

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Perubahan sistem pemerintahan dari sentralisasi (terpusat) kedesentralisasi (otonomi daerah) mempengaruhi pelaksanaan pembangunan di negeri. Dimana dahulunya masyarakat hanya ditempatkan sebagai pelaksana atau penerima manfaat program pembangunan yang telah ditentukan oleh pemerintah pusat, tapi sekarang masyarakat diposisikan sebagai pelaku utama dalam pembangunan tersebut. Artinya pemerintah hanya sebagai fasilitator dalam setiap kegiatan program pembangunan tersebut.

Berubahnya sistem pemerintahan tersebut menghasilkan paradigma baru pembangunan yaitu pemberian peran yang lebih besar kepada masyarakat dan menempatkannya sebagai obyek sekaligus subyek pembangunan, lebih dikenal dengan sebutan pembangunan partisipatif. Pembangunan partisipatif yaitu pembangunan yang memposisikan masyarakat sebagai subyek atas program pembangunan yang diperuntukkan bagi kepentingan mereka sendiri. Perlibatan masyarakat mulai dari tahap perencanaan-pelaksanaan-monitoring-evaluasi. Pengerahan massa (mobilisasi) diperlukan jika program berupa padat karya (1).

Merujuk pada defenisi pembangunan partisipatif tersebut, terlihat bahwasannya masyarakat menjadi pelaku utama dalam pelaksanaan pembangunan tersebut. Artinya partisipasi masyarakat sangat menentukan keberhasilan dalam pencapaian tujuan pembangunan tersebut. Menurut Mubyarto (1997) dalam Yusuf

(2012), partisipasi merupakan kesediaan untuk membantu keberhasilan setiap program sesuai dengan kemampuan setiap orang tanpa berarti mengorbankan kepentingan diri sendiri (1).

Menurut *World Health Organization (WHO)*, sanitasi merupakan upaya pengendalian semua factor lingkungan fisik manusia yang akan menimbulkan hal-hal yang merugikan bagi perkembangan fisik, kesehatan, dan daya tahan tubuh. Menurut *WHO* pula, kematian yang disebabkan karena *Waterborne disease* mencapai 3.400.000 jiwa/tahun. Dari semua kematian yang bersumber pada buruknya kualitas air dan sanitasi, diare merupakan penyebab kematian terbesar yaitu 1.400.000 jiwa/tahun (2).

Di Indonesia, program sanitasi pada awalnya mengalami stagnasi hasil, banyak proyek sanitasi yang gagal, padahal penyampaian program sanitasi terutama jamban telah lama dilakukan. Keadaan ini disebabkan antara lain karena pembangunan masih berorientasi pada target fisik serta belum berorientasi pada perubahan perilaku masyarakat. Kepedulian masyarakat terhadap persoalan proyek sanitasi cenderung menurun pada paska proyek dan kurangnya kebersamaan dalam mengatasi permasalahan sanitasi. Kecenderungan masyarakat terhadap uluran subsidi pemerintah juga masih tinggi. Hal ini memicu untuk melaksanakan program yang lebih baik dari sebelumnya (3).

Masalah strategis Air Minum dan Penyehatan Lingkungan (AMPL) di Indonesia tahun 2010 berdasarkan dari RPJM 2010-2014 dan perhitungan Bappenas 2010, 22,29 % penduduk Indonesia belum memiliki akses air minum, lebih dari 70 juta jiwa belum memiliki akses sanitasi dasar, 90% air permukaan

tidak layak, 85% air tanah tercemar tinja, 14,49% saluran drainase mengalir lambat, 32,68% rumah tangga tidak memiliki saluran drainase, 68% sudah ada pelayanan sanitasi dasar tetapi belum memperhatikan kualitas layanan sanitasi aman bagi lingkungan dan kesehatan, potensi kerugian ekonomi 56 Trilyun/tahun sebagai dampak sebagai dampak dari 70 juta jiwa belum mendapatkan akses pada sanitasi dasar, dan kesadaran ber-Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) masih rendah (4).

Upaya peningkatan perilaku hygiene dan peningkatan program *Community Lead Total Sanitation* (CLTS) yang lebih fokus pada perilaku Stop BABS menjadi program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM). Sanitasi Total Berbasis Masyarakat yang selanjutnya disingkat STBM adalah pendekatan untuk mengubah perilaku higienis dan saniter melalui pemberdayaan masyarakat dengan cara pemucuan. STBM terdiri dari 5 pilar yang digunakan sebagai acuan penyelenggaraannya, yang meliputi: (1) Stop BABS (Buang Air Besar Sembarangan), (2) CTPS (Cuci Tangan Pakai Sabun), (3) PAM-RT (Pengelolaan Air Minum Rumah Tangga), (4) Pengeloaasn Sampah Rumah Tangga, (5) Pengelolaan Limbah Cair Rumah Tangga. (3) Tantangan yang dihadapi Indonesia terkait dengan masalah air minum, hygiene dan sanitasi masih sangat besar. Hasil studi *Indonesia Sanitation Sector Development Program (ISSDP)* tahun 2006, menunjukkan 47% masyarakat masih berperilaku buang air ke sungai, kolam, kebun dan tempat terbuka (4).

Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Simeulue, Badan Pusat Statistik tentang Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM), *prosentase (%)*

akses jamban sehat di Simeulue Timur hanya mencapai 34,2% dari 27.081 jiwa penduduk, dan dari 10 Desa di wilayah kerja Puskesmas Simeulue Timur, desa yang melaksanakan sanitasi total berbasis Masyarakat (STBM) ada 4 desa (23,5%) yang melaksanakan STBM (5).

Puskesmas Simeulue Timur merupakan puskesmas tipe non perawatan atau non rawat inap melayani masyarakat di 10 Desa di Kecamatan Simeulue Timur. Menurut data dari Badan Pusat Statistik tentang Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) wilayah Puskesmas Simeulue Timur adalah wilayah yang termasuk dengan akses sanitasi rendah di Kabupaten Simeulue. Dari 5.803 jumlah Kepala Keluarga (KK) di Kecamatan Simeulue Timur, masih ada 282 KK (4,9%) yang tidak memiliki jamban dapat dilihat pada laporan tahun 2006, sehingga dapat meningkatkan angka kejadian diare di Puskesmas Simeulue Timur yaitu sebesar 1.113 kasus dan hanya 507 (45,6%) kasus yang di tangani (5).

Data Dinas Kesehatan Simeulue Timur berdasarkan persentase rumah sehat pada tahun 2015 mencatat ada 5.444 rumah memenuhi syarat rumah sehat. Jumlah ini mengalami kenaikan dibandingkan pada tahun 2014 tercatat sebanyak 5.104 rumah memenuhi syarat sehat (5).

Pelaksanaan kegiatan program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) di Simeulue Timur terutama pilar pertama dilakukan di posyandu dengan peserta adalah ibu-ibu. Seharusnya, STBM tersebut disosialisasikan kepada semua unsur masyarakat, tidak hanya ibu-ibu. Pemantauan pelaksanaan program STBM di Simeulue Timur dibantu oleh sebuah lembaga yaitu Lembaga Keswadayaan Masyarakat (LKM) yang dikelola oleh masyarakat setempat juga. Namun,

aktivitas LKM di Simeulue Timur saat ini tidak lagi produktif, hanya berjalan di awal pelaksanaan program. Sehingga, monitoring dan evaluasi juga belum berjalan.

Dari perspektif teori menyatakan bahwa terdapat hubungan antara ciri-ciri individu dengan tingkat partisipasi, seperti usia, tingkat pendidikan, jenis pekerjaan, lamanya menjadi anggota masyarakat, besarnya pendapatan, keterlibatan dalam kegiatan pembangunan akan sangat berpengaruh pada partisipasi. Menurut Plumer, beberapa faktor yang mempengaruhi masyarakat untuk mengikuti proses partisipasi adalah: 1. Pengetahuan dan keahlian, 2. Pekerjaan masyarakat, 3. Tingkat pendidikan dan buta huruf, 4. Jenis kelamin, 5. Kepercayaan terhadap budaya tertentu. Faktor-faktor eksternal berasal dari *stakeholder*, yaitu semua pihak yang berkepentingan dan mempunyai pengaruh terhadap program ini. Diantaranya adalah pemerintah daerah, perangkat desa, tokoh masyarakat, dan fasilitator program.

Pelaksanaan Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat di Wilayah Kerja Puskesmas Simeulue Timur mengharapkan hasil dengan indikator: 1) perubahan perilaku masyarakat dalam buang air besar di luar jamban; 2) banyaknya masyarakat yang telah memiliki jamban, banyaknya masyarakat yang memanfaatkan jamban; 3) pendidikan masyarakat tentang pentingnya buang air besar pada tempatnya.

Peningkatan kesehatan lingkungan dan masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Simeulue Timur perlu segera dilakukan dengan partisipasi dari seluruh elemen masyarakat. Berdasarkan latar belakang di atas, maka peneliti

bermaksud mengadakan penelitian dengan judul “**Analisis Penyebab Rendahnya Partisipasi Masyarakat Terhadap Pelaksanaan Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat di Wilayah Kerja Puskesmas Simeulue Timur Tahun 2018**”.

1.2 Rumusan Masalah

Apakah penyebab rendahnya Partisipasi Masyarakat Terhadap Pelaksanaan Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat di wilayah Kerja Puskesmas Simeulue Timur Tahun 2018 ?

1.3 Tujuan Penelitian

Untuk menganalisis Penyebab Rendahnya Partisipasi Masyarakat Terhadap Pelaksanaan Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Simeulue Timur Tahun 2018.

1.4 Manfaat penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

- 1) Sebagai sarana penambah pengetahuan penulis tentang Sanitasi Lingkungan Masyarakat.
- 2) Mampu memperkaya teoritis terkait partisipatif masyarakat dalam perbaikan Sanitasi Lingkungan Masyarakat tentang upaya membangun rasa kepedulian terhadap lingkungan tempat tinggalnya.

1.4.2 Manfaat Praktis

- 1) Sebagai informasi bagi Dinas Kesehatan sehingga dapat melakukan intervensi agar dapat membuat perencanaan Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat.
- 2) Bagi masyarakat umum dapat bermanfaat dalam berpartisipasi terhadap perbaikan Sanitasi Lingkungan dan Penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai masukan bagi penduduk setempat serta pemerintah dalam membuat kebijakan terkait dengan perbaikan sanitasi lingkungan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

1.1. Penelitian Terdahulu

Penelitian yang sama dilakukan Lisdiana tahun 2017 dengan judul Partisipasi Masyarakat dalam Perbaikan Sanitasi Lingkungan di Desa Wayhalom Kecamatan Gunung Alip Kabupaten Tanggamus, menyimpulkan bahwa partisipasi masyarakat dari setiap tahapan tersebut aktif. Partisipasi masyarakat dalam Implementasi sanitasi lingkungan terhadap kegiatan lima pilar dari program STBM, yaitu stop buang air besar sembarangan yang sudah terlaksana secara efektif dan partisipatif sehingga masyarakat desa Wayhalom belum mencapai perilaku sanitasi total dan masih bersifat pasif (6).

Penelitian oleh Davik tahun 2016, tentang Evaluasi Program Sanitasi Total Berbasis masyarakat Pilar Stop BABS di Puskesmas Kabupaten Probolinggo menyimpulkan bahwa hasil evaluasi proses pelaksanaan program STBM Pilar Stop BABS di Puskesmas Kabupaten Probolinggo masih tergolong kategori buruk. Hasil kategori tersebut disebabkan oleh faktor perencanaan program STBM yang tidak dilakukan oleh petugas sanitasi Puskesmas antara lain analisis situasi dan identifikasi masalah, pembentukan fasilitator STBM tingkat desa dan pembentukan forum/kelembagaan diskusi sanitasi masyarakat. Selain itu, kegiatan pendampingan dan advokasi masih dalam kategori buruk karena tidak sepenuhnya petugas sanitasi Puskesmas yang melakukan. Namun, pelaksanaan dan pencatatan

pelaporan hasil pemecuan program STBM sudah dilakukan oleh petugas sanitasi Puskesmas sehingga masuk dalam kategori yang baik (7).

Penelitian lain di Semarang oleh Adi tahun 2016 tentang Kajian partisipasi Masyarakat dalam Pengelolaan Sanitasi Berbasis Masyarakat (PSBM) di Kelurahan Mangunharjo, Semarang menyimpulkan bahwa terdapat hubungan keterlibatan antara fasilitator dengan masyarakat, jika fasilitator dapat melaksanakan tugasnya secara baik seperti menjelaskan program dengan baik dan campur tangan yang tidak berlebihan, maka masyarakat akan antusias dalam berpartisipasi. Pemerintah perlu menunjukkan komitmennya dalam pelaksanaan program penyediaan sanitasi berbasis masyarakat (PSBM) dalam hal memberi kesempatan kepada masyarakat untuk berpartisipasi secara penuh dalam tahapan pengelolaan sanitasi (8).

Penelitian yang dilakukan Amelia tahun 2016 dengan judul Pelaksanaan Program Penyediaan Air Minum Dan Sanitasi Berbasis Masyarakat di Desa Lubuk Mayan Kecamatan Rantau Pandan Kabupaten Bungo Provinsi Jambi, menyimpulkan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi Pelaksanaan Program Penyediaan Air Minum dan Sanitasi Berbasis Masyarakat (PAMSIMAS) di Desa Lubuk Mayan Kecamatan Rantau Pandan Kabupaten Bungo Provinsi Jambi adalah sebagai berikut: Orientasi pemberdayaan didasarkan pada kebutuhan, masalah dan potensi desa/kelurahan. Proses pemberdayaan dimulai dengan menumbuhkan kesadaran kepada masyarakat desa sasaran akan potensi dan kebutuhannya yang dapat dikembangkan dan diberdayakan untuk menjadi mandiri. Biasanya pada masyarakat pedesaan yang masih tertutup, aspek

kebutuhan, masalah, dan potensi tidak terlalu tampak. Budaya gotong royong yang sangat melekat pada masyarakat di desa Lubuk Mayan, yang merupakan salah satu ciri khas dari bangsa Indonesia sendiri. Masyarakat terlibat secara aktif dalam seluruh kegiatan Penyediaan Air Minum dan Sanitasi berbasis Masyarakat (PAMSIMAS) mulai dari perencanaan, pelaksanaan, pengawasan dan pemanfaatan termasuk besaran dana kontribusi masyarakat minimal 20 dari kebutuhan biaya rencana Kegiatan Masyarakat (RKM) yaitu berupa *in cash* sebesar 4% maupun *in kind* sebesar 16% dari keseluruhan dana. Kesadaran masyarakat akan pentingnya air dan sanitasi, mengingat masih banyaknya masyarakat Desa Lubuk Mayan yang kesulitan dalam memperoleh air bersih dan keinginan untuk menerapkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat sehingga jumlah masyarakat yang menderita muntaber, diare dan gatal-gatal berkurang (9).

Penelitian yang sama dilakukan Riva'I tahun 2016 dengan judul Program Penyediaan Air Minum Dan Sanitasi Berbasis Masyarakat Ditinjau Dari Komunikasi Pembangunan (Studi Pada Satuan Kerja Pengembangan Sistem Air Minum Provinsi Riau, Kementerian Pekerjaan Umum Dan Perumahan Rakyat), menyimpulkan bahwa peningkatan kualitas komunikasi ditandai dengan aktivitas, informasi, motivasi, dan edukasi bagi pelaksanaan Program Pamsimas yang tiap tahapannya mengalami perbaikan dan pertumbuhan jumlah peserta, terutama ditujukan kepada penduduk desa atau miskin dengan penyediaan air dan sanitasi dengan biaya murah (10).

Penelitian yang sama dilakukan Roesyiana tahun 2015 dengan judul Partisipasi Masyarakat di Dalam Program Sanitasi Perkotaan Berbasis Masyarakat

Studi Kasus: Kelurahan Banyumanik Kota Semarang, menyimpulkan bahwa faktor yang mempengaruhi masyarakat untuk ikut berpartisipasi dalam program SPBM yaitu adanya kesamaan iklim sosial, baik berupa keadaan ekonomi, pendidikan dan budaya, Kesempatan Untuk Berpartisipasi, Kemauan dan kemampuan untuk mengubah atau memperbaiki keadaan dan membangun atas kekuatan sendiri, kepekaan dan ketanggapan masyarakat terhadap masalah, kebutuhan-kebutuhan dan kepentingan-kepentingan umum masyarakat dan kekuatan antar organisasi yang terbentuk (11).

Penelitian yang sama dilakukan Zahrina tahun 2015 dengan judul Implementasi Program Gerakan Sanitasi Berbasis Masyarakat dalam Pengendalian Lingkungan (Studi kasus pada Desa Pening, Kecamatan Jaticalen, kabupaten Nganjuk), menyimpulkan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi, yaitu antara lain faktor pendukung yang meliputi adanya sumber daya manusia yang professional, dan adanya sanksi hukum, kesadaran masyarakat yang partisipatif, sedangkan faktor penghambat yaitu meliputi sumber daya financial dan sumber daya waktu untuk pembangunan jamban sehat/sanitasi (12).

Demikian juga Fatonah tahun 2015 dalam penelitiannya yang berjudul Partisipasi Masyarakat dalam Pelaksanaan Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat Pilar Pertama (*Stop Babs*) di Desa Purwosari Kecamatan Sayung Kecamatan Demak 20155, diketahui bahwa partisipasi masyarakat dalam melaksanakan program STBM di Desa Purwosari masih rendah, alasannya karena kondisi lingkungan sering terjadi abrasi, dan perilaku masyarakat. Faktor internal yang mempengaruhi partisipasi masyarakat adalah mata pencaharian, pendapatan,

pengetahuan masyarakat. Sedangkan faktor eksternal yang mempengaruhi adalah *stakeholder* yang ikut terlibat. Saran yang diberikan yaitu STBM di Desa Purwosari sebaiknya dilakukan sesuai tahapan dalam panduan pelaksanaannya dan semua pihak dapat mendukung pelaksanaannya (13).

Penelitian yang sama dilakukan Nugraha tahun 2015 dengan judul Dampak Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) Pilar Pertama di Desa Gucialit Kecamatan Gucialit Kabupaten Lumajang, menyimpulkan bahwa pelaksanaan program STBM ini ditujukan kepada seluruh masyarakat terutama pada masyarakat di daerah yang jauh dari pusat kota, sebagian besar daerah mereka perkebunan dan persawahan. Kualitas Sumber Daya Manusia, pekerjaan yang banyak disektor pertanian dan perkebunan, serta kondisi ekonomi juga mempengaruhi tingkat kesadaran masyarakat tentang penyebab penyakit yang berbasis lingkungan, keadaan masyarakat tersebut menjadi prioritas utama dari program STBM. Program STBM mengajak masyarakat untuk menjadi pelaksana sekaligus pengawasan proses pelaksanaan program tersebut. Selain itu, masyarakat juga dilibatkan secara langsung dalam menentukan strategi yang tepat dalam pelaksanaan program STBM dengan di fasilitasi oleh kader STBM sehingga tujuan yang telah ditetapkan dapat dicapai dengan baik. Sebagai pelaku utama sekaligus sasaran utama dari program STBM, maka seluruh proses pelaksanaan program dilaksanakan sepenuhnya oleh masyarakat itu sendiri. Oleh karena itu, output atau hasil yang didapatkan akan sesuai dengan tujuan awal program sebagai program yang berbasis masyarakat. Adanya program STBM ini

memberikan dampak secara fisik, lingkungan, sosial, kesehatan dan budaya bagi masyarakat sasaran (14).

Penelitian yang sama dilakukan Afrilya tahun 2014 dengan judul Program Penyediaan Air Minum Berbasis Masyarakat di Desa Tiris Kecamatan Tiris Kecamatan Probolinggo, menyimpulkan bahwa implementasi program dapat meningkatkan kualitas kesehatan yang dibuktikan dengan adanya ketersediaan air minum yang bersih secara berkelanjutan dengan pemantauan rutin pada kualitas air dan pemeliharaan fisik konstruksi system penyediaan air minum PMA (Penangkat Mata Air). Peningkatan kualitas bukan hanya secara fisik namun dari segi pemberdayaan, masyarakat memiliki pengetahuan dan kemampuan dalam mengembangkan desa terutama dalam bidang Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (15).

Penelitian Karla tahun 2014 dalam penelitiannya yang berjudul Faktor Yang Mempengaruhi Rendahnya Partisipasi Masyarakat Terhadap Pelaksanaan Program Sanitasi Total Dan Pemasaran Sanitasi (STOPS) (Studi Pada Kegiatan Arisan Jamban Di Desa Penggaron, Kecamatan Mojowarno, Kabupaten Jombang), menyimpulkan bahwa secara persial faktor komunikasi (X1) memiliki pengaruh yang signifikan dengan arah yang positif terhadap pelaksanaan program STOPS (Y). Faktor tingkat pendidikan (X2), usia (X4), dan lama tinggal (X5) tidak memiliki pengaruh yang signifikan dan tidak memiliki arah positif terhadap pelaksanaan program STOPS (Y). Sedangkan faktor pekerjaan (X3) tidak memiliki pengaruh yang signifikan namun memiliki arah yang positif terhadap pelaksanaan program STOPS (Y). Secara simultan kelima variabel independen

(X1, X2, X3, X4, dan X5) berpengaruh terhadap pelaksanaan program STOPS (Y). Besarnya kontribusi variabel independen secara bersama sama terhadap variabel devenden adalah sebesar 64,2%, dilihat dari nilai koefisien determinasi (*Adjuster R2*) (16).

Penelitian lain yang serupa juga dilakukan Setiawan tahun 2014 dengan judul Evaluasi Manfaat Program Sanitasi Lingkungan Berbasis Masyarakat (SLBM) di Kabupaten Bangkalan, menyimpulkan bahwa ketiga variabel: keikutsertaan masyarakat dalam pembangunan desa, kesadaran masyarakat untuk menghilangkan kebiasaan masyarakat Buang Air Besar Sembarangan (BABS), dan pengelolaan air limbah permukiman melalui pengembangan kapasitas kelembagaan dan Sumber Daya Manusia (SDM) memiliki hubungan yang kuat dan signifikan terhadap Keberhasilan Program Sanitasi Lingkungan Berbasis Masyarakat (SLBM) di Kabupaten Bangkalan dimana masing-masing nilai korelasi yang dihasilkan lebih besar dari r tabel = 0.254 (17).

Penelitian yang sama dilakukan Sidjabat tahun 2012 dengan judul Partisipasi Masyarakat Desa dalam Implementasi Strategi Nasional Sanitasi Total Berbasis Masyarakat di Kabupaten Grobogan, menyimpulkan bahwa dalam implementasi strategi ini tidak muncul inisiatif dari masyarakat desa mengatasi masalah perilaku buang air besar disembarangan tempat berupa sebuah usulan dalam musyawarah, memutuskan adanya kegiatan untuk mengatasi masalah buang air besar disembarang tempat secara partisipatif, termasuk memanfaatkan sumber daya yang dikumpulkan secara kolektif dan melaksanakan kegiatan untuk

mengatasi masalah ini seperti pada kegiatan-kegiatan yang mereka sudah kerjakan secara partisipatif di desa mereka (18).

Sholikha tahun 2012 dengan penelitiannya yang berjudul Hubungan Pelaksanaan Program Odf (*Open Defecation Free*) Dengan Perubahan Perilaku Masyarakat Dalam Buang Air Besar Di Luar Jamban di Desa Kemiri Kecamatan Malo Kabupaten Bojonegro Tahun 2012, menyimpulkan bahwa lebih dari sebagian responden telah memiliki jamban, rata-rata responden telah BAB pada jamban yaitu 139 responden. Sedangkan kurang dari sebagian tidak BAB pada jamban yaitu 40 responden dan ada hubungan pelaksanaan program ODF (*Open Defecation Free*) dengan perubahan perilaku masyarakat dalam buang air besar diluar jamban di Desa Kemiri Kecamatan malo Kabupaten Bojonegoro tahun 2012 (19).

Penelitian yang dilakukan Rahmawati tahun 2008 dengan judul Analisis Peran Serta Masyarakat Dalam Kesehatan Program *Community Led Total Sanitation* (CLTS), menyimpulkan bahwa indikator kepemimpinan dan pengorganisasian di kedua dusun dikategorikan sedang. Indikator pembiayaan masyarakat di Dusun Sidorejo dikategorikan tinggi (34%) sedangkan di Dusun Darung di kategorikan sebagai pembiayaan yang rendah (53%). Indikator pemanfaatan jamban di Sidorejo dikategorikan tinggi (100%), sedangkan di Darung dikategorikan rendah (67%). Kesimpulan dari penelitian ini adalah keberhasilan program CLTS terkait kualitas memicu oleh fasilitator masyarakat CLTS dan tingkat partisipasi masyarakat (20).

1.2. Telaah Teori

1.2.1. Sanitasi Lingkungan

Sanitasi lingkungan adalah status kesehatan suatu lingkungan yang mencakup perumahan, pembuangan kotoran, penyediaan air bersih dan sebagainya. Sanitasi lingkungan dapat pula diartikan sebagai kegiatan yang ditujukan untuk meningkatkan dan mempertahankan standar kondisi lingkungan yang mendasar yang mempengaruhi kesejahteraan manusia (21).

Kondisi tersebut mencakup: (1) pasokan air yang bersih dan aman; (2) pembuangan limbah dari hewan, manusia dan industri yang efisien; (3) perlindungan makanan dari kontaminasi biologi dan kimia; (4) udara yang bersih dan aman; (5) rumah yang bersih dan aman (22).

Upaya upaya untuk menciptakan sanitasi lingkungan yang baik adalah sebagai berikut;

1. Mengembangkan kebiasaan atau perilaku hidup sehat

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

2. Membersihkan ruangan dan halaman secara rutin

Ruangan dalam rumah dapat menimbulkan berbagai penyakit jika tidak secara rutin dibersihkan. Perlengkapan rumah seperti karpet dan kursi berpotensi menjadi tempat mengendapnya debu. Debu yang mengendap dan kemudian beterbangan didalam ruangan dapat menimbulkan penyakit indeksi

Saluran Pernapasan Akut (ISPA). Debu juga dapat berfungsi sebagai media tempat menempelnya bakteri atau virus yang dapat mengganggu kesehatan manusia. Ruangan yang tidak bersih dan rapi juga dapat mengundang masuknya lalat, nyamuk dan tikus kedalam ruangan. Padahal keduanya dapat menjadi faktor pembawa penyakit.

3. Membersihkan kamar mandi dan toilet

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

4. Menguras, menutup dan menimbun (3M)

Bak atau tempat penampungan air dapat menjadi tempat yang sangat baik bagi perkembangbiakan nyamuk. Karena itu, bak dan tempat penampungan air harus dibersihkan dan dikuras secara rutin minimal satu minggu sekali. Tempat penampungan air diupayakan selalu tertutup. Menutup tempat penampungan air dapat mencegah perkembangbiakan nyamuk. Menutup tempat penampungan air juga mencegah masuknya organisme lainnya yang menimbulkan penyakit seperti tikus dan kecoa. Aktivitas menimbun dilakukan agar barang-barang lingkungan tidak dijadikan sarang atau tempat perkembangbiakan organisme yang merugikan kesehatan. Kaleng, ban bekas, plastik dan lain-lain sebaiknya ditimbun jika tidak akan dipakai lagi.

5. Tidak membiarkan adanya air yang tergenang

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

6. Membersihkan saluran pembuangan air

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

7. Menggunakan air yang bersih

Air menjadi salah satu komponen penting dalam kaitannya dengan kesehatan.. namun, sebagian masyarakat kita masih menggunakan air yang tidak bersih untuk keperluan mencuci dan mandi serta memasak maupun minum. Selain itu, proses masak yang tidak sempurna juga dapat menyebabkan penyakit. Karena itu, tidak heran jika banyak penyakit yang muncul Karena faktor air

1.2.2. Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM)

STBM merupakan adopsi dari keberhasilan pembangunan sanitasi total dengan menerapkan model CLTS (*Community-Les Total Sanitation*). Pendekatan CLTS berasal dari evaluasi oleh Kamal Kar mengenai WaterAid dari VERC's

(Village Education Resouce). Hasil dari evaluasi adalah penemuan pendekatan CLTS dengan metode PRA pada tahun 2000. Sejak tahun 2000, melalui pelatihan langsung oleh Kamal Kar dan dukungan dari banyak lembaga serta dibantu dengan kunjungan lintas Negara, CLTS telah menyebar ke organisasi lain di Bangladesh dan Negara lain di Asia Selatan dan Asia Tenggara, Afrika, Amerika Latin, dan Timur Tengah. Lembaga atau instansi yang mensponsori pelatihan ini oleh Kamal Kar antara lain the WSP-World Bank, CARE, Cocern, WSLIC II (23).

Uji coba implementasi CLTS di 6 Kabupaten di Indonesia pada tahun 2005. Pada Juni 2006, Departemen Kesehatan mendeklarasikan pendekatan CLTS sebagai strategis nasional untuk program sanitasi. Pada September 2006, program WSLIC memutuskan untuk menerapkan pendekatan CLTS sebagai pengganti pendekatan dana bergulir diseluruh lokasi program (36 Kabupaten). Pada saat yang sama, beberapa LSM mulai mengadopsi pendekatan ini. Mulai januari sampai Mei 2007, pemerintah Indonesia bekerja sama dengan Bank Dunia merancang proyek PAMSIMAS di 115 Kabupaten. Program ini mengadopsi pendekatan CLTS dalam rancangannya (24).

Bulan Juli 2007 menjadi periode yang sangat penting bagi perkembangan CLTS di Indonesia, karena pemerintah bekerja sama dengan Bank Dunia mulai mengimplementasikan sebuah proyek yang mengadopsi pendekatan sanitasi total dan pemasaran sanitasi (SToPS), dan pada tahun 2008 diluncurkannya sanitasi total berbasis masyarakat (STBM) sebagai strategi nasional (24).

1.2.2.1. Pengertian STBM

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

Menurut Permenkes RI No. 03 Tahun 2014 tentang Sanitasi Total Berbasis Masyarakat yang selanjutnya disingkat STBM adalah pendekatan untuk mengubah perilaku higienis dan saniter melalui pemberdayaan masyarakat dengan cara pemicuan (4).

Program STBM memiliki indicator *outcome* dan indicator *output* . indikato *outcome* STBM yaitu menurunnya kejadian penyakit diare dan penyakit berbasis lingkungan lainnya yang berkaitan dengan sanitasi dan perilaku.

Sedangkan indicator *output* STBM adalah sebagai berikut;

- a. setiap individu dan komunitas mempunyai akses terhadap sarana sanitasi dasar sehingga dapat mewujudkan komunitas yang bebas dari buang air di sembarang tempat (*open Defecation Free*).
- b. Setiap rumah tangga telah menerapkan pengelolaan air minum dan makanan yang aman dirumah tangga.
- c. Setiap rumah tangga dan sarana pelayanan umum dalam suatu komunitas (seperti sekolah, kantor, rumah makan, puskesmas, pasar, terminal) tersedia fasilitas cuci tangan (air, sabun, sarana cuci tangan), sehingga semua orang mencuci tangan dengan benar.
- d. Setiap rumah tangga mengelola limbahnya dengan benar.
- e. Setiap rumah tangga mengelolah sampahnya dengan benar (4).

Terdapat empat parameter desa ODF antara lain:

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

Tujuan umum dari program STBM adalah memicu masyarakat sehingga dengan kesadarannya sendiri mau menghentikan kebiasaan buang air besar ditempat terbuka pindah ketempat tertutup dan terpusat. Sedangkan tujuan khusus dari program STBM antara lain:

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

Dalam program ini masyarakat dilibatkan dalam suatu aktivitas. Keadaan ini dapat member simulasi, sehingga terjadi partisipasi. Partisipasi selanjutnya menimbulkan interaksi antar anggota masyarakat sehingga timbul kesadaran pada dirinya tersebut atau terjadi realisasi. Kesadaran atau realisasi inilah yang kemudian menimbulkan keinginan ataupun dorongan untuk berubah, yakni mengubah keadaannya yang jelek menjadi baik. Keadaan inilah yang menunjukkan motif pada diri seorang telah terbentuk. Atas dasar motif inilah akan terjadi perubahan perilaku (24).

Prinsip dari program nasional STBM antara lain non-subsidi, kebersamaan, keberpihakan terhadap kelompok miskin, keberpihakan pada lingkungan, prinsip tanggap kebutuhan, kesetaraan jender, pembangunan berbasis masyarakat, dan keberlanjutan.

2.2.2.2 Pilar STBM

Tujuan STBM dapat tercapai dengan terpenuhinya beberapa pilar agar kondisi sanitasi total sebagai prasyarat keberhasilan STBM tercapai. Beberapa pilar tersebut antara lain: (2).

1. Stop Buang Air Besar Sembarangan (Stop BABS)

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

2. Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS)

Perilaku cuci tangan dengan menggunakan sabun dan cair yang mengalir pada 5 waktu kritis. Lima waktu kritis tersebut antara lain sebelum makan, sesudah makan, setelah BAB atau kontak dengan kotoran, setelah mengganti popok bayi, dan sebelum memberikan makan bayi. Tujuan jangka panjang dari pilar kedua adalah untuk berkontribusi terhadap penurunan kasus diare pada anak balita di Indonesia.

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

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

4. Pengelolaan Sampah Rumah Tangga (PSRT)

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

5. Pengelolaan Air Limbah Rumah Tangga (PALRT)

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

2.2.2.3 Pilar Pertama Stop BABS

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

1. Tahap Perencanaan

Tahap perencanaan meliputi : Advokasi kepada pemangku kepentingan secara berjenjang, Identifikasi masalah dan Analisis Situasi, Penyiapan Fasilitator dan Peningkatan Kapasitas Kelembagaan.

1) Advokasi kepada pemangku kepentingan secara berjenjang Advokasi dilakukan untuk mendapatkan dukungan dari pemerintah daerah, tokoh masyarakat, tokoh agama, dan penyandang dana agar *stakeholder* yang terlibat dalam kegiatan ini memahami prinsip-prinsip yang berlaku pada pengelolaan *Stop BABS*. Dukungan mereka sangat penting karena merupakan panutan masyarakat. Sehingga para tokoh masyarakat perlu ditumbuhkan kesadaran dan pemahaman tentang konsep *STBM* terlebih dahulu sebelum melaksanakan pemicuan. Upaya menggalang dukungan tokoh masyarakat diharapkan adanya kontribusi dalam proses pelaksanaan program mulai perencanaan hingga terwujudnya desa ODF (2).

Advokasi adalah upaya persuasi yang mencakup kegiatan-kegiatan penyadaran dan rasionalisasi terhadap orang lain yang dianggap mempunyai pengaruh terhadap orang lain yang dianggap mempunyai pengaruh terhadap keberhasilan suatu program atau kegiatan yang dilaksanakan. Tujuan umum dari advokasi adalah diperolehnya komitmen dan dukungan dalam upaya kesehatan baik berupa kebijakan, tenaga, dana, saran, kemudahan, keikutsertaan dalam kegiatan maupun berbagai bentuk lainnya sesuai keadaan dan suasana (25).

2) Identifikasi Masalah , Kebutuhan dan Analisis Situasi

Bersama masyarakat mengidentifikasi masalah yang terjadi diwilayah kerja Puskesmas Simulue Timur terutama tentang kejadian diare yang cukup tinggi. Tidak semua desa dapat menjadi lokasi pemicuan . Lokasi pemicu lebih efektif apabila daerah itu penuh dengan kekumuhan, belum pernah ada pembangunan sarana sanitasi dengan pendekatan subsidi, dan pernah menjadi daerah dengan angka kejadian diare yang cukup tinggi (2).

Identifikasi masalah dilakukan dengan menemukan suatu kesenjangan antara apa yang diharapkan atau yang telah direncanakan. Sedangkan analisis situasi merupakan langkah yang sangat diperlukan dalam suatu proses perencanaan karena jika dilakukan dengan tepat maka kita dapat mendefenisikan masalah sesuai dengan realita yang kita harapkan (26).

3) Penyiapan Fasilitator

Dalam rangka mensosialisasikan program dan meningkatkan partisipasi masyarakat untuk kegiatan Stop BABS , maka diperlukan tenaga fasilitator yang handal, terampil dalam memahami prinsip fasilitasi yang benar. Tugas utama

fasilitator adalah mempersiapkan dan melakukan pemicuan kepada masyarakat. Proses penyiapan fasilitator dapat dilakukan melalui seleksi yang dilanjutkan dengan pelatihan.

Substansi pelatihan adalah ketrampilan, pengetahuan, dan sikap sebagai fasilitator serta langkah pemicuan untuk pilar Stop BABS. Pelatihan fasilitator serta langkah pemicuan untuk pilar Stop BABS. Pelatihan fasilitator ini biasanya ada dua macam yaitu pelatihan bagi pelatih (*Training Of Trainers*) dan pelatihan bagi fasilitator. Pengembangan SDM kesehatan melalui pendidikan dan pelatihan (diklat) merupakan kegiatan yang harus dilaksanakan dalam suatu departemen, instansi, atau organisasi agar pengetahuan (*Knowledge*), kemampuan (*ability*), dan keterampilan (*skill*) mereka sesuai tuntutan pekerjaan yang mereka lakukan. Tenaga yang telah menduduki suatu jabatan atau pekerjaan tertentu di instansi yang bersangkutan perlu mendapatkan pelatihan untuk meningkatkan kemampuan dan keterampilan. Diklat merupakan suatu bentuk investasi pada sumber manusia untuk mencapai tingkat produktivitas yang optimum (27).

4) Peningkatan Kapasitas Kelembagaan

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

Untuk kegiatan peningkatan kapasitas kelembagaan ini Pemerintah Daerah melalui SKPD-nya dapat bekerja sama dengan kabupaten lain atau lembaga lain yang bertanggung jawab terhadap program AMPL dan STBM. Proses

pelaksanaannya dapat menyertakan personil dari semua SKPD terkait seperti dari unsur Dinas Kesehatan, Bappeda, Pemberdayaan Masyarakat Desa(PMD) atau nama lain yang sejenis, Dinas Pekerjaan Umum, Perguruan Tinggi, LSM dan organisasi masyarakat lainnya (2).

Kerjasama lintas sektor diperlukan karena program-program mereka langsung bersentuhan dengan masyarakat yang notabene memiliki multi masalah, sehingga dalam penanganannya pun harus multidimensi dari berbagai peran institusi yang sinergis. Beberapa program pembangunan akan dapat tercapai apabila ada kerjasama dengan sektor lain (27).

2. Tahap Pemicuan

Tahap pemicuan terdiri dari 10 langkah antara lain :

1) Pengantar Pertemuan

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

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

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

2) Pencairan Suasana

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

3) Identifikasi Istilah – Istilah yang terkait dengan Sanitasi

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

4) Pemetaan Sanitasi

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

5) *Transect Walk*

Transect walk berfungsi untuk memicu rasa jijik. Transect dilakukan dengan cara mengahak masyarakat untuk menganalisis keadaan sanitasi secara langsung dilapangan dengan menelusuri lokasi pemicuan dari tempat yang satu ketempat yang lain. Memicu rasa jijik bisa dengan cara menawarkan air minum yang telah dikotori dengan rambut. Kemudian rambut dianalogikan sebagai kaki lalat yang telah hinggap di kotoran manusia.

6) Menghitung Volume Kotoran Tinja

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

7) Alur Kontaminasi

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

8) Simulasi Air yang Terkontaminasi

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

9) Diskusi Dampak (Sakit, Malu, Takut, Dosa)

Setelah Dilakukan langkah sebelumnya, tim fasilitator mengajak diskusi dengan komunikasi berupa pertanyaan-pertanyaan yang dapat membakar rasa sakit, malu, takut dan dosa. Pertanyaan mengenai kemana mereka BAB keesokan hari, siapa saja yang akan mandi disungai yang banyak orang BAB.

10) Menyusun Rencana Program Sanitasi

Tujuan dari tahap ini adalah memfasilitasi masyarakat untuk menyusun rencana kerja kegiatan. Mulai dari membentuk kelompok kegiatan sanitasi (yang selanjutnya disebut KOMITE). Anggota masyarakat yang telah lebih dulu berkeinginan merubah kebiasaan buang air besarnya dapat menjadi calon kuat

untuk menjadi natural leader. Demikian pula para tokoh masyarakat, tokoh agama atau kader yang ada di desa.

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

3. Pasca Pemicuan

Tahap ini tim fasilitator melakukan pendampingan untuk menjaga komitmen komite mengenai rencana pembangunan sarana sanitasi. Hal yang dilakukan adalah memantau perkembangan perubahan perilaku, bimbingan teknis dengan menyampaikan tangga sanitasi dan opsi teknologi. Pendampingan dilaksanakan selambat lambatnya 5 hari setelah pemicuan. Selain kepada komite, tim fasilitator juga mengadvokasi sasaran tidak langsung yaitu kepala desa dan perangkatnya. Pendampingan dilakukan hingga desa mencapai kondisi ODF.

Desa yang telah mencapai status ODF akan mendapatkan sertifikasi dan penghargaan. Upaya untuk menjaga kondisi ODF dengan mengadakan lomba tingkat kecamatan. Pemantauan dilaksanakan melakukan 2 (dua) mekanisme yaitu : pemantauan yang dilaksanakan oleh masyarakat secara partisipatif untuk menilai secara berjenjang mulai dari kecamatan sampai ke pusat.

2.2.3. Indikator Pilar Pertama STBM

Terkait dengan penilaian kinerja program, maka diperlukan indikator yang dapat dijadikan acuan dalam penilaiannya. Indikator pilar pertama atau Stop BABS yang digunakan sebagai acuan di Kecamatan Simeulue timur adalah sebagai berikut :

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

2.2.3.1. Buang Air Besar Sembarangan Ditinjau dari Kesehatan Lingkungan

Ekskreta manusia terutama feses merupakan hasil akhir dari yang berlangsung dalam tubuh manusia dimana terjadi pemisahan dan pembuangan zat-zat yang tidak dibutuhkan oleh tubuh. Ditinjau dari kesehatan lingkungan, feses dapat menjadi masalah apabila dalam pembuangannya tidak baik dan sembarangan. Buang air besar sembarangan dapat mengakibatkan kontaminasi pada air, tanah, udara, makanan, dan perkembang biakan 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 dibidang sosial dan ekonomi. Pembuangan kotoran manusia yang baik merupakan hal yang mendasar bagi keserasian lingkungan (28).

Faktor yang mendorong kegiatan pembuangan tinja secara sembarangan antara lain tingkat sosial ekonomi yang rendah, pengetahuan dibidang kesehatan lingkungan yang kurang, dan kebiasaan buruk dalam pembuangan tinja yang diturunkan dari generasi ke generasi. 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 (28).

Menurut Anderson dan Arnstein, terjadinya proses penularan penyakit diperlukan faktor sebagai berikut : (21).

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

Sumber terjadinya penyakit, dengan melihat transmisi penyakit melalui tinja adalah tinja. Dengan demikian untuk memutuskan terjadinya penularan penyakit dapat dilaksanakan dengan memperbaiki sanitasi lingkungan. Tersedianya jamban merupakan usaha untuk memperbaiki sanitasi dasar dan dapat memutuskan rantai penularan penyakit (21).

Jamban merupakan tempat yang aman dan nyaman untuk digunakan sebagai tempat buang air besar. Jamban sehat adalah fasilitas pembuangan tinja yang mencegah kontaminasi ke badan air, kontak antara manusia dan tinja, bau

yang tidak sedap, membuat tinja tidak dapat dihinggapi serangga, serta binatang lainnya dan konstruksi dudukannya dibuat dengan baik, aman, dan mudah dibersihkan.

2.2.4 Masyarakat

2.2.4.1 Pengertian Masyarakat

Masyarakat (*Society*) diartikan sebagai sekelompok orang yang membentuk sebuah system semi tertutup (atau semi terbuka), dimana sebagian besar interaksi adalah antara individu individu yang berada dalam kelompok tersebut. Masyarakat adalah sebuah komunitas yang independen (saling tergantung satu sama lain). Umumnya, istilah masyarakat digunakan untuk mengacu sekelompok orang yang hidup bersama dalam satu komunitas yang teratur.

2.2.4.2 Ciri Ciri Masyarakat

Ciri ciri masyarakat pada umumnya sebagai berikut :

1. Manusia yang hidup bersama sekurang kurangnya terdiri atas dua orang.
2. Bergaul dalam waktu cukup lama. Sebagai akibat hidup bersama, timbul system komunikasi dan peraturan yang mengatur hubungan antara manusia.
3. sadar bahwa mereka merupakan satu kesatuan.
4. Merupakan suatu system hidup bersama. System kehidupan bersama manimbulkan kebudayaan karena mereka merasa dirinya terkait satu dengan yang lainnya

2.2.4.3 Golongan Masyarakat

Masyarakat dapat digolongkan menjadi:

1. Masyarakat Tradisional

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

2. Masyarakat Modern

Masyarakat modern adalah masyarakat yang sebagian besar warganya mempunyai orientasi nilai budaya yang terarah ke kehidupan dalam peradaban dunia masa kini. Perubahan – perubahan itu terjadi sebagai akibat masuknya pengaruh kebudayaan dari luar yang membawa kemajuan terutama dalam bidang ilmu pengetahuan dan teknologi. Kemajuan dibidang ilmu pengetahuan dan teknologi seimbang dengan kemajuan dibidang lainnya seperti ekonomi, politik, hukum, dan sebagainya. Bagi Negara – Negara sedang berkembang seperti halnya Indonesia. Pada umumnya masyarakat modern ini disebut juga masyarakat perkotaan atau masyarakat kota.

3. Masyarakat Transisi

Masyarakat transisi ini ialah masyarakat yang mengalami perubahan dari suatu masyarakat ke masyarakat lainnya. Misalnya masyarakat pedesaan yang mengalami transisi ke arah kebiasaan kota, yaitu pergeseran tenaga kerja dari pertanian, dan mulai masuk ke sektor industri. Ciri – ciri masyarakat transisi adalah adanya pergeseran dalam bidang pekerjaan, adanya pergeseran pada tingkat pendidikan, mengalami perubahan ke arah kemajuan, masyarakat sudah mulai terbuka dengan perubahan dan kemajuan zaman, tingkat mobilitas masyarakat tinggi dan biasanya terjadi pada masyarakat yang sudah memiliki akses ke kota misalnya jalan raya.

2.2.4.4 Unsur Masyarakat

1. Golongan Sosial

1. Timbulnya Golongan Sosial

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

2. Pengertian Golongan Sosial

Pitirim A. Sorokin menggunakan istilah pelapisan sosial yaitu perbedaan penduduk atau masyarakat kedalam kelas – kelas secara bertingkat/ hierarkis. Perwujudannya dikenal dengan adanya kelas sosial tinggi (upper class) contohnya : pejabat, penguasa, dan pengusaha; kelas sosial menengah (middle

class) contohnya: dosen, pegawai negeri, pengusaha kecil dan menengah ; kelas sosial rendah (lower class) contohnya : buruh, petani, dan pedagang kecil.

3. Dasar – Dasar Pembentukan Golongan Sosial

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

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

Beberapa karakter golongan sosial/pelapisan sosial yang terjadi didalam suatu masyarakat adalah :

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

5. Pembagian Golongan dalam Masyarakat

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

- 1) Sistem Golongan sosial dalam Masyarakat Pertanian (Agraris), didasarkan pada hak dan pola kepemilikan tanah, terbagi menjadi:

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

6. Sifat Sistem Penggolongan Sosial

Klasifikasi dari sifat system penggolongan sosial, meliputi :

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

7. Fungsi Golongan Sosial

Golongan sosial memiliki fungsi – fungsi berikut ini :

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

2.2.5. Partisipasi Masyarakat

2.2.5.1 Pengertian Partisipasi Masyarakat

Menurut Notoatmodjo, partisipasi masyarakat adalah ikut sertanya seluruh anggota masyarakat dalam memecahkan permasalahan -permasalahan masyarakat tersebut. Partisipasi masyarakat dibidang kesehatan berarti keikutsertaan masyarakat anggota masyarakat dan memecahkan masalah kesehatan mereka sendiri (21).

Di dalam hal ini, masyarakat sendirilah yang akan memiliki bahwa setiap anggota masyarakat dituntut suatu kontribusi atau sumbangan. Kontribusi tersebut bukan hanya terbatas pada dana financial saja, tetapi dapat berbentuk dana (tenaga) dan ide (pemikiran). Dalam hal ini dapat diwujudkan di dalam 4 M, yakni *manpower* (tenaga), *money* (uang), *material* (benda – benda lain seperti kayu, bambu, beras, batu, dan sebagainya), dan *mind* (ide atau gagasan) (21).

Partisipasi masyarakat didefinisikan sebagai bentuk keterlibatan dan keikutsertaan masyarakat secara aktif dan sukarela, baik karena alasan – alasan dari dalam dirinya (instrinsik) maupun dari luar dirinya (ekstrinsik) dalam keseluruhan proses kegiatan yang bersangkutan. Partisipasi masyarakat memiliki hubungan yang erat antara individu satu dengan individu lain atau sebaliknya, terdapat hubungan yang bersifat timbal balik dan saling mempengaruhi.

Hubungan tersebut terdapat diantara individu dengan individu, individu dengan kelompok atau kelompok dengan kelompok. Pada umumnya, dapat dikatakan bahwa tanpa partisipasi masyarakat maka kegiatan pembangunan akan kurang berhasil. Berdasarkan beberapa pengertian partisipasi masyarakat menurut beberapa ahli, maka dapat diambil kesimpulan bahwa partisipasi masyarakat adalah keikutsertaan masyarakat yang saling berhubungan satu dengan yang lain dan dipengaruhi oleh faktor-faktor instrinsik maupun ekstrinsik dalam keberlangsungan suatu kegiatan.

2.2.5.2 Bentuk Partisipasi Masyarakat

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

masyarakat dalam kegiatan tertentu baik secara langsung maupun tidak langsung (29).

Dengan demikian dapat dirumuskan adanya tiga dimensi partisipasi yaitu : (21).

1) keterlibatan semua unsur atau keterwakilan kelompok (*grouprepresentation*) dalam proses pengambilan keputusan. Namun, mengingat sulitnya membuat peta pengelompokan masyarakat, maka cara paling mudah pada tahap ini adalah mengajak semua anggota masyarakat untuk mengikuti tahap ini.

2) kontribusi massa sebagai pelaksana/ implementor dari keputusan yang diambil. Setelah keputusan diambil, ada tiga kemungkinan reaksi masyarakat yang muncul, yaitu : a) secara terbuka menerima keputusan dan bersedia melaksanakannya, b) secara terbuka menolaknya, dan c) tidak secara terbuka menolak, namun menunggu perkembangan yang terjadi.

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

Partisipasi dapat terwujud apabila syarat - syarat berikut terpenuhi :

- 1) Adanya rasa saling percaya antar anggota dalam masyarakat, maupun antara anggota masyarakat, dan pihak petugas (pemerintah, pihak luar non pemerintah). Ketidakpercayaan dan saling curiga dapat merusak semangat untuk berpartisipasi yang mulai tumbuh. Rasa saling percaya diciptakan melalui suatu niat untuk melakukan sesuatu demi kesejahteraan masyarakat.
- 2) Adanya ajakan dan kesempatan bagi anggota masyarakat untuk berperan serta dalam kegiatan atau program.

- 3) Adanya manfaat yang dapat dan segera dapat dirasakan oleh masyarakat.
- 4) Adanya contoh dan keteladanan dari para tokoh dan pemimpin masyarakat, terutama masyarakat yang bercorak paternalistic.

2.2.5.3 Tingkat Partisipasi Masyarakat

Tingkat partisipasi untuk setiap anggota masyarakat berlainan satu sama lain sesuai dengan kemampuan masing-masing, dan yang lebih penting adalah dorongan untuk berpartisipasi, yaitu berdasarkan atau motivasi, cita-cita, dan kebutuhan individu yang kemudian diwujudkan secara bersama-sama. Partisipasi masyarakat dalam pelaksanaannya terdapat tingkatan - tingkatan sebagai berikut :

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

Untuk mengukur tingkat partisipasi masyarakat juga dapat dilakukan dengan mengukur tingkat partisipasi individu atau keterlibatan individu dalam kegiatan bersama yang dapat diukur dengan skala yang dikemukakan Chapin.

Menurut Chapin (1939) dalam Notoatmodjo, partisipasi dapat diukur dari yang terendah dan tertinggi, yaitu : (21).

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

Berdasarkan skala partisipasi individu tersebut maka dapat disimpulkan skala untuk mengukur partisipasi masyarakat yaitu : (29).

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

2.2.5.4 Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Partisipasi Masyarakat

Terdapat faktor - faktor yang mempengaruhi partisipasi masyarakat dalam pembangunan kesehatan. Faktor- faktor tersebut dapat dikelompokkan dalam dua kategori yakni faktor internal dan eksternal. Faktor internal merupakan faktor dari komunitas yang berpengaruh dalam program partisipasi masyarakat. Sedangkan faktor eksternal adalah faktor yang berasal dari luar komunitas, dan ini akan meliputi dua aspek, menyangkut system sosial politik dimana komunitas tersebut berada (21).

1. Faktor Internal

Faktor internal berasal dari dalam kelompok masyarakat itu sendiri, yaitu individu - individu dan kesatuan kelompok didalamnya. Tingkah laku individu berhubungan erat atau ditentukan oleh ciri-ciri sosiologis seperti umur, jenis kelamin, pengetahuan, pekerjaan dan penghasilan (Slamet, 1994:97). Secara teoritis, terdapat hubungan antara ciri-ciri individu dengan tingkat partisipasi, seperti pengetahuan, tingkat pendidikan, jenis pekerjaan, lamanya menjadi anggota masyarakat, besarnya pendapatan, keterlibatan dalam kegiatan pembangunan akan sangat berpengaruh terhadap partisipasi (21).

Menurut Plumer, beberapa faktor yang mempengaruhi masyarakat untuk mengikuti proses partisipasi adalah : (21).

1. Pengetahuan dan keahlian

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

2. Pekerjaan Masyarakat

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

3. Tingkat Pendidikan dan Buta Huruf

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

4. Jenis Kelamin

Sudah sangat diketahui bahwa sebagian masyarakat masih menganggap faktor inilah yang dapat mempengaruhi keinginan dan kemampuan masyarakat untuk berpartisipasi beranggapan bahwa laki-laki dan perempuan akan mempunyai persepsi dan pandangan berbeda terhadap suatu pokok permasalahan kepercayaan terhadap budaya tertentu.

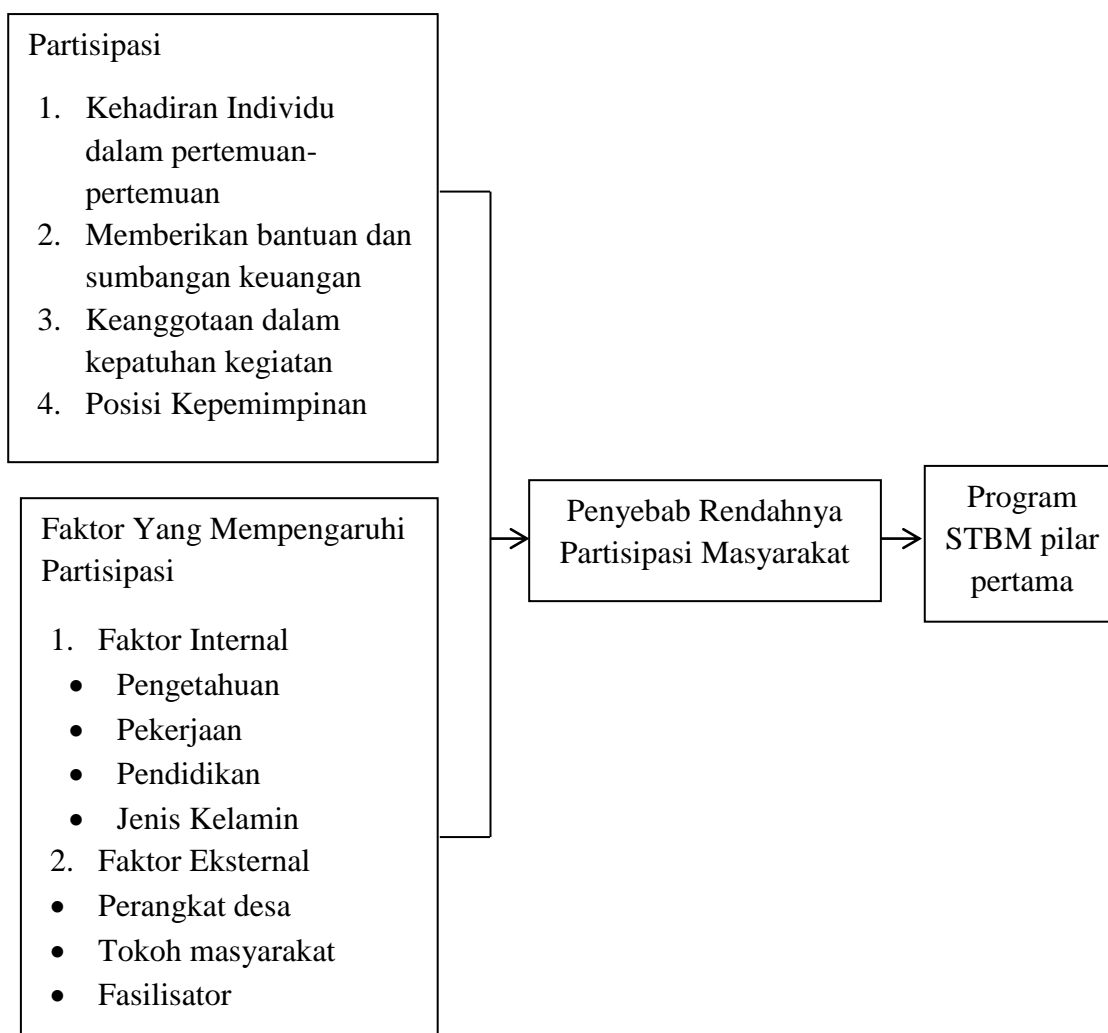
Masyarakat dengan tingkat heterogenitas yang tinggi, terutama dari segi agama dan budaya akan menentukan strategi partisipasi yang digunakan serta metodologi yang digunakan. Seringkali kepercayaan yang dianut dapat bertentangan dengan konsep-konsep yang ada. Menurut G.M. Foster dalam Notoatmodjo, aspek budaya yang dapat mempengaruhi perilaku kesehatan seseorang antara lain adalah : 1) tradisi dalam masyarakat, 2) sikap fasilitatis, 3) nilai, 4) etnosentris) unsur budaya yang dipelajari pada tingkat awal dalam proses sosialisasi (21).

2. Faktor Eksternal

Faktor - faktor eksternal berasal dari *stakeholder*, yaitu semua pihak yang berkepentingan dan mempunyai pengaruh terhadap program ini. Diantaranya adalah pemerintah daerah, perangkat desa, tokoh masyarakat, dan fasilitator program.

2.3 Landasan Teori

Landasan teori dalam penelitian ini merujuk pada teori notoatmodjo dan permenkes No. 3 tahun 2014 yaitu Stop BABS, Cuci Tangan Pakai Sabun, Pengelolaan Air Minum Rumah Tangga dan Makanan Sehat, Pengelolaan Sampah Rumah Tangga dan Pengelolaan Air Limbah Rumah Tangga. Landasan teori ini dituangkan ke dalam kerangka teori seperti bagan berikut:

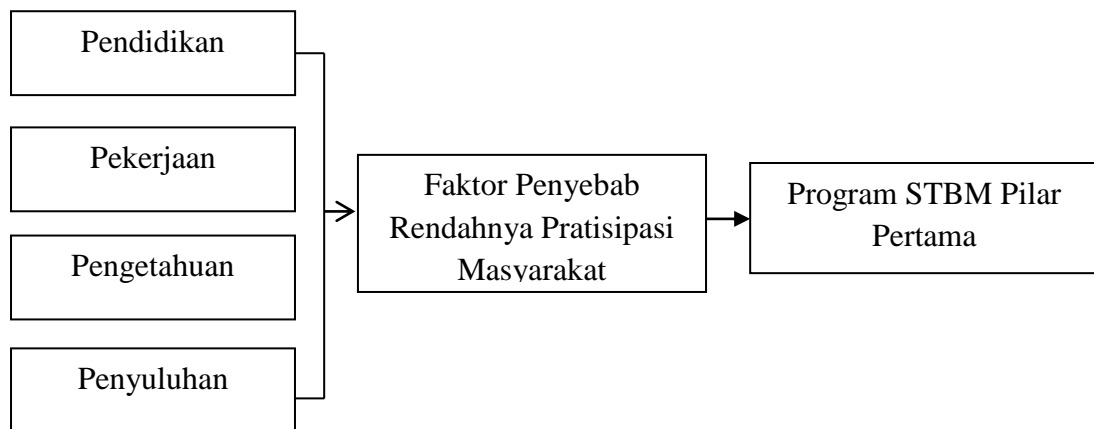


Gambar 2.1 Kerangka Teori

Sumber : Notoatmodjo (21) , Permenkes No. 3 Tahun 2014 (4)

2.4 Kerangka Konsep

Dalam penelitian ini partisipasi masyarakat terhadap pelaksanaan program sanitasi total berbasis masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Simeulue Timur dapat digambarkan sebagai berikut :



Gambar 2.2 Kerangka Konsep Penelitian

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

3.1. Desain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah deskriptif kualitatif yaitu metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama untuk membuat gambaran atau deskripsi tentang suatu keadaan secara objektif, dengan metode wawancara semi terstruktur yaitu jenis wawancara yang sudah termasuk dalam kategori *indepth interview* yang direkam menggunakan *tape recorder* dimana dalam pelaksanaannya lebih bebas bila dibandingkan dengan wawancara terstruktur.

Desain penelitian deskriptif kualitatif dalam penelitian ini dilakukan dengan pendekatan studi kasus (*case study*) dengan tujuan untuk mengetahui bagaimana partisipasi masyarakat dalam perbaikan sanitasi lingkungan dan bagaimana implementasi pelaksanaan sanitasi lingkungan oleh masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Simeulue Timur (30).

3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

3.2.1. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di wilayah Kerja Puskesmas Simeulue Timur.

3.2.2 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada bulan Februari 2018 sampai dengan September 2018.

3.3. Subyek dan Informan Penelitian

3.3.1 Subyek Penelitian

Penentuan subyek dalam penelitian ini menggunakan teknik studi kasus yaitu didasarkan pada suatu pertimbangan tertentu yang dibuat oleh peneliti sendiri, berdasarkan ciri atau sifat populasi yang sudah diketahui sebelumnya. (31). Subyek dipilih berdasarkan kasus yang diteliti yaitu pelaksanaan program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat di Wilayah Kerja Puskesmas Simeulue Timur dengan indikator : 1) Perubahan perilaku masyarakat dalam buang air besar diluar jamban: 2) banyaknya masyarakat yang telah memiliki jamban, banyaknya masyarakat yang memanfaatkan jamban; 3) pendidikan masyarakat tentang pentingnya buang air besar pada tempatnya.

3.2.2 Informan Penelitian

Informal penelitian sumber data kualitatif yang utama disamping data data lain yang diperoleh dari hasil studi pustaka, sehingga informan merupakan salah satu sumber data yang penting dalam penelitian ini. Penentuan sumber data pada orang yang diwawancarai dilakukan secara *purposive*, yaitu dipilih dengan pertimbangan dan tujuan tertentu. (31) maksud teknik pengambilan sumber data dari beberapa orang yang dianggap mempunyai informasi yang relevan dengan fokus penelitian.

Peneliti menyimpulkan, bahwa informan merupakan orang yang dimanfaatkan untuk memberikan informasi tentang data yang diinginkan oleh peneliti. Pemilihan sampel sebagai informan pada penelitian ini berdasarkan prinsip kesesuaian (*appropriateness*). Kesesuaian adalah sampel dipilih

berdasarkan pengetahuan yang dimiliki yang berkaitan dengan topik penelitian. Berdasarkan prinsip tersebut diatas, maka yang dipilih menjadi informan yang terlibat langsung maupun tidak langsung dalam pelaksanaan sebanyak 7 orang yaitu : 1 (satu) orang fasilitator; 1 (satu) orang Tim STBM, 4 (empat) orang anggota masyarakat yang terlibat berpartisipasi dalam perbaikan sanitasi lingkungan serta 1(satu) orang Kepala Desa. Dari 4 orang anggota masyarakat yang dipilih berdasarkan kriteria :

1. Kriteria Inklusi

- a. Anggota masyarakat yang bertempat tinggal di wilayah kerja Puskesmas Sileulue Timur
- b. Berusia lebih dari 30 tahun
- c. Aktif dalam kegiatan pelaksanaan program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat
- d. Bersedia menjadi informan.

2. Kriteria Eksklusi

- a. Anggota masyarakat yang bertempat tinggal bukan di wilayah kerja Puskesmas Sileulue Timur.
- b. Berusia kurang dari 30 tahun
- c. Tidak aktif dalam kegiatan pelaksanaan program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat
- d. Tidak bersedia menjadi informan.

Data primer didapatkan dari hasil wawancara mendalam kepada fasilitator, Kepala Desa, anggota STBM dan anggota masyarakat. Wawancara mendalam

dilakukan dengan menggunakan daftar pertanyaan pada panduan wawancara mendalam hasilnya dicatat atau direkam dengan menggunakan *recording handphone*. Analisis komponen hasil penelitian dengan pendekatan analisis isi (*content analysis*) yaitu membandingkan hasil penelitian dengan teori teori yang ada dikepustakaan.

3.4 Metode Pengumpulan Data

3.4.1 Jenis Data

Jenis data pada penelitian ini adalah :

- 1) Data primer dalam penelitian ini didapat dari jawaban subyek melalui wawancara mendalam maupun dengan observasi.
- 2) Data Sekunder dalam penelitian ini diperoleh dari data Puskesmas Simeulue Timur.
- 3) Data Tertier dalam penelitian ini adalah data yang didapat dari studi kepustakaan, jurnal, dan *text book*.

3.4.2 Teknik Pengumpulan Data

- 1) *In – depth Interview*

Wawancara serta mendalam terhadap informan mengenai Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat di Wilayah Kerja Puskesmas Simeulue Timur.

- 3) Observasi untuk melihat keadaan pelaksanaan Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat di Wilayah Kerja Puskesmas Simeulue Timur.

3. Metode Analisi Data

Analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan deskriptif kualitatif. Analisis data kualitatif menurut bogdan dan Bilken dalam Moleong (2014) merupakan upaya yang dilakukan dengan jalan bekerja dengan data, memilah-milahnya menjadi satuan yang dapat dikelola, mensistesisikannya, mencari dan menentukan pola, menemukan apa yang penting dan apa yang dipelajari, dan memutuskan apa yang dapat diceritakan kepada orang lain (32).

Pada penelitian ini data yang diperoleh dilapangan dianalisis menggunakan model Miles dan Huberman. Pada model analisis data ini meliputi pengolahan data dengan tahapan *data reduction*, *data display*, dan *conclusion or verification*.

1) *Data Reduction*

Merduksi data berarti merangkum, memilih hal – hal yang pokok, memfokuskan pada hal – hal yang penting, mencari tema dan pola sehingga akan memberikan gambaran jelas, dan mempermudah peneliti untuk melakukan pengumpulan data selanjutnya, dan mencarinya bila diperlukan.

2) *Data Display* (Penyajian data)

Penyajian data akan mempermudah untuk memahami apa yang terjadi, merencanakan kerja selanjutnya berdasarkan apa yang telah dipahami. Dalam kualitatif, penyajian data dapat dilakukan dalam bentuk uraian singkat, bagan, dan hubungan antar kategori.

3) *Conclusion or verification* (Kesimpulan atau verifikasi data)

Kesimpulan dalam penelitian kualitatif merupakan temuan baru yang sebelumnya belum pernah ada. Temuan dapat berupa deskripsi atau gambaran suatu objek yang sebelumnya masih remang - remang atau gelap sehingga setelah diteliti menjadi jelas, dan dapat berhubungan kausal atau interaktif, hipotesis atau teori. Kesimpulan awal masih bersifat sementara dan akan berubah bila tidak ditemukan bukti- bukti yang kuat yang mendukung pada tahap pengumpulan data berikutnya. Tetapi apabila kesimpulan yang dikemukakan pada tahap awal didukung oleh bukti- bukti valid dan konsisten maka kesimpulan yang dikemukakan merupakan kesimpulan yang kredibel. Ketiga komponen tersebut saling interaktif yaitu saling mempengaruhi dan saling terkait satu sama lain. Pertama - tama peneliti melakukan penelitian lapangan dengan mengadakan observasi yang disebut dengan tahap pengumpulan data. Karena data yang terkumpul banyak maka perlu dilakukan tahap reduksi data untuk merangkum, memilih hal pokok, memfokuskan pada hal yang penting, mencari tema, dan polanya. Setelah direduksi kemudian diadakan penyajian data dengan teks yang bersifat naratif. Apabila kedua tahap tersebut telah selesai dilakukan, maka diambil suatu keputusan atau verifikasi.

3. Teknik Keabsahan Data

Teknik keabsahan data dalam penelitian ini menggunakan Triangulasi, yaitu teknik pemeriksaan keabsahan data yang dimanfaatkan sesuatu yang lain diluar data itu untuk keperluan pengecekan atau sebagai pembanding terhadap data itu.

Denzin dalam Lexy J. Moleong, membedakan empat macam triangulasi sebagai teknik pemeriksaan yang memanfaatkan penggunaan sumber, metode, penyidik dan teori (32).

Dalam penelitian ini peneliti menggunakan teknik pemeriksaan keabsahan data triangulasi dengan sumber dan triangulasi dengan metode. Menurut Patton dalam Lexy J. Moleong, triangulasi dengan sumber “ berarti membandingkan dan mengecek balik derajat kepercayaan suatu informasi yang diperoleh melalui waktu dan alat yang berbeda dalam penelitian kualitatif”. Sedangkan triangulasi dengan metode menurut Patton dalam Lexy J. Moleong, terdapat dua strategi, yaitu :

- 1) Pengecekan derajat kepercayaan penemuan hasil penelitian beberapa teknik pengumpulan data
- 2) Pengecekan derajat kepercayaan beberapa sumber data dengan metode yang sama (32).

Dengan teknik triangulasi dengan sumber, peneliti membandingkan hasil wawancara yang diperoleh dari masing – masing sumber atau informasi penelitian sebagai pembanding untuk mengecek kebenaran informasi yang didapatkan. Selain itu peneliti juga melakukan pengecekan derajat kepercayaan melalui teknik triangulasi dengan metode, yaitu dengan melakukan pengecekan hasil penelitian dengan teknik pengumpulan data yang berbeda yakni wawancara, observasi, dan dokumentasi sehingga derajat kepercayaan data dapat valid (32).