

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Partisipasi

1. Pengertian Partisipasi

Menurut Made Pidarta dalam (Dwinigrum, 2009: 50), partisipasi adalah keterlibatan seseorang atau beberapa orang dalam suatu kegiatan. Keterlibatan dapat berupa keterlibatan mental dan emosi serta fisik dalam menggunakan segala kemampuan yang dimilikinya (berinisiatif) dalam segala kegiatan yang dilaksanakan serta mendukung pencapaian tujuan dan tanggungjawab atas segala keterlibatan.

Partisipasi merupakan keterlibatan mental dan emosi dari seseorang di dalam situasi kelompok yang mendorong mereka untuk menyokong kepada pencapaian tujuan kelompok tersebut dan ikut bertanggungjawab terhadap kelompoknya. Pendapat lain menjelaskan bahwa partisipasi merupakan penyertaan pikiran dan emosi dari pekerjapekerja kedalam situasi kelompok yang bersangkutan dan ikut bertanggungjawab atas kelompok itu. Deepa Naryan dalam (Dwiningrum, 2009: 50) menyatakan bahwa Partisipasi juga memiliki pengertian suatu proses yang wajar di mana masyarakat termasuk yang kurang beruntung (penghasilan, gender, suku, pendidikan) mempengaruhi atau mengendalikan pengambilan keputusan yang langsung menyangkut hidup mereka.

Partisipasi menurut Huneryear Heoman dalam (Dwiningrum, 2009: 51) adalah sebagai keterlibatan mental dan emosional dalam situasi

kelompok yang mendorongnya memberi sumbangan terhadap tujuan kelompok serta membagi tanggungjawab bersama mereka. Partisipasi masyarakat menurut Isbandi (2007: 27) adalah keikutsertaan masyarakat dalam proses pengidentifikasian masalah dan potensi yang ada di masyarakat, pemilihan dan pengambilan keputusan tentang alternatif solusi untuk menangani masalah, pelaksanaan upaya mengatasi masalah, dan keterlibatan masyarakat dalam proses mengevaluasi perubahan yang terjadi.

Menurut Notoatmodjo (2007), partisipasi masyarakat adalah ikut sertanya seluruh anggota masyarakat dalam memecahkan permasalahan permasalahan masyarakat tersebut. Partisipasi masyarakat dibidang kesehatan berarti keikutsertaan seluruh anggota masyarakat dan memecahkan masalah kesehatan mereka sendiri. Di dalam hal ini, masyarakat sendirilah yang akan memikirkan, merencanakan, melaksanakan, dan mengevaluasikan program-program kesehatannya. Institusi kesehatan hanya sekedar memotivasi dan membimbingnya.

Di dalam partisipasi, Notoatmodjo (2007) menyebutkan bahwa setiap anggota masyarakat dituntut suatu kontribusi atau sumbangan. Kontribusi tersebut bukan hanya terbatas pada dana dan finansial saja, tetapi dapat berbentuk daya (tenaga) dan ide (pemikiran). Dalam hal ini dapat diwujudkan di dalam 4 M, yakni *manpower* (tenaga), *money* (uang), *material* (benda-benda lain seperti kayu, bambu, beras, batu, dan sebagainya) dan *mind* (ide tau gagasan).

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

Dari beberapa pakar yang mengungkapkan definisi partisipasi di atas, dapat dibuat kesimpulan bahwa partisipasi adalah keterlibatan aktif dari seseorang, atau sekelompok orang (masyarakat) secara sadar untuk berkontribusi secara sukarela dalam program pembangunan dan terlibat mulai dari perencanaan, pelaksanaan, monitoring sampai pada tahap evaluasi.

Apa yang ingin dicapai dengan adanya partisipasi adalah meningkatnya kemampuan (pemberdayaan) setiap orang yang terlibat baik langsung maupun tidak langsung dalam sebuah program pembangunan dengan cara melibatkan mereka dalam pengambilan keputusan dan kegiatan-kegiatan selanjutnya dan untuk jangka yang lebih panjang.

2. Manfaat Partisipasi

Menurut Pariatra Westra dalam Astuti, (2008) manfaat partisipasi adalah :

- a) Lebih mengemukakan diperolehnya keputusan yang benar.
- b) Dapat digunakan kemampuan berpikir kreatif dari para anggotanya.
- c) Dapat mengendalikan nilai-nilai martabat manusia, motivasi serta membangun kepentingan bersama.
- d) Lebih mendorong orang untuk bertanggung jawab.
- e) Lebih memungkinkan untuk mengikuti perubahan.

Pendapat lain dikemukakan oleh Burt K. Schalan dan Roger dalam Astuti, (2008) bahwa manfaat dari partisipasi adalah :

- a) Lebih banyak komunikasi dua arah.
- b) Lebih banyak bawahan mempengaruhi keputusan.
- c) Manajer dan partisipasi kurang bersikap agresif.
- d) Potensi untuk memberikan sumbangan yang berarti dan positif, diakui dalam derajat lebih tinggi.

Dari pendapat-pendapat di atas tentang manfaat partisipasi, dapat disimpulkan bahwa partisipasi akan memberikan manfaat yang penting bagi keberhasilan organisasi yaitu :

- a) Lebih memungkinkan diperolehnya keputusan yang benar karena banyaknya sumbangan yang berarti dan positif.
- b) Mengedepankan komunikasi dua arah sehingga baik bawahan maupun atasan memiliki kesempatan yang sama dalam mengajukan pemikiran.

- c) Mendorong kemampuan berpikir kreatif demi kepentingan bersama.
- d) Melatih untuk bertanggung jawab serta mendorong untuk membangun kepentingan bersama.
- e) Memungkinkan untuk mengikuti setiap perubahan yang terjadi.

3. Prinsip – prinsip partisipasi

Adapun prinsip-prinsip partisipasi tersebut, sebagaimana tertuang dalam Panduan Pelaksanaan Pendekatan Partisipatif yang disusun oleh *Department for International Development (DFID)* (Sumampouw, 2004) adalah:

- a) Cakupan. Semua orang atau wakil-wakil dari semua kelompok yang terkena dampak dari hasil-hasil suatu keputusan atau proses proyek pembangunan.
- b) Kesetaraan dan kemitraan (*Equal Partnership*). Pada dasarnya setiap orang mempunyai keterampilan, kemampuan dan prakarsa serta mempunyai hak untuk menggunakan prakarsa tersebut dalam setiap proses guna membangun dialog tanpa memperhitungkan jenjang dan struktur masing-masing pihak.
- c) Transparansi. Semua pihak harus dapat menumbuhkembangkan komunikasi dan iklim berkomunikasi terbuka dan kondusif sehingga menimbulkan dialog.
- d) Kesetaraan kewenangan (*Sharing Power/Equal Powership*). Berbagai pihak yang terlibat harus dapat menyeimbangkan distribusi kewenangan dan kekuasaan untuk menghindari terjadinya dominasi.

- e) Kesetaraan Tanggung Jawab (*Sharing Responsibility*). Berbagai pihak mempunyai tanggung jawab yang jelas dalam setiap proses karena adanya kesetaraan kewenangan (*Sharing power*) dan keterlibatannya dalam proses pengambilan keputusan dan langkah-langkah selanjutnya.
- f) Pemberdayaan (*Empowerment*). Keterlibatan berbagai pihak tidak lepas dari segala kekuatan dan kelemahan yang dimiliki setiap pihak, sehingga melalui keterlibatan aktif dalam setiap proses kegiatan, terjadi suatu proses saling belajar dan saling memberdayakan satu sama lain.
- g) Kerjasama. Diperlukan adanya kerja sama berbagai pihak yang terlibat untuk saling berbagi kelebihan guna mengurangi berbagai kelemahan yang ada, khususnya yang berkaitan dengan kemampuan sumber daya manusia.

4. Elemen – Elemen Partisipasi

a) Motivasi

Motivasi adalah persyaratan masyarakat untuk berpartisipasi, Masyarakat akan sulit untuk berpartisipasi di semua program tanpa adanya motivasi. Timbulnya motivasi harus dari masyarakat itu sendiri dan pihak luar hanya memberikan dukungan dan motivasi saja. Maka dari itu pendidikan kesehatan sangat dibutuhkan untuk meningkatkan tumbuhnya motivasi masyarakat. (Notoatmodjo, 2007).

b) Komunikasi

Komunikasi merupakan suatu proses penyampaian dan penerimaan pesan yang dapat menyampaikan ide dan penerimaan informasi kepada masyarakat. Media masa seperti TV, radio, film, poster, dan sebagainya. Sebagian dari informasi tersebut sangat efektif untuk menyampaikan pesan yang nantinya dapat menimbulkan suatu partisipasi. (Notoatmodjo, 2007). Menurut Nasir, (2009) menyebutkan bahwa komunikasi merupakan penyampaian informasi dalam sebuah interaksi tatap muka yang berisi ide, perhatian, perasaan, makna serta pikiran yang diberikan kepada penerima pesan dengan harapan penerima pesan menggunakan informasi tersebut untuk mengubah sikap dan perilaku.

Komunikasi kesehatan adalah usaha yang sistematis untuk mempengaruhi secara positif perilaku kesehatan masyarakat, dengan menggunakan berbagai prinsip dan metode komunikasi, baik menggunakan komunikasi interpersonal, maupun komunikasi massa. Tujuan utama komunikasi kesehatan adalah perubahan perilaku kesehatan masyarakat yang akan berpengaruh kepada meningkatnya derajat kesehatan masyarakat. Bentuk komunikasi yang sering dipergunakan dalam program-program kesehatan masyarakat adalah sebagai berikut : *Komunikasi antar pribadi* yaitu komunikasi langsung, tatap muka antara satu orang dengan orang lain baik perorangan maupun kelompok. Komunikator langsung bertatap muka

dengan komunikasi, baik secara individual ataupun kelompok. Di dalam pelayanan kesehatan atau komunikasi antarpribadi ini terjadi antara petugas kesehatan *health provider* dengan *clients*, atau kelompok masyarakat atau anggota masyarakat. Komunikasi antarpribadi merupakan pelengkap komunikasi massa. Artinya pesan-pesan kesehatan yang telah disampaikan lewat media massa dapat ditindaklanjuti dengan melakukan komunikasi antarpribadi, misalnya: penyuluhan kelompok dan konseling kesehatan. konseling (*counselling*) adalah metode komunikasi antarpribadi yang paling baik, karena di dalam cara ini terjadi dialog antara komunikator atau konselor dengan komunikasi atau klien. Karena tidak ada pihak ketiga yang hadir, klien lebih terbuka menyampaikan masalah dan keinginannya. (Notoatmodjo, 2007).

c) Koordinasi

Koordinasi adalah Kerjasama dengan instansi-instansi di luar kesehatan masyarakat dan instansi kesehatan sendiri adalah mutlak diperlukan. Terjelmanya *team work* antara mereka ini akan membantu menumbuhkan partisipasi. Suatu usaha kerjasama antara badan, instansi, unit dalam pelaksanaan tugas-tugas tertentu, sehingga terdapat saling mengisi, saling membantu dan saling melengkapi. Koordinasi juga merupakan suatu usaha yang sinkron / teratur untuk menyediakan jumlah dan waktu yang tepat dan mengarahkan

pelaksanaan untuk menghasilkan suatu tindakan yang seragam dan harmonis pada sasaran yang telah ditentukan (Nasir, 2009).

Syarat-syarat koordinasi yaitu *Sense of Cooperation* yaitu perasaan untuk saling bekerja sama, dilihat perbagian. *Rivalry* yaitu dalam perusahaan besar sering diadakan persaingan antar bagian, agar saling berlomba untuk kemajuan. *Team Spirit* yaitu satu sama lain perbagian harus saling menghargai. *Esprit de Corps* yaitu bagian yang saling menghargai akan makin bersemangat. Cara mengadakan koordinasi yaitu antara lain: memberikan keterangan langsung dan secara bersahabat, keterangan mengenai pekerjaan saja tidak cukup, karena tindakan yang tepat harus diambil untuk menciptakan, menghasilkan koordinasi yang diharapkan. Mensosialisasikan tujuan kepada para anggota, agar tujuan tersebut berjalan secara bersama, tidak sendiri-sendiri. Mendorong anggota untuk bertukar pikiran, mengemukakan ide dan lain-lain. Dan mendorong anggota untuk berpartisipasi dalam tingkat perumusan dan penciptaan sasaran.

d) Mobilisasi

Mobilisasi merupakan partisipasi yang bukan hanya terbatas pada tahap pelaksanaan program. Partisipasi masyarakat dapat dimulai seawal mungkin sampai seakhir mungkin, dari identifikasi masalah, menentukan prioritas, perencanaan, program, pelaksanaan sampai dengan monitoring dan program. Juga hanya terbatas pada bidang kesehatan saja, melainkan bersifat multidisiplin. (Notoatmodjo, 2007).

5. Faktor – faktor yang mempengaruhi partisipasi

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

a) Faktor Internal

Faktor internal berasal dari dalam kelompok masyarakat sendiri, yaitu individu-individu dan kesatuan kelompok didalamnya. Tingkah laku individu berhubungan erat atau ditentukan oleh ciri-ciri sosiologis seperti umur, jenis kelamin, pengetahuan, pekerjaan dan penghasilan, Slamet *dalam* (Surotinojo,2009). Secara teoritis, terdapat hubungan antara ciri-ciri individu dengan tingkat partisipasi, seperti usia, tingkat pendidikan, jenis pekerjaan, lamanya menjadi anggota masyarakat, besarnya pendapatan, keterlibatan dalam kegiatan pembangunan akan sangat berpengaruh terhadap partisipasi, Slamet *dalam* (Surotinojo,2009).

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

1) Pengetahuan dan keahlian

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

2) Pekerjaan masyarakat

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

3) Tingkat pendidikan dan buta huruf

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

4) Jenis kelamin

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

5) Kepercayaan terhadap budaya tertentu

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

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

1) Faktor Eksternal

Menurut Sunarti *dalam* (Surotinojo,2009) 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.

6. Tingkat Partisipasi Masyarakat STBM

Masyarakat sasaran dalam Sanitasi Total Berbasis Masyarakat tidak dipaksa untuk menerapkan program tersebut, akan tetapi program ini berupaya meningkatkan partisipasi masyarakat dalam kegiatannya. Tingkat partisipasi sangat berbeda, dimulai tingkat partisipasi yang terendah sampai tertinggi (Kemenkes, 2014) :

1) Masyarakat hanya menerima informasi

Keterlibatan masyarakat hanya sampai diberi informasi (misalnya melalui pengumuman) dan bagaimana informasi itu diberikan ditentukan oleh si pemberi informasi (pihak tertentu).

2) Masyarakat mulai diajak untuk berunding.

Pada level ini sudah ada komunikasi 2 arah, dimana masyarakat mulai diajak untuk diskusi atau berunding. Dalam tahap ini meskipun sudah dilibatkan dalam suatu perundingan, pembuat keputusan adalah orang luar atau orang-orang tertentu.

3) Membuat keputusan secara bersama-sama antara masyarakat dan pihak luar.

Pada tahap ini masyarakat telah diajak untuk membuat keputusan secara bersama-sama untuk kegiatan yang dilaksanakan.

4) Masyarakat mulai mendapatkan wewenang atas kontrol sumber daya dan keputusan.

Pada tahap ini masyarakat tidak hanya membuat keputusan, akan tetapi telah ikut dalam kegiatan kontrol pelaksanaan program.

Dari keempat tingkatan partisipasi tersebut, yang diperlukan dalam Sanitasi Total Berbasis Masyarakat adalah tingkat partisipasi tertinggi dimana masyarakat tidak hanya diberi informasi, tidak hanya diajak berunding tetapi sudah terlibat dalam proses pembuatan keputusan dan bahkan sudah mendapatkan wewenang atas kontrol sumber daya masyarakat itu sendiri serta terhadap keputusan yang mereka buat. Dalam prinsip Sanitasi Total Berbasis Masyarakat telah disebutkan bahwa keputusan bersama dan *action* bersama dari masyarakat itu sendiri merupakan kunci utama (Kemenkes, 2014).

B. STBM

1. Pengertian STBM

Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) adalah pendekatan, strategi dan program untuk merubah perilaku higiene dan sanitasi melalui pemberdayaan masyarakat dengan metode pemicuan. Perilaku higiene dan sanitasi yang dimaksud antara lain tidak buang air besar sembarangan, mencuci tangan pakai sabun, mengelola air minum dan makanan yang aman, mengelola sampah dengan benar dan mengelola limbah cair rumah tangga dengan aman. Perilaku tersebut merupakan rangkaian kegiatan sanitasi total. Selanjutnya rangkaian perilaku tersebut disebut sebagai pilar STBM. Kelima pilar tersebut merupakan satu kesatuan kegiatan namun perlu diprioritaskan pilar mana yang paling mendesak. Prioritas berdasarkan kriteria: luasnya akibat (dampak) yang ditimbulkan oleh perilaku itu, kemampuan masyarakat untuk menanggulangi, keterdesakan untuk ditanggulangi, keterdesakan, akibat yang akan timbul apabila persoalan tidak segera ditanggulangi (Ditjen PP dan PL, 2014).

STBM dilaksanakan melalui pemberdayaan masyarakat dimana masyarakat sadar, mau dan mampu untuk melaksanakan sanitasi total yang timbul dari dirinya sendiri, bukan melalui paksaan. Melalui cara ini diharapkan perubahan perilaku tidak terjadi pada saat pelaksanaan program melainkan berlangsung seterusnya (Kemenkes, 2014).

Metode yang digunakan dalam STBM adalah metode pemicuan. Metode pemicuan ini dilaksanakan oleh tim fasilitator dengan cara memicu masyarakat dalam lingkup komunitas terlebih dahulu untuk

memperbaiki sarana sanitasi sehingga tercapai tujuan dalam hal memperkuat budaya perilaku hidup bersih dan sehat pada masyarakat serta mencegah penyakit berbasis lingkungan. Faktor-faktor yang harus dipicu antara lain rasa jijik, rasa malu, takut sakit, aspek agama, *privacy*, dan kemiskinan. Setelah pemicuan faktor tersebut terlaksana, dibentuklah komite dari komunitas tersebut. Komite dibentuk agar rencana aksi dari masyarakat yang terpacu dapat berjalan dengan baik. Selain itu monitoring dari tim fasilitator juga harus diterapkan. Kegiatan terus dilakukan sampai tercapai kondisi desa bebas buang air besar sembarangan (ODF/ *Open Defecation Free*) (Ditjen PP dan PL, 2014).

2. Tujuan STBM

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

- a) Memfasilitasi masyarakat sehingga masyarakat dapat mengenali permasalahan kesehatan lingkungannya sendiri.
- b) Memfasilitasi masyarakat untuk menganalisis masalah kesehatan lingkungan mereka dengan memacu perasaan jijik, malu, takut sakit, rasa dosa, dan lain sebagainya sehingga muncul kesadaran untuk merubah perilakunya kearah perilaku hidup bersih dan sehat dengan meninggalkan kebiasaan bab di tempat terbuka.

- c) Memunculkan kemauan keras masyarakat untuk membangun jamban yang sesuai dengan keinginannya dan kemauan mereka tanpa menunggu bantuan.

Dalam program ini masyarakat dilibatkan dalam suatu aktivitas. Keadaan ini dapat memberi stimulasi, sehingga terjadi partisipasi. Partisipasi selanjutnya menimbulkan interaksi antar anggota masyarakat sehingga timbul pertanyaan pertanyaan pada dirinya sehingga timbul kesadaran tentang keadaan dirinya tersebut atau terjadi realisasi. Kesadaran atau realisasi inilah yang kemudian menimbulkan keinginan ataupun dorongan untuk berubah, yakni mengubah keadaannya yang jelek menjadi baik. Keadaan inilah yang menunjukkan motif pada diri seorang telah terbentuk. Atas dasar motif inilah akan terjadi perubahan perilaku (Slamet, 2006).

Prinsip dari program nasional STBM antara lain non-subsidi, kebersamaan, keberpihakan terhadap kelompok miskin, keberpihakan pada lingkungan, prinsip tanggap kebutuhan, kesetaraan jender, pembangunan berbasis masyarakat, dan keberlanjutan (Ditjen PP dan PL, 2014).

3. Pilar STBM

Tujuan STBM dapat tercapai dengan terpenuhinya beberapa pilar agar kondisi sanitasi total sebagai prasyarat keberhasilan STBM tercapai. Beberapa pilar tersebut antara lain (Permenkes RI, 2014):

- a) Stop Buang Air Besar Sembarangan (Stop BABS)

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

b) Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS)

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

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

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

d) Pengelolaan Sampah Rumah Tangga (PSRT)

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

e) Pengelolaan Air Limbah Rumah Tangga (PALRT) Proses pengolahan air limbah pada tingkat rumah tangga untuk menghindari terciptanya

genangan yang berpotensi menimbulkan penyakit berbasis lingkungan.

4. STBM Pilar Pertama

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

a) Tahap Prapemicuan

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 (Ditjen PP dan PL, 2014).

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

2) Identifikasi masalah, kebutuhan dan analisis situasi

Bersama masyarakat mengidentifikasi masalah yang terjadi di wilayah kerja Puskesmas Gandrungmangu II terutama tentang kejadian diare yang cukup tinggi. Tidak semua desa dapat mejadi lokasi pemicuan. Lokasi pemicuan lebih efektif apabila daerah itu penuh dengan kekumuhan, belum pernah ada pembangunan sarana sanitasi dengan pendekatan subsidi, dan pernah menjadi daerah dengan angka kejadian diare yang cukup tinggi (Ditjen PP dan PL, 2014).

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

mendefinisikan masalah sesuai dengan realita yang kita harapkan (Supriyanto dan Damayanti, 2007)

3) Penyiapan Fasilitator

Dalam rangka mensosialisasikan program dan meningkatkan partisipasi masyarakat untuk kegiatan Stop BABS, maka diperlukan tenaga fasilitator yang handal, trampil dan memahami prinsip fasilitasi yang benar. Tugas utama fasilitator adalah mempersiapkan dan melakukan 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 ini biasanya ada dua macam yaitu pelatihan bagi pelatih (*Training Of Trainers*) dan pelatihan bagi fasilitator.

Pengembangan SDM kesehatan melalui pendidikan dan pelatihan (diklat) merupakan kegiatan yang harus dilaksanakan dalam suatu departemen, instansi, atau organisasi agar pengetahuan (*knowledge*), kemampuan (*ability*), dan ketrampilan (*skill*) mereka sesuai tuntutan pekerjaan yang mereka lakukan. Tenaga yang telah menduduki suatu jabatan atau pekerjaan tertentu di instansi yang bersangkutan perlu mendapatkan pelatihan untuk

meningkatkan kemampuan dan ketrampilan. Diklat merupakan suatu bentuk investasi pada sumber daya manusia untuk mencapai tingkat produktivitas yang optimum (Adisasmito, 2008).

4) Peningkatan Kapasitas Kelembagaan

Peningkatan kapasitas kelembagaan yang dimaksud adalah proses pemahaman lebih lanjut mengenai kebijakan nasional AMPL, STBM dan pilar Stop BABS. Sasarannya adalah lembaga/institusi (Pemerintah dan Non Pemerintah) yang mempunyai kaitan langsung dengan program STBM. Untuk kegiatan peningkatan kapasitas kelembagaan ini Pemerintah Daerah melalui SKPD-nya dapat bekerja sama dengan kabupaten lain atau lembaga lain yang bertanggung jawab terhadap program AMPL dan STBM. Proses pelaksanaannya dapat menyertakan personil dari semua SKPD terkait seperti dari unsur Dinas Kesehatan, Bappeda, Pemberdayaan Masyarakat Desa (PMD) atau nama lain yang sejenis, Dinas Pekerjaan Umum, Perguruan Tinggi, LSM dan organisasi masyarakat lainnya (Ditjen PP dan PL, 2014).

Kerjasama lintas sektor diperlukan karena program-program mereka langsung bersentuhan dengan masyarakat yang notabene memiliki multimasalah, sehingga dalam penanganannya pun harus multidimensi dari berbagai

peran institusi yang sinergis. Beberapa program pembangunan akan dapat tercapai apabila ada kerjasama dengan sektor lain (Adisasmito, 2008).

b) Tahap pemicuan

Dalam pelaksanaan STBM pilar pertama terdapat tahap pemicuan yang terdiri dari 10 langkah antara lain:

1) Pengantar Pertemuan

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

- (a) *Leader fasilitator* : fasilitator utama
- (b) *Co fasilitator* : membantu fasilitator dalam berproses
- (c) *Process fasilitator* : perekam proses dan hasil
- (d) *Environment setter*: penjaga suasana diskusi

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

2) Pencairan Suasana

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

3) Identifikasi istilah-istilah yang terkait dengan sanitasi

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

4) Pemetaan Sanitasi

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

5) *Transect Walk*

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

6) Menghitung Volume Kotoran Tinja

Perhitungan kotoran adalah menghitung bersama jumlah kotoran manusia yang dihasilkan dapat membantu

mengilustrasikan betapa besarnya permasalahan sanitasi. Perhitungan dilakukan dengan satuan gram.

7) Alur Kontaminasi

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

8) Simulasi Air yang Terkontaminasi

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

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

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

10) Menyusun rencana program sanitasi

Tujuan dari tahap ini adalah memfasilitasi masyarakat untuk menyusun rencana kerja kegiatan. Mulai dari membentuk kelompok kegiatan sanitasi (yang selanjutnya disebut KOMITE). Anggota masyarakat yang telah lebih dulu berkeinginan merubah kebiasaan buang air besarnya dapat menjadi calon kuat untuk menjadi *natural leader*. Demikian pula para tokoh masyarakat, tokoh agama atau kader yang ada di desa. Mencatat semua rencana individu tiap keluarga untuk menghentikan kebiasaan buang air besar di tempat terbuka sesuai dengan komitmen mereka. Gambar peta pada saat pemetaan disalin dalam kertas. Pada sesi ini terdapat kendala pada komite yaitu masalah dana untuk keluarga yang tidak mampu. Maka tugas fasilitator adalah membantu memecahkan masalah dengan memberitahukan cara yang telah dilakukan di desa lainnya dalam kabupaten.

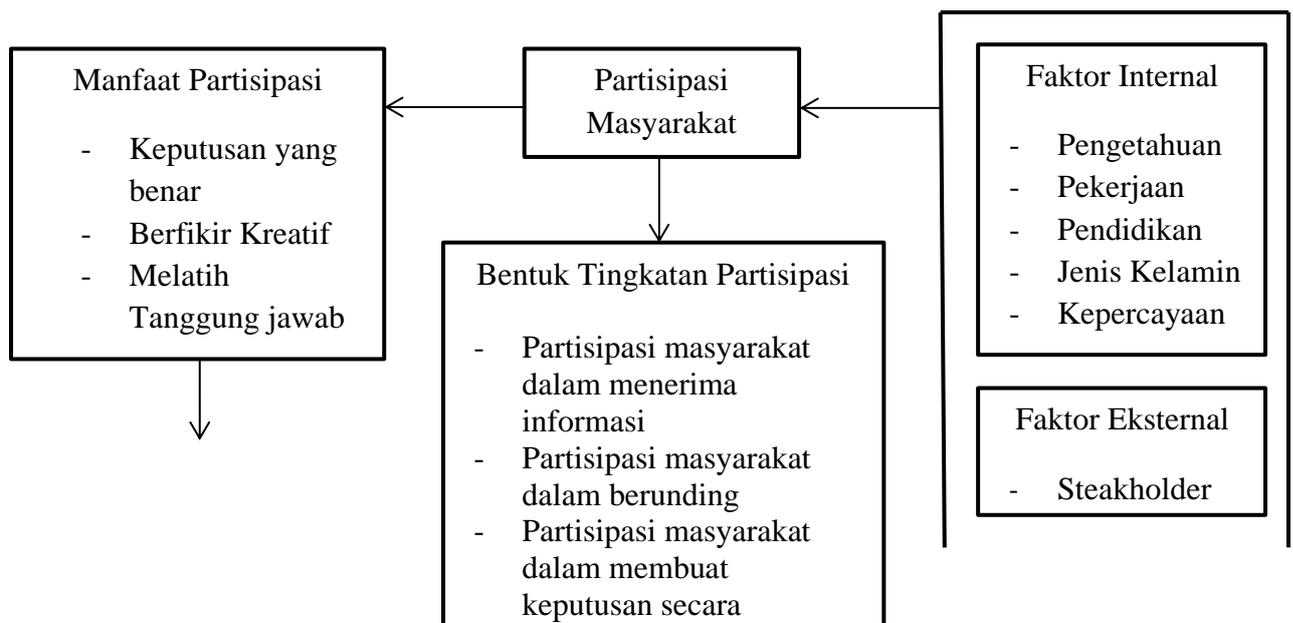
c) Pasca pemicuan

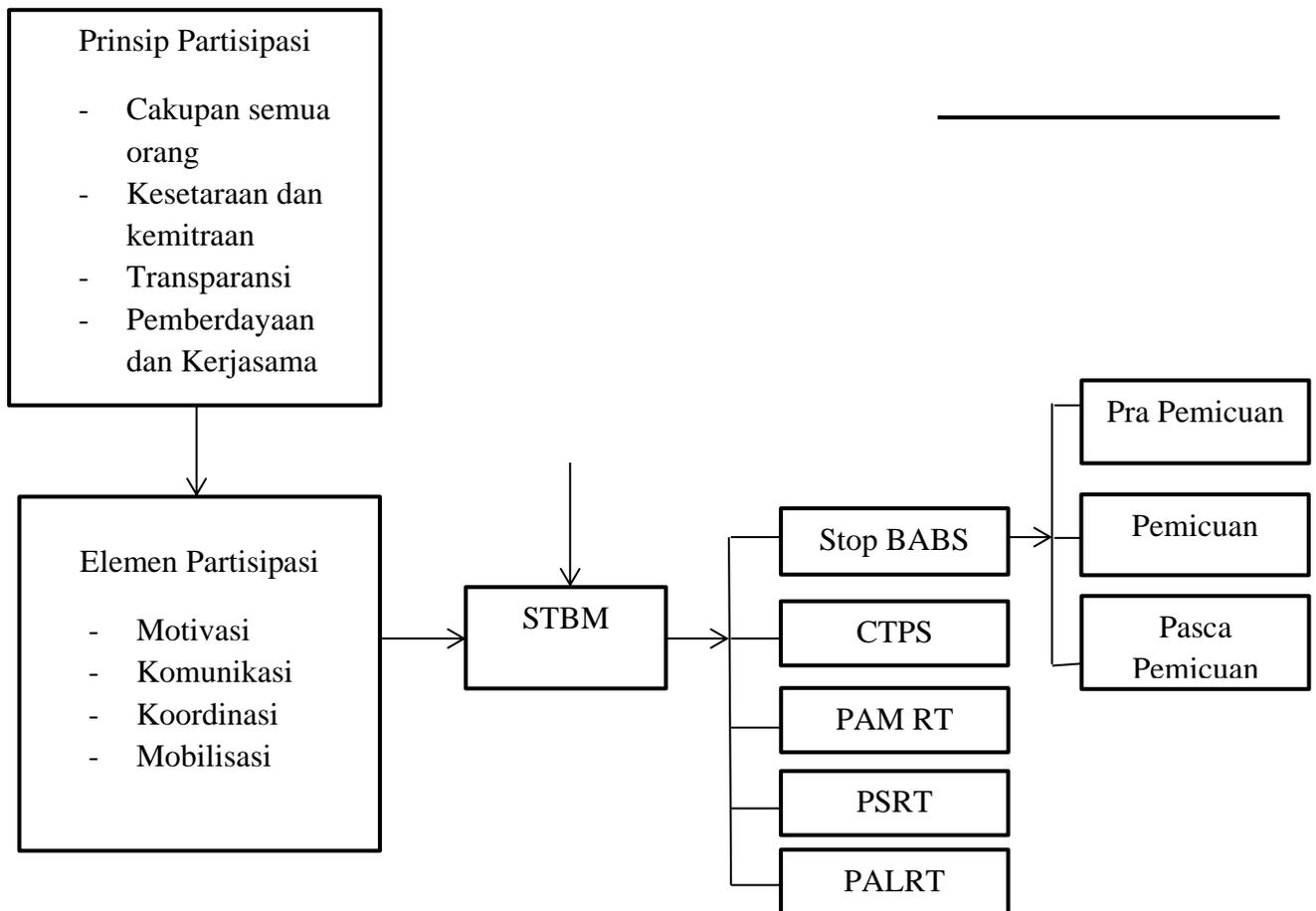
Tahap ini tim fasilitator melakukan pendampingan untuk menjaga komitmen komite mengenai rencana pembangunan sarana sanitasi. Hal yang dilakukan adalah memantau perkembangan perubahan perilaku, bimbingan teknis dengan menyampaikan tangga sanitasi dan opsi teknologi. Pendampingan dilaksanakan selambat- lambatnnya 5 hari setelah pemicuan. Selain kepada

komite, tim fasilitator juga mengadvokasi sasaran tidak langsung yaitu kepala desa dan perangkatnya. Pendampingan dilakukan hingga desa mencapai kondisi ODF.

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

C. Kerangka Teori





Gambar 2.1 Kearangka teori, sumber modul dan kurikulum STBM (Kemenkes, 2014), Astuti (2008), Notoatmodjo (2012), Suryawan (2004), Sumampouw (2004), yang telah dimodifikasi.

Keterangan :

1. STBM : Sanitasi Total Berbasis Masyarakat
2. BABS : Buang Air Besar Sembarangan
3. CTPS : Cuci Tangan Pakai Sabun
4. PAM RT : Pengolahan Air Minum Rumah Tangga
5. PLART : Pengolahan Limbah Air Rumah Tangga
6. PSRT : Pengolahan Sampah Rumah Tangga