



**PARTISIPASI MASYARAKAT DALAM PELAKSANAAN
PROGRAM SANITASI TOTAL BERBASIS MASYARAKAT
PILAR PERTAMA (*STOP BABS*) DI DESA PURWOSARI
KECAMATAN SAYUNG KABUPATEN DEMAK
TAHUN 2015**

SKRIPSI

Diajukan sebagai Salah Satu Syarat
Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

UNNES

Oleh :

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

Nurul Siti Fatonah

NIM 6411411249

**JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAAGAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
2016**

ABSTRAK

Nurul Siti Fatonah

Partisipasi Masyarakat dalam Pelaksanaan Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat Pilar Pertama (*Stop BABS*) di Desa Purwosari Kecamatan Sayung Kabupaten Demak Tahun 2015

VI + 139 halaman + 7 tabel + 7 gambar + 13 lampiran

Desa Purwosari adalah salah satu desa yang melaksanakan program STBM. Sanitasi di Desa Purwosari belum meningkat, dan partisipasi masyarakat untuk melaksanakan program masih rendah. Penelitian ini bertujuan untuk mengkaji partisipasi masyarakat dalam pelaksanaan Program STBM pilar pertama (*Stop BABS*) di Desa Purwosari Tahun 2015. Jenis penelitian ini adalah kualitatif dengan teknik pengambilan informan secara *purposive sampling*. Informan penelitian yaitu masyarakat yang mengikuti program STBM, Petugas Puskesmas Sayung 1, Bidan Desa Purwosari, dan perangkat desa. Teknik pengambilan data menggunakan teknik wawancara, observasi, dokumentasi, dan FGD. Hasil penelitian menunjukkan bahwa partisipasi masyarakat dalam melaksanakan program STBM di Desa Purwosari masih rendah, alasannya karena kondisi lingkungan sering terjadi abrasi, dan perilaku masyarakat. Faktor Internal yang mempengaruhi partisipasi masyarakat adalah mata pencaharian, pendapatan, pengetahuan masyarakat. Sedangkan Faktor Eksternal yang mempengaruhi adalah *stakeholder* yang ikut terlibat. Saran yang diberikan yaitu STBM di Desa Purwosari sebaiknya dilakukan sesuai tahapan dalam panduan pelaksanaannya dan semua pihak dapat mendukung pelaksanaannya.

Kata Kunci : Partisipasi Masyarakat, STBM, Desa Purwosari
Kepustakaan : 33 (2002-2015)

ABSTRACT

Nurul Siti Fatonah

Public participation in the implementation of Community-Led Total Sanitation Program First Pillar (Stop BABS) in the village of Purwosari Sayung Demak 2015

VI + 139 pages + 7 tables + 7 pictures + 13 attachments

Purwosari village is one of the villages that implement the program. Sanitation in Purwosari has not increased, and the participation remains low. This study purposed to assess the community participation in the implementation of the first pillar of STBM Program (Stop BABS) in Purwosari in 2015. The research was a qualitative with the technique of making informant by purposive sampling. The informants were people who take the program, staffs of Sayung Public Health Center 1, Purwosari's midwives, and village officials. The techniques used to collect the data were interview, observation, documentation, and FGD. The results showed that community participation to implement the program in Purwosari remains low, the reasons were the community behavior and abrasion. Internal factors that influence were the community participation, income, and knowledge. While external factors affect was the involve of stakeholders. The advice given was the STBM program in Purwosari should be applied according to the stages of implementation guide and all parties should support the implementation.

Keywords : Public Participation, STBM, Purwosari Village

Literature : 33 (2002-2015)

PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa yang tertulis dalam skripsi ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan jiplakan dari hasil karya orang lain, baik sebagian atau seluruhnya. Pendapat atau temuan orang lain yang terdapat di dalam Skripsi ini dikutip atau dirujuk berdasarkan kode etik ilmiah.

Semarang, 15 Desember 2015


Penulis



UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

iv

PENGESAHAN

Telah dipertahankan di hadapan Panitia Ujian Skripsi Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, skripsi atas nama Nurul Siti Fatmah, NIM: 6411411249, dengan Judul "Partisipasi Masyarakat dalam Pelaksanaan Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat Pilar Pertama (Stop BABS) di Desa Purwosari Kecamatan Sayung Kabupaten Demak Tahun 2015"

Pada hari : Selasa

Tanggal : 12 Januari 2016



Panitia Ujian:

Sekretaris:

Sofwan Indarjo
Sofwan Indarjo, S.KM., M.Kes
NIP. 19760719.200812.1.002

	Dewan Penguji	Tanggal Persetujuan
Ketua Penguji (Penguji I)	1. <i>Arum Siwiendrayanti</i> Arum Siwiendrayanti, S.KM, M.Kes NIP. 198009092005012002	5/2-2016
Anggota Penguji (Penguji II)	2. <i>Irwan Budiono</i> Irwan Budiono, S.KM, M.Kes(Epid) NIP. 197512172005011003	9-2-2016
Anggota Penguji (Penguji III)	3. <i>Rudatin Windrawura</i> Rudatin Windrawura, S.T., M.Sc NIP. 198208112008121004	9 Feb 2016

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO:

- ❖ “Karena sesungguhnya sesudah kesulitan itu ada kemudahan, sesungguhnya sesudah kesulitan itu ada kemudahan. Maka apabila kamu telah selesai (dari sesuatu urusan), kerjakanlah dengan sungguh-sungguh (urusan) yang lain dan hanya kepada Tuhanmulah hendaknya kamu berharap.” - (QS (Al-'Asyr) 94:5-8)
- ❖ “Sebaik-baik orang adalah orang yang memberikan kebermanfaatn bagi orang lain.” - (Al-Hadist)

PERSEMBAHAN:

Tanpa mengurangi rasa syukur kepada

Allah SWT, skripsi ini penulis

persembahkan untuk:

1. Ayahanda (Wariso) dan Ibunda (Sugiyem).
2. Adikku (Nita dan Nafi)
2. Almamaterku, UNNES.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT. Yang senantiasa memberikan nikmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan skripsi yang berjudul “Partisipasi Masyarakat dalam Pelaksanaan Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat Pilar Pertama (*Stop BABS*) di Desa Purwosari Kecamatan Sayung Kabupaten Demak Tahun 2015”. Skripsi ini disusun untuk memenuhi persyaratan memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat di Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini tidak mungkin terselesaikan dengan baik tanpa adanya bantuan dari berbagai pihak yang dengan ikhlas telah merelakan waktu, tenaga, dan pikirannya demi membantu penulis dalam menyusun skripsi ini. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih kepada:

1. Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Prof. Dr. Tandiyo Rahayu, M.Pd;
2. Ketua Jurusan Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang sekaligus sebagai penguji skripsi II, Bapak Irwan Budiono, S.KM., M.Kes, atas saran, dan arahan dalam penyelesaian skripsi ini;
3. Pembimbing Skripsi, Bapak Rudatin Windraswara, S.T.,M.Sc, atas bimbingan, sarah dan arahan dalam penyelesaian skripsi ini;

4. Penguji I, Ibu Arum Siwiendrayanti, S.KM., M.Kes, atas saran dan arahan dalam penyelesaian skripsi ini;
5. Bapak Ibu dosen Ilmu Kesehatan Masyarakat atas ilmu yang telah diberikan;
6. Segenap tim skripsi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat atas bantuan dan kerjasamanya dalam penyusunan skripsi ini;
7. Kepala Badan Pelayanan Perizinan Terpadu dan Penanaman Modal (BPPTPM), Kabupaten Demak, atas ijin penelitian yang diberikan;
8. Kepala Puskesmas Sayung 1, atas ijin penelitian yang diberikan;
9. Kepala Desa Purwosari, atas ijin penelitian dan bantuan yang diberikan;
10. Seluruh informan yang membantu terselesaikannya skripsi ini;
11. Sahabat-sahabat terbaikku (Ukhti Nurhana, Sri, Aisyah, Oktik, Uyun), atas bantuan dan motivasi yang diberikan.;
12. Seluruh pihak yang membantu penulis selama penelitian dan penyusunan skripsi ini yang tidak dapat disebutkan satu per satu.

Semoga amal baik dari semua pihak mendapatkan pahala yang berlipat ganda dari Allah SWT. Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari sempurna, sehingga masukan dan kritikan yang membangun sangat diharapkan guna penyempurnaan karya selanjutnya. Semoga skripsi ini bermanfaat bagi semua pihak yang berkepentingan.

Semarang, Desember 2015

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman Judul	i
Abstrak	ii
Abstrac	iii
Halaman Pernyataan	iv
Halaman Pengesahan	v
Motto dan Persembahan	vi
Kata Pengantar	vii
Daftar Isi	ix
Daftar Tabel	xiv
Daftar Gambar	xv
Daftar Lampiran	xvi
Daftar Arti Lambang dan Singkatan	xvii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang Masalah	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian	6
1.3.1 Tujuan Umum	6
1.3.2 Tujuan Khusus	6
1.4 Manfaat Penelitian	7
1.4.1 Manfaat bagi Peneliti	7

1.4.2 Manfaat bagi Puskesmas Sayung 1	7
1.4.3 Manfaat bagi Masyarakat	7
1.5 Keaslian Penelitian	8
1.6 Ruang Lingkup Penelitian	10
1.6.1 Ruang Lingkup Tempat	10
1.6.2 Ruang Lingkup Waktu	10
1.6.3 Ruang Lingkup Keilmuan	10
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	11
2.1 Landasan Teori	11
2.1.1 Sanitasi Lingkungan.....	11
2.1.2 Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM)	14
2.1.2.1 Sejarah STBM	14
2.1.2.2 Pengertian STBM	15
2.1.2.3 Pilar STBM	18
2.1.2.4 Pilar Pertama Stop BABS	19
2.1.2.5 Indikator Pilar Pertama STBM	27
2.1.2.6 Buang Air Besar Sembarangan Ditinjau dari Kesehatan Lingkungan.....	28
2.1.3 Masyarakat	29
2.1.3.1 Pengertian Masyarakat	29
2.1.3.2 Ciri-ciri Masyarakat	30
2.1.3.3 Golongan Masyarakat	31

2.1.3.4	<i>Unsur Masyarakat</i>	32
2.1.3.4.1	<i>Golongan Sosial</i>	32
2.1.4	Partisipasi Masyarakat	35
2.1.4.1	<i>Pengertian Partisipasi Masyarakat</i>	35
2.1.4.2	<i>Bentuk Partisipasi Masyarakat</i>	37
2.1.4.3	<i>Tingkat Partisipasi Masyarakat</i>	38
2.1.4.4	<i>Faktor-faktor yang Mempengaruhi Masyarakat</i>	40
2.2	Kerangka Teori	43
BAB III METODE PENELITIAN		44
3.1	Alur Pikir	44
3.2	Fokus Penelitian	45
3.3	Jenis dan Rancangan Penelitian	46
3.4	Sumber Informasi	47
3.4.1	Sumber Data Primer	47
3.4.2	Sumber Data Sekunder	48
3.5	Instrumen Penelitian	48
3.6	Teknik Pengambilan Data	49
3.7	Prosedur Penelitian	51
3.7.1	Tahap Pra Penelitian	51
3.7.2	Tahap Pelaksanaan Penelitian	51
3.7.3	Tahap Pasca Penelitian	52

3.8	Pemeriksaan Keabsahan Data	52
3.9	Teknik Analisis Data	53
3.9.1	Pengumpulan Data	54
3.9.2	Telaah Data	54
3.9.3	Reduksi Data	54
3.9.4	Penyajian Data	54
3.9.5	Penarikan Kesimpulan dan Verifikasi	55
BAB IV	HASIL PENELITIAN	56
4.1	Gambaran Umum	56
4.2	Hasil Penelitian	60
4.2.1	Karakteristik Informan	60
4.2.2	Partisipasi Masyarakat	63
4.2.3	Alasan Partisipasi Rendah	65
4.2.4	Faktor-faktor yang Mempengaruhi Partisipasi Masyarakat	67
4.2.4.1	<i>Faktor Internal</i>	67
4.2.4.2	<i>Faktor Eksternal</i>	71
BAB V	PEMBAHASAN	74
5.1	Partisipasi Masyarakat dalam Pelaksanaan Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat	74
5.1.1	Kegiatan Pelaksanaan Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat	76

5.1.1.1 Bentuk Kegiatan	76
5.1.1.2 Pelaksanaan Kegiatan	78
5.1.2 Alasan Partisipasi Masyarakat	80
5.1.3 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Partisipasi Masyarakat	82
5.1.3.1 Faktor Internal	82
5.1.3.2 Faktor Eksternal	85
5.2 Implikasi Teori	87
5.3 Kelemahan Penelitian	87
BAB VI SIMPULAN DAN SARAN	88
6.1 Simpulan	88
6.2 Saran	89
6.2.1 Bagi Desa Purwosari	89
6.2.2 Bagi Puskesmas Sayung 1	89
6.2.3 Bagi Peneliti Selanjutnya	90
DAFTAR PUSTAKA	91
DAFTAR LAMPIRAN	94

DAFTAR TABEL

Tabel 1.2 Keaslian Penelitian.....	8
Tabel 3.1 Fokus Penelitian	45
Tabel 3.2 Sumber Informasi Data Sekunder	48
Tabel 3.3 Instrumen Penelitian dan Teknik Pengambilan Data	49
Tabel 4.1 Karakteristik Informan Utama	61
Tabel 4.2 Karakteristik Informan Triangulasi	61
Tabel 4.3 Karakteristik Informan FGD	61



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori	43
Gambar 3.1 Alur Pikir	44
Gambar 3.2 Struktur Pengolahan Data	55
Gambar 4.1 Peta Wilayah Desa Purwosari Kecamatan Sayung	56
Gambar 4.2 Grafik 10 Besar Penyakit di Desa Purwosari Tahun 2015	58
Gambar 4.3 Rumah Informan 2	62
Gambar 4.4 Jamban yang digunakan sebagian warga untuk BAB	62



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Keputusan Dosen Pembimbing	95
Lampiran 2 Surat Ijin Penelitian dari Fakultas kepada Kesbangpol	96
Lampiran 3 Surat Rekomendasi Riset dari BPPTPM Kabupaten Demak	97
Lampiran 4 Surat Ijin Penelitian dari Fakultas kepada Kelurahan Purwosari.....	99
Lampiran 5 <i>Ethical Clearance</i>	100
Lampiran 6 Lembar Penjelasan kepada Calon Subjek.....	101
Lampiran 7 Lembar Observasi 1	103
Lampiran 8 Lembar Observasi 2.....	104
Lampiran 9 Pedoman Wawancara untuk Informan Utama.....	105
Lampiran 10 Pedoman FGD	108
Lampiran 11 Rekap Data Lembar Observasi 1	111
Lampiran 12 Dokumentasi.....	112
Lampiran 13 Transkrip Wawancara.....	115



DAFTAR ARTI LAMBANG DAN SINGKATAN

Daftar Arti Lambang

% : persen

Daftar Arti Singkatan



3R	: <i>Reduce, Reuse, and Recycle</i>
AMPL	: Air Minum dan Penyehatan Lingkungan
BAB	: Buang Air Besar
BABS	: Buang Air Besar Sembarangan
CLTS	: <i>Community-Led Total Sanitation</i>
CTPS	: Cuci Tangan Pakai Sabun
Depkes	: Departemen Kesehatan
Kepmenkes	: Keputusan Menteri Kesehatan
KK	: Kepala Keluarga
KLB	: Kejadian Luar Biasa
MDGs	: <i>Millenium Development Goals</i>
Menkes	: Menteri Kesehatan
NGO	: <i>Non-Government Organization</i>
No.	: Nomor
ODF	: <i>Open Defecation Free</i>
PAM-RT Sehat	: Pengelolaan Air Minum Rumah Tangga dan Makanan Sehat
Permenkes	: Peraturan Menteri Kesehatan

PMD	: Pemberdayaan Masyarakat Desa
PSRT	: Pengelolaan Sampah Rumah Tangga
Puskesmas	: Pusat Kesehatan Masyarakat
RI	: Republik Indonesia
SDM	: Sumber Daya Manusia
SK	: Surat Keputusan
SKN	: Sistem Kesehatan Nasional
STBM	: Sanitasi Total Berbasis Masyarakat
SToPS	: Sanitasi Total dan Pemasaran Sanitasi
TOGA	: Tokoh Agama
TOMAS	: Tokoh Masyarakat
TPS	: Tempat Pengumpulan Sampah sementara
TSSM	: <i>Total Sanitation and Sanitation Marketing</i>
UU	: Undang-undang
VERC's	: <i>Village Education Resource</i>
WSLIC II <i>Indonesia</i>	: <i>Water and Sanitation for Low Income Communities in</i>



BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Menurut *World Health Organization* (WHO), sanitasi merupakan upaya pengendalian semua faktor lingkungan fisik manusia yang akan menimbulkan hal-hal yang merugikan bagi perkembangan fisik, kesehatan, dan daya tahan tubuh. Menurut WHO pula, kematian yang disebabkan karena *waterborne disease* mencapai 3.400.000 jiwa/tahun. Dari semua kematian yang bersumber pada buruknya kualitas air dan sanitasi, diare merupakan penyebab kematian terbesar yaitu 1.400.000 jiwa/tahun (Ditjen PP dan PL, 2013:1).

Di Indonesia, program sanitasi pada awalnya mengalami stagnasi hasil, banyak proyek sanitasi yang gagal, padahal penyampaian program sanitasi terutama jamban telah lama dilakukan. Keadaan ini disebabkan antara lain karena pembangunan masih berorientasi pada target fisik serta belum berorientasi pada perubahan perilaku masyarakat. Kepedulian masyarakat terhadap persoalan proyek sanitasi cenderung menurun pada pasca proyek dan kurangnya kebersamaan dalam mengatasi permasalahan sanitasi. Kecenderungan masyarakat terhadap uluran subsidi pemerintah juga masih tinggi. Hal ini memicu untuk melaksanakan program yang lebih baik dari sebelumnya (Rahmawati, 2013: 138).

Masalah strategis AMPL di Indonesia tahun 2010 berdasarkan data dari RPJM 2010-2014 dan perhitungan Bappenas 2010, 22,29 % penduduk Indonesia belum memiliki akses air minum, lebih dari 70 juta jiwa belum memiliki akses sanitasi dasar, 90% air permukaan tidak layak, 85% air tanah tercemar tinja,

14,49% saluran drainase mengalir lambat, 32,68% rumah tangga tidak memiliki saluran drainase, 68% sudah ada pelayanan sanitasi dasar tetapi belum memperhatikan kualitas layanan sanitasi aman bagi lingkungan dan kesehatan, potensi kerugian ekonomi 56 Trilyun/tahun sebagai dampak dari 70 juta jiwa belum mendapatkan akses pada sanitasi dasar, dan kesadaran ber-Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) masih rendah.

Upaya peningkatan perilaku higiene dan peningkatan akses sanitasi terus dikembangkan. Pemerintah Indonesia mengembangkan program *Community Lead Total Sanitation* (CLTS) yang lebih fokus pada perilaku Stop BABS menjadi program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM). Sanitasi Total Berbasis Masyarakat yang selanjutnya disingkat STBM adalah pendekatan untuk mengubah perilaku higienis dan saniter melalui pemberdayaan masyarakat dengan cara pemicuan. STBM terdiri dari 5 pilar yang digunakan sebagai acuan penyelenggaraannya, yang meliputi: (1) Stop BABS (Buang Air Besar Sembarangan), (2) CTPS (Cuci Tangan Pakai Sabun), (3) PAM-RT (Pengelolaan Air Minum Rumah Tangga), (4) Pengelolaan Sampah Rumah Tangga, (5) Pengelolaan Limbah Cair Rumah Tangga (Permenkes No.3 Tahun 2014).

Tantangan yang dihadapi Indonesia terkait dengan masalah air minum, higiene dan sanitasi masih sangat besar. Hasil studi *Indonesia Sanitation Sector Development Program (ISSDP)* tahun 2006, menunjukkan 47% masyarakat masih berperilaku buang air ke sungai, kolam, kebun, dan tempat terbuka.

Target *Millenium Development Goals* (MDGs) terkait akses sanitasi layak dan air minum layak di tahun 2015 adalah 62,41% dan 68,87%, sedang capaian

akses sanitasi layak di Indonesia berdasarkan data dari BPS dan KemenPU pada tahun 2012 adalah 57,35% sedang untuk akses air minum layak baru mencapai 58,05%.

Berdasarkan data dari BPS tentang STBM, *prosentase* (%) akses jamban di Jawa Tengah mencapai 76,12% dari 9.670.054 KK, dan jumlah KK yang masih melakukan BABS (Buang Air Besar Sembarangan) mencapai 2.889.280 KK. Sedangkan di Kabupaten Demak masih terdapat 61.451 KK yang melakukan BABS (Buang Air Besar Sembarangan).

Puskesmas Sayung 1 adalah Puskesmas di Kecamatan Sayung Kabupaten Demak. Di wilayah kerja Puskesmas Sayung terdapat 10 desa yaitu Desa Sriwulan, Bedono, Purwosari, Sidogewah, Gemulak, Timbulsloko, Surodadi, Tugu, Sidorejo, dan Banjarsari (Puskesmas Sayung 1, 2014).

Menurut data dari BPS tentang STBM wilayah Puskesmas Sayung 1 adalah wilayah dengan akses sanitasi paling rendah di Kabupaten Demak yaitu 54,76%. Angka tersebut belum mencapai target *Millenium Development Goals* (MDGs) yaitu 62,41%. Pada tahun 2013, angka kejadian diare di Puskesmas Sayung 1 terbesar ke-2 setelah Puskesmas Bonang 1 yaitu sebesar 1.680 kasus (Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Demak, 2013).

Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Demak, terdapat 5 desa yang sudah melaksanakan program STBM (Sanitasi Total Berbasis Masyarakat) di wilayah kerja Puskesmas Sayung 1 yaitu Desa Timbulsloko, Sidorejo, Sriwulan, Banjarsari, dan Purwosari. Dari kelima desa yang telah dilakukan pemecuan belum ada desa yang sudah ODF (*Open Defecation Free*).

Desa Purwosari adalah Desa yang terletak di wilayah Puskesmas Sayung 1 Kecamatan Sayung, Kabupaten Demak. Kondisi geografis desa tersebut lebih strategis dibandingkan dengan empat desa lain yang sudah dilakukan pemicuan STBM pilar pertama. Strategis dalam hal akses transportasi ketika ingin melakukan pembangunan jamban, menyebarkan informasi, dan pelaksanaan kegiatan STBM. Namun, berdasarkan hasil wawancara dengan petugas puskesmas saat ditanyakan terkait alasan kelima desa tersebut belum ODF, masyarakat Desa Purwosari merupakan masyarakat yang dengan partisipasi paling rendah untuk dilakukan pemicuan dan perubahan perilaku BABS karena kurangnya partisipasi masyarakat dalam mensukseskan program tersebut.

Pernyataan tersebut didukung dengan adanya data peserta yang hadir saat pemicuan pada tahun 2014 sejumlah 75 KK (61%) dari total KK yang belum BABS sejumlah 124 KK . Sedangkan untuk jumlah KK seluruhnya di Desa Purwosari adalah 1452 KK. Dari 75 KK yang hadir yang melakukan perubahan perilaku baru 3 KK (4%). Sedangkan peserta pemicuan yang hadir adalah penduduk yang belum BAB di Jamban Sehat dan belum memiliki jamban sehat. Keberhasilan pemicuan tersebut masih jauh dari targetan Puskesmas Sayung 1 yaitu 80% peserta melakukan perubahan perilaku (Puskesmas Sayung 1, 2015).

Pelaksanaan program STBM pilar pertama di Desa Purwosari dilakukan di posyandu dengan peserta adalah ibu-ibu. Seharusnya, STBM tersebut disosialisasikan kepada semua unsur masyarakat, tidak hanya ibu-ibu.

Pemantauan pelaksanaan program STBM di Desa Purwosari dibantu oleh sebuah lembaga yaitu Lembaga Keswadayaan Masyarakat (LKM) yang dikelola

oleh masyarakat setempat juga. Namun, aktivitas LKM di Desa Purwosari saat ini tidak lagi produktif, hanya berjalan di awal pelaksanaan program. Sehingga, monitoring dan evaluasi juga belum berjalan.

Peningkatan kesehatan lingkungan dan masyarakat di Desa Purwosari perlu segera dilakukan dengan partisipasi dari seluruh elemen masyarakat. Berdasarkan latar belakang di atas, maka peneliti bermaksud mengadakan penelitian dengan judul, **“Partisipasi Masyarakat dalam Pelaksanaan Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat Pilar Pertama (Stop BABS) di Desa Purwosari Kecamatan Sayung Kabupaten Demak Tahun 2015”**.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang bahwa Desa Purwosari adalah salah satu desa yang belum ODF (*Open Defecation Free*) atau bebas dari BABS, dan menurut hasil wawancara tersebut, masyarakat Desa Purwosari merupakan masyarakat yang paling susah untuk dilakukan pemecuan dan perubahan perilaku BABS dengan didukung data peserta yang hadir saat pemecuan pada tahun 2014 sejumlah 75 KK (61%) dari total KK yang belum BABS sejumlah 124 KK. Dari 75 KK yang hadir yang melakukan perubahan perilaku baru 3 KK (4%). Jumlah tersebut belum mencapai target dari jumlah yang ditargetkan Puskesmas Sayung 1 yaitu 80% peserta melakukan perubahan perilaku. LKM di Desa Purwosari pun belum melakukan monitoring dan evaluasi terhadap program, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah:

1. Mengapa partisipasi masyarakat dalam pelaksanaan program sanitasi total berbasis masyarakat pilar pertama (*Stop BABS*) di Desa Purwosari Kecamatan Sayung Kabupaten Demak Tahun 2015 rendah?
2. Faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi rendahnya partisipasi masyarakat dalam pelaksanaan program sanitasi total berbasis masyarakat pilar pertama (*Stop BABS*) di Desa Purwosari Kecamatan Sayung Kabupaten Demak Tahun 2015?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dilakukannya penelitian ini adalah untuk mengkaji partisipasi masyarakat dalam pelaksanaan Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat pilar pertama (*Stop BABS*) di Desa Purwosari Kecamatan Sayung Kabupaten Demak tahun 2015.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah:

1. Mengkaji partisipasi masyarakat dalam pelaksanaan program sanitasi total berbasis masyarakat pilar pertama (*Stop BABS*) di Desa Purwosari Kecamatan Sayung Kabupaten Demak Tahun 2015.
2. Menganalisis secara kualitatif faktor-faktor yang menjadi mempengaruhi (penyebab dan pendorong partisipasi masyarakat dalam partisipasi masyarakat dalam pelaksanaan program sanitasi total berbasis masyarakat

pilar pertama (*Stop BABS*) di Desa Purwosari Kecamatan Sayung Kabupaten Demak Tahun 2015.

1.4 Manfaat Hasil Penelitian

1.4.1 Manfaat bagi Peneliti

1. Sebagai proses belajar dalam mengaplikasikan ilmu yang diperoleh di bangku perkuliahan.
2. Sebagai tambahan pengetahuan dan merupakan pengalaman dalam melakukan penelitian dan penulisan ilmiah.
3. Memperdalam dan mengembangkan pengetahuan serta menambah wawasan mengenai kesehatan lingkungan dan promosi kesehatan.

1.4.2 Manfaat bagi Puskesmas Sayung 1

Sebagai bahan yang menyajikan informasi, evaluasi pelaksanaan program sanitasi total berbasis masyarakat dan menjadi bahan acuan perbaikan program tersebut serta peningkatan kesehatan lingkungan di Wilayah Kerja Puskesmas Sayung 1 Kabupaten Demak.

1.4.3 Manfaat bagi Masyarakat

Untuk menambah pengetahuan tentang sanitasi total berbasis masyarakat dan memicu kesadaran masyarakat agar melakukan pilar-pilar sanitasi total berbasis masyarakat dalam kehidupan sehari-hari.

1.5 Keaslian Penelitian

Tabel 1.2 Keaslian Penelitian

No	Judul Penelitian	Nama Peneliti	Tahun dan Tempat Penelitian	Rancangan Penelitian	Variabel Penelitian	Hasil Penelitian
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1.	Analisis Peran Serta Masyarakat dalam Keberhailan Program <i>Community Lead Total Sanitation</i> (CLTS)	Salis Kurnia Rahmawati	Tahun 2013, Dusun Sidorejo dan Dusun Darung Kabupaten Lumajang	Penelitian observasional dengan metode kuantitatif, dengan metode pengambilan sampel simpel random sampling	Variabel bebas: Proses CLTS, Kepemimpinan dan Pengorganisasian Masyarakat, Pembiayaan dan Pemanfaatan Jamban,	Hasil penelitian menunjukkan Indikator kepemimpinan dan pengorganisasian di kedua dusun dikategorikan sedang. Indikator pembiayaan masyarakat di Dusun Sidorejo dikategorikan tinggi (34%) sedangkan di Dusun Darung dikategorikan sebagai pembiayaan yang rendah (53%). Indikator pemanfaatan jamban di Sidorejo dikategorikan tinggi (100%), sedangkan di Darung dikategorikan rendah (67%). Kesimpulan dari penelitian ini adalah keberhasilan program CLTS terkait kualitas proses memicu oleh fasilitator masyarakat CLTS dan tingkat partisipasi masyarakat.

Lanjutan (Tabel 1.2 Keaslian Penelitian)

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
2.	Tingkat Partisipasi Masyarakat dalam Pengadaan Jamban Keluarga melalui <i>Community Lead Total Sanitation</i>	Jonneri Masli,dkk.	2010 Di Kecamatan Panti, Kabupaten Pasaman, Sumatra Barat	Penelitian kuantitatif dengan rancangan <i>cross sectional</i>	Variabel bebas: sikap, pendidikan, pendapatan kepala keluarga. Variabel terikat: tingkat partisipasi masyarakat dalam pengadaan jamban keluarga melalui CLTS	Ada hubungan bermakna antara pengetahuan, sikap, dan tingkat pendapatan. Tidak ada hubungan bermakna antara pendidikan dengan tingkat partisipasi.
3.	Partisipasi Masyarakat dalam Program Sanitasi oleh Masyarakat (sanimas) di Desa Bajo Kecamatan Tilamuta Kabupaten Boalemo, Gorontalo	Ibrahim Surotinojo	Tahun 2009 Di desa Bajo, Kecamatan Tilamuta, Kabupaten Boalemo, Gorontalo	Penelitian analisis deskriptif kuantitatif yang didukung dengan analisis kualitatif	Variabel bebas: Tingkat partisipasi dan faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat partisipasi, Variabel bebas: partisipasi masyarakat dalam program sanimas	Hasil penelitian menunjukkan bahwa partisipasi dalam bentuk tenaga diberikan pada seluruh tahapan program SANIMAS, sumbangan pikiran dan material diberikan pada tahap perencanaan dan pelaksanaan serta partisipasi dalam bentuk uang diberikan dalam tahap pelaksanaan dan pemanfaatan. Tingkat partisipasi tergolong cukup tinggi. Faktor internal yang mempengaruhi bentuk dan tingkat partisipasi masyarakat yaitu jenis pekerjaan, tingkat pendapatan, tingkat pendidikan, dan faktor pengetahuan masyarakat. Sedangkan faktor eksternal yang mempengaruhi adalah pihak pemerintah daerah, pengurus desa, tokoh masyarakat dan fasilitator.

Beberapa hal yang membedakan penelitian ini dengan penelitian-penelitian sebelumnya adalah sebagai berikut:

1. Penelitian mengenai partisipasi masyarakat dalam pelaksanaan program sanitasi total berbasis masyarakat pilar pertama (*Stop BABS*) di Desa Purwosari, Kecamatan Sayung, Kabupaten Demak Tahun 2015 belum pernah dilakukan.
2. Variabel yang diteliti dalam penelitian ini adalah faktor-faktor yang mempengaruhi (penyebab dan pendorong) partisipasi masyarakat dalam pelaksanaan program sanitasi total berbasis masyarakat pilar pertama (*Stop BABS*) di Desa Purwosari Kecamatan Sayung Kabupaten Demak Tahun 2015.
3. Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian kualitatif.

1.6 Ruang Lingkup Penelitian

1.6.1 Ruang Lingkup Tempat

Penelitian ini dilaksanakan di Desa Purwosari, Kecamatan Sayung, Kabupaten Demak.

1.6.2 Ruang Lingkup Waktu

Waktu penelitian dilaksanakan pada bulan Juni 2015.

1.6.3 Ruang Lingkup Keilmuan

Ilmu yang terkait dengan penelitian ini adalah Ilmu Kesehatan Masyarakat, khususnya bidang Kesehatan Lingkungan dan Promosi Kesehatan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 LANDASAN TEORI

2.1.1 Sanitasi Lingkungan

Sanitasi lingkungan adalah status kesehatan suatu lingkungan yang mencakup perumahan, pembuangan kotoran, penyediaan air bersih dan sebagainya (Notoatmodjo, 2003). Sanitasi lingkungan dapat pula diartikan sebagai kegiatan yang ditujukan untuk meningkatkan dan mempertahankan standar kondisi lingkungan yang mendasar yang mempengaruhi kesejahteraan manusia. Kondisi tersebut mencakup: (1) pasokan air yang bersih dan aman; (2) pembuangan limbah dari hewan, manusia dan industri yang efisien; (3) perlindungan makanan dari kontaminasi biologi dan kimia; (4) udara yang bersih dan aman; (5) rumah yang bersih dan aman (Bagja Waluyo, 2012: 45).

Upaya-upaya untuk menciptakan sanitasi lingkungan yang baik adalah sebagai berikut (Bagja Waluyo, 2012: 57-61):

1. Mengembangkan kebiasaan atau perilaku hidup sehat

Terjangkitnya penyakit seperti diare diakibatkan oleh kebiasaan hidup yang tidak sehat. Kebiasaan yang dimaksud adalah tidak mencuci tangan sebelum dan sesudah makan, buang air besar atau kecil sembarangan, minum air yang belum dimasak secara benar dan lain-lain.

2. Membersihkan ruangan dan halaman rumah secara rutin

Ruangan dalam rumah dapat menimbulkan berbagai penyakit jika tidak secara rutin dibersihkan. Perlengkapan rumah seperti karpet dan kursi berpotensi menjadi tempat mengendapnya debu. Debu yang mengendap dan kemudian beterbangan di dalam ruangan dapat menimbulkan penyakit Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA). Debu juga dapat berfungsi sebagai media tempat menempelnya bakteri atau virus yang dapat mengganggu kesehatan manusia.

Ruangan yang tidak bersih dan rapi juga dapat mengundang masuknya lalat, nyamuk dan tikus masuk ke dalam ruangan. Padahal keduanya dapat menjadi vektor pembawa penyakit.

3. Membersihkan kamar mandi dan toilet

Kamar mandi dan toilet merupakan bagian dari rumah yang paling kondusif untuk dijadikan tempat perkembangbiakan berbagai jenis organisme penyebab dan pembawa penyakit. Lantai kamar mandi yang senantiasa lembab atau bahkan basah merupakan tempat yang cocok bagi berkembangnya bakteri atau mikroorganisme penyebab berbagai penyakit. Karena itu, kamar mandi dan toilet harus lebih sering dibersihkan dibanding ruangan lainnya.

4. Menguras, menutup dan menimbun (3M)

Bak atau tempat penampungan air dapat menjadi tempat yang sangat baik bagi perkembangbiakan nyamuk. Karena itu, bak dan tempat penampungan air harus dibersihkan dan dikuras secara rutin minimal satu minggu sekali. Tempat penampungan air diupayakan selalu tertutup.

Menutup tempat penyimpanan air dapat mencegah perkembangbiakan nyamuk. Menutup tempat penampungan air juga mencegah masuknya organisme lainnya yang dapat menimbulkan penyakit seperti tikus dan kecoa.

Aktivitas menimbun dilakukan agar barang-barang di lingkungan tidak dijadikan sarang atau tempat perkembangbiakan organisme yang merugikan kesehatan. Kaleng, ban bekas, plastik, dan lain-lain sebaliknya ditimbun jika tidak akan dipakai lagi.

5. Tidak membiarkan adanya air yang tergenang

Genangan air seringkali dianggap tidak membahayakan. Padahal, genangan air yang dibiarkan lama, terutama pada musim hujan dapat menjadi tempat perkembangbiakan nyamuk. Karena itu, barang-barang bekas yang sedianya dapat menampung air seperti botol, kaleng, ban bekas sebaiknya dikubur atau dihancurkan.

6. Membersihkan saluran pembuangan air

Air bekas mencuci, mandi, masak, dan air dari kakus akan masuk ke saluran pembuangan. Saluran tersebut biasanya terbuka dan air yang mengalir sangat kotor dari limbah cair maupun sampah. Jika dibiarkan, tempat tersebut menjadi sumber berbagai jenis penyakit dari organisme yang hidup di dalamnya. Karena itu, secara individu maupun bersama-sama dengan warga masyarakat lainnya, secara rutin saluran tersebut harus dibersihkan.

7. Menggunakan air yang bersih

Air menjadi salah satu komponen penting dalam kaitannya dengan kesehatan. Namun, sebagian masyarakat kita masih menggunakan air yang tidak

bersih untuk keperluan mencuci dan mandi serta memasak maupun minum. Selain itu, proses masak yang tidak sempurna juga dapat menyebabkan penyakit. Karena itu, tidak heran jika banyak penyakit yang muncul karena faktor air.

2.1.2 Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM)

2.1.2.1 Sejarah STBM

STBM merupakan adopsi dari keberhasilan pembangunan sanitasi total dengan menerapkan model CLTS (*Community-Led Total Sanitation*). Pendekatan CLTS berasal dari evaluasi oleh Kamal Kar mengenai WaterAid dari VERC's (*Village Education Resource*). Hasil dari evaluasi adalah penemuan pendekatan CLTS dengan metode PRA pada tahun 2000. Sejak tahun 2000, melalui pelatihan langsung oleh Kamal Kar dan dukungan dari banyak lembaga serta dibantu dengan kunjungan lintas Negara, CLTS telah menyebar ke organisasi lain di Bangladesh dan Negara lain di Asia Selatan dan Asia Tenggara, Afrika, Amerika Latin, dan Timur Tengah. Lembaga atau instansi yang mensponsori pelatihan ini oleh Kamal Kar antara lain the WSP-World Bank, CARE, Concern, WSLIC II (Kamal Kar dan Robert C, 2008: 7).

Uji coba implementasi CLTS di 6 kabupaten di Indonesia pada tahun 2005. Pada Juni 2006, Departemen Kesehatan mendeklarasikan pendekatan CLTS sebagai strategi nasional untuk program sanitasi. Pada september 2006, program WSLIC memutuskan untuk menerapkan pendekatan CLTS sebagai pengganti pendekatan dana bergulir di seluruh lokasi program (36 kabupaten). Pada saat yang sama, beberapa LSM mulai mengadopsi pendekatan ini. Mulai Januari sampai Mei 2007, Pemerintah Indonesia bekerja sama dengan Bank Dunia

merancang proyek PAMSIMAS di 115 kabupaten. Program ini mengadopsi pendekatan CLTS dalam rancangannya (Kepmenkes, 2008).

Bulan Juli 2007 menjadi periode yang sangat penting bagi perkembangan CLTS di Indonesia, karena pemerintah bekerja sama dengan Bank Dunia mulai mengimplementasikan sebuah proyek yang mengadopsi pendekatan sanitasi total bernama *Total Sanitation and Sanitation Marketing* (TSSM) atau Sanitasi Total dan Pemasaran Sanitasi (SToPS), dan pada tahun 2008 diluncurkannya sanitasi total berbasis masyarakat (STBM) sebagai strategi nasional (Kepmenkes, 2008).

2.1.2.2 Pengertian STBM

Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) adalah pendekatan, strategi dan program untuk merubah perilaku higiene dan sanitasi melalui pemberdayaan masyarakat dengan metode pemucuan. Perilaku higiene dan sanitasi yang dimaksud antara lain tidak buang air besar sembarangan, mencuci tangan pakai sabun, mengelola air minum dan makanan yang aman, mengelola sampah dengan benar dan mengelola limbah cair rumah tangga dengan aman. Perilaku tersebut merupakan rangkaian kegiatan sanitasi total. Selanjutnya rangkaian perilaku tersebut disebut sebagai pilar STBM. Kelima pilar tersebut merupakan satu kesatuan kegiatan namun perlu diprioritaskan pilar mana yang paling mendesak. Prioritas berdasarkan criteria: 1) luasnya akibat (dampak) yang ditimbulkan oleh perilaku itu; (2) kemampuan masyarakat untuk menanggulangi; (3) keterdesakan untuk ditanggulangi; (4) keterdesakan, akibat

yang akan timbul apabila persoalan tidak segera ditanggulangi (Menkes, 2008 dan Ditjen PP dan PL, 2011).

STBM dilaksanakan melalui pemberdayaan masyarakat dimana masyarakat sadar, mau dan mampu untuk melaksanakan sanitasi total yang timbul dari dirinya sendiri, bukan melalui paksaan. Melalui cara ini diharapkan perubahan perilaku tidak terjadi pada saat pelaksanaan program melainkan berlangsung seterusnya (Depkes RI, 2008).

Metode yang digunakan dalam STBM adalah metode pemicuan. Metode pemicuan ini dilaksanakan oleh tim fasilitator dengan cara memicu masyarakat dalam lingkup komunitas terlebih dahulu untuk memperbaiki sarana sanitasi sehingga tercapai tujuan dalam hal memperkuat budaya perilaku hidup bersih dan sehat pada masyarakat serta mencegah penyakit berbasis lingkungan. Faktor-faktor yang harus dipicu antara lain rasa jijik, rasa malu, takut sakit, aspek agama, *privacy*, dan kemiskinan. Setelah pemicuan faktor tersebut terlaksana, dibentuklah komite dari komunitas tersebut. Komite dibentuk agar rencana aksi dari masyarakat yang terpicu dapat berjalan dengan baik. Selain itu monitoring dari tim fasilitator juga harus diterapkan. Kegiatan terus dilakukan sampai tercapai kondisi desa bebas buang air besar sembarangan (ODF/ *Open Defecation Free*) (Ditjen PP dan PL, 2011).

Terdapat empat parameter desa ODF antara lain:

1. Semua rumah tangga mempunyai jamban yang memenuhi syarat kesehatan.

2. Semua sekolah yang berada di wilayah tersebut mempunyai jamban yang memenuhi syarat kesehatan dan program perbaikan hygiene.
3. Semua sarana jamban digunakan dan dipelihara.
4. Lingkungan tempat tinggal bebas dari kotoran manusia.

Tujuan umum dari program STBM adalah memicu masyarakat sehingga dengan kesadarannya sendiri mau menghentikan kebiasaan buang air besar di tempat terbuka pindah ke tempat tertutup dan terpusat.

Sedangkan tujuan khusus dari program STBM antara lain:

1. Memfasilitasi masyarakat sehingga masyarakat dapat mengenali permasalahan kesehatan lingkungannya sendiri.
2. Memfasilitasi masyarakat untuk menganalisis masalah kesehatan lingkungan mereka dengan memicu perasaan jijik, malu, takut sakit, rasa dosa, dan lain sebagainya sehingga muncul kesadaran untuk merubah perilakunya kearah perilaku hidup bersih dan sehat dengan meninggalkan kebiasaan bab di tempat terbuka.
3. Memunculkan kemauan keras masyarakat untuk membangun jamban yang sesuai dengan keinginannya dan kemauan mereka tanpa menunggu bantuan.

Dalam program ini masyarakat dilibatkan dalam suatu aktivitas. Keadaan ini dapat memberi stimulasi, sehingga terjadi partisipasi. Partisipasi selanjutnya menimbulkan interaksi antar anggota masyarakat sehingga timbul pertanyaan-pertanyaan pada dirinya sehingga timbul kesadaran tentang keadaan dirinya

tersebut atau terjadi realisasi. Kesadaran atau realisasi inilah yang kemudian menimbulkan keinginan ataupun dorongan untuk berubah, yakni mengubah keadaannya yang jelek menjadi baik. Keadaan inilah yang menunjukkan motif pada diri seorang telah terbentuk. Atas dasar motif inilah akan terjadi perubahan perilaku (Slamet, 2006).

Prinsip dari program nasional STBM antara lain non-subsidi, kebersamaan, keberpihakan terhadap kelompok miskin, keberpihakan pada lingkungan, prinsip tanggap kebutuhan, kesetaraan jender, pembangunan berbasis masyarakat, dan keberlanjutan (Kepmenkes RI, 2010 dan Ditjen PP dan PL, 2011).

2.1.2.3 Pilar STBM

Tujuan STBM dapat tercapai dengan terpenuhinya beberapa pilar agar kondisi sanitasi total sebagai prasyarat keberhasilan STBM tercapai. Beberapa pilar tersebut antara lain (Kepmenkes RI, 2010 dan Ditjen PP dan PL, 2011):

1. Stop Buang Air Besar Sembarangan (Stop BABS)

Kondisi ketika setiap individu dalam suatu komunitas tidak membuang air besar di ruang terbuka atau di sembarang tempat. Tujuan dari pilar ini adalah mencegah dan menurunkan penyakit diare dan penyakit lainnya yang berbasis lingkungan.

2. Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS)

Perilaku cuci tangan dengan menggunakan sabun dan air yang mengalir pada 5 waktu kritis. Lima waktu kritis tersebut antara lain sebelum

makan, sesudah makan, setelah BAB atau kontak dengan kotoran, setelah mengganti popok bayi, dan sebelum memberikan makan bayi. Tujuan jangka panjang dari pilar kedua adalah untuk berkontribusi terhadap penurunan kasus diare pada anak balita di Indonesia.

3. Pengelolaan Air Minum Rumah Tangga dan Makanan Sehat (PAM- RT)

Suatu proses pengolahan, penyimpanan, dan pemanfaatan air minum dan air yang digunakan untuk produksi makanan dan keperluan oral lainnya. Tujuan dari pilar ketiga adalah untuk mengurangi kejadian penyakit yang ditularkan melalui air minum.

4. Pengelolaan Sampah Rumah Tangga (PSRT)

Proses pengelolaan sampah pada tingkat rumah tangga dengan prinsip 3R (*Reduce, Reuse, and Recycle*).

5. Pengelolaan Air Limbah Rumah Tangga (PALRT)

Proses pengolahan air limbah pada tingkat rumah tangga untuk menghindari terciptanya genangan yang berpotensi menimbulkan penyakit berbasis lingkungan.

2.1.2.4 Pilar pertama Stop BABS

Standar teknis pemicuan dan promosi Stop BABS terdiri dari perencanaan, pemicuan, dan setelah pemicuan, uraiannya sebagai berikut:

1. Tahap perencanaan

Tahap perencanaan meliputi: Advokasi kepada Pemangku kepentingan secara berjenjang, Identifikasi Masalah dan Analisis situasi, Penyiapan fasilitator dan Peningkatan kapasitas kelembagaan.

1) Advokasi kepada pemangku kepentingan secara berjenjang

Advokasi dilakukan untuk mendapatkan dukungan dari pemerintah daerah, tokoh masyarakat, tokoh agama, dan penyandang dana agar *stakeholder* yang terlibat dalam kegiatan ini memahami prinsip-prinsip yang berlaku pada pengelolaan *Stop BABS*. Dukungan mereka sangat penting karena merupakan panutan masyarakat. Sehingga para tokoh masyarakat perlu ditumbuhkan kesadaran dan pemahaman tentang konsep STBM terlebih dahulu sebelum melaksanakan pemucuan. Upaya menggalang dukungan tokoh masyarakat diharapkan adanya kontribusi dalam proses pelaksanaan program mulai perencanaan hingga terwujudnya desa ODF (Ditjen PP dan PL, 2011).

Advokasi adalah upaya persuasi yang mencakup kegiatan-kegiatan penyadaran dan rasionalisasi terhadap orang lain yang dianggap mempunyai pengaruh terhadap keberhasilan suatu program atau kegiatan yang dilaksanakan. Tujuan umum dari advokasi adalah diperolehnya komitmen dan dukungan dalam upaya kesehatan baik berupa kebijakan, tenaga, dana, saran, kemudahan, keikutsertaan dalam kegiatan maupun berbagai bentuk lainnya sesuai keadaan dan suasana (Wijono, 2010).

2) Identifikasi masalah, kebutuhan dan analisis situasi

Bersama masyarakat mengidentifikasi masalah yang terjadi di wilayah kerja Puskesmas Sayung terutama tentang kejadian diare yang cukup tinggi. Tidak semua desa dapat menjadi lokasi pemucuan. Lokasi pemucuan lebih efektif apabila daerah itu penuh dengan kekumuhan, belum pernah ada pembangunan sarana sanitasi dengan pendekatan subsidi, dan pernah menjadi daerah dengan angka kejadian diare yang cukup tinggi (Ditjen PP dan PL, 2011).

Identifikasi masalah dilakukan dengan menemukan suatu kesenjangan antara apa yang diharapkan atau yang telah direncanakan. Sedangkan analisis situasi merupakan langkah yang sangat diperlukan dalam suatu proses perencanaan karena jika dilakukan dengan tepat maka kita dapat mendefinisikan masalah sesuai dengan realita yang kita harapkan (Supriyanto dan Damayanti, 2007)

3) Penyiapan Fasilitator

Dalam rangka mensosialisasikan program dan meningkatkan partisipasi masyarakat untuk kegiatan Stop BABS, maka diperlukan tenaga fasilitator yang handal, trampil dan memahami prinsip fasilitasi yang benar. Tugas utama fasilitator adalah mempersiapkan dan melakukan pemucuan kepada masyarakat. Proses penyiapan fasilitator dapat dilakukan melalui seleksi yang dilanjutkan dengan pelatihan. Substansi pelatihan adalah ketrampilan, pengetahuan, dan sikap sebagai fasilitator serta langkah pemucuan untuk pilar Stop BABS. Pelatihan

fasilitator ini biasanya ada dua macam yaitu pelatihan bagi pelatih (*Training Of Trainers*) dan pelatihan bagi fasilitator.

Pengembangan SDM kesehatan melalui pendidikan dan pelatihan (diklat) merupakan kegiatan yang harus dilaksanakan dalam suatu departemen, instansi, atau organisasi agar pengetahuan (*knowledge*), kemampuan (*ability*), dan ketrampilan (*skill*) mereka sesuai tuntutan pekerjaan yang mereka lakukan. Tenaga yang telah menduduki suatu jabatan atau pekerjaan tertentu di instansi yang bersangkutan perlu mendapatkan pelatihan untuk meningkatkan kemampuan dan ketrampilan. Diklat merupakan suatu bentuk investasi pada sumber daya manusia untuk mencapai tingkat produktivitas yang optimum (Adisasmito, 2008).

4) Peningkatan Kapasitas Kelembagaan

Peningkatan kapasitas kelembagaan yang dimaksud adalah proses pemahaman lebih lanjut mengenai kebijakan nasional AMPL, STBM dan pilar Stop BABS. Sasarannya adalah lembaga/institusi (Pemerintah dan Non Pemerintah) yang mempunyai kaitan langsung dengan program STBM.

Untuk kegiatan peningkatan kapasitas kelembagaan ini Pemerintah Daerah melalui SKPD-nya dapat bekerja sama dengan kabupaten lain atau lembaga lain yang bertanggung jawab terhadap program AMPL dan STBM. Proses pelaksanaannya dapat menyertakan personil dari semua SKPD terkait seperti dari unsur Dinas

Kesehatan, Bappeda, Pemberdayaan Masyarakat Desa (PMD) atau nama lain yang sejenis, Dinas Pekerjaan Umum, Perguruan Tinggi, LSM dan organisasi masyarakat lainnya (Ditjen PP dan PL, 2011).

Kerjasama lintas sektor diperlukan karena program-program mereka langsung bersentuhan dengan masyarakat yang notabene memiliki multimasalah, sehingga dalam penanganannya pun harus multidimensi dari berbagai peran institusi yang sinergis. Beberapa program pembangunan akan dapat tercapai apabila ada kerjasama dengan sektor lain (Adisasmito, 2008).

2. Tahap pemicuan

Tahap pemicuan terdiri dari 10 langkah antara lain:

1) Pengantar Pertemuan

Ketua tim fasilitator menyampaikan tujuan kedatangan, menjalin keakraban dengan komunitas. Tim fasilitator terdiri dari:

1. *Leader fasilitator* : fasilitator utama
2. *Co fasilitator* : membantu fasilitator dalam berproses
3. *Process fasilitator* : perekam proses dan hasil
4. *Environment setter*: penjaga suasana diskusi

Tujuan dari kedatangan tim fasilitator yaitu belajar tentang kebiasaan masyarakat yang berhubungan dengan kesehatan lingkungan dan menyampaikan dengan tegas bahwa kegiatan ini tanpa subsidi.

2) Pencairan Suasana

Bertujuan untuk menciptakan suasana akrab antara fasilitator dengan komunitas sehingga setiap individu dalam komunitas bisa terbuka/ jujur tentang kondisi lingkungan mereka. Pencairan suasana bisa dilakukan dengan permainan.

3) Identifikasi istilah-istilah yang terkait dengan sanitasi

Leader fasilitator menanyakan beberapa pertanyaan yang dapat menarik perhatian komunitas untuk mengeluarkan suaranya. Komunitas menyebutkan penggunaan bahasa sehari-hari mengenai buang air besar dan kotoran manusia.

4) Pemetaan Sanitasi

Pemetaan sanitasi adalah pemetaan sederhana yang dilakukan oleh komunitas untuk mengetahui lokasi BABS. Hal yang ada di peta antara lain lokasi rumah, batas kampung, jalan desa, lokasi kebun, sawah, kali, lapangan, rumah penduduk (diberi tanda mana yang punya dan tidak punya jamban), serta lokasi BABS.

5) *Transect Walk*

Transect walk berfungsi untuk memicu rasa jijik. *Transect* dilakukan dengan cara mengajak masyarakat untuk menganalisis keadaan sanitasi secara langsung di lapangan dengan menelusuri lokasi pemicuan dari tempat yang satu ke tempat yang lain. Memicu rasa jijik bisa dengan cara menawarkan air minum yang telah dikotori dengan

rambut. Kemudian rambut dianalogikan sebagai kaki lalat yg telah hinggap di kotoran manusia.

6) Menghitung Volume Kotoran Tinja

Perhitungan kotoran adalah menghitung bersama jumlah kotoran manusia yang dihasilkan dapat membantu mengilustrasikan betapa besarnya permasalahan sanitasi. Perhitungan dilakukan dengan satuan gram.

7) Alur Kontaminasi

Penentuan alur kontaminasi yang dilakukan oleh komunitas menggunakan media gambar sketsa kontaminasi dari kotoran ke mulut. Tim fasilitator memberikan kebebasan kepada komunitas dalam menyusun alur kontaminasi.

8) Simulasi Air yang Terkontaminasi

Tim fasilitator menggunakan rambut ditempelkan ke tinja yang dianalogikan seperti kaki lalat yang hinggap di tinja. Kemudian rambut dicelupkan ke air minum. Tim fasilitator memicu rasa jijik ke peserta dengan meminta mereka untuk meminum air tersebut.

9) Diskusi Dampak (sakit, malu, takut, dosa)

Setelah dilakukan langkah sebelumnya, tim fasilitator mengajak diskusi dengan komunitas berupa pertanyaan-pertanyaan yang dapat membakar rasa sakit, malu, takut dan dosa. Pertanyaan mengenai kemana

mereka BAB keesokan hari, siapa saja yang akan mandi di sungai yang banyak orang BAB.

10) Menyusun rencana program sanitasi

Tujuan dari tahap ini adalah memfasilitasi masyarakat untuk menyusun rencana kerja kegiatan. Mulai dari membentuk kelompok kegiatan sanitasi (yang selanjutnya disebut KOMITE). Anggota masyarakat yang telah lebih dulu berkeinginan merubah kebiasaan buang air besarnya dapat menjadi calon kuat untuk menjadi *natural leader*. Demikian pula para tokoh masyarakat, tokoh agama atau kader yang ada di desa.

Mencatat semua rencana individu tiap keluarga untuk menghentikan kebiasaan buang air besar di tempat terbuka sesuai dengan komitmen mereka. Gambar peta pada saat pemetaan disalin dalam kertas. Pada sesi ini terdapat kendala pada komite yaitu masalah dana untuk keluarga yang tidak mampu. Maka tugas fasilitator adalah membantu memecahkan masalah dengan memberitahukan cara yang telah dilakukan di desa lainnya dalam kabupaten.

3. Pasca pemicuan

Tahap ini tim fasilitator melakukan pendampingan untuk menjaga komitmen komite mengenai rencana pembangunan sarana sanitasi. Hal yang dilakukan adalah memantau perkembangan perubahan perilaku, bimbingan teknis dengan menyampaikan tangga sanitasi dan opsi teknologi. Pendampingan

dilaksanakan selambat-lambatnya 5 hari setelah pemicuan. Selain kepada komite, tim fasilitator juga mengadvokasi sasaran tidak langsung yaitu kepala desa dan perangkatnya. Pendampingan dilakukan hingga desa mencapai kondisi ODF. Desa yang telah mencapai status ODF akan mendapatkan sertifikasi dan penghargaan. Upaya untuk menjaga kondisi ODF dengan mengadakan lomba tingkat kecamatan. pemantauan dilaksanakan melalui 2 (dua) mekanisme yaitu: Pemantauan yang dilaksanakan oleh masyarakat secara partisipatif untuk menilai kemajuan yang telah dicapai oleh masyarakat, dan pemantauan yang dilaksanakan secara berjenjang mulai dari kecamatan sampai ke pusat.

2.1.2.5 Indikator pilar pertama STBM

Terkait dengan penilaian kinerja program, maka diperlukan indikator yang dapat dijadikan acuan dalam penilaiannya. Indikator pilar pertama atau *Stop BABS* yang digunakan sebagai acuan di Dinas Kesehatan Kabupaten Demak adalah sebagai berikut:

1. Proporsi KK yang BAB di jamban sehat sebesar 85%
2. Jumlah desa yang telah ODF (*Open Defecation Free*) yaitu dalam satu tahun setiap wilayah kerja Puskesmas terdapat 2 desa yang telah dipicu dan mencapai keadaan ODF (*Open Defecation Free*) yaitu dalam satu desa 100% bebas dari perilaku buang air besar sembarangan.

2.1.2.6 Buang air besar sembarangan ditinjau dari kesehatan lingkungan

Ekskreta manusia terutama feses merupakan hasil akhir dari proses yang berlangsung dalam tubuh manusia dimana terjadi pemisahan dan pembuangan zat-zat yang tidak dibutuhkan oleh tubuh. Ditinjau dari kesehatan lingkungan, feses dapat menjadi masalah apabila dalam pembuangannya tidak baik dan sembarangan. Buang air besar sembarangan dapat mengakibatkan kontaminasi pada air, tanah, udara, makanan, dan perkembangbiakan lalat. Penyakit yang dapat terjadi akibat kontaminasi tersebut antara lain tifoid, paratiroid, disentri, diare, kolera, penyakit cacing, hepatitis viral, dan beberapa penyakit infeksi gastrointestinal lain, serta infeksi parasit lain. Penyakit tersebut dapat menjadi beban kesakitan pada komunitas dan juga menjadi penghalang bagi tercapainya kemajuan di bidang sosial dan ekonomi. Pembuangan kotoran manusia yang baik merupakan hal yang mendasar bagi keserasian lingkungan (Chandra, 2007).

Faktor yang mendorong kegiatan pembuangan tinja secara sembarangan antara lain tingkat sosial ekonomi yang rendah, pengetahuan di bidang kesehatan lingkungan yang kurang, dan kebiasaan buruk dalam pembuangan tinja yang diturunkan dari generasi ke generasi (Chandra, 2007).

Proses pemindahan kuman penyakit dari tinja yang dikeluarkan manusia sebagai pusat infeksi sampai inang baru dapat melalui berbagai perantara, antara lain air, tangan, serangga, tanah, makanan, susu serta sayuran. Menurut Anderson dan Arnstein dalam (Suparmin dan Soeparman, 2002), terjadinya proses penularan penyakit diperlukan faktor sebagai berikut :

1. Kuman penyebab penyakit
2. Sumber infeksi (*reservoir*) dari kuman penyebab
3. Cara keluar dari sumber
4. Cara berpindah dari sumber ke inang
5. Cara masuk ke inang yang baru
6. Inang yang peka (*susceptible*)

Sumber terjadinya penyakit, dengan melihat transmisi penyakit melalui tinja adalah tinja. Dengan demikian untuk memutus terjadinya penularan penyakit dapat dilaksanakan dengan memperbaiki sanitasi lingkungan. Tersedianya jamban merupakan usaha untuk memperbaiki sanitasi dasar dan dapat memutus rantai penularan penyakit (Suparmin dan Soeparman, 2002).

Jamban merupakan tempat yang aman dan nyaman untuk digunakan sebagai tempat buang air besar. Jamban sehat adalah fasilitas pembuangan tinja yang mencegah kontaminasi ke badan air, kontak antara manusia dan tinja, bau yang tidak sedap, membuat tinja tidak dapat dihirup, serta binatang lainnya, dan konstruksi dudukannya dibuat dengan baik, aman, dan mudah dibersihkan (WSP-EAP, 2009).

2.1.3 Masyarakat

2.1.3.1 Pengertian Masyarakat

Masyarakat (*society*) diartikan sebagai sekelompok orang yang membentuk sebuah sistem semi tertutup (atau semi terbuka), dimana sebagian besar interaksi adalah antara individu-individu yang berada dalam kelompok

tersebut. Kata "masyarakat" sendiri berakar dari kata dalam bahasa Arab, musyarak. Lebih abstraknya, sebuah masyarakat adalah suatu jaringan hubungan-hubungan antar entitas-entitas. Masyarakat adalah sebuah komunitas yang interdependen (saling tergantung satu sama lain). Umumnya, istilah masyarakat digunakan untuk mengacu sekelompok orang yang hidup bersama dalam satu komunitas yang teratur.

Adapun pengertian masyarakat menurut para ahli adalah :

1. Selo Soemardjan, Masyarakat adalah orang-orang yang hidup bersama dan menghasilkan kebudayaan.
2. Max Weber, Masyarakat sebagai suatu struktur atau aksi yang pada pokoknya ditentukan oleh harapan dan nilai-nilai yang dominan pada warganya.
3. Emile Durkheim, Masyarakat adalah suatu kenyataan objektif individu-individu yang merupakan anggota-anggotanya.
4. Karl Marx, Masyarakat adalah suatu struktur yang menderita ketegangan organisasi ataupun perkembangan karena adanya pertentangan antara kelompok-kelompok yang terpecah-pecah secara ekonomis.

2.1.3.2 Ciri-Ciri Masyarakat

Ciri-ciri suatu masyarakat pada umumnya sebagai berikut:

1. Manusia yang hidup bersama sekurang-kurangnya terdiri atas dua orang.
2. Bergaul dalam waktu cukup lama. Sebagai akibat hidup bersama itu, timbul sistem komunikasi dan peraturan-peraturan yang mengatur hubungan antar manusia.
3. Sadar bahwa mereka merupakan satu kesatuan.

4. Merupakan suatu sistem hidup bersama. Sistem kehidupan bersama menimbulkan kebudayaan karena mereka merasa dirinya terkait satu dengan yang lainnya.

2.1.3.3 Golongan Masyarakat

Masyarakat dapat digolongkan menjadi:

1. Masyarakat Tradisional

Masyarakat tradisional adalah masyarakat yang kehidupannya masih banyak dikuasai oleh adat istiadat lama. Jadi, masyarakat tradisional di dalam melangsungkan kehidupannya berdasarkan pada cara-cara atau kebiasaan-kebiasaan lama yang masih diwarisi dari nenek moyangnya. Kehidupan mereka belum terlalu dipengaruhi oleh perubahan-perubahan yang berasal dari luar lingkungan sosialnya. Masyarakat ini dapat juga disebut masyarakat pedesaan atau masyarakat desa. Masyarakat desa adalah sekelompok orang yang hidup bersama, bekerja sama, dan berhubungan erat secara tahan lama, dengan sifat-sifat yang hampir seragam.

2. Masyarakat Modern

Masyarakat modern adalah masyarakat yang sebagian besar warganya mempunyai orientasi nilai budaya yang terarah ke kehidupan dalam peradaban dunia masa kini. Perubahan-Perubahan itu terjadi sebagai akibat masuknya pengaruh kebudayaan dari luar yang membawa kemajuan terutama dalam bidang ilmu pengetahuan dan teknologi. Kemajuan di bidang ilmu pengetahuan dan teknologi seimbang dengan kemajuan di bidang lainnya seperti ekonomi, politik, hukum, dan sebagainya. Bagi negara-negara sedang berkembang seperti halnya

Indonesia. Pada umumnya masyarakat modern ini disebut juga masyarakat perkotaan atau masyarakat kota.

3. Masyarakat Transisi

Masyarakat transisi ialah masyarakat yang mengalami perubahan dari suatu masyarakat ke masyarakat yang lainnya. Misalnya masyarakat pedesaan yang mengalami transisi ke arah kebiasaan kota, yaitu pergeseran tenaga kerja dari pertanian, dan mulai masuk ke sektor industri.

Ciri-ciri masyarakat transisi adalah : adanya pergeseran dalam bidang pekerjaan, adanya pergeseran pada tingkat pendidikan, mengalami perubahan ke arah kemajuan, masyarakat sudah mulai terbuka dengan perubahan dan kemajuan zaman, tingkat mobilitas masyarakat tinggi dan biasanya terjadi pada masyarakat yang sudah memiliki akses ke kota misalnya jalan raya.

2.1.3.4 Unsur Masyarakat

2.1.3.4.1 Golongan Sosial

1. Timbulnya Golongan Sosial

Golongan sosial dalam masyarakat dapat terjadi dengan sendirinya sebagai hasil proses pertumbuhan masyarakat. Faktor penyebabnya antara lain: kemampuan/kepandaian, umur, jenis kelamin, sifat keaslian, keanggotaan masyarakat dan lain-lain. Faktor penentu dari setiap masyarakat berbeda-beda, misalnya pada masyarakat berburu faktor penentunya adalah kepandaian berburu.

2. Pengertian Golongan Sosial

Pitirim A. Sorokin menggunakan istilah pelapisan sosial yaitu pembedaan penduduk atau masyarakat ke dalam kelas-kelas secara bertingkat/hierarkhis.

Perwujudannya dikenal dengan adanya kelas sosial tinggi (upper class) contohnya: pejabat, penguasa, dan pengusaha; kelas sosial menengah (middle class) contohnya: dosen, pegawai negeri, pengusaha kecil dan menengah; kelas sosial rendah (lower class) contohnya: buruh, petani, dan pedagang kecil.

3. Dasar-Dasar Pembentukan Golongan Sosial

Menurut Soerjono Soekanto, kriteria yang dipergunakan sebagai ukuran dalam menggolongkan masyarakat ke dalam golongan sosial/pelapisan sosial adalah:

- 1) Ukuran Kekayaan
- 2) Unsur kekuasaan atau wewenang
- 3) Ukuran Ilmu Pengetahuan
- 4) Unsur kehormatan (keturunan)

4. Karakteristik Golongan Sosial

Beberapa karakteristik golongan sosial/pelapisan sosial yang terjadi di dalam suatu masyarakat adalah :

- 1) Adanya perbedaan status dan peranan
- 2) Adanya pola interaksi yang berbeda
- 3) Adanya distribusi hak dan kewajiban
- 4) Adanya penggolongan yang melibatkan kelompok
- 5) Adanya prestise dan penghargaan
- 6) Adanya penggolongan yang bersifat universal

5. Pembagian Golongan dalam Masyarakat

Berdasarkan karakteristik golongan sosial di atas, maka terdapat beberapa pembagian golongan sosial sebagai berikut :

- 1) Sistem Golongan Sosial dalam Masyarakat Pertanian (Agraris), di dasarkan pada hak dan pola kepemilikan tanah, terbagi menjadi:
 - 1) Golongan Atas : para pemilik tanah pertanian dan pekarang untuk rumah tinggal (penduduk inti).
 - 2) Golongan Menengah: para pemilik tanah pekarangan dan rumah tapi tidak memiliki tanah pertanian (*kuli gendul*).
 - 3) Golongan Bawah : orang yang tidak memiliki rumah atau pekarangan (*inding ngisor*).
- 2) Sistem Golongan Sosial pada Masyarakat Feodal, di dasarkan pada hubungan kekerabatan dengan raja/kepala pemerintahan, terbagi menjadi:
 - a. Golongan Atas : kaum kerabat raja atau bangsawan.
 - b. Golongan Menengah : rakyat biasa (kawula).
- 3) Sistem Golongan Sosial dalam Masyarakat Industri, meliputi :
 - a. Golongan teratas terdiri para pengusaha besar atau pemilik modal, direktur, komisaris.
 - b. Golongan menengah atau madya terdiri dari tenaga ahli dan karyawan.
 - c. Golongan bawah seperti buruh kasar, pekerja setengah terampil, pekerja sektor informal (pembantu).

6. Sifat Sistem Penggolongan Sosial

Klasifikasi dari sifat sistem penggolongan sosial, meliputi :

1. Sistem lapisan tertutup: sistem yang tidak memungkinkan seseorang pindah ke golongan/lapisan sosial lain..
2. Sistem lapisan terbuka: sistem yang memungkinkan seseorang pindah / naik ke golongan sosial atasnya.
3. Sistem campuran: sistem kombinasi antara terbuka dan tertutup.

7. Fungsi Golongan Sosial

Golongan sosial memiliki fungsi-fungsi berikut ini:

1. Distribusi hak istimewa yang obyektif seperti penghasilan, kekayaan.
2. Sistem pertanggung pada strata/tingkat yang diciptakan masyarakat menyangkut prestise dan penghargaan.
3. Penentu simbol status/kedudukan seperti cara berpakaian, tingkah laku.
4. Alat solidaritas di antara individu/kelompok yang menduduki sistem sosial yang sama dalam masyarakat.

2.1.4 Partisipasi Masyarakat

2.1.4.1 Pengertian Partisipasi Masyarakat

Menurut Notoatmodjo (2012:124), partisipasi masyarakat adalah ikut sertanya seluruh anggota masyarakat dalam memecahkan permasalahan-permasalahan masyarakat tersebut. Partisipasi masyarakat dibidang kesehatan berarti keikutsertaan seluruh anggota masyarakat dan memecahkan masalah kesehatan mereka sendiri.

Di dalam hal ini, masyarakat sendirilah yang akan memikirkan, merencanakan, melaksanakan, dan mengevaluasi program-program kesehatannya. Institusi kesehatan hanya sekedar memotivasi dan membimbingnya (Notoatmodjo, 2012).

Di dalam partisipasi, Notoatmodjo (2012) menyebutkan bahwa setiap anggota masyarakat dituntut suatu kontribusi atau sumbangan. Kontribusi tersebut bukan hanya terbatas pada dana dan finansial saja, tetapi dapat berbentuk daya (tenaga) dan ide (pemikiran). Dalam hal ini dapat diwujudkan di dalam 4 M, yakni *manpower* (tenaga), *money* (uang), material (benda-benda lain seperti kayu, bambu, beras, batu, dan sebagainya) dan *mind* (ide tau gagasan).

Partisipasi masyarakat didefinisikan sebagai bentuk keterlibatan dan keikutsertaan masyarakat secara aktif dan sukarela, baik karena alasan-alasan dari dalam dirinya (intrinsik) maupun dari luar dirinya (ekstrinsik) dalam keseluruhan proses kegiatan yang bersangkutan (Moeliono, 2004). Menurut Walgito (1999) dalam Alfiandra (2009), partisipasi masyarakat memiliki hubungan yang erat antara individu satu dengan individu yang lain atau sebaliknya, terdapat hubungan yang bersifat timbal balik dan saling mempengaruhi. Hubungan tersebut terdapat di antara individu dengan individu, individu dengan kelompok atau kelompok dengan kelompok. Pada umumnya, dapat dikatakan bahwa tanpa partisipasi masyarakat maka setiap kegiatan pembangunan akan kurang berhasil.

Berdasarkan beberapa pengertian partisipasi masyarakat menurut beberapa ahli, maka dapat diambil kesimpulan bahwa partisipasi masyarakat adalah keikutsertaan masyarakat yang saling berhubungan satu dengan yang lain dan

dipengaruhi oleh faktor-faktor instrinsik maupun ekstrinsik dalam keberlangsungan suatu kegiatan.

2.1.4.2 Bentuk Partisipasi Masyarakat

Partisipasi masyarakat sering diartikan sebagai keikutsertaan, keterlibatan dan kebersamaan anggota masyarakat dalam suatu kegiatan tertentu, baik secara langsung maupun tidak langsung. Mulai dari gagasan, perumusan kebijakan hingga pelaksanaan operasional program. Partisipasi secara langsung berarti anggota masyarakat tersebut ikut memberikan bantuan tenaga dalam kegiatan yang dilaksanakan (Alfiandra, 2009). Sedangkan menurut Wibisono (1989) dalam Alfiandra (2009) partisipasi tidak langsung berupa keuangan, pemikiran, dan material yang diperlukan. Sementara menurut Parfi (2007) dalam Alfiandra (2009) partisipasi masyarakat sering diartikan sebagai keikutsertaan, keterlibatan anggota masyarakat dalam kegiatan tertentu baik secara langsung maupun tidak langsung.

Dengan demikian dapat dirumuskan adanya tiga dimensi partisipasi (Notoatmodjo, 2010), yaitu:

- 1) Keterlibatan semua unsur atau keterwakilan kelompok (*group representation*) dalam proses pengambilan keputusan. Namun, mengingat sulitnya membuat peta pengelompokan masyarakat, maka cara paling mudah pada tahap ini adalah mengajak semua anggota masyarakat untuk mengikuti tahap ini.
- 2) Kontribusi massa sebagai pelaksana/implementor dari keputusan yang diambil. Setelah keputusan diambil, ada tiga kemungkinan reaksi masyarakat yang muncul, yaitu: a) secara terbuka menerima keputusan dan bersedia

melaksanakannya, b) secara terbuka menolaknya, dan c) tidak secara terbuka menolak, namun menunggu perkembangan yang terjadi.

- 3) Anggota masyarakat secara bersama-sama menikmati hasil dari program yang dilaksanakan.

Partisipasi dapat terwujud apabila syarat-syarat berikut terpenuhi:

- 1) Adanya rasa saling percaya antar anggota dalam masyarakat, maupun antara anggota masyarakat, dan pihak petugas (pemerintah, pihak luar non-pemerintah). Ketidakpercayaan dan saling curiga dapat merusak semangat untuk berpartisipasi yang mulai tumbuh. Rasa saling percaya diciptakan melalui suatu niat untuk melakukan sesuatu demi kesejahteraan masyarakat.
- 2) Adanya ajakan dan kesempatan bagi anggota masyarakat untuk berperan serta dalam kegiatan atau program.
- 3) Adanya manfaat yang dapat dan segera dapat dirasakan oleh masyarakat.
- 4) Adanya contoh dan keteladanan dari para tokoh dan pemimpin masyarakat, terutama masyarakat yang bercorak paternalistik.

2.1.4.3 Tingkat Partisipasi Masyarakat

Tingkat partisipasi untuk setiap anggota masyarakat berlainan satu sama lain sesuai dengan kemampuan masing-masing, dan yang lebih penting adalah dorongan untuk berpartisipasi, yaitu berdasarkan atas motivasi, cita-cita, dan kebutuhan individu yang kemudian diwujudkan secara bersama-sama. Menurut Wiswakharman dalam (Andriansyah, dkk, 2006:57) partisipasi masyarakat dalam pelaksanaannya terdapat tingkatan-tingkatan sebagai berikut:

1. Partisipasi *Inisiasi*, merupakan tingkatan partisipasi tertinggi. Masyarakat dalam tingkatan partisipasi ini dapat menentukan dan mengusulkan segala sesuatu rencana yang akan dilaksanakan dan benar-benar merupakan inisiatif murni mereka. Peran masyarakat di sini adalah sebagai subjek kegiatan (pembangunan).
2. Partisipasi *Legitimasi*, yaitu partisipasi pada tingkat pembicaraan atau perundingan kesepakatan pada suatu proses pembangunan. Peran masyarakat pada tingkat ini cukup besar, yaitu masyarakat dapat memberi usulan dan turut aktif dalam pembicaraan dan musyawarah dalam pelaksanaan pembangunan.
3. Partisipasi *Eksekusi*, yaitu partisipasi dalam tingkat pelaksanaan kegiatan dan mereka tidak mulai dari awal (pada tahap perencanaan) dan tidak turut mengambil/menentukan keputusan.

Untuk mengukur tingkat partisipasi masyarakat juga dapat dilakukan dengan mengukur tingkat partisipasi individu atau keterlibatan individu dalam kegiatan bersama yang dapat diukur dengan skala yang dikemukakan Chapin. Menurut Chapin (1939) dalam Notoatmodjo (2010), partisipasi dapat diukur dari yang terendah dan tertinggi, yaitu:

1. Kehadiran individu dalam pertemuan-pertemuan.
2. Memberikan bantuan dan sumbangan keuangan.
3. Keanggotaan dalam kepanitiaan kegiatan .
4. Posisi kepemimpinan.

Berdasarkan skala partisipasi individu tersebut maka dapat disimpulkan skala untuk mengukur partisipasi masyarakat (Alfiandra, 2009), yaitu:

- 1) Frekuensi kehadiran anggota kelompok dalam pertemuan
- 2) Keaktifan anggota kelompok dalam berdiskusi
- 3) Keterlibatan anggota dalam kegiatan fisik
- 4) Sumber dana

2.1.4.4 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Partisipasi Masyarakat

Korten (1983) dalam Setiawan (2005), menyebutkan terdapat faktor-faktor yang mempengaruhi partisipasi masyarakat dalam pembangunan kesehatan. Faktor-faktor tersebut dapat dikelompokkan dalam dua kategori yakni faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal merupakan faktor dari komunitas yang berpengaruh dalam program partisipasi masyarakat. Sedangkan faktor eksternal adalah faktor yang berasal dari luar komunitas, dan ini akan meliputi dua aspek, menyangkut sistem sosial politik dimana komunitas tersebut berada.

1. Faktor Internal

Faktor internal berasal dari dalam kelompok masyarakat sendiri, yaitu individu-individu dan kesatuan kelompok didalamnya. Tingkah laku individu berhubungan erat atau ditentukan oleh ciri-ciri sosiologis seperti umur, jenis kelamin, pengetahuan, pekerjaan dan penghasilan (Slamet, 1994:97). Secara teoritis, terdapat hubungan antara ciri-ciri individu dengan tingkat partisipasi, seperti usia, tingkat pendidikan, jenis pekerjaan, lamanya menjadi anggota

masyarakat, besarnya pendapatan, keterlibatan dalam kegiatan pembangunan akan sangat berpengaruh terhadap partisipasi (Slamet, 1994:137-143).

Menurut Plumer (dalam Suryawan, 2004:27), beberapa faktor yang mempengaruhi masyarakat untuk mengikuti proses partisipasi adalah:

1. Pengetahuan dan keahlian

Dasar pengetahuan yang dimiliki akan mempengaruhi seluruh lingkungan dari masyarakat tersebut. hal ini membuat masyarakat memahami ataupun tidak terhadap tahap-tahap dan bentuk dari partisipasi yang ada.

2. Pekerjaan masyarakat

Biasanya orang dengan tingkat pekerjaan tertentu akan dapat lebih meluangkan ataupun bahkan tidak meluangkan sedikitpun waktunya untuk berpartisipasi pada suatu proyek tertentu. Seringkali alasan yang mendasar pada masyarakat adalah adanya pertentangan antara komitmen terhadap pekerjaan dengan keinginan untuk berpartisipasi.

3. Tingkat pendidikan dan buta huruf

Faktor ini sangat berpengaruh bagi keinginan dan kemampuan masyarakat untuk berpartisipasi serta untuk memahami dan melaksanakan tingkatan dan bentuk partisipasi yang ada.

4. Jenis kelamin

Sudah sangat diketahui bahwa sebagian masyarakat masih menganggap faktor inilah yang dapat mempengaruhi keinginan dan kemampuan masyarakat untuk berpartisipasi beranggapan bahwa laki-laki dan

perempuan akan mempunyai persepsi dan pandangan berbeda terhadap suatu pokok permasalahan.

5. Kepercayaan terhadap budaya tertentu

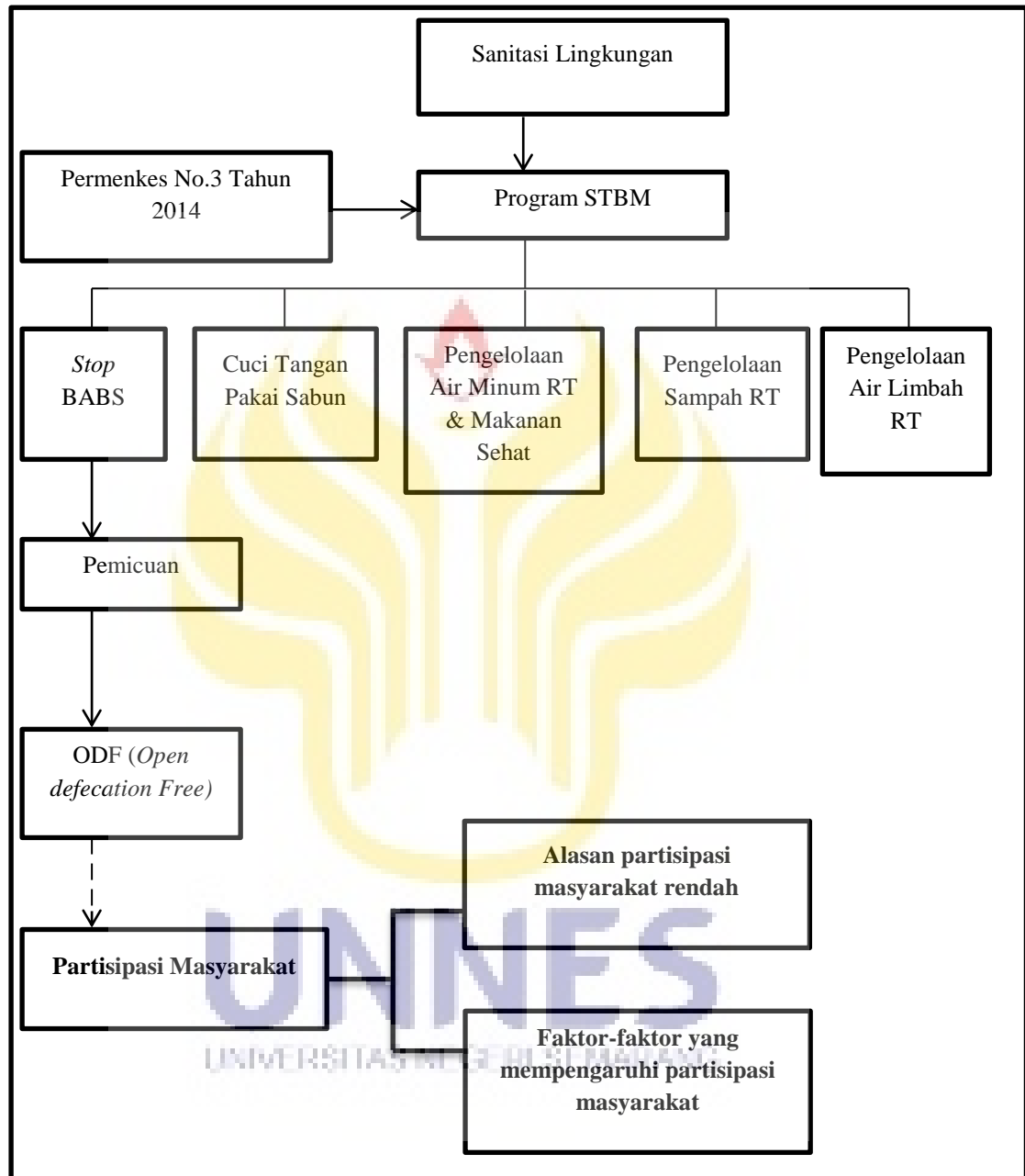
Masyarakat dengan tingkat heterogenitas yang tinggi, terutama dari segi agama dan budaya akan menentukan strategi partisipasi yang digunakan serta metodologi yang digunakan. Seringkali kepercayaan yang dianut dapat bertentangan dengan konsep-konsep yang ada.

Menurut G.M. Foster (dalam Soekidjo, 2010: 73), aspek budaya yang dapat mempengaruhi perilaku kesehatan seseorang antara lain adalah: 1) tradisi dalam masyarakat, 2) sikap fatalistis, 3) nilai, 4) etnosentris, 5) unsur budaya yang dipelajari pada tingkat awal dalam proses sosialisasi.

2. Faktor Eksternal

Menurut Sunarti (dalam jurnal Tata Loka, 2003:9), faktor-faktor eksternal berasal dari *stakeholder*, yaitu semua pihak yang berkepentingan dan mempunyai pengaruh terhadap program ini. Diantaranya adalah pemerintah daerah, perangkat desa, tokoh masyarakat, dan fasilitator program.

2.2 Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori

(Sumber: Notoatmodjo (2003), Permenkes No.3 Tahun 2014, Ibrahim Surotinojo (2009), Notoatmodjo (2012))

BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

6.1 Simpulan

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan, maka dapat disimpulkan bahwa

1. Partisipasi masyarakat dalam pelaksanaan program sanitasi total berbasis masyarakat pilar pertama (*Stop BABS*) di Desa Purwosari Kecamatan Sayung Kabupaten Demak Tahun 2015 rendah karena kondisi lingkungan yang kurang mendukung yaitu masih sering terjadi abrasi di Desa Purwosari dan perilaku masyarakat yang kurang baik yaitu sudah menjadi kebiasaan dari kecil bahwa buang air besar di tempat terbuka/ BABS sudah biasa masyarakat lakukan.
2. Faktor-faktor yang mempengaruhi rendahnya partisipasi masyarakat dalam pelaksanaan program sanitasi total berbasis masyarakat pilar pertama (*Stop BABS*) di Desa Purwosari Kecamatan Sayung Kabupaten Demak Tahun 2015 adalah faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal yang meliputi mata pencaharian/ pekerjaan masyarakat, pendapatan, pengetahuan. Sedangkan untuk kepercayaan terhadap fenomena tertentu tidak mempengaruhi partisipasi masyarakat karena yang berpengaruh adalah perilaku dari masyarakat tersebut. Faktor eksternal yang mempengaruhi adalah *stakeholder* yang ikut terlibat dalam program yaitu pemerintah daerah, perangkat desa, dan fasilitator.

6.2 Saran

6.2.1 Bagi Desa Purwosari

Saran bagi Desa Purwosari:

1. Perangkat desa memberikan motivasi kepada masyarakat Desa Purwosari agar selalu melakukan upaya menjaga kesehatan dan berperilaku sehat serta mau mengubah perilaku kesehatan yang masih salah dan melakukan pendampingan ketika dilaksanakannya program STBM di desanya.
2. Perangkat desa melakukan pendataan yang lengkap dan benar tentang masyarakat yang belum memiliki jamban maupun yang belum memiliki, agar dilakukan intervensi dengan sasaran yang tepat.

6.2.2 Bagi Puskesmas Sayung 1

Saran bagi Puskesmas Sayung 1:

1. Pelaksanaan program sebaiknya sesuai dengan pedoman nasional pelaksanaan STBM (Sanitasi Total Berbasis Masyarakat) agar ketercapaian program bisa optimal dan sesuai dengan target yang sudah ditentukan Dinas Kesehatan Kabupaten Demak, yaitu benar-benar dilakukan pemicuan bukan hanya sebatas penyuluhan, karena output yang akan dicapai pun juga akan berbeda.
2. Tim Fasilitator diberikan pelatihan terlebih dahulu sebelum melaksanakan program.
3. Pihak Puskesmas Sayung 1 melakukan monitoring dan evaluasi secara rutin ke seluruh daerah yang menjadi wilayah kerjanya untuk dilakukan peninjauan kembali daerah mana saja yang masih membutuhkan dilaksanakannya program dan tidak.

4. Pihak Puskesmas Sayung 1 sebaiknya membuat dokumentasi yang lengkap terkait program-program yang telah dilakukan dan diinventarisasi secara baik.

6.2.3 Bagi Peneliti Selanjutnya

Bagi peneliti selanjutnya yang akan melakukan penelitian sejenis di tempat yang sama, sebaiknya dilakukan juga penilaian partisipasi dengan metode kuantitatif serta melakukan evaluasi input, proses, dan output seluruh pilar dari program STBM.



DAFTAR PUSTAKA

- Adisasmito, W, 2008, *Sistem Kesehatan*, PT Raja Grafindo Persada, Jakarta.
- Aditama, T.Y, 2002, *Kesehatan dan Keselamatan Kerja*, Universitas Indonesia Press, Jakarta.
- Arikunto, Suharsimi, 2006, *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*, PT Rineka Cipta, Jakarta.
- Chandra, B, 2007, *Pengantar kesehatan lingkungan*, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta.
- Deak, A., 2008, *Taking community-led total sanitation to scale: movement, spread and adaptation. Working paper series, 29*, IDS, Brighton.
- Depkes RI, 2008, *Modul Pelatihan Stop Buang Air Besar Sembarangan (STOP BABS)*, Ditjen PP dan PL bekerjasama dengan Pokja AMPL Pusat, Depkes RI . Jakarta
- Dinas Kesehatan Kabupaten Demak, 2013, *Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Demak*, Dinas Kesehatan Kabupaten Demak, Demak.
- Ditjen PP dan PL, 2011, *Pedoman Pelaksanaan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM)*, Depkes RI, Jakarta.
- Ditjen PP dan PL, 2013, *Road Map Percepatan Program STBM 2013-2015*, Kemenkes, Jakarta.
- Kar, K and Chambers, R., 2008, *Handbook on Community-Led Total Sanitation*, Plan UK, London.
- Kepmenkes RI No. 852/Menkes/SK/IX/2008. 2008. *Strategi nasional sanitasi total berbasis masyarakat*. Depkes RI . Jakarta
- Masli, Jonneri, dkk., 2010, *Tingkat Partisipasi Masyarakat dalam Pengadaan Jamban Keluarga melalui Community Lead Total Sanitation*, Vol. 26, No.3, September 2010, hlm. 144-151.
- Moleong, Lexy J, 2010, *Metode Penelitian Kualitatif*, PT. Remaja Rosdakarya, Bandung.
- Mukono, HJ, 2006, *Prinsip Dasar Kesehatan Lingkungan*, Airlangga University Press, Surabaya
- Notoatmodjo, Soekidjo, 2003, *Ilmu Kesehatan Masyarakat “Prinsip-Prinsip Dasar”*, Rineka Cipta, Jakarta.

_____, 2007, *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*, Rineka Cipta, Jakarta.

_____, 2010, *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta.

_____, 2010, *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*, Rineka Cipta, Jakarta.

_____, 2010, *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*, Rineka Cipta, Jakarta.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (Permenkes RI) No. 3 Tahun 2014 tentang Sanitasi Total Berbasis Masyarakat.

Priatno, Teguh, dkk., 2014, *Faktor-faktor yang Berhubungan terhadap Keberhasilan Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) di Kota Tasikmalaya*, *Jurnal Kesehatan Komunitas Indonesia*, Vol. 10, No. 2 September 2014, hal. 1038-1053.

Puskesmas Sayung 1, 2015, *Data Kegiatan Sanitasi*. Puskesmas Sayung 1, Demak.

Rahmawati, SK dan Oedojo S, 2013, *Analisis Peran Serta Masyarakat Dalam Keberhasilan Program Community Led Total Sanitation (CLTS)*, *Jurnal Promkes*, Vol.1 No.2 Desember 2013, hlm. 138-144.

Slamet, JS, 2006, *Kesehatan lingkungan*, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta

Sugiyono, 2010, *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*, Alfabeta, Bandung.

_____, 2012, *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*, Alfabeta, Bandung.

Suparmin dan Soeparman, 2002, *Pembuangan Tinja dan Limbah Cair*, EGC, Jakarta.

Supriyanto, S. dan Damayanti NA, 2007, *Perencanaan dan Evaluasi*, Airlangga University Press, Surabaya.

Surotinojo, Ibrahim, 2009, *Partisipasi Masyarakat dalam Program Sanitasi oleh Masyarakat (Sanimas) di Desa Bajo Kecamatan Tilamuta Kabupaten Boalemo Gorontalo*, Tesis, Universitas Diponegoro.

Waluya, Bagja, *Pengelolaan Lingkungan Hidup*, diakses tanggal 15 April 2015, (http://www.google.co.id/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=10&cad=rja&uact=8&ved=0CEoQFjAJ&url=http%3A%2F%2Ffile.upi.edu%2FDirektori%2FFPIPS%2FJUR._PEND._GEOGRAFI%2F197210242001121-BAGJA_WALUYA%2FPengelolaan_Lingkungan_Hidup_untuk_Tk_SMA%2FBAB_4_SANITASI_LINGKUNGAN.pdf)

- Wijono, 2009, *Manajemen program dan kepemimpinan Kesehatan*, CV, Duta Prima Airlangga, Surabaya
- WSP-EAP, 2009, *Information On Improved Latrine Option*, Jakarta: World Bank Office.
- Yulianti, Yoni, 2012, *Analisis Partisipasi Masyarakat dalam Pelaksanaan Program Nasional Pemberdayaan Masyarakat (PNPM) Mandiri Perkotaan di Kota Solok*, Tesis, Universitas Andalas, Padang.

