

## BAB 1: PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Kesehatan memiliki peran yang penting dalam meningkatkan kualitas hidup setiap individu dan kesejahteraan masyarakat. Kesehatan merupakan suatu keadaan yang sempurna baik secara fisik, mental, dan sosial serta tidak hanya bebas dari penyakit, tetapi juga memungkinkan seseorang untuk hidup produktif. <sup>(1)(2)</sup> Dalam upaya mencapai derajat kesehatan yang maksimal, diperlukan berbagai intervensi pada aspek lingkungan, perilaku, serta akses dan kualitas pelayanan kesehatan. <sup>(3)</sup>

Kesehatan masyarakat yang optimal tidak dapat dipisahkan dari kondisi sanitasi yang memadai. Sanitasi mencakup perilaku, fasilitas, dan layanan untuk menciptakan lingkungan higienis yang mendukung kesehatan, mencegah penyakit, serta melibatkan pembuangan limbah manusia secara aman dan promosi kebersihan guna melindungi kesehatan individu dan masyarakat. <sup>(4)(5)</sup> Aspek ini menjadi bagian penting dalam pembangunan kesehatan untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat. Sanitasi yang tidak memadai merupakan penyebab utama penyakit di seluruh dunia dan berkontribusi pada angka kematian yang tinggi, terutama di negara berkembang. <sup>(6)</sup>

Mengingat dampak buruk sanitasi yang tidak memadai terhadap kesehatan masyarakat, berbagai upaya global dilakukan untuk memperbaiki kondisi sanitasi di seluruh dunia. Salah satu upaya tersebut adalah melalui pencapaian dalam *Sustainable Development Goals* (SDGs) yang ke-6 yaitu untuk menjamin ketersediaan dan pengelolaan air serta sanitasi secara berkelanjutan, dengan menargetkan akses universal terhadap sanitasi yang aman dan merata pada tahun 2030. Meskipun pentingnya sanitasi telah diakui secara global, masih terdapat

berbagai tantangan yang harus diatasi untuk menjamin akses sanitasi yang aman bagi seluruh penduduk dunia.<sup>(7)</sup>

Pada tahun 2022, jumlah populasi dunia tercatat mencapai 8 miliar jiwa. Namun, berdasarkan data dari *World Health Organization* (WHO), sekitar 3,5 miliar jiwa atau (43,75%) dari populasi tersebut belum memiliki akses terhadap sanitasi aman. Sebanyak 1,9 miliar jiwa (23,75%) hanya memiliki sanitasi dasar, 570 juta jiwa (7,13%) dengan akses sanitasi terbatas. Selain itu, terdapat 545 juta jiwa (6,81%) yang menggunakan fasilitas sanitasi yang buruk, dan 419 juta jiwa (5,24%) masih melakukan praktik Buang Air Besar Sembarangan (BABS).<sup>(8)</sup>

Keadaan sanitasi di dunia saat ini masih menjadi permasalahan serius di berbagai negara, seperti Niger sebagai negara dengan akses paling rendah terhadap layanan sanitasi di dunia, dengan 65% penduduknya masih melakukan BABS pada tahun 2022. Hal ini diikuti oleh negara tetangga Chad, di mana sekitar 63% penduduknya BABS. Kondisi ini menunjukkan bahwa upaya peningkatan akses sanitasi perlu terus didorong, sejalan dengan komitmen dalam SDGs.<sup>(8)(9)</sup>

Indonesia masih menghadapi tantangan signifikan dalam sektor sanitasi. Pada tahun 2024, negara ini menempati peringkat ke-128 secara global.<sup>(10)</sup> Meskipun terdapat kemajuan, data menunjukkan bahwa hanya 10,25% rumah tangga yang memiliki akses sanitasi yang aman pada tahun 2024.<sup>(11)</sup> Sementara itu, sebanyak 83,60% rumah tangga telah memiliki akses sanitasi layak, namun masih terdapat 6% rumah tangga dengan akses sanitasi yang belum memenuhi standar.<sup>(12)</sup> Sebanyak 3,2% rumah tangga atau setara dengan 9 juta penduduk Indonesia masih melakukan praktik BABS.<sup>(13)</sup> Pemerintah menargetkan 15% akses sanitasi aman dan menghapuskan praktik BABS sepenuhnya (0%) pada tahun 2024, namun target tersebut belum berhasil tercapai sesuai dengan data yang tersedia.<sup>(14)</sup>

Kurangnya akses terhadap sanitasi yang layak serta tingginya angka BABS meningkatkan risiko penyakit infeksi akibat kontaminasi tinja terhadap lingkungan dan sumber air. Salah satu penyakit yang sangat berhubungan dengan sanitasi yang buruk adalah diare. Penyakit ini disebabkan oleh infeksi sejumlah organisme bakteri, virus, dan parasit, yang sebagian besar disebarkan oleh air yang terkontaminasi tinja.

Secara global, hampir 1,7 miliar kasus diare pada anak terjadi setiap tahunnya. Penyakit diare merupakan penyebab kematian ketiga pada anak usia 1–59 bulan. WHO mencatat bahwa diare menyebabkan sekitar 443.832 kematian pada anak di bawah usia 5 tahun serta 50.851 anak usia 5 hingga 9 tahun.<sup>(15)</sup> Di Indonesia, diare masih menjadi penyumbang angka kematian terutama pada balita. Berdasarkan data Survei Kesehatan Indonesia (SKI) tahun 2023, prevalensi diare pada balita mencapai 4,9%, sementara pada bayi sebesar 3,9%. Diare memiliki kontribusi pada kematian *post-neonatal*, menjadi penyebab tertinggi kedua setelah pneumonia, dengan 48 kasus kematian. Selain itu, diare juga menjadi penyebab kematian pada balita kelompok usia 12-59 bulan dengan 19 kasus kematian.<sup>(16)</sup>

Diare memiliki dampak langsung terhadap kesehatan anak dan berhubungan erat dengan stunting. Stunting, yang didefinisikan sebagai kondisi pertumbuhan terhambat pada anak akibat kekurangan gizi kronis, sering kali diperburuk oleh infeksi berulang, termasuk diare. Prendergast dan Humphrey (2014) menyatakan bahwa stunting tidak hanya dipengaruhi oleh asupan gizi, tetapi juga dipengaruhi oleh faktor kebersihan dan sanitasi. Sanitasi yang buruk meningkatkan risiko infeksi, yang pada akhirnya menghambat pertumbuhan anak.<sup>(17)</sup> Penelitian lain juga menunjukkan anak yang sering mengalami diare berisiko lebih besar mengalami stunting dibandingkan yang jarang terkena diare.<sup>(18)</sup> Hal ini disebabkan oleh kehilangan cairan dan nutrisi penting yang dapat mengganggu proses pertumbuhan

dan perkembangan mereka.<sup>(19)</sup> Berdasarkan hasil SKI 2023 ditemukan bahwa 1 dari 5 balita di Indonesia (21,5%) mengalami stunting.<sup>(20)</sup>

Untuk mendukung upaya peningkatan kondisi sanitasi, pendekatan berbasis perubahan perilaku menjadi sangat penting. Salah satu kerangka yang dapat digunakan untuk menganalisis dan memahami perilaku sanitasi adalah SaniFOAM (*Sanitation, Focus on Opportunity, Ability, Motivation*). Kerangka ini mengidentifikasi tiga determinan utama yang memengaruhi perilaku sanitasi, yaitu *Opportunity* (kesempatan), *Ability* (kemampuan), dan *Motivation* (motivasi). Pada faktor kesempatan, mencakup akses/ketersediaan, atribut produk, norma sosial, dan sanksi/penegakan hukum yang memengaruhi perilaku sanitasi. Faktor kemampuan meliputi pengetahuan, keterampilan, dukungan sosial, peran/ keputusan, dan keterjangkauan. Adapun pada faktor motivasi meliputi sikap dan keyakinan, penggerak emosional, prioritas, niat dan kemauan untuk membayar guna mendukung sanitasi yang lebih baik.<sup>(21)</sup>

Kerangka SaniFOAM telah digunakan dalam berbagai penelitian untuk menganalisis perilaku sanitasi di berbagai komunitas. Penelitian yang dilakukan oleh Mutiiria (2023) di Kabupaten Meru, Kenya mengungkapkan bahwa faktor *opportunity* memiliki pengaruh terbesar terhadap praktik sanitasi dengan ( $r = 0,303$ ,  $p\text{-value} = 0.000$ ), dan faktor *ability* dengan ( $r = 0,249$ ,  $p\text{-value} = 0.002$ ).<sup>(22)</sup> Sementara itu, penelitian lain yang dilakukan oleh Febriani (2016) di Desa Sumbersari Metro Selatan menunjukkan bahwa faktor *motivation* merupakan determinan utama dalam perilaku Stop Buang Air Besar Sembarangan (SBS) dengan nilai ( $OR = 9,11$ ,  $p\text{-value} = 0.001$ ).<sup>(23)</sup>

Melalui pendekatan SaniFOAM, dapat dipahami bagaimana berbagai faktor saling berinteraksi dalam memengaruhi perilaku sanitasi masyarakat. Faktor

*opportunity* menentukan sejauh mana individu memiliki akses terhadap fasilitas sanitasi yang layak dan bagaimana norma sosial mendukung perubahan perilaku. Faktor *ability* mencerminkan kapasitas individu untuk mengadopsi praktik sanitasi yang lebih baik. Sementara itu, faktor *motivation* berperan dalam membentuk dorongan internal seseorang untuk mengubah perilaku. Oleh sebab itu, berbagai strategi intervensi dapat diterapkan untuk mengatasi hambatan dan memanfaatkan peluang yang ada. Hal ini sangat penting dalam mendukung upaya pemerintah Indonesia dalam memperbaiki kondisi sanitasi dan menciptakan lingkungan yang sehat.<sup>(21)</sup>

Pemerintah Indonesia telah melakukan berbagai upaya untuk meningkatkan sanitasi dan kesehatan masyarakat, salah satunya melalui regulasi yaitu Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2014 tentang Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM). Peraturan ini menekankan pemberdayaan masyarakat dalam menciptakan perilaku hidup bersih dan sehat melalui pemicuan, dengan menekankan lima pilar utama. Pilar pertama yaitu SBS atau *Open Defecation Free* (ODF).<sup>(24)</sup>

ODF mengacu pada kondisi di mana seluruh individu dalam komunitas berhenti melakukan perilaku *Open Defecation* (OD) dan menyadari pentingnya sanitasi yang baik. Pencapaian ODF dipengaruhi oleh perilaku OD yang merupakan salah satu perilaku hidup yang tidak sehat. OD adalah tindakan membuang tinja manusia di area terbuka seperti ladang, hutan, semak-semak, atau tempat terbuka lainnya tanpa pengelolaan yang aman yang dibiarkan menyebar dan mengkontaminasi lingkungan, tanah, udara, dan air. Tentu dengan perilaku seperti ini akan memberikan efek buruk bagi kesehatan ataupun lingkungan sekitar. Sebuah rumah tangga dikatakan OD jika masih terdapat anggota keluarganya yang

berperilaku OD serta tidak menggunakan jamban dan terdapat tinja yang ditemukan di pekarangan rumah, sesuai kriteria lembar observasi stop OD.<sup>(24)</sup>

Beberapa penelitian telah mengungkapkan berbagai faktor yang mempengaruhi perilaku OD. Penelitian yang dilakukan oleh Wahyuni (2018) di Kecamatan Sumberrejo Kabupaten Bojonegoro menyebutkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan perilaku OD dengan hasil uji statistik diperoleh nilai *p-value*  $p=0,000$ , sedangkan pada variabel sikap diperoleh nilai *p-value*  $p=0,000$ , artinya terdapat hubungan antara sikap dengan perilaku OD.<sup>(25)</sup>

Penelitian lain yang dilakukan oleh Anwar (2021) di Desa Segara Kembang Kecamatan Lengkiti Kabupaten Oku mengungkapkan adanya hubungan yang bermakna antara kepemilikan jamban dengan perilaku OD, dengan hasil pengujian statistik diperoleh *p-value*  $p=0,001$ , sedangkan variabel peran tenaga kesehatan diperoleh hasil pengujian statistik *p-value*  $p=0,001$ , artinya terdapat hubungan yang bermakna antara peran tenaga kesehatan dengan perilaku OD.<sup>(26)</sup>

Sejalan dengan penelitian tersebut, Maharani (2022) juga menemukan adanya hubungan yang signifikan antara pekerjaan *p-value* = 0,046, tingkat pendidikan *p-value* = 0,000, dan kepemilikan jamban *p-value* = 0,000, dengan perilaku OD di Wilayah Kerja Puskesmas Muara Sabak Timur.<sup>(27)</sup> Hasil ini menunjukkan bahwa perilaku OD dipengaruhi oleh berbagai faktor. Oleh karena itu, pemerintah terus berupaya menekan angka OD untuk meningkatkan cakupan ODF secara nasional melalui berbagai kebijakan dan program yang telah ditetapkan.<sup>(24)</sup>

Sebagai bagian dari upaya mencapai kondisi sanitasi yang lebih baik, pemerintah Indonesia juga menetapkan target sanitasi dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020-2024. Salah satu langkah strategis yang

diambil adalah pencapaian status ODF di seluruh wilayah Indonesia, yang bertujuan untuk mengubah perilaku masyarakat agar tidak lagi melakukan OD dan beralih ke penggunaan jamban yang sehat.<sup>(14)</sup>

Menurut data Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, persentase desa/kelurahan yang terverifikasi ODF secara nasional pada tahun 2024 adalah 59.560 (73,59%) desa/kelurahan, namun ini masih dibawah target nasional yang ditetapkan sebesar 90% pada tahun 2024. Data capaian ODF ini digunakan sebagai dasar dalam mengukur tingkat perilaku OD di masyarakat, di mana semakin rendah persentase desa/kelurahan yang ODF, semakin tinggi kemungkinan masih adanya perilaku OD di wilayah tersebut. Terdapat 30 provinsi yang belum memenuhi target dari 38 provinsi di Indonesia. Persentase tertinggi yang memiliki capaian status ODF 100% yaitu di provinsi Jawa Tengah, DI Yogyakarta, Jawa Timur, NTB, dan Sulawesi Selatan sedangkan yang terendah adalah Papua Pegunungan (2,93%).<sup>(28)</sup>

Provinsi Sumatera Barat merupakan salah satu dari provinsi yang belum memenuhi target nasional (90%) dengan capaian ODF hanya 82,10%.<sup>(28)</sup> Hal ini menunjukkan bahwa masih banyak desa/kelurahan yang warganya masih melakukan perilaku OD, buruknya sanitasi akibat perilaku OD dapat berdampak langsung pada kesehatan masyarakat. Persentase kasus diare di Provinsi Sumatera Barat pada tahun 2023 mencapai 26,3% (40.689 kasus) untuk kelompok semua umur dan 13,6% (11.729 kasus) pada kelompok balita.<sup>(16)</sup> Selain itu, prevalensi stunting di Provinsi ini mencapai 23,6% pada tahun yang sama.<sup>(20)</sup>

Dari 19 kabupaten atau kota yang berada di Provinsi Sumatera Barat, Kabupaten Lima Puluh Kota menjadi salah satu kabupaten yang belum terverifikasi dan belum memenuhi target nasional dengan capaian ODF pada tahun 2024 yaitu sebesar 81,01%. Persentase ini menunjukkan bahwa masih terdapat masyarakat yang

berperilaku OD, yang berisiko terhadap kesehatan lingkungan dan individu. Kabupaten Lima Puluh Kota menempati peringkat ketiga dengan capaian ODF terendah dibandingkan kabupaten/kota lain di Provinsi Sumatera Barat.<sup>(28)</sup> Namun, kabupaten ini memiliki angka kasus diare dan prevalensi stunting tertinggi dibandingkan dengan kabupaten/kota lain di provinsi ini. Kasus diare di Kabupaten Lima Puluh Kota tahun 2023 tercatat sebanyak 38,4% (4.130 kasus) pada kelompok semua umur dan 20,2% (1.187 kasus) pada kelompok balita.<sup>(29)</sup> Prevalensi stunting di Kabupaten Lima Puluh Kota menunjukkan peningkatan dari 24,3% pada tahun 2022 menjadi 28,6% pada tahun 2023.<sup>(30) (31)</sup>

Data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Lima Puluh Kota tahun 2024, menunjukkan bahwa hanya 0,39% rumah tangga yang telah memiliki akses terhadap sanitasi yang aman. Sekitar 62,70% rumah tangga memiliki akses sanitasi layak. Sementara itu, terdapat 1,91% rumah tangga yang masih memiliki akses sanitasi tidak layak, dan 30,07% rumah tangga masih melakukan OD. Dari total 13 kecamatan dan 79 nagari di Kabupaten Lima Puluh Kota, hingga saat ini masih terdapat 6 kecamatan dan 15 nagari yang belum terverifikasi sebagai ODF yaitu, Nagari Maek, Nagari Harau, Nagari Solok Bio-bio, Nagari Durian Tinggi, Nagari Galugua, Nagari Koto Bangun, Nagari Koto Lamo, Nagari Sitanang, Nagari Labuah Gunuang, Nagari Bukik Sikumpa, Nagari Mungo, Nagari Talang Maua, Nagari Sungai Antuan, Nagari Simpang Kapuak, dan Nagari Mungka.<sup>(32)</sup>

Dari 15 nagari tersebut, lokasi penelitian ini difokuskan pada tiga nagari, yaitu Nagari Durian Tinggi, Nagari Mungka, dan Nagari Solok Bio-Bio. Alasan pemilihan lokasi penelitian didasarkan pada variasi karakteristik wilayah yang dapat mewakili kondisi perilaku OD di Kabupaten Lima Puluh Kota, dengan keterwakilan wilayah urban, pedesaan, dan terpencil. Nagari Durian Tinggi dipilih karena

memiliki prevalensi perilaku OD tertinggi, dengan capaian ODF hanya 19,42%, serta berada di wilayah puskesmas terpencil, yang mencerminkan keterbatasan akses terhadap layanan kesehatan dan sanitasi. Nagari Mungka, dengan capaian ODF 23,19%, berada di wilayah puskesmas pedesaan, sehingga dapat menggambarkan kondisi sanitasi di daerah rural dengan akses layanan kesehatan yang lebih baik dibandingkan wilayah terpencil. Sementara itu, Nagari Solok Bio-Bio dipilih karena terletak di ibu kota kabupaten dengan capaian ODF 51,32%. Untuk menurunkan angka perilaku OD sehingga pencapaian status ODF dapat meningkat, diperlukan upaya dalam meningkatkan faktor kesempatan (*opportunity*), kemampuan (*ability*), dan motivasi (*motivation*) guna mendorong perubahan perilaku sanitasi masyarakat. Namun, karena masih kurangnya informasi mengenai hubungan ketiga faktor tersebut dengan perilaku OD menunjukkan perlunya penelitian lebih lanjut untuk memahami keterkaitannya.

Berdasarkan hasil survei awal yang dilakukan di Nagari Mungka dan Nagari Solok Bio-Bio terhadap 10 rumah tangga dengan responden kepala keluarga sebagai orang yang bertanggung jawab terkait kondisi sanitasi dalam rumah tangga, ditemukan bahwa 70% rumah tangga masih melakukan perilaku OD. Sebanyak 20% responden melakukan perilaku OD terbuka yang dilakukan pada kolam atau sungai terdekat. 50% responden melakukan perilaku OD tertutup dimana memiliki jamban tapi tidak memiliki lubang penampung (tangki septik/cubluk) dan 40% diantaranya tidak memiliki lahan untuk membangun fasilitas tersebut. Kondisi ini menyebabkan pembuangan limbah secara langsung ke lingkungan, yang dialirkan ke sungai, rawa, selokan atau kolam yang terletak di belakang rumah.

Selain itu, survei awal juga menunjukkan 60% responden memiliki pengetahuan cukup terhadap dampak buruk perilaku OD serta manfaat sanitasi yang

layak bagi kesehatan, 60% kepala keluarga kurang memberikan dukungan dalam penghentian perilaku OD di rumah tangga terlihat dari minimnya edukasi kepada anggota keluarga mengenai dampak perilaku OD, tidak mencerminkan perilaku BAB di jamban sesuai standar kesehatan. Sebanyak 40% responden menjawab peran tenaga kesehatan kurang mendukung dalam memberikan akses informasi mengenai perubahan perilaku masyarakat agar berhenti melakukan perilaku OD.

Dalam survei awal, ditemukan bahwa semua rumah tangga telah memiliki akses terhadap air bersih, dengan kondisi air yang tidak berwarna, tidak berasa, dan tidak berbau. Selain itu, semua responden telah mengetahui kebijakan pemerintah terkait larangan perilaku OD, pemerintah juga telah melakukan monitoring, serta terdapat penyuluhan dari nagari mengenai pentingnya sanitasi. Menunjukkan bahwa variabel ini tidak memiliki variasi dalam sampel yang akan diambil sehingga kurang relevan untuk diteliti. Selain itu, peran tokoh masyarakat dalam penghentian perilaku OD dinilai tidak mendukung. Dalam hal *personal reference* atau panutan dalam mengubah perilaku sanitasi, semua responden menyatakan bahwa tenaga kesehatan adalah pihak yang paling berpengaruh. Seluruh responden juga telah memiliki niat untuk membangun fasilitas sanitasi, tetapi mereka lebih memprioritaskan kebutuhan lain dibandingkan membangun fasilitas sanitasi.

Hasil survei awal tersebut menunjukkan bahwa masih banyak rumah tangga di Kabupaten Lima Puluh Kota yang melakukan perilaku OD, baik secara terbuka maupun tertutup. Kondisi ini dapat memperburuk pencemaran lingkungan akibat pembuangan limbah tinja secara langsung ke lingkungan, yang berpotensi menyebabkan penyebaran penyakit berbasis lingkungan seperti diare dan infeksi saluran pencernaan. Jika dibiarkan, dampak ini dapat menurunkan kualitas lingkungan dan derajat kesehatan masyarakat. Berdasarkan pemaparan tersebut,

perlu dilakukan penelitian dengan judul faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku OD pada rumah tangga di Kabupaten Lima Puluh Kota.

## 1.2 Perumusan Masalah

Kabupaten Lima Puluh Kota menjadi kabupaten dengan prevalensi perilaku OD yang masih tinggi, dengan persentase wilayah yang belum terverifikasi ODF pada tahun 2024 yaitu sebesar 18,99%. Data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Lima Puluh Kota tahun 2024, persentase rumah tangga yang masih melakukan BABS yaitu sebesar 30,07%. Apabila keadaan ini terus menerus terjadi tanpa adanya penanggulangan maka dapat menurunkan kualitas lingkungan dan derajat kesehatan masyarakat. Perilaku OD dipengaruhi oleh faktor kesempatan (*opportunity*), kemampuan (*ability*), dan motivasi (*motivation*), namun karena masih kurangnya informasi yang menunjukkan hubungan antara faktor-faktor tersebut dengan perilaku OD pada rumah tangga, diperlukan penelitian lebih lanjut untuk mengetahui dan memahami kaitannya.

Berdasarkan permasalahan yang telah diuraikan di latar belakang, maka rumusan masalah pada penelitian ini yaitu “Bagaimana faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku *Open Defecation* (OD) pada rumah tangga di Kabupaten Lima Puluh Kota Tahun 2025?”

## 1.3 Tujuan Penelitian

### 1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku *Open Defecation* (OD) pada rumah tangga di Kabupaten Lima Puluh Kota Tahun 2025.

### 1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui distribusi frekuensi perilaku OD pada rumah tangga di Kabupaten Lima Puluh Kota.

2. Mengetahui distribusi frekuensi faktor *opportunity* yaitu ketersediaan lahan, peran tenaga kesehatan, kepemilikan jamban sehat pada rumah tangga di Kabupaten Lima Puluh Kota.
3. Mengetahui distribusi frekuensi faktor *ability* yaitu pengetahuan, tingkat pendidikan, peran kepala keluarga, *affordability*, dan pekerjaan pada rumah tangga di Kabupaten Lima Puluh Kota.
4. Mengetahui distribusi frekuensi faktor *motivation* yaitu sikap dan keyakinan pada rumah tangga di Kabupaten Lima Puluh Kota.
5. Menganalisis hubungan faktor *opportunity* yaitu ketersediaan lahan, peran tenaga kesehatan, kepemilikan jamban sehat dengan perilaku OD pada rumah tangga di Kabupaten Lima Puluh Kota.
6. Menganalisis hubungan faktor *ability* yaitu pengetahuan, tingkat pendidikan, peran kepala keluarga, *affordability*, dan pekerjaan dengan perilaku OD pada rumah tangga di Kabupaten Lima Puluh Kota.
7. Menganalisis hubungan faktor *motivation* yaitu sikap dan keyakinan dengan perilaku OD pada rumah tangga di Kabupaten Lima Puluh Kota.
8. Untuk mengetahui faktor yang paling mempengaruhi perilaku OD pada rumah tangga di Kabupaten Lima Puluh Kota.

## **1.4 Manfaat Penelitian**

### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

Diharapkan penelitian ini dapat memberikan kontribusi dalam meningkatkan pemahaman dan pengetahuan tentang perilaku OD, khususnya dalam mengidentifikasi mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku OD pada rumah tangga di Kabupaten Lima Puluh Kota tahun 2025.

### **1.4.2 Manfaat Akademis**

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi sumber referensi penelitian selanjutnya sebagai bahan rujukan dan mengembangkan keilmuan dibidang kesehatan lingkungan, khususnya mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku OD pada rumah tangga di Kabupaten Lima Puluh Kota tahun 2025.

### **1.4.3 Manfaat Praktis**

#### **1. Bagi Penulis**

Dapat memberikan informasi, wawasan, dan pengalaman mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku OD pada rumah tangga di Kabupaten Lima Puluh Kota tahun 2025. Serta dapat mengembangkan kemampuan penulis dalam mempraktikkan ilmu yang didapatkan selama mengikuti perkuliahan di Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Andalas.

#### **2. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Lima Puluh Kota**

Penelitian ini dapat memberikan bahan masukan bagi institusi sebagai pertimbangan dalam menentukan intervensi yang sesuai dan tepat sasaran untuk menurunkan angka perilaku OD sehingga status ODF komunitas dapat tercapai atau meningkat serta memberikan kontribusi dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

#### **3. Bagi Masyarakat**

Penelitian ini diharapkan mampu memberikan informasi yang bermanfaat bagi masyarakat untuk meningkatkan pemahaman terkait perilaku OD, sehingga mendorong mereka beralih menggunakan jamban yang sehat.

### 1.5 Ruang Lingkup Penelitian

Dalam penelitian ini, peneliti menetapkan ruang lingkup penelitian yaitu untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku *Open Defecation* (OD) pada rumah tangga di Kabupaten Lima Puluh Kota. Jenis penelitian secara kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional*. Penelitian ini akan dilaksanakan di Kabupaten Lima Puluh Kota mulai dari Maret 2025 hingga April 2025. Variabel yang akan diteliti meliputi faktor *opportunity* yaitu, ketersediaan lahan, peran tenaga kesehatan, kepemilikan jamban sehat. Faktor *ability* yaitu, pengetahuan, tingkat pendidikan, peran kepala keluarga, *affordability*, pekerjaan. Serta faktor *motivation*, yaitu sikap/keyakinan dengan perilaku OD. Penelitian ini dilakukan di tiga nagari yang dapat mewakili wilayah Kabupaten Lima Puluh Kota yaitu, Nagari Durian Tinggi, Nagari Mungka, dan Nagari Solok Bio-bio. Sampel dalam penelitian ini berjumlah 128 KK dari populasi yang berjumlah 3.863 KK. Teknik pengambilan sampel dengan *Multistage Random Sampling*. Instrumen dalam penelitian ini yaitu menggunakan kuesioner dan lembar *checklist*. Teknik analisis data menggunakan analisis univariat dan analisis bivariat. Analisis bivariat menggunakan uji statistik *chi square*, kemudian untuk menguji hubungan antara dua variabel kategorik dengan tabel kontingensi 3 X 2, digunakan uji *Pearson Chi-Square* dengan batas kemaknaan  $\alpha = 0,05$  dan derajat kepercayaan 95%. Analisis multivariat dengan uji regresi logistik berganda.