  
Jumlah kebutuhan air bersih perorang setiap hari

No.	Kebutuhan	Jumlah (liter)
1.	Minum	5
2.	Memasak	5
3.	Membersihkan/mencuci	15
4.	Mandi	30
5.	Jamban	45
	Jumlah	100

Sumber: Indang Encang<sup>32)</sup> o

Tersedianya air bersih sangatlah penting guna keberhasilan program jamban keluarga. Pemanfaatan jamban keluarga tergantung dari ketersediaan air bersih untuk menggelontor atau untuk membersihkan kotoran (*cebok*).

Tersedianya air bersih menurut responden adalah kecukupan air, guna menggelontor dan *cebok*. Hasil wawancara pendahuluan dengan 20 orang perangkat desa (meliputi Petinggi, Carik, Kamitua, Ladu dan Modin) di empat desa, yaitu Karangnongko, Daren, Srobyong dan Sekuro memperlihatkan kebutuhan air untuk menggelontor jamban dan *cebok* diperkirakan antara 10 liter sampai 20 liter (setara dengan 1 sampai 2 ember).

## 2.7. Kader Kesehatan

Kader adalah warga desa yang dipilih masyarakat setempat, mau dan mampu bekerja secara sukarela untuk kepentingan masyarakat<sup>33)</sup>.

Kader Kesehatan dinamakan juga Promotor Kesehatan Desa (Prokesa) adalah tenaga sukarela yang harus dipilih dari dan oleh masyarakat, telah dikursus/dididik tentang kesehatan masyarakat bertugas meningkatkan dan mengembangkan kesehatan masyarakat<sup>34)</sup>.

Pengertian Kader Kesehatan Lingkungan<sup>18)</sup>, adalah warga desa yang dipilih oleh masyarakat setempat, yang mau dan mampu bekerja sukarela untuk kepentingan masyarakat serta mampu menggerakkan masyarakat untuk membina kesehatan lingkungan dan melaksanakan hidup sehat.

Peranan kader dalam pembuatan jamban keluarga adalah<sup>33)</sup>

1. Sebagai pengumpul data dari :
  - a. Kepala keluarga binaan yang tergolong keluarga sejahtera I (KS 1) dan keluarga pra-keluarga sejahtera (Pra-KS);
  - b. Kepala Keluarga binaan yang telah dan belum memiliki sarana air bersih, dan jamban keluarga;
  - c. Kepala Keluarga binaan yang memiliki Balita.
2. Sebagai perencana untuk:
  - a. Menentukan Kepala Keluarga binaan yang mendapat stimulan sarana air bersih dan jamban keluarga;

- b. Menentukan jumlah sarana air bersih dan jamban keluarga yang akan dibangun dan menunjuk lokasi pos oralit.
3. Sebagai pelaksana yaitu membantu pelaksanaan pembuatan leher angsa, pembangunan jamban keluarga dan sarana air bersih secara gotong-royong.
4. Sebagai penyuluh.

Kader memberikan penyuluhan tentang pemanfaatan dan pemeliharaan sarana air bersih dan jamban keluarga. Secara perorangan, kelompok maupun massa.
5. Sebagai pemantau kegiatan meliputi:
  - a. Mencatat kepala keluarga yang memanfaatkan sarana air bersih dan jamban keluarga;
  - b. Mencatat jumlah penderita diare yang datang ke pos oralit dan mencatat jumlah oralit yang diberikan oleh penderita diare.

Peranan kader di desa Karangnongko dan Srobyong, yang berkaitan dengan bantuan jamban keluarga adalah:

- a. Menentukan kepala keluarga yang akan menerima bantuan jamban keluarga, yaitu keluarga miskin yang belum mempunyai jamban keluarga atau yang sudah mempunyai jamban tetapi belum sehat (*Jumbleng*);
- b. Melatih membuat jamban keluarga;
- c. Memberikan penyuluhan kelompok terhadap keluarga binaan;

- d. Menentukan lokasi dibangunnya bantuan jamban keluarga;
- e. Mencatat pengembangan jumlah dibangunnya jamban keluarga;
- f. Membuat laporan perkembangan jamban keluarga ke Puskesmas, melalui petugas kesehatan.

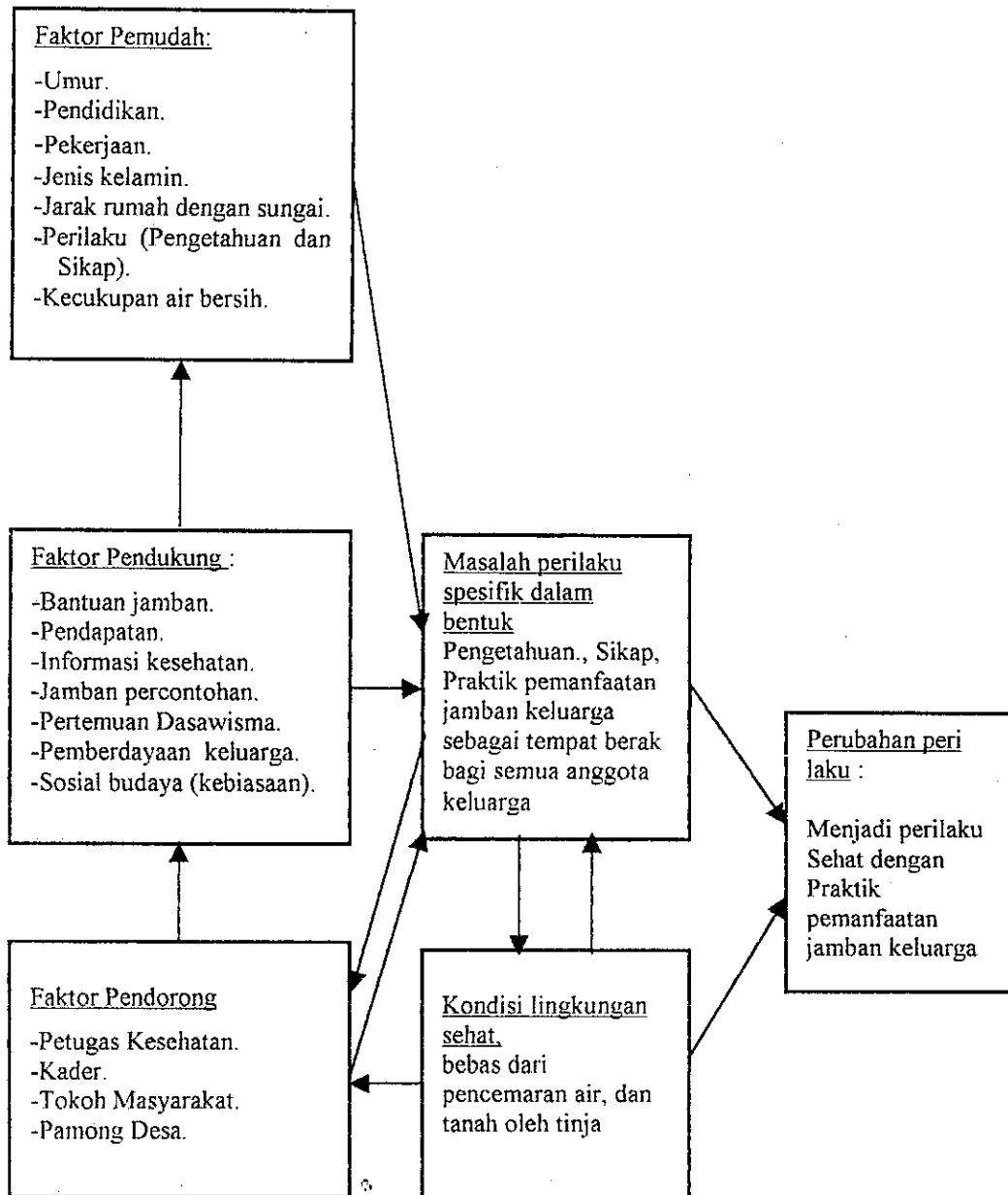
## 2.8. Kriteria Keluarga Miskin (Gakin).

Kriteria gakin yang mendapatkan jamban keluarga adalah sama dengan kriteria gakin yang mendapatkan kartu sehat dari dana Jaring Pengaman Sosial bidang Kesehatan (JPS-BK). Dengan kriteria yaitu<sup>35)</sup> :

1. Keluarga tidak bisa makan 2 kali sehari;
2. Keluarga tidak mampu mengobati anak/anggota keluarga yang sakit ke pelayanan kesehatan;
3. Kepala keluarga terkena PHK massal;
4. Pada keluarga terdapat anak yang *drop-out* sekolah karena masalah ekonomi.

## 2.9. Landasan Teori

Berdasarkan tinjauan pustaka untuk mengubah pengetahuan, sikap dan praktik, maka dapat dirangkum landasan teori penelitiannya sebagai pada gambar 2.9:



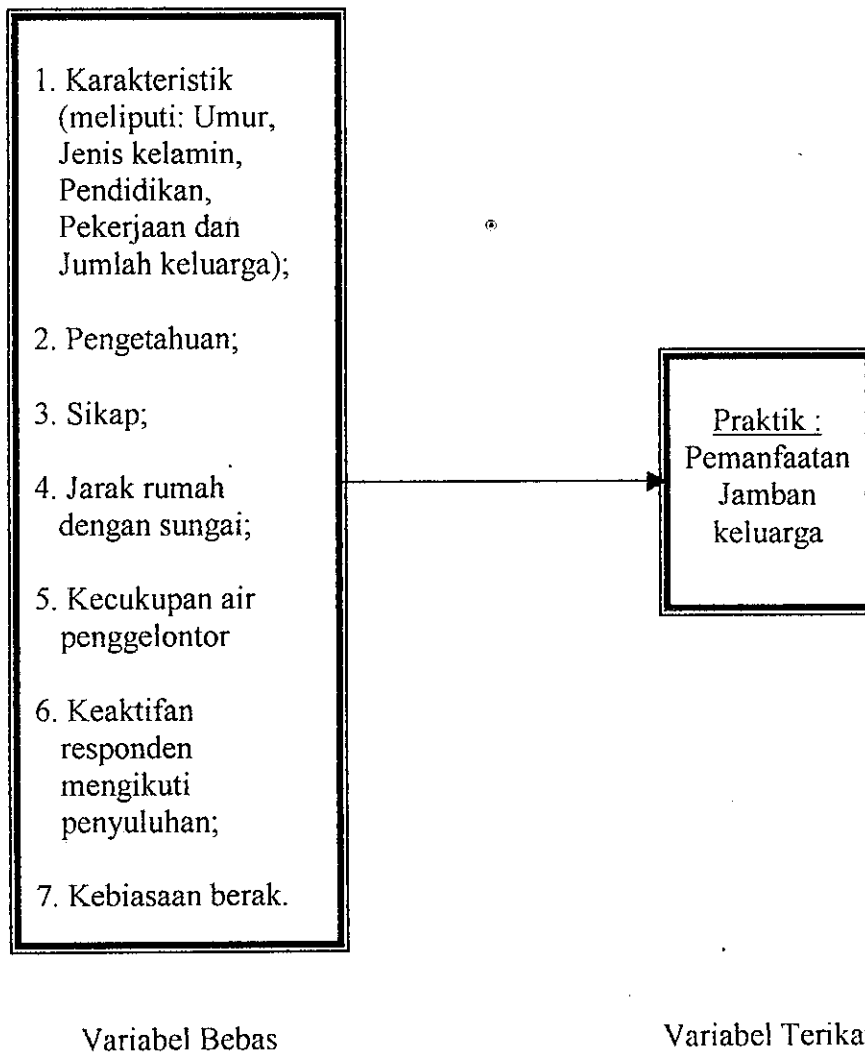
Gambar 2.9 : Kerangka Teori  
 (Modifikasi Teori Praktik Pemanfaatan jamban keluarga dengan teori  
 L.W. Green dan Marshall .W. Kreuter).

### BAB III

## METODE PENELITIAN

### 3.1. Kerangka Konsep

Berdasarkan kerangka teori yang telah disusun maka kerangka konsep penelitian yang diambil adalah sebagai berikut:



Gambar 3.1: Kerangka Konsep.

### **3.2. Pernyataan Hipotesis**

Hipotesis pada penelitian ini adalah:

- 3.2.1. Ada hubungannya tingkat pendidikan responden dengan pemanfaatan jamban keluarga
- 3.2.2. Ada hubungannya tingkat pengetahuan responden dengan pemanfaatan jamban keluarga.
- 3.2.3. Ada hubungannya sikap responden dengan pemanfaatan jamban keluarga.
- 3.2.4. Ada hubungannya jarak rumah responden dengan sungai terhadap pemanfaatan jamban keluarga.
- 3.2.5. Ada hubungannya kecukupan air penggelontor dengan pemanfaatan jamban keluarga.
- 3.2.6. Ada hubungannya keaktifan responden dalam mengikuti penyuluhan dengan pemanfaatan jamban keluarga.
- 3.2.7. Ada hubungannya kebiasaan berak sebelum diberi bantuan jamban keluarga dengan pemanfaatan jamban keluarga.

### **3.3. Variabel Penelitian**

Variabel yang diteliti pada penelitian ini adalah

- 3.3.1. Variabel Terikat yaitu: Pemanfaatan jamban keluarga.
- 3.3.2. Variabel Bebasnya yaitu:
  1. Pendidikan.

2. Pengetahuan mengenai jamban keluarga.
3. Sikap terhadap jamban keluarga.
4. Jarak rumah dengan sungai.
5. Kecukupan air penggelontor
6. Keaktifan responden mengikuti penyuluhan.
7. Kebiasaan berak.

### 3.4. Definisi Operasional dan Pengukuran Skala.

#### 3.4.1. Variabel Terikat.

Pemanfaatan jamban keluarga adalah praktik pemanfaatan jamban keluarga digunakan sebagai tempat berak oleh semua anggota keluarga, setiap kali berak. Kriteria dimanfaatkan Ya atau tidak. Berskala Nominal. Pengukurannya dilakukan dengan menanyakan kepada responden tentang pemanfaatannya. Jamban keluarga dimanfaatkan, jika setelah di *cross check*, pada waktu pengamatan, terlihat jamban keluarga terdapat tanda-tanda digunakan (seperti adanya air untuk menggelontor, adanya ember dan gayung, adanya bau-bauan dan lain sebagainya)<sup>12)</sup>. Sedangkan instrumen dipilih jawaban dikhotomi dengan jawaban pilihan ganda.<sup>36)</sup>

#### 3.4.2. Variabel Bebas.

1. Pendidikan, adalah lamanya pendidikan formal yang pernah diikuti. Pengukuran lama pendidikan dengan satuan tahun, yaitu penjumlahan pendidikan formal yang pernah diikuti oleh responden, sesuai



dengan pengakuan, dan jika diperlukan di *cross check* dengan melihat tanda pengenal yang sah. Berskala Ordinal. Kriteria pendidikan dikelompokkan menjadi dua yang berdasarkan nilai rerata (*mean*) yaitu:

- a. Tinggi, jika lama pendidikannya :  $> 6$  tahun.
- b. Rendah, jika lama pendidikannya :  $\leq 6$  tahun.

2. Pengetahuan tentang jamban keluarga, adalah pemahaman responden mengenai jamban keluarga. Pemahaman ini meliputi pengetahuan: pemilikan dan penggunaan jamban keluarga, penyebaran penyakit bersumber dari tinja dan kriteria jamban keluarga sehat.

Pengukurannya sesuai dengan jawaban. Pertanyaannya berbentuk *checklist*<sup>36)</sup>. Sebanyak 20 item pertanyaan yang valid dan reliabel hasil uji coba kuesioner (dari 23 item pertanyaan yang diuji cobakan) dengan jawaban benar (B) dan Salah (S)<sup>36)</sup>. Pemberian nilai 0 dan 1, pada pertanyaan yang bersifat *favourable (f)* nilai 0 untuk jawaban S dan nilai 1 untuk jawaban B. Pada pertanyaan bersifat *unfavourable (uf)* nilai 0 untuk jawaban B dan nilai 1 untuk jawaban S. Instrumennya berskala ratio dikhotomi<sup>34)</sup>.

Kisi-kisi skala pengetahuan responden tentang pemanfaatan jamban keluarga terdapat pada tabel berikut:

Tabel 3.1  
Kisi – kisi skala pengetahuan tentang pemanfaatan jamban keluarga

Komponen Obyek Pengetahuan	Komponen Pengetahuan						Jumlah
	Kognitif		Afektif		Konatif		
	<i>f</i>	<i>uf</i>	<i>f</i>	<i>uf</i>	<i>f</i>	<i>uf</i>	
Aspek Pemilikan jamban	1	1	1	-	1	1	5
Aspek Penggunaan jamban	1	1	1	2	-	-	5
Aspek Penyebaran penyakit bersumber tinja	1	1	1	1	1	-	5
Aspek jamban sehat	2	-	1	1	1	-	5
Jumlah	5	3	4	4	3	1	20
	8		8		4		

Keterangan :<sup>38)</sup> *f* = favourable.  
*uf* = unfavourable.

Pengukuran variabelnya berskala ordinal<sup>36)</sup>. Penilaian pengetahuan dikelompokkan menjadi dua, yang berdasarkan, nilai rerata (*mean*) dari dua puluh item pertanyaan dengan jumlah nilai 0 sampai dengan 20, dengan hasil kriteria pengetahuan sebagai berikut:

- a. Tinggi, nilai : > 17,67.
- b. Rendah, nilai : ≤ 17,67.

3. Sikap terhadap Jamban keluarga, adalah pendapat atau tanggapan responden terhadap jamban keluarga. Pemahaman responden ini meliputi tanggapan mengenai: kepemilikan dan penggunaan jamban keluarga, penyebaran penyakit bersumber tinja dan kriteria jamban keluarga sehat. Pengukurannya sesuai dengan pengakuan. Pertanyaan sebanyak 20 item yang valid dan reliabel hasil uji coba kuesioner (dari 23 item pertanyaan yang diuji cobakan), tiap-tiap item pertanyaan jawabannya, adalah : Setuju (S), Tidak setuju (TS) dan Tidak tahu (TT). Model pertanyaan skala Likert, berbentuk *checklist*<sup>36)</sup>. Nilai item pertanyaan jawaban sebagai berikut:

a. Untuk pertanyaan *favourable (f)*, yaitu<sup>34)</sup>:

- 1) Setuju, nilai : 2.
- 2) Tidak setuju, nilai : 1.
- 3) Tidak tahu, nilai : 0.

b. Untuk pertanyaan *unfavourable (uf)*, yaitu<sup>34)</sup>:

- 1) Setuju, nilai : 1.
- 2) Tidak setuju, nilai : 2.
- 3) Tidak tahu, nilai : 0.

Kisi-kisi skala sikap terhadap pemanfaatan jamban keluarga terdapat pada tabel berikut:

Tabel 3.2  
Kisi – kisi skala sikap terhadap pemanfaatan jamban keluarga

Komponen Obyek Sikap	Komponen Sikap						Jumlah
	Kognitif		Afektif		Konatif		
	<i>f</i>	<i>uf</i>	<i>f</i>	<i>uf</i>	<i>f</i>	<i>uf</i>	
Aspek Pemilikan jamban	1	1	1	1	-	1	5
Aspek Penggunaan jamban	1	1	2	1	-	1	6
Aspek penyebaran penyakit ber-sumber tinja	1	1	1	-	1	-	4
Aspek jamban sehat	1	1	1	-	1	1	5
Jumlah	4	4	5	2	2	3	20
	8		7		5		

Keterangan: <sup>38)</sup> *f* = favourable  
*uf* = unfavourable

Pengukuran variabelnya berskala ordinal<sup>36)</sup>. Penilaian sikap, dikriteriakan menjadi dua dengan menggunakan nilai rerata (*mean*) yaitu sebagai berikut<sup>40)</sup>:

- a. Tepat (setuju) jika nilainya :  $> 34,40$ .
- b. Kurang tepat (kurang setuju) nilainya:  $\leq 34,40$ .

4. Jarak rumah dengan sungai, adalah jarak rumah responden dengan sungai terdekat yang biasa digunakan sebagai tempat berak. Pengukurannya sesuai dengan pengakuan, dan jika diperlukan di

*cross check* dengan pengamatan. Berskala ordinal<sup>36)</sup>. Kriteria menjadi dua didasarkan atas hasil nilai rerata (*mean*), maka didapatkan hasil sebagai berikut:

- a. Dekat, jika jarak rumah dengan sungai :  $\leq 338,3$  meter.
- b. Jauh, jika jarak rumah dan sungai :  $> 338,3$  meter.

5. Kecukupan Air, adalah tersedianya air, maupun sarana air bersih (sumur gali) milik sendiri atau milik keluarga lain (tetangga) yang digunakan untuk menggelontor jamban. Banyaknya air yang digunakan untuk menggelontor berstandarkan dari desa setempat yaitu berdasarkan hasil observasi terhadap 12 perangkat desa di desa Karangnongko, Daren, Srobyong dan Sekuro, maka diperoleh kebutuhan air untuk menggelontor tinja dan cebok antara satu sampai dua ember (setara dengan 10 liter sampai 20 liter). Cara menghitung kecukupan air ini sesuai dengan pengakuan responden responden, dihitung dengan kesetaraan satuan liter (1 ember = 0,5 blek minyak = 10 liter), dan dilakukan pengamatan langsung, dengan melihat sumur gali tersebut berair/kering dan di *cross check* juga pada bangunan jamban keluarga apakah tersedia bak air / ember yang dapat menampung air antara 10 sampai 20 liter. Berskala: Ordinal<sup>41)</sup>.

Dengan dua kriteria kecukupan air yaitu cukup:

- a. Ya, : jika air penggelontor  $\geq 10$  liter.
- b. Tidak , : jika air penggelontor  $< 10$  liter.

6. Keaktifan Responden, diukur dengan banyaknya responden mengikuti penyuluhan yang diberikan oleh kader selama enam bulan terakhir dengan dua kriteria yaitu aktif dan tidak aktif. Nilai antara 0 sampai dengan 6. Berskala: Ordinal<sup>36)</sup>. Kriteria keaktifan responden berdasarkan rerata (*mean*), sebagai berikut:

1) Aktif, jika responden mengikuti penyuluhan :  $\geq 4$  kali.

2) Tidak aktif, jika :  $< 4$  kali.

7. Kebiasaan berak, yaitu kebiasaan berak sebelum diberi bantuan jamban keluarga. Pengukurannya berdasarkan pengakuan responden. Berskala Nominal<sup>41)</sup>. Dikriteriakan menjadi dua, yaitu berak di jamban: Ya dan Tidak.

### 3.5. Rancangan, Jenis dan Alat Ukur Penelitian

#### 3.5.1. Rancangan dan Jenis Penelitian

Penelitian ini termasuk penelitian deskripsi dengan metode survai dan rancangan penelitiannya *cross sectional*<sup>41)</sup>, merupakan penelitian kuantitatif yang didukung dengan penelitian kualitatif, menggambarkan suatu kejadian secara obyektif dan menjawab permasalahan yang timbul, yaitu faktor-faktor di masyarakat yang berhubungan dengan pemanfaatan jamban keluarga.

#### 3.5.2. Alat Ukur Penelitian.

Alat untuk membantu penelitian (instrumen) yang digunakan adalah kuesioner, terdiri dari:

1. Kuesioner untuk responden kepala keluarga meliputi:
  - a. Kuesioner identitas dan demografi sejumlah 8 kuesioner, yaitu kuesioner terbuka dan kuesioner tertutup dengan jawabannya pilihan tunggal.
  - b. Kuesioner pengetahuan tentang jamban keluarga, sebanyak 20 kuesioner tertutup berbentuk *checklist* dengan item jawaban benar (B) atau salah (S).
  - c. Kuesioner sikap terhadap jamban keluarga juga sebanyak 20 kuesioner yang berbentuk *checklist*, dengan item jawaban: setuju (S), Tidak setuju (TS) atau Tidak tahu (TT).
  - d. Kuesioner yang menanyakan jarak rumah dengan sungai terdekat hanya satu kuesioner yang berbentuk terbuka.
  - e. Kuesioner tentang kecukupan air terdiri dari: satu kuesioner tertutup dengan jawaban ya atau tidak, dua kuesioner pilihan tunggal, dan dua pula pertanyaan *cross check* dengan isiannya yaitu ya atau tidak.
  - f. Kuesioner untuk mengetahui keaktifan responden dalam mengikuti penyuluhan terdiri dua kuesioner tertutup dengan jawaban ya atau tidak dan satu kuesioner pilihan tunggal.
  - g. Kuesioner untuk mengetahui kebiasaan berak sebelum diberi bantuan jamban keluarga yaitu satu kuesioner tertutup dengan jawaban ya atau tidak dan dua kuesioner yang jawabannya pilihan tunggal.

h. Kuesioner yang melihat tentang praktik pemanfaatan jamban keluarga meliputi: satu kuesioner tertutup dengan jawaban ya atau tidak, dua kuesioner jawaban pilihan ganda dan satu kuesioner yang bersifat *cross check*.

2. Kuesioner sebagai pedoman wawancara mendalam, meliputi:

a. Pedoman wawancara mendalam untuk kader.

Pedoman wawancara mendalam, digunakan untuk menggali pendapat kader, terdiri dari enam butir, Sebagai metode kualitatif merupakan wawancara mendalam (*indepth*)<sup>42)</sup>, berguna untuk mendukung metode kuantitatif<sup>42)</sup> melibatkan dua kader kesehatan lingkungan desa di desa Karangnongko dan Srobyong.

b. Pedoman wawancara mendalam untuk tokoh masyarakat.

Meliputi enam butir yang melibatkan 11 tokoh masyarakat di desa Karangnongko lima orang dan Srobyong enam orang terdiri dari: Petinggi, Carik, Kamituwo, Guru dan tokoh agama (ulama), untuk desa Srobyong mengikutsertakan juga Kebayan yang berdomisili di RW V.

3. Pedoman Diskusi Kelompok Terfokus :

Diskusi kelompok terfokus, digunakan untuk memperoleh persepsi dan membantu menelaah dan memperjelas hasil wawancara perorangan<sup>42)</sup>. Diskusi ini diikuti oleh semua responden (60 orang). Dikelompokkan sesuai dengan katagori pemanfaatan



jamban yang sama. Beranggotakan 4 sampai 8 orang responden, dengan jumlah pertanyaan 11, menurut Kreuger diusulkan agar kurang dari 12 pertanyaan<sup>42)</sup>.

### **3.6. Lokasi, Populasi dan Sampel.**

#### **3.6.1. Lokasi.**

Penelitian ini dilakukan di desa penerima bantuan jamban keluarga proyek APBD Kabupaten Jepara Tahun 2001, yaitu:

1. Desa Karangnongko, Kecamatan Nalumsari, Kabupaten Jepara, merupakan wilayah kerja Puskesmas Nalumsari;
2. Desa Srobyong Kecamatan Mlonggo, Kabupaten Jepara, wilayah kerja Puskesmas Mlonggo I.

#### **3.6.2. Populasi dan Sampel.**

Populasi penelitian ini adalah semua keluarga penerima bantuan jamban keluarga di desa Karangnongko dan desa Srobyong sebanyak 60 keluarga, karena populasinya relatif sedikit dan memungkinkan untuk diteliti semua, maka semua anggota populasi digunakan sebagai sampel (*total population*), sehingga probability samplingnya merupakan sampling jenuh atau sensus (Sugiyono, 1994)<sup>36)</sup>.

### **3.7. Prosedur Penelitian**

#### **3.7.1. Tahap persiapan: selama 10 hari.**

1. Penyelesaian administrasi dan perijinan, dilakukan selama 3 hari.

2. Penjajagan awal wilayah dan survai pendahuluan, dilakukan selama 2 hari
3. Pelatihan enumerator, dilakukan selama 1 hari.
4. Melakukan uji coba kuesioner, dilakukan selama 2 hari.
5. Pengolahan hasil uji coba kuesioner, dilakukan selama 2 hari.

### 3.7.2. Tahap pelaksanaan, selama 15 hari.

Pelaksanaan dilakukan oleh penulis dan dibantu seorang petugas enumerator. Tahap pelaksanaan terbagi menjadi tiga yaitu:

1. Wawancara dengan responden.

Dilaksanakan oleh enumerator, untuk menunjukkan rumah tempat tinggal dibantu perangkat desa selama 10 hari.

2. Wawancara mendalam.

Wawancara mendalam kepada kader dan tokoh masyarakat dilaksanakan oleh penulis, bersamaan waktu dengan enumerator dalam mewawancarai dengan responden, selama 10 hari.

3. Diskusi kelompok terfokus.

Diskusi kelompok terfokus oleh responden setelah diketahui hasil dari wawancara perorangan, selama 5 hari.

### 3.7.3. Tahap cek ulang data, selama 2 hari.

Cek ulang data dilakukan karena terdapat hasil yang diragukan, seperti menanyakan kembali tentang istilah berak disembarang tempat rejekinya tidak dapat berkumpul, dan juga

pengamatan kembali ke jamban keluarga yang respondennya mengatakan sekarang jambannya sudah saya manfaatkan untuk tempat berak.

#### 3.7.4. Tahap pengumpulan data dan pengolahan data selama 15 hari

1. Untuk data kuantitatif dilakukan :

*Editing*, *Coding* dan *Entry* data. Pengolahan data dengan menggunakan komputer program SPSS versi 11.

2. Untuk data kualitatif dilakukan penyederhanaan data dan penyajiannya dalam bentuk penyimpulan.

### 3.8. *Validitas dan Reliabilitas Instrumen Kuantitatif*

Instrumen yang baik harus *valid* dan *reliabel* (Sugiyono 1994<sup>36</sup>, Sutrisno Hadi 2001<sup>39</sup> Suharsimi Arikunto 1998<sup>48</sup>, Saifudin Azwar<sup>49</sup>). Instrumen yang *valid* harus mempunyai validitas internal (rasional) dan validitas eksternal. Penelitian yang mempunyai validitas internal, data yang dihasilkan akan menggambarkan fungsi dari rancangan penelitian, sedangkan penelitian yang mempunyai validitas eksternal hasilnya dapat digeneralisir yaitu hasilnya dapat diterapkan pada sampel lain yang populasinya sama, sedangkan instrumen yang reliabel apabila digunakan mendapatkan juga hasil yang dapat digeneralisir, maka instrumen yang valid harus reliabel, sehingga instrumen yang sudah valid perlu diuji reliabilitasnya.

Uji coba instrumen ini dilakukan terhadap 30 responden, pada desa yang berdampingan dengan desa penelitian yang mempunyai kesamaan karakteristiknya yaitu desa Daren Kecamatan Nalumsari dan desa Sekuro Kecamatan Mlonggo, masing-masing desa 15 responden. Uji coba tersebut dilakukan pada :

### 3.8.1. Skala pengetahuan.

Untuk mengetahui tingkat pengetahuan responden tentang pemanfaatan jamban keluarga disusun suatu skala pengukuran dengan teknik pilihan jawaban dikhotomi (benar – salah) yang berjumlah 20 butir. Butir-butir tersebut telah melalui seleksi pengujian *validitas* dan *reliabilitas*, sebagai berikut:

1. Berdasarkan masing-masing komponen pengetahuan disusun 23 butir pertanyaan.
2. Skala pengukuran kemudian diuji cobakan kepada 30 responden di luar daerah peneliti. Hasil ujicoba dianalisis dengan pengukuran *validitas* dan *reliabilitas item*.
3. Pengukuran validitas dilakukan dengan analisis korelasi *product-moment Pearson*, dengan taraf kesalahan (signifikansi) 5 persen (Suharsimi Arikunto 1997<sup>48</sup>), Saifuddin Azwar 2001<sup>49</sup>). Dari 23 butir yang diuji cobakan, meliputi butir pertanyaan 3.1 sampai dengan 3.23 didapatkan hasil, kisaran nilai korelasi antara 0,018 sampai dengan 0,755, dimana 20 pertanyaan pengetahuan yang dinyatakan *valid/sahih* (nilai korelasi  $\geq 0,3$ ) dan tiga butir

pertanyaan lainnya dinyatakan tidak valid dengan  $r < 0,3$  [ butir pertanyaan 3.4 ( $r = 0,018$ ), 3.12 ( $r = 0,292$ ) dan 3.20 ( $r = 0,018$ ) ] maka item pertanyaan tidak *valid* ini dinyatakan gugur dan tidak dipergunakan dalam penelitian.

4. Dari 20 butir yang *valid* diuji dengan pengukuran *reliabilitas* keandalan, memakai metode alpha, karena dengan teknik ini akan menghasilkan estimasi reliabilitas yang cermat apabila menghasilkan korelasi yang tinggi kisaran nilai 0,800 sampai dengan 1,000 (Cronbach 1951)<sup>49</sup>). Dengan analisis tersebut ternyata skala pengetahuan ini mempunyai nilai reliabilitas  $r = 0,9904$ .
5. Sehingga 20 butir pertanyaan pengetahuan ini dinyatakan *valid* dan *reliabel*.

### 3.8.2. Skala Sikap.

Untuk mengungkap sikap responden terhadap pemanfaatan jamban keluarga, disusun suatu skala pengukuran dengan teknik pilihan berganda (setuju, tidak setuju, dan tidak tahu)<sup>36</sup>), yang berjumlah 20 butir. Butir-butir tersebut telah melalui seleksi pengujian *validitas* dan *reliabilitas*, sebagai berikut:

1. Berdasarkan masing – masing komponen sikap disusun 23 butir pertanyaan.

2. Skala pengukuran kemudian diuji cobakan kepada 30 responden di luar daerah peneliti. Hasil ujicoba dianalisis dengan pengukuran *validitas* dan *reliabilitas item*.
3. Pengukuran *validitas*. Dari 23 butir yang diujicobakan, yaitu butir pertanyaan 4.1 sampai dengan 4.23 didapatkan hasil dengan kisaran nilai korelasi antara 0,184 sampai dengan 0,724, dimana 20 pertanyaan sikap yang dinyatakan *valid/sahih* dan tiga butir dinyatakan tidak valid [ butir pertanyaan 4.6 ( $r = 0,262$ ), 4.13 ( $r = 0,262$ ) dan 4.22 ( $r = 0,184$ ) ] maka item pertanyaan tidak *valid* ini dinyatakan gugur.
4. Dari 20 butir yang *valid* setelah diuji *reliabilitas* mempunyai nilai reliabilitas  $r = 0,9122$ , maka butir-butir pertanyaan ini *reliabel*.
5. Sehingga 20 butir pertanyaan sikap ini, dinyatakan *valid* dan *reliabel*.

### 3.9. Jenis Data yang Dikumpulkan.

Jenis data yang dikumpulkan meliputi data:

- 3.9.1. Sekunder yang terdiri dari data penerima jamban keluarga proyek PLP tahun 2001, data pemilikan jamban, data pemilikan sarana air bersih, dan data kasus diare. Data ini diperoleh dari laporan bulanan/tahunan di Dinas Kesehatan Kabupaten Jepara, Puskesmas Nalumsari dan Puskesmas Mlonggo I. Data demografi dan geografi desa Karangnoko dan Srobyong.

### 3.9.2. Primer meliputi:

1. Data kuantitatif, pengumpulan datanya dilakukan dengan cara wawancara langsung menggunakan kuesioner, oleh seorang *enumerator* dari petugas Sanitasi Puskesmas Welahan I, lulusan dari Sekolah Pembantu Penilik Hygiene (SPPH), dengan tambahan pendidikan D III Statistik, yang sudah biasa melakukan survai. Data ini terdiri dari:
  - a. Karakteristik responden, (meliputi: Umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan jumlah keluarga); jarak rumah dengan sungai terdekat; kecukupan air penggelontor; dan keaktifan responden dalam mengikuti penyuluhan tentang jamban keluarga yang dilaksanakan oleh kader; serta kebiasaan berak.
  - b. Pengetahuan, sikap dan praktik responden terhadap pemanfaatan jamban keluarga.
2. Data kualitatif, pengumpulan datanya dilakukan melalui:
  - a. Wawancara mendalam tatap muka *indepth* antara penulis dengan kader dan tokoh masyarakat, meliputi Petinggi, Carik, Kamituwo, Guru SD dan tokoh agama (ulama). Desa Srobyong wawancara mendalam ditambah dengan Kebayan yang bertempat tinggal di wilayah RW V.

- b. Diskusi kelompok terfokus, dilakukan oleh responden yang mempunyai kriteria pemanfaatan jamban keluarga yang sama, dipandu oleh penulis.

### 3.10. Pengolahan Data.

#### 3.10.1 Pengolahan data kuantitatif

Setelah data terkumpul dari lapangan maka dilakukan pengolahan data yaitu *coding* dan *entry* dengan menggunakan komputer perangkat lunak paket statistik SPSS 11<sup>50)</sup>. Jawaban responden pada setiap pertanyaan diberi skor, kemudian nilai skor dijumlah menurut katagori pertanyaan. Selanjutnya data dianalisis secara deskriptif maupun analistik.

#### 3.10.2. Pengolahan data kualitatif

Menggunakan metode analisis deskripsi isi, hasil dari wawancara mendalam, dengan tahapan sebagai berikut<sup>38)</sup>:

1. Pengumpulan data,
2. Penyederhanaan data/reduksi data,
3. Penyajian data,
4. Verifikasi simpulan.

### 3.11. *Validitas* data kualitatif

*Validitas* data dilakukan untuk mencocokkan kebenaran pengumpulan data hasil wawancara, dengan cara:



3.11.1. *Triangulasi*<sup>42)</sup>, merupakan suatu pendekatan terhadap pengumpulan data, caranya mengumpulkan bukti secara saksama dari berbagai sumber yang berbeda dan berdiri sendiri-sendiri, dengan kata lain menggunakan responden lain, diluar responden yang diteliti. Dalam penggalan data untuk meperdalam analisis secara kualitatif telah dipilih responden yang terdiri:

1. Kader kesehatan lingkungan di desa Karangnongko dan Srobyong sejumlah 2 orang.
2. Tokoh masyarakat di desa Karangnongko dan Srobyong, yang mewakili masyarakat sekitar responden, terdiri dari Petinggi, Carik, Kamituwo, Guru dan Ulama, untuk desa Srobyong ditambah dengan Kebayan ada sebanyak 11 orang.

3.11.2. Diskusi kelompok terfokus dikelompokkan sesuai dengan responden yang sama pandangannya, proses diskusi kelompok ini dapat membantu untuk memperjelas pandangan responden, diikuti oleh semua responden dikelompokkan menjadi 10 kelompok dengan dua kriteria yang sama, hasil didapatkan sebagai berikut:

1. Kelompok responden yang memanfaatkan jamban keluarga oleh semua anggota keluarga setiap kali berak sebanyak delapan kelompok.
2. Kelompok responden yang tidak memanfaatkan jamban keluarga menjadi dua kelompok.

### 3.12. Uji Model Regresi Logistik (*Output Logistic Regression*)

Regresi logistik digunakan untuk menilai kelayakan model. Nilai *Goodness-of-fit test* atau Angka probabilitas (signifikan) hasil  $p = 0,7021$  ( $p > 0,05$ ), maka  $H_0$  diterima sehingga model *regresi ganda binary* layak dipakai untuk analisis selanjutnya, karena tidak ada perbedaan nyata antara klasifikasi yang diprediksi (variabel bebas) dengan klasifikasi yang diamati (variabel terikat)<sup>50)</sup>. Menilai seluruh model (*over all model fit*) yaitu angka hasil dari  $-2 \text{ Log Likelihood (LL)}$  pada awal (*Bloc Number = 0*), angka  $-2LL = 47,120936$ , sedangkan *bloc number = 1*, angka  $-2LL$  turun menjadi 22,182, menunjukkan model regresi ini lebih baik, sehingga model regresi logistik metode enter yang didapatkan layak dipakai<sup>50)</sup>.

### 3.13. Analisis Data dan Uji Statistik.

#### 3.13.1. Analisis data

Analisis data menggunakan komputer perangkat lunak paket statistik SPSS versi 11<sup>50)</sup>. Adapun analisisnya menggunakan:

1. *Analisis univariat* : menganalisis variabel secara deskriptif, dengan cara distribusi frekuensi dan proporsinya untuk mengetahui Karakteristik responden (meliputi umur, pendidikan, jumlah keluarga), pengetahuan, sikap, kriteria jarak rumah dengan sungai, kecukupan air penggelontor, keaktifan responden dalam mengikuti penyuluhan dan kebiasaan berak, serta praktik pemanfaatan jamban keluarga.

2. *Analisis bivariat*: untuk melihat hubungan dua variabel meliputi uji *validitas* dan *reliabilitas instrumen* serta pengaruh variabel bebas (pendidikan, pengetahuan, sikap, jarak rumah dengan sungai, kecukupan air, keaktifan responden dan kebiasaan berak) terhadap variabel terikat yaitu pemanfaatan jamban keluarga.
3. *Analisis multivariat*: untuk mengetahui variabel bebas (pendidikan, pengetahuan, sikap, jarak rumah dengan sungai, kecukupan air, keaktifan kader, dan kebiasaan berak) yang dominan mempengaruhi variabel terikat (pemanfaatan jamban keluarga).

### 3.13.2. Uji Statistik.

Uji Statistik menggunakan komputer perangkat lunak paket statistik SPSS versi 11<sup>50</sup>) yaitu sebagai berikut:

#### 1. *Analisis bivariat*

Untuk mengetahui hubungan variabel bebas meliputi: pendidikan, pengetahuan, sikap, jarak rumah dengan sungai, kecukupan air, keaktifan responden dan kebiasaan berak terhadap variabel terikat yaitu pemanfaatan jamban keluarga. Menggunakan uji statistik *Chi-Square Tests* untuk pembacaan hasilnya pada *Fisher's Exact test*, dengan derajat kemaknaan  $\alpha = 0,05$  ( $p = 0,05$ ).

Besarnya hubungan digunakan *Odds Ratio* (OR) atau *Risk Ratio*/Risiko Relatif (RR) yang rumusnya<sup>51)</sup>

$$\text{OR} = \frac{(a)(d)}{(b)(c)} \quad \text{dan} \quad \text{RR} = \frac{(a)(c+d)}{(c)(a+b)}$$

Dimana: a, b, c, dan d adalah isi cel dalam tabel (2 x 2).

## 2. Analisis multivariat.

Untuk mengetahui variabel bebas yang dominan terdiri dari pendidikan, pengetahuan, sikap, jarak rumah dengan sungai, kecukupan air, keaktifan responden dan kebiasaan berak yang berpengaruh terhadap variabel terikat yaitu pemanfaatan jamban keluarga digunakan uji regresi logistik metode enter<sup>51)</sup>, rumusnya

$$\ln \left\{ \frac{\rho}{1 - \rho} \right\} = a + b_1x_1 + b_2x_2 + \dots + b_kx_k$$

Dimana: a : Konstanta, yang lazim disebut intersep.  
 $b_1, b_2, \dots, b_k$  : Koefisien regresi variabel prediktor/bebas, biasa disebut lerang.  
 $\rho$  : *Probabilitas* untuk terjadinya peristiwa.

Guna mengetahui besarnya *probabilitas* individu, memakai rumus<sup>51)</sup>:

$$\rho = \frac{1}{1 + e^{(a + b_1x_1 + b_2x_2 + \dots + b_kx_k)}}$$

### 3.14. Kesulitan Dalam Penelitian

Dalam pelaksanaan penelitian dijumpai beberapa kesulitan yaitu:

#### 3.14.1. Pengumpulan data:

Pengumpulan data yang dilakukan secara *retrospektif* mempunyai kelemahan pada daya ingat responden. Keterbatasan daya ingat responden menyebabkan terjadinya *recall bias*, karena responden tersebut lupa. Pada wawancara menyebabkan lamanya menjawab pertanyaan dan dalam diskusi kelompok terfokus juga menyebabkan lamanya melontarkan pendapat.

Selain itu ada beberapa kesulitan dalam wawancara terhadap responden antara lain:

1. Adanya lokasi penerima jamban keluarga yang dipindahkan sehingga harus melacak ke responden penerima yang sebenarnya.
2. Responden tidak ada di rumah karena pergi maupun bekerja, sehingga harus mengulangi untuk mendatangi responden, sesuai dengan informasi dari keluarga maupun tetangga.
3. Responden berumur lebih dari 50 tahun, agak kesulitan dalam menjawab pertanyaan, untuk mengatasi ini dibantu oleh penghuni rumah lainnya (anak).

Sedangkan pada wawancara terfokus ada beberapa kesulitan yang dialami diantaranya:

1. Kesulitan dalam mengumpulkan kelompok diskusi, karena responden mempunyai kesibukan pekerjaan sendiri-sendiri,

untuk mengatasi ini diadakan kesepakatan waktu, yaitu pagi hari pukul 07.00 dan sore hari pukul 16.30, sehingga dalam satu hari hanya dapat dilaksanakan tiga kelompok.

2. Responden belum biasa melakukan diskusi kelompok, sehingga terjadi kemacetan, untuk mengatasi ini peneliti memberikan motivasi supaya aktif dan umpan arahan jawaban (*probing*).
3. Beberapa responden kurang aktif dan selalu mengikuti pendapat orang lain, untuk mengatasinya dipersilahkan responden tersebut lebih dulu memberikan pendapat, dengan tujuan agar responden tersebut memberikan sendiri pendapatnya.
4. Bebepera responden mempunyai perasaan segan dan takut terhadap peneliti terutama yang jamban keluarganya tidak dimanfaatkan. Namun setelah diberikan penjelasan bahwa peneliti tidak menilai atau mencari kesalahan responden dan hasil tidak dilaporkan kepada pemberi bantuan. Akhirnya wawancara dapat berjalan dengan lancar. Untuk mengatasi rasa takut maupun segan peneliti berusaha menyesuaikan dengan keadaan setempat, walaupun duduk seadanya yaitu beralaskan tikar atau duduk di atas bangku di bawah pohon diskusi tetap dilaksanakan dengan lancar.

#### 3.14. 2. Obyek Penelitian Pada Wawancara Mendalam.

Pada wawancara mendalam dalam pelaksanaannya tidak mengalami hambatan yang berarti dan kesemuanya dapat berjalan

dengan lancar, yaitu dimulai pada pagi hari pukul 07.30 sampai siang (pukul 13.00), dengan jalan mendatangi rumah responden (kader, guru dan ulama), yang disesuaikan dengan jadwal tokoh masyarakat tersebut berada di rumah.

Untuk responden perangkat desa yaitu Petinggi, Carik, Kamituwo, Ladu dan Kebayan, dilakukan wawancara mendalam di kantor desa (untuk desa Karangnongko karena cariknya dipensiun maka sebagai ganti yang diwawancarai adalah Ladu). Tambahan satu tokoh masyarakat untuk wawancara mendalam bagi Kebayan yang bertempat tinggal di wilayah RW V desa Srobyong dilakukan karena lokasi jamban keluarga mengelompok di RW V.

### 3.14.3. Subyek Penelitian

Keterbatasan kemampuan responden dalam menjawab pertanyaan dikarenakan sebagian besar responden berpendidikan rendah < 6 tahun (rerata lamanya pendidikan 5,5 tahun atau tidak tamat SD), untuk mengatasi kesulitan dalam mengungkapkan jawaban yang diperoleh relatif benar, maka diatasi dengan pertanyaan yang mudah dipahami dan menggunakan bahasa setempat, selain itu agar hasilnya benar-benar mencerminkan dengan keadaan yang sebenarnya maka *enumerator* dipilih dari Puskesmas di luar daerah (petugas Sanitasi Puskesmas Welahan I).

## BAB IV

### HASIL PENELITIAN

#### 4.1. Latar belakang, Proses, Bentuk Bantuan dan Kriteria kepala keluarga yang mendapat bantuan jamban keluarga.

##### 4.1.1. Latar belakang desa Karangnongko dan Srobyong mendapat bantuan jamban keluarga.

###### 1. Kasus diare dan Cakupan Jamban

Kasus diare dengan *insidence rate* (IR)nya relatif tinggi jika dibandingkan desa-desa lain di wilayah Puskesmas masing-masing. IR diare kedua desa tersebut merupakan urutan pertama di wilayah Puskesmas masing-masing. Menurut data kunjungan Puskesmas Pembantu desa Karangnongko dan Puskesmas Pembantu desa Srobyong dari tahun 1998 sampai dengan tahun 2000, Di Puskesmas Pembantu desa Karangnongko penderita diare tahun 1998 merupakan urutan pertama, tahun 1999 dan 2000 urutan ke dua setelah penyakit saluran pernafasan bagian atas. Di Puskesmas Pembantu desa Srobyong dimana pengunjung Puskesmasnya adalah penduduk desa Srobyong, penderita diare tahun 1999 merupakan urutan pertama, tahun 1998 dan tahun 2000 merupakan urutan ke dua, setelah penyakit saluran pernafasan bagian atas. Penderita diare di ke dua desa tersebut, diatas rata-rata kasus di wilayah Kabupaten Jepara (Kasus diare di wilayah Kabupaten Jepara tahun 1996 sampai dengan tahun 2000



dibawah angka 20% dari sepuluh besar penyakit). Tahun 2001 kasus diare di Puskesmas Pembantu Karangnongko 4,98% dari 4673 kunjungan merupakan urutan ke IV dan di Puskesmas Pembantu Srobyong 26,7% dari 764 kunjungan. Pada tahun 2002 selama 6 bulan (Januari sampai dengan Juni 2002) terdapat kasus diare untuk Puskesmas Pembantu Karangnongko sebesar 5,41% dan di Puskesmas Pembantu Srobyong 9,52%.

Adapun kasus diare terdapat pada tabel sebagai berikut:

Tabel 4.1  
Penderita diare di Puskesmas Pembantu desa Karangnongko  
dan Srobyong Tahun 1998 – 2002

Puskesmas Pembantu	1998 Diare $\Sigma$ Kunjungan Pustu/Urutan	1999 Diare $\Sigma$ Kunjungan Pustu/Urutan	2000 Diare $\Sigma$ Kunjungan Pustu/Urutan	2001 Diare $\Sigma$ Kunjungan Pustu/Urutan	6 bl 2002 Diare $\Sigma$ Kunjungan Pustu/Urutan
Karangnongko	1143/25,36% (4507 / I)	1113/24,26% (4588 / II)	965 / 21,00% (4595 / II)	233/4,98% (4673/ IV)	130/5,41% (2401)
Srobyong	161 / 23,10% (697 / II)	201 / 25,51% (788 / I)	157 / 20,88% (752 / II)	204/26,70% (764 / I)	34/9,52% (357)

Sumber Data : Laporan Diare Dinas Kesehatan Kabupaten Jepara<sup>10)</sup>

Adapun *Incidence rate* diare di desa Karangnongko dan Srobyong dari tahun 1997 sampai tahun 2001 berkisar antara 28,26‰ sampai 70,19‰, yang berada diatas rerata Kabupaten Jepara (kisaran 10,41‰ sampai 22,98‰), seperti terdapat pada tabel berikut:

Tabel 4.2  
*Incidence rate diare di desa Karangnongko, Srobyong dan  
 Kabupaten Jepara, Tahun 1997 – 2001*

Desa / Kabupaten	IR 1997	IR 1998	IR 1999	IR 2000	IR 2001
Karangnongko	67,64‰ 218/3223	56,60‰ 186/3286	70,19‰ 235/3348	68,48‰ 234/3417	67,13‰ 233/3471
Srobyong	36,89‰ 238/6451	43,83‰ 289/6594	54,36‰ 366/6733	28,26‰ 194/6865	29,12‰ 204/7005
Kab. Jepara	10,41‰ 17691/ 866863	18,73‰ 16542/ 883356	22,98‰ 20371/ 886566	18,13‰ 17571/ 968963	15,55‰ 15175/ 975742

Sumber Data : Laporan P2M dan Profil Kesehatan Kabupaten Jepara<sup>(10)(11)</sup>.

Adapun cakupan jamban keluarga untuk ke dua desa tersebut pada tahun 2000 dibawah rata-rata cakupan jamban keluarga Puskesmas masing-masing, yaitu cakupan jamban keluarga untuk desa Karangnongko sebesar 46,41% (Cakupan jamban sehat Puskesmas Nalumsari sebesar 52,00%) dan cakupan jamban keluarga di desa Srobyong sebesar 31,50%) (Cakupan jamban sehat Puskesmas Mlonggo I sebesar 34,41%).

Sebagai pertimbangan juga untuk menentukan alokasi bantuan jamban keluarga adalah cakupan air bersih. Tahun 2000 cakupan air bersih Desa Karangnongko mencapai 85,20% diatas rerata Puskesmas Nalumsari (cakupannya 78,60%) dan untuk Desa Srobyong cakupannya 68,32%, juga cakupannya diatas rerata Puskesmas Mlonggo I (67,29%).

2. Terdapatnya keluarga miskin termasuk keluarga sejahtera I dan keluarga pra-keluarga sejahtera diatas 10%. Jumlah keluarga tersebut masing-masing desa adalah sebagai berikut: di desa Karangnongko 127 keluarga (13,96%) dari 910 KK, dan untuk desa Srobyong 295 keluarga (14,67%) dari 2.011 KK.

#### **4.1.2 Proses, Bentuk dan Dasar kepala keluarga yang mendapat bantuan jamban keluarga.**

Proses pemberian bantuan jamban adalah sebagai berikut:

1. Dari hasil survai kebutuhan sanitasi di Pedesaan masing-masing Puskesmas oleh kader kesehatan lingkungan desa, maka oleh Puskesmas diusulkan ke Dinas Kesehatan Kabupaten Jepara.
2. Usulan tersebut di Dinas Kesehatan diadakan seleksi, untuk usulan tahun 2001, terpilih dua desa yaitu desa Karangnongko kecamatan Nalumsari wilayah Puskesmas Nalumsari dan desa Srobyong kecamatan Mlonggo wilayah Puskesmas Mlonggo I.
3. Berdasarkan hasil seleksi. Dinas Kesehatan mengusulkan ke Bupati Jepara, melalui Bappeda memakai Daftar Usulan Proyek (DUP), dengan pertimbangan tingginya angka penyakit diare, cakupan jamban rendah dan terdapatnya keluarga miskin lebih dari 10%.
4. Setelah mendapatkan persetujuan pada Rakorbang (Rapat Koordinasi Pembangunan) tingkat kabupaten, maka diadakan persiapan di desa lokasi, yaitu penentuan Kepala keluarga penerima bantuan yang dipilih oleh ketua RT dan Kader.
5. Penyerahan bantuan, diserahkan melalui Petinggi.

6. Pelaksanaan pembuatan jamban keluarga, dikoordinir oleh kader.

Bentuk bantuan jamban keluarga adalah stimulan berupa leher angsa berikut lantai jamban dan pemasangannya. Adapun dasar atau kriteria keluarga yang mendapatkan bantuan jamban keluarga yaitu keluarga miskin yang rumahnya belum mempunyai jamban keluarga atau mempunyai jamban akan tetapi tidak memenuhi syarat kesehatan (*jumbleng*).

#### 4.2. Karakteristik Responden

Karakteristik responden yang dilihat meliputi: umur, jenis kelamin pendidikan, pekerjaan dan jumlah keluarga. Adapun golongan umur dikategorikan menjadi tiga yaitu golongan umur 20 sampai 35 tahun sebanyak 24 orang (40,0 persen), umur 36 sampai 50 tahun mencapai 16 orang (26,7 persen), sedangkan responden yang golongan umur berusia manula (50 tahun keatas) mencapai 20 orang (33,3 persen), yang 19 responden (95,0 persen)nya memanfaatkan jamban keluarga.

Jenis kelamin responden 86,7 persen laki-laki, Responden terbanyak berpendidikan rendah, mengecam pendidikan kurang dari enam tahun sebesar 50 orang (83,3 persen). Rerata responden berpendidikan selama 5,5 tahun atau tidak tamat SD.

Pekerjaan responden terbesar adalah bekerja sebagai tukang mencapai 58,3 persen (enam orang diantaranya tidak memanfaatkan jamban keluarga), petani 18,3 persen (tidak memanfaatkan jamban keluarga dua orang).

Ditinjau dari jumlah keluarga, yaitu responden dengan jumlah anggota keluarga kurang dari empat orang setiap keluarga ada sejumlah 42 orang (70,0 persen), rerata 4,02 dengan kisaran 1 sampai 9 orang setiap keluarga. Karakteristik responden terlihat pada tabel berikut:

Tabel 4.3  
Karakteristik Responden

No.	Karakteristik Responden	Jumlah	
		(f)	(%)
1.	Umur:		
	20 – 35 tahun	24	40,0%
	36 - 50 tahun	16	26,7%
	> 50 tahun	20	33,3%
2.	Jenis Kelamin:		
	Laki-laki	52	86,7%
	Perempuan	8	13,3%
3.	Pendidikan:		
	Tinggi (> 6 th)	10	16,7%
	Rendah ( $\leq$ 6 th)	50	83,3%
4.	Pekerjaan:		
	Petani	11	18,3%
	Buruh tani	7	11,7%
	Tukang	35	58,3%
	Tidak bekerja	7	11,7%
5.	Jumlah Keluarga:		
	Besar (> 4 orang)	18	30,0%
	Kecil ( $\leq$ 4 orang)	42	70,0%
Jumlah		60	100%

### 4.3. Pengetahuan dan Sikap Responden.

#### 4.3.1. Pengetahuan.

Terdapat 65,0 persen responden yang berpengetahuan tinggi (nilai lebih dari 17,67), dan 35 persen sisanya berpengetahuan

rendah simpang baku 2,621, kisaran nilai yang didapatkan antara 9 sampai dengan 20. Adapun tingkat pengetahuan responden tentang jamban keluarga dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.4  
Pengetahuan responden mengenai manfaat jamban keluarga

No.	Pengetahuan	Jumlah	
		f	(%)
1.	Tinggi (nilai >17,67)	39	65 %
2.	Rendah (nilai ≤ 17,67)	21	35 %
	Jumlah	60	100 %

Tingginya pengetahuan ini disebabkan antara lain oleh:

1. Keaktifan kader dalam memberikan penyuluhan dan pembinaan kepada responden, seperti yang dikemukakan responden dalam diskusi kelompok terfokus berikut ini:

- Kader selalu memberikan pembinaan dengan jalan kunjungan rumah maupun penyuluhan melalui selapanan dukuh, dan kegiatan PKK

Hal itu juga, seperti yang dikemukakan oleh Petinggi ke dua desa berikut ini hasil dari wawancara mendalam yaitu

- Tidak rugi memilih kader tersebut, karena ia sangat aktif, melakukan peninjauan ke rumah dan jika ada pertemuan walaupun sebentar ia memberikan penyuluhan tentang jamban bantuan guna untuk mensukseskan program tersebut.

2. Partisipasi aktif dari perangkat desa, yaitu keikutsertaan perangkat desa untuk memberikan penyuluhan dan menggerakkan masyarakat penerima jamban keluarga. Seperti yang diungkapkan beberapa responden pada diskusi kelompok terfokus sebagai berikut ini,

- Pak Petinggi, Pak Kamituwo, melalui pertemuan Yasinan, ibu Petinggi dan bu Carik melalui pertemuan PKK, sering ikut memberikan pengertian tentang pentingnya kebersihan dan penggunaan jamban untuk berak.
- Saya sampai bosan mendengarkan.
- Pernah juga Pak Kamituwo ke rumah saya, hanya menanyakan dan melihat jamban bantuan.

3. Peranserta tokoh masyarakat, terutama alim ulama. Seperti yang diutarakan responden dari hasil diskusi kelompok terfokus berikut

- Pak Modin, maupun Pak Kiyai melalui kotbah Jumat sering disisipkan pentingnya menjaga kesehatan, terutama menggunakan jamban untuk berak, karena kebersihan merupakan perintah agama (*Annadlofatu minal iman* / kebersihan bagian dari iman)

4. Juga aktifnya responden untuk mengikuti pertemuan. Seperti yang diungkapkan oleh kader dan perangkat desa dari wawancara mendalam, sebagai berikut:

- Penerima bantuan jamban selama ini mereka rajin (*sregep*) mengikuti pertemuan penyuluhan tentang jamban.

Hal tersebut di atas mengungkapkan bahwa penyuluhan kesehatan tentang jamban keluarga sering dilakukan oleh kader maupun tokoh masyarakat melalui media pertemuan yang ada di masyarakat seperti pertemuan PKK, Selapanan, pengajian rutin/Yasinan dan kotbah Jumat.

#### 4.3.2. Sikap

Responden yang bersikap tepat atau setuju, cukup tinggi yaitu 61,7 persen, dengan nilai rerata 34,40 dan kisaran nilai antara 23 sampai dengan 40. Adapun mengenai sikap responden, terdapat pada tabel berikut:

Tabel 4.5  
Sikap responden terhadap pemanfaatan jamban keluarga

No.	Sikap	Jumlah	
		f	(%)
1.	Tepat (nilai >34,4)	37	61,7 %
2.	Kurang tepat (nilai ≤ 34,4)	23	38,3%
Jumlah		60	100 %

Berdasarkan hasil kajian yang lebih mendalam mengenai sikap ini, dapat diketahui melalui tanggapan responden terhadap pemilihan jamban yang menyatakan bahwa rumah harus berjamban sebesar 38 responden (63,3 persen), kemudian tanggapan responden tentang syarat rumah sehat harus memiliki jamban mencapai 52 orang (86,7 persen). Selain itu responden yang menyatakan setuju bahwa semua anggota



keluarga harus berak di jamban cukup besar yaitu 41 responden (68,3 persen), sedangkan responden yang setuju bahwa lalat dapat menyebarkan penyakit bersumber tinja mencapai 39 orang (65,0 persen) dan ada sebesar 31 responden (51,8 persen) menyatakan bahwa tidak setuju apabila jamban sehat harus berleher angsa.

Kajian mengenai sikap yang tepat/setuju tersebut akan terlihat lebih jelas pada ilustrasi yang didapat melalui diskusi kelompok terfokus terhadap beberapa responden sebagai berikut:

- Menurut pendapat saya, ... saya setuju kalau setiap rumah berjamban dan digunakan untuk berak oleh semua anggota keluarga dan jangan lagi ada yang berak di sungai atau kebun... pasalnya sekarang ini jaman kemajuan tidak pantas lagi berak di sembarang tempat... memalukan !
- Saya setuju semua orang mempunyai jamban dan berak di jamban.... *Mosok* tidak malu sama Pak Guru, Pak Kebayan atau Pak Petinggi semuanya berak di jamban. Contoh yang baik, ... keluarga kader beraknya di jamban. Kalau berak disembarang tempat mudah kena penyakit mencret, karena dapat ditularkan oleh *laler*, yaitu *menclok* dari kotoran ke makanan.

- Pendapat saya, "Saya setuju bila semua orang mempunyai jamban, dan tidak setuju bila jamban tersebut harus berleher angsa... saya sudah bertahun-tahun berak di *jumbleng*, ya... tidak apa-apa, hanya bau kotoran dan jika musim hujan banyak lalat".
- Dan di jawab responden lainnya... "maka saya setuju bila jamban sehat harus berleher angsa, agar tidak bau dan tidak ada lalat".
- Itu... *jumbleng* termasuk jamban tidak sehat, alasan saya masih bau, maka harus diganti.

Adapun responden lainnya ada yang berpendapat kurang tepat seperti yang dikemukakan responden dalam diskusi kelompok terfokus yaitu jamban keluarga tidak harus berleher angsa. Sedangkan yang menyatakan setuju berpendapat bahwa jamban keluarga harus berleher angsa maka *jumbleng* termasuk jamban keluarga yang tidak sehat sehingga harus diganti.

#### 4.4. Praktik Pemanfaatan Jamban Keluarga.

Dari lima kriteria pemanfaatan jamban keluarga yang disebutkan pada definisi operasional, ketika penelitian dilakukan ternyata hanya terdapat dua kriteria yaitu: jamban keluarga dimanfaatkan oleh semua anggota keluarga setiap kali berak yang berarti jamban keluarga dimanfaatkan sebanyak 52 jamban keluarga (86,7 persen) dan 8 jamban keluarga tidak dimanfaatkan.

Pemanfaatan jamban keluarga, di desa Karangnongko ada 27 orang (51,9 persen) dan desa Srobyong 25 orang (48,1 persen) yang memanfaatkan. Sedangkan responden yang tidak memanfaatkan jamban keluarga ada sebanyak 8 orang (13,3 persen), yang meliputi di desa Karangnongko ada 3 orang (37,5 persen) dan desa Srobyong 5 orang (62,5 persen). Dari 30 responden di desa Karangnongko yang memanfaatkan jamban keluarga ada sebanyak 27 orang (90,0 persen) dan yang tidak 3 orang (10,0 persen). Sedangkan untuk desa Srobyong yang memanfaatkan sebesar 25 orang (83,3 persen) dan yang tidak 5 orang (16,7 persen), seperti pada tabel 4.6.

Tabel 4.6  
Pemanfaatan Jamban Keluarga

No.	Desa	Pemanfaatan Jamban Keluarga (Dimanfaatkan)		Jumlah (%)
		Ya (%)	Tidak (%)	
1.	Karangnongko	27 (90,0%) (51,9%)	3 (10,0%) (37,5%)	30 (100%) (50,0%)
2.	Srobyong	25 (83,3%) (48,1%)	5 (16,7%) (62,5%)	30(100%) (50,0%)
Jumlah		52 (86,7%) (100%)	8 (13,3%) (100%)	60 (100%) (100%)

#### 4.5. Faktor-faktor pemanfaatan jamban keluarga.

Faktor-faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan jamban keluarga meliputi: Jarak rumah responden dengan sungai terdekat, Kecukupan air penggelontor, Keaktifan responden mengikuti penyuluhan yang dilakukan oleh kader dan Kebiasaan berak sebelum diberi bantuan jamban keluarga, didapatkan hasil seperti pada tabel berikut:

Tabel 4.7  
 Faktor-faktor Pemanfaatan Jamban Keluarga

No	Faktor Pemanfaatan Jamban Keluarga	Jumlah	
		f	(%)
1.	Jarak rumah responden dengan sungai terdekat:		
	Jauh ( $> 338,8$ m)	27	45,0 %
	Dekat ( $\leq 338,8$ m)	33	55,0 %
2.	Kecukupan air cukup:		
	Ya	58	96,7 %
	Tidak	2	3,3 %
3.	Keaktifan responden dalam mengikuti penyuluhan:		
	Aktif ( $\geq 4$ X)	56	93,3 %
	Tidak ( $< 4$ X)	4	6,7 %
4.	Kebiasaan berak di jamban:		
	Ya	58	96,7 %
	Tidak	2	3,3 %
Jumlah		60	100%

Tabel di atas dapat menjelaskan hal-hal sebagai berikut:

1. Jarak rumah responden dengan sungai terdekat

Mengenai jarak rumah responden dengan sungai terdekat yang cukup banyak adalah responden yang rumahnya berjarak dekat dengan sungai yaitu berjarak kurang dari 338,8 meter mencapai 55,0 persen dan sisanya 45,0 persen rumah responden berjarak lebih dari 338,8 meter. Kisaran jarak antara 15 meter sampai 850 meter. Responden yang tidak memanfaatkan jamban keluarga adalah responden yang rumahnya dekat dengan sungai, alasan yang

dikemukakan oleh responden tersebut dalam diskusi kelompok terfokus antara lain:

- “Rumah saya dekat sungai (berjarak 20 meter), saya tidak menggunakan jamban bantuan, karena keluarga saya sudah biasa berak di sungai”.
- Responden lain “rumah saya dekat sungai (15 meter), saya tidak menggunakan jamban bantuan, maksud saya biar *jumbleng* penuh dulu”
- kemudian... disambut responden lain ...  
 “Eelaaah itu sama dengan saya, maksudnya *jumbleng* biar penuh, baru pindah ke jamban bantuan.  
 Tapi... sekarang kan sudah saya pakai. Malu... dengan bapak (Mahasiswa)”.

Pernyataan tersebut di atas menunjukkan bahwa responden yang tidak memanfaatkan jamban keluarga, belum sepenuhnya mengetahui kriteria jamban yang sehat dan responden tersebut akan memanfaatkan jamban keluarganya, apabila *jumbleng* yang biasa dipakai untuk tempat berak telah penuh. Hal ini sesuai dengan jawaban responden yang tidak memanfaatkan jamban keluarga, tujuh responden (87,5 persen) menjawab tidak perlu penutup lubang yang rapat untuk jamban sistem cemplung serta jamban sehat tidak perlu berleher angsa.

## 2. Kecukupan air penggelontor

Sebesar 96,7 persen responden menyatakan berkecukupan air untuk penggelontor, dimana hal ini ditunjang karena 50 responden (83,3 persen) mempunyai sumur sendiri dan saat penelitian di musim

kemarau kondisi sumurnya cukup berair. Adanya kecukupan air ini merupakan salah satu faktor pemudah dalam pemanfaatan jamban keluarga. Hanya dua responden yang tidak mempunyai cukup air untuk penggelontor dan responden itu juga tidak memanfaatkan jamban keluarga, seperti komentar yang dikemukakannya pada diskusi kelompok terfokus sebagai berikut:

- Sementara rumah saya tidak ada sumurnya... saya kalau mengambil air untuk masak, harus ke sumur tetangga, maka sementara saya masih berak di *jumbleng*.
- Terimakasih,... saya mendapat bantuan jamban, sekarang... jambannya, sudah saya manfaatkan sebagai tempat berak.
- Sebelum saya mempunyai sumur sendiri, saya *mengangsu* (mengambil air) dari sumur tetangga.

Responden yang tidak mempunyai cukup air penggelontor, dikarenakan responden tersebut tidak mempunyai sumur sendiri jika mengambil air dari sumur milik tetangga. Sekarang responden itu sudah sadar mengenai pentingnya menggunakan jamban keluarga sebagai tempat untuk berak dan mereka telah memanfaatkannya.

### 3. Keaktifan responden dalam mengikuti penyuluhan

Didapatkan hasil 93,3 persen responden menyatakan aktif untuk mengikuti penyuluhan, tentang manfaat jamban keluarga. Keaktifan responden menurut hasil dari diskusi kelompok terfokus, ditunjang oleh partisipasi aktif perangkat desa dan tokoh masyarakat.

Keaktifan responden mengikuti penyuluhan merupakan salah satu faktor pendorong keberhasilan program. Berikut ini beberapa tanggapan dari hasil triangulasi yaitu:

Hasil wawancara mendalam dari tokoh masyarakat, mengatakan sebagai berikut:

- Setiap kali ada pertemuan penerima jamban rajin mengikuti pertemuan yang membahas permasalahan jamban bantuan, pembahasan ini juga diadakan disetiap pertemuan rutin, PKK, Selapanan, dan juga pertemuan khusus yang membahas tentang keberhasilan program.
- Sepengetahuan saya, pertemuan yang sering diadakan di rumah saya (Pak Kamituwo) yang datang sebagian besar diikuti oleh penerima bantuan jamban.
- Saya (kader) memberikan pembinaan melalui penyuluhan setiap kali ada pertemuan (PKK, pengajian rutin/yasinan) bersifat mengingatkan agar bantuan ini tidak sia-sia, *Alhamdulillah* banyak yang hadir, hampir semua penerima ikut hadir.

Pernyataan di atas menandakan responden rajin mengikuti penyuluhan tentang keberhasilan program jamban keluarga, hal tersebut juga didukung aktifnya kader dalam memberikan penyuluhan, maka berikut adalah hasil diskusi kelompok terfokus responden yaitu:

- “Bu kader”  
Orangnya rajin sekali mengadakan penyuluhan tentang kesehatan melalui pertemuan PKK
- Malah saya sering ditanya tentang jamban bantuan...
- Saya ini kan tetangganya, ia juga kerap kali kerumah untuk memberikan pengertian pentingnya berak jamban.
- “Pak kader”  
Selalu, memberikan penyuluhan melalui selapanan dukuh.
- Dukuh saya yang jauh dari rumah Pak Kader, apabila, Pak Kader tidak datang untuk memberikan penyuluhan pentingnya jamban keluarga diganti oleh Pak Kamituwo.

Tanggapan tersebut di atas dibenarkan oleh tokoh masyarakat, dengan pengamatan mereka, berikut ini hasil wawancara mendalam antara lain:

- Setahu saya, Kader aktif membina penerima jamban keluarga dari mulai permulaan pemberian bantuan sampai sekarang.

Tanggapan di atas menunjukkan bahwa penyuluhan tentang jamban kerluarga selalu aktif diberikan oleh kader serta responden aktif juga untuk mengikutinya.

#### 4. Kebiasaan berak

Dari 60 responden ada sebesar 96,7 persen menyatakan sudah biasa berak di jamban cemplung (*jumbleng*). Hal ini ditunjang oleh 49 responden (81,7 persen) yang mempunyai *jumbleng* sendiri.



Berikut ini adalah petikan beberapa pendapat responden dalam diskusi kelompok terfokus sebagai berikut:

- “Saya sih... sudah biasa berak di *jumbleng* karena menurut kakek saya, tidak boleh berak di sungai apalagi di kebun, karena rejekinya nanti tidak dapat *nglumpuk* (berkumpul)”.
- “Sejak kecil saya berak di *jumbleng*, karena diperintah orang tua untuk menjaga kesehatan”
- “Saya juga biasa berak di *jumbleng*, karena perintah agama”

- Kebiasaan saya dulu, biasa berak di sungai, karena praktis langsung dapat cebok dan belakang rumah dilewati sungai.

Pernyataan di atas menunjukkan bahwa kebiasaan berak di “jamban” disebabkan karena faktor kepercayaan (rejekei dapat ditabung) dan faktor perintah (“perintah orang tua/agama”). Kebiasaan berak di sungai, dengan alasan karena rumah dekat dengan sungai dan praktis (dapat langsung cebok).

#### 4.6. Tingkat pendidikan, Pengetahuan dan Sikap berhubungan dengan pemanfaatan jamban keluarga

Hubungan Tingkat pendidikan, Pengetahuan dan Sikap dengan pemanfaatan jamban keluarga. Diuji melalui analisis *Fisher’s Exact test*, menggunakan program statistik SPSS versi 11, seperti dalam tabel berikut:

Tabel 4.8  
Hubungan Tingkat pendidikan, Pengetahuan dan Sikap dengan  
Pemanfaatan jamban keluarga

No	Variabel	Jamban keluarga dimanfaatkan		<i>Fisher's Exact test</i>	Keterangan
		Ya (%)	Tidak (%)		
1.	Pendidikan: Rendah Tinggi	44 (88,0%)	6 (12,0%)	0,610	Tidak Signifikan
		8 (80,0%)	2 (20,0%)		
2.	Pengetahuan Rendah Tinggi	15 (71,4%)	2 (5,4%)	0,018*)	Signifikan
		37 (94,9%)	6 (26,1%)		
3.	Sikap: Kurang Tepat	17 (73,9%)	6 (26,1%)	0,045*)	Signifikan
		35 (94,9%)	2 (5,4%)		

\*) Signifikan  $p < 0,05$ .

Berdasarkan tabel 4.8, menurut Sutrisno 2001, maka tidak berhubungan antara tingkat pendidikan, tinggi (> 6 tahun) dan rendah ( $\leq$  6 tahun) dengan pemanfaatan jamban keluarga karena nilai *Fisher's Exact test*  $> 0,05$ . Tingkat pengetahuan responden yang tinggi dan rendah, serta sikap responden yang tepat/setuju dan kurang tepat/kurang setuju terdapat hubungan yang signifikan terhadap pemanfaatan jamban keluarga, karena nilai *Fisher's Exact test*  $< 0,05$ .

Besarnya pengaruh hubungan tingkat pengetahuan dan sikap responden terhadap pemanfaatan jamban keluarga digunakan *odds ratio* (OR), yang pengolahan datanya menggunakan epiinfo SPSS versi 11, dengan hasil tabel berikut:

Tabel 4. 9  
Besarnya hubungan pengetahuan dan sikap dengan  
pemanfaatan jamban keluarga

No.	Variabel	Besarnya hubungan	95% <i>Confidence Interval</i>	
			<i>Lower</i>	<i>Upper</i>
1.	Pengetahuan	7,400	1,340	40,876
2.	Sikap	6,176	1,126	33,876

Tabel 4.9 menunjukkan besarnya hubungan yaitu:

1. Pengetahuan responden tentang jamban keluarga yang dikriteriakan tinggi mempunyai kesempatan untuk memanfaatkan jamban keluarga sebesar 7,4 kali dari pada responden yang berpengetahuan rendah.
2. Begitu juga responden yang bersikap terhadap jamban keluarga tepat atau setuju berkesempatan juga untuk memanfaatkan jamban keluarga sebanyak 6,176 kali dari pada responden yang mempunyai sikap kurang tepat atau kurang setuju.

#### 4.7. Faktor-faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan jamban keluarga.

Faktor-faktor pemanfaatan jamban keluarga meliputi: kriteria jarak rumah responden dengan sungai; kriteria kecukupan air penggelontor; tingkat keaktifan responden dalam mengikuti penyuluhan dan kebiasaan berak di jamban/tidak di jamban, yang berhubungan dengan pemanfaatan jamban keluarga, seperti dalam tabel berikut:

Tabel 4.10  
 Hubungan antara jarak rumah dengan sungai, kecukupan air,  
 keaktifan responden dan kebiasaan berak dengan  
 pemanfaatan jamban keluarga

No	Variabel	Jamban keluarga dimanfaatkan		Fisher's Exact test	Keterangan
		Ya (%)	Tidak (%)		
1.	Jarak rumah dengan sungai: Dekat Jauh	25 (75,8%) 27 (100%)	8 (24,2%) 0	0,006*	Signifikan
2.	Kecukupan air penggelontor cukup: Tidak Ya	0 52 (89,7%)	2 (100%) 6 (10,3%)	0,016*	Signifikan
3.	Keaktifan responden dalam mengikuti penyuluhan: Tidak Aktif	3 (75,0%) 49 (87,5%)	1 (25,0%) 7 (12,5%)	0,445	Tidak signifikan
4.	Kebiasaan berak di jamban: Tidak Ya	1 (50%) 51 (87,9%)	1 (50%) 7 (12,1%)	0,251	Tidak signifikan

\*) Signifikan  $p < 0,05$

Paparan tabel di atas, menunjukkan hubungan sebagai berikut:

1. Terdapat hubungan yang signifikan antara jarak rumah dengan sungai yang berjarak jauh dan dekat dengan pemanfaatan jamban keluarga, karena nilai *Fisher's Exact test*  $< 0,05$  (Sutrisno, 2001).

2. Ada hubungan yang signifikan juga antara Kecukupan air untuk penggelontor jamban yang dikriteriakan cukup dan tidak cukup dengan pemanfaatan jamban keluarga.
3. Tidak berhubungan antara keaktifan responden yang dikriteriakan aktif dan tidak aktif dalam mengikuti penyuluhan tentang jamban keluarga dengan pemanfaatan jamban keluarga, karena nilai *Fisher's Exact test*  $< 0,05$ .
4. Tidak tidak berhubungan juga kebiasaan berak di jamban maupun berak tidak di jamban dengan pemanfaatan jamban keluarga.

Besarnya hubungan antara kriteria jarak rumah responden dengan sungai dan kriteria kecukupan air penggelontor terhadap pemanfaatan jamban keluarga, terlihat pada tabel berikut:

Tabel 4.11  
Besarnya hubungan antara kriteria jarak rumah dengan sungai dan kriteria kecukupan air dengan pemanfaatan jamban keluarga

No.	Variabel bebas <sup>o</sup>	Besarnya hubungan	95% <i>Cofidence Interval</i>	
			<i>Lower</i>	<i>Upper</i>
1.	Jarak rumah dengan sungai terdekat	1,320	1,088	1,601
2.	Kecukupan air penggelontor	9,710	0,048	0,221

Pada tabel di atas, terlihat besarnya hubungan yaitu:

1. Jarak rumah responden dengan sungai yang dikriteriakan jauh (berjarak  $> 338,83$  meter) berkesempatan 1,320 kali lebih besar memanfaatkan

jamban keluarganya dari pada responden yang rumahnya dekat dengan sungai.

2. Responden yang berkecukupan air penggelontor ( $\geq 10$  liter), mempunyai kesempatan 9,71 kali memanfaatkan jamban keluarga dari pada responden yang tidak mempunyai cukup air penggelontor jamban.

#### **4.8. Hubungan variabel bebas dengan variabel terikat secara bersama sama.**

Untuk mengetahui hubungan secara bersama-sama antara beberapa variabel *predictor* (variabel bebas) yaitu tingkat pendidikan responden, pengetahuan, sikap, jarak rumah dan sungai, kecukupan air, keaktifan responden dalam mengikuti penyuluhan dan kebiasaan berak terhadap variabel terikat (pemanfaatan jamban keluarga) dan untuk mengetahui variabel bebas yang dominan berpengaruh terhadap variabel terikat tersebut, analisis yang dipakai, adalah regresi logistik metode enter.

Pengujian secara statistik memakai program SPSS versi 11. Kriteria penilaian menggunakan perhitungan korelasi ( $r$ ) dan signifikansi ( $P < 0,05$ ), pada tabel sebagai berikut:

Tabel 4.12  
 Hubungan antara variabel-variabel bebas dengan pemanfaatan jamban  
 keluarga secara bersama-sama (regresi logistik metode enter)

No	Variabel bebas	Koefisien (B)	Signifikansi (p)
1.	Pendidikan: Tinggi Rendah	-1,5327	0.3742
2.	Pengetahuan: Tinggi Rendah	1,3393	0,3765
3.	Sikap: Tepat Kurang tepat	0,9591	0,5131
4.	Jarak rumah dengan sungai: Jauh Dekat	9,6907	0,8458
5.	Kecukupan air: Cukup Tidak cukup	28,2066	0,8994
6.	Keaktifan responden dalam mengikuti penyuluhan: Aktif Tidak aktif	-17,4468	0,9104
7.	Kebiasaan berak: Di Jamban Tidak di jamban	10,9565	0,9204
	Konstanta	-21,1120	

Signifikan ( $p < 0,05$ )

Tabel 4.12, menunjukkan bahwa setelah dilakukan uji statistik dengan regresi logistik dengan metode enter antara variabel bebas dengan variabel terikat secara bersama-sama, ternyata menghasilkan  $p > 0,05$ , yang

berarti tidak ada perbedaan antara beberapa variabel bebas, meliputi kriteria: Tingkat pendidikan, Pengetahuan, Sikap, Jarak rumah dengan sungai, Kecukupan air penggelontor, Keaktifan responden dalam mengikuti penyuluhan oleh kader dan Kebiasaan berak terhadap variabel terikat yaitu Pemanfaatan jamban keluarga, berarti setiap variabel bebas mempunyai peluang yang sama terhadap pemanfaatan jamban keluarga, sehingga tidak didapatkan variabel bebas yang dominan terhadap variabel terikat.

Namun demikian berdasarkan nilai variabel bebas (variabel prediktor) yang telah diukur, dapat mengetahui probabilitas pemanfaatan jamban keluarga dengan persamaan regresi logistik sebagai berikut:

$$\ln \left\{ \frac{p}{1-p} \right\} = -21,1120 - 1,5327 (\text{pendidikan tinggi}) \\ + 1,3393 (\text{pengetahuan tinggi}) \\ + 0,9591 (\text{sikap tepat}) \\ + 9,6907 (\text{jarak rumah dengan sungai jauh}) \\ + 28,2066 (\text{kecukupan air penggelontor}) \\ + 0,6296 (\text{responden aktif}) \\ + 1,8966 (\text{kebiasaan berak di jamban}).$$

Dengan melihat hasil tersebut diatas dapat diperoleh bahwa:

1. Responden dengan kriteria seperti pada variabel prediktor akan mempunyai kecenderungan untuk memanfaatkan jamban keluarga sebesar 25,00% ( $p = 1 / 1 + e^{20,0772}$ ).
2. Jika terdapat responden dengan kriteria tidak seperti variabel prediktor maka responden tersebut tidak memanfaatkan jamban keluarga, karena probabilitasnya = 0 (konstanta negatif = - 21,1120).



## BAB V

### PEMBAHASAN

Dari hasil penelitian, sesuai dengan tujuan, kerangka konsep, dan kerangka teori, akan menjawab pernyataan hipotesis. Tujuan umum penelitian ini adalah mengetahui beberapa faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan jamban keluarga dari proyek APBD Kabupaten Jepara tahun 2001. Namun setelah dilakukan uji perindividu dengan uji statistik bivariat didapatkan hasil bahwa tingkat pendidikan tinggi dan rendah, Keaktifan responden dikriteria aktif dan tidak dalam mengikuti penyuluhan, Kebiasaan berak responden di jamban dan tidak di jamban tidak berhubungan dengan pemanfaatan jamban keluarga. Adapun faktor yang berhubungan secara signifikan terhadap pemanfaatan jamban keluarga adalah tingkat pengetahuan tinggi dan rendah, Sikap yang dikriteriakan tepat/setuju dan kurang tepat/kurang setuju, Jarak rumah responden dengan sungai yang dikriteriakan jauh dan dekat, Kecukupan air penggelontor jamban yang dikriteriakan cukup dan tidak cukup.

Setelah dilakukan uji multivariat secara bersama-sama antara variabel-variabel bebas (prediktor) dengan variabel terikat ternyata variabel bebas meliputi: Tingkat pendidikan, Pengetahuan, Sikap, Jarak rumah responden dengan sungai, Kecukupan air, Keaktifan responden dan Kebiasaan berak, ternyata tidak ada yang dominan berhubungan dengan pemanfaatan jamban keluarga.

Dari tujuh hipotesis yang diajukan dalam penelitian ini, ternyata ada empat terbukti dan dapat diterima, secara statistik yaitu:

1. Terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan responden dengan pemanfaatan jamban keluarga.
2. Ada hubungan yang signifikan juga antara sikap dengan pemanfaatan jamban keluarga.
3. Didapatkan hubungan yang signifikan antara jarak rumah dengan sungai terhadap pemanfaatan jamban keluarga.
4. Begitu juga diperoleh hubungan yang signifikan antara kecukupan air penggelontor dengan pemanfaatan jamban keluarga.

Pada uji bivariat faktor resiko pengetahuan responden tentang jamban keluarga rendah, sikap responden terhadap jamban keluarga kurang tepat, rumah dekat dengan sungai dan responden tidak mempunyai cukup air, merupakan empat faktor yang paling signifikan penyebab responden tidak memanfaatkan jamban keluarga. Faktor-faktor tersebut dapat menyebabkan kegagalan proyek.

### **5.1. Tingkat pendidikan responden**

Hasil dari penelitian tersebut di atas ternyata tingkat pendidikan responden yang dikriteriakan tinggi dan rendah, ternyata tidak berhubungan dengan pemanfaatan jamban keluarga, hal ini tidak sesuai dengan hasil penelitian terdahulu yang menyatakan bahwa faktor pendidikan, mempunyai hubungan yang signifikan terhadap pemanfaatan jamban keluarga dan merupakan faktor keberhasilan program (Sumengen, 1983). Rerata lamannya pendidikan responden rendah yaitu 5,5 tahun, oleh karena itu diperkirakan sebagian besar responden kurang dapat memahami informasi tentang pentingnya jamban keluarga hal ini ternyata benar yaitu 75 persen responden

yang tidak memanfaatkan jamban keluarga adalah mereka yang berpendidikan rendah, sedangkan 25 persen lainnya responden yang berpendidikan tinggi.

Menurut Ogden 1996, variabel demografi termasuk tingkat pendidikan, mempengaruhi variabel tingkat pengetahuan, variabel ini akan mempengaruhi perilaku hidup sehat. Menurut Green dan Marshall 1991, variabel tingkat pendidikan pada hakekatnya merupakan *predisposing factor* yaitu faktor mempermudah untuk perubahan perilaku. Ternyata faktor pendidikan responden tidak berhubungan dengan pemanfaatan jamban keluarga. Hal ini disebabkan karena faktor sosial yang lain yaitu hasil penelitian menyatakan bahwa sebelum diberi bantuan jamban keluarga sebagian besar responden sudah menggunakan *jumbleng* sebagai ~~untuk~~ tempat berak yaitu sejumlah 49 orang (81,7 persen), dan diperjelas dari triangulasi dengan diskusi kelompok terfokus yaitu responden malu jika berak di sungai/kebun, untuk menjaga kebersihan dan sebagian lagi menyatakan karena perintah agama, ada pula yang berpendapat bahwa "berak disembarang tempat rejekinya tidak dapat mengumpul (*nglumpuk*)".

## 5.2. Pengetahuan.

Pengetahuan responden tentang jamban keluarga cukup baik. Dari 60 responden didapatkan sebesar 39 orang (65,0 persen) berpengetahuan tinggi yaitu nilai lebih dari rerata (17,67), dengan kisaran nilai antara 9 – 20. Apabila dikaitkan dengan wawancara mendalam, hal ini disebabkan adanya rangsangan dari luar yaitu keaktifan responden untuk mengikuti penyuluhan

(93,3 persen) dan aktifnya kader dalam membina responden, serta ditunjang juga aktifnya kegiatan lain seperti kegiatan PKK, PKMD, pertemuan Selapanan, P2WKSS, Kotbah Jumat yang terkadang memberikan penyuluhan kesehatan.

Disamping itu ada sebesar 35,0 persen responden yang tergolong mempunyai pengetahuan rendah tentang jamban keluarga. Pengetahuan yang rendah ini, cukup banyak dikarenakan 83,3 persen responden berpendidikan rendah (mengecam pendidikan  $\leq 6$  tahun) rerata pendidikan selama 5,5 tahun atau tidak tamat Sekolah Dasar dan sepertiga dari responden adalah manula (usia lebih dari 50 tahun), sehingga daya ingat mereka sudah berkurang, yang dimungkinkan pada saat wawancara berlangsung mereka sudah lupa akan informasi yang pernah didapatkan.

Hasil analisis statistik menunjukkan ada hubungan yang signifikan (nilai *Fisher's Exact test*  $< 0,05$ ) tingkat pengetahuan responden tentang jamban keluarga dengan pemanfaatannya. Hal tersebut sesuai dengan hasil penelitian terdahulu yang menyatakan bahwa tingkat pengetahuan mempunyai hubungan yang bermakna dengan pemanfaatan jamban (Sumengen 1983). Menurut Green dan Marshall, 1991 pengetahuan individu maupun masyarakat merupakan *predisposing factor* yang dapat mempermudah perubahan perilaku, sedangkan pendapat dari Budioro, 1998 yang menyatakan bahwa dengan adanya rangsangan dari luar maka perilaku dalam bentuk pengetahuan akan segera berubah ke pengetahuan yang lebih baik, hal ini akan menuju ke perubahan perilaku.

Hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan tinggi dan rendah dengan pemanfaatan jamban keluarga berarti dengan meningkatnya pengetahuan tentang jamban keluarga, akan meningkatkan pula pemanfaatan jamban keluarga. Dimana *odds ratio* = 7,400 dan *95% confidence interval* tidak melewati angka satu (*95% CI* = 1,340 – 40,876), maka responden yang berpengetahuan tinggi mempunyai pengaruh 7,4 kali lebih besar memanfaatkan jamban keluarganya dari pada yang berpengetahuan rendah.

### 5.3. Sikap

Penelitian ini menunjukkan sikap responden yang tepat atau setuju terhadap pemanfaatan jamban keluarga. Nilai rerata sebesar 34,40, dengan kisaran antara 23 – 40. Adapun responden yang tergolong mempunyai sikap tepat ada sebanyak 37 orang (61,7 persen).

Menurut Green dan Marshall, 1991 sikap merupakan *predisposing factor* yaitu mempermudah perubahan perilaku dan menurut Budioro, sikap merupakan tanggapan diri sendiri dari hasil rangsangan orang lain yang menyatakan tepat atau tidak tepat, dimana yang bersifat lebih baik, yaitu tepat atau setuju akan lebih mudah untuk merubah perilaku untuk memanfaatkan jamban keluarga, sehingga responden yang mempunyai sikap lebih tepat akan mempunyai kemungkinan yang lebih banyak untuk memanfaatkan jamban keluarga dari pada responden yang bersikap kurang tepat.

Sikap responden berhubungan dengan pemanfaatan jamban keluarga tersebut sesuai dari wawancara mendalam yang mengutarakan hal-hal sebagai berikut:

1. Tanggapan responden dan tokoh masyarakat mengenai bantuan jamban keluarga, mengatakan bahwa bantuan jamban keluarga ini positif dapat diterima masyarakat dan sangat baik,
2. Alasan orang berak di jamban, yang menyatakan malu, bahkan ada yang menyatakan berak disembarang tempat rejeki tidak dapat terkumpul, kebersihan perintah agama, dan sebagian besar mereka sudah biasa berak di *jumbleng* (81,7 persen).

Begitu juga terdapat hubungan yang signifikan (nilai *Fisher's Exact test* < 0,05) antara sikap dengan pemanfaatan jamban keluarga, sehingga semakin banyak responden bersikap tepat atau setuju terhadap pemanfaatan jamban keluarga, semakin besar pula responden yang memanfaatkan jamban keluarga. Responden yang bersikap tepat atau setuju berpeluang sampai 6,176 kali lebih besar memanfaatkan jambannya dari pada responden yang kurang tepat atau kurang setuju (OR = 6,176 dan 95% CI antara 1,126 – 33,875).

#### **5.4. Jarak rumah responden dengan sungai terdekat.**

Kriteria jarak rumah responden dengan sungai terdekat jauh dan dekat berhubungan yang signifikan dengan pemanfaatan jamban keluarga, maka semakin jauh rumah responden dari sungai, semakin besar pemanfaatan jamban keluarganya. Rumah responden yang berjarak jauh dari sungai (> 338,83 meter) mempunyai hubungan untuk memanfaatkan jamban keluarganya sebesar 1,32 kali lebih besar dari pada rumah yang berjarak dekat dari sungai.

Hasil penelitian didapatkan yaitu 55,0 persen responden berjarak dekat dengan sungai, dimana 8 orang responden yang tidak memanfaatkan jamban keluarga adalah responden yang rumahnya dekat dengan sungai. Hasil wawancara mendalam menyebutkan penduduk yang rumahnya dekat dengan sungai sudah terbiasa berak di sungai.

Jarak rumah responden dengan sungai. Menurut Green dan Marshall, 1991 merupakan *predisposing factor* yang dapat menghalangi pemanfaatan jamban keluarga, apabila jaraknya semakin dekat dari sungai, begitu sebaliknya jika jarak rumah semakin jauh dari sungai dapat juga merupakan pemudah pemanfaatan jamban keluarga, hal ini dapat membuktikan bahwa responden yang jarak rumahnya dekat dengan sungai tidak memanfaatkan jamban keluarganya, karena mereka biasa menggunakan sungai sebagai tempat untuk berak.

### 5.5. Kecukupan air penggelontor

Ternyata kecukupan air penggelontor dikriteriakan cukup dan tidak cukup juga berhubungan yang signifikan dengan pemanfaatan jamban keluarga. Responden yang mempunyai cukup air untuk menggelontor jamban mempunyai kecenderungan lebih besar memanfaatkan jamban keluarga dari pada responden yang tidak mempunyai cukup air, dengan tingkat hubungan ada sebesar 9,71 kali lebih besar.

Hal tersebut sesuai dengan teori pentingnya air sebagai penggelontor dan cebok yang dapat menunjang keberhasilan program jamban keluarga, dalam teori Green dan Marshall, 1991 kecukupan air penggelontor

termasuk *predisposing factor*, yaitu faktor pemudah perubahan perilaku untuk memanfaatkan jamban keluarga, sebaliknya apabila rumah yang tidak mempunyai cukup air atau kesulitan air akan menghalangi pemanfaatan jamban keluarga.

#### **5.6. Keaktifan responden dalam mengikuti penyuluhan**

Keaktifan responden dikriteriakan aktif dan tidak aktif dalam mengikuti penyuluhan yang diberikan oleh kader tidak berhubungan dengan pemanfaatan jamban keluarga.

Green dan Marshall, 1991 berpendapat bahwa kader merupakan *reinforcing factor*, yang mampu mendorong dan menggerakkan responden, sehingga responden mau memanfaatkan jamban keluarga. Sedangkan responden sudah biasa mendengarkan penyuluhan kesehatan mengenai jamban keluarga yang diberikan oleh tokoh masyarakat (selain kader) dari pertemuan selapanan, pertemuan PKK maupun media lain seperti kotbah, dengan demikian keaktifan responden dalam mengikuti penyuluhan yang diberikan oleh kader tidak berpengaruh terhadap pemanfaatan jamban keluarga.

#### **5.7. Kebiasaan berak**

Kriteria kebiasaan berak sebelum diberi bantuan jamban keluarga, dikriteriakan berak di jamban dan tidak di jamban (di sungai dan di kebun), juga tidak berhubungan dengan pemanfaatan jamban keluarga. Hal ini sesuai sesuai dari hasil penelitian Ikawati, 1984 yang mengemukakan kebudayaan



masyarakat merupakan penentu keberhasilan program jamban keluarga, diantaranya kebiasaan berak masyarakat di sembarang tempat merupakan kegagalan program, dan menurut hasil IPKS Jepara, 2001 menyatakan tidak berak di jamban dengan alasan kebiasaan berak di sembarang tempat cukup besar mencapai 70,36%.

Akan tetapi hasil dari triangulasi menyatakan responden sebagian besar sudah biasa berak di *jumbleng* walaupun hanya galian tanah (kebiasaan responden berak di *jumbleng* sebesar 96,7%). Responden yang rumahnya dekat dengan sungai sebagian berak di sungai. Masyarakat yang berak di sungai kelihatannya sekarang sudah berkurang. Kecuali itu dari wawancara mendalam didapatkan yaitu semua tokoh masyarakat yang diwawancarai menggunakan jamban sebagai tempat berak, hal ini merupakan contoh yang baik bagi responden. Dikaitkan dengan teori Green dan Marshall, 1991 kebiasaan berak merupakan *enabling factor*, yaitu faktor pendukung untuk perubahan perilaku, dimana responden yang sudah biasa berak di jamban akan mendukung untuk memanfaatkan jamban keluarganya

Dengan demikian maka kebiasaan berak di jamban dan tidak di jamban tidak berhubungan dengan pemanfaatan jamban keluarga karena sebagian besar responden sudah biasa berak di *jumbleng*.

Sesudah diadakan penelitian ini, semua responden telah memanfaatkan jamban keluarga. Kebiasaan berak di *jumbleng* ini merupakan salah satu faktor keberhasilan program.

**- BAB VI**  
**KESIMPULAN DAN SARAN**

**6.1. Kesimpulan.**

Dari hasil penelitian dapat diambil beberapa kesimpulan yaitu:

6.1.1. Karakteristik responden terbanyak golongan umur 20 sampai 35 tahun sebesar 40%, jenis kelamin 86,7% laki-laki, berpendidikan rendah (kurang dari 6 tahun) sebanyak 83,3%, pekerjaan 58,3% bekerja sebagai tukang, dan jumlah keluarga setiap anggota keluarga lebih dari 4 orang sebesar 70%.

6.1.2. Tingkat pengetahuan responden terbanyak berpengetahuan tinggi sebesar 39 responden (65,0%), dan bersikap tepat/setuju sebesar 37 responden (61,7%), sehubungan dengan hal tersebut responden yang memanfaatkan jamban keluarga sebanyak 86,7%.

6.1.3. Dari analisis bivariat didapatkan hal-hal sebagai berikut:

1. Faktor-faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan jamban keluarga meliputi:

- a. Tingkat pengetahuan responden dikriteriakan berpengetahuan tinggi dan rendah berhubungan yang signifikan dengan pemanfaatan jamban keluarga (hasil *Fisher Exact test* =  $0,018 < 0,05$ ). Responden yang berpengetahuan tinggi berkesempatan sebesar 7,4 kali lebih besar memanfaatkan jamban keluarganya dari pada responden yang berpengetahuan rendah (OR = 7,400 dan 95% CI = 1,340 – 40,876).
- b. Terdapat hubungan yang signifikan antara sikap responden dengan pemanfaatan jamban keluarga (hasil *Fisher Exact test*  $0,045 < 0,05$ ). Responden yang bersikap tepat/setuju berpengaruh terhadap pemanfaatan jamban keluarga dari pada responden yang bersikap kurang tepat/kurang setuju, dengan pengaruh sebesar 6,176 kali lebih besar (OR = 6,176 dan 95% CI = 1,126 – 33,876).
- c. Jarak antara rumah responden dengan sungai terdekat yang dikriteriakan jauh dan dekat berhubungan yang signifikan terhadap pemanfaatan jamban keluarga (hasil *Fisher Exact test* =  $0,006 < 0,05$ ) yaitu responden yang rumahnya jauh dari sungai berkemungkinan sebesar 1,320 kali lebih besar memanfaatkan jamban keluarganya dari pada responden yang rumahnya dekat dari sungai (OR = 1,320 dan 95% CI = 1,088 – 1,601).

- d. Kecukupan air penggelontor berhubungan yang signifikan dengan pemanfaatan jamban keluarga (hasil *Fisher Exact test* =  $0,016 < 0,05$ ) yaitu responden yang cukup air penggelontornya mempunyai pengaruh sebesar 9,71 kali lebih besar pemanfaatan jamban keluarganya dari pada responden yang tidak mempunyai cukup air (OR = 9,71 dan 95% CI = 0,048 – 0,221).
2. Faktor-faktor yang tidak berhubungan dengan pemanfaatan jamban keluarga terdiri dari:
    - a. Tingkat pendidikan meliputi tinggi dan rendah tidak berhubungan dengan pemanfaatan jamban keluarga (hasil *Fisher Exact test* =  $0,610 > 0,05$ ).
    - b. Keaktifan responden dalam mengikuti penyuluhan tidak berhubungan dengan pemanfaatan jamban keluarga (hasil *Fisher Exact test* =  $0,445 > 0,05$ ).
    - c. Kebiasaan berak responden di jamban maupun tidak di jamban tidak berhubungan dengan pemanfaatan jamban keluarga (hasil *Fisher Exact test* =  $0,251 > 0,05$ ).

6.1.4. Melalui uji multivariat ternyata tidak didapatkan variabel bebas (meliputi: tingkat pendidikan, pengetahuan, sikap, jarak rumah dengan sungai, kecukupan air, keaktifan responden dalam mengikuti penyuluhan dan kebiasaan berak) yang dominan terhadap variabel terikat yaitu pemanfaatan jamban keluarga, sehingga setiap variabel bebas mempunyai peluang yang sama terhadap pemanfaatan jamban keluarga (uji regresi logistik metode enter menghasilkan  $p$  antara 0,3742 – 9204).

## 6.2. Saran

Sesuai kesimpulan, penulis menyarankan kepada Pemerintah Kabupaten Jepara, melalui Dinas Kesehatan Kabupaten Jepara antara lain:

- 6.2.1. Mengingat kemungkinan penduduk di desa Karangnongko dan Srobyong yang bertempat tinggal dekat dengan sungai berpotensi berak di sungai, maka penduduk yang rumahnya dekat dengan sungai dan tidak memiliki *jumbleng* perlu diberi bantuan jamban keluarga.
- 6.2.2. Agar lebih berhasil pemberian bantuan jamban keluarga, diperlukan pendataan pendahuluan tentang kepemilikan jamban, yang dilaksanakan oleh kader. Pilihan utama diberikan kepada kepala keluarga dimana rumahnya sudah tersedia sarana air bersih (sumur gali) yang cukup airnya (dimusim kemarau tidak kering) dan belum memiliki *jumbleng*, serta kepala keluarga tersebut mempunyai kebiasaan berak di jamban (*jumbleng*).

6.2.3. Guna keberhasilan program bantuan jamban keluarga, diperlukan peningkatan pengetahuan dan sikap tentang jamban keluarga kepada penerima bantuan. Untuk itu perlu sosialisasi melalui peranserta aktif/pemberdayaan Kader dan tokoh masyarakat dengan menggunakan media/pertemuan yang sudah ada.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Departemen Kesehatan RI, *Undang-undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 1992*, Depkes RI, Jakarta, 1994
2. Tim Pekan sanitasi, *Pekan Sanitasi Buku Pegangan Kader*, Departemen Kesehatan RI, Direktorat Penyehatan Air, Jakarta, 2000.
3. Departemen Kesehatan RI, *Survai Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) 1992*, Kerjasama Depkes dengan Biro Pusat Statistik, Jakarta, 1994.
4. Departemen Kesehatan RI, *Survai Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) 1995*, Depkes, ISBN No. : 979-8270-21-5, Jakarta, 1997, hal 105.
5. Depkes RI, *Profil Kesehatan Indonesia 2000*, Depkes RI, Jakarta, 2001, hal. 31 – 34, 49.
6. Depkes RI, *Profil Kesehatan Indonesia 2000 Lampiran*, Depkes RI, Jakarta, 2001, Lampiran IV c. 6, hal 41, 82.
7. Dinas Kesehatan Kabupaten Jepara, *Profil Kesehatan Kabupaten Jepara, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000*, DKK Jepara, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001.
8. Pemerintah Kabupaten Jepara, *Daftar Isian Proyek Kabupaten Jepara tahun 2001*, Pemerintah Kabupaten Jepara, 2001, Pasal 2P.0.14.1.03.003.
9. Dinas Kesehatan Kabupaten Jepara, *Laporan Proyek PLP APBD Kabupaten Jepara 2001*, DKK Jepara, 2002.
10. Dinas Kesehatan Kabupaten Jepara, *Arsip Laporan Penderita Diare Puskesmas Nalumsari dan Puskesmas Mlonggo I di Seksi P2M*, DKK, Jepara, 2002.
11. Dinas Kesehatan Kabupaten Jepara, *Hasil Rapat Koordinasi Kesehatan Kabupaten Jepara 2002*, DKK Jepara, 2002.
12. Departemen Kesehatan RI, *Petunjuk Program PPM & PLP Tingkat Kabupaten*, Depkes, Jakarta, 1997.
13. Dinas Kesehatan Kabupaten Jepara, *Arsip Laporan PKL Dinas Kesehatan Kabupaten Jepara tahun 2000*, DKK, Jepara 2001.
14. Buchari Lapau, *Program dan Masalah Kesehatan Lingkungan*, Medika, Jakarta, 1993, hal. 512.

15. Sumengen dkk, *Survai Pola Penggunaan Sarana Air Minum dan Jamban Keluarga Pedesaan di Indonesia*, Pusat Penelitian Ekologi, badan Litbangkes. Depkes Jakarta 1991, hal. 24 – 33.
16. Yuni Ikawati, *Mengenal Proyek Pedesaan*, Aku Tahu, Jakarta, Sept. 1994, hal. 60.
17. Dinas Kesehatan Kabupaten Jepara, *Hasil Pendataan Pendekatan Keluarga Kabupaten Jepara*, DKK, Jepara, 2001.
18. Departemen Kesehatan RI, *Buku Pegangan Kader Penyuluh Kesehatan Lingkungan*, Edisi 3, Dirjen P2M PL-Unicef, Jakarta, 1992, hal. 34, 37.
19. Departemen Kesehatan RI, *Petunjuk Praktis Jamban Keluarga Pedesaan bagi Petugas Sanitasi Puskesmas*, Depkes RI, Jakarta, tt, hal 2.
20. Haryoto Kusnoputranto, *Air Limbah dan Eksreta Manusia*, FKM UI, Jakarta, 1994, hal. 74.
21. Unus Suriawiria, *Sampah dan Krisis baru di tahun 2000 an*, makalah, Jakarta, tt.
22. Soeparman dan Suparmin, *Pembuangan Tinja & Limbah Cair Suatu Pengantar*, Cet. I, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta, 2002, hal. 23 – 27.
23. Soejono Soekanto, *Sosiologi Suatu Pengantar*, Rajawali, Jakarta, 1992.
24. Budioro B, *Pengantar Pendidikan (Penyuluhan) Kesehatan Masyarakat*, FKM Undip, Semarang, 1998, hal. 27, 49 – 63.
25. Ogden Jane, *Health Psychology A Text book*, Open Unv. Press, Buckingham. Phidelphia, 1996, p. 20 – 23.
26. Green L.W, Marshall W. Kreuter, *Health Promotion Planning An Educational and Environmental Approach*, Second Edition, Mayficd Publishing Company Mountain View Toronto London, 1991, p. 22 – 32 , 152 – 155, 360.
27. Poerwodarminto WJS, *Kamus Umum Bahasa Indonesia*, Balai Pustaka, Jakarta, 1996, hal. 731.
28. Ensiklopedi Indonesia Edisi Khusus, jilid ke 5, PT Ichtiar Baru – Van Hoeve, Jakarta, 1990, hal. 2627.



29. Sockijo Notoatmodjo, *Dasar-dasar Pendidikan dan Pelatihan*, FKM UI, Jakarta, 1993, hal. 6 – 7.
30. Departemen Kesehatan RI, *Peraturan Menteri Kesehatan RI, Nomor 416 / MENKES / PER / IX / 1990, Tentang syarat-syarat dan Pengawasan Kualitas Air*, Depkes, Jakarta, 1995.
31. Departemen Kesehatan RI, *Pengelola Penyehatan Air bagi Petugas Pembinaan Kesehatan Lingkungan*, Depkes RI, Jakarta, 1991.
32. Indan Entjang, *Ilmu Kesehatan Masyarakat*, Alumni, Bandung, 1991.
33. Departemen Kesehatan RI, *Pekan Sanitasi Buku Pegangan Kader*, Depkes RI, Jakarta, 2000.
34. Gunawan LA, *Beberapa Hasil Penelitian Dibidang Pembangunan Kesehatan masyarakat*, Litbangkes, Depkes RI, Jakarta, 1993.
35. Departemen Kesehatan RI, *Petunjuk Teknis Program Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPS-BK) Bagi Puskesmas*, Depkes RI, Agustus 1999, hal. 2.
36. Sugiyono, *Metode Penelitian Administrasi*, Alfabeta, Bandung, 1994, hal. 2, 73 – 79, 65, 67, 96 – 111, 186.
37. Prawitasi E. Johana, *Aspek Sosio Psikologis pada Usia Lanjut di Indonesia*, Buletin Penelitian, Jakarta, 1993, hal. 73.
38. Tinuk Istiarti, *Menanti Buah Hati Kaitan antara Kemiskinan dan Kesehatan*, Media Pressindo, Yogyakarta, 2000, hal. 42 – 43.
39. Sutrisno Hadi, *Metodologi Research*, Jilid 1,2,3,4, Cet. ke- 25, Andi, Yogyakarta, 2001, hal. 266 – 268. 111 – 136, 275 – 278.
40. Sutomo, *Cara Penilaian Pendidikan*, PT Bina Ilmu, Surabaya, 1992.
41. Soekijo Notoatmodjo, *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta, 1993, hal. 26, 67-68, 138, 105.
42. Hari Kusnanto, *Metode Kualitatif dalam Riset Kesehatan*, Adiya Media, Yogyakarta, 2000, hal. 4.
43. Pemerintah Kabupaten Jepara, *Data Pembangunan Daerah Kabupaten Jepara Tahun 2001*, PDP3D Bappeda, Jepara, 2001.

44. Desa Karangnongko, *Monografi Desa Karangnongko tahun 2002*, Karangnongko, 2002.
45. Dcsa Srobyong, *Monografi Desa Srobyong tahun 2002*, Srobyong, 2002.
46. Singgih Santoso, *Buku Latihan SPSS Statistik Parametrik*, PT Alex Media Komputindo kelompok Gramedia, Jakarta, 2000.
47. Wilarjo L, *Studi Kasus sebuah paduan praktis*, Diterbitkan kerjasama antara Satya Wacana University Press dan PT Gramedia, Jakarta, 1994.
48. Suharsimi Arikunto, *Prosedur Penelitian suatu Pendekatan Praktik*, Rev. IV, Cet. ke-11, Rineka Cipta, Jakarta, 1998.
49. Saifuddin Azwar, *Reliabilitas dan Validitas*, Cet. 3, Pustaka Pelajar Offset, Yogyakarta, 2001.
50. Singgih Santoso, *SPSS Versi 10 Mengolah data Statistik secara Profesional*, Cet. ke dua , PT Alex Media Komputindo kelompok Gramedia, Jakarta, 2002.
51. Bhisma Murti, *Prinsip dan Metode Riset Epidemiologi*, Gaja Mada University Press, Jogjakarta, 1997, hal. 367 – 388.