



**ANALISIS PERAN PUSKESMAS LEYANGAN DALAM  
MELAKSANAKAN PROGRAM SANITASI TOTAL  
BERBASIS MASYARAKAT (STBM) PILAR  
STOP BABS DI KECAMATAN  
UNGARAN TIMUR**

**SKRIPSI**

Diajukan sebagai Salah Satu Syarat untuk  
Memperoleh Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

**Disusun oleh :**  
Magistia Ramadhani Candrarini  
NIM 6411415143

**JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN  
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG**

**2019**

## ABSTRAK

Magistia Ramadhani C

### **Analisis Peran Puskesmas Leyangan Dalam Melaksanakan Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) Pilar Stop BABS Di Kecamatan Ungaran Timur**

XIX + 161 halaman + 3 Tabel + 6 Gambar + 13 Lampiran

Pada tahun 2014 sampai 2017 dari kelima desa/kelurahan yang ada dalam wilayah kerja Puskesmas Leyangan belum satupun yang melaksanakan desa Stop BABS (SBS). Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis peran Puskesmas Leyangan terhadap program STBM pilar Stop BABS guna mengetahui implementasi program STBM pilar Stop BABS, yang selanjutnya dapat digunakan sebagai upaya dalam peningkatan capaian target.

Jenis penelitian ini deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Rancangan penelitian menggunakan studi kasus dengan fokus penelitian pada peran pasif dan aktif Puskesmas Leyangan terhadap pelaksanaan STBM pilar Stop BABS. Data penelitian dikumpulkan melalui wawancara mendalam. Informan dipilih secara *purposive* sesuai kebutuhan penelitian. Data disajikan melalui uraian singkat (narasi).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pada peran pasif Puskesmas Leyangan terdapat hal-hal yang belum dilaksanakan Puskesmas, diantaranya tenaga kesehatan tim STBM belum pernah mengikuti pelatihan, Puskesmas tidak melakukan penetapan target khusus dan penyusunan perencanaan terkait teknis pelaksanaan program; proses pencatatan dan pelaporan yang kadang tidak tepat waktu. Sedangkan pada pelaksanaan pemicuan program masih rendahnya kesadaran warga untuk buang air besar di jamban. Hal ini membuat capaian program STBM pilar Stop BABS di Puskesmas Leyangan belum sesuai target ODF 100%, masih terdapat desa yang persentasenya masih 35% yaitu Desa Kalirejo.

Saran penelitian ini yaitu pihak dinas kesehatan seharusnya melaksanakan pelatihan guna meningkatkan kemampuan petugas STBM dalam melaksanakan program, pihak puskesmas sebaiknya melakukan penetapan target dan perencanaan teknis pelaksanaan untuk mengoptimalkan pelaksanaan program, perlunya peningkatan penyuluhan yang terfokus pada peningkatan pemanfaatan dan pemeliharaan jamban, dan peningkatan dukungan aparat desa untuk pelaksanaan program STBM.

**Kata Kunci** : Peran Puskesmas, STBM, dan ODF

**Kepustakaan** : 92 (1989-2018)

## ABSTRACT

Magistia Ramadhani C

### **Analysis The Role of Leyangan Health Center in Implementing Community-Based Total Sanitation Program (STBM) Pillar Stop BABS in District Ungaran Timur**

XIX + 161 pages + 3 tabel + 6 images + 13 appendices

In 2014 to 2017, out of the five villages in the working area of Leyangan Health Center, none of them implemented a Village Stop BABS (desa SBS). The purpose of this study was to analyze the role of the Leyangan Health Center to the STBM program Pillar Stop BABS in order to find out the implementation of the STBM Program Pillar Stop BABS, which can be used as an effort to improve target achievement.

This type of research is descriptive with a qualitative approach. The research design uses a case study with a research focus on the passive and active role of the Leyangan Health Center in the implementation of STBM pillars Stop BABS. Research data were collected through in-depth interviews. Informants were selected purposively according to research needs. Data is presented through a brief description (narration).

The results showed that in the passive role of the Leyangan Health Center there were things that had not been implemented by the Health Center, including the health staff of the STBM team who had never attended training, the Puskesmas did not set specific targets, and make plans related to the technical implementation of the program; the process of recording and reporting which is sometimes not timely. While in the implementation of program triggering, the awareness of villager to defecate in the toilet was still low. This makes the achievement of the STBM pillar Stop BABS program in the Leyangan Health Center not in accordance with the 100% ODF target, there are still villages whose percentage is still 35%, namely Kalirejo Village

The suggestion of this research is that the health department should carry out training to improve the ability of STBM officers in implementing the program, the health center should set targets and implement technical planning to optimalfize program implementation, the need for extension counseling that is focused on increasing the utilization and maintenance of latrines, and increasing apparatus support villages for the implementation of the STBM program

**Keywords :** Role of Puskesmas, STBM, and ODF

**Literatures:** 92 (1989-2018)

### PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam skripsi ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam pustaka.

Semarang, 17 Agustus 2019

Penulis,



Magistia Ramadhani C  
NIM 6411415143

## PENGESAHAN

Skripsi dengan judul "Analisis Feran Puskesmas Leyangan Dalam Melaksanakan Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) Pilar Stop BABS Di Kecamatan Ungaran Timur" yang disusun oleh Magistia Ramadhani C, NIM 6411415143 telah dipertahankan di hadapan penguji pada Ujian Skripsi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang, yang dilaksanakan pada:

hari, tanggal : Rabu, 18 September 2019  
tempat : Ruang Ujian Jurusan IKM A

Panitia Ujian




Sekretaris,



dr. A. Nur Rahayu, M.Pd.  
NIP. 1964837021984037001



Muhammad Azinar, S.K.M., M.Kes.  
NIP. 198205182012121002

	Dewan Penguji	Tanggal
Penguji I	 dr. Fitri Indrawati, M.P.H. NIP 198307112008012008	28/9 - 2019
Penguji II	 dr. RR. Siti Fatma Rahayu, M.Kes., Ph.D. NIP 197205182008012011	28/9/2019
Penguji III	 Nur Siyam, S.K.M., M.P.H. NIP 198705222015042001	28/9/2019

## **MOTTO**

“Maka apabila kamu telah selesai (dari suatu urusan), kerjakanlah dengan sungguh-sungguh (urusan) yang lain, dan hanya kepada Tuhanmulah hendaknya kamu berharap”  
(QS. Al-Insyirah : 7-8)

Hal baik datang, meski kadang didahului oleh hal buruk. Itulah seninya hidup.  
Indah disaat yang tepat, bahagia di waktu yang semestinya  
(Fiersa Besari)

Yang terpenting bukan soal kecepatan, melainkan bagaimana cara yang baik untuk kita sampai pada tujuan yang ingin kita capai.  
BERDOA, SEMANGAT, dan BERUSAHA.  
(Penulis)

## **PERSEMBAHAN**

1. Ayah dan Ibu sebagai inspirasi dalam hidup, yang selalu mendukung dari segi moril atau material
2. Saudara-saudaraku yang selalu memberikan semangat dan dukungan serta doa-doanya untukku
3. Teman-teman dan sahabat-sahabat tercinta
4. Almamater, Universitas Negeri Semarang

## **PRAKATA**

Puji syukur penulis panjatkan atas kehadiran Allah SWT karena berkat rahmat dan hidayah-Nya sehingga penyusunan Proposal Skripsi dengan judul “Analisis Peran Puskesmas Leyangan dalam Melaksanakan Program STBM Pilar Stop BABS di Kecamatan Ungaran Timur” dapat terselesaikan dengan baik, untuk itu dengan segala kerendahan hati penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Prof. Dr. Tandiyo Rahayu, M.Pd. atas surat keputusan penetapan Dosen Pembimbing Skripsi
2. Ketua Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Bapak Irwan Budiono, S.KM., M.Kes.(Epid)
3. Pembimbing Skripsi, Ibu Nur Siyam, S.K.M.,M.P.H atas bimbingan, arahan serta motivasi dalam penyusunan proposal skripsi ini
4. Bapak Ibu Dosen serta staff Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang atas bekal ilmu pengetahuan, bimbingan serta bantuan dalam segala urusan administrasi penyusunan proposal skripsi
5. Dinas Kesehatan Kabupaten Semarang, dan Puskesmas Leyangan atas kesediaannya berpartisipasi dalam penelitian
6. Keluarga saya tercinta yang telah memberikan dorongan semangat, kasih sayang, dan doanya sehingga proposal skripsi ini dapat terselesaikan
7. Teman-teman peminatan AKK dan IKM angkatan 2015

8. Teman-temanku : Winda Pitaloka, Deskasari K, Ismah DC, Sapta Agung, Avika Titisari, Shella Mediciani, Choerun nisa, Zurria Kirana, Dwi Septina, Alfrina P.L, Endiyana Pratiwi, Rofiqul Anam, Siti Khotimah atas dukungan moral dalam penyusunan skripsi kepada penulis.
9. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu, doa serta dukungannya yang telah diberikan sampai penulisan proposal skripsi ini selesai.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa masih banyak kekurangan dan keterbatasan pengetahuan serta pengalaman dalam penyusunan proposal skripsi ini, sehingga masukan dan kritikan yang membangun diharapkan guna penyempurnaan karya selanjutnya. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat.

Semarang, 17 Agustus 2019

Penulis



## DAFTAR ISI

<b>ABSTRAK</b> .....	<b>i</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>ii</b>
<b>PERNYATAAN</b> .....	Error! Bookmark not defined.
<b>PERSETUJUAN</b> .....	Error! Bookmark not defined.
<b>MOTTO</b> .....	<b>v</b>
<b>PRAKATA</b> .....	<b>vi</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>viii</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>xii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>xiii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	<b>xiv</b>
<b>DAFTAR ISTILAH</b> .....	<b>xv</b>
<b>PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
<b>1.1 LATAR BELAKANG MASALAH</b> .....	<b>1</b>
<b>1.2 RUMUSAN MASALAH</b> .....	<b>5</b>
<b>1.3 TUJUAN PENELITIAN</b> .....	<b>5</b>
1.3.1 Tujuan Penelitian Umum.....	5
1.3.2 Tujuan Penelitian Khusus.....	6
<b>1.4 MANFAAT</b> .....	<b>6</b>
1.4.1 Bagi Puskesmas Leyangan Kecamatan Ungaran Timur .....	6
1.4.2 Bagi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, FIK, UNNES.....	6
1.4.3 Bagi Peneliti.....	7
<b>1.5 KEASLIAN PENELITIAN</b> .....	<b>7</b>
<b>1.6 RUANG LINGKUP PENELITIAN</b> .....	<b>11</b>
1.6.1 Ruang Lingkup Tempat.....	11

1.6.2 Ruang Lingkup Waktu .....	11
1.6.3 Ruang Lingkup Keilmuan .....	11
<b>BAB II .....</b>	<b>12</b>
<b>TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>12</b>
<b>2.1 LANDASAN TEORI .....</b>	<b>12</b>
2.1.1. Perilaku Buang Air Besar Sembarangan (BABS) .....	12
2.1.2 Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) .....	16
2.1.3 Puskesmas.....	25
2.1.4 Peran Puskesmas dalam Pelaksanaan Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) .....	27
<b>2.2 Kerangka Teori .....</b>	<b>41</b>
<b>BAB III.....</b>	<b>42</b>
<b>METODE PENELITIAN .....</b>	<b>42</b>
<b>3.1 ALUR PIKIR .....</b>	<b>42</b>
<b>3.2 FOKUS PENELITIAN .....</b>	<b>42</b>
<b>3.3 JENIS DAN RANCANGAN PENELITIAN .....</b>	<b>45</b>
<b>3.4 SUMBER INFORMASI.....</b>	<b>46</b>
3.4.1 Informan Penelitian.....	46
3.4.2Jenis Informasi .....	47
<b>3.5 INSTRUMEN PENELITIAN DAN TEKNIK PENGAMBILAN DATA 48</b>	<b>48</b>
<b>3.5.1 Instrumen Penelitian.....</b>	<b>48</b>
<b>3.5.2 Teknik Pengambilan Data .....</b>	<b>49</b>
<b>3.6 PROSEDUR PENELITIAN .....</b>	<b>49</b>
3.6.1 Tahap Pra Penelitian.....	49
3.6.2 Tahap Kegiatan Penelitian.....	50
3.6.3 Tahap Pasca Penelitian.....	50
<b>3.7 PEMERIKSAAN KEABSAHAN DATA .....</b>	<b>51</b>
<b>3.8 TEKNIK ANALISIS DATA .....</b>	<b>52</b>

3.8.1.	Reduksi Data .....	52
3.8.1	Penyajian Data.....	52
3.8.2	Penarikan Kesimpulan dan Verifikasi .....	52
<b>BAB IV</b>	.....	<b>54</b>
<b>HASIL PENELITIAN</b>	.....	<b>54</b>
<b>4.1 GAMBARAN UMUM</b>	.....	<b>54</b>
4.1.1.	Gambaran Umum Puskesmas Leyangan.....	54
4.1.2.	Karakteristik Informan Penelitian .....	55
<b>4.2 HASIL PENELITIAN</b>	.....	<b>56</b>
4.2.1.	Peran Pasif Puskesmas Leyangan Dalam Melaksanakan Program STBM Pilar Stop BABS .....	56
4.2.2.	Peran Aktif Puskesmas Leyangan Dalam Melaksanakan Program STBM Pilar Stop BABS .....	65
4.2.3.	Output Pada Pelaksanaan Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat Pilar Stop BABS Di Wilayah Kerja Puskesmas Leyangan.....	79
<b>BAB V</b>	.....	<b>81</b>
<b>PEMBAHASAN</b>	.....	<b>81</b>
<b>5.1. PEMBAHASAN</b>	.....	<b>81</b>
5.1.1.	Peran Pasif Puskesmas Leyangan Dalam Melaksanakan Program STBM Pilar Stop BABS.....	81
5.1.2.	Peran Aktif Puskesmas Leyangan Dalam Melaksanakan Program STBM Pilar Stop BABS .....	87
5.1.3.	Output Pada Pelaksanaan Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat Pilar Stop BABS Di Wilayah Kerja Puskesmas Leyangan.....	96
<b>BAB VI</b>	.....	<b>98</b>
<b>SIMPULAN DAN SARAN</b>	.....	<b>98</b>
<b>6.1 SIMPULAN</b>	.....	<b>98</b>
<b>6.2. SARAN</b>	.....	<b>99</b>

6.2.1.	Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Semarang .....	99
6.2.2.	Bagi Puskesmas Leyangan .....	100
6.2.3.	Bagi Masyarakat Wilayah Kerja Puskesmas Leyangan.....	101
6.2.4.	Bagi Peneliti Selanjutnya .....	101
	<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>102</b>
	<b>LAMPIRAN .....</b>	<b>111</b>

## DAFTAR TABEL

Tabel 1. 1 Keaslian Penelitian.....	7
Tabel 3. 1 Fokus Penelitian .....	43
Tabel 4. 1 Data Open Defecation Free di wilayah kerja Puskesmas Lembangan tahun 2018 .....	79

## **DAFTAR GAMBAR**

Gambar 2. 1 Contoh Perubahan Perilaku SBS .....	14
Gambar 2. 2 Bangunan Jamban.....	14
Gambar 2. 3 Lantai Jamban.....	15
Gambar 2. 4 Bentuk dinding jamban .....	16
Gambar 2. 5 Kerangka Teori.....	41
Gambar 3. 1 Alur Pikir.....	42

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 Tugas Pembimbing .....	111
Lampiran 2 Surat Izin Penelitian Dari FIK .....	112
Lampiran 3 Surat Izin Penelitian dari Kesbangpol.....	113
Lampiran 4 Surat Izin Penelitian Dari Dinas Kesehatan .....	114
Lampiran 5 Surat Ethical Clearance .....	115
Lampiran 6 Surat/Bukti Sudah Melakukan Penelitian.....	116
Lampiran 7 Lembar Penjelasan Kepada Calon Subjek.....	117
Lampiran 8 Lembar Persetujuan Menjadi Subjek .....	118
Lampiran 9 Pedoman Wawancara Informan Utama.....	127
Lampiran 10 Pedoman Wawancara Informan Triangulasi .....	132
Lampiran 11 Lembar Observasi .....	133
Lampiran 12 Transkrip Wawancara Informan Utama .....	137
Lampiran 13 Dokumentasi .....	165

## DAFTAR ISTILAH

BABS	: Buang Air Besar Sembarangan
BOK	: Bantuan Operasional Kesehatan
BPPSPAM	: Badan Peningkatan Penyelenggaraan Sistem Penyediaan Air Minum
CLTS	: <i>community led total sanitation</i>
KK	: Kepala Keluarga
ODF	: <i>Open Defecation Free</i>
RT/RW	: Rukun Tetangga / Rukun Warga
STBM	: Sanitasi Total Berbasis Masyarakat
SBS	: Stop Buang Air Besar Sembarangan
TPM	: Tempat Pengolahan Makanan
TTU	: Tempat-Tempat Umum
WC	: Water Closet



# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 LATAR BELAKANG MASALAH**

Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia tahun 1945 menyatakan bahwa lingkungan hidup yang baik dan sehat merupakan hak asasi dan hak konstitusional bagi setiap warga negara Indonesia. Oleh karena itu, negara, pemerintah, dan seluruh pemangku kepentingan berkewajiban untuk melakukan perlindungan dan pengelolaan lingkungan hidup dalam pelaksanaan pembangunan berkelanjutan agar lingkungan hidup Indonesia dapat tetap menjadi sumber dan penunjang hidup bagi rakyat Indonesia serta makhluk hidup lain (Perpres RI, 2009). Lingkungan merupakan faktor yang sangat berpengaruh terhadap derajat kesehatan masyarakat, disamping perilaku dan pelayanan kesehatan. Tantangan yang dihadapi Indonesia terkait pembangunan kesehatan khususnya dalam bidang higiene dan sanitasi masih sangat besar. Untuk itu diperlukan intervensi secara terpadu melalui pendekatan sanitasi total (Menkes RI, 2014). Berdasarkan *Joint Monitoring Program* tahun 2014, sebuah riset gabungan antara UNICEF dan WHO, 55 juta orang di Indonesia melakukan buang air besar sembarangan, membuat Indonesia menempati posisi kedua tertinggi di dunia dalam hal buang air besar sembarangan. Beberapa upaya pemerintah untuk mengatasi masalah sanitasi diantaranya, pada tahun 2008 Kementerian Kesehatan RI mengeluarkan Kepmenkes RI nomor 852/Menkes/SK/IX/2008 tentang Strategi Nasional Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) yang kemudian diperkuat

dengan Permenkes RI nomor 3 tahun 2014 tentang Sanitasi Total Berbasis Masyarakat.

Sanitasi Total Berbasis Masyarakat adalah suatu program pemberdayaan masyarakat pada bidang sanitasi yang mengarahkan masyarakat pada perubahan perilaku dari buang air besar sembarangan (BABS) menuju pada suatu tempat tertentu (jamban/kakus) yang dapat mencegah terhadap bau yang tidak sedap, pencemaran terhadap sumber air bersih serta keterjangkauan lalat yang dapat mengakibatkan penyakit berbasis lingkungan. Sanitasi total adalah kondisi ketika suatu komunitas tidak buang air besar sembarangan (BABS) atau *Open Defecation Free (ODF)* (Menkes RI, 2008). STBM diselenggarakan dengan berpedoman pada lima pilar, yaitu: 1. Stop Buang Air Besar Sembarang (Stop BABS), 2. Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS). 3. Mengelola Air Minum dan Makanan yang Aman, 4. Megelola Sampah dengan Benar, 5. Mengelola Limbah Cair Rumah Tangga dengan Aman (Menkes RI, 2014). Dari kelima pilar dalam program STBM, pilar pertama yaitu Stop BABS adalah pilar utama yang sangat berpengaruh terhadap kesehatan masyarakat, karena masalah tersebut menyangkut masalah kesehatan lingkungan yang akan berdampak luas terhadap masyarakat disekitar. Selain itu, pilar pertama merupakan akses utama menuju sanitasi total (Nugraha, 2015).

Salah satu indikator sasaran kegiatan pengawasan kualitas air dan sanitasi dasar adalah desa yang melaksanakan STBM. Jumlah desa STBM di Indonesia mengalami peningkatan setiap tahunnya. Berdasarkan profil kesehatan Jawa Tengah, pada tahun 2015 capaian desa yang melaksanakan STBM sebesar 5.356 desa (61,4%), capaian ini telah mengalami peningkatan dan sudah melampaui target

yang telah ditetapkan yaitu sebesar 2.347 (27%). Sedangkan pada tahun 2016 capaian desa yang telah melaksanakan STBM sebesar 5.364 desa (62,7%) jumlah capaian ini sedikit meningkat dibanding tahun 2015 dan sudah melampaui target yang ditentukan yaitu sebesar 2.347 (27%) (Dinkes Prov Jawa Tengah, 2016). Dalam rangka mendukung pencapaian target RPJMN termasuk *Universal Access* 2019, pada akhir tahun 2019 harus tercapai 100% desa/kelurahan melaksanakan STBM, dan 50% desa/kelurahan STBM harus mencapai SBS/ODF yang terverifikasi. SBS terverifikasi adalah kondisi ketika setiap individu dalam suatu komunitas tidak lagi melakukan perilaku buang air besar sembarangan yang berpotensi menyebarkan penyakit dan sudah dipastikan melalui proses verifikasi (Kemenkes RI, 2016).

Terdapat beberapa bahaya terhadap kesehatan yang ditimbulkan akibat sanitasi yang tidak baik, diantaranya : pencemaran tanah, air, dan kontaminasi makanan; tifus, disentri, kolera, serta diare (Chandra, 2007). Pada Kabupaten Semarang, terdapat hal yang melatarbelakangi dilaksanakannya Program STBM, yaitu masih tingginya angka penduduk yang masih melakukan BABS, dan tingginya angka kasus diare. Pada tahun 2014 kasus diare yang ditemukan sebanyak 22.975, pada tahun 2015 sebanyak 21.322, pada tahun 2016 sebanyak 20.447 kasus, dan pada tahun 2017 mengalami peningkatan yang cukup besar sebanyak 23.204 kasus. Berdasarkan profil kesehatan Kabupaten Semarang, program STBM pertama kali dilaksanakan mulai tahun 2014. Berturut-turut mulai tahun 2014 sampai dengan 2017 kecamatan dengan capaian desa yang melaksanakan STBM tertinggi adalah Kecamatan Tenganan dengan jumlah desa yang melaksanakan STBM dan SBS

sebesar 15 desa, diikuti dengan Kecamatan Getasan dengan jumlah desa yang melaksanakan STBM dan SBS sebesar 8 desa (Dinas Kesehatan Kabupaten Semarang, 2014). Pada tahun 2017, baru sekitar 86,4% warga yang punya akses ke jamban. Sisanya sebanyak 13,06% buang air besar sembarangan (BABS) karena tidak memiliki akses. Sebagian besar penduduk yang belum memiliki akses jamban ini membuang air besar di sungai, kebun, atau pekarangan rumah (Dinas Kesehatan Kab Semarang, 2016).

Pada tahun 2017 di Kabupaten Semarang masih terdapat beberapa kecamatan yang belum melaksanakan desa SBS, salah satunya Kecamatan Ungaran Timur. Terdapat dua puskesmas yang ada di wilayah kerja Kecamatan Ungaran Timur, yaitu Puskesmas Kalongan dan Puskesmas Leyangan. Berturut-turut pada tahun 2014 sampai 2017 dari kelima desa/kelurahan yang ada dalam wilayah kerja Puskesmas Leyangan belum satupun yang melaksanakan desa Stop BABS (SBS) (Dinas Kesehatan Kab Semarang, 2016). Dalam skala kecamatan, kondisi kesehatan masyarakat di Kecamatan Ungaran Timur masih belum optimal, diantaranya kasus BABS, rendahnya angka kepesertaan jaminan kesehatan nasional, permasalahan kesehatan ibu dan anak, infrastruktur pendukung kesehatan, dan sebagainya (Fauzi, et al., 2018).

Menurut penelitian oleh Davik (2016) beberapa faktor yang menjadi penghambat program STBM pilar pertama Stop BABS adalah masih buruknya beberapa tahapan dalam pelaksanaan, seperti pada tahap perencanaan hanya terdapat 65% petugas saja yang melakukan analisis situasi dan identifikasi masalah, dan pada tahap pemantauan dan evaluasi sebesar 61% petugas saja. Pada tahapan

pendampingan dan advokasi juga masih buruk dikarenakan tidak semua petugas sanitasi Puskesmas melakukan (Davik, 2016).

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan di Puskesmas Leyangan, Puskesmas Leyangan merupakan puskesmas dengan jumlah warga yang masih melakukan praktik BABS terbanyak yaitu 2.667 kepala keluarga. Program STBM pilar pertama di wilayah kerja Puskesmas Leyangan sudah berjalan namun belum optimal, hasil pencapaian dari program STBM pilar pertama belum mencapai target 100% ODF. Presentase *Open Defecation Free* (ODF) STBM pilar pertama di wilayah kerja Puskesmas Leyangan diantaranya desa Leyangan 99%, Beji 86,6%, Gedanganak 97,83%, Kalirejo 35,14%, dan Sidomulyo 78,81%.

Belum tercapainya target 100% ODF di wilayah kerja Puskesmas Leyangan maka perlu adanya penelitian terkait analisis peran Puskesmas Leyangan terhadap pelaksanaan program STBM pilar Stop BABS guna mengetahui implementasi program STBM pilar Stop BABS, yang selanjutnya dapat digunakan sebagai upaya dalam peningkatan capaian target yang ditentukan.

## **1.2 RUMUSAN MASALAH**

Pertanyaan yang muncul dan ingin dicari jawabannya melalui penelitian ini yaitu “Bagaimana analisis peran Puskesmas Leyangan dalam melaksanakan Program STBM Pilar Stop BABS di Kecamatan Ungaran Timur?”

## **1.3 TUJUAN PENELITIAN**

### **1.3.1 Tujuan Penelitian Umum**

Menganalisis mengenai peran pasif dan aktif Puskesmas Leyangan terhadap pelaksanaan program STBM pilar pertama stop BABS.

### **1.3.2 Tujuan Penelitian Khusus**

1. Menganalisis mengenai gambaran pelaksanaan kegiatan program STBM di Puskesmas Leyangan
2. Menganalisis mengenai proses persiapan sumberdaya, sarana dan prasarana serta pendanaan program STBM di Puskesmas Leyangan
3. Menganalisis mengenai proses penetapan target dan penetapan teknis pelaksanaan program STBM di Puskesmas Leyangan
4. Menganalisis mengenai pelaksanaan advokasi, edukasi, dan kemitraan program STBM di Puskesmas Leyangan
5. Menganalisis mengenai sistem pencatatan dan pelaporan program STBM di Puskesmas Leyangan
6. Menganalisis mengenai capaian program STBM di Puskesmas Leyangan

## **1.4 MANFAAT**

### **1.4.1 Bagi Puskesmas Leyangan Kecamatan Ungaran Timur**

Sebagai informasi dan evaluasi mengenai pelaksanaan program STBM pilar Stop BABS

### **1.4.2 Bagi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, FIK, UNNES**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat berguna sebagai tambahan kajian bagi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat khususnya pada pelaksanaan program STBM pilar Stop BABS di Puskesmas Leyangan Kecamatan Ungaran Timur.

### 1.4.3 Bagi Peneliti

Sebagai sarana untuk menambah wawasan, pengetahuan, serta pengalaman tentang peranan dan pelaksanaan program STBM pilar Stop BABS di Puskesmas Leyangan Kecamatan Ungaran Timur.

## 1.5 KEASLIAN PENELITIAN

**Tabel 1. 1 Keaslian Penelitian**

NO	PENELITI	JUDUL	RANCANGAN PENELITIAN	VARIABEL	HASIL PENELITIAN
1	Nina Sulistiani, dan Indah Parabawati (2016)	Implementasi Program Sanitasi Total Dan Pemasaran Sanitasi (Stops) Di Desa Sembung Kecamatan Kapas Kabupaten Bojonegoro	Deskriptif kualitatif	Model Van Meter & Van Horn yang terdiri dari 6 variabel, yaitu: 1) Ukuran dan Tujuan Kebijakan; 2) Sumber Daya; 3) Karakteristik Organisasi; 4) Sikap Pelaksana; 5) Komunikasi Organisasi Terkait; 6) Lingkungan Ekonomi, Sosial, dan Politik	Implementasi program SToPS di Desa Sembung masih mengalami kendala didalam pelaksanaannya, khususnya pada rendahnya pemahaman masyarakat terhadap program, sumberdaya anggaran yang terbatas, kondisi sosial ekonomi yang kurang mendukung, kurangnya komunikasi antara pelaksana dengan kelompok sasaran, standar sanksi buang air besar sembarangan dan standar mekanisme

					aturan pemantauan program SToPS yang belum dilaksanakan secara menyeluruh
2	Givani Yolanda Br Surbakti (2018)	Faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku Buang Air Besar Sembarangan (BABS) diwilayah Kerja Puskesmas Kalongan Kecamatan Ungaran Timur	<i>Explanatory research</i> (penelitian penjelasan) dengan metode survey menggunakan pendekatan <i>case control</i>	Variabel bebas : sikap, nilai, persepsi, pekerjaan, penghasilan, ketersediaan air bersih, jarak rumah ke sungai, peran petugas kesehatan dan dukungan aparat/tokoh desa. Variabel terikat : perilaku buang air besar sembarangan	Analisis menggunakan Chi-Square menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifk antara Pekerjaan $p = 0,001$ ; OR = 13,169, Jarak Rumah kesungai $p = 0,001$ ; OR = 4,491, Sikap $p = 0,003$ ; OR = 3,361, Persepsi $p = 0,000$ ; OR = 6,900, Nilai Etika $p = 0,014$ ; OR = 2,780 dengan perilaku Buang Air Besar Sembarangan (BABS).
3	Lilis Rahmawati (2018)	Evaluasi Pencapaian Progam Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (Stbm) Pilar Pertama Stop Babs Di	Penelitian Evaluatif	Evaluasi Pencapaian Program STBM Pilar Pertama Stop BABS, berdasarkan unsur-unsur pada teori	Hasil Pencapaian program STBM pilar pertama Stop BABS di wilayah kerja Puskesmas Kalongan di



		Wilayah Kerja Puskesmas Kalongan		sistem yang terdiri dari input, proses, dan output	tahun 2018 sebesar 96,26% dimana tidak mencapai target 100% ODF. Tiga desa sudah mencapai kondisi ODF, namun terdapat dua desa yang belum mencapai kondisi ODF, sehingga target untuk desa ODF belum tercapai.
4	Nurul Rohmaniya h (2014)	Analisis Peran Kepala Puskesmas dalam Fungsi Manajemen Pelaksanaan Layanan Komprehensif Berkesinambun gan HIV-IMS	Deskriptif Kualitatif	Peran kepala puskesmas dalam melaksana n fungsi manajemen : perencanaan ( <i>planning</i> ), pengorganisa sian ( <i>organizing</i> ), pelaksanaan ( <i>actuating</i> ), pengawasan ( <i>controlling</i> ) dalam layanan komprehensif berkesinamb	Kepala puskesmas merencanakan kegiatan pelayanan bersama pemegang program HIV, pembentukan tim pelaksana layanan HIV sesuai dengan tujuan pokok dan fungsi kerja, jejaring kerjasama dengan lintas sektor pada rapat evaluasi tribunalan, Pelatihan untuk layanan HIV telah dilaksanakan di sebagian besar puskesmas,

		ungan HIV-IMS.	Fungsi pengawasan dilaksanakan oleh kepala puskesmas dengan memantau dan evaluasi kegiatan.
5	Nadhila Azmi Amatullah	Analisis Peran Pimpinan Pada Kinerja Pegawai (Studi Kasus di Puskesmas Ngesrep Kota Semarang)	

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

1. Lokasi dan waktu penelitian berbeda dengan penelitian sebelumnya, penelitian dengan judul Analisis Peran Puskesmas Leyangan dalam Melaksanakan Program STBM Pilar Stop BABS di Kecamatan Ungaran Timur belum pernah dilakukan di Puskesmas Leyangan Kecamatan Ungaran Timur.
2. Adanya variabel peran pasif dan aktif terhadap implementasi program STBM pilar Stop BABS di Puskesmas Leyangan yang belum diteliti pada penelitian sebelumnya.
3. Penelitian dengan kajian kualitatif untuk mengetahui mengenai peran pasif yang berupa penetapan target program, penetapan teknis pelaksanaan; dan peran aktif Puskesmas Leyangan yang berupa edukasi, advokasi, pencatatan dan pelaporan; dan kemitraan dalam melaksanakan program STBM pilar stop BABS di Kecamatan Ungaran Timur.

## **1.6 RUANG LINGKUP PENELITIAN**

### **1.6.1 Ruang Lingkup Tempat**

Lokasi penelitian ini dilaksanakan di Puskesmas Leyangan Kecamatan Ungaran Timur.

### **1.6.2 Ruang Lingkup Waktu**

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan April sampai Juni 2019.

### **1.6.3 Ruang Lingkup Keilmuan**

Materi penelitian ini adalah Analisis Peran Puskesmas Leyangan dalam melaksanakan program STBM pilar stop BABS. Materi tersebut termasuk dalam ilmu kesehatan masyarakat dalam bidang administrasi kebijakan kesehatan.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 LANDASAN TEORI**

##### **2.1.1. Perilaku Buang Air Besar Sembarangan (BABS)**

###### 2.1.1.1 Perilaku Buang Air Besar Sembarangan Ditinjau dari Kesehatan Lingkungan

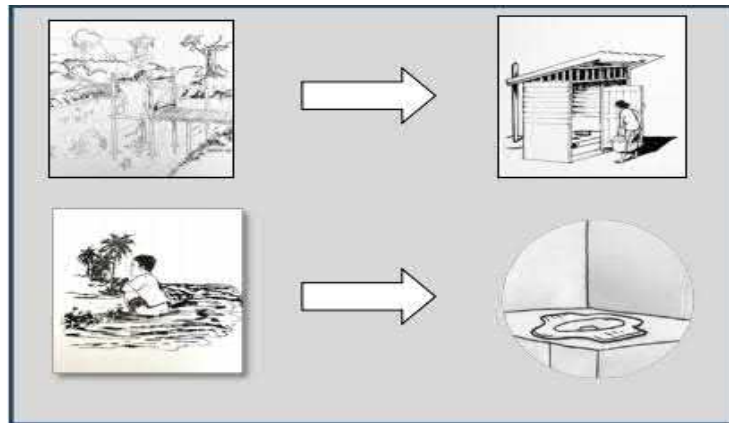
BABS/*Open defecation* adalah suatu tindakan membuang kotoran atau tinja di ladang, hutan, semak – semak, sungai, pantai atau area terbuka lainnya dan dibiarkan menyebar mengkontaminasi lingkungan, tanah, udara dan air. Menurut penelitian Surbakti (2018) Praktek buang air besar adalah perilaku-perilaku seseorang yang berkaitan dengan kegiatan pembuangan tinja meliputi, tempat pembuangan tinja dan pengelolaan tinja yang memenuhi syarat-syarat kesehatan dan bagaimana cara buang air besar yang sehat sehingga tidak menimbulkan dampak yang merugikan bagi kesehatan (Surbakti, 2018). 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).

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 (Soeparman & Soeparmin, 2002), terjadinya proses penularan penyakit diperlukan beberapa faktor diantaranya: kuman penyebab penyakit, sumber infeksi (*reservoir*) dari kuman penyebab, cara keluar dari sumber, cara berpindah dari sumber ke inang, cara masuk ke inang yang baru, dan inang yang peka. 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 (Soeparman & Soeparmin, 2002). 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 dihindangi serangga, serta binatang lainnya, dan konstruksi dudukannya dibuat dengan baik, aman, dan mudah dibersihkan (Water and Sanitation Program East Asia and Pacific (WSP-EAP), 2009).

#### 2.1.1.2 Jamban Sehat

Menurut (Dahal, et al., 2014) sanitasi adalah salah satu komponen utama yang secara langsung berdampak pada standar hidup masyarakat. Ada banyak indikator masyarakat dikatakan telah mendapatkan sanitasi yang baik, tetapi jamban dianggap sebagai salah satu hal yang penting (Dahal, et al., 2014). Kondisi fasilitas sanitasi untuk buang air besar atau jamban yang memenuhi standar dan persyaratan kesehatan di Indonesia yaitu :

1. Tidak mengakibatkan terjadinya penyebaran langsung bahan-bahan yang berbahaya bagi manusia akibat pembuangan kotoran manusia; dan
2. Dapat mencegah vektor pembawa untuk menyebar penyakit pada pemakai dan lingkungan sekitarnya.



**Gambar 2. 1 Contoh Perubahan Perilaku SBS**

Sumber : Kemenkes RI (2014)

Jamban sehat efektif untuk memutus rantai penularan penyakit. Jamban sehat harus dibangun, dimiliki, dan digunakan oleh keluarga dengan penempatan (di dalam rumah atau di luar rumah) yang mudah dijangkau oleh penghuni rumah.

Standar dan persyaratan kesehatan bangunan jamban terdiri dari :

#### 2.1.1.3.1 Bangunan atas jamban (dinding dan/atau atap)

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



**Gambar 2. 2 Bangunan Jamban**

Sumber : Kemenkes RI (2014)

#### 2.1.1.3.2 *Bangunan tengah jamban*

Terdapat dua bagian bangunan tengah jamban, yaitu :

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



**Gambar 2. 3 Lantai Jamban**

Sumber : Kemenkes RI (2014)

#### 2.1.1.3.3 *Bangunan Bawah*

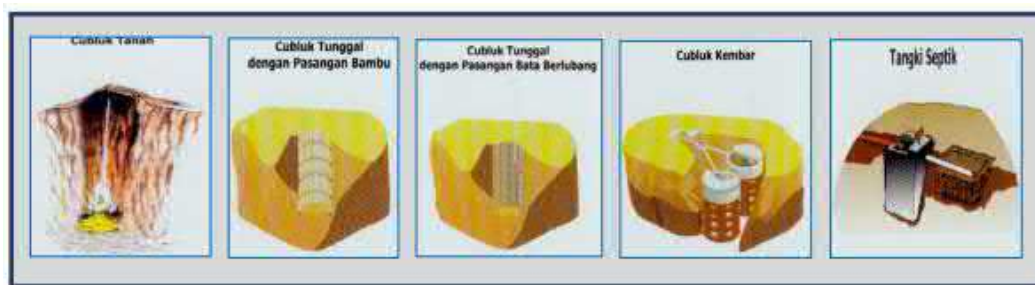
Merupakan bangunan penampungan, pengolahan, dan pengurai kotoran atau tinja yang berfungsi mencegah terjadinya pencemaran atau kontaminasi dari tinja melalui vektor pembawa penyakit, baik secara langsung maupun tidak langsung.

Terdapat dua macam bentuk bangunan bawah jamban, yaitu :

1. Tangki septik, adalah suatu bak kedap air yang berfungsi sebagai penampungan limbah kotoran manusia (tinja dan urine). Bagian padat dari kotoran manusia akan tertinggal dalam tangki septik, sedangkan bagian cairnya akan keluar dari tangki septik dan diresapkan melalui bidang/sumur resapan. Jika tidak

memungkinkan dibuat resapan maka dibuat suatu filter untuk mengelola cairan tersebut.

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



**Gambar 2. 4 Bentuk dinding jamban**

Sumber : Kemenkes RI (2014)

## 2.1.2 Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM)

### 2.1.2.1 Pengertian STBM

Pemerintah Indonesia melakukan upaya-upaya peningkatan akses sanitasi sejak tahun 2006. Salah satu upaya pemerintah adalah melakukan perubahan arah kebijakan pendekatan sanitasi dari yang sebelumnya memberikan subsidi (*project driven*) menjadi pemberdayaan masyarakat dengan fokus pada perubahan perilaku Stop Buang Air Besar Sembarangan menggunakan CLTS (*Community Led Total Sanitation*). Belajar dari hasil pengalaman menggunakan metode CLTS melalui



berbagai program yang dilakukan oleh pemerintah bersama NGO (*Non-Governmental Organization*), maka pendekatan CLTS selanjutnya dikembangkan dengan menambahkan 4 (empat) pilar perubahan perilaku lainnya yang dinamakan Sanitasi Total Masyarakat. Berdasarkan Peraturan Pemerintah no. 3 tahun 2014, Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) adalah suatu program pemberdayaan masyarakat pada bidang sanitasi yang mengarahkan masyarakat pada perubahan perilaku dari buang air besar sembarangan (BABS) menuju pada suatu tempat tertentu (jamban/kakus) yang dapat mencegah terhadap bau yang tidak sedap, pencemaran terhadap sumber air bersih serta keterjangkauan alat yang dapat mengakibatkan penyakit berbasis lingkungan. Sanitasi total adalah kondisi ketika suatu komunitas tidak buang air besar sembarangan (BABS) atau *Open Defecation Free (ODF)* (Menkes RI, 2008).

Prinsip pendekatan STBM adalah keterpaduan antara komponen peningkatan kebutuhan (*demand*), perbaikan penyediaan (*supply*), sanitasi dan penciptaan lingkungan yang mendukung (*enabling environment*), namun pelaksanaannya dipertimbangkan komponen pendukung lainnya seperti strategi pembiayaan, metode pemantauan dan pengelolaan pengetahuan atau informasi sebagai media pembelajaran (MCA Indonesia, Pedoman Pelaksanaan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (Proyek Kesehatan dan Gigi Berbasis Masyarakat (PKGBM)), 2015). Pendekatan STBM terbukti telah mampu mempercepat akses sanitasi di Indonesia. Berdasarkan BPS tahun 2013, peningkatan rata-rata akses sanitasi dari tahun 1993-2006 mencapai 0,78% per tahun. Sejak penerapan CLTS pada tahun 2006 yang kemudian menjadi kebijakan nasional STBM pada tahun 2008 rata-rata

peningkatan akses sanitasi pertahun mencapai 3,53% (Kemenkes RI, 2016). Penyelenggaraan STBM bertujuan untuk mewujudkan perilaku masyarakat yang higienis dan saniter agar secara mandiri dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya (MCA Indonesia, Pedoman Pelaksanaan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (Proyek Kesehatan dan Gigi Berbasis Masyarakat (PKGBM)), 2015).

#### 2.1.2.2 Prinsip Dasar STBM

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 tahun 2014, prinsip-prinsip dasar STBM bersifat :

##### 1. Tanpa Subsidi

Masyarakat tidak menerima bantuan dari pemerintah atau pihak lain untuk menyediakan sarana sanitasi dasarnya. Penyediaan sarana sanitasi dasar adalah tanggung jawab masyarakat. Sekiranya individu masyarakat belum mampu menyediakan sanitasi dasar, maka diharapkan adanya kepedulian dan kerjasama dengan anggota masyarakat lain untuk membantu mencari solusi.

##### 2. Masyarakat sebagai pemimpin

Inisiatif pembangunan sarana sanitasi hendaknya berasal dari masyarakat. Fasilitator maupun wirausaha sanitasi hanya membantu memberikan masukan dan pilihan-pilihan solusi kepada masyarakat untuk meningkatkan akses dan kualitas higienis dan sanitasinya. Semua kegiatan maupun pembangunan sarana sanitasi dibuat oleh masyarakat. Sehingga ikut campur pihak luar tidak diharapkan dan tidak diperbolehkan. Dalam praktiknya, biasanya akan tercipta *natural-natural leader* di masyarakat.

### 3. Tidak menggurui atau memaksa

STBM tidak boleh disampaikan kepada masyarakat dengan cara menggurui dan memaksa mereka untuk mempraktikkan budaya higienis dan sanitasi, apalagi dengan memaksa mereka membuat atau membeli jamban atau produk-produk STBM.

### 4. Totalitas seluruh komponen masyarakat

Seluruh komponen masyarakat terlibat dalam analisa permasalahan-perencanaan-pelaksanaan serta pemanfaatan dan pemeliharaan. Keputusan masyarakat dan pelaksanaan secara kolektif adalah kunci keberhasilan STBM.

#### 2.1.2.3 Pilar-Pilar STBM

Pilar Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) adalah perilaku higienis dan saniter yang digunakan sebagai acuan dalam penyelenggaraan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (Menkes RI, 2014). Dalam pelaksanaan STBM berpedoman pada lima pilar sebagai berikut :

#### 1. Stop Buang Air Besar Sembarangan (SBABS)

Suatu kondisi ketika setiap individu dalam komunitas tidak buang air besar sembarangan. Perilaku SBS diikuti dengan pemanfaatan sarana sanitasi yang saniter berupa jamban sehat.

#### 2. Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS)

CTPS merupakan perilaku cuci tangan dengan menggunakan sabun dan air bersih yang mengalir.

#### 3. Pengelolaan Air Minum dan Makanan Rumah Tangga (PAMMRT)

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

#### 4. Pengamanan Sampah Rumah Tangga (PSRT)

Tujuan pengamanan sampah rumah tangga adalah untuk menghindari penyimpanan sampah dalam rumah dengan segera menangani sampah. Pengamanan sampah yang aman adalah pengumpulan, pengangkutan, pemrosesan, pendaur-ulangan atau pembuangan dari material sampah dengan cara yang tidak membahayakan kesehatan masyarakat dan lingkungan.

#### 5. Pengamanan Limbah Cair Rumah Tangga (PLCRT)

Proses pengamanan limbah cair yang aman pada tingkat rumah tangga untuk menghindari terjadinya genangan air limbah yang berpotensi menimbulkan penyakit lingkungan. Untuk menyalurkan limbah cair rumah tangga diperlukan sarana berupa sumur resapan dan saluran pembuangan air limbah rumah tangga. Limbah cair rumah tangga yang berupa tinja dan urine disalurkan ke tangki septik yang dilengkapi dengan sumur resapan. Limbah cair rumah tangga yang berupa air bekas yang dihasilkan dari buangan dapur, kamar mandi, dan sarana cuci tangan disalurkan ke saluran pembuangan air limbah (Menkes RI, 2014).

Pelaksanaan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) dengan lima pilar akan mempermudah upaya meningkatkan akses sanitasi masyarakat yang lebih baik serta mengubah dan mempertahankan keberlanjutan budaya hidup bersih dan sehat. Pelaksanaan STBM dalam jangka panjang dapat menurunkan angka kesakitan dan kematian yang diakibatkan oleh sanitasi yang kurang baik, dan dapat mendorong terwujudnya masyarakat sehat yang mandiri dan berkeadilan (Menkes RI, 2014).

#### 2.1.2.4 Strategi dan Tahapan STBM

Strategi penyelenggaraan STBM meliputi 3 (tiga) komponen yang saling mendukung satu dengan yang lain yaitu penciptaan lingkungan yang kondusif, peningkatan kebutuhan sanitasi, dan peningkatan penyediaan akses sanitasi. Apabila salah satu dari komponen STBM tersebut tidak ada maka proses pencapaian 5 (lima) pilar STBM tidak maksimal.

##### 2.1.2.4.1 *Penciptaan Lingkungan yang Kondusif*

Komponen ini mencakup advokasi kepada Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan pemangku kepentingan dalam mengembangkan komitmen bersama untuk melembagakan program pembangunan sanitasi perdesaan, yang diharapkan akan menghasilkan :

1. Komitmen pemerintah daerah untuk menyediakan sumber daya untuk melaksanakan program STBM yang dinyatakan dalam surat kepeminatan.
2. Kebijakan daerah dan peraturan daerah mengenai program sanitasi seperti Keputusan Bupati, peraturan daerah, Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD), Rencana Strategis (Renstra), dan lain-lain.
3. Terbentuknya lembaga koordinasi yang mengarusutamakan sektor sanitasi, yang menghasilkan peningkatan anggaran sanitasi daerah serta koordinasi sumber daya dari pemerintah maupun non pemerintah.
4. Adanya tenaga fasilitator, pelatih STBM, dan program peningkatan kapasitas.
5. Adanya system pemantauan hasil kinerja program serta proses pengelolaan pembelajaran

##### 2.1.2.4.2 *Peningkatan Kebutuhan Sanitasi*

Komponen peningkatan kebutuhan sanitasi merupakan upaya sistematis untuk mendapatkan perubahan perilaku yang higienis dan saniter, berupa : Pemicuan perubahan perilaku, promosi dan kampanye perubahan perilaku hygiene dan sanitasi, penyampaian pesan melalui media masa dan media komunikasi lainnya, mengembangkan komitmen masyarakat dalam perubahan perilaku, memfasilitasi terbentuknya tim kerja masyarakat, mengembangkan mekanisme penghargaan terhadap masyarakat / institusi.

#### *2.1.2.4.3 Peningkatan Penyediaan Akses Sanitasi*

Peningkatan penyediaan sanitasi secara khusus diprioritaskan untuk meningkatkan dan mengembangkan percepatan penyediaan akses dan layanan sanitasi yang layak dalam rangka membuka dan mengembangkan pasar sanitasi pedesaan, yaitu: mengembangkan opsi teknologi sarana sanitasi yang sesuai kebutuhan dan terjangkau, menciptakan dan memperkuat jejaring pasar sanitasi pedesaan, dan; mengembangkan mekanisme peningkatan kapasitas pelaku pasar sanitasi

Setelah 3 (tiga) komponen strategi tersebut di atas dipenuhi, maka penyelenggaraan STBM dapat dilaksanakan dengan tahapan sebagai berikut :

#### 1. Pelaksanaan Tingkat Kabupaten / Kota dan Kecamatan

Tahapan pelaksanaan STBM pada tingkat Kabupaten / Kota dan Kecamatan, dimulai dari : advokasi dan sosialisasi program STBM kepada *stakeholder* kecamatan, menyusun rencana dan implementasi komunikasi perubahan perilaku, membangun kemampuan penyediaan/*supply* lokal untuk melaksanakan strategi pemasaran yang dipilih, mengakomodasi permintaan masyarakat dalam proses

STBM, membangun kapasitas kabupaten/kota dan kecamatan untuk mengimplementasikan rencana pelaksanaan, pemantauan dan pengelolaan pengetahuan, termasuk pemantauan dan verifikasi akses sanitasi sesuai indikator (contoh : verifikasi SBS untuk pilar pertama)

## 2. Pelaksanaan Tingkat Kecamatan dan Desa / Kelurahan

Tahapan pelaksanaan STBM pada tingkat Kecamatan dan Desa / Kelurahan, dimulai dari :pelaksanaan peningkatan permintaan selaras dengan pemicuan di masyarakat, pelaksanaan rencana pemantauan, mengenalkan metode pemantauan partisipatif oleh masyarakat melalui pemicuan, mengoperasikan sistem verifikasi sesuai indikator masing-masing pilar, memfasilitasi pengelolaan pengetahuan dan pemantauan lintas kecamatan dan Desa/ Kelurahan, advokasi dalam rangka perluasan dan pengembangan program

Pelaku utama STBM adalah masyarakat yang didukung oleh pemerintah dan berbagai pihak seperti LSM, swasta, perguruan tinggi, media dan organisasi social lainnya. Dukungan yang diberikan meliputi pengembangan kapasitas, pengembangan pilihan teknologi, memfasilitasi pengembangan mekanisme jejaring pemasaran, pengembangan media, fasilitasi pemicuan, dan pertemuan-pertemuan pembelajaran antar pihak. Berbagai dukungan tersebut telah terbukti mampu meningkatkan kemandirian masyarakat dalam membangun sarana sanitasi sesuai kemampuan. STBM digunakan sebagai sarana pemerintah dalam pencapaian akses sanitasi menuju *universal access* pada akhir tahun 2019 (Menkes RI, 2014).

#### 2.1.2.5 Tata Cara dan Pemantauan STBM

Pemantauan dan evaluasi penyelenggaraan STBM dilakukan untuk mengukur perubahan dalam pencapaian program serta mengidentifikasi pembelajaran yang ada dalam pelaksanaannya, mulai pada tingkat komunitas masyarakat di desa / kelurahan. Pemantauan dan evaluasi penyelenggaraan STBM di setiap tingkat pemerintahan secara berjenjang dilakukan melalui sistem informasi pemantauan yang dilaksanakan dengan tahapan : 1. Pengumpulan data dan informasi, 2. Pengolahan dan analisis data dan informasi, dan 3. Pelaporan dan pemberian umpan balik.

Adapun rangkaian pelaksanaan pemantauan dan evaluasi program STBM, sebagai berikut : 1) Pemantauan di desa/kelurahan dilakukan oleh fasilitator untuk melihat perkembangan kegiatan pemicuan di masyarakat dan mengumpulkan data dasar STBM. Hasil dari pemantauan berupa data dasar dan kemajuan akses sanitasi tentang proses pemicuan yang selanjutnya dicatat dan didokumentasikan dalam bentuk peta sosial masyarakat, terbentuknya tim kerja masyarakat di desa/kelurahan, dan rencana kerja masyarakat. 2) Pemantauan dan evaluasi di Kecamatan dilakukan oleh tenaga kesehatan Puskesmas, untuk melakukan kompilasi pemicuan, rencana kerja masyarakat, dan aktifitas tim kerja masyarakat. Selanjutnya tenaga kesehatan puskesmas melakukan pendampingan terhadap masyarakat yang terpicu agar mampu melaksanakan rencana kerjanya dan melaporkan hasil kemajuan akses sanitasi masyarakat di wilayah kerjanya. 3) Pemantauan dan evaluasi di Kabupaten/kota dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota untuk memperoleh gambaran tentang kemajuan pemicuan,



implementasi rencana kerja masyarakat dan aktivitas natural leader, kondisi masyarakat yang tidak BABS serta upaya percepatan menuju desa/kelurahan STBM

Sedangkan teknik pelaporan hasil pemantauan dan evaluasi STBM dapat dilakukan dengan cara : 1) sanitarian puskesmas mengirimkan data ke layanan pesan singkat (sms) *server* di Kementerian Kesehatan, SMS yang masuk di server akan diverifikasi oleh sistem berdasarkan riwayat data sebelumnya, apabila sistem menemukan kesalahan/meragukan, sistem akan mengirim SMS kepada sanitarian untuk klarifikasi, namun sebaliknya data akan dikirim ke *website server* . 2) petugas pemantauan di kabupaten akan masuk ke menu (*control panel*) kabupaten melalui situs STBM, dan masuk pada menu isi data. Sistem akan mengenali data desa/kelurahan yang terhubung dengan *database* pengirim berdasarkan wilayah kerjanya sebagai penanggung jawab pemantauan. 3) data dari dua cara perekaman sistem pemantauan akan disimpan dalam *database server* melalui situs dan melalui SMS akan dilakukan sinkronisasi dalam dua *database* utama yaitu data dasar dan data kemajuan.

### **2.1.3 Puskesmas**

#### **2.1.3.1 Definisi Puskesmas**

Derajat kesehatan masyarakat suatu negara dipengaruhi oleh keberadaan sarana kesehatan. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menyatakan bahwa fasilitas pelayanan kesehatan adalah suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah,

pemerintah daerah, dan/atau masyarakat. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 tahun 2014 tentang Puskesmas menyebutkan bahwa puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya (Kemenkes, Profil Kesehatan Indonesia, 2016). Puskesmas mempunyai tugas melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dalam rangka mendukung terwujudnya kecamatan sehat. Pembangunan kesehatan yang diselenggarakan di puskesmas bertujuan untuk mewujudkan masyarakat yang : memiliki perilaku sehat yang meliputi kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat, mampu menjangkau pelayanan kesehatan bermutu, hidup dalam lingkungan sehat, memiliki derajat kesehatan yang optimal, baik individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat

Selain melaksanakan tugas tersebut, puskesmas memiliki fungsi sebagai penyelenggara Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) tingkat pertama dan Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP) tingkat pertama serta sebagai wahana pendidikan tenaga kesehatan.

#### 2.1.3.2 Fungsi Puskesmas

Menurut Permenkes No. 75 tahun 2014 disebutkan bahwa puskesmas mempunyai fungsi yaitu :

1. Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Masyarakat tingkat pertama

Upaya kesehatan masyarakat adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menanggulangi timbulnya masalah kesehatan dengan sasaran keluarga, kelompok dan masyarakat. Puskesmas sendiri memiliki kewenangan untuk menggerakkan masyarakat untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah kesehatan pada setiap tingkat perkembangan masyarakat yang berkerjasama dengan sektor lain terkait.

## 2. Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Perseorangan

Upaya kesehatan perseorangan adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk peningkatan, pencegahan, penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit, dan memulihkan kesehatan perseorangan.

### **2.1.4 Peran Puskesmas dalam Pelaksanaan Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM)**

Peranan diartikan sebagai suatu proses yang lebih banyak menekankan pada fungsi dan penyesuaian diri. Peranan merupakan aspek yang dinamis dari kedudukan (status) yang mana keduanya tidak dapat terpisahkan dan saling bertentangan. Apabila seseorang melaksanakan hak dan kewajibannya sesuai dengan kedudukannya, maka hal ini berarti ia menjalankan suatu peranan. Setiap orang mempunyai macam-macam peranan yang berasal dari pola-pola pergaulan hidupnya. Sehingga peranan menentukan apa yang diperbuatnya bagi masyarakat (Soekanto, 2002).

#### 2.1.4.1 Peran Pasif

Pedoman pengertian dari peran pasif puskesmas dalam pelaksanaan Program STBM berdasarkan pada modifikasi teori surveilans pasif. Teori surveilans pasif yaitu kegiatan memantau penyakit secara pasif, dengan menggunakan data penyakit yang harus dilaporkan (*reportable diseases*) yang tersedia di fasilitas pelayanan kesehatan (Gordis, 2004). Maka yang dimaksud dengan peran pasif puskesmas dalam Program STBM pada penelitian ini adalah melaksanakan rangkaian dari proses program STBM yang masih berada di Puskesmas dan belum turun langsung ke lapangan/masyarakat. Peran pasif puskesmas dalam pelaksanaan Program STBM yang akan diteliti pada penelitian ini diantaranya : persiapan sumber daya yang meliputi sumber daya manusia, sarana dan prasarana, serta pendanaan; penetapan target, dan penetapan teknis pelaksanaan.

##### 2.1.4.1.1 *Persiapan Sumber Daya*

Perencanaan sumber daya adalah suatu proses analisis dan identifikasi yang dilakukan organisasi terhadap kebutuhan akan sumber daya manusia, sehingga organisasi tersebut dapat menentukan langkah yang harus diambil guna mencapai tujuannya (Wibowo, 2017).

##### 2.1.4.1.1.1 *Perencanaan sumber daya manusia*

Menurut James Stoner (2007) dalam (Wibowo, 2017) mengatakan bahwa perencanaan sumber daya manusia adalah suatu prosedur berkelanjutan yang bertujuan untuk memasok organisasi atau perusahaan dengan orang-orang yang tepat untuk ditempatkan pada posisi dan jabatan yang tepat pada saat organisasi

memerlukannya. Dengan demikian perencanaan sumber daya manusia berkaitan dengan kegiatan untuk meramalkan kebutuhan dan persediaan sumber daya manusia di masa mendatang, mengembangkan rencana pengembangannya dan mengidentifikasi kebutuhan jangka pendek dan jangka panjang (Wibowo, 2017).

Perencanaan ini berkaitan dengan menentukan jumlah dan kualifikasi sumber daya manusia yang dibutuhkan dalam organisasi, oleh karena itu perencanaan sumber daya manusia diawali dengan analisis kebutuhan. Dasar analisis ini akan dibuat perencanaan sumber daya manusia dalam jangka pendek (1 tahun), jangka menengah (5 tahun), dan jangka panjang (di atas 5 tahun). Perencanaan sumber daya manusia diarahkan pada upaya untuk mendapatkan orang yang tepat untuk ditempatkan pada tempat yang tepat, oleh karena itu berbagai kemampuan kognitif, sikap dan keterampilan sangat diperlukan untuk mendukung pelaksanaan tugas dan tercapainya tujuan organisasi (Wibowo, 2017). Melalui perencanaan sumber daya manusia yang baik akan diperoleh *standard operating procedure* sebagai pedoman kerja sehingga setiap karyawan semakin menjadi mudah dalam melaksanakan aktivitas dalam lingkungan kerjanya. Perencanaan sumber daya manusia juga dapat menjadi pedoman untuk penentuan kebutuhan tenaga kerja di masa depan, baik dalam arti jumlah dan kualifikasinya untuk mengisi berbagai jabatan (Wibowo, 2017).

#### 2.1.4.1.1.2 *Perencanaan Sarana dan Prasarana*

Perencanaan sarana dan prasarana merupakan kegiatan untuk menentukan kebutuhan sarana dan prasarana, penggunaan sarana dan prasarana yang tepat dan bermanfaat. Menurut Mondy dan Noe (1995) dalam Wibowo (2017)

mendefinisikan perencanaan sarana dan prasarana sebagai proses yang secara sistematis mengkaji keadaan sarana dan prasarana untuk memastikan bahwa jumlah dan kualitas tersedia dengan tepat sesuai dengan yang dibutuhkan (Wibowo, 2017). Pengadaan sarana dan prasarana dilakukan berdasarkan pada analisis kebutuhan, kemudian direkap dan dipilih kebutuhan yang paling diprioritaskan. Penggunaan sarana dan prasarana dilakukan sesuai dengan standard operational procedure (SOP) (Reza Pahlevi, 2016).

#### 2.1.4.1.1.3 Perencanaan Dana

Definisi perencanaan keuangan menurut *Financial Planning Standar Board (FPSB)* adalah suatu proses untuk mencapai tujuan-tujuan keuangan seseorang melalui manajemen keuangan secara terintegrasi terencana. Fungsi perencanaan keuangan adalah mengelola keuangan untuk masa depan dalam mencapai tujuan keuangan, dilakukan secara terencana, teratur dan bijaksana. Direncanakan berarti dapat mengantisipasi yang akan terjadi di masa depan, teratur berarti bahwa kita memiliki cara atau strategi keuangan dengan mempertimbangkan yang prioritas atau yang kurang prioritas, dan bijaksana berarti secara masuk akal atau sesuai nalar, tidak emosional (Gitman, 2014). Pendanaan untuk mendukung penyelenggaraan STBM oleh pemerintah dan pemerintah daerah bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara, Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah, dan sumber lain yang tidak mengikat sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan (Menkes RI, 2014).

#### *2.1.4.1.2 Penentuan Target*

Target atau tujuan merupakan penggerak dan acuan dalam semua aktivitas. Salah satu target dalam program STBM adalah tercapainya peningkatan-peningkatan akses sanitasi. Salah satu upaya melalui Kementerian Kesehatan adalah melakukan perubahan arah kebijakan pendekatan sanitasi dari yang sebelumnya memberikan subsidi (*project driven*) menjadi pemberdayaan masyarakat dengan fokus pada perubahan perilaku Stop Buang Air Besar Sembarangan menggunakan metode CLTS (*community led total sanitation*). Belajar dari pengalaman implementasi CLTS, maka pendekatan CLTS selanjutnya dikembangkan dengan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM). Pendekatan STBM terbukti telah mampu mempercepat akses sanitasi di Indonesia. Berdasarkan data BPS tahun 2013, peningkatan rata-rata akses sanitasi dari tahun 1993-2006 mencapai 0,78% pertahun. Data dari profil nasional STBM sampai dengan awal tahun 2017, dari seluruh total 9.767 puskesmas di Indonesia tahun 2016, sebanyak 8.669 desa/kelurahan (88%) sudah menjalankan program STBM, dan memiliki sumber daya manusia kesehatan khususnya sanitarian sebanyak 8.594 orang, 1.621 orang (18,86%) diantaranya merupakan sanitarian terlatih, dengan 69,20% fasilitator STBM aktif (Kemenkes RI, 2016).

#### *2.1.4.1.3 Penetapan Teknis Pelaksanaan*

Penetapan teknis pelaksanaan program STBM sudah diatur dalam peraturan menteri kesehatan republik Indonesia nomor 3 tahun 2014. Dalam peningkatan teknis pelaksanaan diperlukan juga peningkatan lingkungan yang kondusif diantaranya dengan advokasi dan meningkatkan kesadaran berkelanjutan bagi

pemerintah dan pemangku kepentingan di tingkat provinsi dan kabupaten untuk mengembangkan dan membangun komitmen guna melembagakan pembangunan sanitasi. Serangkaian kegiatan pelatihan juga diperlukan untuk memberikan pemahaman dan ketrampilan tenaga kesehatan, petugas sanitasi Puskesmas dan kader desa (promotor kesehatan) tentang pemicuan STBM (MCA Indonesia, Pedoman Pelaksanaan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (Proyek Kesehatan dan Gigi Berbasis Masyarakat (PKGBM)), 2015).

#### 2.1.4.2 Peran Aktif

Pedoman pengertian dari peran aktif puskesmas dalam pelaksanaan Program STBM berdasarkan pada modifikasi teori surveilans aktif. Teori surveilans aktif yaitu kegiatan dimana menggunakan petugas khusus surveilans untuk kunjungan berkala ke lapangan, desa-desa, tempat praktik pribadi dokter dan tenaga medis lainnya, puskesmas, klinik, dan rumah sakit, dengan tujuan mengidentifikasi kasus baru penyakit atau kematian, disebut penemuan kasus (*case finding*), dan konfirmasi laporan kasus indeks (Gordis, 2004). Maka yang dimaksud dengan peran aktif puskesmas dalam Program STBM pada penelitian ini adalah melaksanakan rangkaian dari proses program STBM yang sudah turun langsung ke lapangan/masyarakat. Peran aktif puskesmas dalam pelaksanaan Program STBM yang akan diteliti pada penelitian ini meliputi : Pelaksanaan program STBM, Pemicuan program STBM, advokasi, edukasi, pencatatan dan pelaporan, serta kemitraan.



#### 2.1.4.2.1 Advokasi

Menurut KBBI (Kamus Besar Bahasa Indonesia), advokasi adalah pembelaan. Hal-hal inilah yang mendasari lahirnya advokasi keadilan sosial yang kegiatan utamanya adalah memperjuangkan terciptanya keadilan sosial melalui perubahan-perubahan kebijakan publik (LBH Bandung, 2007) dalam (zulyadi, 2014). Advokasi merupakan usaha yang sistematis dan terorganisir untuk mempengaruhi dan mendesak terjadinya perubahan kebijakan yang berpihak kemasyarakat secara bertahap maju. Oleh karena itu, advokasi lebih merupakan usaha perubahan sosial melalui semua saluran dan alat demokrasi, proses-proses politik dan legislasi yang terdapat dalam sistem demokrasi yang berlaku di suatu negara. Advokasi merupakan kegiatan yang meletakkan korban kebijakan sebagai subjek utama, sehingga kepentingan rakyat harus menjadi agenda pokok dan penentu arah dari kegiatan. Advokasi merupakan upaya untuk mengingatkan dan mendesak negara dan pemerintah untuk selalu konsisten dan bertanggungjawab melindungi dan mensejahterakan seluruh warganya. Ini berarti tanggung jawab para pelaksana advokasi untuk ikut berperanserta dalam menjalankan fungsi pemerintahan dan negara (zulyadi, 2014).

Advokasi juga diartikan sebagai upaya pendekatan (approaches) terhadap orang lain yang dianggap mempunyai pengaruh terhadap keberhasilan suatu program atau kegiatan yang dilaksanakan (Notoatmodjo, 2003). Peran advokat pada satu sisi berpijak pada tradisi pembaruan sosial dan pada sisi lainnya berpijak pada pelayanan sosial. Peran ini merupakan peran yang aktif terarah (directive), dimana *community worker* menjalankan fungsi advokasi atau pembelaan yang mewakili

kelompok masyarakat yang membutuhkan suatu bantuan ataupun layanan, tetapi institusi yang seharusnya memberikan bantuan ataupun layanan tersebut tidak memperdulikan (bersifat negative atau menolak tuntutan warga). Dalam menjalankan fungsi advokasi, seorang community worker tidak jarang harus melakukan persuasi terhadap kelompok professional ataupun kelompok elit tertentu agar tercapai tujuan yang diharapkan (Adi, 2008)

#### *2.1.4.2.2 Edukasi*

Edukasi atau pendidikan kesehatan dianggap sebagai komponen promosi kesehatan (Dee Leeuw, 1989). Menurut Tones dalam Dee Leeuw (1989), pendidikan kesehatan berfungsi membangkitkan keinsyafan dalam masyarakat tentang aspek-aspek kerugian kesehatan lingkungan dan sumber-sumber sosial penyakit, yang secara ideal diikuti dengan keterlibatan masyarakat dengan giat. Pendidikan kesehatan berusaha membantu orang-orang mengontrol kesehatan mereka sendiri dengan memengaruhi, memungkinkan, dan menguatkan keputusan atau tindakan sesuai dengan nilai dan tujuan mereka. Pendidikan kesehatan mengacu pada setiap gabungan pengalaman belajar yang dipolakan untuk memudahkan penyesuaian perilaku secara sukarela yang memperbaiki kesehatan individu. Tahap edukasi bertujuan meningkatkan pengetahuan, mengubah sikap, dan mengarahkan perilaku yang diinginkan oleh kegiatan tersebut (Heri D.J Maulana, 2007).

#### 2.1.4.2.3 Pelaksanaan Program

Dalam proses pelaksanaan program STBM sudah diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 tahun 2014 dan dalam Buku Pedoman Pelaksanaan STBM. Proses pelaksanaan program STBM dibagi menjadi beberapa tahapan diantaranya:

##### 2.1.4.2.3.1 Pra-Pemicuan

Pada proses ini melakukan penilaian awal kondisi desa. Penilaian tersebut dilaksanakan sebelum melaksanakan acara pemicuan. Dalam penilaian awal diharapkan akan menghasilkan informasi sebagai berikut : daftar keluarga dan status sanitasi, perkembangan sanitasi dan higiene desa, geologi kecamatan, peta yang sesuai, profil dan kapasitas bidang usaha bisnis, kepemimpinan dan orang-orang berpengaruh, kegiatan simpan pinjam, teknologi tepat guna dan segmen pasar yang berkembang (MCA Indonesia, Pedoman Pelaksanaan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (Proyek Kesehatan dan Gigi Berbasis Masyarakat (PKGBM)), 2015).

##### 2.1.4.2.3.2 Pemicuan

Pemicuan adalah pertemuan dengan masyarakat selama setengah hari, difasilitasi oleh tim pemicu desa terdiri dari lima (5) orang : *lead* fasilitator, co-fasilitator, perekam konten, proses fasilitator dan pengatur situasi lingkungan yang didukung oleh tim Puskesmas. Peserta pemicuan adalah semua kepala/anggota rumah tangga utamanya yang tidak mempunyai akses terhadap sanitasi/jamban atau anggota masyarakat yang terbiasa melakukan BABS, guru/anak sekolah SD terdekat. Kader terlatih STBM (promotor kesehatan) dengan dukungan bidan desa, petugas pos kesehatan terpadu (posyandu) dan kader lainnya (promotor kesehatan),

bersama juga dengan petugas pembina dan pengawas dari sanitasi Puskesmas serta kepala desa, akan menjadi bagian dari tim pemicu desa. Untuk mempererat hubungan antara peningkatan kebutuhan sanitasi dan penyediaan suplai jasa dan material sanitasi, pengusaha sanitasi menjadi bagian dari proses paska pemicuan (MCA Indonesia, Pedoman Pelaksanaan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (Proyek Kesehatan dan Gigi Berbasis Masyarakat (PKGBM)), 2015). Pelaksanaan pemicuan mengikuti langkah sebagai berikut:

1. Memulai pemicuan dilakukan terhadap 1 dusun oleh kader dan tim pemicu desa yang didukung oleh tim pemicu puskesmas. Pada saat memicu, mengundang kepala desa, pemimpin informal dan kepala dusun setempat,
2. Membuat peta sanitasi sederhana dengan masyarakat termasuk wanita, pria dan anak muda yang difasilitasi oleh sanitarian / kader terlatih. Peta harus berisi informasi tentang batas dusun, rumah dengan dan tanpa jamban, jalan, sungai, sumber air untuk minum, mandi dan mencuci, masalah sanitasi yang ada. Dalam peta ditunjukkan/ditandai tempat yang biasanya digunakan untuk buang air besar, membuang sampah dan air limbah,
3. Mendiskusikan dan menanyakan isi peta kepada masyarakat tempat/RT/lokasi mana yang nomor satu paling kotor, kemudian kedua kotor dst,
4. Melakukan transek berjalan kaki sepanjang desa yang dipimpin oleh fasilitator / sanitarian / tim pemicu desa, hal ini dilakukan sambil mengamati lingkungan, menanyakan dan mendengarkan, serta menandai lokasi tempat buang air besar, tempat membuang sampah dan air limbah, juga dilakukan kunjungan ke rumah-rumah yang sudah memiliki jamban. Mengunjungi keluarga yang telah mempunyai

sumur, menjadi penting untuk mempelajari apakah jamban dan sumur gali yang dibangun mempunyai jarak yang cukup, sehingga sumber air tidak terkontaminasi oleh bakteri dari jamban. Sangat penting untuk berhenti di lokasi masyarakat buang air besar sembarangan, membuang sampah dan air limbah serta meluangkan waktu untuk diskusi dengan masyarakat di tersebut,

5. Mendiskusikan alur kontaminasi air dari kotoran tinja, dan penting juga membahas air yang sehat dan membahas bagaimana cara memperoleh air minum sehat,

6. Menunjuk 6 peserta yang pertama kali menyatakan keinginan untuk tidak melakukan BAB sembarangan sebagai pimpinan informal mereka atau sebagai “*natural leader*” untuk menggalang dan mempengaruhi masyarakat yang lain di sekitarnya,

7. Pemimpin informal bersama dengan masyarakat akan membuat rencana kerja, difasilitasi oleh kader desa (promotor kesehatan) dan petugas sanitasi dalam rangka meningkatkan sanitasi lingkungan mereka,

8. Kader (promotor kesehatan) dan tim pemicu desa kemudian memicu tiga Dusun/RW yang lain, satu per satu. Selama memicu, mereka diharap mengundang kepala desa, pemimpin informal dan kepala serta tokoh dusun/RW,

9. Mengundang 4 - 5 orang dari masing-masing dusun yang telah dipicu ke kantor desa untuk presentasi hasil pemicuan sebelumnya. Pemicuan ulang sering bermanfaat dilakukan untuk memperkuat semangat perubahan masyarakat. Dalam pertemuan tersebut, mengundang kepala desa, pemimpin informal dan kepala dusun/RW. Tujuan dari pertemuan ini adalah untuk membuat Rencana Aksi

masing-masing dusun dan membentuk komite masyarakat. Panitia yang disebut "Tim Pemberantas Dusun BABS" untuk tingkat dusun dan sekaligus membentuk "Tim Pemberantas BABS Tingkat Desa " untuk menjadikan desa SBS. Tim Pemberantas BABS Dusun bekerja di dusun/RW mereka dan Tim Pemberantas BABS Desa bekerja dibantu Tim Pemicu STBM Desa,

10. Kader dan Tim Pemicu Desa bersama dengan dukungan Tim Pemberantas BABS Desa memicu dusun selebihnya sampai menjadi ODF, mereka bisa berbagi pengalaman dan menunjukkan manfaat hidup dilokasi yang sudah SBS,

11. Ditargetkan dalam waktu satu tahun, desa yang sudah dipicu akan menjadi desa SBS, masyarakat tidak ada lagi yang BAB Sembarangan.

#### *2.1.4.2.3.3 Paska Pemicuan*

Paska pemicuan merupakan tindak lanjut kegiatan pemicuan dan harus dilaksanakan segera setelah pemicuan. Tujuan dari kegiatan paska-pemicuan adalah untuk memastikan dilaksanakannya rencana kerja SBS masyarakat.

#### *4.1.4.2.4 Pencatatan dan Pelaporan*

Pencatatan adalah proses dalam mencatat kegiatan pokok puskesmas baik yang dilakukan didalam gedung maupun diluar gedung puskesmas, puskesmas keliling, dan puskesmas pembantu harus dicatat. Dengan demikian perlu adanya mekanisme pencatatan yang baik, formulir yang cukup serta cara isian yang benar dan di teliti (McMahon Rosemasry, 1999). Manfaat pencatatan adalah sebagai berikut : memberi informasi tentang keadaan masalah, sebagai bukti dari suatu kegiatan, bahan proses belajar dan penelitian, sebagai pertanggungjawaban, bahan pembuatan laporan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi, bukti hukum, alat

komunikasi dalam penyampaian peran serta mengingatkan kegiatan peristiwa khusus (Mubarak, 2012).

Pelaporan adalah suatu proses atau cara dalam melaporkan data tentang sistem pencatatan terpadu puskesmas. Pelaporan terpadu puskesmas ini menggunakan tahun kalender yaitu dari bulan Januari sampai dengan Desember dalam tahun yang sama sesuai dengan keputusan Direktur Jenderal Pembinaan Kesehatan Masyarakat No:590/BM/DJ/V/96 diberlakukan formulir yang baru. Sedangkan untuk kebutuhan Dati 1 dan Dati 11 di berikan kesempatan untuk mengembangkan variabel laporan sesuai dengan kebutuhan, dengan memperhatikan kemampuan, beban kerja petugas puskesmas (Fadilah, 2017).

#### *2.1.4.2.5 Kemitraan*

Kemitraan dikenal dengan istilah gotong royong atau kerjasama dari berbagai pihak, baik secara individual maupun kelompok. Menurut Notoatmodjo, kemitraan adalah suatu kerja sama formal antara individu-individu, kelompok-kelompok atau organisasi-organisasi untuk mencapai suatu tugas atau tujuan tertentu (Notoatmodjo, 2003). Kemitraan yang dimaksud dalam program STBM adalah salah satu upaya untuk mendukung penyelenggaraan STBM, seperti melakukan koordinasi lintas sektor dan lintas program, jejaring kerja, dan kemitraan dengan para pemangku kepentingan (Menkes RI, 2014).

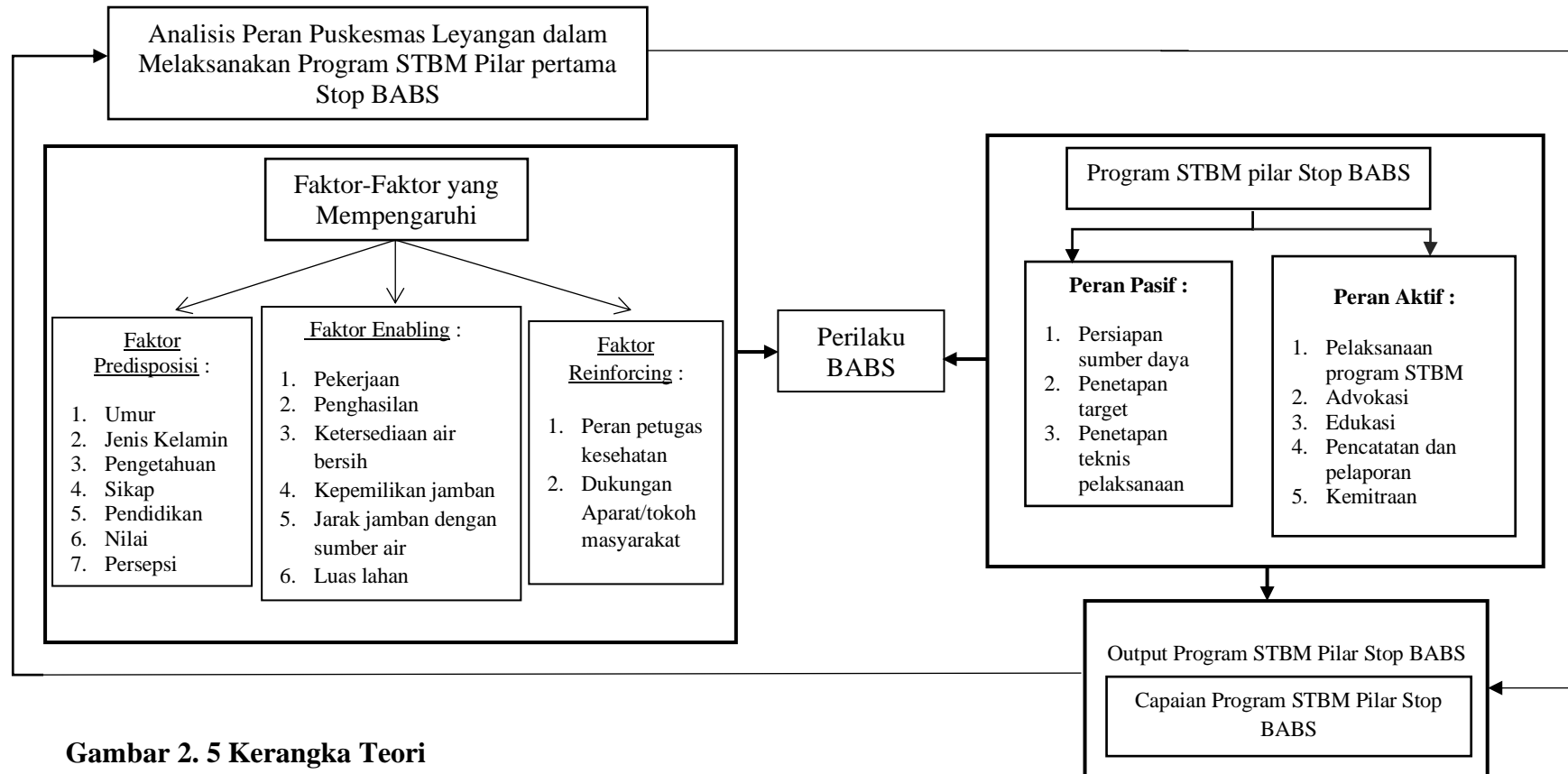
#### *2.1.4.3 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Peran*

Menurut Mahmudi (2007), faktor-faktor yang mempengaruhi peran terdiri dari faktor individu, faktor tim, dan faktor sistem. Faktor personal/individu meliputi pengetahuan, keterampilan, kemampuan, kepercayaan diri, motivasi, dan komitmen

yang dimiliki oleh setiap individu. Kemudian, faktor tim meliputi kualitas dukungan dan semangat yang diberikan oleh rekan dalam satu tim, kepercayaan terhadap sesama anggota tim, kekompakan dan keeratan anggota tim. Selanjutnya faktor sistem meliputi sistem kerja, fasilitas kerja atau infrastruktur yang diberikan oleh organisasi, proses organisasi, dan kultur kinerja dalam organisasi (Mahmudi, 2007).



## 2.2 Kerangka Teori



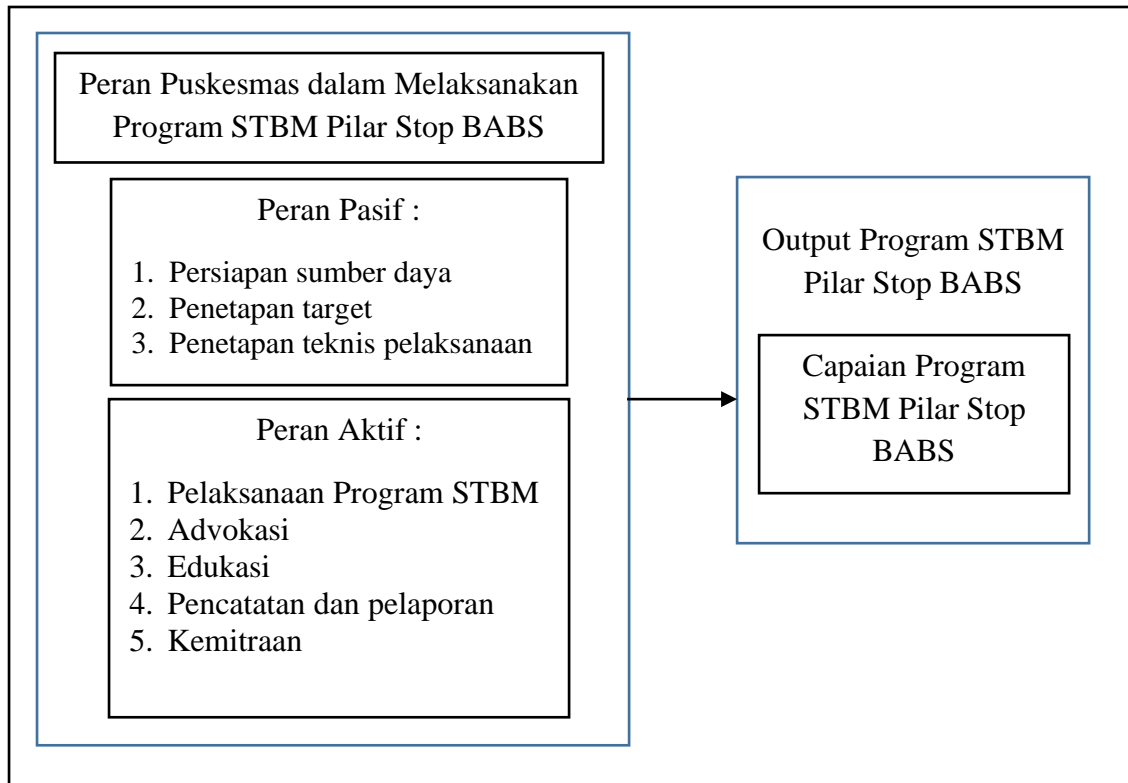
**Gambar 2. 5 Kerangka Teori**

Sumber : Modifikasi Teori L.W. Green (2002), Modifikasi (Soekanto, Teori Peranan, 2002), Modifikasi penelitian (Loveloi Putri Sihanari, 2018)

## BAB III

### METODE PENELITIAN

#### 3.1 ALUR PIKIR



**Gambar 3. 1 Alur Pikir**

#### 3.2 FOKUS PENELITIAN

Fokus penelitian pada penelitian ini adalah pada peran pasif dan aktif Puskesmas Leyangan terhadap pelaksanaan STBM pilar pertama stop BABS. Peran pasif puskesmas meliputi persiapan sumber daya yang meliputi sumber daya manusia, sarana dan prasarana, serta pendanaan; penetapan target, penetapan teknis pelaksanaan, sedangkan peran aktif puskesmas meliputi advokasi, edukasi, pelaksanaan program STBM pilar pertama stop BABS, pencatatan dan pelaporan, dan kemitraan.

**Tabel 3. 1 Fokus Penelitian**

<b>NO</b>	<b>VARIABEL</b>	<b>FOKUS PENELITIAN</b>	<b>DESKRIPSI</b>
<b>I</b>	<b>Peran Pasif</b>		Peran pasif puskesmas dalam Program STBM pada penelitian ini adalah melaksanakan rangkaian dari proses program STBM yang masih berada di Puskesmas dan belum turun langsung ke lapangan/masyarakat.
1.	Persiapan Sumberdaya	Sumber daya manusia	Deskripsi tentang kebutuhan sumber daya manusia yang diperlukan dalam program STBM serta kebijakan pembagian tugas kerja, dan pelatihan program STBM yang diberikan kepada sumber daya manusia untuk mendukung pelaksanaan program.
		Sarana dan Prasarana	Deskripsi tentang sarana dan prasarana yang digunakan untuk mendukung Program STBM dan kendala terkait ketersediaan sarana dan prasarana.
		Pendanaan	Deskripsi tentang sumber dana, alokasi dana dan kendala terkait pendanaan yang digunakan dalam pelaksanaan program STBM.
2	Penetapan Target	Proses penetapan target dalam Program STBM	Deskripsi tentang pedoman dan standar dalam penetapan target, serta proses penetapan target dan upaya untuk mencapai target yang telah ditentukan.

3	Penetapan Teknis Pelaksanaan	Proses penetapan teknis pelaksanaan	Deskripsi tentang proses penyusunan dan perencanaan terkait teknis pelaksanaan Program STBM
<b>II Peran Aktif</b>			Peran aktif puskesmas dalam Program STBM pada penelitian ini adalah melaksanakan rangkaian dari proses program STBM yang sudah turun langsung ke lapangan/masyarakat.
<b>Pra Pemicuan</b>			
1	Pelaksanaan Program STBM pilar Stop BABS	Pelaksanaan Pemicuan STBM	Pra-Program
			Deskripsi tentang proses penilaian awal kondisi desa yang meliputi : daftar keluarga dan status sanitasi, perkembangan sanitasi hygiene desa, geologi kecamatan; serta faktor yang mendukung dan menghambat pra-pemicuan program STBM, serta siapa saja yang terlibat dalam proses tersebut, dan bagaimana mengatur staff agar dapat mencapai target yang ditentukan dalam Program STBM
<b>Pemicuan</b>		Proses pemicuan program STBM	Deskripsi tentang proses pengantar pertemuan, pencairan suasana, identifikasi istilah terkait sanitasi, pemetaan sanitasi, <i>transect walk</i> (penelusuran wilayah), diskusi mengenai alur kontaminasi dan simulasi air yang terkontaminasi; menyusun rencana program sanitasi; serta faktor pendukung dan penghambat dalam proses pemicuan program STBM

2	Edukasi	Pelaksanaan edukasi Program STBM	Deskripsi tentang proses edukasi Program STBM, faktor pendukung dan penghambat edukasi, serta siapa saja yang terlibat di dalam prosesnya
3	Advokasi	Pelaksanaan advokasi Program STBM	Deskripsi tentang proses advokasi Program STBM, faktor pendukung dan penghambat advokasi, serta siapa saja yang terlibat di dalam prosesnya
<b>Pasca Pemicuan</b>			
4	Pencatatan dan Pelaporan	Proses pencatatan dan pelaporan	Deskripsi tentang kegiatan proses pencatatan dan pelaporan, siapa yang terlibat pada proses pencatatan dan pelaporan, serta kendala terkait proses pencatatan dan pelaporan Program STBM
5	Kemitraan	Proses kemitraan Program STBM	Deskripsi tentang langkah yang dilakukan dalam proses kemitraan, siapa yang terlibat dalam proses kemitraan, dan faktor yang mendukung dan menghambat proses kemitraan Program STBM

### 3.3 JENIS DAN RANCANGAN PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif dengan rancangan studi kasus. Penelitian kualitatif bersifat naturalistik yakni penelitian yang berbasis data lapangan, pada kondisi yang alamiah dan data lapangan digunakan menjadi bahan dalam perumusan teori hasil penelitian (Saryono, 2013). Metode tersebut digunakan untuk mendapatkan data mendalam

dan suatu data yang memiliki makna. Penelitian kualitatif tidak melakukan generalisasi tetapi lebih menekankan kedalaman informasi sehingga sampai pada tingkat makna (Sugiyono, 2012).

Teknik pengumpulan data menggunakan *indepth interview* (wawancara mendalam) menggunakan pedoman wawancara yang berisi pertanyaan terbuka dan sebagian besar berbasis pada interaksi antara 1 pewawancara dengan 1 responden. Pada penelitian ini unit analisis yang diteliti yaitu peran Puskesmas Leyangan dalam melaksanakan program STBM pilar pertama stop BABS di Kecamatan Ungaran Timur. Peran pasif puskesmas meliputi persiapan sumber daya, penetapan target, penetapan teknis pelaksanaan, sedangkan peran aktif puskesmas meliputi advokasi, edukasi, pelaksanaan program STBM pilar pertama stop BABS, pencatatan dan pelaporan, dan kemitraan. Peneliti menggali segala hal yang menyangkut program STBM pilar pertama stop BABS di Puskesmas Leyangan, dan peran Puskesmas Leyangan terhadap program STBM pilar pertama stop BABS dan mengungkapkan isu penting yang berhubungan dengan program tersebut.

### **3.4 SUMBER INFORMASI**

#### **3.4.1 Informan Penelitian**

Subyek yang digunakan adalah informan yang ditunjuk untuk memberikan data dan informasi melalui kegiatan wawancara mendalam. Pengambilan sampel dilakukan secara *purposive sampling*. Teknik adalah pemilihan sampel dengan pertimbangan tertentu untuk mencapai tujuan tertentu. Dilakukan sebuah pertimbangan dalam pemilihan sampel atau informan penelitian ini adalah seseorang yang dari pengalamannya dapat memberikan informasi mengenai

pelaksanaan program STBM khususnya pada pilar Stop BABS dan dianggap mampu serta bersedia dalam memberikan informasi yang diperlukan untuk menggali mengenai peran pasif dan aktif Puskesmas dalam melaksanakan program STBM pilar Stop BABS di wilayah kerja Puskesmas Leyangan.

Pada penelitian ini informan penelitian terdiri dari informan utama dan informan triangulasi. Informan utama dalam penelitian ini adalah Kepala Puskesmas, Sanitarian, dan Petugas Promosi Kesehatan. Sedangkan informan triangulasi dari penelitian ini adalah Bidan Desa, Kader Kesehatan Desa, dan warga.

#### **3.4.2 Jenis Informasi**

Pada penelitian ini data yang digunakan adalah data kualitatif baik data primer maupun data sekunder. Data primer dalam penelitian ini didapat melalui wawancara dengan informan utama dan triangulasi yang memahami tentang peran puskesmas dalam melaksanakan program STBM pilar pertama stop BABS di Puskesmas Leyangan. Selain itu data primer juga diperoleh melalui dokumentasi hasil observasi seperti rekaman, catatan di lapangan dan gambar hasil foto. Hasil wawancara dapat disimpan dalam bentuk rekaman ataupun catatan singkat hasil wawancara.

Sumber data sekunder dalam penelitian ini didapat dari Profil Kesehatan Indonesia 2014-2016, Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah 2014-2016, Profil Kesehatan Kabupaten Semarang 2015-2017, teori mengenai perilaku higienis, program STBM, peraturan mengenai strategi nasional STBM, pedoman pelaksanaan program STBM dan data lain yang relevan dengan kebutuhan dan tujuan penelitian.

### **3.5 INSTRUMEN PENELITIAN DAN TEKNIK PENGAMBILAN DATA**

#### **3.5.1 Instrumen Penelitian**

Dalam penelitian kualitatif, yang menjadi instrumen atau alat penelitian adalah peneliti itu sendiri. Oleh karena itu peneliti sebagai instrumen juga harus “divalidasi” seberapa jauh peneliti kualitatif siap melakukan penelitian yang selanjutnya terjun ke lapangan. Validasi terhadap peneliti sebagai instrumen meliputi validasi terhadap pemahaman metode penelitian kualitatif, penguasaan wawasan terhadap bidang yang diteliti, kesiapan peneliti untuk memasuki objek penelitian secara akademik. Yang melakukan validasi adalah peneliti sendiri, serta ahli dalam program STBM yang dalam hal ini berarti penanggungjawab program STBM di Puskesmas Leyangan, validasi tersebut melalui evaluasi seberapa jauh pemahaman terhadap metode kualitatif, penguasaan teori dan wawasan terhadap bidang yang diteliti, serta kesiapan dan bekal memasuki lapangan (Sugiyono, 2012).

Instrumen penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah peneliti dengan dibantu oleh pedoman wawancara. Peneliti sendiri digunakan karena selalu ada pengembangan pertanyaan pada saat melakukan wawancara. Alat perekam digunakan untuk merekam semua pembicaraan antara peneliti dengan informan selama wawancara. Hal ini berguna membantu peneliti melakukan analisis secara lebih teliti karena wawancara dapat didengarkan secara berulang. Kamera digunakan untuk membantu peneliti merekam kondisi lingkungan selama wawancara berlangsung.



### **3.5.2 Teknik Pengambilan Data**

Teknik pengambilan data yang digunakan dalam penelitian ini sebagai berikut :

#### **3.5.2.1. Observasi**

Pada penelitian ini observasi dilakukan dengan melihat aktivitas dan peran Puskesmas Leyangan dalam melaksanakan program STBM pilar pertama stop BABS.

#### **3.5.2.2. Wawancara mendalam**

Jenis wawancara yang digunakan dalam penelitian ini adalah wawancara mendalam yang dilakukan kepada informan penelitian yaitu peran Puskesmas Leyangan dalam melaksanakan program STBM pilar pertama stop BABS.

#### **3.5.2.3. Studi Dokumentasi**

Metode lain yang digunakan dalam pengambilan data adalah metode studi dokumentasi yang merupakan suatu metode pengumpulan data dengan menyelidiki dokumen-dokumen tertulis seperti buku-buku, literatur, dokumentasi, aturan terkait, profil kesehatan, dan data-data terkait program STBM pilar pertama stop BABS.

## **3.6 PROSEDUR PENELITIAN**

Kegiatan yang akan dilakukan dalam penelitian ini secara garis besar adalah sebagai berikut :

### **3.6.1 Tahap Pra Penelitian**

Tahap awal penelitian adalah kegiatan yang dilakukan sebelum melakukan penelitian. Adapun kegiatan pada awal penelitian adalah :

1. Melakukan studi pustaka dengan mencari data awal melalui dokumen-dokumen yang relevan, sehingga didapatkan rumusan masalah yang ingin diteliti
2. Penyusunan rancangan awal penelitian
3. Pengurusan surat ijin pengambilan data dari Universitas Negeri Semarang (UNNES) untuk institusi yang dituju (Dinas Kesehatan Kabupaten Semarang dan Puskesmas Leyangan Kab. Semarang)
4. Penyerahan surat rekomendasi ke Dinas Kesehatan Kabupaten Semarang dan Puskesmas Leyangan untuk pengambilan data terkait Program STBM
5. Pemantapan desain penelitian yang akan dipakai, menentukan fokus penelitian, dan pemilihan informan
6. Pengurusan surat ijin penelitian dan pengurusan ijin penelitian
7. Persiapan instrumen penelitian yaitu panduan wawancara serta alat perekam dan kamera sebagai alat bantu penelitian

### **3.6.2 Tahap Kegiatan Penelitian**

Tahap penelitian adalah kegiatan yang dilakukan sebelum dan sesudah dilakukan penelitian. Adapun kegiatan saat penelitian meliputi :

1. Pelaksanaan wawancara dengan informan yang telah dipilih dan disepakati (pelaksanaan wawancara dilakukan sesuai dengan janji yang telah dibuat antara peneliti dengan informan)
2. Pencatatan, analisis singkat dan pengambilan foto pada setiap langkah yang dilakukan

### **3.6.3 Tahap Pasca Penelitian**

Kegiatan yang dilakukan pada tahapan ini antara lain :

1. Perangkuman semua data wawancara yang telah dikumpulkan, membuat catatan yang lebih rapi untuk kemudian diserahkan kepada pembimbing sebagai data mentah
2. Perbandingan data hasil wawancara dengan data sekunder dan observasi yang terkait peran Puskesmas Leyangan dalam melaksanakan Program STBM pilar pertama Stop BABS di Kabupaten Semarang
3. Analisis data dan interpretasi data
4. Penyajian data dan pembuatan simpulan dalam bentuk laporan skripsi

### **3.7 PEMERIKSAAN KEABSAHAN DATA**

Pemeriksaan keabsahan data dalam penelitian ini menggunakan triangulasi sumber yang merupakan pemeriksaan keabsahan data dengan memanfaatkan sesuatu diluar data untuk keperluan pengecekan atau sebagai pembanding terhadap data tersebut. Teknik triangulasi yang digunakan adalah teknik pemeriksaan kembali memanfaatkan penggunaan sumber wawancara dengan sumber yang berarti membandingkan dengan mengecek balik derajat kepercayaan suatu informasi yang diperoleh melalui waktu dan alat yang berbeda dalam metode kualitatif. Hasil wawancara dengan informan utama tersebut akan dicocokkan dengan hasil wawancara dari informan triangulasi yang terdiri dari Bidan desa, Kader kesehatan desa, masyarakat dalam wilayah kerja Puskesmas Leyangan dan data sekunder. Sehingga setelah hasil dari kedua wawancara tersebut dicocokkan akan diketahui seberapa besar derajat keabsahannya.

### **3.8 TEKNIK ANALISIS DATA**

Dalam penelitian kualitatif, data diperoleh dari berbagai sumber, dengan menggunakan teknik pengumpulan data yang bermacam-macam, dan dilakukan secara terus-menerus sampai datanya jenuh. Dalam prosesnya, penelitian ini menggunakan model interaktif yang dikembangkan oleh Miles dan Huberman (1984) yang meliputi :

#### **3.8.1. Reduksi Data**

Setelah peneliti melakukan pengumpulan data lapangan, maka akan diperoleh suatu data. Oleh Karena itu, perlu segera dilakukan analisis data melalui reduksi data. Reduksi data merupakan proses merangkum, memilih hal-hal yang pokok, memfokuskan pada hal-hal penting dan mencari tema dan polanya. Dengan demikian, maka akan memberikan gambaran data yang lebih jelas dan mempermudah peneliti untuk melakukan pengumpulan data selanjutnya serta mencarinya bila diperlukan.

#### **3.8.1 Penyajian Data**

Setelah melakukan reduksi data, maka langkah selanjutnya adalah melakukan penyajian data. Dalam penelitian kualitatif, penyajian data yang sering digunakan adalah bentuk uraian singkat, bagan, hubungan antar kategori, *flowchart*, dan sejenisnya. Penyajian data dimaksudkan untuk mempermudah memahami apa yang terjadi serta dapat merencanakan kerja selanjutnya berdasarkan apa yang telah dipahami tersebut.

#### **3.8.2 Penarikan Kesimpulan dan Verifikasi**

Kesimpulan awal yang dikemukakan masih bersifat sementara, dan akan berubah bila tidak ditemukan bukti-bukti kuat yang mendukung pada tahap

pengumpulan berikutnya. Dan kesimpulan akan kredibel bila didukung oleh bukti-bukti yang valid dan konsisten (Sugiyono, 2014)

## **BAB VI**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

#### **6.1 SIMPULAN**

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dibahas pada bab sebelumnya, maka kesimpulan yang dapat ditarik oleh peneliti adalah sebagai berikut :

1. Pada peran pasif Puskesmas Leyangan ditemukan bahwa tenaga kesehatan tim STBM belum pernah mengikuti pelatihan. Tidak terdapat kendala dalam ketersediaan sarana dan prasarana, hanya saja terdapat kendala dalam penyediaan kepemilikan jamban. Sumber dana utama untuk program STBM Pilar Stop BABS berasal dari dana BOK (Bantuan Operasional Kesehatan), sedangkan sumber dana untuk pengadaan jamban berasal dari dana CSR (*Corporate Social Responsibility*) perusahaan, dan S3 (Sedekah Seribu Sehari) yang dikumpulkan dari para karyawan. Puskesmas tidak melakukan penetapan target khusus, dan penyusunan perencanaan terkait teknis pelaksanaan STBM Pilar Stop BABS, Puskesmas hanya melaksanakan teknis yang sudah tertera pada pedoman yang digunakan.
2. Pada peran aktif Puskesmas Leyangan ditemukan bahwa pada proses pra-pemicuan pendataan awal menjadi rancu karena terdapat warga yang malu untuk mengungkapkan kondisi sebenarnya. Pada pelaksanaan pemicuan program STBM pemahaman warga terhadap pihak Puskesmas yaitu akan diadakan pembuatan jamban untuk warga, padahal tugas Puskesmas sesuai SK yang berlaku hanyalah memberikan pemahaman dan mengajak warga untuk berperilaku buang air besar pada tempatnya agar terhindar dari bahaya dan

penyakit yang ditimbulkan akibat aktivitas tersebut. Faktor penghambat selanjutnya yaitu peserta pada pemicuan program STBM adalah ibu-ibu sehingga sulit untuk mengambil keputusan untuk membangun jamban.

3. Pada kegiatan edukasi ditemukan bahwa terdapat beberapa warga yang sudah paham akan bahaya dari buang air sembarangan namun warga tetap melakukan kegiatan tersebut, dan susah nya merubah perilaku warga dari BABS menjadi ODF. Pada proses pencatatan dan pelaporan terdapat kendala yaitu kadang tidak tepat waktu, karena tim STBM tidak hanya fokus pada Program STBM melainkan juga mengerjakan tugas yang lain. Pada proses kemitraan program STBM di wilayah kerja Puskesmas Leyangan dilakukan dengan koordinasi kepada para pemangku kepetingan yaitu dengan Dinas terkait, pada tingkat Kabupaten terdapat Tim Wirausaha Sanitasi yang bermitra dengan Puskesmas untuk membantu dalam hal pengadaan dan pembuatan jamban
4. Output pencapaian program STBM pilar Stop BABS di wilayah kerja Puskesmas Leyangan mengalami peningkatan dibandingkan tahun 2017 yang sama sekali belum melaksanakan desa stop BABS. Berdasarkan persentase ODF diatas diketahui masih terdapat desa yang persentasenya masih kurang dari 50% yaitu Desa Kalirejo masih sebesar 35%, dan persentase tertinggi pada Desa Leyangan sebesar 99%

## **6.2. SARAN**

### **6.2.1. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Semarang**

1. Pihak Dinas Kesehatan Kabupaten Semarang seharusnya melaksanakan pelatihan yang diberikan kepada Tim STBM sesuai dengan pedoman

pelaksanaan STBM guna meningkatkan kemampuan petugas Puskesmas dan kader desa dalam melaksanakan program STBM di lapangan.

2. Sebaiknya Dinas Kesehatan Kabupaten lebih mengupayakan agar anggaran untuk Program STBM lebih diutamakan mengingat pencapaian target harus 100% ODF dan permasalahan yang ditimbulkan akibat BABS berbahaya bagi kesehatan masyarakat.

### **6.2.2. Bagi Puskesmas Leyangan**

1. Pihak Puskesmas Leyangan sebaiknya melakukan penetapan target untuk pelaksanaan program STBM pilar stop BABS sesuai dengan pedoman pelaksanaan STBM untuk mengetahui seberapa efektif kinerja Puskesmas Leyangan dalam pelaksanaan program STBM.
2. Sebaiknya Puskesmas Leyangan melakukan perencanaan pelaksanaan program STBM seperti yang sudah dijelaskan dalam pedoman agar dapat memaksimalkan proses pemicuan dan paska pemicuan program STBM di masyarakat.
3. Dalam hal pencatatan dan pelaporan, untuk menghindari kejadian pelaporan yang kadang tidak tepat waktu sebaiknya pihak puskesmas mengadakan atau memberikan *reward* khusus untuk yang melakukan pelaporan tepat waktu, sehingga dapat meningkatkan kedisiplinan pegawai.
4. Pihak Puskesmas Leyangan perlu meningkatkan penyuluhan sesuai dengan tingkatan pengetahuan (cognitive domain) masyarakat yang terfokus pada peningkatan pemanfaatan dan pemeliharaan jamban keluarga,; baik melalui



Posyandu, arisan ibu-ibu, kegiatan pemuda maupun kegiatan-kegiatan masyarakat lainnya.

5. Meningkatkan dukungan aparat desa, tokoh masyarakat dan tokoh agama dalam hal pemanfaatan jamban, misalnya lewat forum arisan PKK, pengajian, dan metode ceramah dan diskusi yang dilakukan secara menyeluruh di wilayah kerja Puskesmas Leyangan.

### **6.2.3. Bagi Masyarakat Wilayah Kerja Puskesmas Leyangan**

1. Diharapkan setiap keluarga di wilayah kerja Puskesmas Leyangan ikut berperan serta dalam perilaku hidup bersih dan sehat, salah satunya dengan tidak membiarkan salah satu anggota keluarganya buang air besar (BAB) di sembarang tempat.
2. Bagi setiap warga di wilayah kerja Puskesmas Leyangan, diharapkan untuk berpartisipasi melengkapi sarana dan prasarana penunjang jamban keluarga, baik yang sudah dibantu oleh pemerintah ataupun pihak lain, sehingga jamban tersebut menjadi jamban yang layak untuk digunakan.

### **6.2.4. Bagi Peneliti Selanjutnya**

1. Peneliti selanjutnya diharapkan mampu memberikan sebuah intervensi secara langsung terhadap warga, dapat berupa edukasi maupun pemberian perlakuan dengan tujuan perubahan kebiasaan BABS, supaya dapat meningkatkan angka ODF di wilayah kerja Puskesmas Leyangan.
2. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan ataupun referensi bagi peneliti selanjutnya dalam melakukan penelitian mengenai STBM khususnya pada pilar stop BABS.

## DAFTAR PUSTAKA

Adi, I. R. (2008). *Intervensi komunitas pengembangan masyarakat sebagai upaya pemberdayaan masyarakat*. Jakarta: Rajawali Press.

- Ashari, A. E., & Akbar, F. (2016). Evaluasi Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat Di Kabupaten Mamuju. *Jurnal Kesehatan Lingkungan Poltekkes Kemenkes Mamuju*, 02(01), 2443-3861.
- Blegur, A. Y., & Purnama, I. H. (2014). Evaluasi Pencapaian Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat Pilar Pertama di Wilayah Kerja Puskesmas Kawangu Kabupaten Sumba Timur (Studi Kasus di Desa Kambata Tana). *Community Health*, 1(2), 1-13.
- Chandra N, D. D. (2012). *Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Masyarakat tentang Penggunaan Jamban Di Desa Madelamo Kecamatan Tilong Kabila Kabupaten Bone Bolango*. Skripsi. Gorontalo: Universitas Negeri Gorontalo.
- Chandra, N. (2007). *Pengantar Kesehatan Lingkungan*. Jakarta: Kedokteran EGC.
- Crocker, J., Geremew, A., Atalie, F., Yetie, M., & Bartram, J. (2016). Teachers and Sanitation Promotion: An Assessment of Community Led Total Sanitation in Ethiopia. *Environmental Science & Technology*, 50(3), 6617-6525.
- Dahal, K. R., Adhikari, B., & Tamang, J. (2014). Sanitation Coverage And Impact Of Open Defecation Free (ODF) Zone With Special Reference To Nepal: A Review. *Journal of Engineering Research and Applications*, 4(8), 118-128.
- Darmastuti, H., & Karwanto. (2014). Manajemen Sarana dan Prasarana Dalam Upaya Peningkatan Kualitas Pembelajaran Pada Jurusan Teknik Komputer Dan Informatika Di SMK Negeri 2 Surabaya. *Jurnal Inspirasi Manajemen Pendidikan*, 3(3), 9-20.
- Darsana, I. N., Mahayana, I. B., & Patra, M. I. (2012). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepemilikan Jamban Keluarga Di Desa Jehem Kecamatan Tembuku Kabupaten Bangli. *Jurnal Kesehatan Lingkungan*, 04(2), 124-133.
- Davik, F. I. (2016). Evaluasi Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat Pilar Stop BABS di Puskesmas Kabupaten Probolinggo. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 4(2), 107-116.
- Dee Leeuw. (1989). *The same revolution : Health Promotion backgrounds, scope, prospects*. Assen / Maastrich: van Gorcum.
- Dinas Kesehatan Jawa Tengah. (2014). *Profil Kesehatan Jawa Tengah*. Semarang: Dinkes Jawa Tengah.

- Dinas Kesehatan Kab Semarang. (2016). *Profil Kesehatan Kab.Semarang*. Ungaran: Dinas Kesehatan Kab Semarang.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Semarang. (2014). *Profil Kesehatan Kab. Semarang*. Ungaran: Dinkes Kab Semarang.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. (2015). *Profil Kesehatan Jawa Tengah*. Semarang: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah.
- Dinkes Kab. Semarang. (2015). *Profil Kesehatan Kab.Semarang*. Ungaran: Dinkes Kab. Semarang.
- Dinkes Kab. Semarang. (2017). *Profil Kesehatan Kab. Semarang*. Ungaran: Dinkes Kab. Semarang.
- Dinkes Kota Semarang. (2016). *Profil Kesehatan Kota Semarang*. Semarang: DKK Semarang.
- Dinkes Prov Jawa Tengah. (2016). *Profil Kesehatan Jawa Tengah*. Semarang: DInkes Jawa Tengah.
- Dwipayanti, S. (2013). Implementasi Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) Bersama Program KKN Di Desa Taro Gianyar. *Udayana Mengabdi*, 12(1), 27-31.
- Erlinawati. (2009). Pengaruh Perilaku Keluarga terhadap Penggunaan Jamban. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, 33(6), 273-276.
- Eshete, N., Beyene, A., & Terefe, G. (2015). Implementation of Community-led Total Sanitation and Hygiene Approach on the Prevention of Diarrheal Disease in Kersa District, Jimma Zone Ethiopia. *Science Journal of Public Health*, 3(5), 669-676.
- Fadilah, R. (2017). *Analisis pelaksanaan sistem pencatatan dan pelaporan terpadu puskesmas (SP2TP) di puskesmas Kotanopan Kabupaten Mandailing Natal*. Skripsi. Medan: Universitas Sumatera Utara.
- Fauzi, L., Rahayu, S. R., Indarjo, S., Mardiana, Indrawati, F., Siyam, N., . . . Rizki, N. A. (2018). *RISKESDASDES*. Semarang: Fakultas Ilmu Keolahraagaan.
- Findarti, F. R. (2016). Pengaruh Pengembangan Sumber Daya Manusia Terhadap Kinerja Pegawai pada Kantor Badan Kepegawaian Daerah Provinsi Kalimantan Timur. *eJournal Ilmu Administrasi Bisnis*, 4(4), 937-946.

- Firmana, A. S., Hasanbasri, M., & Irvati, S. (2017). Pembiayaan Kesehatan Operasional Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) Di Dinas Kesehatan Kabupaten Sumbawa Barat. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 06(01), 29-37.
- Gine-Garigga, F. B. (2016). monitoring sanitation and hygiene in the 2030 Agenda for Sustainable Development : a review through the lens of human rights. *Science of the Total Environment*, 580(12), 1108-1119.
- Gitman, L. J., Joehnk, M. D., & Billin, R. S. (2014). *Personal Financial Planning*. South Western: Cengage Learning.
- Gordis, L. (2004). *Epidemiology*. Philadelphia: WB Saunders Co.
- Hartomo, A. A. (2004). *Ilmu Sosial Dasar*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Heri D.J Maulana. (2007). *Promosi Kesehatan* . Jakarta: Kedokteran EGC.
- Ibrahim, D. N. (2012). *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Jamban Di Desa Pintu Langit Jae Kecamatan Padang Sidimpuan Angkoloa Julu*. Medan: Universitas Sumatera Utara.
- Irvianti, L. S., & Verina, R. E. (2015). Analisis Pengaruh Stres Kerja, Beban Kerja dan Lingkungan Kerja Terhadap Turnover Intention Karyawan Pada PT XL Axiata Tbk Jakarta. *Binus Business Review*, 6(1), 117-126.
- Kartini, W. (2017). Pengaruh Pelaksanaan Kebijakan tentang Puskesmas dan Dukungan Sarana Prasarana terhadap Manajemen Pelayanan Kesehatan untuk Meningkatkan Produktivitas Kerja. *Jurnal Publik*, 11(02), 146-156.
- Kasanah, S. U. (2018). Upaya Mewujudkan Desa Open Defecation Free di Desa Pojok Kecamatan Garum Kabupaten Blitar. *Jurnal Riset dan Konseptual*, 03(03), 354-364.
- Kasjono HS. (2011). *Penyehatan Pemukiman*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Kasjono, H. S., Pujiyati, N. E., & Widyantoro, W. (2017). Model Pemberdayaan Masyarakat Dalam Melaksanakan 5 Pilar STBM Di Sorowajan Bantul. *Aksiologi : Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat*, 1(2), 142-150.
- Kemenkes. (2018). *Strategi Sanitasi Kabupaten/Kota*. Jakarta: Kemenkes.
- Kemenkes RI. (2015). *Permenkes Nomor 13 tahun 2015 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Lingkungan Di Puskesmas*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

- Kemenkes RI. (2015). *PROFIL KESEHATAN INDONESIA*. INDONESIA: DEPKES.
- Kemenkes RI. (2016). *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kemenkes RI. (2017). *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kurniawati, L. (2017). Faktor-Faktor yang Berpengaruh terhadap Perilaku Kepala Keluarga dalam Pemanfaatan Jamban Di Pemukiman Kampung Nelayan Tambak Lorok Semarang. *Public Health Perspective Journal*, 2(1), 72-79.
- Lawrence, J. J., Antwi, K. Y., Biemba, G., Ram, P. K., Osbert, N., Sabin, L. L., & Hamer, D. H. (2016). Beliefs, Behaviors, and Perceptions of Community-Led Total Sanitation and Their Relation to Improved Sanitation in Rural Zambia. *The American Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 94(5), 553-562.
- Lexy J, M. (2010). *Metodologi Penelitian Kualitatif (edisi revisi)*. Bandung: PT. Remaja Rosdakarya.
- Loveloi Putri Sihanari, S. P. (2018). Analisis Peram Puskesmas Kedungmundu Kota Semarang Dalam Melaksanakan Program Deteksi Dini Kanker Lehr Rahim dan Kanker Payudara. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 6(4), 42-50.
- Makotsi, N., Kaseje, D., Mumma, J., Opiyo, J., & Lukorito, L. (2016). Association of Community Led Total Sanitation to Reduced Household Morbidity in Nyando District. *International Journal of Science Basic and Applied Research*, 28(1), 220-230.
- Mallo, M. F., & Espinoza, O. (2015). Awareness, perceptions and willingness to adopt Cross-Laminated Timber by the architecture community in the United States. *Journal Of Cleaner Production*, 94(1), 198-210.
- MCA Indonesia, K. R. (2015). *Pedoman Pelaksanaan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat*. Indonesia: MCA Indonesia.
- McMahon Rosemasry, B. E. (1999). *Manajemen Pelayanan Kesehatan Primer*. Jakarta: Kedokteran EGC.
- Menkes RI. (2008). *KEPMENKESRI No.852/MENKES/SK/IX/2008*. Jakarta.
- Menkes RI. (2014). *Peraturan Menteri Kesehatan No. 3*. Jakarta.
- Mubarak. (2012). *Analisis Sistem Pencatatan dan Pelaporan*. Bandung: USU.

- Mubarak, N. C. (2007). *Promosi Kesehatan : Sebuah Pengantar Proses Belajar Mengajar Dalam Pendidikan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Musyoki, S. M. (2016). Roles and responsibilities for post-ODF engagement: building an enabling institutional environment for CLTS sustainability. *Sustainable Sanitation For ALL*, 10(1), 167-180.
- Notoatmodjo, S. (2003). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2003). *Pengembangan Sumber Daya Manusia*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nugraha, M. F. (2015). Dampak Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) Pilar Pertama di Desa Gucialit Kecamatan Gucialit Kabupaten Lumajang. *Kebijakan dan Manajemen Publik*, 3(2), 44-53.
- Palneti. (2001). *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kepemilikan dan Keadaan Jamban Keluarga di Desa Percut Kecamatan Percut Sei Kabupaten Deli Serdang*. Skripsi. Sumatera Utara: Universitas Sumatera Utara.
- Perbup Semarang. (2017). *Perbup Semarang Nomor 19 Tahun 2017 tentang Sanitasi Total Berbasis Masyarakat Di Kab. Semarang*. Kabupaten Semarang: Bupati Semarang.
- Permenkes RI. (2014). *Peraturan Pemerintah No.66*. Jakarta.
- Permenkes RI. (2014). *Permenkes RI No. 3 Tahun 2014 tentang Sanitasi Total Berbasis Masyarakat*. Jakarta: Menteri Kesehatan RI.
- Permenkes RI. (2014). *Sanitasi Total Berbasis Masyarakat*. Jakarta: Menteri Kesehatan RI.
- Perpres RI. (2009). *UU RI No.32 Tentang Perlindungan dan Pengelolaan Lingkungan Hidup*.
- Priyoto. (2014). *Teori Sikap & Perilaku dalam Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Rahmah, U. D., Astuti, D., & Kurniawan, T. P. (2015). Hubungan Karakteristik Kepala Keluarga Dengan Rumah Sehat Di Desa Duwet Kecamatan Baki Kabupaten Sukoharjo. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 1-13.

- Rahmawati, L. (2018). *Evaluasi Pencapaian Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) Pilar Pertama Stop BABS di Wilayah Kerja Puskesmas Kalongan. Skripsi*. Semarang: Universitas Negeri Semarang.
- Reza Pahlevi, A. I. (2016). Manajemen Sarana dan Prasarana untuk Meningkatkan Mutu Pembelajaran. *Manajemen Pendidikan*, 25(1), 88-94.
- Sari, D., & Ritonga, S. (2016). Peran Dinas Kebersihan Dalam Pengelolaan Sampah Rumah Tangga di TPA Terjun Kecamatan Meda Marelan. *Jurnal Ilmu Administrasi Publik*.
- Sari, D., & Ritonga, S. (2016). Peran Dinas Kebersihan Dalam Pengelolaan Sampah Rumah Tangga di TPA Terjun Kecamatan Medan Marelan. *Jurnal Admnistrasi Publik*, 4(1), 65-73.
- Sari, K. S., Afrizal, & Indraddin. (2019). Keberhasilan PKBI Sumatera Barat Dalam Mewujudkan Perilaku Sehat Kolektif Pada Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) (Suatu Studi Pemberdayaan Komunitas). *Jurnal Ilmu Sosiologi dan Politik*, 9(1), 48-68.
- Sholeh, M. (2002). *Beberapa Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Jamban Keluarga Proyek APBD Kabupaten Jepara. Tesis*. Semarang: Universitas Diponegoro Semarang.
- Sigalingging. (2016). *Hubungan Karakteristik Individu dan Kepemilikan Jamban Keluarga dengan Tindakan Buang Air Besar Sembarangan (BABS) di Desa Sosor Tolong Kecamatan Doloksanggul Kabupaten Humbang Hasandutan. Skripsi*. Medan: Universitas Sumatera Utara.
- Sitra, E., Agustar, A., & Erwins. (2019). Pelaksanaan Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) dan Implikasinya Terhadap Perubahan Perilaku Masyarakat Di Kabupaten Lima Puluh Kota. *JISPO*, 09(01), 344-355.
- Slamet J.S. (2011). *Kesehatan Lingkungan*. Yogyakarta: Gajahmada University Press.
- Soekanto, S. (1990). *Sosiologi suatu pengantar*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Soekanto, S. (2002). *Teori Peranan*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Soekidjo, N. (2011). *Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Soekidjo, N. (2012). *Promosi Kesehatan*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.



- Soeparman & Soeparmin. (2002). *Pembuangan Tinja dan Limbah Cair*. Jakarta: Kedokteran EGC.
- Stephen Sara, J. G. (2014). Ending Open Defecation in Rural Tanzania Which Factors Facilitate Latrine Adoption. *International Journal Research*, 11(9), 9854-9870.
- Sugiyono. (2012). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan Kombinasi (Mixed Methods)*. Bandung: Alfabeta.
- Sugiyono. (2014). *Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif*. Bandung: Alfabeta dan R&D.
- Sulaeman, E. S., Karsidi, R., Murti, B., Kartono, D. T., Waryana, & Hartanto, R. (2012). Model Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan, Studi Program Desa Siaga. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, 7(4), 186-192.
- Surbakti, G. Y. (2018). *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Perilaku Buang Air Besar Sembarangan (BABS) Di Wilayah Kerja Puskesmas Kalongan Kecamatan Ungaran Timur*. Skripsi. Semarang: Universitas Negeri Semarang.
- T.O Ihrom. (2004). *Bunga Rampai Sosiologi remaja*. Jakarta: Yayasan Obor Indonesia.
- Water and Sanitation Program East Asia and Pacific (WSP-EAP). (2009). *Informasi Jamban Sehat*. Jakarta: Water and Sanitation Program East Asia and Pacific (WSP-EAP).
- Wibowo. (2017). *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Jawa Timur: CV. R.A.De.Rozarie.
- Widowati. (2015). *Hubungan Karakteristik Pemilik Rumah dengan Perilaku Buang Air Besar Sembarangan (BABS) di Wilayah Kerja Puskesmas Sabungmacan II Kab. Semarang*. Skripsi. Surakarta: Universitas Muhamadiyah Surakarta.
- Zahrina, A. F., Suryadi, & Suwondo. (2015). Implementasi Program Gerakan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat dalam Pengendalian Lingkungan. *Jurnal Administrasi Publik*, 3(11), 1832-1836.
- zulyadi, T. (2014). Advokasi Sosial. *Jurnal Al-Bayan*, 21(30), 63-66.