

PEMANTAUAN DAN EVALUASI PELAKSANAAN PROGRAM STBM DIWILAYAH KERJA PUSKESMAS JAWAKISA KECAMATAN AESESA SELATAN KABUPATEN NAGEKEOPROPINSI NUSA TENGGARA TIMUR

Delfina Benga^{1*}, Suhartono², Nur Endah Wahyuningsih²

¹Peminatan Kesehatan Lingkungan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro
Jl. Prof. H. Soedarto, S.H., Tembalang, Semarang, Indonesia 50275

²Bagian Kesehatan Lingkungan, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro
Jl. Prof. H. Soedarto, S.H., Tembalang, Semarang, Indonesia 50275

*Corresponding author: delfina81benga@gmail.com

ABSTRACT

Community-Based Total Sanitation (STBM) is an approach to promoting hygiene and sanitation behaviors by stimulating communities. During the 8 years of STBM activity in Southern Aesesa Subdistrict last year there were 4 villages that had already reached the ODF (Open Defecation Free) villages of a total of 7 villages. The study aims to evaluate the implementation of a Community-based Total Sanitation program in Southern Aesesa Subdistrict that includes input, process and output stages. This study uses an evaluation method with a qualitative approach. The sampling technique was purposive sampling. The number of samples in this study were 20 people. The results showed that there is only one sanitarian officer, no transportation facilities, and no cross-sectoral evaluation, but there is an increase in the availability of Community-Based Total Sanitation facilities. The conclusion of this study is that the implementation of the STBM program in the work area of the Jawakisa Health Center has not been able to run well because there are several obstacles in its implementation. It is hoped that there will be assistance and participation from the Nagekeo District Health Office in the implementation of the STBM program.

Keywords: Evaluation; Community-based total sanitation; qualitative

PENDAHULUAN

Kesehatan adalah suatu keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang dapat hidup produktif secara sosial dan ekonomi yang tertuang dalam undang-undang Republik Indonesia Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan. Salah satu factor penting dalam pembangunan kesejahteraan penduduk di Indonesia adalah kesehatan, akan tetapi masalah kesehatan di Indonesia masih banyak ditemukan dan harus diselesaikan.¹

Kesehatan dipengaruhi oleh banyak hal, baik yang bersifat internal (dari dalam diri manusia) maupun yang bersifat eksternal (dari luar diri manusia). Blum (1974) dalam Soekidjo Notoatmodjo (2005, p. 19) menyatakan bahwa faktor yang mempengaruhi kesehatan baik individu, kelompok dan masyarakat dapat dikelompokkan menjadi 4 berdasarkan besarnya pengaruh, yaitu: 1) Lingkungan (*Environment*), mencakup lingkungan fisik, sosial, budaya, ekonomi, dan sebagainya; 2) Perilaku (*Behavior*); 3) Pelayanan kesehatan (*Health services*); 4) Keturunan (*Heredity*).²

Diantara keempat faktor tersebut, faktor lingkungan merupakan faktor yang memberikan pengaruh terbesar. Hal ini diungkapkan oleh Blum

(1974) yang menyatakan bahwa lingkungan merupakan akses utama yang langsung berhubungan dengan manusia. Sebagai contoh, akses terhadap air bersih, jamban atau tempat buang air besar, sampah, lantai rumah, polusi, sanitasi tempat umum, bahan beracun berbahaya, kebersihan TPU (Tempat Pelayanan Umum), dan lain-lain.³

Beberapa contoh faktor lingkungan yang telah disebutkan oleh Blum (1974) dalam Soekidjo Notoatmodjo sebelumnya yaitu pengelolaan air bersih, limbah cair dan sanitasi dasar. Yang menjadi fokus utama dari beberapa contoh tersebut adalah akses sanitasi dasar karena merupakan akses kesehatan pertama yang langsung berhubungan dengan setiap rumah tangga. Oleh karena itu, Departemen Kesehatan Republik Indonesia dalam penyuluhan kesehatan masyarakat di Jakarta pada tahun 2002 menjelaskan bahwa pembangunan jamban keluarga yang memenuhi syarat kesehatan merupakan upaya untuk mencapai lingkungan yang sehat.⁴

Pemerintah Indonesia melalui Kementerian Kesehatan berupaya meningkatkan derajat kesehatan melalui berbagai program dalam bidang kesehatan. Program kesehatan yang menjadi fokus kementerian kesehatan yaitu program kesehatan yang tercakup dalam program *Sustainable Development Goals*

(SDGs). Salah satu tujuan SDGs dalam bidang kesehatan terdapat pada point 6 yaitu menjamin ketersediaan dan pengelolaan air serta sanitasi yang berkelanjutan bagi semua orang. Tujuan program sanitasi total berbasis masyarakat menurut Peraturan Menteri Kesehatan nomor 3 tahun 2014 tentang sanitasi sanitasi total berbasis masyarakat (STBM) yaitu untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dan mendukung target SDG's (*Sustainable Development Goals*) atau pembangunan berkelanjutan yang ditargetkan akan dicapai pada tahun 2030.⁵

STBM adalah sebuah metode dalam meningkatkan kualitas sanitasi masyarakat dengan meningkatkan kepedulian masyarakat akan sanitasi melalui metode pemucuan. STBM terdiri dari 5 (lima) pilar yaitu menghentikan buang air besar sembarangan, cuci tangan pakai sabun, pengelolaan air minum rumah tangga yang tepat, pengelolaan limbah cair, pengelolaan sampah rumah tangga yang tepat. Kelima pilar inilah yang secara bertahap mulai dilaksanakan programnya diseluruh daerah di Indonesia. *CLTS* merupakan sebuah konsep dengan pendekatan promosi dengan memfasilitasi masyarakat terutama dalam hal perubahan perilaku dan kebiasaan masyarakat diantaranya adalah dengan CTPS (cuci tangan pakai sabun).⁶

Berdasarkan data WEB STBM kemajuan akses Nasional sampai dengan bulan Maret tahun 2021 jumlah KK yang mengakses Jamban Sehat Permanen (JSP) sebanyak 54,44% dan 17,67% KK mengakses Jamban Sehat Semi Permanen (JSSP).

Data dari Profil Kesehatan Provinsi NTT tahun 2019 memperlihatkan hasil bahwa jumlah desa yang melaksanakan STBM sebanyak 2.732 desa (81,5%), Desa Stop BABS sebanyak 1.483 desa (44,2%), dan Desa STBM sebanyak 940 desa (28%).⁷ Sedangkan Berdasarkan data profil kemajuan akses STBM di Kabupaten Nagekeo per Agustus 2019 diperoleh persentase keseluruhan akses progres Stop Buang Air Besar Sembarang sebanyak 77,39%. Dari data tersebut terdapat 22% akses BABS.⁸⁹

Berdasarkan data web STBM tahun 2021 kemajuan akses progress KK yang mengakses jamban di Kecamatan Aesesa Selatan sebanyak 82,78 % artinya masih ada 17,22 % KK yang masih BABS.¹⁰ Tujuan Untuk mengevaluasi pelaksanaan program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Jawakisa.

METODE PENELITIAN

Dalam penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif

yaitu dengan mengumpulkan data untuk menafsirkan kejadian dan sesuatu yang dilakukan, serta berusaha untuk menemukan dan menggambarkan secara naratif kegiatan yang dilakukan berdasarkan fakta-fakta yang tampak sebagaimana adanya. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam dan observasi. Instrumen yang digunakan untuk pengumpulan data adalah Alat bantu seperti *Tape Recorder, camera, buku dan pena*, Pedoman wawancara mendalam, dan Lembar observasi untuk membantu memahami data terkait fakta yang terlihat sehingga dapat disajikan dan digambarkan. Penentuan subjek penelitian menggunakan teknik *purposive sampling* yaitu pengambilan sampel yang tidak berdasarkan statistik namun sesuai dengan pertimbangan peneliti dari populasi yang dianggap cukup representative untuk mewakilinya, karena tidak semua responden memiliki kriteria yang telah ditentukan peneliti.

Subjek penelitian terdiri dari Informan Utama yaitu Sanitarian Puskesmas Jawakisa yang memiliki informasi kompleks terkait Evaluasi pelaksanaan program sanitasi total berbasis masyarakat di Puskesmas Jawakisa dengan kriteria yaitu telah bekerja di bidang kesehatan lingkungan dan mengikuti pelatihan menjadi fasilitator STBM serta memahami tentang STBM di Puskesmas Jawakisa, kemudian yang menjadi Informan triangulasi adalah pelaksana program STBM di Puskesmas Jawakisa yaitu tenaga kesehatan Desa 7 orang, camat 1 orang, tokoh agama 1 orang, tokoh masyarakat 1 orang, kepala desa 1 orang, tim penggerak PKK 1 orang dan kader STBM 7 orang semuanya sudah mendapatkan pelatihan untuk menjadi fasilitator Sanitasi Total Berbasis masyarakat.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Input dalam Pelaksanaan Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat

Sumber Daya Manusia

Program sanitasi total berbasis masyarakat mulai masuk di Kecamatan Aesesa Selatan tahun 2013 hanya memiliki 1 orang petugas sanitarian yang berperan sebagai penanggung jawab dalam melaksanakan program sanitasi total berbasis masyarakat dan seorang relawan. Hal tersebut sesuai dengan wawancara pada penelitian di Puskesmas Jawakisa. Karena hanya ada satu orang petugas saja yang bertanggung jawab dalam pelaksanaan program STBM, petugas merasa terbebani karena wilayahnya cukup luas sebanyak 7 desa dan bertanggung jawab juga terhadap pengawasan kualitas air minum, air bersih, tempat-tempat umum, intervensi program

Indonesia sehat dengan pendekatan keluarga serta kegiatan dalam Gedung seperti penyuluhan dan pelaporan.

Salah satu faktor keberhasilan pada suatu program Kesehatan adalah tersedianya sumber daya manusia Kesehatan yang memadai.¹¹ Kualitas sumber daya manusia tersebut adalah salah satunya ditentukan oleh faktor kompetensi dan keterampilan yang dimiliki oleh personil dalam mencapai tujuan.¹¹ Dalam pelaksanaan program STBM sesuai dengan pedoman Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) RI Nomor 03 Tahun 2014 tentang sanitasi total berbasis masyarakat yaitu pemegang program dengan latar belakang Pendidikan Kesehatan lingkungan dan tim fasilitator disetiap desa terdiri dari orang termaksud tenaga kesehatan yang ada di desa, dalam pelaksanaan program STBM juga mengikutsertakan tim STBM desa.^{12,13}

Wawancara peneliti dengan informan pemegang program, yang bersangkutan memiliki beban ganda selain penanggung jawab program juga sebagai bendahara, pengimputan data kunjungan pasien dan membantu pengelola SP2TP (system pencatatan dan pelaporan terpadu Puskesmas) seharusnya terdapat tenaga khusus yang bertanggung jawab sebagai bendahara, sehingga tidak mempengaruhi tugas pokok dari penanggung jawab program sanitasi lingkungan karena hal tersebut juga akan menghambat kinerja pemegang program, namun jika petugas merasa terbebani karena hanya ada satu tenaga sanitarian saja yang terlibat sebaiknya petugas aktif menjalin kerja sama dengan program lain, sedangkan menurut Permenkes nomor 75 tahun 2014 tentang puskesmas adalah 1 tenaga kesehatan lingkungan untuk puskesmas Kawasan pedesaan baik rawat inap maupun non rawat inap.¹⁴

Dalam rangka peningkatan pelayanan suatu organisasi Kesehatan maka ketersediaan dan kecukupan unsur inti (core element) yang membentuk organisasi sangatlah penting untuk keberhasilan dan kemajuan organisasi.¹³

Berdasarkan pedoman pelaksanaan teknis STBM yang dikeluarkan oleh Kemenkes pada tahun 2012, bahwa SDM dalam program STBM harus memiliki kualitas, dimana peningkatan kualitas ini berdasarkan pada pelatihan yang telah dilakukan. Namun, pada pedoman maupun peraturan menteri kesehatan RI Nomor. 03 tahun 2014 tentang Sanitasi Total Berbasis Masyarakat memang tidak disampaikan secara tertulis mengenai standarisasi jumlah untuk melaksanakan program STBM di tingkat desa maupun kecamatan hanya disampaikan bahwa pemecuan

dilakukan oleh tenaga kesehatan, kader, relawan, dan/atau masyarakat yang telah dilatih menjadi fasilitator STBM.⁶

Anggaran

Hasil wawancara dengan informan utama bahwa secara umum di Puskesmas mempunyai alokasi dana khusus untuk pelaksanaan STBM dan menurut pengelola STBM juga mengatakan dana yang ada selama ini tidak mencukupi untuk kegiatan pelaksanaan STBM. Hasil wawancara dengan informan triangulasi bahwa dana untuk program STBM berasal dari Dinas Kesehatan, APBN, BOK, serta swadaya masyarakat di mana dana BOK tersebut digunakan mulai dari sosialisasi hingga tahap evaluasi. Suatu program dapat terlaksana dengan baik jika dana yang tersedia mencukupi, oleh karena itu menurut peneliti, setiap desa harus memiliki alokasi dana khusus yang berasal dari desa dan swadaya masyarakat. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Agus Erwin Ashari, Fajar Akbar (2016) di Kabupaten Mamuju dimana untuk kegiatan sanitasi total berbasis masyarakat tergantung anggaran di puskesmas.¹⁵

Dana penunjang pelaksanaan program STBM setiap tahun selalu di alokasikan dari APBN, APBD dan bantuan operasional Kesehatan (BOK). Dana BOK sebesar Rp. 21.000.000 digunakan untuk kegiatan STBM mulai dari pemecuan, monitoring, verifikasi hingga tahap evaluasi. Puskesmas Jawakisa juga termaksud salah satu puskesmas diantara 7 (tujuh) puskesmas yang mendapatkan dana pamsimas (APBN) untuk kelancaran program STBM sebesar Rp 12.150.000.

Anggaran adalah suatu representasi angan dimasa depan pada individu, organisasi, maupun perusahaan yang berisi rincian rencana tentang penggunaan dan perolehan keuangan yang disajikan secara formal dan berbentuk kuantitatif. Berdasarkan hasil wawancara dengan informan utama sumber dana berasal dari APBN, APBD dan bantuan operasional Kesehatan (BOK) penggunaan anggaran disesuaikan dengan Permenkes No.3 tahun 2014 tentang STBM yaitu untuk kegiatan non-fisik seperti pelatihan, sosialisasi, monev, dan menjadi fasilitator. Sedangkan informan triangulasi mengatakan sumber dana berasal dari APBN, APBD dan bantuan operasional Kesehatan (BOK) pelaksanaan STBM ini dari BOK puskesmas. Kedua informan mengatakan memiliki kendala dalam dana, terutama karena pola pikir masyarakat yang masih bergantung dengan bantuan dari pemerintah, lalu anggaran untuk pemecuan di desa juga terbatas tiap tahunnya sehingga untuk mencakup pemecuan

secara menyeluruh membutuhkan waktu yang lama sesuai ketersediaan anggaran.¹⁶

Hambatan pada variable dana ini juga disampaikan pada penelitian yang dilakukan oleh Erwin (2016) bahwa dana juga merupakan kendala tidak tercapainya program Open Defecation Free. Dan di dukung oleh penelitian Agustinus (2014) bahwa ketercapaian program didukung oleh ketersediaan dana yang mampu dialokasikan kepada masyarakat di timor tengah utara.¹⁷

Sarana Dan Prasarana

Sarana prasarana merupakan peralatan yang digunakan untuk mendukung pelaksanaan kegiatan pelaksanaan program sanitasi total berbasis masyarakat sehingga dapat meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat. Sebagian besar informan mengatakan mereka tidak mendapatkan fasilitas kendaraan dinas untuk operasional program kesehatan lingkungan, sehingga mereka harus menggunakan kendaraan pribadi dan diberikan uang bensin menggunakan dana BOK. Menurut sebagian besar informan, peralatan yang digunakan dalam kegiatan pemicuan tidak sulit untuk diperoleh sebab biasanya menggunakan bahan yang di daerah masing – masing seperti, sekam padi, kertas warna warni, tali rafia saat kegiatan pemicuan STBM dan jerigen, tali, kayu, sabun yang digunakan sebagai alat peraga dalam pembuatan contoh sarana cuci tangan pakai sabun.

Sarana dan prasarana yang dimaksud didalam penelitian ini adalah transportasi, dan media dalam melakukan pemicuan pada program STBM. Berdasarkan hasil wawancara dengan informan utama memiliki motor dinas, sehingga dengan operasional motor dinas dapat melaksanakan kegiatan STBM dilapangan. Sedangkan informan triangulasi mengatakan pada aspek saran dan prasarana, informan menjawab tidak ada kendaraan dinas saat mau kelapangan sehingga mereka menggunakan kendaraan sendiri atau ojek.

Berdasarkan wawancara dengan kedua informan diatas bahwa memang kendaraan pribadi tersedia ataupun tidak tersedia bukan merupakan kendala yang bermakna bagi keberjalanan program STBM. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Entianopa (2017) bahwa sarana dan prasarana untuk pelaksanaan program STBM sudah mencukupi meskipun puskesmas tidak memiliki kendaraan operasional khusus.¹⁵

Kemudian dalam aspek media pemicuan, baik informan utama ataupun informan triangulasi mengatakan bahwa sudah mencukupi karena media yang dibutuhkan sudah ada dan bisa untuk dijangkau

karena mereka menggunakan peralatan yang ada di daerah pelaksanaan pemicuan. Sehingga tidak mengalami kendala dalam sarana dan prasarana. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan di Kabupaten Mamuju oleh bahwa tidak ditemukan kendala dalam penemuan media untuk pemicuan karena sarana prasarana yang ada telah tersedia dan dapat dijangkau oleh petugas.¹⁸

Waktu

Waktu pelaksanaan kegiatan sudah direncanakan satu tahun sebelumnya melalui penyusunan rencana usulan kerja oleh sanitarian yang disetujui oleh Kepala Puskesmas sesuai jumlah anggaran yang ada sehingga diharapkan semua kegiatan berjalan sesuai dengan waktu yang direncanakan. Target waktu yang ditetapkan oleh Puskesmas adalah minimal satu desa bisa mencapai 100% memiliki sarana STBM dalam setahun yaitu sejak dimulainya sosialisasi pada bulan Maret tahun 2013.

Target waktu yang ditetapkan oleh Puskesmas adalah minimal satu desa bisa mencapai 100% memiliki sarana STBM dalam setahun yaitu sejak dimulainya sosialisasi pada bulan Maret tahun 2013 selain itu pula adapun target dari Dinas Kesehatan Kabupaten Nagekeo memiliki target yang tertuang dalam RENSTRA yang sudah ditetapkan dimana target Dinas kesehatan terkait STBM adalah ditahun 2019 bahwa 100 % *desa* sudah melakukan dan menerapkan STBM.⁸

Kebijakan

Dalam melaksanakan program STBM di Puskesmas Jawakisa telah menggunakan teknik pemicuan sesuai dengan pedoman yang dikeluarkan oleh Kemenkes. Sedangkan dalam pedoman pelaksanaan teknis sanitasi total berbasis masyarakat tahun 2012 terdapat tiga komponen sanitasi total yang menjadi landasan strategi pelaksanaan untuk pencapaian STBM. Di tiga komponen tersebut disebutkan bahwa adanya kebijakan dan peraturan daerah mengenai program sanitasi seperti SK Bupati, PERDA, RPJMP, RENSTRA, ini masuk dalam komponen penciptaan lingkungan yang kondusif. Menurut penelitian Chong, dan Abeysurya (2016) dalam Vera Yulyani dan Christin Angelina (2019) bahwa pemerintah daerah di Indonesia memiliki tanggung jawab utama untuk menyediakan layanan sanitasi, kepemimpinan, proses penganggaran, keterlibatan masyarakat, dan ketersediaan lahan mempengaruhi realisasi sanitasi yang baik. Pemerintah Indonesia melalui Kemenkes mengeluarkan program yang dikenal sebagai STBM, tetapi tanpa strategi dan

komitmen pemerintah daerah akan sulit untuk mencapai peningkatan akses sanitasi. Informan utama mengatakan pelaksanaan STBM sesuai kebijakan Permenkes nomor 3 tahun 2014.

Sedangkan informan triangulasi secara umum mengetahui kebijakan yang digunakan sebagai dasar pelaksanaan STBM yaitu peraturan yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan walaupun tidak semua informan triangulasi dapat menyebutkan secara tepat nomor dan tahun kebijakan ditetapkan Berikut kutipan wawancara dengan salah satu informan triangulasi mengenai kebijakan: "...pelaksanaan STBM ya... sesuai kebijakan pakai Permenkes nomor 3 tahun 2014." Yang menjawab tentang kebijakan terkait program STBM sebanyak 10 informan (50%) dan 9 informan (45 %) mengatakan bahwa lupa.

Berdasarkan pelurusan dokumen ditemukan SK. No XXV/JAKIS/2014 tentang penugasan diberikan kepada sanitarian sebagai penanggung jawab program STBM sedangkan SOP (Standar Operasional Prosedur) tidak ditemukan karena masih dalam proses penyusunan.

Metode pemicuan yang digunakan

Berdasarkan wawancara mendalam dengan informan Utama bahwa mereka menggunakan metode yang sama yaitu metode pemicuan dimana dengan cara memicu rasa jijik, rasa malu, rasa takut sakit, dan rasa berdosa sehingga mendorong masyarakat untuk tidak lagi buang air besar sembarang karena akan menimbulkan berbagai masalah kesehatan. Hal ini sesuai dengan perencanaan karena yang berhak melakukan pemicuan adalah sanitarian atau tim STBM yang sudah mendapatkan pelatihan.⁵

Berdasarkan hasil penelitian metode yang dipakai dalam pelaksanaan program sanitasi total berbasis masyarakat di tujuh desa yang ada di wilayah kerja puskesmas jawakisa adalah pemicuan, dimana dengan persentase menjawab ya menggunakan metode pemicuan 100 %.

Hasil penelitian di puskesmas jawakisa menunjukkan bahwa semua pelaksanaan program sanitasi total berbasis masyarakat dilaksanakan berdasarkan acuan pada peraturan Menteri kesehatan Republik Indonesia Nomor 03 tahun 2014 tentang Sanitasi Total Berbasis Masyarakat adalah untuk menurunkan angka kejadian diare dan meningkatkan higienitas dan kualitas kehidupan masyarakat Indonesia.⁵

Evaluasi pada Aspek Proses dalam Pelaksanaan Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat Perencanaan

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan dengan informan utama diperoleh bahwa pengelola STBM memahami dan melakukan identifikasi masalah terlebih dahulu sebelum melakukan proses pemicuan. Menurut informan utama tujuan dilakukan identifikasi masalah dan analisa situasi adalah untuk dapat menggambarkan kondisi sanitasi suatu daerah sehingga dapat menentukan desa atau lokasi yang tepat untuk dilakukan pemicuan. Menurut informan triangulasi, penentuan lokasi pemicuan secara umum ditentukan berdasarkan hasil identifikasi dan analisa situasi yang telah dibuat menghasilkan kesepakatan bersama baik dalam tim fasilitator maupun dengan tokoh masararakat dan masyarakat setempat mengenai waktu dan lokasi pelaksanaan pemicuan.

Berdasarkan hasil penelitian diperoleh bahwa proses perencanaan program STBM sudah dijalankan dengan baik, sementara pengelola STBM di puskesmas maupun tim STBM sama – sama melakukan identifikasi masalah. Perencanaan waktu, tempat dan sasaran pemicuan dilakukan dengan baik. Selain itu terbentuknya fasilitator desa dan adanya advokasi kepada tokoh masyarakat. Hal ini sesuai dengan pedoman pelaksanaan teknis STBM tahun 2012, dimana dijelaskan perlunya dilakukan analisis situasi untuk menggambarkan kondisi sanitasi masyarakat terlebih dahulu walaupun keadaan dokumen hanya bukti terlaksananya suatu kegiatan.¹⁶

Pelaksanaan Pemicuan

Pelaksanaan yang dimaksud dalam penelitian ini adalah pelaksanaan tahap-tahapan pemicuan yang terdiri dari pencairan suasana dan menjelaskan istilah-istilah sanitasi, pemetaan wilayah, pelurusan wilayah, alur kontaminasi tinja, dan simulasi air terkontaminasi, diskusi dampak dan penyusunan rencana dengan masyarakat, dan kerjasama dengan lintas sektor.

Berdasarkan wawancara dengan informan triangulasi sebagai ujung tombak pelaksanaan pemicuan bahwa pelaksanaan pemicuan sudah cukup baik karena semua informan sudah melakukan pencairan suasana dan istilah-istilah sanitasi yang di pakai dengan menerjemahkannya ke Bahasa daerah setempat saat sebelum melakukan pemicuan, kemudian sudah melakukan pemetaan wilayah dimana pembuatan pemetaan wilayah ini dibuat atas kerjasama dengan masyarakat dan kader yang hadir dalam pemicuan. Manfaat dari pemetaan sanitasi ini merupakan bahan untuk perencanaan kebijakan yang

disesuaikan dengan kondisi desa dimana hal itu bisa digunakan sebagai bahan untuk advokasi lintas sektor, lintas program, dan pemicuan oleh puskesmas.

Berdasarkan informasi yang diperoleh dari informan utama bahwa yang melaksanakan pemicuan adalah tim STBM Puskesmas yaitu tenaga Sanitarian, serta tim desa yang sudah mendapatkan pelatihan menjadi fasilitator STBM.

Pemicuan berjalan dengan baik dan masyarakat terpicu akan rasa jijik rasa berdosa sehingga mau merubah perilaku hidup bersih mereka dengan menulis di kontrak social yang ditandatangani oleh Kepala desa. Pelaksanaan kegiatan sesuai dengan jadwal yang ditetapkan di 7 Desa namun sanitarian sebagai penanggung jawab program hanya bisa memantau di lima Desa dekat sehingga pemicuan di desa lainya dilakukan oleh tim STBM desa.

Berikut hasil wawancara dengan salah satu informan triangulasi “kami yang melakukan pemicuan karena sudah mengikuti pelatihan ditingkat kabupaten selama 3 hari, dampak positif sangat dirasakan warga terpicu dan mau membuat sarana sanitasi total berbasis masyarakat dasar kemauan sendiri. Hal ini sesuai dengan perencanaan karena yang berhak melakukan pemicuan adalah sanitarian atau tim STBM yang sudah mendapatkan pelatihan.”⁵

Pemantauan Dan Evaluasi

Dalam pelaksanaannya, petugas sanitasi mencatat hasil pemantauan pelaksanaan kegiatan yaitu ketersediaan sarana sanitasi total berbasis masyarakat dan aktifitas menggunakan jamban dan cuci tangan pakai sabun dimasyarakat dengan cara observasi.

Proses pemantauan dan evaluasi program STBM berjalan dengan tidak baik, dimana pengelola program STBM di Puskesmas tidak lagi melakukan pemantauan dan evaluasi perubahan sikap masyarakat dalam BABS. Selain itu juga tidak adanya evaluasi lanjut. Data sangat dibutuhkan baik di tingkat

kembali program STBM bersama masyarakat oleh pengelola program STBM, hal ini disebabkan karena kurangnya pemahaman pengelola Program STBM tentang pentingnya dilakukan pemantauan dan evaluasi pasca dilakukan pemicuan dan keterbatasan anggaran yang tersedia.¹⁹

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan di Probolinggo dimana proses pemantauan dan evaluasi dikategorikan tidak baik sebab sebanyak 61% petugas sanitasi tidak melakukan pemantauan perilaku masyarakat dalam BABS. Sedangkan pemantauan dan evaluasi pasca pelaksanaan pemicuan merupakan hal yang penting untuk mengevaluasi keberhasilan pelaksanaan kegiatan tersebut.¹⁵

Penyusunan Laporan

Dalam pelaksanaannya, petugas sanitarian mencatat hasil pemantauan berupa jumlah ketersediaan sarana STBM dimasyarakat. Kemudian dibuat dalam laporan hasil kegiatan pemicuan juga digunakan untuk mendata presentase jumlah penduduk yang telah mengakses sarana STBM sebagai bahan laporan dan evaluasi pencapaian target program STBM kepada Dinas Kesehatan.

Laporan merupakan informasi yang disampaikan secara tertulis. Membuat atau menyusun laporan kerap kali dilakukan sebagai salah satu sarana penyampaian informasi yang efektif. Indikator keberhasilan suatu kegiatan program apapun yang dilaksanakan tidak akan terlihat wujudnya, tanpa sebuah laporan secara tertulis. Sebuah data dan informasi yang berharga dan bernilai bila menggunakan metode yang tepat dan benar. Berdasarkan hasil penelitian laporan program dikirim ke tingkat kabupaten. Hal ini harus dilakukan untuk mengetahui perkembangan program dan untuk pelaksanaan program dan tindak

puskesmas kabupaten ataupun provinsi dan pusat.

Evaluasi pada Aspek Output dalam Pelaksanaan Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat

Tabel 1 pencapaian Desa dalam menerapkan STBM di wilayah kerja Puskesmas Jawakisa Tahun 2021

No	Desa	KK	Jiwa	Pilar STBM				
				Pilar 1 Buang air besar Sembarangan	Pilar 2 Cuci Tangan Pakai Sabun	Pilar 3 Pengelolaan air minum RT	Pilar 4 Pengelolaan Limbah Cair RT	Pilar 5 Pengelolaan Sampah RT
1	Rendu Butowe	239	1230	100 %	100%	100 %	100 %	100 %
2	Rendu Wawo	154	820	100 %	100%	100 %	100 %	100 %

3	Tengatiba	433	2315	66 %	66 %	100 %	60,04 %	65 %
4	Rendu Tutubhada	155	1003	100 %	100%	100 %	100 %	100 %
5	Langedhawe	128	785	100 %	100%	100 %	100 %	100 %
6	Renduteno	217	1100	76,49 %	70,04 %	100 %	74 %	71,42 %
7	Wajomara	118	813	70,33 %	60%	100 %	70,33 %	63,55 %

Berdasarkan Tabel 1 diatas dapat dilihat bahwa cakupan Desa STBM sampai dengan bulan Desember tahun 2020 sebanyak 82,78 %, dimana dari 7 desa yang ada 4 Desa yang sudah melaksanakan deklarasi STBM karena sudah menerapkan pilar 1 sampai pilar 5. Sedangkan 3 Desa belum mencapai target dimana masih ada 17,22 % KK yang BABS. Perilaku buang air besar sembarangan ini juga masih dipengaruhi oleh banyak faktor yaitu dari pengetahuan dan kesadaran masyarakat yang masih kurang untuk mengubah perilaku mereka dan juga kondisi geografis Puskesmas Jawakisa yang banyak sebaran sungai dan anak sungai serta masih terdapat hutan dimana hal itu semakin mendukung masyarakat untuk buang air besar sembarangan, hal ini juga didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Hadiati Sukma (2018) bahwa sebagian masyarakat menganggap bahwa buang besar di sungai lebih praktis dan nyaman karena daerah tempat tinggal mereka di kelilingi oleh sungai, dan masyarakat kurang berminat untuk membiasakan diri buang air besar di jamban.

Output Pelaksanaan Program STBM

Berdasarkan hasil penelusuran data diperoleh hasil bahwa di wilayah kerja Puskesmas Jawakisa ada peningkatan jumlah sarana sanitasi total berbasis masyarakat setelah pelaksanaan program.²⁰ Ada peningkatan jumlah sarana 5 pilar STBM setelah pelaksanaan program bahkan ada 4 desa yang telah di deklarasikan karena sudah 100% menerapkan dari pilar 1 sampai pilar 5. Sedangkan 3 desa lainnya yakni desa Tengatiba, Desa Wajomara dan Desa Renduteno belum mencapai lima pilar STBM. Dapat dikatakan bahwa ketiga desa tersebut baru terdapat 40 % rumah tangga yang sudah memiliki sarana STBM dari 1444 rumah tangga.

1. Pilar 1 (Stop Buang Air besar sembarangan)

Pada pencapaian desa ODF didapati 4 desa yang telah 100 % memenuhi target pencapaian untuk pilar 1 sehingga di deklarasikan menjadi desa ODF, Sedangkan 3 desanya belum dapat mencapai 100 % sejak masuknya program STBM tahun 2013 Perubahan yang demikian dapat dikatakan jamban pada pengertiannya desa Stop BABS adalah kondisi

ketika setiap individu dalam komunitas atau desa tidak buang air besar sembarangan.

2. Pilar 2 (Cuci tangan pakai sabun dengan air yang mengalir)

Cuci tangan pakai sabun merupakan pilar 2 STBM. Praktek mencuci tangan sangat penting untuk menghindari individu dari infeksi. Hal tersebut dibuktikan dalam penelitian Trikora dan Siwiendrayanti (2015) dimana praktek mencuci tangan berhubungan dengan kejadian diare.²¹²² WHO menyatakan cuci tangan memakai sabun dapat mengurangi angka diare hingga 47%. Untuk sarana cuci tangan pada pilar 2 STBM ini didapati adanya penambahan sarana sanitasi yang mana dapat di lihat dari tabel penambahan sarana sanitasi yang di perinci setiap desa dimana yang terendah yaitu didesa Tengatiba, Wajomara dan Rendu Teno ini sesuai dimana ketiga desa ini belum dapat mencapai 100 % dalam pencapaian pilar 2 hal ini terkendala karena ketersediaan air bersih secara cakupan penggunaan air bersih di tahun 2021 adalah 87, 04 % ini merupakan hasil keseluruhan sedangkan untuk 3 wilayah yang belum mencapai target rata-rata kesulitan air bersih pada musim kemarau walau ketersediaan sarana air bersih ada seperti PAH dan HU selain itu pula di pengaruhi oleh factor jarak.

3. Pilar 3 (Pengelolaan makanan dan minuman Rumah tangga)

Dari 7 desa yang ada di wilayah kerja puskesmas jawakisa telah 100 % dalam menerapkan pilar 3 untuk pengelolaan makanan dan minuman rumah tangga. Indikatornya antara lain masyarakat membudayakan perilaku mencuci bahan makanan sebelum dimasak atau diolah, menggunakan air bersih untuk keperluan minum sehari-hari serta merebusnya, membudayakan perilaku selektif dalam memilih bahan makanan (daging yang tidak berformalin, mie yang tidak berformalin, dan bakso yang tidak mengandung boraks), serta membudayakan perilaku menyimpan makanan ditempat tertutup atau menggunakan tudung saji.

4. Pilar 4 (Pengelolaan sampah rumah tangga)

Sampah yang dihasilkan kebanyakan berupa sampah dedaunan kering, sisa makanan dan sayuran dalam proses pengelolaannya sampah ini biasa telah di

pisahkan terlebih dahulu dimana yang dedaunan yang kering di timbun dan di jadikan kompos adapula yang di bakar karena jumlah sampah tidak terlalu banyak sedangkan sisa makanan dan sayuran di jadikan makanan ternak. Di setiap rumah telah tersedia tempat sampah berupa kotak sampah plastik, pemanfaatan kardus dan anyaman dari daun lontar (kapisak) sedangkan di halaman rumah di buat juga tempat tampungan sampah untuk pembakaran sampah berupa lubang yang di gali dengan dalam \pm 1 meter.²³

5. Pilar 5 (Pengelolaan limbah cair rumah tangga)

Limbah cair rumah tangga adalah limbah yang dihasilkan dari proses aktivitas rumah tangga dan dalam pengelolaan limbah rumah tangga ini telah dibuat saluran pembuangan air limbah yang mana disalurkan dalam bak penampungan dan dapat dimanfaatkan untuk menyiram tanaman ataupun lingkungan sekitar selain itu pula yang berasal dari kamar mandi masuk dalam septi tank namun ada yang belum di buat saluran pembuangan air limbah dengan diakali membuat saluran yang di gali pada tanah yang langsung di alirkan ke tanaman-tanaman yang ada di sekitar.⁵

Adapun faktor pengaruh sehingga 3 desa tersebut tidak dapat mencapai 100 % dalam pelaksanaan program STBM pada pemenuhan 5 pilar yaitu:

1) Air Bersih

Berdasarkan data akses air bersih di 3 desa yang belum mencapai 100 % 5 pilar STBM memiliki kendala dalam akses ketiga desa ini hanya memanfaatkan sarana air bersih hidran umum, Penampungan Air Hujan (PAH) dan kran umum sehingga jika musim kemarau akan sangat berdampak dalam kebutuhan air bersih.

2) Topografi

Kondisi wilayah yang luas serta jauh dari pemukiman dimana hanya dapat di tempuh dengan berjalan kaki selama 4 jam hal ini membuat susah dalam melakukan pelayanan di wilayah tersebut selain itu pun di tunjang dengan musim hujan akan semakin sulit untuk didatangi seperti pada desa Renduteno yang mana ada 4 RT yang hingga saat ini belum dapat di datangi.

3) Ekonomi

Rata-rata 85 % petani hal ini pun menjadi salah satu factor pengaruh dimana pembuatan sarana sanitasi dalam 5 pilar STBM walaupun beberapa bahan dapat di swadaya namun tetap membutuhkan dana dalam pembuatan sarana sanitasi dalam 5 pilar STBM sehingga dengan penghasilan yang sedikit atau

minim membuat masyarakat lebih memprioritas kebutuhan yang lebih utama lagi. Hal ini sejalan dengan penelitian Abdul ganing, Miftah Chairani (2016) di Kabupaten Majene dimana factor ekonomi menjadi salah satu factor kendala dalam pembangunan jamban.

Sedangkan untuk 4 desa lainnya dapat mencapai 100 % hal ini di karenakan oleh beberapa factor yaitu:

- 1) Bulan Bakti Gotong -royong yang terjadi pada bulan mei setiap tahunnya yang mana diadakan perlombaan kebersihan lingkungan dimana dalam item penilaian memuat 5 pilar STBM.
- 2) Menjadi salah satu persyaratan setiap bantuan yang masuk di dalam wilayah desa yang di maksud dimana seperti bantuan BLT, PKH dan lain sebagainya.
- 3) Sosialisasi dari aparat desa, yang terus – menerus pada setiap kegiatan kebersamaan dalam wilayah desa yang di maksud.
- 4) Di anggarkan dalam ADD setempat terkait sarana air bersih sebagai salah satu factor penunjang dalam penyediaan air bersih untuk 5 pilar STBM.

Berdasarkan hasil observasi diketahui ada perubahan perilaku pada masyarakat yang dilihat langsung saat menggunakan jamban ketika buang air besar, mencuci tangan dengan sabun pada air yang mengalir, dan juga selalu menampung dan mengisi air Kembali Ketika air sudah habis digunakan dalam jerigen ataupun ember. Dari total rumah tangga yang ada dengan persentase 48,8 % telah menggunakan sarana lima pilar STBM sedangkan 53,1 % belum memiliki sarana STBM. Mengingat desa yang melaksanakan STBM adalah suatu desa dikatakan telah melaksanakan STBM apabila telah ada intervensi melalui pemicuan di salah satu dusun dalam desa/kelurahan tersebut, ada masyarakat yang bertanggung jawab untuk melanjutkan aksi intervensi STBM baik individu (natural leader) atau pun bentuk kelompok masyarakat, dan sebagai respon dari aksi intervensi STBM, kelompok masyarakat menyusun suatu rencana aksi kegiatan dalam rangka mencapai komitmen perubahan perilaku pilar STBM, yang telah disepakati bersama.

Hal ini menunjukkan bahwa Puskesmas Jawakisa belum mencapai target yang di tetapkan oleh Puskesmas yaitu 100 % untuk seluruh desa dalam menerapkan lima pilar STBM. Sehingga dalam Renstra Dinas Kesehatan Kabupaten Nagekeo Mendeklarasikan Kecamatan pada tahun 2020 tidak tercapai. Oleh karena itu perlu adanya strategi –

strategi dalam hal untuk dapat mencapai target yang di harapkan seperti halnya:

1. Pembuatan regulasi di mana hal ini melibatkan pemerintah daerah setempat berupa Peraturan Desa (PERDES) yang mana salah satu point memuat hal mengenai keharusan setiap warga untuk menyediakan sarana terkait dalam 5 pilar STBM dengan pemahaman pentingnya hal ini sebagai upaya untuk peningkatan derajat kesehatan masyarakat di samping itu pula tetap dapat mengontrol setiap desa yang telah mencapai 100 % dalam penerapan STBM.
2. Pemanfaatan ruang musrembang untuk menyuarakan kegiatan STBM sehingga dapat menjadi salah satu program dalam perencanaan tingkat desa berupa lomba lingkungan sehat antar dusun yang mana dalam point – point penilaian memuat tentang 5 pilar STBM serta menjadi salah satu tahapan untuk evaluasi perkembangan dari setiap desa yang ada.
3. Memfasilitasi untuk perencanaan kegiatan yang inovatif seperti kelompok arisan dapat berupa arisan jamban dan lain sebagainya, penetapan kelompok peduli lingkungan yang bersumber dari masyarakat sendiri, hal ini juga sebagai salah satu cara untuk masyarakat setempat lebih memperhatikan Kesehatan yang merupakan hal yang penting serta meningkatkan kepedulian terhadap lingkungan dan sesama. Dengan strategi-strategi ini dapat meningkatkan pencapaian program STBM yang di targetkan dengan tidak terlepas dari konsep STBM itu sendiri.

KESIMPULAN

Hasil Pelaksanaan penelitian pada tahapan input program STBM belum berjalan dengan baik, hal ini disebabkan karena jumlah/kuantitas sumber daya manusia belum mencukupi serta kurang mendukungnya sarana transportasi sedangkan dalam proses perencanaan secara umum berjalan dengan baik namun terkendala pada pemantauan dan evaluasi STBM. Output dalam program STBM menunjukkan bahwa ada peningkatan jumlah sarana 5 pilar STBM setelah pelaksanaan program bahkan ada 4 desa yang telah dideklarasikan, Sedangkan 3 desa lainnya belum mencapai lima pilar STBM

SARAN

1. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Nagekeo Perlu adanya pendampingan dalam keikutsertaan dalam proses pemantauan dan evaluasi dalam

pelaksanaan program STBM sehingga mencapai target yang ditetapkan.

2. Bagi Institusi Pendidikan Dapat dijadikan masukan dan bahan pembelajaran bagi institusi pendidikan mengenai pelaksanaan program STBM
3. Bagi tim fasilitator desa Tim fasilitator desa harus memiliki strategi untuk kelancaran pelaksanaan program STBM.
4. Bagi peneliti lain Menjadi masukan dan pembelajaran tentang pelaksanaan program STBM di wilayah kerja Kecamatan Aesa Selatan agar dapat menambah wawasan tentang pelaksanaan dan mengatasi kendala maupun keterbatasan dalam pencapaian program STBM

UCAPAN TERIMA KASIH

Peneliti berterima kasih kepada seluruh responden Wilayah Puskesmas Jawakisa yang telah berkontribusi pada penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

1. Undang-undang republik indonesia No 36 tentang Kesehatan.
2. Soekidjo Notoatmodjo. *Promosi Kesehatan Teori dan Perilaku Kesehatan*, hal 194-. Jakarta, 2012.
3. Soekidjo Notoatmodjo. *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*. Jakarta, 2015.
4. Blum H. L. *Status Derajat Kesehatan*. Jakarta, 2010.
5. Kemenkes RI. Peraturan menteri kesehatan RI nomor 3 tahun 2014 tentang Sanitasi total berbasis masyarakat.
6. Kemenkes RI. Pedoman Pelaksanaan Teknis STBM Tahun 2012. *Kesehatan* 2012; 1–72.
7. Dinas Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Timur. Revolusi KIA NTT: Semua Ibu Hamil Melahirkan di Fasilitas Kesehatan yang Memadai. *Dinas Kesehat Provinsi Nusa Tenggara Timur Kementerian Kesehat Republik Indones* 2017; 1–304.
8. Desk LAMPIRAN PROFIL KESEHATAN KAB.
9. kemenkes.kurikulum dan modul pelatihan fasilitator stbm sanitsi total berbasis masyarakat di indonesia.
10. Lap_Akses_Kemajuan_KAB_091221.
11. Sutiyono, Shaluhayah Z, Purnami CT. Analisis Pelaksanaan Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) Sebagai Strategi Peningkatan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PPHBS) Masyarakat oleh Petugas Puskesmas Kabupaten Grobogan. *J Manaj Kesehat Indones*

- 2014; 02: 26–35.
12. Direktorat Kesehatan Lingkungan, Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat, Kementerian Kesehatan RI. *Roadmap STBM tahun 2015-2019*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI, 2016.
 13. Ditjen PP dan PL. *Pedoman pelaksanaan sanitasi total berbasis masyarakat (STBM)*. Depkes RI, 2011.
 14. Menteri Kesehatan RI no 3 tahun 2014. Sanitasi total berbasis masyarakat.
 15. Babs S, Kabupaten K, Pekalongan K, et al. *M k m i*. 2020; 402–411.
 16. Masyarakat B, Pilar S, Wilayah DI. *EVALUASI PELAKSANAAN PROGRAM SANITASI TOTAL*. 2021; 109–126.
 17. Kiprah. Jangan anggap sepeleh BAB sembarangan. *Kiprah*; 50.
 18. Davik FI. Evaluasi Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat Pilar Stop BABS di Puskesmas Kabupaten Probolinggo. *J Adm Kesehat Indones* 2016; 4: 107.
 19. Ashari AE, Akbar F. Evaluasi Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat Di Kabupaten Mamuju. *J Kesehat Manarang* 2017; 2: 6.
 20. Profil Puskesmas Jawakisa.
 21. Siwiendrayanti A, Semarang UN. Hubungan Praktik Cuci Tangan, Kriteria Pemilihan Warung Makan Langganan dan Sanitasi Warung dengan Kejadian Diare pada Mahasiswa Universitas Negeri Semarang. *Unnes J Public Heal*; 4. Epub ahead of print 2015. DOI: 10.15294/ujph.v4i1.4708.
 22. Kemenkes RI. Buku saku cuci tangan pakai sabun di masyarakat.
 23. Astuti FD, Rokhmayanti. Pengelolaan sampah sebagai pencegahan penyakit tular vektor. 2019; 273–276.