



**KAJIAN PELAKSANAAN PROGRAM SANITASI TOTAL BERBASIS
MASYARAKAT DI DESA JELBUK KECAMATAN JELBUK
KABUPATEN JEMBER TAHUN 2014**

SKRIPSI

Oleh

**Verdiana Dwi Juniantin
092110101071**

**BAGIAN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2015**



**KAJIAN PELAKSANAAN PROGRAM SANITASI TOTAL BERBASIS
MASYARAKAT DI DESA JELBUK KECAMATAN JELBUK
KABUPATEN JEMBER TAHUN 2014**

SKRIPSI

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat
untuk menyelesaikan program pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat
dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh

**Verdiana Dwi Juniantin
092110101071**

**BAGIAN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2015**

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk :

1. Allah S.W.T berkat limpahan rahmat hidayah-Nya saya bisa menyelesaikan skripsi ini;
2. Kedua orang tua saya, Ibu Sunik Endang Wahyuni dan Bapak Suparman serta kakak tercinta Veny Resti Viantin yang mencurahkan kasih sayang, dukungan baik moril maupun materiil, serta tak pernah lelah untuk menemani, menasehati dan memberikan do'a yang tak pernah berhenti mengiringi setiap langkah hidupku. Semoga Allah S.W.T senantiasa melimpahkan kesehatan dan kebahagiaan;
3. Para Guru-guru, TK Darmawanita, SDN 05 Bangsalsari, SMPN 01 Bangsalsari, SMAN 01 Rambipuji, sampai Perguruan Tinggi, yang telah memberikan ilmu, pengalamannya, serta membimbing saya dengan penuh kasih sayang dan kesabaran;
4. Pembimbing-pembimbing yang telah banyak mengajari dan mengarahkan serta memberikan semangat;
5. Para sahabat saya Arsyifa, Danang, Nuril, Agung dan teman-teman kosan merpati 4 yang senantiasa temani, canda, tawa dan tak bosan-bosanya memberiku semangat;
6. Agama, Bangsa, dan Almamater tercinta Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

MOTTO

“Orang yang hebat tidak dihasilkan melalui kemudahan, kesenangan, dan kenyamanan tetapi melalui kesukaran, tantangan, dan air mata”

“The illerate of the 21st century will not be those who cannot read and write, but those who cannot learn, unlearn, and relearn.”

*(*Alvin Toffler*)

*) Alvin Toffler . 2009. *Powershift: Knowledge, Wealth, and Power at the Edge of the 21st Century*

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Verdiana Dwi Juniantin

NIM : 092110101071

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul “*Kajian Pelaksanaa Program Evaluasi Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat di Desa Jelbuk Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember Tahun 2014*” adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali kutipan yang sudah saya sebutkan sumbernya, sebelum pernah diajukan pada institusi mana pun, dan bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa ada tekanan dan paksaan dari pihak mana pun serta bersedia mendapatkan sanksi akademik jika ternyata dikemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember,

Yang menyatakan,

Verdiana Dwi juniantin

NIM. 092110101071

SKRIPSI

**KAJIAN PELAKSANAAN PROGRAM SANITASI TOTAL BERBASIS
MASYARAKAT DI DESA JELBUK KECAMATAN JELBUK
KABUPATEN JEMBER TAHUN 2014**

Oleh

Verdiana Dwi Juniantin
NIM : 092110101071

Pembimbing :

Dosen Pembimbing Utama : Hj. Sri Utami., S.KM., MM
Dosen Pembimbing Anggota : Eri Witcahyo., S.KM., M.Kes

PENGESAHAN

Skripsi berjudul *Kajian Pelaksanaan Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat di Desa Jelbuk Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember Tahun 2014* telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada:

Hari : Kamis
Tanggal : 25 Juni 2015
Tempat : Fakultas Kesehatan Masyarakat

Tim Penguji:

Ketua,

Sekretaris,

Khoiron, S.KM., M.Sc
NIP. 19780315 200501 1 002

Cristiyana Sandra, S.KM., M.Kes
NIP. 198204162010122003

Anggota

Drs. Sugeng Catur Wibowo
NIP. 19610615 198111 1 002

Mengsahkan
Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Jember,

Drs. Husni Abdul Gani, M.S.
NIP. 19560810 198303 1 003

RINGKASAN

KAJIAN PELAKSANAAN PROGRAM SANITASI TOTAL BERBASIS MASYARAKAT (STBM) DI DESA JELBUK KECAMATAN JELBUK KABUPATEN JEMBER TAHUN 2014; Verdiana Dwi Juniantin; 092110101071; 2015; 100 halaman; Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Di Kabupaten Jember masih banyak masyarakat yang memiliki kebiasaan buang air besar sembarangan. Berdasarkan informasi yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember saat ini dari 289 desa masih 41 desa yang sudah bebas buang air besar sembarangan. Salah satu desa yang masih jauh di bawah target yaitu Desa Jelbuk, setelah dilakukan pemecuan kelompok masyarakat terkecil yang masih melakukan buang air besar sembarangan yaitu 891 dari jumlah keseluruhan 1740 kelompok terkecil masyarakat. Mengatasi masalah tersebut pemerintah Indonesia melalui kementerian kesehatan Republik Indonesia telah mengembangkan dokumen Strategi Nasional Sanitasi Total Berbasis Masyarakat. Dengan dikeluarkannya Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 tahun 2014, yang menjadikannya sebagai Program yang menargetkan bahwa pada akhir tahun 2014, tidak akan ada lagi masyarakat Indonesia yang melakukan praktik buang air besar sembarangan.

Tujuan penelitian ini adalah mengkaji faktor *input*, proses, dan *output* pelaksanaan STBM. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif kualitatif. Jumlah informan sebanyak 6 informan yaitu 1 orang Kepala seksi kesehatan lingkungan Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, 1 orang Kepala Puskesmas, 1 penanggung jawa program kesehatan lingkungan, 1 orang Ketua Komite, dan dua orang sasaran program. Data primer pada penelitian ini adalah data mengenai pelaksan program, pendukung program, dan sasaran, pengetahuan pelaksana program, sasaran, metode pelaksanaan, pendanaan, target waktu keberhasilan program dan terkait faktor *proses* serta *output*. Data yang terkumpul selanjutnya dianalisis secara deskriptif.

Hasil penelitian melalui wawancara mendalam dengan informan menunjukkan bahwa dari faktor input yang terdiri dari beberapa aspek *man*,

money, materials, market, dan time bound sebagian sudah sesuai dengan Panduan Undang-undang nomor 3 tahun 2014, namun ada beberapa aspek yang masih belum sesuai yaitu pada aspek *man* untuk mengalami keterbatasan tenaga ahli, sehingga dalam melakukan pemicuan harus mendatangkan dari Puskesmas terdekat. Target pencapaian merupakan hal yang sulit untuk ditentukan. Perubahan perilaku membutuhkan waktu yang cukup lama untuk dapat berubah, karena sudah merupakan budaya yang melekat serta merupakan kebiasaan yang sudah dapat diterima di lingkungan masyarakat. Faktor proses untuk Perencanaan yang dilakukan masih belum terlaksana secara keseluruhan, tujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya masih belum tercapai. Pemicuan sudah dilaksanakan sesuai dengan Undang-undang. Pengorganisasian mulai dari pembagian kerja, rentang komando sudah sesuai dengan tugas masing-masing. Kepemimpinan, motivasi serta komunikasi yang telah dilakukan seorang atasan kepada bawahan sudah dilakukan tetapi dalam jangka waktu dekat pasca pemicuan. Pencatatan dan pelaporan hasil pemantauan perkembangan program sudah sesuai dengan Undang-undang. Supervisi sudah dilakukan oleh Puskesmas serta komite ke masyarakat. Sedangkan faktor *output* yaitu keberhasilan program yang dilihat dari perubahan perilaku. Pencapaian Tahun 2015 untuk keberhasilan program masih dibawah target yaitu 51% di Desa Jelbuk.

Kesimpulan dari penelitian ini adalah beberapa aspek dari faktor Input telah sebagian sesuai dengan panduan Undang-undang Nomor 3 tahun 2014, namun masih mengalami keterbatasan tenaga ahli. Target pencapaian yang masih jauh di bawah target desa bebas buang air besar sembarangan. Beberapa aspek proses diantaranya tujuan yaitu meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya masih belum tercapai. Namun Untuk pengorganisasian mulai dari pembagian kerja, rentang komando sudah sesuai dengan tugas masing-masing. Kepemimpinan, motivasi serta komunikasi yang telah dilakukan seorang atasan kepada bawahan sudah dilakukan, tetapi dalam jangka waktu dekat pasca pemicuan. Pencatatan dan pelaporan hasil pemantauan perkembangan program sudah sesuai. Hasil pencapaian yang diperoleh hingga saat ini yaitu 51% di Desa Jelbuk.

SUMMARY

The study of community-based total sanitation program (STBM) implementation in Jelbuk village-Jelbuksubdistrict of Jember District 2014; Verdiana Dwi Juniantin; 092110101071; 2015;100 pages; Administration of Health and Policy Faculty of Public Health University of Jember

There are many people in Jember district who still defecate at improper place. Based on the information from Jember health office, only people in 41 villages out of 289 villages who have habit to defecate anywhere. One of the villages that is still far below the target of villages Jelbuk, after triggering the smallest community groups who still defecate anywhere that 891 of the total 1740 community smallest group. The solution of the problem is health ministry of Indonesia as the representative of Indonesia government has made a national strategy document of community-based total sanitation program. Based on the target of health ministry of Indonesia regulation number 3, 2014, in the end of 2014 there will be no more Indonesian who practice improper defecate.

The purpose of this study is to study factors related to STBM implementation such as input, process, and output. This is qualitative-descriptive study. The informan which is needed were 6 including the chief of environment health department of Jember health office, the chief of Jelbuk community health center, environmental health coordinator the chief of committee, and two targets of STBM. The primary data of this study were the data of the implementation program, supporting data for the program, targets, the program director's knowledge, the target's knowledge, method of the program, funding, the deadline of the program's goal, and things for process and output factors. The data were analyzed in descriptively.

The result of this study based on the deep interview with informans showed that input factor consist of five aspects such as man, money, materials, market, and time bound is compatible according to the regulation number 3,2014, but some aspects is not compatible yet, such as the man aspect because of the expert worker insufficiency. The Officer from near community health center need to be presented for the trigger program. The goals was hard to achieve. The behaviour needs a lot of time to change because it has already became a culture and habit in the society. The process factor consist of planning, organizing, motivating and supervising, controlling, and assessment. The planning was not done yet, the goals to increase

the society health status was not accomplished. The trigger program was done according to the regulation. The organizing part including job classifying and commanding was compatible according to each job description. Leadership, motivate, and communicate was done by the chief to his men but the near term post triggering. Record and report of the program development monitoring was compatible according to the supervision regulation. It was done by the community health center and the committee to the society. The output factor is the effectivity of the program that can be seen from behavior change. The effectivity of the program in 2015 is only 51% and it is still under target the Jelbuk village.

The conclusion of this study showed that some aspects of input factor are compatible according to the 2014 regulation number 3, but the availability of expert worker is incompatible according to the regulation. The attainment targets are still far below the target of any free village defecation. Process aspect to increase the society health status is not accomplished yet, but the organizing part including job classifying and commanding was compatible according to each job description. Leadership, motivate, and communicate was done by the chief to his men but the near term post triggering. Record and report of the program development monitoring was compatible according to the supervision regulation. Record and report of the program development monitoring was compatible according to the supervision regulation. The effectivity of the program in Jelbuk village is only 51%.

PRAKATA

Syukur Alhamdulillah kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga penulis mampu menyelesaikan penulisan proposal yang berjudul “ *Kajian Pelaksanaan Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat di Desa Jelbuk Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember Tahun 2014*”.

Ucapan terimakasih dan penghargaan penulis sampaikan kepada Ibu Sri Utami, S.KM., MM dan Bapak Eri Witcahyo., S.KM., M.Kes, selaku dosen pembimbing yang telah memberikan petunjuk, saran, dan koreksi dalam penyusunan skripsi ini. Terimakasih dan penghargaan kami sampaikan pula kepada yang terhormat :

1. Bapak Drs. Husni Abdul Gani, M.S., selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas jember
2. Bapak Catur selaku Kepala Seksi Kesehatan lingkungan Dinas Kesehatan Kabupaten Jember
3. dr. Alfi Yudisianto selaku Kepala Puskesmas Jelbuk Kabupaten Jember dan Bapak Roy'is, Amd.,Kep selaku Penanggung Jawab Program Kesehatan lingkungan Puskesmas jelbuk Kabupaten Jember
4. Abu Khoiri, S.KM., M.Kes., Nuryadi, S.KM., M.Kes., Christyana Sandra, S.KM., M.Kes., Yennike Tri Herawati., S.KM., M.Kes selaku Dosen peminatan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan
5. Kedua orang tua saya Ibu Sunik Endang Wahyuni dan Bapak Suparman terimakasih atas do'a, dukungan, dan pengorbanan bapak dan ibu selama ini
6. Kakak saya Veny Resta Viantin, keponakan saya Arsyifa Jazila Rafani, dan Keluarga besar saya, terimakasih atas do'a, dukungan dan perhatiannya selama ini
7. Teman-teman terbaik saya, Danang, Dita anggraeni, Agung, Nuril

8. Seluruh pihak yang telah memberikan kontribusi bagi terselesaikannya skripsi ini.
9. Teman-teman kosan Merpati empat yang selalu setia menemani.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih belum sempurna. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran dari semua pihak demi kesempurnaan penyusunan skripsi ini. Penulis berharap semoga skripsi ini dapat memberikan manfaat bagi khasanah ilmu pengetahuan, terutama di bidang Kesehatan Masyarakat. Atas perhatian dan dukungannya, penulis menyampaikan terima kasih.

Jember, 25 Juni 2015

Penulis,

Verdiana Dwi Juniantin

DAFTAR ISI

	Halaman
JUDUL	i
HALAMAN SAMPUL	ii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iii
HALAMAN MOTTO	iv
HALAMAN PERNYATAAN	v
HALAMAN PEMBIMBING	vi
HALAMAN PENGESAHAN	vii
RINGKASAN	viii
SUMMARY	x
PRAKATA	xii
DAFTAR ISI	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xviii
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus.....	5
1.4 Manfaat Penelitian	5
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	5
1.4.2 Manfaat Praktis.....	5
1.4.3 Manfaat Peneliti.....	6
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Konsep Puskesmas	7
2.1.1 Definisi Fasilitas Pelayanan Kesehatan.....	7

2.1.2 Dinas Kesehatan Kabupaten.....	7
2.1.3 Puskesmas.....	7
2.1.4 Karakteristik Wilayah Kerja.....	7
2.1.5 Prinsip Penyelenggaraan Puskesmas.....	10
2.1.6 Wewenang Puskesmas.....	11
2.1.7 Persyaratan Puskesmas.....	11
2.1.8 Prasaranan Puskesmas.....	12
2.1.9 Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP).....	12
2.1.10 Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM).....	13
2.2 Upaya Kesehatan Lingkungan.....	14
2.2.1 Derajat Kesehatan Masyarakat.....	15
2.2.2 Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS).....	15
2.2.3 Program PHBS.....	15
2.2.4 Indikator PHBS.....	16
2.3 Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat.....	17
2.3.1 Pengertian STBM.....	17
2.3.2 Tujuan STBM.....	18
2.3.3 Pemicuan.....	18
2.3.4 Tanggung Jawab dan Peran Pemerintah.....	18
2.3.5 Pembinaan dan Pengawasan.....	19
2.3.6 <i>Open Defecation Free</i> (ODF).....	20
2.3.6 Komponen STBM.....	20
2.4 Teori Evaluasi Program.....	22
2.4.1 Pengertian Evaluasi Program.....	22
2.4.2 Pengertian program.....	24
2.4.3 Dimensi dan Tahapan Evaluasi Program.....	25
2.4.4 Tujuan Evaluasi Program.....	26
2.5 Pendekatan Sistem.....	27
2.5.1 <i>Input</i>	28
2.5.2 Proses.....	31

2.4.1 <i>Output</i>	37
2.6 Kerangka Konseptual Penelitian	38
BAB 3.METODE PENELITIAN	40
3.1 Jenis Penelitian	40
3.2 Tempat dan Waktu Penelitian	40
3.2.1 Tempat Penelitian.....	40
3.2.2 Waktu Penelitian.....	40
3.3 Sasaran dan Penentuan Informan Penelitian	41
3.3.1 Sasaran Penelitian.....	41
3.3.2 Penentuan Informan Penelitian.....	41
3.4 Fokus Penelitian dan Pengertian	42
3.5 Data dan Sumber Data	45
3.5.1 Data Primer.....	46
3.5.2 Data Sekunder.....	46
3.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data	46
3.6.1 Teknik Pengumpulan Data	46
3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data.....	47
3.6.3 Teknik Penyajian Data	47
3.6.4 Teknik Analisis Data.....	48
3.7 Kerangka Operasional	50
BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN	
4.1 Gambaran Lokasi Penelitian	51
4.1.1 Profil Puskesmas Jelbuk.....	51
4.1.2 Visi dan Misi Puskesmas Jelbuk.....	51
4.1.3 Letak Geografis Puskesmas Jelbuk.....	52
4.1.4 Program Kesehatan Puskesmas Jelbuk.....	52
4.2 Hasil Penelitian	53
4.2.1 Faktor Input STBM.....	53
4.2.2 Faktor Proses Pelaksanaan.....	66

4.2.3 Faktor Output STBM.....	73
4.3 Pembahasan.....	74
4.3.1Faktor Input STBM.....	74
4.3.2 Faktor Proses Pelaksanaan.....	88
4.3.3 Faktor Output STBM.....	99
BAB 5. PENUTUP	101
5.1 Kesimpulan.....	101
5.2 Saran.....	102
DAFTAR PUSTAKA.....	103
LAMPIRAN.....	104

DAFTAR LAMPIRAN

A. Lampiran Lembar Persetujuan Informan.....	104
B. Lampiran Panduan Wawancara Informan Kunci.....	105
C-1 Lampiran Panduan Wawancara Informan Utama.....	109
C-2 Lampiran Panduan Wawancara Informan Utama.....	113
D-1 Lampiran Panduan Wawancara Informan Tambahan.....	117
D-2 Lampiran Panduan Wawancara Informan Tambahan.....	120
E. Lampiran Dokumentasi Kegiatan.....	123
F. Lampiran Dokumentasi STBM.....	125
G. Lampiran Undang-undang STBM.....	126
H. Lampiran Surat Ijin Penelitian dari Dinas Kesehatan Jember.....	166
H. Lampiran Surat Ijin dari Badan Kesatuan Bangsa dan Politik.....	167

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Menurut Hendrik L. Blum (2007), derajat kesehatan dipengaruhi empat faktor yaitu faktor lingkungan, perilaku masyarakat, pelayanan kesehatan, dan keturunan. Faktor lingkungan inilah yang paling besar menentukan status kesehatan. Kedua adalah pelayanan kesehatan diantaranya adalah sumber daya manusia yang kompeten dan siap siaga dalam melayani masyarakat. Ketersediaan tenaga dan tempat pelayanan yang memadai. Faktor ketiga adalah faktor perilaku dalam hal ini faktor yang paling berpengaruh adalah faktor pemahaman dan tingkat pengetahuan masyarakat kesehatan. Faktor terakhir adalah keturunan. Semua faktor saling berkaitan satu sama lain (Notoatmodjo, 2007).

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 besar ke sungai, sawah, kolam, kebun dan tempat terbuka lainnya. Studi *Basic Human Service (BHS)* di Indonesia tahun 2006, menunjukkan perilaku masyarakat untuk mencuci tangan dilakukan : (i) setelah buang air besar 12%; (ii) setelah membersihkan tinja bayi dan balita 9%; sebelum makan 14%; (iv)sebelum memberi makan bayi 7%; (v) sebelum menyiapkan makanan 6%. Sementara studi *BHS* lainnya terhadap perilaku pengelolaan air minum rumah tangga, menunjukkan 99,20% telah merebus air untuk mendapatkan air minum, akan tetapi 47,50% dari air minum tersebut masih mengandung *Eschericia coli*.

Implikasinya, diare yang merupakan penyakit berbasis lingkungan, masih merupakan pembunuh nomor satu untuk kematian bayi di Indonesia dan menyumbang 42% dari penyebab kematian bayi usia 0-11 bulan. Di Indonesia, sekitar 162 ribu balita meninggal setiap tahun atau sekitar 460 balita setiap harinya. Dari sudut pandang ekonomi, Indonesia mengalami kerugian sekitar \$6,3 miliar akibat buruknya kondisi sanitasi dan higien. Ini setara dengan 2,3% dari besarnya produk domestik bruto (Riset Kesehatan Dasar 2009).

Hasil studi WHO (2007), menunjukkan intervensi lingkungan melalui modifikasi lingkungan dapat menurunkan risiko penyakit diare sampai dengan 94%. Modifikasi lingkungan tersebut termasuk di dalamnya penyediaan air bersih menurunkan risiko 25%, pemanfaatan jamban menurunkan risiko 32%, pengelolaan air minum tingkat rumah tangga menurunkan risiko sebesar 39% dan cuci tangan pakai sabun menurunkan risiko sebesar 45%.

Laporan kemajuan *Millenium Development Goals (MDGs)* yang dikeluarkan oleh Bappenas pada tahun 2010 mengindikasikan bahwa peningkatan akses masyarakat terhadap jamban sehat (target MDGs 7.C) ini tergolong pada target yang membutuhkan perhatian khusus, karena kecepatannya akses yang tidak sesuai dengan harapan. Akses masyarakat pada jamban keluarga yang layak pada tahun 2009 sebesar 34%, sedangkan target akses jamban pada tahun 2015 sebesar 55,6%. Peningkatan akses masyarakat pada jamban dari sisa waktu 6 tahun dari tahun 2009 sampai tahun 2015 yaitu terdapat ceruk 21%. Sasaran sanitasi MDGs dapat dicapai dengan cara mempercepat akses sanitasi baik diperdesaan maupun di perkotaan. Anggaran pemerintah yang terbatas dalam mencapai keberhasilan MDGs, maka perlu dilakukan cara yang lebih efektif dan inovatif.

Berdasarkan paradigma sehat ditetapkan visi Indonesia sehat 2010, ada 3(tiga) pilar yaitu perlu perhatian khusus, yaitu lingkungan sehat, perilaku sehat dan pelayanan kesehatan yang bermutu, adil dan merata. Untuk perilaku sehat bentuk konkritnya yaitu perilaku proaktif memelihara dan meningkatkan kesehatan. Mencegah terjadinya risiko penyakit, melindungi diri dari ancaman penyakit serta berpartisipasi aktif dalam upaya kesehatan (Depkes RI, 2008).

Mengatasi masalah tersebut pemerintah Indonesia melalui kementerian kesehatan Republik Indonesia telah mengembangkan dokumen Strategi Nasional Sanitasi Total Berbasis Masyarakat yang selanjutnya disingkat dengan STBM. Dengan dikeluarkannya Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 tahun 2014, yang menjadikan STBM sebagai Program Nasional dan merupakan salah satu sasaran utama dalam RPJMN 2010-2014, yang menargetkan bahwa pada akhir tahun 2014, tidak akan ada lagi masyarakat Indonesia yang melakukan praktik buang air besar sembarangan (Pedoman STBM, 2011).

STBM merupakan pendekatan dan paradigma baru pembangunan sanitasi di Indonesia yang mengedepankan pemberdayaan masyarakat dan perubahan perilaku. STBM ditetapkan sebagai kebijakan nasional berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 tahun 2014 untuk mempecepat pencapaian MDGs tujuan 7C, yaitu mengurangi hingga setengah penduduk yang tidak memiliki akses terhadap air bersih dan sanitasi pada tahun 2015. Tahun 2014, Kepmenkes ini diganti dengan Peraturan Menteri Kesehatan N0.3 Tahun 2014 tentang STBM (Kemenkes RI, 2014).

Di Kabupaten Jember masih banyak masyarakat yang memiliki kebiasaan Buang Air Besar Sembarangan (BABS). Berdasarkan studi pendahuluan per tanggal 22 Mei 2014 dengan Kepala Seksi Kesehatan Lingkungan Dinas Kesehatan Kabupaten Jember bahwa sejak tahun 2008 telah menerapkan program Nasional yaitu STBM Stop BABS. Data yang diperoleh per tanggal 22 Mei 2014 dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember didapatkan bahwa dari 31 Kecamatan ada beberapa Kecamatan yang masih belum mencapai target untuk membentuk desa ODF. Standar untuk menjadi desa ODF harus mencapai 100% KK yang memiliki jamban. ODF (*Open Defecation Free*) yang merupakan suatu kondisi dimana masyarakat atau suatu komunitas tidak ada lagi yang melakukan BABS. Kecamatan yang masih belum mencapai ODF diantaranya Kecamatan Sukorambi sebesar (59,7%), Kecamatan Puger (58,11%), Kecamatan Bangsalsari (54,89%), Kecamatan Ajung (54,76%), Kecamatan Sumbersari (52,91%), Kecamatan Sumberjambe (52,43%), Kecamatan Arjasa (50,31%), Kecamatan Ledokombo (50,06%), Kecamatan Pakusari (46,89%), Kecamatan Jenggawah (43,07%), Kecamatan Sukowono (40,44%), Kecamatan Mayang (35,72%), Kecamatan Silo (31,46%), Kecamatan Mumbulsari (26,53%), Kecamatan Jelbuk (20,36%) dan dapat diketahui dari data tersebut kecamatan Jelbuk merupakan kecamatan yang tergolong rendah dalam akses jamban.

Berdasarkan data yang diperoleh dari pusat pelaporan atau monitoring STBM-Indonesia dapat diketahui data OD (*Open Defecation*) atau masyarakat yang masih berperilaku buang air bersih sembarangan di beberapa desa di Kecamatan Jelbuk yaitu Jelbuk 891, Panduman 1910, Suco Pangepok 1890, Suger Kidul 913, Suko Jember 1487, Sukowiryo 1421. Berdasarkan data tersebut dapat

diketahui bahwa desa yang memiliki OD terendah yaitu desa Jelbuk yaitu 891 KK yang masih memiliki perilaku BAB sembarangan. Pada tahun 2018 pemerintah Kabupaten Jember merencanakan membentuk 248 desa ODF. Dinas Kesehatan Kabupaten Jember telah menargetkan setiap Puskesmas dalam satu tahun harus dapat membentuk satu desa ODF. (Dinas Kesehatan Jember, 2014)

Berdasarkan hasil wawancara dengan Koordinator Program kesehatan Lingkungan di Puskesmas Jelbuk Kabupaten Jember per tanggal 23 Mei 2014 bahwa masih banyak kendala dalam pencapaian desa ODF di desa Jelbuk. Namun sudah dilakukan pemicuan mulai pada bulan Maret tahun 2014 di desa Jelbuk dalam pencapaian desa ODF. Pemicuan ini dilakukan dengan membentuk komite di setiap desa. Komite dibentuk dari warga di desa setempat dan bertanggung jawab untuk tindak lanjut dalam proses pelaksanaan pencapaian desa ODF. Kendala yang masih sulit untuk membentuk desa ODF yaitu tradisi yang masih melekat, kebiasaan yang sangat sulit untuk dirubah, faktor biaya masyarakat yang lebih mementingkan kebutuhan lainnya dibandingkan dengan pencapaian desa ODF. Koordinator Program Kesehatan lingkungan di Puskesmas Jelbuk melakukan pemantauan perkembangan desa ODF setiap bulan, Namun perkembangan yang dicapai masih lambat hingga saat ini masih 891 kk yang melakukan BABS. Untuk pencapaian desa ODF di desa Jelbuk Koordinator program sanitasi dan kelompok kerja STBM di Puskesmas Jelbuk melakukan peningkatan pemicuan serta pemantauan perkembangan desa ODF di desa Jelbuk. Puskesmas Jelbuk juga membuka Klinik sanitasi setiap hari Rabu untuk konsultasi masyarakat tentang sanitasi di desanya (Puskesmas Jelbuk, 2014).

Berdasarkan latar belakang dan permasalahan di atas, perlunya dilakukan kajian tentang pelaksanaan sanitasi lingkungan yaitu STBM di Desa Jelbuk Wilayah Kerja Puskesmas Jelbuk. Kajian program STBM dapat dilakukan dengan pendekatan sistem, karena dapat dilihat dari beberapa permasalahan yang mencakup komponen yang ada pada input, proses, output. Penelitian akan menggambarkan pelaksanaan program sanitasi lingkungan yaitu STBM di Desa Jelbuk Wilayah Kerja Puskesmas Jelbuk.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana pelaksanaan program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat di Desa Jelbuk Wilayah Kerja Puskesmas Jelbuk Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember 2014?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Melakukan kajian pelaksanaan program STBM di Desa Jelbuk Wilayah Kerja Puskesmas Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember Tahun 2014.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengkaji Input (meliputi *Man, Money, Market, Methode, Material, Time bound*) Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat di Puskesmas Jelbuk Kabupaten Jember tahun 2014.
- b. Mengkaji Proses (meliputi perencanaan, pengorganisasian, penggerakan dan pelaksanaan, serta pengawasan, pengendalian dan penilaian) Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat Di Desa Jelbuk.
- c. Mengkaji Output Program yang meliputi pencapaian akses sanitasi masyarakat sebelum dan sesudah Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat Di Desa Jelbuk.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian diterapkan dapat menambah khasanah ilmu pengetahuan khususnya bagi ilmu kesehatan masyarakat tentang evaluasi program kesehatan.

1.4.2 Manfaat Praktisi

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi kepada pemerintah terutama Puskesmas, Dinas Kesehatan dan Lembaga yang terkait mengenai kebijakan yang berkaitan dengan program STBM dengan

harapan untuk mempertahankan desa ODF dan meningkatkan pelayanan kesehatan khususnya dalam penerapan program sanitasi lingkungan.

1.4.3 Manfaat Peneliti

Melalui penelitian yang dilakukan diharap dapat menambah pengetahuan dan pengalaman peneliti dalam melakukan penelitian Evaluasi Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat di Desa Jelbuk Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember.



BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Puskesmas

2.1.1 Definisi Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Fasilitas Pelayanan Kesehatan adalah suatu tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah dan masyarakat (Permenkes R1, 2014).

2.1.2 Dinas Kesehatan Kabupaten

Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota adalah satuan kerja pemerintahan daerah Kabupaten/Kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan urusan pemerintahan dalam bidang kesehatan di Kabupaten/Kota

2.1.3 Puskesmas

Pusat kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat.

2.1.4 Karakteristik Wilayah Kerja

a. Puskesmas kawasan perkotaan

Puskesmas kawasan perkotaan merupakan Puskesmas yang wilayah kerjanya meliputi kawasan yang memenuhi paling sedikit tiga dari empat kriteria kawasan perkotaan sebagai berikut :

1. aktivitas lebih dari 50% penduduknya pada sektor non agraris, terutama industri, perdagangan dan jasa;
2. adanya fasilitas perkotaan antara lain sekolah radius 2,5 km, pasar radius 2 km, memiliki rumah sakit radius dari 5 km, bioskop, atau hotel;

3. lebih dari 90% rumah tangga memiliki listrik;
4. terdapat akses jalan raya dan transportasi menuju fasilitas perkotaan.

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan oleh Puskesmas kawasan perkotaan memiliki karakteristik sebagai berikut :

1. memprioritaskan pelayanan UKM;
2. Pelayanan UKM dilaksanakan dengan melibatkan partisipasi masyarakat
3. Pelayanan UKP dilaksanakan oleh puskesmas dan fasilitas pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh pemerintah atau masyarakat
4. Optimalisasi dan peningkatan kemampuan jaringan pelayanan Puskesmas dan jejaring fasilitas pelayanan Kesehatan
5. Pendekatan pelayanan yang diberikan berdasarkan kebutuhan dan permasalahan yang sesuai dengan pola kehidupan masyarakat perkotaan.

b. Puskesmas kawasan pedesaan

Puskesmas kawasan pedesaan merupakan Puskesmas yang wilayah kerjanya meliputi kawasan yang memenuhi paling sedikit tiga dari empat kriteria kawasan pedesaan sebagai berikut :

1. Aktivitas lebih dari lima puluh persen penduduk pada sektor agraris
2. Memiliki fasilitas antara lain sekolah radius lebih dari 2,5 km, pasar dan perkotaan radius lebih dari 2 km, rumah sakit radius lebih dari 5 km, tidak memiliki fasilitas berupa bioskop dan hotel
3. Lebih dari 90% rumah tangga memiliki listrik
4. Terdapat akses jalan dan transportasi menuju fasilitas

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan oleh Puskesmas kawasan pedesaan memiliki karakteristik sebagai berikut:

1. Pelayanan UKM dilaksanakan dengan melibatkan partisipasi masyarakat

2. Pelayanan UKP dilaksanakan oleh Puskesmas dan fasilitas pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh masyarakat
3. Optimalisasi dan peningkatan kemampuan jaringan pelayanan Puskesmas dan jejaring fasilitas pelayanan kesehatan
4. Pendekatan pelayanan yang diberikan menyesuaikan dengan pola kehidupan masyarakat pedesaan

c. Puskesmas kawasan terpencil dan sangat terpencil

Puskesmas kawasan terpencil dan sangat terpencil merupakan Puskesmas yang wilayah kerjanya meliputi kawasan dengan karakteristik sebagai berikut:

1. Berada di wilayah yang sulit di jangkau atau rawan bencana, pulau kecil gugus pulau, atau pesisir
2. Akses transportasi umum rutin satu kali dalam minggu, jarak tempuh pulang pergi dari Ibukota Kabupaten memerlukan waktu lebih dari 6 jam, dan transportasi yang ada sewaktu-waktu dapat terhalang iklim atau cuaca
3. Kesulitan pemenuhan bahan pokok dan kondisi keamanan yang tidak stabil

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan oleh Puskesmas kawasan terpencil dan sangat terpencil memiliki karakteristik sebagai berikut :

1. Memberikan pelayanan UKM dan UKP dengan penambahan kompetensi tenaga kesehatan
2. Dalam pelayanan UKP dapat dilakukan penambahan kompetensi dan kewenangan tertentu bagi dokter, perawat, dan bidan
3. Pelayanan UKM diselenggarakan dengan memperhatikan kearifan lokal
4. Pendekatan pelayanan yang memberikan menyesuaikan dengan pola kehidupan masyarakat di kawasan terpencil dan sangat terpencil
5. Optimalisasi dan peningkatan kemampuan jaringan pelayanan Puskesmas dan jejaring fasilitas pelayanan kesehatan

6. Pelayanan UKM dan UKP dapat dilaksanakan dengan pola gugus pulau atau pelayanan kesehatan bergerak untuk meningkatkan aksesibilitas.

2.1.5 Prinsip Penyelenggaraan Puskesmas

- a. Paradigma Sehat

Puskesmas mendorong seluruh pemangku kepentingan untuk berkomitmen dalam upaya mencegah dan mengurangi resiko kesehatan yang dihadapi individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.

- b. Pertanggungjawaban Wilayah

Puskesmas menggerakkan dan bertanggung jawab terhadap pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya

- c. Kemandirian Masyarakat

Puskesmas mendorong kemandirian hidup sehat bagi individu, keluarga, kelompok dan masyarakat

- d. Pemerataan

Puskesmas menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang dapat diakses dan terjangkau oleh seluruh masyarakat di wilayah kerjanya secara adil tanpa membedakan status sosial, ekonomi, agama, budaya dan kepercayaan

- e. Teknologi Tepat Guna

Puskesmas menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan memanfaatkan teknologi tepat guna yang sesuai dengan kebutuhan pelayanan, mudah di manfaatkan dan tidak berdampak buruk bagi lingkungan.

- f. Keterpaduan dan Kesinambungan

Puskesmas mengintegrasikan dan mengoordinasikan penyelenggaraan UKM dan UKP lintas program dan lintas sektor serta melaksanakan Sistem Rujukan yang didukung dengan manajemen Puskesmas

2.1.6 Wewenang Puskesmas

Menurut Permenkes nomor 75 tahun 2014 dalam menyelenggarakan fungsi sebagai penyelenggara UKM tingkat pertama dan penyelenggara UKP tingkat pertama di wilayah kerjanya Puskesmas berwenang untuk :

- a. Melaksanakan perencanaan berdasarkan analisis masalah kesehatan masyarakat dan analisis kebutuhan pelayanan yang diperlukan
- b. Melaksanakan advokasi dan sosialisasi kebijakan kesehatan
- c. Melaksanakan komunikasi, informasi, edukasi dan pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan
- d. Menyelenggarakan masyarakat untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah kesehatan pada setiap tingkat perkembangan masyarakat yang bekerja sama dengan sektor lain terkait
- e. Melaksanakan pembinaan teknis terhadap jaringan pelayanan dan upaya kesehatan berbasis masyarakat
- f. Melaksanakan peningkatan kompetensi sumber daya manusia Puskesmas
- g. Memantau pelaksanaan pembangunan agar berwawasan kesehatan
- h. Melaksanakan pencatatan, pelaporan dan evaluasi terhadap akses, mutu dan cakupan Pelayanan Kesehatan
- i. Memberikan rekomendasi terkait masalah kesehatan masyarakat, termasuk dukungan terhadap sistem kewaspadaan dini dan respon penanggulangan penyakit

2.1.7 Persyaratan Puskesmas

- a. Puskesmas harus didirikan pada setiap kecamatan
- b. Dalam kondisi tertentu, pada satu kecamatan dapat didirikan lebih dari satu Puskesmas
- c. Kondisi tertentu, ditetapkan berdasarkan pertimbangan kebutuhan pelayanan, jumlah penduduk dan aksesibilitas
- d. Pendirian Puskesmas harus memenuhi persyaratan lokasi, bangunan, prasarana, peralatan kesehatan, ketenagaan, kefarmasian dan laboratorium.

e. Lokasi pendirian Puskesmas harus memenuhi persyaratan:

1. Geografis
2. Aksesibilitas untuk jalur transportasi
3. Kontur tanah
4. Fasilitas parkir
5. Fasilitas keamanan
6. Ketersediaan utilitas publik
7. Pengelolaan kesehatan lingkungan
8. Kondisi lainnya

f. Pendirian puskesmas harus memperhatikan ketentuan teknis pembangunan gedung negara.

2.1.8 Prasarana Puskesmas

Puskesmas harus memiliki prasarana yang berfungsi yaitu :

- a. Sistem Penghawaan (ventilasi)
- b. Sistem Pencahayaan
- c. sistem Sanitasi
- d. Sistem Kelistrikan
- e. Sistem komunikasi
- f. Sistem gas medik
- g. Sistem proteksi petir
- h. Sistem proteksi kebakaran
- i. Sistem pengendalian kebisingan
- j. Sistem transportasi vertikal untuk bangunan lebih dari satu lantai
- k. kendaraan Puskesmas keliling
- l. Kendaraan ambulans

2.1.9 Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP)

Upaya Kesehatan Perseorangan yang selanjutnya disingkat UKP adalah suatu kegiatan atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang ditujukan

untuk peningkatan, pencegahan, penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit dan memulihkan kesehatan perseorangan.

Upaya Kesehatan Perseorangan tingkat pertama dilaksanakan dalam bentuk :

1. Rawat jalan
2. Pelayanan gawat darurat
3. Pelayanan satu hari (*one day care*)
4. *Home care*
5. Rawat inap berdasarkan pertimbangan kebutuhan pelayanan kesehatan.

Upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama dilaksanakan sesuai dengan standar prosedur operasional dan standar pelayanan.

2.1.10 Upaya kesehatan Masyarakat (UKM)

Upaya Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disingkat UKM adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menanggulangi timbulnya masalah kesehatan dengan sasaran keluarga, kelompok, dan masyarakat. Upaya Kesehatan Masyarakat tingkat pertama meliputi :

1. Upaya Kesehatan Masyarakat Esensial meliputi :
 - a. Pelayanan promosi kesehatan
 - b. Pelayanan kesehatan lingkungan
 - c. Pelayanan kesehatan ibu, anak, dan keluarga berencana
 - d. Pelayanan gizi
 - e. Pelayanan pencegahan dan pengendalian penyakit

Upaya kesehatan masyarakat esensial harus diselenggarakan oleh setiap Puskesmas untuk mendukung pencapaian standar pelayanan minimal atau kota bidang kesehatan.

2. Upaya Kesehatan Masyarakat Pengembangan

Upaya Kesehatan Masyarakat Pengembangan merupakan upaya kesehatan masyarakat yang kegiatannya memerlukan upaya yang sifatnya inovatif atau

bersifat ekstensifikasi dan intensifikasi pelayanan, disesuaikan dengan prioritas masalah kesehatan, kekhususan wilayah kerja dan potensi sumber daya yang tersedia di masing-masing Puskesmas.

2.2 Upaya Kesehatan Lingkungan

Menurut Undang-undang Nomor 36 tahun 2009, upaya kesehatan lingkungan ditujukan untuk mewujudkan kualitas lingkungan yang sehat, baik fisik, kimia, biologi, maupun sosial yang memungkinkan setiap orang mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Pemerintah daerah dan masyarakat menjamin ketersediaan lingkungan yang sehat dan tidak mempunyai risiko buruk bagi kesehatan. Lingkungan sehat mencakup lingkungan pemukiman, tempat kerja, tempat rekreasi, serta tempat dan fasilitas umum.

Unsur-unsur Lingkungan Sehat

Lingkungan sehat bebas dari unsur-unsur yang menimbulkan gangguan kesehatan, antara lain :

- a. Limbah cair
- b. Limbah padat
- c. Limbah gas
- d. Sampah yang tidak diproses sesuai dengan persyaratan yang ditetapkan pemerintah
- e. Binatang pembawa penyakit
- f. Zat kimia yang berbahaya
- g. Kebisingan yang melebihi ambang batas
- h. Radiasi sinar pengion dan non pengion
- i. Air yang tercemar
- j. Udara yang tercemar
- k. Makanan yang terkontaminasi

2.2.1 Derajat kesehatan

Menurut Hendrik L. Blum, derajat kesehatan dipengaruhi empat faktor yaitu faktor lingkungan, perilaku masyarakat, pelayanan kesehatan, dan keturunan. Faktor lingkungan inilah yang paling besar menentukan status kesehatan.

Kedua adalah pelayanan kesehatan diantaranya adalah sumber daya manusia yang kompeten dan siap siaga dalam melayani masyarakat. Ketersediaan tenaga dan tempat pelayanan yang memadai. Faktor ketiga adalah faktor perilaku dalam hal ini faktor yang paling berpengaruh adalah faktor pemahaman dan tingkat pengetahuan masyarakat terhadap kesehatan. Faktor terakhir adalah keturunan. Semua faktor saling berkaitan satu sama lain. (Notoatmodjo, 2007).

2.2.2 Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)

PHBS adalah semua perilaku kesehatan yang dilakukan atas kesadaran sehingga anggota keluarga dapat menolong dirinya sendiri di bidang kesehatan dan berperan aktif dalam kegiatan-kegiatan kesehatan di masyarakat adalah wujud kepedulian masyarakat yang sadar, mau dan mampu mempraktekkan PHBS. Dalam hal ini ada lima program prioritas yaitu KIA, Gizi, Kesehatan Lingkungan, Gaya Hidup, Dana Sehat atau Asuransi Kesehatan. (Depkes RI, 2011).

2.2.3 Program PHBS

Program PHBS adalah upaya untuk memberikan pengalaman belajar atau menciptakan suatu kondisi bagi perorangan, keluarga, kelompok, dan masyarakat, dengan membuka jalur komunikasi, memberikan informasi dan melakukan edukasi, untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku, melalui pendekatan pimpinan (*advokasi*), bina suasana (*social support*), dan pemberdayaan masyarakat (*Empowerment*). Dengan demikian masyarakat dapat mengenali dan mengatasi masalahnya sendiri, terutama dalam tatanan masing-masing, dan masyarakat dapat menerapkan cara-cara hidup sehat dengan menjaga, memelihara dan meningkatkan kesehatannya. (Notoatmodjo S, 2007).

2.2.4 Indikator PHBS

Rumah Tangga Ber-PHBS adalah rumah tangga yang memenuhi sepuluh indikator PHBS di rumah tangga. Namun, jika dalam rumah tangga tidak ada ibu yang melahirkan, tidak ada bayi dan tidak ada balita, maka pengertian Rumah Tangga Ber-PHBS adalah rumah tangga yang memenuhi hanya sepuluh indikator. Indikator PHBS di rumah tangga adalah :

1. Persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan adalah ibu bersalin yang mendapat pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan (dokter kandungan dan kebidanan, dokter umum dan bidan).
2. Memberikan bayi ASI eksklusif adalah bayi usia 0-6 bulan mendapat ASI saja sejak lahir sampai 6 bulan.
3. Menimbang balita setiap bulan adalah balita (umue 12-60 bulan) ditimbang setiap bulan dan tercatat di KMS atau bukan KIA.
4. Menggunakan air bersih adalah rumah tangga yang menggunakan air bersih untk kebutuhan sehari-hari yang berasal dari : air kemasan, air ledung, air pompa, sumur terlindungi, mata air terlindungi dan penampungan air hujan serta memenuhi syarat air bersih yaitu tidak berasa, tidak berbau dan tidak berwarna. Sumber air pompa, sumur dan mata air terlindung berjarak minimal 10 meter dari sumber pencemar seperti penampungan kotoran atau limbah.
5. Mencuci tangan dengan air bersih dan sabun adalah penduduk lima tahun keatas mencuci tangan sebelum makan dan sesudah buang air besar, sebelum memegang bayi, setelah mencebok anak, dan sebelum menyiapkan makanan menggunakan air bersih mengalir dan sabun.
6. Menggunakan jamban sehat adalah anggota rumah tangga yang menggunakan jamban leher angsa dengan tangki septik atau lubang penampungan kotoran sebagai pembuangan akhir dan terpelihara kebersihannya. Untuk daerah yang sulit air dapat menggunakan jamban cemplung, jamban plengsengan.

7. Memberantas jentik di rumah sekali seminggu adalah rumah tangga melakukan pemberantasan jentik nyamuk di dalam atau luar rumah tangga seminggu sekali dengan 3M plus atau abatisasi atau ikanisasi atau cara lain yang dianjurkan.
8. Makan sayur dan buah setiap hari adalah anggota rumah tangga umur 10 tahun ke atas yang mengkonsumsi minimal 2 porsi sayur dan 3 porsi buah atau sebaliknya setiap hari.
9. Melakukan aktifitas fisik setiap hari adalah penduduk atau anggota keluarga umur 10 tahun ke atas melakukan aktifitas fisik 30 menit setiap hari
10. Tidak merokok di dalam rumah adalah tidak merokok di dalam rumah ketika berada bersama anggota keluarga. (Rahmawati, 2012)

2.3 Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat

2.3.1 Pengertian STBM

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2014 Sanitasi Total Berbasis Masyarakat yang selanjutnya disingkat STBM adalah pendekatan untuk mengubah perilaku higienis dan saniter melalui pemberdayaan masyarakat dengan cara pemucuan. Pilar STBM merupakan perilaku higienis dan saniter yang digunakan sebagai acuan dalam penyelenggaraan STBM. Pilar STBM terdiri dari :

- a. Stop buang air besar sembarangan
- b. Cuci tangan pakai sabun
- c. Pengelolaan air minum dan makanan rumah tangga
- d. Pengamanan sampah rumah tangga
- e. Pengamanan limbah cair rumah tangga

2.3.2 Tujuan

Tujuan penyelenggaraan STBM adalah untuk mewujudkan perilaku masyarakat yang higienis dan saniter secara mandiri dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Diharapkan pada tahun 2025, Indonesia mencapai sanitasi total untuk seluruh masyarakat, sebagaimana tercantum dalam Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJPN) Indonesia (Kemenkes RI, 2014).

2.3.3 Pemicuan

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2014 Pemicuan adalah cara untuk mendorong perubahan perilaku hygiene dan sanitasi individu atau masyarakat atas kesadaran sendiri dengan menyentuh perasaan, pola pikir, perilaku, dan kebiasaan individu atau masyarakat. Pemicuan dilaksanakan oleh tenaga kesehatan, kader, relawan dan masyarakat yang telah berhasil mengembangkan STBM. Pemicuan diarahkan untuk memberikan kemampuan dalam :

- a. Merencanakan perubahan perilaku
- b. Memantau terjadinya perubahan perilaku dan
- c. Mengevaluasi hasil perubahan perilaku.

2.3.4 Tanggung Jawab dan Peran Pemerintah dan Pemerintah daerah

Dalam mendukung penyelenggaraan STBM, Pemerintah, Pemerintah daerah provinsi, dan pemerintah daerah kabupaten atau kota bertanggung jawab dalam :

- a. Penyusunan peraturan dan kebijakan teknis
- b. Fasilitas pengembangan teknologi tepat guna
- c. Fasilitas pengembangan penyelenggaraan STBM
- d. Pelatihan teknis bagi tenaga pelatih dan
- e. Penyediaan panduan media komunikasi, informasi dan edukasi.

Peranan Pemerintah dalam mendukung penyelenggaraan STBM:

- a. Melakukan koordinasi lintas sektor dan lintas program
- b. Menyiapkan materi pelatihan teknis bagi tenaga pelatih
- c. Melakukan pemantauan dan evaluasi dan
- d. Melakukan kajian, pelatihan dan pengembangan

Untuk mendukung penyelenggaraan STBM, Pemerintah daerah provinsi berperan :

- a. Melakukan koordinasi lintas sektor dan lintas program, jejaring kerja, dan kemitraan
- b. Melaksanakan pelatihan teknis bagi tenaga pelatihan kabupaten atau kota
- c. Melakukan pemantauan dan evaluasi kabupaten atau kota
- d. Menetapkan skala prioritas pembinaan wilayah kabupaten atau kota dalam penerapan STBM
- e. Menyiadakan materi media komunikasi, informasi dan edukasi

Untuk mendukung penyelenggaraan STBM, Pemerintah daerah kabupaten atau kota berperan :

- a. Menetapkan skala prioritas wilayah untuk penerapan STBM
- b. Melakukan koordinasi lintas sektor dan lintas program, jejring kerja dan kemitraan dalam rangka pengembangan penyelenggaraan STBM
- c. Melaksanakan pelatihan teknis bagi petugas dan masyarakat kecamatan dan desa atau kelurahan
- d. Melakukan pemantauan dan eavaluasi dan
- e. Menyediakan materi media komunikasi, informasi, edukasi.

2.3.5 Pembinaan dan Pengawasan

Pembinaan dan pengawasan dilaksanakan oleh Menteri, Gubernur, dan Bupati atau Walikota. Dalam pelaksanaan pembinaan dan pengawasan dapat melimpahkan kewenangannya kepada satuan kerja yang memiliki tugas dan fungsi terkait penyelenggaraan STBM. Pembinaan dan pengawasan terutama diarahkan terhadap :

- a. Penyelenggaraan STBM oleh masyarakat
- b. Pelaksanaan dukungan penyelenggara STBM
- c. Pengelolaan sumber daya manusia dalam rangka mendukung penyelenggaraan STBM

2.3.6 *Open Defecation Free* (ODF)

Open Defecation Free yang selanjutnya disebut sebagai ODF adalah kondisi ketika setiap individu dalam komunitas tidak buang air besar sembarangan. Dalam program STBM suatu desa dapat dikatakan ODF jika masyarakatnya tidak ada yang melakukan aktivitas buang air besar sembarangan atau dapat dikategorikan dengan presentase BABS 0%. Tidak buang air besar sembarangan adalah kondisi ketika setiap individu dalam suatu komunitas tidak buang air besar sembarangan tempat, tetapi difasilitas jamban sehat (Pedoman STBM, 2011).

2.3.7 Komponen STBM

Program STBM dilaksanakan melalui proses pelebagaan komponen sanitasi total yang merupakan satu kesatuan integral saling berpengaruh yaitu :

- a) *Enabling environment* (Penciptaan lingkungan yang kondusif)

Meningkatkan dukungan pemerintah dan pemangku kepentingan lainnya dalam meningkatkan perilaku higienis dan saniter dengan cara :

1. Melakukan advokasi dan sosialisasi kepada pemerintah dan pemangku kepentingan lainnya secara berjenjang
2. Mengembangkan kapasitas lembaga pelaksana di daerah
3. Meningkatkan kemitraan antara pemerintah, pemerintah daerah, organisasi masyarakat, lembaga swadaya masyarakat dan swasta.

- b) *Demand creation* (Peningkatan Kebutuhan)

Menciptakan perilaku komunitas yang higienis dan saniter untuk mendukung terciptanya sanitasi total yaitu :

1. Meningkatkan peran seluruh pemangku kepentingan dalam perencanaan dan pelaksanaan sosialisasi pengembangan kebutuhan.

2. Mengembangkan kesadaran masyarakat tentang konsekuensi dari kebiasaan buruk sanitasi (buang air besar) dan dilanjutkan dengan pemicuan perubahan perilaku komunitas.
3. Meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memilih teknologi, material dan biaya sarana sanitasi yang sehat.
4. Mengembangkan kepemimpinan di masyarakat (natural leader) untuk memfasilitasi pemicuan perubahan perilaku masyarakat.
5. Mengembangkan sistem penghargaan kepada masyarakat untuk meningkatkan dan menjaga keberlanjutan sanitasi total.

c) *Supply improvement* (Peningkatan Penyediaan)

Meningkatkan ketersediaan sarana sanitasi yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat yaitu :

1. Meningkatkan kapasitas produksi swasta lokal dalam penyediaan sarana sanitasi
2. Mengembangkan kemitraan dengan kelompok masyarakat, koperasi, lembaga keuangan dan pengusaha lokal dalam penyediaan sarana sanitasi.
3. Meningkatkan kerjasama dengan lembaga penelitian perguruan tinggi untuk pengembangan rancangan sarana tempat guna.

d) Pengelolaan pengetahuan (*knowledge Management*)

Melestarikan pengetahuan dan pembelajaran dalam sanitasi total yaitu :

1. Mengembangkan dan mengelola pusat data dan informasi
2. Meningkatkan kemitraan antar program-program pemerintah, non pemerintah dan swasta dalam peningkatan pengetahuan dan pembelajaran sanitasi Indonesia.
3. Mengupayakan masuknya pendekatan sanitasi total dalam kurikulum pendidikan.

e) Pembiayaan

Meniadakan subsidi untuk penyediaan fasilitas sanitasi dasar yaitu :

1. Menggali potensi masyarakat untuk membangun sarana sanitasi sendiri.
2. Mengembangkan solidaritas sosial (gotong royong)
3. Menyediakan subsidi diperbolehkan untuk fasilitas sanitasi komunal.

f) Pemantauan dan Evaluasi

Melibatkan masyarakat dalam kegiatan pemantauan dan evaluasi yaitu :

1. Memantau kegiatan dalam lingkup komunitas oleh masyarakat
2. Pemerintah daerah mengembangkan sistem pemantauan dan pengelolaan data
3. Mengoptimalkan pemanfaatan hasil pemantauan dari kegiatan-kegiatan lain yang sejenis
4. Pemerintah dan pemerintah daerah mengembangkan sistem pemantauan berjenjang.

2.4 Teori Evaluasi Program

2.4.1 Pengertian Evaluasi Program

Menurut Bryant dan White dalam Kuncoro (1997), evaluasi adalah upaya untuk mendokumentasikan dan melakukan penilaian tentang apa yang terjadi. Sedangkan menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, kata evaluasi berarti penilaian hasil. Anderson (dalam Arikunto, 2004), memandang evaluasi sebagai sebuah proses menentukan hasil yang telah dicapai beberapa kegiatan yang direncanakan untuk mendukung tercapainya tujuan. Sedangkan Stufflebeam (dalam Arikunto, 2004), mengungkapkan bahwa evaluasi merupakan proses penggambaran, pencarian dan pemberian informasi yang bermanfaat bagi pengambil keputusan dalam menentukan alternatif keputusan. Patton dan Sawicki (1991) mengklasifikasikan metoda pendekatan yang dapat dilakukan dalam penelitian evaluasi menjadi 6 (enam) yaitu :

- a. *Before and after comparisons*, metode ini mengkaji suatu objek penelitian dengan membandingkan antara kondisi sebelum dan kondisi sesudahnya suatu kebijakan atau program diimplementasikan.
- b. *With and without comparisons*, metode ini mengkaji suatu objek penelitian dengan menggunakan perbandingan kondisi antara yang tidak mendapat dan yang mendapat kebijakan atau program, yang telah di modifikasi dengan memasukan perbandingan kriteria-kriteria yang relevan di tempat kejadian peristiwa (TKP) dengan program terhadap suatu TKP tanpa program. *Actual versus planed performance comparisons*, metode ini mengkaji suatu objek penelitian dengan membandingkan kondisi yang ada (*actual*) dengan ketetapan-ketetapan perencanaan yang ada (*planned*).
- c. *Experimental (controlled) models*, metode ini mengkaji suatu objek penelitian dengan melakukan percobaan yang terkontrol/dikendalikan untuk mengetahui kondisi yang diteliti.
- d. *Quasi experimental models*, metode ini mengkaji suatu objek penelitian dengan melakukan percobaan tanpa melakukan pengontrolan/pengendalian terhadap kondisi yang diteliti.
- e. *Cost oriented models*, metode ini mengkaji suatu objek penelitian yang hanya didasarkan pada penelitian biaya terhadap suatu rencana.

Fungsi utama evaluasi, pertama memberi informasi yang valid dan dapat dipercaya mengenai kinerja kebijakan, yaitu seberapa jauh kebutuhan, nilai dan kesempatan yang telah dicapai melalui tindakan publik. Kedua, evaluasi memberi sumbangan pada klarifikasi dan kritik terhadap nilai-nilai yang mendasari pemilihan tujuan dan target, nilai diperjelas dengan mendefinisikan dan mengoperasikan tujuan dan target. Menurut Nugroho (2004) mengatakan bahwa evaluasi akan memberikan informasi yang valid dan dapat dipercaya mengenai kinerja kebijakan yaitu seberapa jauh kebutuhan, nilai dan kesempatan yang telah dicapai melalui tindakan publik.

2.4.2 Pengertian Program

Program dapat diartikan menjadi dua istilah yaitu program dalam arti khusus dan program dalam arti umum. Pengertian secara umum dapat diartikan bahwa program adalah sebuah bentuk rencana yang akan dilakukan. Apabila “program” dikaitkan langsung dengan evaluasi program maka program didefinisikan sebagai unit atau kesatuan kegiatan yang merupakan realisasi atau implementasi dari kebijakan, berlangsung dalam proses yang berkesinambungan dan terjadi dalam suatu organisasi yang melibatkan sekelompok orang. Dengan demikian yang perlu ditekankan bahwa program terdapat tiga unsur penting yaitu:

- a. Program adalah realisasi atau implementasi dari suatu kebijakan.
- b. Terjadi dalam kurun waktu yang lama dan bukan kegiatan tunggal tetapi jamak berkesinambungan.
- c. Terjadi dalam organisasi yang melibatkan sekelompok orang.

Sebuah program bukan hanya kegiatan tunggal yang dapat diselesaikan dalam waktu singkat, tetapi merupakan kegiatan yang berkesinambungan karena melaksanakan suatu kebijakan. Oleh karena itu, sebuah program dapat berlangsung dalam kurun waktu relatif lama. Pelaksanaan program selalu terjadi dalam sebuah organisasi yang artinya harus melibatkan sekelompok orang .

Suharsimi Arikunto dan Abdul Jabar 2004, menyebutkan evaluasi program adalah proses penetapan secara sistematis tentang nilai, tujuan, efektivitas atau kecocokan sesuatu sesuai dengan kriteria dan tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya. Proses penetapan keputusan itu didasarkan atas perbandingan secara hati-hati terhadap data yang diobservasi dengan menggunakan standard tertentu yang telah di bakukan. Ralp Tyler, 1950 (dalam Suharsimi, 2007) mendefinisikan bahwa evaluasi program adalah proses untuk mengetahui apakah tujuan program sudah dapat terealisasi.

Dari berbagai definisi di atas, dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud dengan evaluasi program adalah kegiatan untuk mengumpulkan informasi tentang bekerjanya sesuatu program pemerintah yang selanjutnya informasi tersebut digunakan untuk menentukan alternatif atau pilihan yang tepat dalam mengambil sebuah keputusan. Dengan melakukan evaluasi maka akan ditemukan fakta

pelaksanaan kebijakan publik dilapangan yang hasilnya bisa positif ataupun negatif. Sebuah evaluasi yang dilakukan secara professional akan menghasilkan temuan yang obyektif yaitu temuan apa adanya baik data, analisis dan kesimpulannya tidak dimanipulasi yang pada akhirnya akan memberikan manfaat kepada perumus kebijakan, pembuat kebijakan dan masyarakat.

2.4.3 Dimensi dan tahapan evaluasi program

Menurut Beni Setiawan 1999, Direktorat Pemantauan dan Evaluasi Bapenas, tujuan evaluasi program adalah agar dapat diketahui dengan pasti apakah pencapaian hasil, kemajuan dan kendala yang dijumpai dalam pelaksanaan program dapat dinilai dan dipelajari untuk perbaikan pelaksanaan program dimasa yang akan datang.

Menurut Bridgman dan Davis (dalam Farida Yusuf, 2000) evaluasi program yang secara umum mengacu pada 4 (empat) dimensi yaitu dimensi utama evaluasi diarahkan kepada hasil, manfaat, dan dampak dari program. Pada prinsipnya yang perlu dibuat perangkat evaluasi yang dapat diukur melalui empat dimensi yaitu :

- a. Indikator masukan (*input*)
- b. Proses (*process*)
- c. Keluaran (*ouput*)
- d. Indikator dampak (*outcome*)

Evaluasi merupakan cara untuk membuktikan keberhasilan atau kegagalan pelaksanaan dari suatu program, oleh karena itu pengertian evaluasi sering digunakan untuk menunjukkan tahapan siklus pengolahan program yang mencakup :

- a. Evaluasi pada tahap perencanaan (*Ex-ante*). Pada tahap perencanaan, evaluasi sering digunakan untuk memilih dan menentukan prioritas dari berbagai alternatif dan kemungkinan cara mencapai tujuan yang telah dirumuskan sebelumnya.

- b. Evaluasi pada tahap pelaksanaan (*On-going*). Pada tahap pelaksanaan, evaluasi digunakan untuk menentukan tingkat kemajuan pelaksanaan program dibandingkan dengan rencana yang telah ditentukan sebelumnya.
- c. Evaluasi pada tahap Pasca Pelaksanaan (*Ex-post*) pada tahap pasca pelaksanaan evaluasi ini diarahkan untuk melihat apakah pencapaian (keluaran/hasil/dampak) program mampu mengatasi masalah pembangunan yang ingin dipecahkan. Evaluasi ini dilakukan setelah program berakhir untuk menilai relevansi (dampak dibandingkan masukan), efektivitas (hasil dibandingkan keluaran), kemanfaatan (dampak dibandingkan hasil), dan keberlanjutan (dampak dibandingkan dengan hasil dan keluaran) dari suatu program.

Hubungan ketiga tahapan tersebut sangat erat, selanjutnya terdapat perbedaan metodologi antara evaluasi program yang berfokus kerangka anggaran dengan yang berfokus pada kerangka regulasi. Evaluasi program yang berfokus pada anggaran dilakukan dengan dua cara yaitu : penilaian indikator kinerja program berdasarkan keluaran dan hasil dan studi evaluasi program berdasarkan dampak yang timbul. Cara pertama dilakukan melalui perbandingan indikator kinerja sasaran yang direncanakan dengan realisasi, informasi yang relevan dan cukup harus tersedia dengan mudah sebelum suatu indikator kinerja program dianggap layak.

Cara yang kedua dilaksanakan melalui pengumpulan data dan informasi yang bersifat mendalam terhadap hasil, manfaat dan dampak dari program yang telah selesai dilaksanakan Hal yang paling penting adalah mengenai informasi yang dihasilkan dan bagaimana memperoleh informasi, dianalisis dan dilaporkan. Informasi harus bersifat independen, obyektif, relevan dan dapat diandalkan.

2.4.4 Tujuan Evaluasi Program

Seperti disebutkan oleh (Sudjana 2006), tujuan khusus evaluasi program terdapat 6 (enam) hal, yaitu untuk :

- a. Memberikan masukan bagi perencanaan program

- b. Menyajikan masukan bagi pengambil keputusan yang berkaitan dengan tindak lanjut, perluasan atau penghentian program
- c. Memberikan masukan bagi pengambil keputusan tentang modifikasi atau perbaikan program.
- d. Memberikan masukan yang berkenaan dengan faktor pendukung dan penghambat program
- e. Memberi masukan untuk kegiatan motivasi dan pembinaan (pengawasan, supervisi dan monitoring) bagi penyelenggara, pengelola, dan pelaksana program.

Selanjutnya Sudjana berpendapat bahwa tujuan evaluasi adalah untuk melayani pembuat kebijakan dengan menyajikan data yang diperlukan untuk pengambilan keputusan secara bijaksana. Oleh karenanya evaluasi program dapat menyajikan 5 (lima) jenis informasi dasar sebagai berikut :

- a. Berbagai data yang dibutuhkan untuk menentukan apakah pelaksanaan suatu program harus dilanjutkan.
- b. Indikator-indikator tentang program-program yang paling berhasil berdasarkan jumlah biaya yang digunakan.
- c. Informasi tentang unsur-unsur setiap program dan gabungan antar unsur program yang paling efektif berdasarkan pembiayaan yang diberikan sehingga efisiensi pelaksanaan program dapat tercapai.
- d. Informasi untuk berbagai karakteristik sasaran program-program pendidikan sehingga para pembuat keputusan dapat menentukan tentang individu, kelompok, lembaga atau komunitas mana yang paling menerima pengaruh dari pelayanan setiap program.
- e. Informasi tentang metode-metode baru untuk memecahkan berbagai permasalahan yang berkaitan dengan evaluasi pengaruh program.

2.5 Pendekatan Sistem

Digunakan untuk memenuhi kebutuhan perubahan lingkungan manajemen. Sistem adalah suatu rangkaian komponen atau bagian yang

berhubungan satu dengan yang lain dan mempunyai tujuan yang jelas. Secara umum sistem adalah *input*, *process*, dan *output*. Pendekatan sistem dipergunakan oleh manajer untuk mengantisipasi perubahan lingkungan manajemen muncul sebagai akibat pesatnya penggunaan ilmu dan teknologi untuk meningkatkan produktivitas kerja perusahaan.

Analisis sistem dalam manajemen kesehatan dilakukan dengan menganalisa masing-masing komponen sistem kesehatan yang berkaitan dengan komponen sistem pembangunan yang lain seperti pendidikan, pertanian, pertahanan keamanan, kependudukan, sosial dan sebagainya. Karena manajemen adalah ilmu terapan maka perkembangannya juga sangat dipengaruhi oleh perkembangan ilmu-ilmu pengetahuan lainnya.

2.5.1 *Input*

Masukan (*input*) adalah kumpulan bagian elemen dasar yang terdapat dalam sistem yang diperlukan untuk dapat berfungsinya sistem. Untuk organisasi yang mencari keuntungan, masukan ini terdiri dari 5 M, yaitu manusia (*man*), uang (*money*), sarana (*material*), metode (*method*), pasar (*market*) sedangkan untuk organisasi yang tidak mencari keuntungan, masukan terdiri dari 4M, yaitu manusia (*man*), uang (*money*), sarana (*material*) dan metode (*method*) (Azwar, 2010). Berkaitan dengan hal ini, masukan atau *input* terdiri dari 5M dan 1T, meliputi :manusia (*man*), uang (*money*), sarana (*material*), metode (*method*), pasar (*market*) dan *time bound*

a. *Man*

Man adalah petugas yang akan memberikan pelayanan, yang termasuk didalamnya adalah petugas kesehatan, petugas dari masyarakat dan sebagainya (Muninjaya, 2004). Perbedaan dari masing- masing petugas diantaranya adalah umur, pendidikan, pengetahuan dan pelatihan yang nantinya akan mempengaruhi keberhasilan pelaksanaan suatu program. Menurut penelitian (Nasution, 2012), umur, pendidikan dan pelatihan sangat mempengaruhi keberhasilan suatu program, ini terlihat bahwa yang mempunyai pendidikan sesuai dengan pekerjaannya dapat memperlancar suatu kegiatan. Selain itu, petugas yang sering

mengikuti pelatihan akan berbeda dengan petugas yang jarang mengikuti pelatihan, perbedaan ini terlihat dari kelihain petugas dalam melaksanakan tugasnya dan dalam menghadapi suatu permasalahan.

Menurut (Yatino, 2005), umur dibagi menjadi dua yaitu kategori <30 tahun dan ≥ 30 tahun. Umur yang masih muda diharapkan memiliki kinerja yang bagus dan memiliki semangat untuk bekerja serta berprestasi, diharapkan petugas dapat melaksanakan segala tugas dan tanggung jawab yang pernah dipelajari di bangku pendidikan. Selain umur, pendidikan juga mempengaruhi kinerja seorang petugas, melalui pendidikan yang professional diharapkan dapat terbentuknya tenaga kerja yang siap latih.

Pelatihan adalah pendidikan non formal yang bertujuan untuk mengurangi jarak antara kecakapan dan kemampuan seseorang dengan tugas dalam jabatannya serta untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas kerja dalam mencapai sasaran yang telah ditetapkan. Seorang petugas yang mengikuti pelatihan diharapkan dapat meningkatkan keterampilan yang akan menunjang pekerjaannya dan mencapai target pekerjaan yang telah ditetapkan (Yatino, 2005).

Unsur-unsur dalam *man* meliputi pengetahuan, usia, pendidikan, ketersediaan SDM, pendukung program (Yatino, 2005).

1) Pengetahuan

Menurut Notoadmojo (2003), pengetahuan (*knowledge*) adalah hasil tahu dari manusia yang sekedar menjawab pertanyaan “What”. Pengetahuan merupakan hasil dari tahu , dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu.

2) Usia

Umur atau usia adalah satuan waktu yang mengukur waktu keberadaan suatu benda atau makhluk, baik yang hidup maupun yang mati (Depkes RI, 2009)

3) Pendidikan

Pendidikan merupakan usaha sadar dan terencana sebagai proses pembelajaran untuk mengembangkan potensi diri yang dimiliki (Yatino, 2005).

4) Ketersediaan SDM

Ketersediaan Sumber Daya Manusia sebagai pelaksana program dan penanggung jawab program dalam suatu program tertentu.

5) Pendukung Program

Orang atau tokoh yang mendukung pelaksanaan dan tercapainya tujuan program (Yatino, 2005).

b. *Money*

Money atau dana yang dapat digali dari swadaya masyarakat dan yang disubsidi oleh pemerintah (Muninjaya, 2004). Dana dari suatu program biasanya didapat dari dana APBN, APBD, maupun swadaya masyarakat. Menurut penelitian Tampubolon (2009), ketersediaan dana yang cukup adalah salah satu faktor yang mempengaruhi keberhasilan suatu program karena pengalokasian dana tersebut sesuai dengan yang diprogramkan. Pada hal ini dana yang digunakan dalam kegiatan program dari swadaya masyarakat desa tersebut.

c. *Materials*

Materials adalah adanya bahan yang digunakan untuk pembangunan jamban seperti semen, batu bata, cetakan jamban. Baham yang lengkap akan memperlancar jalannya program, demikian sebaliknya, jika bahan pembuatan jamban yang dibutuhkan tidak ada atau kurang memadai akan menghambat berlangsungnya suatu program (Tampubolon, 2009).

d. *Method*

Method atau metode merupakan kegiatan ilmiah yang berkaitan dengan suatu cara kerja (sistematis) untuk memahami suatu subjek atau objek penelitian, sebagai upaya untuk menemukan jawaban yang dapat dipertanggung jawabkan secara ilmiah dan termasuk keabsahannya (Ruslan, 2003 dalam Setiawan 2012). Pelaksanaan suatu program jika tidak ada metode sebagai acuan, maka dalam pelaksanaan program besar kemungkinan terjadi salah persepsi, sehingga metode dalam suatu program sangat penting keberadaannya, ini sesuai dengan penelitian Damang (2011) bahwa metode yang sesuai akan menghasilkan suatu program yang sesuai dengan tujuan sebelumnya atau keberhasilan suatu program begitupun sebaliknya.

e. *Market*

Market atau pasar adalah tempat di mana organisasi menyebarluaskan (memasarkan) produknya. Memasarkan produk sangat penting, sebab bila produk tidak laku maka produksi akan berhenti. Dalam hal ini, *market* bisa diartikan sasaran dari program yang mendapatkan pelayanan secara langsung.

f. *Time bound*

Time bound merupakan kegiatan atau program tersebut dapat dipastikan kapan dapat diwujudkan hasilnya (Santoso, 2006). Dalam program ini hasil yang ingin diwujudkan yaitu dalam satu tahun dapat membentuk desa ODF.

2.5.2 Proses

Proses (*process*) adalah kumpulan bagian atau elemen yang terdapat dalam sistem dan yang berfungsi untuk mengubah masukan menjadi keluaran yang direncanakan. Dalam praktek sehari-hari, untuk memudahkan pelaksanaannya, biasanya dengan menggunakan fungsi manajemen yang disederhanakan menjadi empat macam saja, yaitu, (1) Perencanaan (*planning*) yang termasuk penyusunan anggaran belanja, (2) pengorganisasian (*organizing*) yang didalamnya termasuk penyusunan anggaran staf, (3) penggerakan dan pelaksanaan (*actuating*) yang didalamnya termasuk pengarahan, pengkoordinasian, bimbingan, penggerakan, dan pengawasan, (4) pengawasan, pengendalian, dan penilaian (*controlling*) yang didalamnya termasuk penyusunan laporan dan supervisi.

a. Perencanaan (*Planning*)

Perencanaan merupakan proses pemilihan alternatif tindakan yang terbaik untuk mencapai tujuan organisasi. Perencanaan juga merupakan suatu keputusan untuk mengerjakan sesuatu di masa yang akan datang yaitu suatu tindakan yang di gambarkan di masa yang akan datang.

Perencanaan manajemen akan memberikan cara pandang secara menyeluruh terhadap semua pekerjaan yang akan dilaksanakan, siapa yang akan melakukan dan kapan akan dilakukan. Perencanaan merupakan tuntunan terhadap proses pencapaian tujuan secara efektif dan efisien.

Perencanaan kesehatan adalah sebuah proses untuk merumuskan masalah-masalah kesehatan yang berkembang di masyarakat, menentukan kebutuhan dan sumber daya yang tersedia, menerapkan tujuan program yang paling pokok, dan menyusun langkah-langkah praktis untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan tersebut.

Dalam suatu rencana mengandung unsur-unsur sebagai berikut:

1) Tujuan

Unsur pertama dari suatu rencana adalah tujuan perusahaan. Tujuan itu dapat bersifat materiil, dapat pula bersifat moral. Bersifat materiil contohnya mencari keuntungan sebesar-besarnya dan bersifat moral misalnya member kesempatan anggota kerja yang menganggur (Manulang, 2006).

2) Prosedur

Suatu rencana harus juga memuat prosedur, yakni urutan pelaksanaan yang harus dituruti oleh seseorang dalam melakukan tindakan untuk mencapai suatu tujuan tertentu (Manulang, 2006).

3) *Budget*

Budget merupakan suatu anggaran, yakni ikhtisar dari hasil yang diharapkan untuk dicapai, dan pengeluaran yang diperlukan untuk mencapai hasil tersebut, yang dinyatakan dalam angka (Manulang, 2006).

4) Program

Program adalah fungsi dari politik, dan budget, yang dimaksudkan untuk menetapkan suatu rangkaian tindakan untuk waktu yang akan datang (Manulang, 2006).

Manfaat sebuah perencanaan adalah dengan membuat sebuah perencanaan maka akan mengetahui :

- a) Tujuan yang ingin dicapai.
- b) Jenis dan struktur organisasi yang dibutuhkan.
- c) Jenis dan jumlah staf yang diinginkan, dan uraian tugasnya.
- d) Sejauh mana efektifitas kepemimpinan dan pengarahan yang diperlukan.
- e) Bentuk dan standar pengawasan yang akan dilakukan

Selain memberikan manfaat ada beberapa kelemahan dengan adanya

sebuah perencanaan yaitu :

- a) Perencanaan mempunyai keterbatasan mengukur informasi dan fakta-fakta di masa yang akan datang dengan tepat.
- b) Perencanaan yang baik memerlukan sejumlah dana.
- c) Perencanaan mempunyai hambatan psikologis bagi pimpinan dan staf karena harus menunggu dan melihat hasil yang akan dicapai.
- d) Perencanaan menghambat timbulnya inisiatif. Gagasan baru untuk mengadakan perubahan harus ditunda sampai tahap perencanaan berikutnya.
- e) Perencanaan juga akan menghambat tindakan baru yang harus diambil oleh staf.

Langkah-langkah perencanaan dalam manajemen kesehatan ada lima langkah yang perlu dilakukan pada proses penyusunan sebuah perencanaan, yaitu :

- a) Analisis situasi.
- b) Mengidentifikasi masalah dan prioritasnya.
- c) Menentukan tujuan program.
- d) Mengkaji hambatan dan kelemahan program.
- e) Menyusun rencana kerja operasional.

b. Organisasi (*Organizing*)

Pengorganisasian dalam manajemen kesehatan adalah salah satu fungsi manajemen kesehatan yang juga mempunyai peran penting seperti fungsi perencanaan. Dengan adanya fungsi pengorganisasian maka seluruh sumber daya yang dimiliki oleh organisasi akan diatur penggunaannya secara efektif dan efisien untuk mencapai tujuan organisasi yang telah diterapkan (Herlambang, 2012). Pengorganisasian juga tidak lepas dari perencanaan sebuah program. Jika pengorganisasian dilakukan dengan baik, maka perencanaan juga berjalan dengan baik pula. Dalam pengorganisasian terdapat beberapa unsure (Soenyoto, 2006) :

1) Pembagian pekerjaan

Identik dengan pembagian tugas yaitu pemecahan tugas kompleks menjadi komponen yang lebih kecil sehingga setiap orang bertanggung jawab untuk beberapa aktifitas terbatas.

2) Departementalisasi

Pengelompokkan menjadi departemen aktivitas pekerjaan yang serupa & secara logis berhubungan.

a) Hierarki organisasi

Suatu pola berjenjang dari sebuah struktur organisasi, dipuncaknya dudukmanajer peringkat senior yang bertanggung jawab atas operasional seluruh organisasi, di sisi lain manajer yang lebih rendah ditempatkan pada tingkat bawahnya.

b) Rentangan kendali

Jumlah bawahan yang melapor langsung kepada manajer tertentu. Rentangan kendali bisa disebut juga rentangan control yang merupakan terjemahan istilah bahasa inggris "*span of control*" yang merupakan jumlah terbanyak bawahan langsung yang dapat dipimpin oleh seseorang atasan tertentu (Sutarto, 2002)

c) Rentangan komando

Rencana yang menentukan siapa yang melapor kepada siapa dalam sebuah organisasi.

d) Koordinasi

Proses menyatukan aktivitas bagian-bagian terpisah darisebuah organisasi untuk mencapai tujuan organisasi.

e) *Staffing*

Staffing merupakan suatu kegiatan yang melakukan pembagian kelompok-kelompok kerja menurut jenisnya beserta pengisian orang-orang menurut keahliannya.

f) Pendelegasian wewenang

Dengan adanya pendelegasian wewenang setiap karyawan akan memahami batas kewenangan batas yang dimiliki serta pertanggungjawaban yang telah memberikan kewenangan.

Manfaat pengorganisasian, dengan pengorganisasian yang baik maka seorang pimpinan organisasi pelayanan kesehatan akan dapat mengetahui :

- a. pembagian tugas untuk perorangan dan kelompok secara jelas.

- b. Tugas pokok staf atau prosedur kerja yang digunakan staf.
- c. Hubungan organisatoris antar manusia yang menjadi anggota atau staf sebuah organisasi. Hubungan ini akan terlihat dalam sebuah struktur organisasi.
- d. Pendelegasian wewenang, seorang pimpinan organisasi pelayanan kesehatan akan melimpahkan wewenang kepada staf sesuai dengan tugas-tugas pokok yang diberikan kepada mereka.
- e. Pemanfaatan staf dan fasilitas fisik yang dimiliki organisasi. Tugas staf dan pemanfaatan fasilitas fisik harus diatur dan diarahkan semaksimal mungkin untuk membantu staf, baik secara individu maupun kelompok mencapai tujuan organisasi.

c. Penggerakan dan Pelaksanaan (*actuating*)

Menurut Westa (1985) dalam Ekhardhi (2010) pelaksanaan merupakan aktifitas atau usaha-usaha yang dilaksanakan untuk melaksanakan semua rencana dan kebijaksanaan yang telah dirumuskan dan ditetapkan dengan dilengkapi segala kebutuhan, alat-alat yang diperlukan, siapa yang melaksanakan, dimana tempat pelaksanaannya mulai, dan bagaimana cara yang harus dilaksanakan. Menurut penelitian Aditama (2012) mengatakan bahwa tahap perencanaan harus dilakukan sesuai dengan aturan, dilaksanakan secara konsisten, kerja keras, dan perlu mengakomodasi perubahan sesuai aturan. Dalam penggerakan dan pelaksanaan terdiri dari unsur :

1) Kepemimpinan

Menurut George R. Terry, kepemimpinan merupakan kemampuan seorang pemimpin untuk mempengaruhi orang lain untuk bekerja sepenuh kemampuan untuk mencapai tujuan kelompok.

2) Motivasi

Motivasi merupakan dorongan/rangsangan yang membuat seseorang / kelompok mau bekerja dengan semangat dan kemampuan yang dimiliki utk mencapai tujuan secara berdaya guna dan berhasil guna.

3) Komunikasi

Menurut Harold Koontz & Cyril O'Donnell, komunikasi merupakan penyampaian informasi dari seseorang kepada orang lain baik dipercaya atau tidak, tapi informasi yang disiapkan harus dimengerti oleh penerimanya.

d. Pengawasan, pengendalian, dan penilaian (*controlling*)

Menurut Notoatmodjo (2007) evaluasi adalah membandingkan antara hasil yang telah dicapai oleh suatu program dengan tujuan yang direncanakan. Menurut Hendrian (2011) pelaksanaan evaluasi dalam suatu program sangat penting untuk mengetahui jalannya program dan keberhasilan program yang dilaksanakan. Dalam pengawasan, pengendalian, dan penilaian terdiri dari unsur:

1) Proses pelaporan dan pencatatan.

Proses untuk memastikan bahwa segala aktivitas yang terlaksana sesuai apa yang telah direncanakan melalui pelaporan pertanggungjawaban secara tertulis. Dalam hal STBM, pencatatan terkait banyaknya warga yang membangun jamban serta mengubah perilakunya untuk tidak melakukan aktivitas buang air besar sembarangan.

2) Supervisi

Makna supervisi menurut Wayne Hoy dan Patrick B. Forsyth mengatakan bahwa supervisi bukan berarti memberi vonis tentang kemampuan seseorang atau mengontrol pekerjaannya, tetapi lebih mengarah kepada bentuk kerjasama antara atasan dan bawahan. Supervisi merupakan kegiatan-kegiatan yang terencana seorang manajer melalui aktifitas bimbingan, pengarahan, observasi, motivasi dan evaluasi pada stafnya dalam melaksanakan kegiatan atau tugas sehari-hari (Arwani, 2006).

Fungsi pengawasan dilaksanakan dengan tepat, akan memperoleh manfaat sebagai berikut :

1. Dapat mengetahui sejauh mana kegiatan program sudah dilaksanakan, apakah sesuai dengan standar atau rencana kerja, apakah sumber daya sudah dipergunakan sesuai dengan yang telah diterapkan. Sehingga fungsi pengawasan dalam hal ini bermanfaat untuk meningkatkan efisiensi kegiatan program.

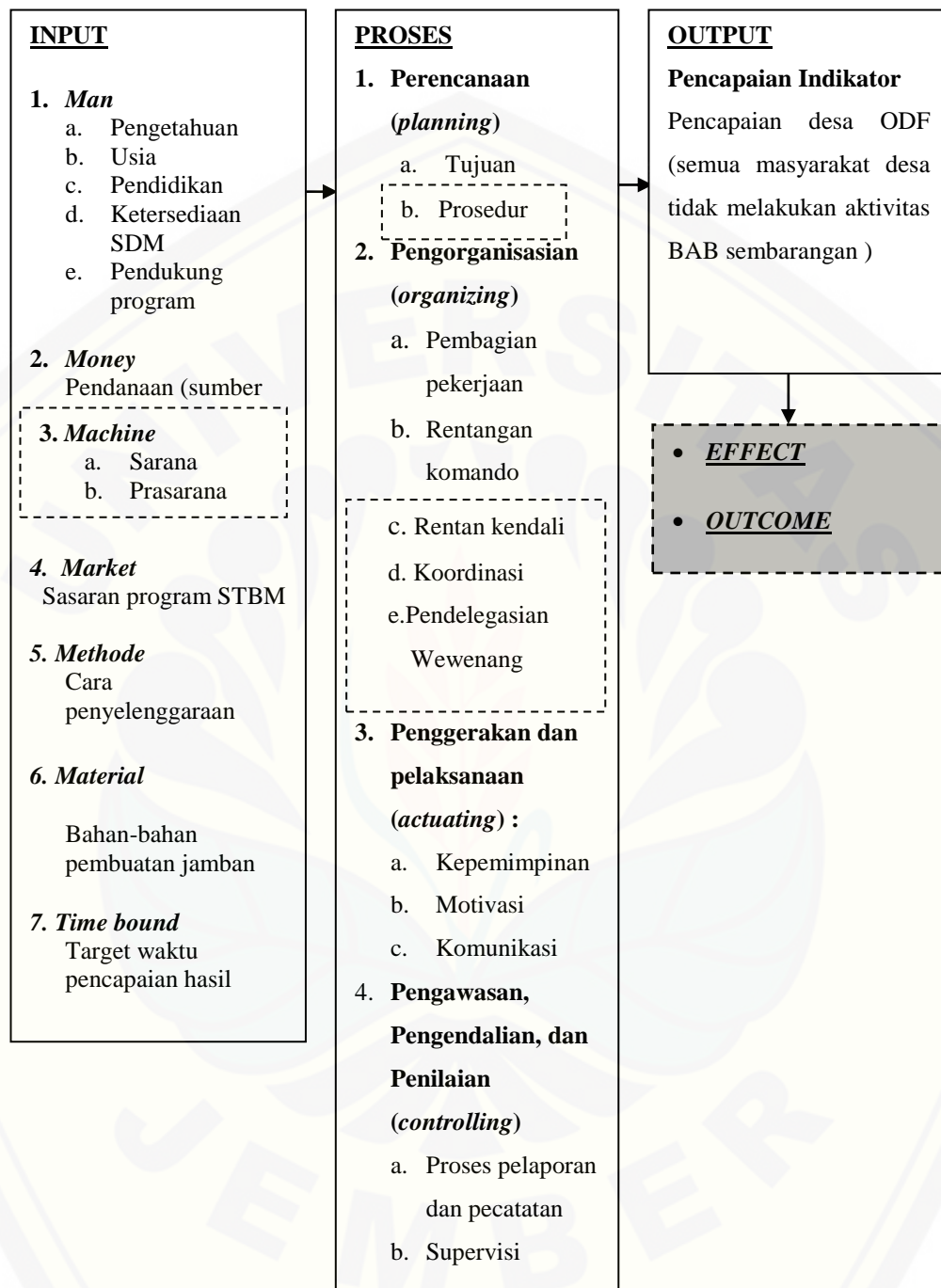
2. Dapat mengetahui adanya penyimpangan pada pemahaman staf melaksanakan tugas-tugasnya. Jika hal ini diketahui, pimpinan organisasi akan memberikan pelatihan lanjutan pada stafnya,
3. Dapat mengetahui apakah waktu dan sumber daya lainnya mencukupi kebutuhan dan telah dimanfaatkan secara efisien.
4. Dapat mengetahui sebab-sebab terjadinya penyimpangan.
5. Dapat mengetahui staf yang perlu diberikan pelatihan lanjutan, bahkan diturunkan jabatannya.

2.5.3 Output

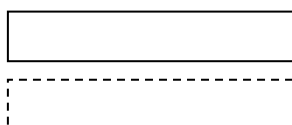
Keluaran (*output*) adalah kumpulan bagian atau elemen yang dihasilkan dari berlangsungnya proses dalam sistem (Azwar, 2010). Menurut Hendrian (2011) dalam penelitiannya, keluaran dari suatu program adalah keberhasilan dari program yang dilaksanakan. Dalam hal program STBM, outputnya adalah keberhasilan pencapaian indikator yaitu seluruh masyarakat desa tidak melakukan aktivitas BAB sembarangan, sehingga dapat terbentuk ODF.

Untuk indikator keberhasilan program STBM di Puskesmas Jelbuk menggunakan indikator keberhasilan program sesuai Petunjuk Teknis Kegiatan STBM Kabupaten Jember tahun 2013 yaitu dengan tidak adanya masyarakat melakukan aktivitas BABS dan dapat juga dilihat dari data laporan kemajuan (LB-1)- Jelbuk bahwa nilai BABS adalah 0. Dengan hal tersebut dapat dikatakan bahwa desa Jelbuk kabupaten Jelbuk telah mencapai desa ODF.

2.6 Kerangka Konsep



Keterangan:



Kerangka konsep ini menggunakan pendekatan teori sistem. Teori sistem terdiri dari *input*, proses, *output* (Azwar, 2010). Penelitian ini fokus pada variabel *input*, proses, dan *output*. Variabel input yang diteliti terdiri dari petugas (*man*), dana (*money*), sasaran (*market*), bentuk pelayanan (*method*), dan bahan paket (*material*) serta target waktu pencapaian hasil (*time bound*). Unsur petugas (*man*) terdiri dari pengetahuan, usia, pendidikan, ketersediaan SDM, pendukung program. Unsur dana (*money*) meliputi pendanaan (sumber dana). Untuk unsur sasaran (*market*) meliputi sasaran STBM. Dalam hal metode berupa bentuk pelayanan dan untuk *material* berupa bahan untuk pembuatan jamban, sedangkan *time bound* berupa target waktu pencapaian hasil. Variabel proses terdiri dari Perencanaan (*planning*) yaitu tujuan program. Pengorganisasian (*organizing*) meliputi pembagian pekerjaan dan rentangan komando. Penggerakan dan pelaksanaan (*actuating*) meliputi kepemimpinan, motivasi, hubungan antar manusia, komunikasi. Untuk pengawasan, pengendalian, dan penilaian (*controlling*) meliputi proses pelaporan dan pencatatan serta supervisi. Untuk variabel *output* yaitu pencapaian indikator semua masyarakat desa tidak melakukan aktivitas BABS sehingga tercapai ODF.

BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan jenis penelitian deskriptif. Penelitian deskriptif merupakan metode penelitian untuk membuat gambaran mengenai situasi atau kejadian (Nazir, 2009). Penelitian deskriptif bertujuan untuk membuat deskripsi tentang suatu keadaan secara obyektif dan dilakukan terhadap sekumpulan obyek yang biasanya cukup banyak dalam jangka waktu tertentu dan bertujuan membuat penilaian terhadap suatu kondisi dan penyelenggaraan suatu program di masa sekarang (Notoatmodjo, 2010).

Menurut Strauss and corbin dalam Sostroasmoro *et al* (2011), metode kualitatif adalah jenis penelitian yang temuan-temuannya tidak diperoleh melalui prosedur statistika atau bentuk hitungan lainnya. Peneliti dalam penelitian kualitatif mencari jawaban atas pertanyaan mengapa dan bagaimana suatu keputusan diambil oleh subjek bukan sekedar apa, dimana, dan bilamana. Oleh karena itu, penelitian kualitatif lebih mengutamakan jumlah subjek yang sedikit namun terfokus daripada sekedar jumlah subjek yang banyak.

3.2 Tempat dan Waktu penelitian

3.2.1. Tempat Penelitian

Penelitian ini akan dilaksanakan di Desa Jelbuk wilayah kerja Puskesmas Jelbuk Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember.

3.2.2. Waktu Penelitian

Penelitian ini akan dilaksanakan pada bulan Maret – Juni 2015

3.3 Sasaran dan Penentuan Informan Penelitian

3.3.1 Sasaran Penelitian

Menurut Notoatmojo (2005) sasaran penelitian adalah sebagian atau seluruh anggota yang diambil dari obyek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi. Sasaran yang digunakan dalam penelitian ini adalah ketua P2 Dinas Kesehatan, kepala puskesmas, koordinator program kesehatan lingkungan, komite STBM, masyarakat Desa.

3.3.2 Penentuan Informan Penelitian

Pada penelitian ini menggunakan teknik sampling, *purposive sampling* yaitu teknik pengambilan sampel sumber data dengan pertimbangan tertentu. Subjek penelitian akan menjadi informan yang akan memberikan berbagai macam informasi yang diperlukan selama proses penelitian (Hendrarso dalam Suyanto, 2005). Informan penelitian ini meliputi tiga macam, yaitu informan kunci (*key informan*), informan utama, dan informan tambahan. Informan penelitian yang digunakan dalam penelitian ini terdiri dari:

- a. Informan kunci adalah mereka yang mengetahui dan memiliki berbagai informasi pokok yang diperlukan dalam penelitian. Informan kunci dalam penelitian ini adalah pengambil kebijakan di Puskesmas Jelbuk yaitu kepala seksi kesehatan lingkungan Dinas Kesehatan Kabupaten Jember
- b. Informan utama adalah mereka yang terlibat secara langsung dalam interaksi sosial yang diteliti. Dalam penelitian ini yang menjadi informan utama adalah kepala Puskesmas Jelbuk dan 1 orang penanggung jawab atau koordinator program kesehatan lingkungan di Puskesmas Jelbuk.
- c. Informan tambahan adalah mereka yang dapat memberikan informasi walaupun tidak langsung terlibat dalam interaksi sosial yang diteliti. Dalam penelitian ini yang menjadi informan tambahan adalah satu orang komite (*Natural Reader*) dan dua sasaran STBM atau masyarakat Desa Jelbuk.

3.4 Fokus Penelitian dan Pengertian

Dalam pandangan penelitian kualitatif bersifat holistik (menyeluruh, tidak dapat dipisah-pisahkan), sehingga peneliti kualitatif tidak akan menetapkan penelitiannya hanya berdasarkan variable penelitian, tetapi keseluruhan situasi sosial yang diteliti meliputi aspek tempat (*place*), pelaku (*actor*), dan aktivitas (*activity*) yang berinteraksi secara sinergik (Sugiono, 2013). Berikut ini fokus penelitian, pengertian serta teknik dan instrumen pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini.

Tabel 3.1 Fokus penelitian dan pengertian serta teknik dan instrumen pengumpulan data

No	Fokus penelitian atau sub fokus penelitian	Pengertian	Teknik dan instrumen pengumpulan data
1.	Input <i>a. Man</i> 1) Usia	Lama waktu seluruh informan atau sejak seluruh informan dilahirkan dihitung sampai ulang tahun terakhir, dalam hal ini usia informan pada saat di wawancara berdasarkan pengakuan informan.	Wawancara dengan semua informan. Pertanyaan terdapat pada lembar panduan B-1,C-1, C-2, D-1 dan D-2 no1
	2) Pendidikan	Jenjang pendidikan terakhir yang pernah ditempuh oleh informan penelitian	Wawancara dengan semua informan. Pertanyaan terdapat pada lembar panduan B-1,C-1, C-2, D-1 dan D-2 no2
	3) Ketersediaan SDM	Adanya SDM yang bertanggung jawab dalam pelaksanaan STBM	Studi dokumentasi dan wawancara mendalam dengan informan kunci dan utama. Pertanyaan terdapat pada lembar panduan B-1, C-1 dan C-2 (no 5,7 dan 8)
	4) Pendukung pelaksanaan STBM	Orang atau tokoh yang mendukung pelaksanaan dan tercapainya tujuan pelaksanaan STBM seperti petugas kesehatan dan tokoh yang dipercaya	Studi dokumentasi dan wawancara mendalam dengan semua informan. Pertanyaan terdapat pada lembar wawancara B-1, C-1 dan C-2 no 6, D-1 dan

No	Fokus penelitian atau sub fokus penelitian	Pengertian	Teknik dan instrumen pengumpulan data
5)	Pengetahuan	Pemahaman seluruh informan tentang program STBM dan indikator yang harus dicapai berdasarkan pengakuan pada saat dilakukan wawancara	D-2 no 4 Wawancara Mendalam dengan semua informan. Pertanyaan terdapat pada lembar panduan B-1, C-1 dan C-2 no (3-4), D-1 dan D-2 no 3
	<i>b. Money</i> Pendanaan (sumber dana)	Sumber dana program STBM didapatkan dari swadaya masyarakat	Wawancara mendalam dengan semua informan. Pertanyaan terdapat pada lembar panduan B-1, C-1 dan C-2 no (9-11), D-1 dan D-2 no (5-7)
	<i>c. Market</i> Sasaran program STBM	Masyarakat desa Jelbuk	Studi dokumentasi dan wawancara mendalam dengan informan kunci dan utama. Pertanyaan terdapat pada panduan B-1, C-1 dan C-2 no (12-14)
	<i>e. Method</i> Cara Penyelenggaraan	Cara penyelenggaraan kegiatan pelaksanaan STBM	Wawancara Mendalam dengan informan kunci dan utama. Pertanyaan terdapat pada lembar panduan B-1, C-1 dan C-2 no (15-16)
	<i>f. Material</i>	Adanya bahan yang digunakan dalam pelaksanaan STBM	Wawancara Mendalam dengan semua informan. Pertanyaan terdapat pada lembar panduan B-1, C-1 dan C-2 no (17-20), D-1 dan D-2 no (8-11)
	<i>g. Time bound</i>	Target waktu pencapaian hasil (semua masyarakat tidak melakukan aktifitas BAB sembarangan)	Wawancara Mendalam dengan informan kunci dan utama. Pertanyaan terdapat pada lembar panduan B-1, C-1 dan C-2 no (21-22)

No	Fokus penelitian atau sub fokus penelitian	Pengertian	Teknik dan instrumen pengumpulan data
2.	Proses		
	a. Perencanaan (<i>planning</i>)		
	1) Tujuan	Unsur pertama dari suatu rencana yang dapat bersifat materiil maupun moral terkait program STBM	Wawancara mendalam dengan informan kunci dan utama. Pertanyaan terdapat pada lembar panduan wawancara B-1, C-1 dan C-2 no (23-24)
	b. Pengorganisasian (<i>organizing</i>)		
	1) Pembagian pekerjaan	Pemecahan tugas kompleks menjadi komponen yang lebih kecil sehingga setiap penanggung jawab maupun pelaksana bertanggung jawab untuk beberapa aktifitas dalam program STBM	Wawancara mendalam dengan informan kunci dan utama. Pertanyaan terdapat pada lembar panduan B-1, C-1 dan C-2 no 25
	2).Rentangan komando	Rencana yang menentukan siapa yang melapor kepada siapa dalam terkait hasil kegiatan STBM	Wawancara mendalam dengan semua informan. Pertanyaan terdapat pada lembar panduan B-1, C-1 dan C-2 no 26, D-1 dan D-2 no 12
	c. Penggerakan dan pelaksanaan (<i>actuating</i>)		
	1) Kepemimpinan	Kemampuan penanggung jawab program serta pelaksana untuk mempengaruhi penanggung jawab program dan pelaksana program, dan sasaran agar bekerja sepenuh kemampuan untuk mencapai tujuan kelompok.	Wawancara mendalam informan kunci dan utama. Pertanyaan terdapat pada lembar panduan wawancara B-1, C-1 dan C-2 no 27

No	Fokus penelitian atau sub fokus penelitian	Pengertian	Teknik dan instrumen pengumpulan data
	2) Motivasi	dorongan yang membuat penanggung jawab program dan pelaksana program agar mau bekerja dengan semangat dan kemampuan yang dimiliki untuk mencapai tujuan secara berdaya guna dan berhasil guna.	Wawancara mendalam dengan semua informan. Pertanyaan terdapat pada lembar panduan wawancara B-1, C-1 dan C-2 no (28-30), D-1 dan D-2 no (13-14)
	3) Komunikasi	penyampaian informasi dari masyarakat kepada penanggung jawab program dan dari penanggung jawab program pada pelaksana maupun sasaran baik dipercaya atau tidak tapi informasi yang disiapkan harus dimengerti oleh penerimanya.	Wawancara mendalam dengan semua informan. Pertanyaan terdapat pada lembar panduan wawancara B-1, C-1 dan C-2 no 31, D-1 dan D-2 no 15
	d. Pengawasan, pengendalian, dan penilaian (<i>controlling</i>)	Proses untuk memastikan bahwa segala aktivitas dalam pelaksanaan program STBM terlaksana sesuai apa yang telah direncanakan melalui pelaporan pertanggungjawaban secara tertulis	Wawancara mendalam dengan semua informan. Pertanyaan terdapat pada lembar panduan B-1, C-1 dan C-2 no 32, D-1 dan D-2 no 16
	1) proses pencatatan dan pelaporan		
	2) supervisi	kegiatan-kegiatan yang terencana seorang petugas program STBM melalui aktifitas pemantauan /pengawasan perkembangan pelaksanaan program	Wawancara mendalam dengan semua informan. Pertanyaan terdapat pada lembar panduan B-1, C-1 dan C-2 no (33-34), D-1 dan D-2 no 17
3	Output Pencapaian indikator keberhasilan	Indikator keberhasilan digunakan untuk mengukur / melihat keberhasilan pelaksanaan STBM yaitu tidak ada masyarakat desa yang melakukan aktivitas BAB sembarangan maka dengan pencapaian tersebut terbentuklah desa ODF	Wawancara Mendalam dengan semua informan pada lembar panduan B-1, C-1 dan C-2 no 35, D-1 dan D-2 no 18

3.5 Data dan Sumber Data

Menurut Bungin (2010), data adalah bahan keterangan tentang sesuatu objek penelitian yang diperoleh di lokasi penelitian yang jika diolah dengan baik melalui berbagai analisis dapat melahirkan berbagai informasi. Jenis data dalam penelitian ini meliputi data primer dan sekunder. Berikut data primer dan sekunder yang digunakan dalam penelitian ini, antara lain :

3.5.1. Data Primer

Data primer merupakan data yang didapatkan dari pengumpulan data secara langsung oleh peneliti terhadap sasaran (Budiarto, 2001). Data primer penelitian ini adalah hasil wawancara mendalam dengan informan penelitian.

3.5.2. Data Sekunder

Data sekunder dalam penelitian ini diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember dan Puskesmas Jelbuk Kabupaten Jember tentang laporan kemajuan LB-1 Tahun 2014.

3.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data

3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini, antara lain:

a. Wawancara mendalam (*In depth interview*)

Wawancara adalah proses memperoleh keterangan untuk tujuan penelitian dengan cara Tanya jawab, sambil bertatap muka antara penanya dan pewawancara dengan menggunakan panduan wawancara atau *guide interview* (Nazir, 2009).

b. Dokumentasi

Dokumen merupakan catatan peristiwa yang sudah berlalu. Dokumen bisa berbentuk tulisan, gambar atau karya-karya monumental dari seseorang. Studi dokumen merupakan pelengkap dari penggunaan metode observasi dan wawancara dalam penelitian kualitatif (Sugiyono, 2010). Pada penelitian ini

dokumen yang digunakan adalah hasil rekaman suara pada saat wawancara. Selain itu, dokumen yang digunakan terkait dokumen pendukung pelaksanaan program STBM.

3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data adalah alat bantu yang digunakan untuk membantu peneliti memperoleh data yang dibutuhkan (Arikunto, 2010). Dalam penelitian ini, instrumen pengumpulan data yang digunakan adalah panduan wawancara mendalam dengan dibantu oleh alat perekam suara dan alat tulis. Alat perekam suara yang digunakan adalah MP3/MP4. Sedangkan instrumen untuk pengamatan langsung peneliti menggunakan kamera *digital/ handphone* agar lebih efektif dan efisien.

3.6.3 Teknik Penyajian Data

Teknik penyajian data merupakan cara bagaimana untuk menyajikan data sebaik-baiknya agar mudah dipahami oleh pembaca. Penyajian data hasil penelitian harus dapat disajikan dalam tiga cara, yakni penyajian verbal, visual, dan matematis. (Alimul, 2009)

Penyajian data merupakan salah satu kegiatan dalam pembuatan laporan hasil penelitian yang telah digunakan agar dapat dipahami, dianalisis sesuai tujuan yang diinginkan, dan kemudian ditarik kesimpulan sehingga menggambarkan hasil penelitian. Teknik penyajian data yang digunakan dalam penelitian ini adalah dalam bentuk cerita detail sesuai bahasa dan pandangan informan. Hasil wawancara yang diperoleh peneliti dikumpulkan dan diupayakan untuk didiskripsikan berdasarkan ungkapan, bahasa tidak formal, dalam susunan kalimat sehari-hari, dan pilihan kata atau konsep asli responden, cukup rinci serta tanpa ada interpretasi dan evaluasi dari peneliti. Kemudian berdasarkan cerita dengan bahasa dan ungkapan asli informan atau responden tersebut mulai di kemukakan temuan penelitian yang nanti akan dijelaskan dengan perspektif atau teori – teori yang telah dipilih (Hamidi, 2010).

3.6.4 Teknik Analisis Data

Menurut Sugiyono (2010), analisis data merupakan kegiatan setelah data dari seluruh informan atau sumber data lain terkumpul dengan mencari dan menyusun secara sistematis data yang diperoleh dari hasil wawancara dan observasi serta bahan lainnya sehingga mudah dipahami dan temuannya dapat diinformasikan.

Menurut Moloeng (2010), teknik keabsahan data pada penelitian ini menggunakan triangulasi. Teknik triangulasi merupakan teknik yang mengharuskan peneliti untuk membandingkan dan mengecek derajat kepercayaan suatu informasi yang diterima dengan data-data yang diterima dari berbagai sumber. Hal tersebut dapat dicapai dengan jalan membandingkan data pengamatan dengan hasil wawancara, membandingkan apa yang dikatakan orang di depan umum, dengan apa yang dikatakan secara pribadi, membandingkan apa yang dikatakan orang tentang situasi penelitian dengan apa yang dikatakannya sepanjang waktu, membandingkan keadaan perspektif seseorang dengan berbagai pendapat dan pandangan orang seperti rakyat biasa maupun orang berpendidikan menengah/tinggi, orang berada dan orang pemerintahan, serta membandingkan hasil wawancara dengan isi suatu dokumen yang berkaitan.

Menurut Sugiyono (2010), terdapat 3 proses penting dalam penelitian kualitatif, antara lain :

a. Tahap deskripsi

Peneliti mendeskripsikan apa yang dilihat, didengar dan dirasakan serta ditanyakan. Data yang diperoleh cukup banyak, bervariasi dan belum tersusun dengan jelas.

b. Tahap reduksi

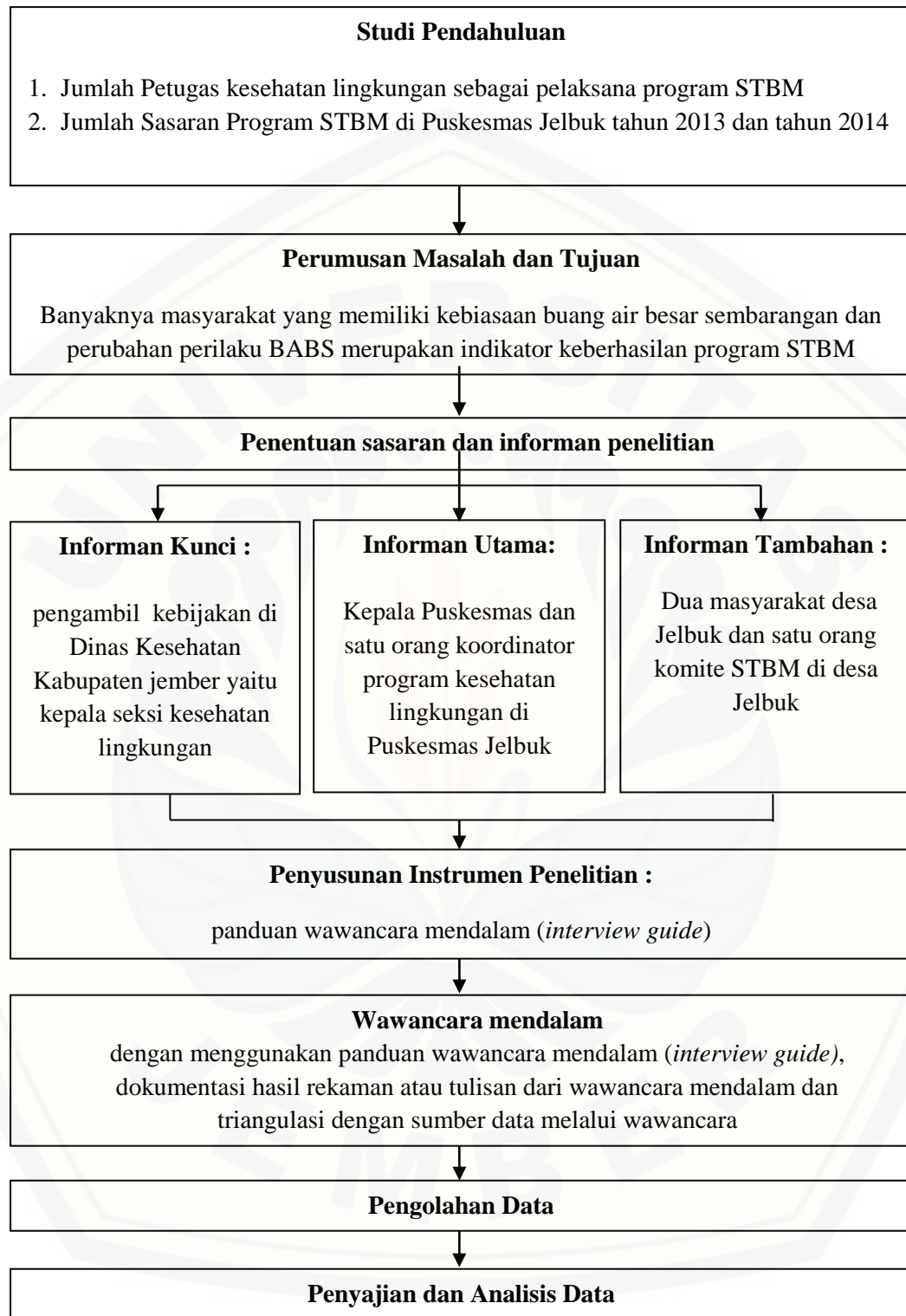
Peneliti mereduksi segala informasi yang telah diperoleh pada tahap deskripsi untuk memfokuskan pada masalah tertentu dengan cara memilih data yang menarik, penting berguna dan baru serta data yang tidak diperlukan dapat dibuang atau disingkirkan.

c. Tahap seleksi

Peneliti menguraikan fokus penelitian yang telah ditetapkan menjadi lebih rinci dengan melakukan analisis yang lebih dalam terhadap informasi yang diperoleh menjadi suatu pengetahuan yang penting.

Peneliti melakukan wawancara mendalam pada penelitian ini kepada informan terkait penerapan program STBM yang menggunakan lembar panduan wawancara. Hasil dari wawancara mendalam dengan berbagai informan akan dilakukan sintesa, sehingga didapatkan data/informasi yang dibutuhkan dalam penelitian dan dikombinasikan dengan hasil studi dokumentasi atau data sekunder yang ada untuk mendapatkan gambaran terkait dengan penerapan program STBM di Puskesmas Jelbuk Kabupaten Jember.

3.7 Kerangka Operasional



Gambar 3.1 Kerangka Operasional

BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

4.1.1 Profil Puskesmas Jelbuk

Puskemas Jelbuk berada dalam wilayah kerja Kecamatan Jelbuk dengan jumlah penduduk 32.717 orang. Jumlah penduduk yang sebesar 32.717 jiwa, terdapat jumlah penduduk miskin sebesar 13.670 jiwa. Puskesmas Jelbuk tidak memiliki Puskesmas Pembantu, namun sudah terdapat 6 Polindes di masing-masing desa dan 37 Posyandu yang tersebar di seluruh desa. Puskesmas Jelbuk memiliki SDM atau tenaga kesehatan diantaranya 1 dokter umum, 1 dokter gigi, 5 perawat, 9 bidan. Puskesmas Jelbuk masih belum memiliki tenaga ahli dalam program kesehatan lingkungan atau dalam STBM disebut sebagai fasilitator (Puskemas Jelbuk, 2013).

4.1.2 Visi dan Misi Puskesmas Jelbuk

a. Visi

Tercapainya masyarakat Kecamatan Jelbuk yang sehat menuju terwujudnya Indonesia sehat yang mandiri dan berkeadilan

b. Misi

- 1) Menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan di wilayah kecamatan Jelbuk
- 2) Mendorong kemandirian hidup sehat bagi keluarga dan masyarakat di wilayah kecamatan Jelbuk
- 3) Memelihara dan meningkatkan mutu, pemerataan dan keterjangkauan pelayan kesehatan
- 4) Memelihara dan meningkatkan kesehatan perorangan, keluarga dan masyarakat beserta lingkungan.

4.1.3 Letak Geografis Puskesmas Jelbuk

Secara geografis, Puskesmas Jelbuk memiliki batas wilayah yaitu sebelah selatan Kecamatan Arjasa, sebelah utara Kecamatan Maesan Kabupaten Bondowoso, sebelah barat Hutan Gunung Argopuro dan sebelah timur Kecamatan Kalisat dan Sukowono.

4.1.4 Program Kesehatan Puskesmas Jelbuk

Dalam upaya meningkatkan kesehatan masyarakat, Puskesmas Jelbuk didukung oleh berbagai program seperti promosi kesehatan, kesehatan lingkungan, gizi, imunisasi dan pengendalian penyakit. Promosi kesehatan yang dilakukan di Jelbuk oleh tenaga kesehatan dengan cara kunjungan rumah. Petugas kesehatan mendatangi setiap anggota keluarga untuk melakukan penyuluhan kesehatan. Hingga saat ini pencapaian program terkait promosi kesehatan, dari 270 KK yang telah diberi masukan atau penyuluhan kesehatan di rumahnya didapatkan 124 KK (Kepala keluarga) yang melaksanakan tindak lanjut hasil penyuluhan.

Upaya untuk meningkatkan kesehatan masyarakat, selain program promosi kesehatan Puskesmas Jelbuk juga melaksanakan program kesehatan lingkungan. Salah satu program kesehatan lingkungan yang saat ini dilaksanakan di Puskesmas Jelbuk yaitu STBM yang merupakan pendekatan untuk mengubah perilaku masyarakat yang higienis dan saniter melalui pemberdayaan masyarakat dengan cara pemicuan, masyarakat yang pada awalnya memiliki kebiasaan BAB sembarangan berubah perilaku untuk BAB di jamban.

Berdasarkan laporan upaya penyehatan kesehatan lingkungan diperoleh dengan target 11.318 KK, mendapatkan pencapaian 2.806 KK yang dengan mudah dapat menjangkau dan memanfaatkan jamban terdekat dan tidak lagi buang air besar sembarangan, dari laporan tersebut didapatkan informasi bahwa masih banyak masyarakat yang masih sulit untuk mengakses jamban dan melakukan BAB sembarangan.

Jamban sehat adalah jamban yang secara teknis dapat mengurangi resiko terjadinya kontaminasi terhadap lingkungan sekitar atau jamban yang memenuhi

syarat kesehatan. Puskesmas Jelbuk melalui kegiatan kesehatan, melaksanakan program jamban sehat. Diketahui bahwa dari target yang berjumlah 2.806 jamban didapatkan pencapaian 2.209 (78,72%) jamban yang secara teknis dapat mengurangi resiko terjadinya kontaminasi terhadap lingkungan sekitar atau dapat dikatakan sudah memenuhi syarat jamban sehat. Dari data tersebut dapat disimpulkan bahwa sudah sebagian besar jamban yang dimiliki sudah memenuhi syarat kesehatan dan hanya 579 (21,28%) jamban yang belum memenuhi syarat kesehatan.

Laporan upaya penyehatan lingkungan Puskesmas Jelbuk tahun 2014 menyebutkan bahwa di Kecamatan Jelbuk belum tercapai target Desa ODF, informasi terkait pencapaian Desa/Kelurahan ODF di Kecamatan Jelbuk, Dari target 6 Desa/Kelurahan, tidak ada satupun Desa/Kelurahan yang ODF.

4.2 Hasil Penelitian

4.2.1 Input STBM

a. Identifikasi Karakteristik Informan

Menurut (Sugiyono, 2008) menyebutkan bahwa karakteristik informan merupakan salah satu penentu perilaku seseorang. Faktor karakteristik meliputi usia informan, pendidikan, pengetahuan informan tentang STBM.

1) Karakteristik Informan Kunci

Informan kunci dalam penelitian ini adalah Kepala Seksi Kesehatan Lingkungan Dinas Kesehatan Kabupaten Jember. Berdasarkan wawancara mendalam, diperoleh karakteristik informan kunci sebagai berikut :

a) CW

CW berusia 54 tahun dengan pendidikan terakhir adalah S1 dan lulus tahun 1990. Peran dan tanggung jawab di Dinas Kesehatan Kabupaten Jember sebagai Kepala seksi kesehatan lingkungan Dinas Kesehatan.

2) Karakteristik Informan Utama

Informan utama dalam penelitian ini adalah Kepala Puskesmas Jelbuk dan penanggung jawab program kesehatan lingkungan. Berdasarkan wawancara

mendalam, diperoleh karakteristik informan utama sebagai berikut :

a) AY

AY berusia 35 tahun dengan pendidikan terakhir adalah profesi dokter dan lulus tahun 2005. Peran dan tanggung jawab di Puskesmas Jelbuk sebagai Kepala Puskesmas pertama kali mulai Maret 2011 karena sebelumnya AY menjabat sebagai dokter kedua di Puskesmas Sukorambi selama 1 tahun. AY bertanggung jawab terhadap seluruh program di Puskesmas Jelbuk termasuk program STBM.

b) RY

RY berusia 30 tahun dengan pendidikan terakhir adalah D3 Keperawatan dan lulus tahun 2005. Peran dan tanggung jawab di Puskesmas Jelbuk sebagai seorang perawat yang merangkap sebagai penanggung jawab program kesehatan lingkungan.

3) Karakteristik Informan Tambahan

Informan tambahan yang digunakan dalam penelitian ini adalah komite pelaksana STBM yaitu Kepala Dusun Jelbuk dan sasaran STBM desa Jelbuk. Berdasarkan hasil wawancara mendalam, diperoleh karakteristik informan tambahan sebagai berikut :

d) SA

SA berusia 37 tahun dengan pendidikan terakhir adalah SLTA dan lulus tahun 2011. Peran dan tanggung jawab di desa Jelbuk sebagai Kepala Dusun menjabat mulai tahun 2009, peran dalam pelaksanaan STBM yaitu sebagai Ketua komite pelaksanaan STBM. SA merupakan *Natural Leader* pada saat dilaksanakannya pemecuan di Desa Jelbuk.

e) EW

EW berusia 47 tahun dengan pendidikan terakhir adalah SMP dan lulus tahun 1986. Peran di Desa Jelbuk sebagai sasaran STBM. Tinggal di desa jelbuk mulai tahun 1982 hingga sekarang. Pekerjaannya sebagai tukang pijit keliling.

f) ST

ST berusia 36 tahun dengan pendidikan terakhir adalah sekolah dasar dan lulus tahun 1991. Peran di desa Jelbuk sebagai sasaran STBM. Pekerjaannya

sebagai ibu rumah tangga.

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan seluruh informan terkait karakteristik dapat disimpulkan bahwa seluruh informan memiliki usia 30-55 tahun, secara menyeluruh berdasarkan pernyataan semua informan pernah mendapatkan pendidikan, dengan minimal pendidikan SD dan pendidikan maksimal profesi dokter.

4) Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil pengindraan manusia, atau hasil tahu seorang terhadap objek melalui indra yang dimilikinya dengan sendirinya. Pengetahuan STBM merupakan pemahaman informan terkait pelaksanaan STBM. Hal ini didapatkan informasi melalui wawancara mendalam dengan semua informan :

“STBM itu adalah suatu program pendekatan kepada masyarakat untuk merubah perilaku hidup yang tidak sehat ke perilaku hidup yang lebih sehat...inti dari kegiatan STBM yaitu pendekatan dengan melibatkan masyarakat secara langsung untuk tujuan akhirnya perubahan perilaku...prioritas Pemerintah sekarang ini terfokus pada pilar 1 yaitu larangan untuk BAB sembarangan....”(CW)

Berdasarkan pernyataan di atas dapat dikatakan bahwa pada dasarnya STBM merupakan pendekatan untuk mengubah perilaku yang higienis dan saniter melalui pemberdayaan masyarakat dengan cara pemicuan. Pengetahuan tersebut juga diungkapkan oleh kutipan hasil wawancara dengan informan lainnya sebagai berikut :

“STBM itu Sanitasi Total Berbasis Masyarakat, dimana suatu cara untuk menyadarkan masyarakat dalam hal berperilaku sehat baik itu dalam penggunaan jamban dengan cara pemicuan.”(RY)

“STBM merupakan larangan BABS...program jamban untuk perilaku sehat.”(SA)

“Sudah lama itu, saya sudah tidak ingat...dulu memang ada pengarahan jamban.”(ST)

Berdasarkan kutipan wawancara tentang pengetahuan STBM didapatkan informasi bahwa sebagian informan sudah mengetahui apa yang dimaksud dengan STBM. Informan yang belum mengetahui tentang STBM justru merupakan sasaran dari STBM itu sendiri. Salah satu sasaran menyatakan bahwa pelaksanaan STBM sudah lama dilakukan, sehingga mereka sudah tidak ada ingatan terkait STBM. Pengetahuan STBM diberikan kepada masyarakat pada saat pemicuan saja, sehingga pasca pemicuan masyarakat tidak mendapatkan lagi pengetahuan ataupun pengarahan terkait STBM.

5) Ketersediaan SDM pelaksanaan STBM

SDM yang tersedia di Puskesmas Jelbuk terkait pelaksanaan STBM meliputi 1 orang dokter sebagai kepala Puskesmas, 1 orang perawat sebagai penanggung jawab program kesehatan lingkungan dan komite atau masyarakat yang ditunjuk sebagai penanggung jawab tindak lanjut pelaksanaan STBM di desa. Hal ini dapat didapatkan melalui wawancara mendalam dengan informan kunci dan utama :

”...SDM di Puskesmas Jelbuk sangat terbatas,...seorang perawat merangkap pekerjaannya sebagai penanggung jawab program kesehatan,...Puskesmas tidak memiliki fasilitator sehingga mendatangkan dari Puskesmas terdekat...”(CW)

Berdasarkan hasil wawancara mendalam mengenai ketersediaan SDM dalam pelaksanaan STBM didapatkan informasi bahwa ketersediaan SDM di Puskesmas Jelbuk sangat terbatas. Harapannya untuk ke depan, Puskesmas Jelbuk memiliki seorang sanitarian. Hal tersebut dapat dilihat melalui kutipan wawancara berikut :

“..., dia seorang perawat juga merangkap sebagai penanggung jawab program kesehatan lingkungan, tetapi saya berharap untuk ke depannya adanya seorang sanitarian yang khusus bertanggung jawab dalam program ini”(AY)

Seorang pekerja harus sesuai dengan kemampuan serta keterampilan yang dimiliki untuk meningkatkan produktifitas kerja. Penanggung jawab program kesehatan lingkungan yang terdapat pada Puskesmas Jelbuk adalah seorang perawat. Penempatan seorang perawat untuk penanggung jawab program kesehatan lingkungan tersebut dikarenakan keterbatasan SDM yang ada di Puskesmas Jelbuk.

Berdasarkan kutipan wawancara diatas, seorang perawat memiliki peran ganda selain sebagai pemberi layanan kesehatan, yaitu perawat juga merangkap sebagai penanggung jawab program kesehatan lingkungan. Hasil dari STBM Puskesmas Jelbuk memang tidak memenuhi target, namun menempatkan perawat sebagai penanggung jawab program kesehatan lingkungan merupakan pilihan terakhir untuk pelaksanaan STBM.

Kepala Puskesmas Jelbuk berharap untuk waktu yang akan datang akan ditempatkan petugas khusus yang bertanggung jawab program kesehatan lingkungan di Puskesmas. Puskesmas Jelbuk merupakan salah satu Puskesmas yang ada di Kabupaten Jember yang masih belum memiliki fasilitator. Kegiatan pemician di Puskesmas Jelbuk dilakukan dengan mendatangkan fasilitator dari Puskesmas lain.

6) Pendukung Pelaksanaan STBM

Pendukung pelaksanaan STBM merupakan orang atau tokoh yang mendukung pelaksanaan dan tercapainya pelaksanaan STBM seperti tokoh agama, lembaga pendidikan, swasta, dan pihak terkait lainnya yang relevan. Hal ini dapat didapatkan melalui hasil wawancara mendalam dengan semua informan:

“ada yaitu dari tokoh masyarakat seperti kader posyandu dan pemuda-pemuda yang ada di desa, karena pada saat pemician mereka ikut serta dalam kegiatan tersebut.”(CW)

“ ada pada saat pemician kader-kader, kepala dusun juga datang.”(AY)

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan seluruh informan didapatkan bahwa adanya dukungan dari tokoh masyarakat terkait pelaksanaan

STBM di desa Jelbuk hal ini juga dapat diungkapkan dengan kutipan wawancara berikut :

“Pada saat pemucian sudah dihadiri banyak tokoh masyarakat disana ada perangkat desa, ada tokoh agamanya juga...memang itu yang diutamakan.”(RY)

Pelaksanaan STBM di Desa Jelbuk telah mendapatkan dukungan dari tokoh masyarakat desa. Salah satu sasaran yang diutamakan dalam kegiatan pemucian adalah tokoh masyarakat. Tokoh masyarakat merupakan percontohan didalam kehidupan sehari-hari dan mereka juga merupakan panutan bagi masyarakat untuk berperilaku sehat.

Pasca kegiatan pemucian tidak ada lagi dukungan yang diberikan oleh tokoh masyarakat. Kegiatan kesehatan yang dilakukan setiap bulan hanya menangani balita dan ibu hamil saja. Pelaksanaan kegiatan STBM tidak lagi dilakukan secara berkesinambungan dalam aktivitas kesehatan di Desa Jelbuk. Hal tersebut didapatkan dari hasil wawancara sebagai berikut:

“Di Posyandu cuma ada pengarahan buat balita dan ibu hamil saja...untuk jamban tidak ada...dipengajian dulu juga ada”(EW)

Berdasarkan pernyataan di atas, pelaksanaan STBM tidak lagi mendapatkan dukungan dan terlaksana secara berkesinambungan. Kegiatan STBM bukan hanya tidak terlaksana pada kegiatan posyandu saja, akan tetapi kegiatan STBM seperti pengarahan pembangunan jamban tidak terlaksana dengan baik dalam kegiatan organisasi desa misalnya dalam kegiatan pengajian.

7) Dana(*Money*)

Sumber dana yang digunakan dalam pelaksanaan STBM baik dari APBD atau Pemerintah daerah maupun APBN. Sumber dana yang digunakan untuk pelaksanaan STBM yaitu dari BOK (Badan Operasional Kesehatan) Hal ini dapat dibuktikan dari kutipan wawancara mendalam dengan semua informan :

“untuk dana kami memiliki dana dari APBD 1,APBD 2 dan BOK, kebetulan di Jelbuk

ini mendapatkan bantuan dari dari BOK yaitu sebesar Rp.770.000 dan BOK ini hanya untuk 1 kali pemecuan saja,....”(CW)

“Ada bantuan dana dari BOK, untuk satu kali pemecuan.”(AY)

Berdasarkan wawancara mendalam dengan seluruh informan mengenai dana yang digunakan dalam pelaksanaan STBM didapatkan informasi bahwa dana yang digunakan untuk pelaksanaan STBM berasal dari bantuan operasional kesehatan.

BOK bukan digunakan untuk pembangunan jamban masyarakat melainkan untuk pelaksanaan sekali pemecuan. Dana untuk pembangunan jamban masyarakat diperoleh dari swadaya masyarakat atau masyarakatnya sendiri yang mencari bantuan misalnya dari instansi swasta dan koperasi. Penanggung jawab program kesehatan lingkungan menyarankan kepada komite agar meminta bantuan kepada instansi-instansi swasta, bantuan tersebut agar dijadikan dana yang digunakan untuk pembangunan jamban masyarakat. Hal tersebut didapatkan informasi melalui kutipan wawancara mendalam berikut :

“Untuk pelaksanaan pemecuan itu sendiri kita anggarkan dari BOK...mengarahkan kepada komite bantuan kepada PT. SPBE siapa tahu bisa membantu....”(RY)

Kendala yang dialami masyarakat dalam mengubah perilakunya untuk BAB di jamban utamanya pada faktor pendanaan, mereka lebih mementingkan kebutuhan sehari-hari dari pada menyisihkan sebagian uangnya untuk pembangunan jamban. Masyarakat berharap adanya bantuan dari pemerintah untuk pembangunan jamban. Hal tersebut didapatkan informasi melalui kutipan wawancara mendalam berikut :

“Masalah bantuan dari pemerintah tidak ada,... pembangunan jamban disini untuk biaya sangat sulit,... penghasilan Rp.15.000-20.000 per hari sedangkan pengeluaran sekitar Rp. 30.000 per hari jadi bagaimana mau membangun jamban?....”(AW)

“kalau masalah bantuan jamban, tidak ada bantuan memang,...mengusulkan kepada pihak-pihak yang terkait agar adanya bantuan, agar membantu masyarakat yang

misikin,...hingga saat ini masih belum ada tembusan....”(SA)

Komite STBM pernah mengusulkan kepada pihak pemerintah terkait bantuan dana ataupun materi yang digunakan untuk pembangunan jamban, tetapi hingga saat ini dari pihak terkait masih belum ada respon. STBM merupakan program pemerintah yang tidak menyediakan bantuan jamban untuk masyarakat, tujuannya supaya masyarakat dengan kesadaran dan usaha sendiri dapat berubah perilaku yang lebih sehat dan tidak ada rasa ketergantungan kepada Pemerintah.

8) Sasaran Program STBM (*Market*)

Sasaran Pelaksanaan STBM adalah masyarakat desa Jelbuk. Penentuan sasaran dapat diperoleh dari data kepemilikan jamban yang ada di desa. Hal ini dapat dibuktikan melalui kutipan wawancara dengan informan kunci dan utama:

“Dilihat dari data kepemilikan jamban siapa saja yang belum punya jamban dan akan dilakukan pemicuan.”(AY)

“Untuk menentukan sasaran disini dengan survey lokasi,..tidak sulit, karena kebanyakan memang banyak yang tidak memiliki jamban.”(RY)

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan kunci dan utama didapatkan bahwa untuk menentukan sasaran STBM yaitu dengan cara melakukan survey lapangan oleh pihak puskesmas. Desa yang masyarakatnya masih banyak yang melakukan BABS dan kepemilikan jambannya masih rendah merupakan masyarakat sasaran. Setelah mendapatkan data masyarakat sasaran, petugas akan melakukan pemicuan di desa tersebut. Pemicuan hanya dilakukan sekali dalam satu tahun. Perubahan perilaku merupakan tindakan yang membutuhkan jangka waktu yang cukup lama. Kegiatan pemicuan yang hanya satu kali sangatlah kurang untuk mengubah perilaku masyarakat yang higiene dan saniter.

Penentuan sasaran juga didapatkan informasikan melalui kutipan wawancara berikut ini :

“...mendata masyarakat yang tidak memiliki jamban, atau data KK desa terkait kepemilikan jamban setelah itu kita lakukan pemicuan di tempat itu...”(CW)

Berdasarkan hasil wawancara diatas, diperoleh informasi bahwa langkah pertama untuk menentukan masyarakat sasaran pemicuan adalah dengan mendata masyarakat yang tidak memiliki jamban atau data masyarakat sasaran didapatkan dari data KK. Setelah memperoleh data terkait masyarakat sasaran, dapat dilakukan kegiatan pemicuan.

9) Cara Penyelenggaraan (*Method*)

Metode Pelaksanaan STBM merupakan cara penyelenggaraan kegiatan STBM di desa Jelbuk. Hal ini dapat dibuktikan melalui wawancara dengan informan kunci dan utama :

“...dilakukan pemicuan dengan mengumpulkan masyarakat terlebih dahulu...pengetahuan STBM...pemetaan...diskusi...perencanaan program.”(RY)

“...dilakukan dengan cara pemicuan, dengan mengumpulkan masyarakat kemudian memotret keadaan disitu, kemudian kita tunjukkan “ini loh keadaanya” cara kasarnya kita permalukan mereka dengan keadaannya sendiri, dengan seperti itu bisa menggugah masyarakat agar mengubah perilakunya.”(CW)

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan kunci dan utama didapatkan informasi bahwa untuk cara penyelenggaraan STBM atau metode pelaksanaannya yaitu dengan penentuan sasaran dari hasil survey lapangan yang dilakukan oleh Puskesmas. Desa yang memiliki cakupan jamban rendah dan banyakarganya yang memiliki kebiasaan BABS ditetapkan sebagai masyarakat sasaran untuk kemudian dilakukan pemicuan di desa tersebut.

Pemicuan di Desa Jelbuk dengan mengumpulkan masyarakat setempat dan juga dihadiri oleh tokoh-tokoh masyarakat yang juga merupakan sasaran terpenting dalam pelaksanaan STBM. Masyarakat berkumpul mulai pukul 08.00

WIB hingga selesai dan bertempat di rumah ibu Kades. Masyarakat diberikan pengarahan, permainan serta pengetahuan tentang STBM. Hal tersebut agar masyarakat bisa akrab dengan fasilitator sehingga masyarakat akan terbuka untuk menceritakan apa yang terjadi di desanya. Kemudian dilakukan pemetaan sederhana dengan menggunakan bahan-bahan yang telah ada seperti batu, gabus, daun untuk membuat batas kampung, jalan desa, lokasi pemukiman, sawah, sungai dan lain-lain.

Petugas mengajak warga untuk menelusuri wilayahnya dan mengamati bagaimana kondisi yang sebenarnya yang ada di lingkungan sekitar. Kegiatan tersebut ditujukan agar masyarakat dapat menyimpulkan tentang bahaya kotoran yang setiap harinya dibuang sembarangan. Pada sesi selanjutnya, petugas menanyakan gambaran-gambaran yang menunjukkan alur kontaminasi penyakit. Petugas menerangkan tentang bahaya jika kotoran tersebut ikut termakan dengan makanan yang dikonsumsi. Metode tersebut diharapkan dapat menimbulkan kesadaran masyarakat tentang bahayanya perilaku hidup tidak sehat. Masyarakat diharapkan untuk mulai memiliki rasa jijik terhadap perilaku yang tidak sesuai dengan PHBS.

Petugas mengajak masyarakat untuk melakukan simulasi air yang terkontaminasi yaitu dengan menyiapkan dua gelas air yang berisikan air minum. Gelas yang pertama disimulasikan dengan salah satu warga langsung meminumnya dan meyakinkan bahwa air tersebut memang benar-benar layak untuk diminum. Simulasi berlanjut dengan memperagakan satu helai rambut warga untuk ditempelkan pada tinja kemudian dimasukkan pada gelas yang kedua. Petugas kesehatan kemudian menyuruh warga untuk meminum gelas yang kedua tersebut. Semua warga tidak mau untuk meminum gelas kedua dengan demikian petugas memberikan pertanyaan selanjutnya

“Bagaimana dengan kaki lalat yang terdiri dari banyak rambut hinggap dimakanan anda dan sebelumnya lalat tersebut menempel pada kotoran anda yang berserakan dimana-mana?” Pertanyaan ini dapat menimbulkan kesadaran yaitu perasaan jijik yang timbul dari masyarakat. Kemudian fasilitator menanyakan kepada masyarakat *“Siapa yang ingin berubah perilaku untuk*

membangun jamban?” untuk memastikan bahwa kesadaran dari simulasi ini perlu diterapkan dikemudian hari.

Natural Leader adalah sasaran STBM yang secara spontan terpicu dan ingin berubah perilakunya. Pada saat pemicuan di Desa Jelbuk ada satu orang yang menjadi *Natural Leader* yaitu Kepala Dusun Desa Jelbuk. Kemudian fasilitator menunjuk Kepala Dusun sebagai komite tindak lanjut dalam pelaksanaan STBM.

Fasilitator juga memberikan dorongan kepada mereka untuk mengadakan pertemuan untuk rencana aksi. Tugas tindak lanjut yang dilakukan oleh komite STBM yaitu mengajak masyarakat agar juga dapat berubah perilaku untuk tidak BABS. Komite juga melaporkan hasil perkembangan jika ada warganya yang membangun jamban. Laporan yang didapatkan akan dilaporkan kepada penanggung jawab program kesehatan lingkungan di Puskesmas. Komite juga berusaha untuk mengajak warga gotong royong untuk pembangunan jamban umum, komite juga berupaya untuk mendapatkan bantuan dana dari instansi-instansi swasta, tetapi hingga saat ini masih belum ada respon yang diberikan.

Cara yang dilakukan komite STBM di Desa Jelbuk agar masyarakat tidak lagi melakukan BABS yaitu dengan memberikan pengarahan melalui organisasi-organisasi seperti pengajian yang ada di desanya. Tetapi hal tersebut dilakukan hanya dalam jangka dekat pasca pemicuan, karena hal tersebut dikatakan sangat sulit untuk mengajak warga berubah perilaku.

Perubahan perilaku merupakan hal yang sulit yang dilakukan masyarakat Jelbuk untuk BABS. Alasan utama yang telah diungkapkan oleh masyarakat agar mereka bisa berubah perilaku adalah dana jamban. Masyarakat Jelbuk lebih mementingkan kebutuhan sehari-hari dibandingkan menyisihkan sebagian uangnya untuk pembangunan jamban.

10) *Material*

Material adalah bahan yang digunakan untuk mendukung pelaksanaan STBM. Hal ini didapatkan informasi melalui wawancara dengan semua informan sebagai berikut :

“Yang kita siapkan pada saat pemicuan yaitu spidol, kertas manila yang besar, batu dan daun untuk menandai mana yang punya jamban atau belum.”(CW)

“yang menyiapkan disana kebetulan komitenya, ada salon, papan, spidol dan bahan-bahan pemetaan”(AY)

“Pada saat pemicuan bahan-bahan yang digunakan yaitu ada Salon yang sudah ada disana, spidol, kertas manila, tepung sebagai batas gambaran atau peta, gabus, batu, bulpoin, kertas HVS.”(RY)

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan semua informan pernyataan yang diungkapkan semua sama materi yang digunakan untuk pelaksanaan STBM meliputi bahan-bahan yang digunakan untuk pelaksanaan pemicuan yaitu spidol, papan, kertas HVS, batu, daun, gabus, tepung, kertas manila, gelas dan rambut.

Batu, daun, dan gabus digunakan untuk menandai tempat-tempat atau lokasi-lokasi. Tepung digunakan sebagai batas jalan. Sedangkan rambut dan dua buah gelas yang berisikan air digunakan untuk simulasi air yang terkontaminasi. Bahan atau materi yang dibeli diambil dari dana BOK seperti spidol, kertas HVS, kertas manila. Petugas juga menyediakan konsumsi serta air mineral kepada peserta pemicuan.

11) Target waktu pencapaian (*Time Bound*)

Target pencapaian hasil STBM dimana semua masyarakat sudah berubah perilakunya untuk tidak lagi BAB sembarangan. Target kabupaten untuk setiap tahunnya satu Puskesmas harus membentuk satu desa ODF. Hal ini didapatkan informasi melalui kutipan wawancara mendalam dengan informan kunci dan utama:

“... untuk setiap tahunnya harus dilakukan pemicuan, jadi untuk tiap tahunnya satu Puskesmas harus membentuk 1 desa ODF.”(CW)

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan kunci dan utama didapatkan informasi bahwa untuk target pencapaian STBM Kabupaten Jember adalah dalam 1 tahun setiap puskesmas harus dapat membentuk 1 desa ODF.

Untuk di Desa Jelbuk sendiri harapannya pasca pemucuan semua masyarakat dapat merubah perilakunya dan dapat juga terbentuk desa ODF seperti yang diungkapkan dalam kutipan wawancara mendalam berikut:

“Untuk target STBM yang saya harapkan, setelah adanya pemucuan dapat terbentuk desa ODF, tetapi hingga saat ini masih jauh di bawah target....”(RY)

Pada kenyataannya sampai saat ini, hal tersebut masih belum bisa tercapai. Belum tercapainya target tersebut dikarenakan faktor kesadaran masyarakat terkait kesehatan dan pentingnya penggunaan jamban masih rendah. Pernyataan tersebut diperkuat melalui kutipan berikut:

“untuk target pencapaian memang sangat sulit ya, modelnya masyarakat Jelbuk ini jika ada perkumpulan semangat untuk datang tetapi setelah acara selesai ya sudah hilang semua apa yang di sampaikan, jadi untuk menentukan kapan pencapaiannya sangat sulit.”(AY)

Perubahan perilaku merupakan hal yang membutuhkan usaha keras dan waktu yang lama agar bisa diwujudkan. Penanggung jawab program kesehatan lingkungan Puskesmas Jelbuk mengungkapkan bahwa, masalah kesehatan berhubungan langsung dengan kesadaran masyarakat. Faktor tersebut merupakan penyebab perubahan perilaku yang membutuhkan jangka waktu yang lama masih belum tercapai. Selain faktor itu, kebiasaan masyarakat yang belum bisa berubah sesuai dengan PHBS. Masyarakat Desa Jelbuk masih lebih mengutamakan pemenuhan kebutuhan dasar sehari-hari.

Kebutuhan dasar yang masih belum terpenuhi berakibat pada belum terwujudnya kesadaran masyarakat dalam membangun jamban rumahnya. Selain hal tersebut jangka waktu panjang pasca pemicuan masyarakat tidak lagi memperoleh pengarahannya terkait pelaksanaan STBM.

4.2.2 Proses Pelaksanaan STBM

a. Perencanaan (*Planning*)

1) Tujuan

Tujuan merupakan unsur pertama dari suatu rencana yang dapat bersifat materiil maupun moral terkait pelaksanaan STBM. Tujuan penyelenggaraan STBM adalah untuk mewujudkan perilaku masyarakat yang higienis dan saniter secara mandiri dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya. Hal ini didapatkan informasi melalui wawancara dengan informan kunci dan utama:

“ Tujuan STBM di sini yaitu mengubah perilaku masyarakat agar tercapai hidup yang lebih sehat.”(CW)

“Tujuannya agar masyarakat berperilaku yang sehat dan mengetahui apa manfaat BAB di jamban dan apa kerugian BAB sembarangan”(RY)

Berdasarkan wawancara mendalam dengan informan kunci dan utama didapatkan informasi bahwa tujuan pelaksanaan STBM yaitu terjadinya perubahan perilaku dari yang kurang sehat ke perilaku yang lebih sehat. Perubahan tersebut dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat kearah yang lebih baik.

Perencanaan dilakukan yaitu setelah dilakukan pemicuan dan muncul *Natural Leader* yang dapat mendorong masyarakat untuk mengadakan pertemuan dan rencana aksi. Rencana aksi memiliki efek yaitu memicu orang lain untuk berubah perilaku. Tindak lanjut setelah pemicuan merupakan hal

penting yang harus dilakukan untuk menjamin keberlangsungan perubahan perilaku serta peningkatan kualitas fasilitas sanitasi yang terus menerus.

b. Pengorganisasian (*Organizing*)

2) Pembagian Pekerjaan

Pembagian pekerjaan merupakan pemecahan tugas kompleks menjadi komponen yang lebih kecil sehingga setiap penanggung jawab maupun pelaksana bertanggung jawab untuk beberapa aktifitas dalam pelaksanaan STBM. Hal ini dapat dibuktikan melalui kutipan wawancara mendalam dengan informan kunci dan utama :

“Penanggung jawab STBM yaitu koordinator program kesehatan lingkungan di Puskesmas,...tindak lanjutnya dibentuk komite di masyarakat, komite melaporkan hasil perkembangan dan mendata masyarakat yang membangun jamban dan melaporkan kepada koordinator program kesehatan lingkungan di Puskesmas.”(CW)

“Untuk pembagian kerja,...tanggung jawab komite, tetapi saya juga mengarahkan bagaimana pelaksanaanya, komite melaporkan perkembangannya jika ada yang membangun jamban saya juga langsung melapor melalui sms ke monitoring STBM.”(RY)

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan utama dan informan kunci didapatkan informasi bahwa dalam pelaksanaan STBM di puskesmas dilaksanakan oleh penanggungjawab program kesehatan lingkungan. Tindak lanjut setelah dilakukan kegiatan pemicuan adalah terbentuknya komite yang bertanggung jawab dalam pelaksanaan STBM di desa.

Tugas Komite yaitu mencatat hasil perkembangan STBM dan kemudian melaporkan hasilnya kepada penanggung jawab program kesehatan lingkungan di Puskesmas Jelbuk. Komite juga memiliki tugas untuk memicu masyarakat agar dapat berubah perilaku dan hambatannya yang dialami masyarakat yaitu keterbatasan dana dalam pembangunan jamban. Komite juga berupaya untuk mencari dana bantuan untuk pembangunan jamban.

Hasil laporan perkembangan STBM di desa dilaporkan oleh komite

kepada penanggung jawab program kesehatan lingkungan, kemudian laporan tersebut akan segera dilaporkan melalui sms kepada monitoring STBM-Indonesia oleh penanggung jawab program kesehatan lingkungan di Puskesmas Jelbuk. Hasil dari laporan perkembangan STBM di Desa Jelbuk yaitu masih rendahnya pencapaian masyarakat dalam mewujudkan perubahan perilaku dari BABS ke perilaku BAB di jamban.

3) Rentang Komando

Rentang Komando merupakan rencana yang menentukan siapa yang melapor kepada siapa terkait hasil pelaksanaan STBM. Hal ini didapatkan informasi melalui kutipan wawancara mendalam dengan semua informan :

“...komite di masyarakat, melaporkan kepada koordinator program kesehatan lingkungan di Puskesmas perkembangan STBM...koordinator program kesehatan lingkungan dengan melalui sms melakukan pelaporan ke monitoring STBM...”(CW)

Berdasarkan wawancara dengan semua informan didapatkan informasi bahwa untuk pelaporan terkait pelaksanaan STBM dilakukan oleh penanggung jawab program kesehatan lingkungan di Puskesmas Jelbuk, tetapi juga dibantu oleh komite STBM. Informasi perkembangan STBM di masyarakat dilaporkan oleh komite kepada penanggung jawab program di Puskesmas, dan penanggung jawab program kesehatan lingkungan segera melaporkan hasil perkembangan tersebut melalui sms ke monitoring STBM, dengan kutipan wawancara berikut:

“...Yang melapor perkembangan STBM, masyarakat yang membangun jamban yaitu komite kepada saya dan saya juga melaporkan melalui sms ke monitoring STBM.”(RY)

“...komite yang melaporkan adanya pembangunan jamban. Saya yang melaporkan ke Puskesmas atau terkadang pihak Puskesmas yang menanyakan perkembangannya.”(SA)

c. Penggerak dan Pelaksanaan (*Actuating*)

1) Kepemimpinan

Kemampuan penanggung jawab program serta pelaksana untuk mempengaruhi penanggung jawab program, pelaksana program dan sasaran agar bekerja sepenuh kemampuan untuk mencapai tujuan kelompok dan dorongan yang membuat penanggung jawab program dan pelaksana program agar mau bekerja dengan semangat. Hal ini dapat dibuktikan melalui kutipan wawancara dengan informan kunci dan utama :

“ Saya ikut serta ke masyarakat mengenai pelaksanaan pemicuan bersama fasilitator dan penanggung jawab program untuk mengajak masyarakat mengubah perilakunya untuk lebih sehat.”(AY)

“Saya mengarahkan kepada komite bagaimana supaya masyarakat bergerak untuk mengubah perilakunya, dan mengetahui apa manfaat BAB di jamban dan kerugian BAB sembarangan.”(RY)

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan kunci dan utama didapatkan bahwa sudah adanya pengarahan antara atasan dengan bawahan. Kepala Puskesmas Jelbuk memberikan pengarahan kepada Penanggung jawab program kesehatan lingkungan agar program yang dijalankan berjalan sesuai tujuan, pengarahan tersebut diberikan pada saat ada acaran perkumpulan ataupun rapat yang di adakan di Puskesmas.

Penanggung jawab program kesehatan lingkungan memberikan solusi kepada komite jika ada hambatan terkait pelaksanaan STBM, dan Penanggung jawab program kesehatan lingkungan juga melakukan kunjungan di desa untuk melihat perkembangan STBM. Pasca pemicuan komite melakukan pengarahan melalui organisasi-organisasi seperti acara pengajian terkait pembangunan jamban.

2) Motivasi

Motivasi adalah dorongan yang membuat penanggung jawab program dan pelaksana program agar mau bekerja dengan semangat dan kemampuan yang dimiliki untuk mencapai tujuan secara berdaya guna dan berhasil guna. Hal ini dapat dibuktikan melalui kutipan wawancara mendalam dengan semua informan :

“iya kan selain melakukan pelaporan melalui sms koordinator juga melaporkan langsung ke Dinas Kesehatan, nah pada saat di sini bertemu dengan saya, saya beri motivasi atau dorongan terkait STBM.”(CW)

“Tugas saya di sini juga menyemangati, sanitarian saya beri perhatian khusus karena kalau program yang langsung berhubungan dengan masyarakat itu mereka mudah menyerah jadi, selalu saya beri dorongan dan semangat.”(AY)

“Saya sudah memberi motivasi,...agar masyarakat itu bergerak dan berikan dorongan serta pengarahan...komite juga saya ajari cara termudah untuk membangun jamban dengan dana yang minimal.”(RY)

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan semua informan didapatkan bahwa atasan telah memberikan motivasi serta dorongan kepada bawahannya agar apa yang menjadi tanggung jawabnya bisa dilaksanakan dengan baik. Kepala Puskesmas memberikan semangat serta motivasi kepada penanggung jawab program kesehatan lingkungan terkait pelaksanaan STBM. Hal tersebut juga dilakukan oleh penanggung jawab program kesehatan lingkungan kepada komite. Sebagai seorang komite juga telah melakukan tugasnya untuk memicu serta memberikan motivasi kepada masyarakat agar mereka mempunyai dorongan melakukan perubahan perilaku. Motivasi tersebut dilakukan pada saat adanya perkumpulan seperti acara pengajian. Pemberian motivasi yang dilakukan ternyata masih belum menunjukkan hasil yang memuaskan. Hal ini dapat dilihat dari masih rendahnya masyarakat untuk melakukan perubahan perilaku.

3) Komunikasi

Komunikasi merupakan penyampaian informasi dari informan kepada masyarakat, kepada penanggung jawab program dan dari penanggung jawab program pada pelaksana maupun sasaran baik dipercaya atau tidak tapi informasi yang disiapkan harus dimengerti oleh penerimanya. Komunikasi yang dilakukan terkait pelaksanaan STBM di Puskesmas Jelbuk dilakukan secara langsung dalam pertemuan. Hal ini didapatkan informasi melalui kutipan wawancara mendalam dengan semua informan:

“saya mencaipakan informasi-informasi atau pengarahan pada saat ada pertemuan atau rapat.”(AY)

“Komite terkadang melalui telepon melaporkan bagaimana perkembangan STBM...setiap Rabu ada konsultasi masyarakat desa....”(RY)

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan semua informan didapatkan bahwa komunikasi yang dilakukan dalam pelaksanaan STBM dapat melalui alat komunikasi dan juga dalam pertemuan secara langsung. Seperti yang telah diungkapkan Kepala Puskesmas bawah informasi-informasi yang di berikan kepada penanggung jawab program kesehatan lingkungan melalui pertemuan-pertemuan atau rapat di Puskesmas. Komite melaporkan hasil perkembangan STBM dilakukan pertemuan langsung dengan penanggung jawab program di posyandu atau melalui telepon. Komunikasi yang dilakukan Komite terhadap masyarakat yaitu melalui pengarahan yang dilakukan di acara-acara seperti pengajian.

Puskesmas Jelbuk setiap hari Rabu, membuka klinik sanitasi. Masyarakat yang memiliki masalah yang ada di desa maupun lingkungannya bisa langsung berkunjung ke Puskesmas untuk konsultasi dengan penanggung jawab program kesehatan lingkungan mengenai permasalahan sanitasi. Masyarakat ikut berpartisipasi dalam kegiatan klinik sanitasi, namun masyarakat lebih berkonsultasi tentang penyakit yang dideritanya daripada berkonsultasi tentang sanitasi lingkungan dirumahnya.

d. Pengawasan, Pengendalian dan penilaian (*Controlling*)

1) Proses pencatatan dan pelaporan

Proses pencatatan dan pelaporan merupakan proses untuk memastikan bahwa segala aktivitas dalam pelaksanaan STBM terlaksana sesuai apa yang telah direncanakan melalui pelaporan pertanggungjawaban secara tertulis. Hal ini dapat dibuktikan melalui wawancara mendalam dengan semua informan :

“Ada laporan supaya ada bukti kalau kita telah melakukannya dengan bukti tertulis, jadi dari komite mencatat siapa yang membangun jamban untuk dilaporkan ke koordinator di Puskesmas dan dari koordinator Puskesmas selain melapor melalui sms ke monitoring STBM juga langsung ke saya dan disini sudah ada catatannya.”(CW)

“untuk pelaporan semua ada catatannya, di lakukan oleh penanggung jawab program kesehatan lingkungan.”(AY)

“ ada pelaporannya, jadi dari komite melapor kepada saya dan saya melapor melalui sms, tetapi hingga saat ini masih belum ada pelaporan terkait perkembangan STBM di Jelbuk.”(RY)

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan seluruh informan didapatkan bahwa adanya pencatatan terkait pelaksanaan STBM, serta adanya pelaporan terkait perkembangan STBM. Pencatatan yang dilakukan secara tertulis dan pelaporan yang dilakukan oleh penanggung jawab program dilakukan melalui sms kepada monitoring STBM yang sebelumnya informasi tersebut didapatkan melalui komite yang ada di desa. Penanggung jawab program kesehatan lingkungan selain melaporkan ke monitoring STBM juga melakukan laporan langsung pada Dinas Kesehatan.

2) Supervisi

Supevisi merupakan kegiatan-kegiatan yang terencana oleh penanggung jawab penyelenggara STBM melalui aktifitas pemantauan atau pengawasan perkembangan pelaksanaan STBM. Hal ini dapat dibuktikan melalui wawancara

mendalam dengan semua informan :

“pemantuan dilakukan oleh koordinator program kesehatan lingkungan dan saya yang biasanya melakukan pengawasan ke masyarakat.”(AY)

“Dari kabupaten untuk perkembangan STBM bisa langsung dilihat di monitoring STBM, supervisi dilakukan oleh Puskesmas itu sendiri.”(CW)

“Saya juga melakukan pemantauan kepada masyarakat secara langsung dengan mendata ulang siapa saja yang sudah membangun jamban...ya seperti itu....” (SA)

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan semua informan didapatkan bahwa supervisi dilakukan oleh penanggung jawab program kesehatan lingkungan kepada komite dan masyarakat. Pemantauan kegiatan program juga dilakukan oleh komite langsung kepada masyarakat melalui kegiatan pendataan masyarakat yang telah membangun jamban. Berdasarkan hasil pendataan tersebut didapatkan informasi bahwa hingga saat ini masih sedikitnya masyarakat yang ingin membangun jamban.

4.2.3 Output

1) Pencapaian Indikator Keberhasilan

Indikator keberhasilan digunakan untuk mengukur dan melihat keberhasilan pelaksanaan STBM. Keberhasilan pelaksanaan STBM dapat dikatakan berhasil jika terbentuk desa ODF dimana seluruh masyarakat desa Jelbuk tidak lagi buang air besar sembarangan atau memiliki nilai OD “nol”. Hal ini dapat dibuktikan melalui wawancara mendalam dengan semua informan :

“Masih jauh dibawah target...setiap tahunnya harus melakukan pemucuan dan setiap tahun satu Puskesmas harus membentuk satu desa ODF hingga sekarang dari 248 desa masih 140 desa yang telah melakukan pemucua dan yang terbentuk desa ODF hanya 41 desa....”(CW)

“Hingga sekarang untuk pencapaian STBM memang masih jauh di bawah target...“enggih-enggih mboten kepanggih”. Apalagi mereka disuruh mengeluarkan

dana.”(AY)

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan seluruh informan didapatkan bahwa pencapaian keberhasilan STBM di desa Jelbuk masih jauh dibawah target, dan pencapaian tidak dapat ditentukan berapa lama dapat tercapai keberhasilan, hal tersebut dikarekan bahwa untuk mengubah kebiasaan masyarakat sangatlah sulit, hal tersebut juga diungkapkan dalam kutipan wawancara berikut :

“Untuk pencapaian kita tidak tau berapa lamanya,...BAB sembarangan di sini sudah merupakan tradisi,...tetapi perkembangannya sudah ada hingga saat ini, tetapi tidak sebanyak yang kita harapkan.”(RY)

Faktor kebudayaan serta pemenuhan kebutuhan yang sulit terpenuhi merupakan hambatan yang dihadapi masyarakat Jelbuk untuk merubah perilakunya untuk tidak BABS dan pasca pemicuan tidak ada lagi pengarahannya terkait pelaksanaan STBM. Hingga saat ini perkembangan STBM di desa Jelbuk masih jauh di bawah target meskipun ada sedikit perkembangannya.

4.3 Pembahasan

4.3.1 Input

Usia informan utama merupakan karakteristik informan utama yang membedakan tingkat pengetahuan kedewasaan informan utama. Usia juga dapat mempengaruhi tingkat pengetahuan atau wawasan serta kemampuan informan utama. Menurut Harlock (2005), semakin dewasa usia seseorang maka tingkat kematangan berfikir dan bertindak semakin baik.

Hasil penelitian menyebutkan bahwa satu informan kunci, dua informan utama dan tiga informan tambahan termasuk dalam usia 30-55 tahun. Keseluruhan informan menggambarkan bahwa kepala seksi kesehatan lingkungan, Kepala Pukesmas, penanggung jawab program kesehatan lingkungan, komite STBM, maupun sasaran STBM memiliki kematangan berfikir dan bertindak yang semakin baik dikarenakan bertambahnya

pengalaman dan wawasan yang dimiliki tentang pelaksanaan STBM. Oleh karena itu, berdasarkan hasil penelitian tersebut dikatakan bahwa umur seseorang memiliki pengaruh yang kuat terhadap tingkat pengetahuan atau wawasan dan tingkat kematangan berfikir dalam bersikap maupun bertindak.

1) Pendidikan

Menurut Carter V. Good pendidikan adalah proses perkembangan kecakapan seseorang dalam bentuk sikap dan perilaku yang berlaku dalam masyarakat. Proses sosial dimana seseorang dipengaruhi oleh suatu lingkungan yang dipimpin (khususnya di sekolah) sehingga dapat mencapai kecakapan sosial dan mengembangkan kepribadiannya.

Tingkat pendidikan informan kunci dan Informan utama adalah jenjang pendidikan formal tertinggi yang pernah ditempuh oleh informan kunci dan informan utama ditunjukkan dengan bukti Ijazah, dimana dengan tingkat pendidikan ini dapat mempengaruhi kemampuan berpikir dan *skill* dalam pelaksanaan STBM. Berdasarkan Undang– Undang No 20 tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional, pendidikan digolongkan menjadi tiga kategori, pendidikan tingkat dasar meliputi (tidak sekolah, tamat SD/MI/SMP/MTs), pendidikan tingkat menengah (SMA/MA, SMK) dan pendidikan tingkat tinggi (Tamat Diploma, Sarjana, Magister, Spesialis).

Menurut Azwar (1996), pendidikan merupakan satu faktor yang mempengaruhi perilaku seseorang dan pendidikan dapat mendewasakan seseorang untuk berperilaku baik, sehingga dapat memilih dan membuat keputusan dengan lebih tepat. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pendidikan pelaksana STBM diantaranya Diploma 3 Keperawatan, sarjana ilmu sosial dan politik, sekolah dasar, sekolah menengah pertama, sekolah menengah atas dan profesi dokter. Adanya jenjang pendidikan yang telah sesuai dengan profesi dan pekerjaan merupakan dasar kemampuan pelaksana STBM agar dapat melaksanakan program sesuai dengan sistem dan juknis yang ada. Namun penanggung jawab program kesehatan lingkungan di Puskesmas Jelbuk masih

dilakukan oleh seorang perawat hal tersebut dikarenakan keterbatasan SDM, harapannya Puskesmas Jelbuk memiliki seorang ahli dalam penanganan program kesehatan lingkungan agar dalam pelaksanaan program kesehatan lingkungan di Puskesmas dapat terlaksana secara maksimal dan tercapainya tujuan yang diharapkan.

2) Pengetahuan pelaksana dan sasaran STBM

Pengetahuan adalah hasil pengindraan manusia, atau hasil tahu seorang terhadap objek melalui indra yang dimilikinya dengan sendirinya pada waktu pengindraan. Sehingga pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. Sebagian besar pengetahuan seseorang diperoleh melalui indra pendengaran, dan indra penglihatan (Notoatmodjo S, 2010).

Tingkat pengetahuan meliputi, mengetahui (*Know*) yaitu kemampuan untuk mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya, termasuk di antaranya mengingat kembali (*recall*) terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima, memahami (*Comprehension*) merupakan kemampuan yang menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut dengan benar, aplikasi (*Application*) kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi dengan menggunakan rumus atau situasi yang lain, analisis (*Analysis*) kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tesis (*Syntesis*) kemampuan untuk menghubungkan bagian-bagian dalam bentuk keseluruhan yang baru dengan kata lain sintesa adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi-formulasi yang telah ada, evaluasi (*Evaluation*) kemampuan untuk melakukan penilaian suatu materi atau objek berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria yang telah ada (Notoatmodjo, 2010).

Dari beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa pengetahuan merupakan segala sesuatu yang diketahui yang diperoleh dari persentuhan panca indera terhadap objek tertentu. Pengetahuan pada dasarnya merupakan

hasil dari proses melihat, mendengar, merasakan dan berfikir yang menjadi dasar manusia dalam bersikap dan bertindak. Partanto Pius dalam kamus bahasa Indonesia (2001), pengetahuan dikaitkan dengan segala sesuatu yang diketahui berkaitan dengan proses pembelajaran.

Pemahaman penanggung jawab STBM ditunjukkan dengan bukti adanya pemahaman pelaksanaan STBM terkait tujuan dan cara penyelenggaraan STBM. Cara penyelenggaraan STBM telah sesuai dengan Permenkes Nomor 3 Tahun 2014 tentang STBM. Pengetahuan sasaran dan komite STBM ditunjukkan dengan sebatas pengetahuan terkait kesehatan lingkungan secara umum. Hal ini dikarenakan sedikitnya informasi yang didapatkan terkait STBM. Informasi terkait STBM hanya dilakukan pada waktu pemicuan, pemicuan hanya dilakukan sekali dalam 1 tahun. Dalam waktu dekat masyarakat masih dapat mengingat tentang informasi pelaksanaan STBM, namun dalam jangka waktu yang cukup lama masyarakat menganggap pelaksanaan STBM sudah terlewati. Komite pelaksana STBM mendapat informasi terkait pelaksanaan STBM selain dari kegiatan pemicuan juga dari penanggung jawab kesehatan lingkungan di Puskesmas Jelbuk. Di dalam pelaksanaan STBM di desa Jelbuk, penanggung jawab program kesehatan lingkungan Puskesmas Jelbuk bekerja sama dengan koordinator program kesehatan lingkungan dari Puskesmas Mumbulsari yang telah berhasil dalam mengembangkan STBM, sehingga dapat diperoleh pengetahuan mengenai informasi pelaksanaan STBM.

Kendala yang di alami terkait pengetahuan, masyarakat desa Jelbuk kebanyakan masih belum mengetahui tentang STBM. Masyarakat sudah tidak dapat mengingat informasi yang telah diberikan pada saat pemicuan yang dilaksanakan dalam jangka waktu cukup lama. Penanggung jawab program kesehatan lingkungan belum pernah mengikuti pelatihan terkait STBM. Jadi, Penanggung jawab kesehatan lingkungan Puskesmas Jelbuk hanya mendapatkan informasi STBM secara formal dari penanggung jawab program kesehatan lingkungan dari Puskesmas Mumbulsari. Harapannya untuk ke depan, Puskesmas Jelbuk sudah memiliki seorang sanitarian.

3) Ketersediaan SDM untuk pelaksanaan STBM

Sumber Daya Manusia (SDM) dalam pelaksanaan STBM sangatlah diperlukan utamanya SDM yang sudah mengikuti pelatihan terkait pelaksanaan STBM. Ketersediaan SDM untuk pelaksanaan STBM di desa Jelbuk meliputi 1 orang dokter yang merangkap sebagai kepala Puskesmas Jelbuk, 1 orang penanggung jawab program kesehatan lingkungan yang juga merangkap sebagai perawat. Hal tersebut merupakan keterbatasan SDM yang ada di Puskesmas Jelbuk. Harapannya Puskesmas memiliki tenaga ahli untuk pelaksanaan STBM, karena merubah perilaku masyarakat adalah hal yang di anggap sulit dan membutuhkan waktu yang cukup lama untuk dilakukan. Desa Jelbuk memiliki 4 orang komite yang bertanggung jawab terkait pelaksanaan STBM di dusunnya.

Ketersediaan SDM dalam pelaksanaan STBM di desa Jelbuk masih terbatas. Dalam pelaksanaan STBM perlu adanya SDM atau tenaga ahli yang telah mengikuti pelatihan atau masyarakat yang telah berhasil mengembangkan STBM atau dapat disebut juga sebagai fasilitator. Di Puskesmas Jelbuk masih belum memiliki tenaga ahli dalam pelaksanaan STBM, dengan demikian pada saat dilakukan pemecuan di desa Jelbuk mendatangkan fasilitator dari Puskesmas Mumbulsari. Koordinator program kesehatan lingkungan Puskesmas Jelbuk juga mendatangkan penanggung jawab program kesehatan lingkungan dari Puskesmas Mumbulsari yang telah berhasil mengembangkan STBM juga memiliki banyak pengalaman terkait penyakit menular. Di Kabupaten Jember terdapat 31 Kecamatan dan hanya 18 kecamatan yang memiliki fasilitator Kecamatan yang lainnya mendatangkan fasilitator dari kecamatan terdekat jika akan melakukan pemecuan. Fasilitator adalah orang yang telah mengikuti pelatihan STBM atau masyarakat yang telah berhasil mengembangkan STBM hingga saat ini masih terdapat 18 fasilitator dan akan dilakukan tindak lanjut lagi, sehingga pada akhirnya setiap Puskesmas memiliki fasilitator.

4) Pendukung Program

Menurut (Yatino,2005), pendukung program merupakan orang atau tokoh yang mendukung pelaksanaan dan tercapainya tujuan program. Menurut

Permenkes Nomor 3 Tahun 2014 tentang STBM terciptanya kondisi yang mendukung tercapainya sanitasi total dapat melalui dukungan dari lembaga-lembaga, regulasi, kemitraan dari pemerintah, masyarakat, lembaga swadaya masyarakat, institusi pendidikan, institusi keagamaan dan swasta. Pendukung pelaksanaan STBM di Desa Jelbuk yaitu dari tokoh masyarakat sendiri yaitu ketua dusun Desa Jelbuk, bentuk dukungan yang diberikan yaitu kepala dusun desa Jelbuk ikut serta didalam kelompok penanggung jawab pelaksanaan STBM yaitu sebagai ketua komite. Selain kepala dusun juga didukung oleh seluruh perangkat desa yang ikut serta dalam pelaksanaan pemucuan di desa Jelbuk. Masyarakat Jelbuk dengan semangat mengikuti pemucuan yang dilaksanakan di desanya. Ketua komite serta tokoh agama juga melakukan pengarahan terkait pentingnya jamban dalam acara pengajian di desa. Dalam waktu dekat pasca pemucuan Kader ikut serta melapor kepada ketua komite perkembangan STBM jika ada masyarakat yang membangun jamban.

Menurut Permenkes Nomor 3 Tahun 2014 tentang STBM menyatakan untuk mendukung penyelenggaraan STBM, pemerintah daerah Kabupaten/Kota berperan menetapkan skala prioritas wilayah untuk penerapan STBM, melakukan koordiansi lintas sektor dan lintas program, jejaring kerja, dan kemitraan dalam rangka pengembangan penyelenggaraan STBM, melaksanakan pelatihan teknis bagi petugas atau masyarakat kecamatan atau desa atau kelurahan dan menyediakan materi media komunikasi, informasi, dan edukasi. Berdasarkan pernyataan tersebut, di Desa Jelbuk dukungan yang diberikan pemerintah Kabupaten atau daerah masih belum dilakukan secara keseluruhan. Di Desa Jelbuk masih belum adanya pelatihan bagi pelaksana STBM utamanya penanggung jawab program kesehatan lingkungan yang bertugas memberikan informasi kepada komite serta masyarakat bagaimana pelaksanaan STBM. Namun Pemerintah telah menyediakan media informasi yang dapat di akses oleh seluruh masyarakat melalui website STBM-Indonesia yang menginformasikan perkembangan STBM di seluruh Kabupaten di Indonesia.

5) Pendanaan (Money) Pelaksanaan STBM

Money atau dana yang dapat digali dari swadaya masyarakat dan yang disubsidi oleh pemerintah (Muninjaya, 2004). Dana dari suatu program biasanya didapat dari dana APBN, APBD, maupun swadaya masyarakat. Menurut penelitian Tampubolon (2009), ketersediaan dana yang cukup adalah salah satu faktor yang mempengaruhi keberhasilan suatu program karena pengalokasian dana tersebut sesuai dengan yang diprogramkan. Menurut (Hasibuan, 2003), besar biaya tergantung dari jumlah sasaran penerima program.

Pendanaan pelaksanaan STBM diperoleh dari Bantuan Operasional kesehatan (BOK). Pendanaan STBM di Jelbuk digunakan untuk kebutuhan pemecuan semua biaya yang dikeluarkan untuk kebutuhan pelaksanaan pemecuan diambil dari BOK tersebut. Besar bantuan yang diberikan dari BOK sebesar Rp. 770.000 untuk satu kali pemecuan. APBD juga memberikan bantuan dana terkait pelaksanaan STBM, tetapi pada tahun ini STBM dapat bantuan dari dana BOK. Pemecuan dilakukan 1 kali di Desa Jelbuk. Di luar kebutuhan pemecuan seperti pembangunan jamban, dana diperoleh dari swadaya masyarakat sendiri. Penanggung jawab program kesehatan lingkungan, menyarankan kepada komite agar meminta bantuan kepada PT. SPBU yang ada di Desa Jelbuk, tetapi hingga saat ini masih belum ada respon.

Solusi yang dapat digunakan untuk mempermudah pembangunan jamban pada kondisi ekonomi masyarakat yang cukup rendah dapat dilakukan dengan adanya arisan jamban, masyarakat bekerja sama untuk mengumpulkan dana dalam pembangunan jamban, meskipun membutuhkan jangka waktu yang cukup lama namun dengan berjalannya waktu masing-masing masyarakat akan memiliki jamban, tetapi hal tersebut di Desa Jelbuk tidak dilakukan masyarakat Jelbuk karena keterbatasan ekonomi. Jamban hanya bisa dibangun oleh kalangan masyarakat dengan keadaan ekonomi yang menengah ke atas. Pada kalangan masyarakat ekonomi yang rendah pembangunan jamban merupakan kebutuhan yang dapat terpenuhi jika kebutuhan kesehariannya sudah terpenuhi semua, karena untuk mencukupi kebutuhan sehari-hari saja mereka masih kurang.

Dana BOK digunakan untuk kebutuhan pemicuan saja. Mulai pra-pemicuan, pemicuan, pasca pemicuan. Pada saat Pra-pemicuan digunakan untuk biaya survey lapangan oleh Puskesmas, kebutuhan yang lebih banyak yaitu pada saat pemicuan, mulai dari biaya untuk bahan pemicuan seperti sepidol, kertas HVS, kertas manila, tepung, dan konsumsi. Untuk pasca pemicuan juga membutuhkan biaya untuk supervisi atau pemantauan yang dilakukan oleh komite maupun Pihak Puskesmas. Pemerintah tidak memberikan dana untuk pembangunan jamban, karena hal tersebut dapat menurunkan semangat masyarakat untuk perubahan perilaku. Jika ada bantuan dana untuk pembangunan jamban dari pemerintah, masyarakat tidak akan berusaha secara mandiri untuk membangun jamban, mereka hanya mengandalkan bantuan dari pemerintah itu saja dan perubahan perilaku akan semakin lama untuk masyarakat lakukan.

6) Sasaran (*Market*) Pelaksanaan STBM

Market atau pasar adalah tempat dimana organisasi menyebarluaskan (memasarkan) produknya. Memasarkan produk sangat penting, sebab bila produk tidak laku maka produksi akan berhenti. Dalam penelitian ini, *market* bisa diartikan sasaran dari pelaksanaan STBM. Pelaksanaan STBM dilakukan untuk mengubah perilaku masyarakat yang higienis dan saniter melalui pemberdayaan masyarakat dengan cara pemicuan. Pemicuan adalah cara untuk mendorong perubahan perilaku hygiene dan sanitasi atau individu atau masyarakat atas kesadaran sendiri dengan menyentuh perasaan, pola pikir, perilaku, dan kebiasaan individu atau masyarakat. Sasaran pemicuan adalah komunitas masyarakat yaitu semua keluarga yang belum melaksanakan salah satu atau lima pilar STBM, semua keluarga yang telah memiliki fasilitas sanitasi tetapi belum memenuhi syarat kesehatan. Teknik yang dilakukan pra-pemicuan untuk menentukan sasaran adalah dengan melakukan survey lapangan masyarakat mana yang masih banyak masyarakat yang melakukan BABS dan akan dilakukan pemicuan pada desa itu juga.

Tabel 4.2 Data Jumlah Jamban di Desa Jelbuk Kabupaten Jember Tahun 2014.

Nama Kel	Jumlah KK	JSP	JSSP	Sharing	OD
Jelbuk	1740	632	10	621	1036

Sumber : *Monitoring STBM-Indonesia*

Berdasarkan data diatas didapatkan informasi bahwa dari 1740 KK terdapat 632 KK yang memiliki jamban sehat permanen (JSP), 10 KK yang memiliki jamban sehat semi permanen (JSSP), 621 KK yang memiliki jamban sharing, dan sisanya merupakan masyarakat yang melakukan BABS yaitu sebesar 1036 KK. Hal tersebut yang menjadi acuan sasaran kenapa di Desa Jelbuk dilakukan pemician.

Pada saat pemician, untuk mengumpulkan sasaran di Desa Jelbuk masyarakat dengan semangat mau berkumpul untuk melakukan pemician. Pemician di Desa Jelbuk dilakukan di Dusun Krajan Timur bertempat di rumah Kepala Desa Jelbuk yang dihadiri oleh Kepala Puskesmas, lima Kepala Dusun, perangkat desa, kader, 1 fasilitator, 2 koordinator program kesehatan lingkungan yang masing-masing dari Puskesmas Jelbuk sendiri dan Puskesmas Mumbulsari serta 30 masyarakat sekitar.

7) Cara penyelenggaraan (*Method*) Pelaksanaan STBM di Desa Jelbuk

Method atau metode merupakan kegiatan ilmiah yang berkaitan dengan suatu cara kerja (sistematis) untuk memahami suatu subjek atau objek penelitian, sebagai upaya untuk menemukan jawaban yang dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah dan termasuk keabsahannya (Ruslan, 2003 dalam Setiawan 2012). Pelaksanaan suatu program jika tidak ada metode sebagai acuan, maka dalam pelaksanaan program besar kemungkinan terjadi salah persepsi, sehingga metode dalam suatu program sangat penting keberadaannya, ini sesuai dengan penelitian. Damang (2011) bahwa metode yang sesuai akan menghasilkan suatu program yang sesuai dengan tujuan sebelumnya atau keberhasilan suatu program begitupun sebaliknya.

Metode yang dimaksud dalam penyelenggaraan STBM ini adalah dengan cara pemicuan. Pemicuan dilakukan satu kali dalam periode tertentu, dengan lama waktu pemicuan 1-3 jam, hal ini untuk menghindari informasi yang terlalu banyak dan dapat membuat bingung masyarakat. Pemicuan dilakukan berulang sampai sejumlah orang terpicu. Orang yang terpicu adalah orang yang tergerak dengan spontan dan menyatakan untuk merubah perilaku. Biasanya sang pelopor ini disebut dengan *Natural Leader*. Di dalam pertemuan pelaksana memperkenalkan diri beserta semua anggota tim dan membangun hubungan setara dengan masyarakat yang akan dipicu, kemudian menjelaskan tujuan keberadaan kader dan fasilitator. Tujuannya adalah untuk belajar tentang kebiasaan masyarakat yang berhubungan dengan kesehatan lingkungan dan menjelaskan bahwa kader dan fasilitator akan banyak bertanya dan minta kesediaan masyarakat yang hadir untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan dengan jujur selanjutnya menjelaskan bahwa kedatangan kader dan fasilitator bukan untuk memberikan bantuan dalam bentuk apapun (uang, semen dan lain-lain), melainkan untuk belajar.

Setelah dilakukan pengenalan selanjutnya dilakukan pencairan suasana, pencairan suasana dilakukan untuk menciptakan suasana akrab antara fasilitator dan masyarakat sehingga masyarakat akan terbuka untuk menceritakan apa yang terjadi di kampung tersebut. Pencairan suasana bisa dilakukan dengan permainan yang menghibur, mudah dilakukan oleh masyarakat, melibatkan banyak orang, kemudian dilakukan identifikasi istilah-istilah yang terkait dengan sanitasi yaitu fasilitator atau kader dapat memulai dengan pertanyaan, misalnya "*Siapa yang melihat atau mencium bau kotoran manusia pada hari ini?*", "*Siapa saja yang BAB di tempat terbuka hari ini?*", setelah itu sepakati bersama tentang penggunaan kata BAB dan kotoran manusia dengan bahasa setempat yang kasar, misalnya "Berak" untuk BAB "Tai" untuk kotoran manusia. Gunakan kata-kata ini selama proses analisis.

Pemetaan sanitasi merupakan pemetaan sederhana yang dilakukan oleh masyarakat untuk menentukan lokasi rumah, sumber daya yang tersedia dan permasalahan sanitasi yang terjadi, serta untuk memicu terjadinya diskusi dan dilakukan di ruangan terbuka yang cukup lapang. Menggunakan bahan-bahan yang

tersedia dilokasi (daun, batu, batang kayu dan lain-lain) untuk membuat peta, pembuatan peta dengan membuat batas kampung, jalan besar, lokasi pemukiman, lokasi kebun, sawah, kali, lapangan, rumah penduduk (tanda mana yang punya dan yang tidak punya jamban, sarana cuci tangan, tempat pembuangan sampah, saluran limbah cair rumah tangga). Memberikan tanda lokasi-lokasi biasanya digunakan untuk membuang tinja, sampah dan limbah cair rumah tangga. Selanjutnya membuat garis dari lokasi pembuangan ke rumah tangga, selanjutnya melakukan diskusi tentang peta tersebut dengan cara meminta peserta untuk berdiri berkelompok sesuai dengan dusun/RT. Minta mereka mendiskusikan dusun/RT mana yang paling kotor, mana nomor 2 kotor dan seterusnya. Catat hasil diskusi dikertas dan bacakan, kemudian memindahkan pemetaan lapangan tersebut kedalam kertas *Flipchat* atau kertas manila karton, karena peta ini akan dipergunakan untuk memantau perkembangan perubahan perilaku masyarakat.

Transect Walk (Penelusuran Wilayah) mengajak anggota masyarakat untuk menelusuri desa sambil melakukan pengamatan, bertanya dan mendengar, kemudian menandai lokasi pembuangan tinja, sampah dan limbah cair rumah tangga dan kunjungi rumah yang sudah memilikifasilitas jamban, cuci tangan, tempat pembuangan sampah dan saluran pembuangan limbah cair. Penting sekali untuk berhenti dilokasi pembuangan tinja, sampah, limbah cair rumah tangga dan luangkan waktu di tempat itu untuk berdiskusi.

Diskusi dilakukan dengan alur kontaminasi yaitu menanyakan gambar-gambar yang menunjukkan alur kontaminasi penyakit dan tanyakan “*Apa yang terjadi jika lalat-lalat tersebut hinggap dimakanan anda? dipiring anda? diwajah dan bibir anak anda?*”, kemudian tanyakan “*jadi, apa yang kita makan bersama makanan kita?, bagaimana perasaan anda yang telah saling memakan kotorannya sebagai akibat dari BAB disebarkan tempat?*”. Fasilitator tidak boleh memberikan komentar apapun, biarkan mereka berfikir dan ingatkan kembali hal ini ketika mereka membuat rangkuman pada akhir proses analisis, kemudian dilakukan simulasi air yang terkontaminasi.

Simulasi air yang terkontaminasi dengan menyiapkan 2 gelas air mineral yang utuh dan minta salah seorang anggota masyarakat untuk minum air tersebut. Lanjutkan ke yang lainnya, sampai mereka yakin bahwa air tersebut memang layak minum, kemudian minta 1 helai rambut kepada salah seorang peserta, kemudian tempelkan rambut tersebut ke tinja yang ada di sekitar kita, celupkan rambut ke air yang tadi diminum oleh peserta, minta peserta yang minum air tadi untuk meminum kembali air yang telah diberi dicelup rambut bertinja. Minta juga peserta yang lain untuk meminumnya. Ajukan pertanyaan “*Kenapa tidak yang ada berani minum?*”, tanyakan berapa jumlah kaki ekor lalat dan beritahu mereka bahwa lalat mempunyai 6 kaki yang berbulu. Tanyakan “*Apakah lalat bisa mengangkut tinja lebih banyak dari rambut yang dicelupkan ke air tadi?*”.

Menyusun rencana program sanitasi dilakukan jika sudah ada masyarakat yang terpicu dan ingin berubah, dorong mereka untuk mengadakan pertemuan untuk membuat rencana aksi. Pada saat pemicuan, amati apakah ada orang-orang yang akan muncul menjadi *Natural Reader*. Mendorong orang-orang tersebut untuk menjadi pimpinan kelompok, memicu orang lain untuk mengubah perilaku. Tindak lanjut setelah pemicuan merupakan hal penting yang harus dilakukan, untuk menjamin keberlangsungan perubahan perilaku serta peningkatan kualitas fasilitas sanitasi yang terus-menerus. Mendorong *Natural Reader* untuk bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana aksi dan perubahan perilaku terus berlanjut. Setelah tercapai status 100% (seratus persen) STBM (minimal par 1), masyarakat didorong untuk mendeklarasikannya, jika perlu memasang papan pengumuman. Untuk menjamin agar masyarakat tidak kembali ke perilaku semula, masyarakat perlu membuat aturan lokal, contohnya denda bagi anggota masyarakat yang masih BAB di tempat terbuka. Mendorong masyarakat untuk terus melakukan perubahan perilaku higiene dan sanitasi sampai tercapai sanitasi total.

Di Kecamatan Jelbuk masih dilakukan 1 kali pemicuan yaitu di desa Jelbuk. Pemicuan di desa Jelbuk bertempat di Dusun Krajan Timur 1 di rumah Kepala Desa yang dihadiri oleh lima kepala dusun, perangkat desa, kader, 1 fasilitator, 2 koordinator program kesehatan lingkungan yang masing-masing dari

Puskesmas Jelbuk sendiri dan Puskesmas Mumbulsari serta 30 masyarakat sekitar. Pemicuan yang dilakukan sudah sesuai dengan panduan pemicun yang ada pada Permenkes Nomor 3 Tahun 2014. Pemicuan yang dilaksanakan tidak sesuai dengan yang diharapkan meskipun masyarakat datang dengan semangat untuk melakukan pemicuan. Tetapi pada ujung pemicuan hanya ada satu masyarakat yang menjadi *Natural Reader* yaitu Kepala Dusun Jelbuk. Kendalanya banyak masyarakat yang mengeluh untuk mengubah perilakunya karena mereka harus membangun jamban dengan biaya sendiri.

Selain faktor biaya yang menjadi kendala di masyarakat untuk mengubah perilakunya, faktor budaya yang masih kental juga merupakan kebiasaan yang sangat sulit untuk dihilangkan. Masyarakat yang memiliki jamban pun masih BAB sembarangan, alasan mereka membangun jamban hanya untuk saudara mereka yang datang dan mereka sendiri setiap harinya BAB di Sungai, jika sungai yang berada di dekat tempat tinggal mereka kekeringan, mereka mencari sungai lain untuk BAB, tidak hanya BAB saja yang dilakukan tetapi mereka juga mandi, mencuci piring, pakaian, dan juga ada warga yang memandikan dan membuang kotoran hewan peliharaannya.

8) *Materials* Pelaksanaan STBM

Materials pelaksanaan STBM adalah bahan yang digunakan untuk pelaksanaan STBM pada saat pemicuan, seperti salon, gabus, kertas manila, spidol dan lainnya yang digunakan untuk mendukung jalannya pelaksanaan STBM. Di desa Jelbuk *Materials* yang digunakan untuk pelaksanaan STBM pada saat pemicuan meliputi salon, spidol, kertas manila, tepung, gabus, batu bata, batu, daun, bulpoin, kertas HVS, gelas, rambut, air, kotoran manusia. Petugas juga menyediakan konsumsi serta air mineral untuk peserta pemicuan. Semua biaya yang digunakan untuk pemenuhan kebutuhan pemicuan di ambil dari BOK, kecuali materi yang sudah tersedia seperti salon, batu dan batu.

Tepung, batu bata, daun, batu dan gabus digunakan untuk pemetaan, dengan memulai pembuatan peta dengan membuat batas kampung, jalan desa, lokasi pemicuan, lokasi kebun, sawah, kali, lapangan, rumah penduduk (tanda

mana yang punya jamban dan mana yang tidak punya jamban, sarana cuci tangan, tempat pembuangan sampah, saluran limbah cair rumah tangga). Memberikan tanda pada lokasi-lokasi biasanya digunakan untuk pembuangan tinja, sampah dan limbah cair rumah tangga. Selanjutnya tepung digunakan untuk membuat garis dari lokasi ke pembuangan rumah tangga.

Rambut, air, gelas dan kotoran manusia digunakan untuk simulasi air yang terkontaminasi dengan cara menyiapkan 2 gelas air mineral yang utuh dan minta salah seorang anggota masyarakat untuk minum air tersebut. Lanjutkan ke yang lainnya, sampai mereka yakin bahwa air tersebut memang layak untuk diminum. Minta 1 helai rambut kepada salah seorang peserta, kemudian tempelkan rambut tersebut pada tinja yang ada di sekitar kita, celupkan rambut ke air yang tadi diminum oleh peserta. Minta peserta yang minum air tadi untuk meminum kembali air yang telah diberi dicelup rambut bertinja. Minta juga peserta yang lain untuk meminumnya. Ajukan pertanyaan-pertanyaan “*Kenapa tidak ada yang berani minum?*”. Tanyakan berapa jumlah kaki seekor lalat dan beritahu mereka bahwa lalat mempunyai 6 kaki yang berbulu. Tanyakan “*Apakah lalat bisa mengangkat tinja lebih banyak dari rambut yang dicelupkan ke air tadi?*”. Dengan pelakuan seperti yang telah dilakukan dapat menyadarkan masyarakat bahwa dengan BABS dapat mempermudah bibit penyakit sampai ke tubuh kita melalui makanan ataupun minuman yang dibawa oleh serangga yang ada sekitar kita. Kertas manila, spidol, dan papan digunakan pada saat menyusun rencana program sanitasi, dengan menuliskan rencana tindak lanjut setelah pemicuan.

9) Target Pencapaian (*Time bound*) pelaksanaan STBM

Time bound merupakan kegiatan atau program tersebut dapat dipastikan kapan dapat diwujudkan hasilnya (Santoso, 2006). Target pencapaian STBM di Kabupaten Jember seluruh desa di Kabupaten Jember dapat ODF. Hingga saat ini dari 248 desa yang ada di Kabupaten Jember masih 41 desa yang sudah ODF. harapannya, tahun 2018 seluruh desa di Kabupaten Jember dapat terbentuk desa ODF, jadi agar dapat tercapai target yang di inginkan pemerintah menekankan supaya dalam 1 tahun tiap Puskesmas dapat membentuk 1 desa ODF. Tetapi

hingga saat ini masih 207 desa yang belum ODF hal tersebut masih jauh untuk tercapainya target STBM.

Menurut William H. Haviland kebudayaan adalah seperangkat peraturan dan norma yang dimiliki bersama oleh para anggota masyarakat, yang dilaksanakan oleh para anggotanya akan melahirkan perilaku yang dipandang layak dan dapat diterima oleh semua masyarakat. Kebudayaan yang dimiliki oleh masyarakat Desa Jelbuk sangatlah kental. Perilaku kebiasaan BABS sudah dapat diterima dikalangan masyarakat Jelbuk. Hal tersebut yang merupakan salah satu hambatan tercapainya pelaksanaan STBM. Sehingga penanggung jawab pelaksanaan STBM sulit untuk menentukan target tercapainya tujuan STBM.

Masyarakat yang memiliki kebiasaan BAB di sungai mereka sulit untuk membiasakan untuk BAB di Jamban. Sungai yang dimanfaatkan sebagai tempat BAB tidak jauh dari rumah masyarakat itu salah satu faktor yang mendukung masyarakat untuk sulit berubah perilaku. Namun pada saat musim kemarau, sungai yang menjadi tempat pembuangan tersebut kering, masyarakat berbondong-bondong pergi ke Sungai yang lebih besar dan airnya selalu mengalir. Dengan demikian pihak Puskesmas tidak dapat menentukan kapan target yang akan tercapai desa ODF. Harapannya setelah diadakan pemucuan, seluruh masyarakat dapat merubah perilakunya untuk tidak lagi BABS dan akan terbentuk desa ODF.

4.3.2 Proses

a. Perencanaan (*Planning*)

Perencanaan adalah proses mendefinisikan tujuan organisasi, membuat strategi untuk mencapai tujuan itu, dan mengembangkan rencana aktivitas kerja organisasi. Perencanaan merupakan proses terpenting dari semua fungsi manajemen karena tanpa perencanaan fungsi-fungsi lain organisasi, pengarahan, dan pengontrolan tidak akan berjalan. Rencana dapat berupa rencana informal atau formal. Rencana informal adalah rencana yang tidak tertulis dan bukan merupakan tujuan bersama anggota organisasi. Sedangkan rencana formal adalah rencana tertulis yang harus dilaksanakan suatu organisasi dalam jangka waktu

tertentu. Rencana formal merupakan rencana bersama anggota korporasi, artinya setiap anggota harus mengetahui dan menjalankan rencana itu. Rencana formal dibuat untuk mengurangi ambiguitas dan menciptakan kesepahaman tentang apa yang harus dilakukan (Erly suandy, 2001).

1) Tujuan

Tujuan merupakan suatu unsur pertama dari suatu rencana. Tujuan itu dapat bersifat materiil, dapat pula bersifat moral. Bersifat materiil contohnya mencari keuntungan sebesar-besarnya dan bersifat moral misalnya memberi kesempatan anggota kerja yang menganggur (Manulang, 2006). Menurut Pemenkes Nomor 3 Tahun 2014, penyelenggaraan STBM bertujuan untuk mewujudkan perilaku masyarakat yang higienis dan saniter secara mandiri dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Menurut pernyataan informan tujuan pelaksanaan STBM adalah untuk merubah perilaku hidup masyarakat yang tidak sehat ke perilaku hidup yang lebih sehat. Untuk tujuan STBM yang dilaksanakan di desa Jelbuk belum sesuai apa yang di harapkan yaitu meskipun bertambahnya masyarakat yang memiliki jamban, tetapi hal tersebut hanya pada kalangan masyarakat yang memiliki faktor ekonomi yang menengah keatas. Harapannya, seluruh masyarakat Desa Jelbuk berubah perilaku untuk tidak BABS sehingga dapat terbentuk desa ODF.

Untuk tercapainya suatu tujuan harus adanya usaha yang sesuai dengan apa yang direncanakan. Tetapi didalam suatu usaha pasti timbulnya suatu hambatan, hal tersebut juga dialami oleh pelaksanaan STBM yang ada di Desa Jelbuk. Perilaku masyarakat yang higienis dan saniter secara mandiri dalam rangka untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya yang merupakan tujuan pelaksanaan STBM di Desa Jelbuk, tetapi untuk mencapai tujuan tersebut masih banyak kendala yang di hadapi. STBM merupakan suatu pendekatan untuk perubahan perilaku yang lebih sehat, untuk perubahan perilaku bagi masyarakat sangatlah sulit, selain merupakan suatu kebiasaan hal tersebut sudah menjadi suatu budaya yang melekat dan sudah dapat diterima oleh seluruh masyarakat di sekitarnya. Selain dari faktor tersebut kendala selanjutnya yaitu

biaya. Masyarakat yang sudah memiliki kebiasaan BABS dan dukung dengan tempat pembuangan (Sungai, kebun, sawah) yang tidak jauh dari rumahnya, sangat sulit untuk berkeinginan membangun jamban apalagi harus mengeluarkan biaya sendiri, karena mereka merasa lebih banyak kebutuhan sehari-hari yang masih belum bisa dipenuhi. Motivasi yang seharusnya dilakukan secara terus-menerus kepada masyarakat hanya dilakukan jangka waktu dekat pasca pemicuan dan membuat masyarakat lalai akan tanggung jawab dan kesadaran pentingnya BAB di jamban.

Menurut Permenkes Nomor 3 Tahun 2014 strategi penyelenggaraan STBM meliputi 3 komponen yang saling mendukung satu dengan yang lain yaitu penciptaan lingkungan yang kondusif, peningkatan kebutuhan sanitasi, dan peningkatan penyediaan akses sanitasi. Penciptaan lingkungan yang kondusif mencakup advokasi pemerintah, pemerintah daerah, dan pemangku kepentingan dalam mengembangkan komitmen bersama untuk melembagakan program pembangunan sanitasi perdesaan, yang diharapkan akan menghasilkan komitmen pemerintah daerah untuk menyediakan sumber daya untuk melaksanakan program STBM yang menyatakan dalam surat kepeminatan, kebijakan daerah dan peraturan daerah mengenai program sanitasi seperti Keputusan Bupati, peraturan daerah, Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD), Rencana Strategi (Renstra), dll. Adanya tenaga fasilitator, pelatih STBM, dan program peningkatan kapasitas, terbentuknya lembaga koordinasi yang mengutamakan sektor sanitasi, yang menghasilkan peningkatan anggaran sanitasi daerah serta koordinasi sumber daya dari Pemerintah maupun non Pemerintah, adanya sistem pemantauan hasil kinerja program serta proses pengelolaan pembelajaran.

Peningkatan kebutuhan sanitasi merupakan upaya sistematis untuk mendapatkan perubahan perilaku yang higienis dan sanitasi berupa pemicuan, perubahan perilaku, memfasilitasi terbentuknya tim kerja masyarakat. Peningkatan penyediaan akses sanitasi secara khusus diprioritaskan untuk meningkatkan dan mengembangkan percepatan penyediaan akses dan layanan sanitasi yang layak dalam rangka membuka dan mengembangkan pasar sanitasi perdesaan yaitu dengan menciptakan dan memperkuat jejaring pasar sanitasi

perdesaan dan mengembangkan mekanisme peningkatan kapasitas pelaku pasar sanitasi.

Strategi pelaksanaan STBM di Desa Jelbuk sudah dilakukan sesuai dengan Permenkes Nomor 3 Tahun 2014. Namun tidak seluruh strategi yang dilakukan dapat terpenuhi. Untuk Penciptaan lingkungan yang kondusif Pemerintah daerah dalam mengembangkan komitmen bersama untuk melembagakan program pembangunan sanitasi perdesaan yang diharapkan akan menghasilkan adanya tenaga fasilitator, pelatih STBM, dan program peningkatan kapasitas. Hal tersebut masih belum dilakukan di Puskesmas Jelbuk. Puskesmas Jelbuk masih belum memiliki seorang fasilitator, dan belum pernah ada pelatihan terkait pelaksanaan STBM. Peningkatan Kebutuhan Sanitasi, di Desa Jelbuk sudah melakukan pemecuan, namun untuk perubahan perilaku masyarakat memang membutuhkan jangka waktu yang cukup lama karena kebiasaan yang sudah lama melekat dan sudah menjadi budaya sulit untuk berubah.

b. Pengorganisasian (*Organizing*)

1) Pembagian pekerjaan

Pembagian kerja identik dengan pembagian tugas yaitu pemecahan tugas kompleks menjadi komponen yang lebih kecil sehingga setiap orang bertanggung jawab untuk beberapa aktifitas terbatas. Pembagian kerja adalah sebuah keharusan sebab tanpa adanya pembagian kerja kemungkinan terjadinya tumpang tindih tugas menjadi sangat besar. Pembagian kerja pada akhirnya akan menghasilkan departemen-departemen dan *job description* dari masing-masing unsur sampai unit-unit terkecil dalam organisasi. Dengan pembagian kerja dapat ditetapkan sekaligus susunan organisasi dan hubungan serta wewenang masing-masing unit organisasi. Pembagian kerja bukan saja perlu dilihat dari manfaat yang diperoleh dari penerapan spesialisasi, tetapi juga dalam rangka mewujudkan penempatan orang yang tepat pada jabatan yang tepat dan dalam rangka mempermudah pengawasan oleh atasan (Manullang, 2005).

Pembagian pekerjaan terkait pelaksanaan STBM di desa Jelbuk terdiri dari perawat yang merangkap pekerjaannya sebagai penanggung jawab program

kesehatan lingkungan dan juga sebagai pencatat hasil perkembangan pelaksanaan STBM yang dilaporkan oleh ketua komite STBM dan juga sebagai pelapor hasil perkembangan STBM ke pusat pelaporan STBM-Indonesia melalui sms. Kepala dusun sebagai ketua komite pelaksanaan STBM yang bertugas untuk mencatat hasil perkembangan pelaksanaan STBM di desa Jelbuk dan dilaporkan kepada penanggung jawab kesehatan lingkungan di Puskesmas Jelbuk. Ketua komite STBM dibantu oleh wakil, sekretaris, bendahara, mereka bekerja sama dalam pelaksanaan STBM, sekretaris bertugas sebagai pencatatan jika ada penambahan masyarakat yang membangun jamban, bendahara mencatat tentang keuangan terkait pelaksanaan STBM. Puskesmas Jelbuk masih belum memiliki seorang fasilitator sehingga pada saat pemicuan Puskesmas Jelbuk mendatangkan fasilitator dari Puskesmas lainnya.

2) Rentangan Komando

Rentangan komando sangat penting untuk menjalankan suatu program agar tidak terjadi kebingungan atau keraguan untuk penyampaian hasil atau laporan pelaksanaan program serta menghindari adanya ketidakjelasan tanggung jawab. Rentangan komando dilakukan penyampaian informasi atau pelaporan antara atasan ke bawahan hal tersebut memperlancar jalannya suatu organisasi (Sutarto, 2006).

Rentangan komando merupakan rencana yang menentukan siapa yang melapor kepada siapa dalam sebuah organisasi. Rentangan komando berhubungan dengan rentangan kendali. Jika dalam rentangan kendali jumlah bawahan yang dipimpin oleh atasan, namun dalam rentangan komando rencana siapa saja bawahan yang melapor pada atasan terkait hasil kegiatan yang telah dilakukan.

Menurut Permenkes Nomor 3 Tahun 2014 Teknis pelaporan hasil pemantauan dapat dilakukan dengan cara Sanitarian atau penanggung jawab program kesehatan lingkungan Puskesmas mengirimkan data layanan pesan singkat (SMS) *server* di Kementrian kesehatan, SMS yang masuk di *server* akan diverifikasi oleh sistem berdasarkan riwayat data sebelumnya, apabila SMS

menemukan kesalahan/meragukan, sistem akan mengirim SMS kepada sanitarian atau penanggung jawab kesehatan lingkungan Puskesmas untuk klarifikasi, namun sebaliknya data akan dikirim ke *website server*. Di Puskesmas Jelbuk untuk teknik pelaporan hasil pemantauan pelaksanaan STBM sudah dilakukan sesuai dengan panduan Permenkes Nomor 3 tahun 2014 tentang STBM.

Dalam pelaksanaan STBM di Desa Jelbuk, komite melaporkan perkembangan pelaksanaan STBM ke koordinator program kesehatan lingkungan di Puskesmas Jelbuk, Laporan tersebut dilaporkan jika ada masyarakat yang membangun jamban. Penyampaian laporan bisa dari wakil, sekretaris, bendahara yang mendapatkan informasi tentang pembangunan jamban baru dan langsung disampaikan ke ketua komite, bisa juga laporan itu didapatkan oleh ketua komite sendiri dan akan segera dilaporkan ke penanggung jawab kesehatan lingkungan di Puskesmas Jelbuk, selanjutnya dari penanggung jawab kesehatan lingkungan di Puskesmas Jelbuk melaporkan perkembangan STBM melalui SMS ke pusat pelaporan STBM-Indonesia. Informasi pelaporan perkembangan terkait pelaksanaan STBM di desa Jelbuk bisa langsung diketahui oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Jember dan juga penanggung jawab program kesehatan lingkungan datang ke Dinas Kesehatan Jember untuk pelaporan perkembangan STBM di Desa Jelbuk.

c. Penggerakan dan Pelaksanaan

1) Kepemimpinan

Kepemimpinan adalah kemampuan seseorang untuk mempengaruhi perubahan perilaku orang lain, baik langsung maupun tidak. Kemampuan memimpin selalu merupakan pintu terhadap keefektifan pribadi maupun organisasional. Jika daya kepemimpinan kuat maka akan terbuka lebar. Namun jika tidak, maka keberhasilan organisasi akan terbatas, itulah sebabnya mengapa di masa krisis, dengan sendirinya organisasi-organisasi mencari pemimpin baru. Jika negara memasuki masa sulit maka akan dipilih presiden baru, jika perusahaan mengalami kerugian, akan dicari Direktur utama baru, jika sebuah tim olah raga terus kalah, akan dicari pelatih kepala yang baru, itulah kepemimpinan. Hubungan

antara kepemimpinan dengan keefektifan sangat nyata dalam sebuah organisasi (Herlambang, 2012).

Menurut George R. Terry, kepemimpinan merupakan kemampuan seorang pemimpin untuk mempengaruhi orang lain untuk bekerja sepenuh kemampuan untuk mencapai tujuan kelompok. Menurut Ralph M. Stogdill, kepemimpinan adalah proses mempengaruhi kegiatan-kegiatan sekelompok orang yang terorganisir dalam usaha menetapkan dan mencapai tujuan. Dari beberapa penjelasan di atas dapat disimpulkan bahwa kepemimpinan adalah suatu proses di mana seorang pemimpin membimbing, mempengaruhi pikiran, perasaan atau tingkah laku orang lain. Seorang pemimpin harus memberikan perhatian yang cukup besar terhadap anak buahnya, serta memberi dorongan, semangat, membesarkan hati, dan mempengaruhi agar mau bekerja sama secara giat, efektif dan efisien. Menurut R Lessep ada dua macam fungsi kepemimpinan yaitu fungsi menjalankan tugas agar mencapai tujuan yang telah ditetapkan dan fungsi pemeliharaan agar kepuasan batin bagi pemeliharaan dan pengembangan kelompok demi kelangsungan hidup organisasi.

Kepala Puskesmas Jelbuk memimpin dan memegang kendali Puskesmas Jelbuk dengan berbagai program yang ada di Puskesmas Jelbuk termasuk pelaksanaan STBM. Meskipun untuk pelaksanaan STBM sudah diberikan kewenangan dari Kepala Puskesmas kepada penanggung jawab program kesehatan lingkungan, tetapi Kepala Puskesmas mempunyai kekuasaan untuk mempengaruhi bawahannya agar bekerja dengan baik sehingga pelaksanaan STBM bisa berjalan dengan apa yang diharapkan. Kepemimpinan yang dilakukan Kepala Puskesmas Jelbuk terkait pelaksanaan STBM di desa Jelbuk dengan cara memberi pengarahan dan motivasi serta dorongan kepada penanggung jawab program kesehatan lingkungan agar tetap semangat dalam menjalankan apa yang menjadi tanggungjawab sebagai koordinator program kesehatan lingkungan di Puskesmas Jelbuk, karena dapat disadari kondisi lingkungan sehat yang ada di desa Jelbuk utamanya dalam pengaksesan jamban cukup rendah yang dikarenakan selain dari faktor ekonomi juga budaya yang masih kental. Hal tersebut merupakan tanggung jawab yang cukup berat bagi penanggung jawab program

kesehatan lingkungan. Kepemimpinan yang dilakukan oleh koordinator kesehatan lingkungan kepada komite pelaksana STBM yaitu dengan memberikan semangat serta dorongan agar dapat menjalankan tanggung jawabnya sebagai komite pelaksana STBM dapat berjalan dengan baik. Kepemimpinan yang dilakukan oleh komite pelaksana STBM yaitu menjalankan tugasnya dengan baik. Komite pelaksana STBM memberikan pengarahan kepada warganya melalui perkumpulan atau organisasi seperti acara pengajian terkait pentingnya lingkungan yang sehat, tidak BAB sembarangan, serta ajakan pembangunan jamban umum bagi warga yang memiliki permasalahan ekonomi.

2) Motivasi

Motivasi merupakan satu penggerak dari dalam hati seseorang untuk melakukan atau mencapai suatu tujuan. Motivasi juga bisa dikatakan sebagai rencana atau keinginan untuk menuju kesuksesan dan menghindari kegagalan hidup. Dengan kata lain motivasi adalah sebuah proses untuk mencapai suatu tujuan. Seseorang yang mempunyai motivasi berarti ia telah mempunyai kekuatan untuk memperoleh kesuksesan dalam hidupnya.

Motivasi dapat berupa motivasi *intrinsic* dan *ekstrinsic*. Motivasi yang bersifat *intrinsic* adalah manakala sifat pekerjaan itu sendiri yang membuat seseorang termotivasi, orang tersebut mendapat kepuasan dengan melakukan pekerjaannya tersebut bukan karena rangsangan lain status ataupun uang atau bisa juga dikatakan seseorang melakukan *hobby*-nya. Sedangkan motivasi *Ekstrinsic* adalah manakala elemen-elemen diluar pekerjaan yang melekat dipekerjaan tersebut menjadi faktor utama yang membuat seseorang termotivasi seperti status ataupun kompensasi (Herlambang, 2012).

Motivasi merupakan dorongan atau rangsangan yang membuat seseorang atau kelompok mau bekerja dengan semangat dan kemampuan yang dimiliki untuk mencapai tujuan secara berdaya guna dan berhasil guna. Beberapa hal yang mendasari pengertian motivasi antara lain motivasi biasanya sebagai hal yang baik,. Motivasi adalah salah satu dari beberapa faktor yang menentukan prestasi kerja. Motivasi merupakan peralatan yang dapat dipakai oleh manager untuk

mengatur hubungan pekerjaan dalam organisasi, motivasi bisa merupakan keinginan individu yang dapat merangsang untuk melakukan tindakan (Soenyoto, 2006).

Adapun beberapa tujuan motivasi antara lain mengubah perilaku bawahan sesuai keinginan pemimpin, meningkatkan kegairahan para pegawai, meningkatkan disiplin pegawai, meningkatkan kesejahteraan pegawai, meningkatkan prestasi pegawai, mempertinggi moral pegawai, meningkatkan rasa tanggung jawab pegawai pada tugasnya, meningkatkan produktivitas dan efisiensi, memperdalam kecintaan pegawai pada perusahaan, memperbesar partisipasi pegawai terhadap perusahaan, dan menjaga kestabilan pegawai (Soenyoto, 2006).

Motivasi yang dilakukan oleh Kepala Puskesmas Jelbuk kepada penanggung jawab program kesehatan lingkungan terkait pelaksanaan STBM adalah memberikan dorongan serta semangat untuk melaksanakan STBM dengan baik sehingga pelaksanaan STBM dapat berjalan sesuai dengan tujuan. Hal ini sama juga dilakukan oleh penanggung jawab program kesehatan lingkungan kepada komite pelaksana STBM dengan memberikan motivasi serta dorongan terkait pelaksanaan STBM agar pelaksanaan STBM berjalan sesuai dengan tujuan. Motivasi yang diberikan Kepala Puskesmas kepada penanggung jawab program kesehatan lingkungan secara langsung setiap hari maupun pada saat pertemuan-pertemuan tertentu yang dilaksanakan pihak puskesmas. Begitu juga motivasi yang di berikan penanggung jawab kesehatan lingkungan kepada komite pelaksana STBM secara langsung melalui pertemuan-pertemuan kesehatan yang diadakan di desa. Motivasi yang diberikan komite kepada masyarakat diberikan langsung melalui acara-acara maupun pertemua-pertemuan organisasi seperti pengajian yang ada di desanya. Pada saat pemicuan seorang yang tunjuk sebagai komite merupakan *natural reader* , Hal tersebut komite dapat memberikan dorongan serta motivasi kepada masyarakat supaya mereka juga dapat merasakan apa yang dirasakannya sehingga menjadikan dirinya menjadi *natural reader* pada saat pemicuan.

Motivasi juga dapat berasal dari sifat pekerjaan itu sendiri yang membuat seseorang termotivasi, orang tersebut mendapatkan kepuasan dengan melakukan pekerjaan tersebut bukan karena rangsangan lain seperti status ataupun uang atau bisa juga dikatakan seseorang melakukan hobbi-nya. Hal tersebut belum melekat pada pelaksana STBM. Pelaksana STBM merasa sulit untuk melaksanakan tugasnya karena mereka harus menangani masyarakat yang memiliki kebudayaan serta kebiasaan yang cukup sulit untuk diubah. Selain itu masyarakat juga harus menanggung sendiri biaya untuk terlaksananya program. Kebutuhan sehari-sehari yang belum bisa tercukupi dan pendapatan yang masih sangat rendah yang merupakan alasan masyarakat sulit untuk menyisihkan uangnya untuk pembangunan jamban. Selain itu juga faktor kebudayaan yang masih kental.

3) Komunikasi

Menurut Ralph C. Davis, komunikasi adalah suatu tahap proses kepemimpinan yang memindahkan ide seseorang ke orang lain untuk digunakan dalam fungsi-fungsi memimpin pekerjaan. Tujuan komunikasi dalam suatu organisasi antara lain memberikan instruksi yaitu memberikan perintah pada bawahan, menyampaikan informasi yaitu sebagai alat untuk menyampaikan pesan, berita/informasi, mempengaruhi yaitu sebagai alat untuk memberi saran dan nasehat, dan evaluasi yaitu untuk laporan penilaian (Manullang, 2005).

Komunikasi yang dilakukan pada pelaksanaan STBM di Desa Jelbuk yaitu dilakukan oleh Kepala Puskesmas Jelbuk dengan penanggung jawab program kesehatan lingkungan dapat dilakukan setiap hari juga dapat melalui pertemuan-pertemuan yang diadakan pihak Puskesmas. Komunikasi yang dilakukan oleh penanggung jawab program kesehatan lingkungan dapat dilakukan melalui pertemuan-pertemuan program kesehatan yang ada di desa. Komunikasi yang dilakukan komite terkait pelaksanaan STBM dapat dilakukan melalui sambutan pertemuan-pertemuan, serta perkumpulan organisasi seperti pengajian yang ada di desanya. Komunikasi yang dilakukan oleh penanggung jawab program kesehatan lingkungan kepada masyarakat selain dapat dilakukan

pada saat pertemuan-pertemuan program kesehatan di desanya , di Puskesmas Jelbuk juga membuka klinik sanitasi setiap hari Rabu yang diadakan di Puskesmas Jelbuk. Masyarakat yang memiliki masalah terkait kesehatan atau kesehatan lingkungan dapat langsung datang ke Puskesmas untuk konsultasi kepada penanggung jawab program kesehatan lingkungan. Konsultasi yang biasanya disampaikan oleh masyarakat yaitu mengenai penyakit yang diderita bukan mengenai masalah sanitasi.

d. Pengawasan, pengendalian, dan penilaian

1). Pelaporan dan Pencatatan

Untuk tersedianya data dan informasi yang akurat, tepat waktu dan mutakhir secara periodik dan teratur di suatu instansi maka perlu dilakukan pencatatan dan pelaporan yang baik. Pencatatan adalah kegiatan atau proses pendokumentasian suatu aktivitas dalam bentuk tulisan. Pencatatan dilakukan diatas kertas, *flash disk*, pita nama maupun pita film. Bentuk catatan dapat berupa tulisan, grafik, gambar dan suara (Syahlan, 2009).

Pencatatan dan Pelaporan terkait pelaksanaan STBM yang dilakukan oleh komite pelaksana STBM berupa catatan pada buku yang berisi alamat RT/RW, jumlah rumah, data masyarakat yang memiliki jamban. Laporan tersebut jika ada perkembangan atau perubahan langsung dilaporkan kepada penanggung jawab program kesehatan lingkungan di Puskesmas Jelbuk. Pelaporan dan pencatatan yang dilakukan oleh penanggung jawab program kesehatan lingkungan terkait pelaksanaan STBM dapat dilaporkan kepada pusat STBM-Indonesia melalui SMS dan kemudian informasi tersebut secara langsung dapat dilihat perkembangannya oleh Dinas Kesehatan Kabupaten jember dengan membuka website STBM-Indonesia. Informasi terkait perkembangan STBM juga dapat diketahui oleh seluruh masyarakat, tetapi untuk pelaporan perkembangan STBM hanya bisa dilaporkan oleh penanggung jawab program kesehatan lingkungan yang ada di Puskesmas. Pencatatan hasil perkembangan pelaksanaan STBM juga tercatat dalam buku pantau atau data kesehatan lingkungan di Puskesmas Jelbuk.

2) Supervisi

Makna supervisi menurut Wayne Hoy dan Patrick B. Forsyth mengatakan bahwa supervisi berarti memberi vonis tentang kemampuan seseorang mengontrol atau melakukan pengawasan pekerjaannya dan lebih mengarah kepada bentuk kerjasama antara atasan dan bawahan. Supervisi merupakan kegiatan-kegiatan yang terencana seorang manajer melalui aktifitas pengawasan, pengarahan, dan evaluasi pada stafnya dalam melaksanakan kegiatan atau tugas sehari-hari (Arwani, 2006).

Pelaksanaan STBM di Desa Jelbuk, Supervisi dilakukan oleh penanggung jawab program kesehatan lingkungan kepada komite dan masyarakat bagaimana perkembangan STBM di Desa Jelbuk. Penanggung jawab program kesehatan lingkungan melakukan survey lapangan untuk mengetahui secara langsung perkembangan STBM pasca pemicuan. Komite STBM juga melakukan supervisi kepada masyarakat dengan melakukan pendataan jamban setelah dilakukan pemicuan, namun dalam jangka waktu dekat pasca pemicuan saja hal tersebut dilakukan oleh komite, karena sangat sulit masyarakat untuk memiliki kesadaran tentang pentingnya kesehatan, sehingga setiap kali akan dilakukan supervisi masih belum adanya perkembangan.

4.3.3 Output

Keluaran (*output*) adalah kumpulan bagian atau elemen yang dihasilkan dari berlangsungnya proses dalam sistem (Azwar, 2010). Menurut Hendrian (2011) dalam penelitiannya, keluaran dari suatu program adalah keberhasilan dari program yang dilaksanakan. Pelaksanaan STBM *Outputnya* adalah keberhasilan pelaksanaan STBM dimana seluruh masyarakat sudah tidak ada yang memiliki kebiasaan BAB sembarangan dan dapat dikatakan memiliki nilai OD “no!” sehingga dapat disebut sebagai ODF.

Tabel .4.3 Data STBM di Desa Jelbuk Tahun 2015

No	Nama Kel.	Baseline				Progress Terakhir			
		JSP	JSSP	Sharing	OD	JSP	JSSP	Sharing	OD
1.	Jelbuk	632	10	62	1036	632	10	207	891

Sumber : *Monitoring STBM-Indonesia, 2015*

Berdasarkan data *Monitoring* STBM di Kecamatan Jelbuk Tahun 2015 dapat diketahui bahwa nilai OD masih jauh untuk nilai pencapaian ODF nilai OD berdasarkan data di atas 891 KK yang belum memiliki jamban dan masih melakukan kebiasaan BAB sembarangan, Namun juga dapat diketahui perkembangan yang cukup besar, dari nilai OD yang awalnya 1036 menjadi 891 hal tersebut dapat dikatakan sudah banyak masyarakat yang mulai mengubah perilakunya untuk BAB di jamban. Sekitar 145 masyarakat yang mengubah perilakunya untuk BAB di jamban.

Berdasarkan data di atas juga dapat diketahui dari 62 KK yang menggunakan jamban *Sharing* dengan berkurangnya OD menjadi 207 sedangkan jenis jamban lainnya nilainya tetap. Dari hal tersebut dapat di simpulkan bahwa 145 KK yang mengubah perilakunya untuk BAB di jamban semua memilih jamban jenis *Sharing*.

Berdasarkan data *monitoring* STBM Tahun 2015 disimpulkan bahwa Tahun 2015 terkait pelaksanaan STBM di desa Jelbuk mengalami perkembangan yang cukup baik, tetapi masih jauh di bawah target untuk pencapaian desa ODF, kendala yang dialami masih sulit untuk diatasi, harapannya selain adanya kemauan masyarakat untuk mengubah perilakunya, juga adanya dukungan serta pengawasan atau pemantauan dan solusi bagaimana untuk mengatasi masalah yang ada dari pemerintah.

BAB 5. PENUTUP

5.1 Kesimpulan

- a. Aspek *Input* dari pelaksanaan STBM di Desa Jelbuk dapat di gambarkan antara lain yaitu pengetahuan, yang sebagian informan sudah memahami tentang STBM dan justru sasaran STBM yang masih belum mengetahui tentang STBM. Ketersediaan SDM di Puskesmas Jelbuk masih mengalami keterbatasan, untuk melakukan pemicuan harus mendatangkan fasilitator dari Puskesmas lain. Adanya dukungan oleh toko agama, kader dan kepala dusun terkait pelaksanaan STBM. Pendanaan pelaksanaan STBM mulai pra-pemicuan, pemicuan, pasca pemicuan berasal dari dana BOK. Penyelenggaraan STBM pada saat pemicuan di Desa Jelbuk telah sesuai dengan panduan pada Permenkes Nomor 3 Tahun 2015. Target STBM di Desa Jelbuk yaitu pencapaian 891 KK menjadi ODF.
- b. Aspek Proses dalam pelaksanaan STBM di Desa Jelbuk dapat digambarkan, Perencanaan serta tujuan STBM dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya masih belum tercapai. Strategi yang digunakan adanya seorang fasilitator dalam pelaksanaan STBM masih mendatangkan dari Puskesmas lain, tetapi pemicuan sudah dilaksanakan di Desa Jelbuk. Kepemimpinan dan komunikasi telah dilakukan oleh atasan kepada bawahan pada pelaksanaan STBM di Desa Jelbuk. Pemberian motivasi dan supervisi telah dilakukan oleh komite kepada masyarakat. Pencatatan dan pelaporan hasil pemantauan perkembangan pelaksanaan STBM sudah sesuai dengan alur pada Permenkes Nomor 3 Tahun 2015.
- c. Aspek *Output* dalam pelaksanaan STBM di Desa Jelbuk belum tercapai, meskipun sudah ada sedikit perkembangan untuk perubahan perilaku masyarakat. Jumlah KK yang masih melakukan BABS sebesar 891 KK. Indikator keberhasilan nilai OD harus “No!”.

5.2 Saran

1. Perlunya diadakan usulan untuk mendapatkan tenaga sanitarian bagi Puskesmas Jelbuk
2. Perlu adanya lanjutan pemicuan kepada Dinas Kesehatan agar pemicuan lebih efektif dan merata.
3. Bantuan dana yang sangat terbatas, perlu adanya penggalan dana dari masyarakat misalnya meminta bantuan dana dari instansi swasta setempat
4. Perlu adanya supervisi serta dukungan secara berkelanjutan kepada masyarakat oleh Puskesmas dan komite.
5. Perlu adanya usulan untuk penempatan mahasiswa PBL bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat

DAFTARPUSTAKA

- Arwani. 2006. *Manajemen Bangsal Keperawatan*. Jakarta: EGC
- Agus, Sunyoto. 2008. *Manajemen Sumber Daya Manusia*, Jakarta: Badan Penerbit IPWI.
- Alimul. 2009. *Metode Penelitian dan Keperawatan & Tehnik Analisa Data*. Jakarta: Salemba Medika
- Arikunto. 2010. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktis*. Jakarta: Penerbit Rineka Cipta
- Azwar,A. 2010.*Pengantar Administrasi Kesehatan*. Jakarta: Bina Rupa Aksara.
- Budiarto, E. 2001. *Biostatistika Untuk Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Agung Ceto
- Budiarto. 2003. *Metode Penelitian Kedokteran : SebuahPengantar* . Jakarta : EGC
- Bungin.2010. *Metodologi Penelitian Kuantitatif*. Jakarta: Penerbit Kencana
- Depkes RI. 2008. *Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 852/MENKES/SK/IX/2008 tentang Strategi Nasional Sanitasi Total Berbasis Masyarakat*. Jakarta
- Depkes RI,. 2009. *Pedoman Penatalaksanaan Kasus Malaria di Indonesia*. Departemen Kesehatan. Direktorat Jenderal P2PL.
- Damang,S. 2011. *Program Kesehatan Gratis Belum Sesuai dengan Ketentuan dalam Perundang-Undangan*. [SerialOnLine]. <http://www.damang.web.id/2011/06/program-kesehatan-gratis-belumsesuai.html> [6Februari2014].
- Depkes RI. 2011. *Keputusan Menteri Kesehatan RI Pedoman Pelaksanaan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat*. Jakarta
- Depkes RI. 2014. *Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 75/MENKES/2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat*. Jakarta.
- Dinkes Jember.2014. *Laporan Kemajuan (LB-1) Sanitasi Total Berbasis Masyarakat Tahun 2014*.
- Hasibuan,M. 2003. *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Jakarta: PT Bumi Aksara

- Hurlock, EB. 2005. *Psikologi Perkembangan*. Edisike-5. Jakarta: Erlangga.
- Hamidi. 2010. *Metode Penelitian Kualitatif*. Malang: UMM Malang.
- Herlambang, MurwaniArita. 2012. *Manajemen Kesehatan dan RumahSakit*. Yogyakarta : Gosyen Publishing
- Kemenkes RI .2011. *Pedoman Pelaksanaan STBM*. Jakarta : KementerianKesehatan RI.
- Kemenkes RI .2014. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2013*.Jakarta :Kementerian Kesehatan RI.
- Lexy J., Moleong. 2010. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung : PT Remaja Rosdakarya.
- Moleong, L. J. 2004. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya.
- Muninjaya,Gede.2004. *Manajemen Kesehatan*.Jakarta:EGC
- Manullang,M.2005.*Dasar-Dasar Manajemen*.Yogyakarta:GajahMadaUniversity Press
- Moh.Nazir. 2009. *Metode penelitian*. Cetakan keempat. Jakarta: ghalia Indonesia
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2003. *Pendidikan Dan PerilakuKesehatan*. Jakarta :RinekaCipta
- Notoatmodjo, S. 2005. *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta: RinekaCipta.
- Notoatmodjo,S.2007.*Kesehatan Masyarakat:Ilmu dan Seni*. Jakarta: RinekaCipta.
- Nazir,M.2009.*Metode Penelitian*. Bogor: Ghalia Indonesia.
- Notoatmodjo, S. 2010. *Pengantar Ilmu Kesehatan*. Jakarta : EGC
- Nasution,A.2012.*Evaluasi Sistem Pelaksanaan Program Perawatan Kesehatan Masyarakat di Puskesmas Kota Tebing Tinggi Propinsi Sumatera Utara tahun 2003*. [Serial OnLine].<http://repository.usu.ac.id/handle/123456789/32542>[5 Februari 2014].
- Puskesmas Jelbuk.2014. *Profil Puskesmas Tahun 2014*.
- Ruslan, Rosady. 2003. *Metode Penelitian Public Relation dan Komunikasi*. Jakarata : PT. Raja
- Raharjo, Mudjia, *Triangulasi dalam Penelitian Kualitatif*, dari <http://mudjiaraharjo.com/> Met. Penelitian Pendidikan/penting/270-triangulasi dalam-penelitian-kualitatif.html (Jum'at , 15 Oktober 2010).

Digital Repository Universitas Jember

- Setiawan, Beni. 1999. *Agenda Pendidikan Nasional*. Yogyakarta: Ar-Ruz Media
- Sutarto. 2002. *Dasar-Dasar Organisasi*. Yogyakarta: GajahMadaUniversity Press.
- Soekidjo, Notoatmodjo. 2005. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Suyanto, Bagong. 2005. *Metode Penelitian Sosial: Berbagai Alternatif Pendekatan*. Jakarta :Prenada Media
- Sudjana, Nana. 2006. *Penilaian Hasil Proses Belajar Mengajar*. Bandung: Remaja Rosdakarya.
- Sugiyono, Dr. 2010. *Metode penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R & D*. Bandung: ALFABETA
- Strauss . 2011. *Dasar-dasar Penelitian Kualitatif*. Yogyakarta: pustaka pelajar offset
- Setiawan, T. 2012. *Pengertian dan Definisi Metode, Penelitian dan Metode Penelitian*. [SerialOnline].
http://setiawan_topan.wordpress.com/2012/02/22/metode-penelitian-dan-metode-penelitian/ [6November2014].
- Tayibnapis, Farida Yusuf. 2000. *Evaluasi Program*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Tampubolon, E. 2009. *Analisis Implementasi Program Penanggulangan Gizi Buruk di Wilayah Kerja Puskesmas Medan Labuhan Kecamatan Medan Labuhan Tahun 2008*. Tidak Dipublikasikan. Tesis. Medan: Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara.
- Undang-undang No.20 Tahun 2003. Tentang Sistem Pendidikan Nasional
- Undang-undang No. 36 Tahun 2009. Tentang Kesehatan
- Permenkes No. 3 Tahun 2014. Tentang Sanitasi Total Berbasis Masyarakat
- Universitas Jember. 2015. *Pedoman Penulisan Karya Ilmiah*. Jember: Jember University Press.



Lampiran A



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
Jl. Kalimantan I/93 Kampus Tegal Boto Telp. (0331) 322995,
332996 Fax (0331) 337878 Jember 68121

LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN
(Inform consent)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Alamat :

Menyatakan persetujuan saya untuk membantu dengan menjadi subjek dalam penelitian yang dilakukan oleh :

Nama : Verdiana Dwi Juniantin

NIM : 092110101071

Judul : Kajian Pelaksanaan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat di Desa Jelbuk
Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember Tahun 2014

Prosedur penelitian ini tidak menimbulkan resiko atau dampak apapun terhadap saya dan profesi saya serta kedinasan. Saya telah diberi penjelasan mengenai hal tersebut di atas dan saya diberikan kesempatan menanyakan hal – hal yang belum jelas dan telah diberikan jawaban dengan jelas dan benar.

Dengan ini saya menyatakan secara sukarela dan tanpa tekanan untuk ikut sebagai subjek dalam penelitian ini.

Jember,.....2015

Informan

(.....)

Lampiran B



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
Jl. Kalimantan I/93 Kampus Tegal Boto Telp. (0331) 322995,
332996 Fax (0331) 337878 Jember 68121

Lembar Panduan Wawancara Mendalam (*In – Depth Interview*) untuk

**Informan Kunci: Kepala Seksi Kesehatan
Lingkungan Dinas Kesehatan
Kabupaten Jember**

Judul : Kajian Pelaksanaan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat di Desa Jelbuk
Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember Tahun 2014.

Tanggal wawancara :

Petunjuk Panduan Wawancara

- a. Mohon dengan hormat bantuan dan kesediaan saudara untuk menjawab seluruh pertanyaan yang ada
- b. Mohon jawab pertanyaan dengan jujur dan sesuai dengan hati nurani

Panduan Wawancara (*Interview Guide*)

1. Berapakah usia Bapak sekarang ?
2. Apa pendidikan terakhir Bapak dan kapan tahun lulus?
3. Apa saja yang Bapak ketahui tentang STBM?
4. Apakah pemicuan itu dan bagaimana pelaksanaannya?
5. Bagaimanakah dengan ketersediaan SDM untuk pelaksanaan STBM di desa Jelbuk?
6. Apakah ada pendukung dari tokoh masyarakat terkait pelaksanaan STBM di desa Jelbuk?
 - a. Ada, siapa dan mengapa? Seperti apa bentuk dukungan yang diberikan
 - b. Tidak, mengapa ?
7. Apakah ada penanggung jawab STBM di desa Jelbuk?
 - a. Ada, siapa dan apa saja tugasnya? Bagaimana kriteria yang ditetapkan pihak Puskesmas untuk memilih SDM sebagai penanggung jawab STBM

- b. Tidak, mengapa
8. Jika dilihat berdasarkan kebutuhan sasaran STBM apakah ketersediaan SDM untuk pelaksanaan STBM sudah cukup?
 - a. Sudah, berapa jumlah keseluruhan yang menangani pelaksanaan STBM di desa Jelbuk?
 - b. Tidak, mengapa
9. Apakah ada sumber dana atau subsidi dari APBD yang digunakan dalam pelaksanaan STBM di desa Jelbuk ?
 - a. Ada, berapa subsidi yang diberikan ?
 - b. Tidak, mengapa ?
10. Darimana sumber dana untuk pelaksanaan STBM di desa Jelbuk dan berapa besar dananya?
11. Apakah ada hambatan terkait sumber dana?
 - a. Ada, apa saja hambatannya
 - b. Tidak, mengapa
12. Siapakah sasaran untuk program STBM dan bagaimana cara penentuan sarasannya serta siapa saja yang dilibatkan dalam penentuan sasaran ?
13. Mengapa sasaran tersebut yang diambil?
14. Apakah ada hambatan dalam penentuan dan pemilihan sasaran ?
 - a. Ya, apa hambatan yang ada dan bagaimana solusinya ?
 - b. Tidak, mengapa ?
15. Bagaimana metode pelaksanaan STBM di Puskesmas Jelbuk ?
16. Apakah ada hambatan dalam metode pelaksanaannya ?
 - a. Ya, apa hambatannya dan solusinya seperti apa ?
 - b. Tidak, mengapa ?
17. Apa ada tempat khusus atau toko yang menyediakan dan memudahkan masyarakat untuk memperoleh bahan jamban ?
 - a. Ada, berapa jarak dari desa
 - b. Tidak, mengapa
18. Apakah petugas menyediakan atau meminjamkan cetakan jamban ?
 - a. Ya, dari mana cetakan tersebut diperoleh
 - b. Tidak, mengapa ?

19. Apakah dalam pelaksanaan pemecuan membutuhkan material ?
 - a. Ya, darimana material tersebut diperoleh
 - b. Tidak, mengapa
20. Apakah ada penyediaan materi media komunikasi, informasi dan edukasi dari pemerintah provinsi ?
 - a. Ada, seperti apa penyediaan tersebut
 - b. Tidak, mengapa
21. Berapakah rentan waktu pencapaian target STBM
22. Bagaimanakah pelaksanaan STBM dari tahun ke tahun ?
23. Apakah sasaran sudah mengetahui tujuan pelaksanaan STBM ?
24. Apakah ada usulan perencanaan dari sasaran terkait pelaksanaan STBM ?
25. Bagaimana pembagian pekerjaan untuk petugas penanggung jawab terkait pelaksanaan STBM ?
26. Apakah semua petugas pelaksana yang terlibat dalam program STBM melaporkan hasil pelayanan/kegiatannya ?
 - a. Ya, siapa saja yang harus/wajib melaporkan hasil kegiatannya ?
 - b. Tidak, mengapa ?
27. Bagaimana cara Bapak untuk mempengaruhi penanggung jawab agar melaksanakan STBM semaksimal mungkin sehingga mencapai tujuan program STBM ?
28. Bagaimana Bapak memberikan motivasi terhadap penanggung jawab dan pelaksana agar melaksanakan STBM semaksimal mungkin ?
29. Apakah ada penghargaan bagi desa jika suatu saat dapat terbentuk desa ODF?
 - a. Ada, dalam bentuk apa dan darimana penghargaan tersebut diperoleh ?
 - b. Tidak, mengapa
30. Apakah ada penghargaan bagi warga yang mau membangun dan mengubah kebiasaannya untuk BAB di jamban?
 - a. Ada, dalam bentuk apa dan darimana penghargaan tersebut diperoleh ?
 - b. Tidak, mengapa
31. Apakah ada sistem pencatatan dan pelaporan terkait hasil kegiatan STBM?
 - a. Ada, kepada siapadan dalam bentuk apa
 - b. Tidak, mengapa

32. Bagaimana sistem pencatatan dan pelaporan terkait hasil kegiatan STBM serta seperti apa bukti sistem pencatatan dan pelaporannya?
33. Bagaimana supervisi yang Bapak lakukan dan berapa kali melakukan supervisi serta seperti apa bentuk dan bukti dikumen dari supervisi dan siapa saja yang melakukan supervisi tersebut?
34. Apakah pemantauan dari pihak Kabupaten atau kota terkait pelaksanaan STBM di desa Jelbuk?
 - a. Ada, seperti apa sistem pemantauannya
 - b. Tidak, mengapa
35. Apakah ada peningkatan kepemilikan jamban seiring terlaksananya STBM dari tahun 2013 hingga saat ini ?
 - a. Ada, berapa persentase peningkatannya dan seperti apa bukti dokumentasi atau data hasilnya ?
 - b. Tidak, mengapa

Penutup :

- a. Terima kasih atas kesediaan Anda untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.
- b. Semoga partisipasi Anda dapat bermanfaat bagi kemajuan ilmu pengetahuan.

Jember, 2015

Verdiana Dwi Juniantin

Lampiran C-1



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
Jl. Kalimantan I/93 Kampus Tegal Boto Telp. (0331) 322995,
332996 Fax (0331) 337878 Jember 68121

**Lembar Panduan Wawancara Mendalam (*In – Depth Interview*) untuk
Informan Utama: Penanggungjawab Program
Kesehatan Lingkungan**

Judul : Kajian Pelaksanaan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat di Desa Jelbuk
Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember Tahun 2014.

Tanggal wawancara :

Petunjuk Panduan Wawancara

- a. Mohon dengan hormat bantuan dan kesediaan saudara untuk menjawab seluruh pertanyaan yang ada
- b. Mohon jawab pertanyaan dengan jujur dan sesuai dengan hati nurani

Panduan Wawancara (*Interview Guide*)

1. Berapakah usia Bapak sekarang ?
2. Apa pendidikan terakhir Bapak dan kapan tahun lulus?
3. Apa saja yang Bapak ketahui tentang STBM?
4. Apakah pemicuan itu dan bagaimana pelaksanaannya?
5. Bagaimanakah dengan ketersediaan SDM untuk pelaksanaan STBM di desa Jelbuk?
6. Apakah ada pendukung dari tokoh masyarakat terkait pelaksanaan STBM di desa Jelbuk?
 - a. Ada, siapa dan mengapa? Seperti apa bentuk dukungan yang diberikan
 - b. Tidak, mengapa ?
7. Apakah ada penanggung jawab STBM di desa Jelbuk?
 - a. Ada, siapa dan apa saja tugasnya? Bagaimana kriteria yang ditetapkan pihak Puskesmas untuk memilih SDM sebagai penanggung jawab STBM
 - b. Tidak, mengapa

8. Jika dilihat berdasarkan kebutuhan sasaran STBM apakah ketersediaan SDM untuk pelaksanaan STBM sudah cukup?
 - a. Sudah, berapa jumlah keseluruhan yang menangani pelaksanaan STBM di desa Jelbuk?
 - b. Tidak, mengapa
9. Apakah ada sumber dana atau subsidi dari APBD Kabupaten yang digunakan dalam pelaksanaan STBM di desa Jelbuk ?
 - a. Ada, berapa subsidi yang diberikan ?
 - b. Tidak, mengapa ?
10. Darimana sumber dana untuk pelaksanaan STBM di desa Jelbuk dan berapa besar dananya?
11. Apakah ada hambatan terkait sumber dana?
 - a. Ada, apa saja hambatannya
 - b. Tidak, mengapa
12. Siapakah sasaran untuk program STBM dan bagaimana cara penentuan sasarannya serta siapa saja yang dilibatkan dalam penentuan sasaran ?
13. Mengapa sasaran tersebut yang diambil?
14. Apakah ada hambatan dalam penentuan dan pemilihan sasaran ?
 - a. Ya, apa hambatan yang ada dan bagaimana solusinya ?
 - b. Tidak, mengapa ?
15. Bagaimana metode pelaksanaan STBM di Puskesmas Jelbuk ?
16. Apakah ada hambatan dalam metode pelaksanaannya ?
 - a. Ya, apa hambatannya dan solusinya seperti apa ?
 - b. Tidak, mengapa ?
17. Apa ada tempat khusus atau toko yang menyediakan dan memudahkan masyarakat untuk memperoleh bahan jamban ?
 - c. Ada, berapa jarak dari desa
 - d. Tidak, mengapa
18. Apakah petugas menyediakan atau meminjamkan cetakan jamban ?
 - a. Ya, dari mana cetakan tersebut diperoleh
 - b. Tidak, mengapa ?

19. Apakah dalam pelaksanaan pemecuan membutuhkan material ?
 - c. Ya, darimana material tersebut diperoleh
 - d. Tidak, mengapa
20. Apakah ada penyediaan materi media komunikasi, informasi dan edukasi dari pemerintah provinsi ?
 - c. Ada, seperti apa penyediaan tersebut
 - d. Tidak, mengapa
21. Berapakah rentan waktu pencapaian target STBM
22. Bagaimanakah pelaksanaan STBM dari tahun ke tahun ?
23. Apakah sasaran sudah mengetahui tujuan pelaksanaan STBM ?
24. Apakah ada usulan perencanaan dari sasaran terkait pelaksanaan STBM ?
25. Bagaimana pembagian pekerjaan untuk petugas penanggung jawab terkait pelaksanaan STBM ?
26. Apakah semua petugas pelaksana yang terlibat dalam program STBM melaporkan hasil pelayanan/kegiatannya ?
 - a. Ya, siapa saja yang harus/wajib melaporkan hasil kegiatannya ?
 - b. Tidak, mengapa
27. Bagaimana cara Bapak untuk mempengaruhi penanggung jawab agar melaksanakan STBM semaksimal mungkin sehingga mencapai tujuan program STBM ?
28. Bagaimana Bapak memberikan motivasi terhadap penanggung jawab dan pelaksana agar melaksanakan STBM semaksimal mungkin ?
29. Apakah ada penghargaan bagi desa jika suatu saat dapat terbentuk desa ODF?
 - c. Ada, dalam bentuk apa dan darimana penghargaan tersebut diperoleh ?
 - d. Tidak, mengapa
30. Apakah ada penghargaan bagi warga yang mau membangun dan mengubah kebiasaannya untuk BAB di jamban?
 - c. Ada, dalam bentuk apa dan darimana penghargaan tersebut diperoleh ?
 - d. Tidak, mengapa
31. Apakah ada sistem pencatatan dan pelaporan terkait hasil kegiatan STBM?
 - a. Ada, kepada siapadan dalam bentuk apa
 - b. Tidak, mengapa

32. Bagaimana sistem pencatatan dan pelaporan terkait hasil kegiatan STBM serta seperti apa bukti sistem pencatatan dan pelaporannya?
 33. Bagaimana supervisi yang Bapak lakukan dan berapa kali melakukan supervisi serta seperti apa bentuk dan bukti dikumen dari supervisi dan siapa saja yang melakukan supervisi tersebut?
 34. Apakah pemantauan dari pihak Kabupaten atau kota terkait pelaksanaan STBM di desa Jelbuk?
 - a. Ada, seperti apa sistem pemantauannya
 - b. Tidak, mengapa
 35. Apakah ada peningkatan kepemilikan jamban seiring terlaksananya STBM dari tahun 2013 hingga saat ini ?
 - a. Ada, berapa persentase peningkatannya dan seperti apa bukti dokumentasi atau data hasilnya ?
 - b. Tidak, mengapa
-

Penutup :

- a. Terima kasih atas kesediaan Anda untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.
- b. Semoga partisipasi Anda dapat bermanfaat bagi kemajuan ilmu pengetahuan.

Jember, 2015

Verdiana Dwi Juniantin

Lampiran C-2



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
Jl. Kalimantan I/93 Kampus Tegal Boto Telp. (0331) 322995,
332996 Fax (0331) 337878 Jember 68121

Lembar Panduan Wawancara Mendalam (*In – Depth Interview*) untuk

**Informan Utama : Kepala
Puskesmas Jelbuk**

Judul : Kajian Pelaksanaan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat di Desa Jelbuk
Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember Tahun 2014.

Tanggal wawancara :

Petunjuk Panduan Wawancara

- a. Mohon dengan hormat bantuan dan kesediaan saudara untuk menjawab seluruh pertanyaan yang ada
- b. Mohon jawab pertanyaan dengan jujur dan sesuai dengan hati nurani

Panduan Wawancara (*Interview Guide*)

1. Berapakah usia Bapak sekarang ?
2. Apa pendidikan terakhir Bapak dan kapan tahun lulus?
3. Apa saja yang Bapak ketahui tentang STBM?
4. Apakah pemicuan itu dan bagaimana pelaksanaannya?
5. Bagaimanakah dengan ketersediaan SDM untuk pelaksanaan STBM di desa Jelbuk?
6. Apakah ada pendukung dari tokoh masyarakat terkait pelaksanaan STBM di desa Jelbuk?
 - a. Ada, siapa dan mengapa? Seperti apa bentuk dukungan yang diberikan
 - b. Tidak, mengapa ?
7. Apakah ada penanggung jawab STBM di desa Jelbuk?
 - a. Ada, siapa dan apa saja tugasnya? Bagaimana kriteria yang ditetapkan pihak Puskesmas untuk memilih SDM sebagai penanggung jawab STBM
 - b. Tidak, mengapa

8. Jika dilihat berdasarkan kebutuhan sasaran STBM apakah ketersediaan SDM untuk pelaksanaan STBM sudah cukup?
 - a. Sudah, berapa jumlah keseluruhan yang menangani pelaksanaan STBM di desa Jelbuk?
 - b. Tidak, mengapa
9. Apakah ada sumber dana atau subsidi dari APBD yang digunakan dalam pelaksanaan STBM di desa Jelbuk ?
 - a. Ada, berapa subsidi yang diberikan ?
 - b. Tidak, mengapa ?
10. Darimana sumber dana untuk pelaksanaan STBM di desa Jelbuk dan berapa besar dananya?
11. Apakah ada hambatan terkait sumber dana?
 - a. Ada, apa saja hambatannya
 - b. Tidak, mengapa
12. Siapakah sasaran untuk program STBM dan bagaimana cara penentuan sasarannya serta siapa saja yang dilibatkan dalam penentuan sasaran ?
13. Mengapa sasaran tersebut yang diambil?
14. Apakah ada hambatan dalam penentuan dan pemilihan sasaran ?
 - a. Ya, apa hambatan yang ada dan bagaimana solusinya ?
 - b. Tidak, mengapa ?
15. Bagaimana metode pelaksanaan STBM di Puskesmas Jelbuk ?
16. Apakah ada hambatan dalam metode pelaksanaannya ?
 - a. Ya, apa hambatannya dan solusinya seperti apa ?
 - b. Tidak, mengapa ?
17. Apa ada tempat khusus atau toko yang menyediakan dan memudahkan masyarakat untuk memperoleh bahan jamban ?
 - a. Ada, berapa jarak dari desa
 - b. Tidak, mengapa
18. Apakah petugas menyediakan atau meminjamkan cetakan jamban ?
 - a. Ya, dari mana cetakan tersebut diperoleh
 - b. Tidak, mengapa ?

19. Apakah dalam pelaksanaan pemecuan membutuhkan material ?
 - a. Ya, darimana material tersebut diperoleh
 - b. Tidak, mengapa
20. Apakah ada penyediaan materi media komunikasi, informasi dan edukasi dari pemerintah provinsi ?
 - a. Ada, seperti apa penyediaan tersebut
 - b. Tidak, mengapa
21. Berapakah rentan waktu pencapaian target STBM
22. Bagaimanakah pelaksanaan STBM dari tahun ke tahun ?
23. Apakah sasaran sudah mengetahui tujuan pelaksanaan STBM ?
24. Apakah ada usulan perencanaan dari sasaran terkait pelaksanaan STBM ?
25. Bagaimana pembagian pekerjaan untuk petugas penanggung jawab terkait pelaksanaan STBM ?
26. Apakah semua petugas pelaksana yang terlibat dalam program STBM melaporkan hasil pelayanan/kegiatannya ?
 - a. Ya, siapa saja yang harus/wajib melaporkan hasil kegiatannya ?
 - b. Tidak, mengapa ?
27. Bagaimana cara Bapak untuk mempengaruhi penanggung jawab agar melaksanakan STBM semaksimal mungkin sehingga mencapai tujuan program STBM ?
28. Bagaimana Bapak memberikan motivasi terhadap penanggung jawab dan pelaksana agar melaksanakan STBM semaksimal mungkin ?
29. Apakah ada penghargaan bagi desa jika suatu saat dapat terbentuk desa ODF?
 - a. Ada, dalam bentuk apa dan darimana penghargaan tersebut diperoleh ?
 - b. Tidak, mengapa
30. Apakah ada penghargaan bagi warga yang mau membangun dan mengubah kebiasaannya untuk BAB di jamban?
 - a. Ada, dalam bentuk apa dan darimana penghargaan tersebut diperoleh ?
 - b. Tidak, mengapa
31. Apakah ada sistem pencatatan dan pelaporan terkait hasil kegiatan STBM?
 - a. Ada, kepada siapadan dalam bentuk apa
 - b. Tidak, mengapa

32. Bagaimana sistem pencatatan dan pelaporan terkait hasil kegiatan STBM serta seperti apa bukti sistem pencatatan dan pelaporannya?
 33. Bagaimana supervisi yang Bapak lakukan dan berapa kali melakukan supervisi serta seperti apa bentuk dan bukti dikumen dari supervisi dan siapa saja yang melakukan supervisi tersebut?
 34. Apakah pemantauan dari pihak Kabupaten atau kota terkait pelaksanaan STBM di desa Jelbuk?
 - a. Ada, seperti apa sistem pemantauannya
 - b. Tidak, mengapa
 35. Apakah ada peningkatan kepemilikan jamban seiring terlaksananya STBM dari tahun 2013 hingga saat ini ?
 - a. Ada, berapa persentase peningkatannya dan seperti apa bukti dokumentasi atau data hasilnya ?
 - b. Tidak, mengapa
-

Penutup :

- a. Terima kasih atas kesediaan Anda untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.
- b. Semoga partisipasi Anda dapat bermanfaat bagi kemajuan ilmu pengetahuan.

Jember, 2015

Verdiana Dwi Juniantin

Lampiran D-1



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
Jl. Kalimantan I/93 Kampus Tegal Boto Telp. (0331) 322995,
332996 Fax (0331) 337878 Jember 68121

**Lembar Panduan Wawancara Mendalam (*In – Depth Interview*) untuk
Informan Tambahan : (Sasaran STBM Desa Jelbuk)**

Judul : Kajian Pelaksanaan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat di Desa Jelbuk
Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember Tahun 2014.

Tanggal wawancara :

Petunjuk Panduan Wawancara

- a. Mohon dengan hormat bantuan dan kesediaan saudara untuk menjawab seluruh pertanyaan yang ada
- b. Mohon jawab pertanyaan dengan jujur dan sesuai dengan hati nurani

Panduan Wawancara (*Interview Guide*)

1. Berapakah usia Bapak/Ibu sekarang?
2. Apa pendidikan terakhir Bapak/Ibu dan kapan tahun lulus?
3. Apakah Bapak/Ibu mengetahui tentang STBM ?
 - a. Ya, Apa STBM itu dan dari mana Bapak/Ibu mengetahui informasi tentang STBM, serta kapan mendapatkan informasi tersebut?
 - b. Tidak, mengapa
4. Apakah ada pendukung dari tokoh masyarakat terkait pelaksanaan STBM di desa Jelbuk?
 - a. Ada, siapa dan mengapa? Seperti apa bentuk dukungan yang diberikan
 - b. Tidak, mengapa ?
5. Apakah ada sumber dana atau subsidi dari APBD Kabupaten yang digunakan dalam pelaksanaan STBM di desa Jelbuk ?
 - a. Ada, berapa subsidi yang diberikan ?
 - b. Tidak, mengapa ?
6. Darimana sumber dana untuk pelaksanaan STBM di desa Jelbuk dan berapa besar dananya?

7. Apakah ada hambatan terkait sumber dana?
 - a. Ada, apa saja hambatannya
 - b. Tidak, mengapa
8. Apakah ada tempat khusus atau toko yang menyediakan dan memudahkan masyarakat untuk memperoleh bahan jamban ?
 - a. Ada, berapa jarak dari desa
 - b. Tidak, mengapa
9. Apakah petugas menyediakan atau meminjamkan cetakan jamban ?
 - a. Ya, dari mana cetakan tersebut diperoleh
 - b. Tidak, mengapa ?
10. Apakah dalam pelaksanaan pemucuan membutuhkan material ?
 - a. Ya, darimana material tersebut diperoleh
 - b. Tidak, mengapa
11. Apakah ada penyediaan materi media komunikasi, informasi dan edukasi dari pemerintah provinsi ?
 - a. Ada, seperti apa penyediaan tersebut
 - b. Tidak, mengapa
12. Apakah semua petugas pelaksana yang terlibat dalam program STBM melaporkan hasil pelayanan/kegiatannya ?
 - a. Ya, siapa saja yang harus/wajib melaporkan hasil kegiatannya ?
 - b. Tidak, mengapa ?
13. Apakah ada penghargaan bagi desa jika suatu saat dapat terbentuk desa ODF?
 - c. Ada, dalam bentuk apa dan darimana penghargaan tersebut diperoleh ?
 - d. Tidak, mengapa
14. Apakah ada penghargaan bagi warga yang mau membangun dan mengubah kebiasaannya untuk BAB di jamban?
 - c. Ada, dalam bentuk apa dan darimana penghargaan tersebut diperoleh ?
 - d. Tidak, mengapa
15. Apakah ada sistem pencatatan dan pelaporan terkait hasil kegiatan STBM?
 - a. Ada, kepada siapa dan dalam bentuk apa
 - b. Tidak, mengapa

16. Bagaimana sistem pencatatan dan pelaporan terkait hasil kegiatan STBM serta seperti apa bukti sistem pencatatan dan pelaporannya?
 17. Apakah pemantauan dari pihak Kabupaten atau kota terkait pelaksanaan STBM di desa Jelbuk?
 - a. Ada, seperti apa sistem pemantauannya
 - b. Tidak, mengapa
 18. Apakah ada peningkatan kepemilikan jamban seiring terlaksananya STBM dari tahun 2013 hingga saat ini ?
 - a. Ada, berapa persentase peningkatannya dan seperti apa bukti dokumentasi atau data hasilnya ?
 - b. Tidak, mengapa
-

Penutup :

- a. Terima kasih atas kesediaan Anda untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.
- b. Semoga partisipasi Anda dapat bermanfaat bagi kemajuan ilmu pengetahuan.

Jember, 2015

Verdiana Dwi Juniantin

Lampiran D-2



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
Jl. Kalimantan I/93 Kampus Tegal Boto Telp. (0331) 322995,
332996 Fax (0331) 337878 Jember 68121

**Lembar Panduan Wawancara Mendalam (*In – Depth Interview*) untuk
Informan Tambahan : Komite Pelaksana STBM
di Desa Jelbuk**

Judul : Kajian Pelaksanaan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat di Desa Jelbuk
Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember Tahun 2014

Tanggal wawancara :

Petunjuk Panduan Wawancara

- a. Mohon dengan hormat bantuan dan kesediaan saudara untuk menjawab seluruh pertanyaan yang ada
- b. Mohon jawab pertanyaan dengan jujur dan sesuai dengan hati nurani

Panduan Wawancara (*Interview Guide*)

1. Berapakah usia Bapak sekarang?
2. Apa pendidikan terakhir Bapak/Ibu dan kapan tahun lulus?
3. Apakah Bapak/Ibu mengetahui tentang STBM ?
 - a. Ya, Apa STBM itu dan dari mana Bapak/Ibu mengetahui informasi tentang STBM, serta kapan mendapatkan informasi tersebut?
 - b. Tidak, mengapa
4. Apakah ada pendukung dari tokoh masyarakat terkait pelaksanaan STBM di desa Jelbuk?
 - a. Ada, siapa dan mengapa? Seperti apa bentuk dukungan yang diberikan
 - b. Tidak, mengapa ?
5. Apakah ada sumber dana atau subsidi dari APBD Kabupaten yang digunakan dalam pelaksanaan STBM di desa Jelbuk ?
 - a. Ada, berapa subsidi yang diberikan ?
 - b. Tidak, mengapa ?

6. Darimana sumber dana untuk pelaksanaan STBM di desa Jelbuk dan berapa besar dananya?
7. Apakah ada hambatan terkait sumber dana?
 - a. Ada, apa saja hambatannya
 - b. Tidak, mengapa
8. Apakah ada tempat khusus atau toko yang menyediakan dan memudahkan masyarakat untuk memperoleh bahan jamban ?
 - c. Ada, berapa jarak dari desa
 - d. Tidak, mengapa
9. Apakah petugas menyediakan atau meminjamkan cetakan jamban ?
 - a. Ya, dari mana cetakan tersebut diperoleh
 - b. Tidak, mengapa ?
10. Apakah dalam pelaksanaan pemucuan membutuhkan material ?
 - c. Ya, darimana material tersebut diperoleh
 - d. Tidak, mengapa
11. Apakah ada penyediaan materi media komunikasi, informasi dan edukasi dari pemerintah provinsi ?
 - c. Ada, seperti apa penyediaan tersebut
 - d. Tidak, mengapa
12. Apakah semua petugas pelaksana yang terlibat dalam program STBM melaporkan hasil pelayanan/kegiatannya ?
 - c. Ya, siapa saja yang harus/wajib melaporkan hasil kegiatannya ?
 - d. Tidak, mengapa ?
13. Apakah ada penghargaan bagi desa jika suatu saat dapat terbentuk desa ODF?
 - a. Ada, dalam bentuk apa dan darimana penghargaan tersebut diperoleh ?
 - b. Tidak, mengapa
14. Apakah ada penghargaan bagi warga yang mau membangun dan mengubah kebiasaannya untuk BAB di jamban?
 - a. Ada, dalam bentuk apa dan darimana penghargaan tersebut diperoleh ?
 - b. Tidak, mengapa

15. Apakah ada sistem pencatatan dan pelaporan terkait hasil kegiatan STBM?
 - a. Ada, kepada siapadan dalam bentuk apa
 - b. Tidak, mengapa
 16. Bagaimana sistem pencatatan dan pelaporan terkait hasil kegiatan STBM serta seperti apa bukti sistem pencatatan dan pelaporannya?
 17. Apakah pemantauan dari pihak Kabupaten atau kota terkait pelaksanaan STBM di desa Jelbuk?
 - a. Ada, seperti apa sistem pemantauannya
 - b. Tidak, mengapa
 18. Apakah ada peningkatan kepemilikan jamban seiring terlaksananya STBM dari tahun 2013 hingga saat ini ?
 - a. Ada, berapa persentase peningkatannya dan seperti apa bukti dokumentasi atau data hasilnya ?
 - b. Tidak, mengapa
-

Penutup :

- a. Terima kasih atas kesediaan Anda untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.
- b. Semoga partisipasi Anda dapat bermanfaat bagi kemajuan ilmu pengetahuan.

Jember, 2015

Verdiana Dwi Juniantin

Lampiran E



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**
Jl. Kalimantan I/93 Kampus Tegal Boto Telp.(0331) 322995,
332996 Fax (0331) 337878 Jember 68121

DOKUMENTASI KEGIATAN

<p>Kegiatan Wawancara mendalam</p>	<p>Kegiatan Wawancara mendalam</p>
<p>Gambar 1. Wawancara Mendalam dengan Kepala Seksi Kesehatan Lingkungan Dinas Kesehatan Kabupaten Jember</p>	<p>Gambar 2. Wawancara Mendalam dengan Kepala Puskesmas Jelbuk</p>
<p>Kegiatan Wawancara mendalam</p>	<p>Kegiatan Wawancara mendalam</p>
<p>Gambar 3. Wawancara Mendalam dengan Penanggung Jawab Program Kesehatan lingkungan Puskesmas Jelbuk</p>	<p>Gambar 4. Wawancara Mendalam dengan Ketua Komite STBM Desa Jelbuk</p>



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
Jl. Kalimantan I/93 Kampus Tegal Boto Telp. (0331) 322995,
332996 Fax (0331) 337878 Jember 68121

Kegiatan Wawancara mendalam	Kegiatan Wawancara mendalam
	
<p>Gambar 5. Wawancara Mendalam dengan Sasaran STBM Desa Jelbuk</p>	<p>Gambar 6. Wawancara Mendalam dengan sasaran STBM Desa Jelbuk</p>

Lampiran F



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS JEMBER**

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
Jl. Kalimantan I/93 Kampus Tegal Boto Telp. (0331) 322995,
332996 Fax (0331) 337878 Jember 68121

LEMBAR DOKUMEN STBM

Dokumen STBM	Dokumen STBM
<p>Gambar 7. Laporan STBM-Indonesia melalui via SMS</p>	<p>Gambar 8. Buku Catatan Jumlah Jamban Desa Jelbuk</p>
Dokumen STBM	
<p>Gambar 9. Pemetaan Dikertas pada Saat Pemicuan</p>	<p>Gambar 10. Jamban masyarakat yang telah terpicu</p>



Digital Repository Universitas Jember
PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER

DINAS KESEHATAN

Jl. Srikoyo I/03 Jember Telp. (0331) 487577 Fax (0331) 426624
Website : dinkes.jemberkab.go.id E-mail : sikdajember@yahoo.co.id

Jember, 26 Januari 2015

Nomor : 440/1771/414/2015
Sifat : Penting
Lampiran : -
Perihal : Ijin Penelitian

Kepada :
Yth. Sdr. Kepala Puskesmas Jelbuk
di -

JEMBER

Menindak lanjuti surat Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember Nomor : 072/60/314/2015, Tanggal 13 Januari 2015, Perihal Ijin Penelitian, dengan ini harap saudara dapat memberikan data seperlunya kepada :

Nama : VERDIANA DWI JUNIANTIN
NIM : 092110101071
Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 Jember
Fakultas : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
Keperluan : Melaksanakan penelitian dalam rangka penyusunan skripsi dengan judul "Kajian Pelaksanaan Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat di Desa Jelbuk Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember Tahun 2014"
Waktu Pelaksanaan : 26 Januari 2015 s/d 13 Maret 2015

Sehubungan dengan hal tersebut pada prinsipnya kami tidak keberatan, dengan catatan:

1. Penelitian ini benar-benar untuk kepentingan penelitian
2. Tidak dibenarkan melakukan aktifitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan

Selanjutnya Saudara dapat memberi bimbingan dan arahan kepada yang bersangkutan.

Demikian dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

**KEPALA DINAS KESEHATAN
KABUPATEN JEMBER**

dr. BAMBANG SUWARTONO, MM
Pembina Utama Muda
NIP. : 19570202 198211 1 002

Tembusan :
Yth. Sdr. Yang bersangkutan
di Tempat