

**IMPLEMENTASI PEMBERDAYAAN MASYARAKAT
MELALUI PROGRAM SANITASI TOTAL BERBASIS
MASYARAKAT (STBM)**

(Studi Tentang Implementasi Program STBM Pilar 1 di Kecamatan
Nganjuk, Kabupaten Nganjuk)

SKRIPSI

Diajukan Untuk Memenuhi Ujian Sarjana
Pada Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya

**DIANA HARIYANTI
NIM. 105030101111085**



**UNIVERSITAS BRAWIJAYA
FAKULTAS ILMU ADMINISTRASI
JURUSAN ADMINISTRASI PUBLIK
MALANG**

2014

MOTTO

"Karena itulah, ingatlah kamu Kepada-Ku niscaya Aku ingat (pula) kepadamu"

(Al-Baqarah:152)

"FAMILY, DUTY, HONOR."

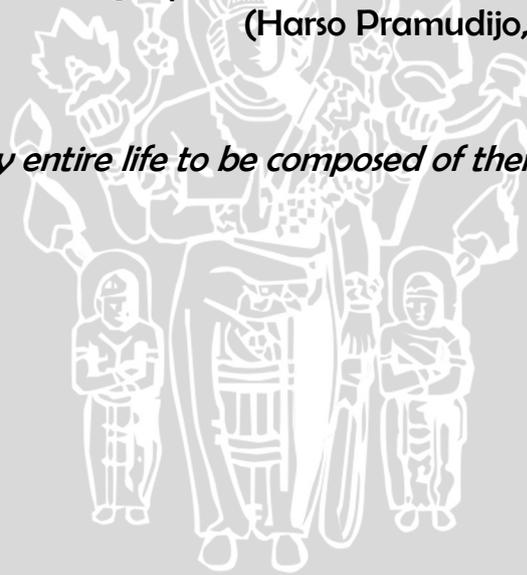
(George R.R. Martin, "song of ice and fire")

"Ora ono sing jenenge jathuk o iku. Wong iku nek getun mesti nang mburi, ra tau enek sing getun nang ngarep. Mulane dipikir sing tenanan, luwih becik getun nang ngarep mergo hal sing sepele"

(Harso Pramudijo, a.k.a Ayahanda)

"i love first time. I want my entire life to be composed of them. Life is only interesting if life is wide"

(Lucien Carr)



Lembar Persembahan

Karyaku ini kupersembahkan untuk Allah SWT yang menjagaku dan selalu memberikan kemudahan disetiap kesulitan, walaupun selama ini aku menyadari, aku bukan hamba-Mu yang sangat taat.

Keluargaku yang tercinta...

Ayah dan Ibuku yang tidak hentinya memberikan berbagai macam dukungan, semoga dengan selesainya karya ini dapat membuat kalian berdua bangga. Terima Kasih untuk segalanya dan maaf jika selama ini sering mengecewakan kalian.

Kepada kakakku, Adi, yang selalu ada dan siap membantuku, akhirnya satu langkah perjuangan dalam hidup kita telah selesai.

Kepada adikku, Vina "Ngeng2", yang selalu memberikan kebahagiaan, dan kegembiraan dimana pun atau kapanpun kita bertemu. Semoga sukses dengan perjuangan yang akan ditempuh. Kalian berdua adalah saudara yang terbaik di dalam kehidupan ini yang pernah aku miliki...

Kepada teman-temanku, yang telah kuanggap menjadi keluarga keduaku

:

Niken "Mbol" thank you for being such a good friend to me this whole time; Dedy dan Rico, dua cowok yang bahkan saking tangguhnyanya nggak kuat makan yang pedes-pedes; Dian "Wak Ian", Weny "Wak Wen", Linda "Wak Lin", trio bolangku thank you guys, every silly and short adventure we've been through, were wonderful stories for me. Rizal and Andre my last minutes friends. Serta seluruh angkatan 2010 yang tidak bisa kusebutkan satu persatu. Terima Kasih

Soraya, Puteri, Elin trio MP172-ku yang baru, yang tidak akan pernah kulupakan, setiap kekonyolan dan kebahagiaan yang kalian selalu berikan every single day in this miserable dungeon kos-kos an nyahahaha. Thank's girls, you're jjang!

All present and also former tribute of MP172 thank you for the stories you've made in my life. Mbak Tina, mbak panutan seluruh kos; Mbak Risa, mbak who always silly and happy all the time; Mbak Suriah, former roommate yang bahkan terlihat lebih muda dari ku; Nita "Sule, Paile", Dhea "Paidhe", dan anggota MP17 dan lainnya.

Terima Kasih kepada semua orang yang pernah menjadi bagian dari hidupku saat di Malang. TERIMA KASIH.



RINGKASAN

Diana Hariyanti, 2014, **Implementasi Pemberdayaan Masyarakat melalui Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) Pilar 1 (Studi tentang Implementasi Program STBM Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Nganjuk pada Kecamatan Nganjuk)** Di Bawah Bimbingan Dr. Choirul Saleh, M.Si, dan Drs. Heru Ribawanto, MS, Halaman

Program pembangunan kesehatan yang terdahulu sangat identik dengan pemberian subsidi langsung berupa uang dan material fisik. Akibatnya akan mengurangi partisipasi masyarakat untuk mengatasi masalah kesehatan diri dan lingkungan melalui usaha sendiri. Maka dari itu, pemerintah mempunyai inisiatif untuk membuat program pembangunan kesehatan yaitu Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) yang diadaptasi dari pendekatan CLTS yang beraskan pemberdayaan masyarakat yang memiliki 5 pilar pencapaian. Pencapaian Pilar 1 di program STBM adalah Stop buang air besar sembarangan (SBS). Kabupaten Nganjuk adalah salah satu kabupaten yang telah melaksanakan program STBM dan membawa Kecamatan Nganjuk sebagai kecamatan SBS pertama.

Penelitian ini menfokuskan pada : bagaimanakah implementasi pemberdayaan masyarakat melalui program STBM Pilar 1 Dinas Kesehatan Daerah pada Kecamatan Nganjuk? Serta apa saja faktor yang menjadi pendukung dan penghambat implementasi pemberdayaan masyarakat melalui program STBM Pilar 1 Dinas Kesehatan Daerah pada Kecamatan Nganjuk?

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan metode deskriptif. Metode pengumpulan data yang digunakan adalah observasi, wawancara dan studi dokumentasi yang didapatkan dari Kecamatan Nganjuk sebagai lokasi penelitian serta Dinas Kesehatan Daerah Nganjuk terutama pada bidang P3KL yang menjadi situs penelitian.

Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa pelaksanaan program STBM pilar 1 yang membawa Kecamatan Nganjuk menjadi kecamatan SBS pertama di Kabupaten Nganjuk dapat memiliki beberapa tahap yaitu pemetaan wilayah dan identifikasi masalah; koordinasi dengan perangkat desa dan warga; persiapan data dan sarana prasarana pemucuan; kegiatan pemucuan serta proses monitoring dan evaluasi. Partisipasi masyarakat mayoritas dapat terlihat pada tahap kegiatan pemucuan. Dalam kegiatan pemucuan, masyarakat dapat berpartisipasi dalam *mapping* partisipatif yang merupakan salah satu alat PLA. Masyarakat dapat memahami masalah dan menemukan solusinya melalui kegiatan pemucuan. Program STBM yang seharusnya merupakan program non subsidi, namun pada tahun 2011 dana dari PNPM dapat digunakan sehingga menurut peneliti dapat mengurangi partisipasi aktif masyarakat.

Selama proses pencapaian status ODF/SBS di Kecamatan Nganjuk didukung oleh koordinasi fasilitator kabupaten yang baik yang handal di bidangnya serta regulasi dari pusat. Kendala yang dihadapi antara lain kurangnya respon dan upaya dari pemerintah daerah kabupaten Nganjuk, tenaga kesehatan yang terbatas serta kurangnya pendanaan untuk program STBM.

SUMMARY

Diana Hariyanti, 2014. **Implementation of Community Empowerment through Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) Pilar 1 (Study about Implementation of Program STBM from Dinas Kesehatan Daerah to Kecamatan Nganjuk)**. Advisors: Dr. Choirul Saleh, M.Si and Drs. Heru Ribawanto, MS. 185++ Hal

Health development program previously known for its characteristic for subsidized community with money and materials. As a consequence will reduce the people participation to overcome the environment and their own health issues at their own. That's why the government create a health development programme called Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) which adapted from CLTS approach with people empowerment as its principle and also have 5 pilar of achievement. The first Pilar of the programme is "Stop buang air besar sembarangan (SBS)". Kabupaten Nganjuk is one of the kabupaten that implemented the programme that brought Kecamatan Nganjuk as the first kecamatan with SBS status.

The research focused on : how the implementation of Community Empowerment through Program STBM Pilar 1 from Dinas Kesehatan to Kecamatan Nganjuk? and what are the factors in both support and obstruct the implementation of Community Empowerment through programme STBM Pilar 1 from Dinas Kesehatan Daerah to Kecamatan Nganjuk?

This research use qualitative approach with descriptive method. The methods that used fro data collection methods were observation, interview and documentation study which collected from Kecamatan Nganjuk as the resesarch location and Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Nganjuk especially bidang P3KL as reasearch site.

As the result of the research shows that STBM Pilar 1 in Kecamatan Nganjuk have few steps : mapping and identification of the issues; coordination with head of district/village and its community; preparation of data and "triggering" tools; triggering; monitoring and evaluation. Community participation could be seen in participative mapping section form a part of PLA tool. Community could understand their own issues and found its solution in triggering process. STBM is the non-subsidize government programme, but in the whole of Kabupaten Nganjuk, in 2011, the PNPM which is subsidize programme, allowed to be used in STBM. In researcher opinion, it could reduce the active participation from the community because of the inexpediency of the budget allocation from the subsidize programme.

During the process for ODF/SBS status achievement in Kecamatan Nganjuk are supported by the good coordination between fasilitator kabupaten whose expert in their field and also regulation from the central government. The obstacles the fasilitator found are the lack of responce and efforts from the Kabupaten Nganjuk government, and also limited in both fund and man power.

KATA PENGANTAR

Puji syukur, Alhamdulillah penulis panjatkan kehadiran Allah SWT atas berkat, rahmat, taufik dan hidayat-Nya, serta shalawat dan salam kepada Rasulullah SAW, sehingga penyusunan skripsi yang berjudul “Implementasi Pemberdayaan Masyarakat melalui Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) (Studi tentang Implementasi Program STBM Pilar 1 di Kecamatan Nganjuk)” dapat selesai dengan baik.

Penulisan skripsi ini diajukan untuk memenuhi salah satu syarat memperoleh gelar sarjana pada program Administrasi Publik Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya Malang.

Penulis menyadari bahwa penyusunan skripsi ini tidak akan terwujud tanpa adanya bantuan dan dorongan dari berbagai pihak. Oleh karena itu penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sebanyak-banyaknya kepada yang terhormat :

1. Bapak Prof. Dr. Bambang Supriyono, MS, selaku Dekan Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya
2. Bapak Dr. Choirul Saleh, M.Si selaku Ketua Jurusan Administrasi Publik dan Ibu Dr. Lely Indah Mindarti, M.Si selaku Ketua Progam Studi Administrasi Publik
3. Bapak Dr. Choirul Saleh, M.Si selaku ketua komisi pembimbing dan Bapak Drs. Heru Ribawanto, MS selaku anggota komisi pembimbing yang telah memberikan waktu, tenaga, dan pikirannya untuk membantu, memberikan saran dan motivasi hingga terselesaikannya penulisan skripsi ini.
4. Seluruh dosen-dosen dan staf karyawan Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya
5. Bapak I Ketut Wijayadi, SST selaku staf seksi Kesehatan Lingkungan bidang Pencegahan, Pemberantasan Penyakit dan Kesehatan Lingkungan Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Nganjuk yang telah banyak

memberikan bantuan saran ataupun arahan selama penulisan dan penyelesaian skripsi ini

6. Bapak Maryono selaku ketua HAKLI dan wirausaha sanitasi yang telah memberikan pengarahan selama penulisan skripsi ini.
7. Bu Ribut Hariati, selaku sanitarian Puskesmas Nganjuk yang telah memberikan pengarahan selama penulisan skripsi ini.
8. Bapak Siqin, selaku verifikator dan staf PMD Kecamatan Nganjuk memberikan pengarahan selama penulisan skripsi ini
9. Bu Sundari, selaku ketua komite STBM Desa Cangkringan yang telah banyak memberikan bantuannya saat di lapangan selama penulisan skripsi
10. Warga Desa Cangkringan yang telah memberikan waktu dan sumbangsih pemikirannya selama penulisan skripsi ini.
11. Teman-teman seperjuangan, angkatan 2010, yang ikut memberikan pengarahan, doa, dan dukungannya selama penulisan skripsi ini
12. Kakak maupun adik angkatan yang selalu memberikan arahan, doa, dan dukungannya selama penulisan skripsi ini.

Demi kesempurnaan skripsi ini, saran dan kritik yang sifatnya membangun sangat penulis harapkan. Semoga karya skripsi ini bermanfaat dan memberikan sumbangan yang berarti bagi pihak yang membutuhkan.

Malang, Juli 2014

Penulis

DAFTAR ISI

MOTTO	ii
LEMBAR PERSEMBAHAN	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
LEMBAR PENGESAHAN	v
PERNYATAAN ORISINALITAS SKRIPSI	vi
RINGKASAN	vii
SUMMARY	viii
KATA PENGANTAR	ix
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR TABEL	xv
DAFTAR GAMBAR	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
DAFTAR SINGKATAN	xviii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Perumusan Masalah	9
C. Tujuan Penelitian	9
D. Kontribusi Penelitian	10
E. Sistematika Penulisan	10
BAB II KAJIAN PUSTAKA	
A. Konsep Pembangunan	
1. Definisi Pembangunan	12
2. Administrasi Pembangunan	13
3. Paradigma Pembangunan	13
4. <i>Participatory Learning Action</i>	15
5. <i>Eco Development</i>	18
B. Konsep Pemberdayaan Masyarakat	19
1. Definisi Pemberdayaan Masyarakat	19
2. Tujuan Pemberdayaan Masyarakat	22
3. Pendekatan Pemberdayaan Masyarakat	23
4. Peran Aktor dalam Pemberdayaan Masyarakat	23
5. Langkah-langkah Pemberdayaan Masyarakat	25
6. Indikator Pemberdayaan Masyarakat	30
C. Sanitasi dan Derajat Kesehatan	31
D. Pendekatan <i>Community Led Total Sanitation (CLTS)</i>	33
1. Definisi <i>Community Led Total Sanitation</i>	33
2. Tujuan CLTS	36
3. Langkah – langkah dalam Pendekatan <i>Community-Led Total Sanitation</i>	37
4. Keuntungan Pendekatan CLTS	41
E. Program	44



F. Penelitian Terdahulu	47
1. Indra Gunawan (2006). Pengetahuan Masyarakat tentang Pengelolaan Sanitasi	47
2. Devi Yulianto (2011). Peran fasilitator dan Co-Fasilitator dalam Program Sanitasi Berbasis Masyarakat (STBM)	48

BAB III METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian	50
B. Fokus Penelitian	50
C. Lokasi dan Situs Penelitian	52
D. Jenis dan Sumber Data	53
E. Teknik Pengumpulan Data	56
F. Instrumen Penelitian	56
G. Analisis Data	57

BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum	
1. Profil Kecamatan Nganjuk	60
a. Kependudukan	61
b. Kondisi Kesehatan	63
2. Gambaran Umum Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Nganjuk	65
a. Tugas Pokok dan Fungsi Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Nganjuk	66
b. Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Nganjuk	66
3. Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat	69
a. Latar Belakang Program Sanitasi Total Sanitasi Masyarakat	69
b. Prinsip-prinsip Program STBM	73
c. Strategi Pelaksanaan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat	73
d. Indikator Program STBM	75
B. Penyajian Data	
1. Implementasi Pemberdayaan Masyarakat Melalui Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) Pilar 1 Dinas Kesehatan Daerah Pada Kecamatan Nganjuk	75
a. Persiapan pelaksanaan kegiatan pada program STBM Pilar	75
1) Persiapan Pemetaan Wilayah (<i>Mapping</i>) dan Identifikasi Masalah`	80
2) Persiapan Data dan Sarana Prasarana Kegiatan Pemicuan	82
3) Persiapan Koordinasi dengan pejabat dan masyarakat lokal	83
4) Persiapan Kegiatan Pemicuan	84
5) Persiapan Monitoring dan Evaluasi.....	88
b. Pelaksanaan kegiatan pada program STBM Pilar 1	91
1) Pelaksanaan Pemetaan Wilayah (<i>Mapping</i>) dan Identifikasi Masalah	91
2) Pelaksanaan Pengumpulan Data dan Sarana Prasarana Kegiatan Pemicuan	92

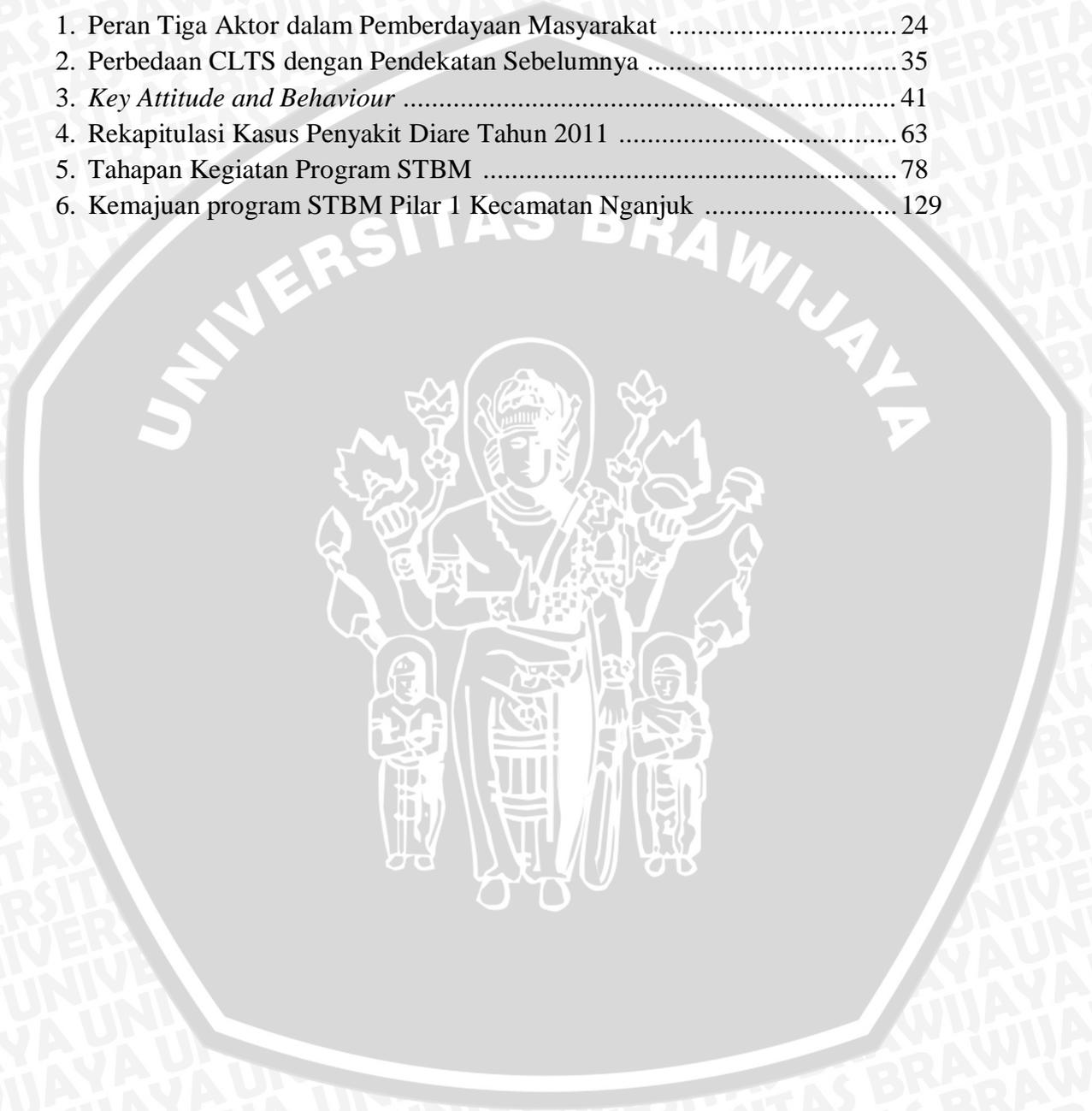
3) Pelaksanaan Koordinasi dengan pejabat dan masyarakat lokal	93
4) Pelaksanaan Kegiatan Pemicuan	95
5) Pelaksanaan Monitoring dan Evaluasi	110
c. Pasca Kegiatan Program STBM di komunitas yang terpilih	113
1) Pasca Pemetaan Wilayah (Mapping) dan	
2) Identifikasi Masalah	113
3) Kegiatan Pasca Pengumpulan Data dan Sarana Prasarana Kegiatan Pemicuan	114
4) Pasca Koordinasi dengan pejabat dan masyarakat lokal	114
5) Kondisi pasca kegiatan Pemicuan	116
6) Pasca kegiatan Monitoring dan Evaluasi	123
d. Pencapaian Pelaksanaan Program STBM Pilar 1 di Kecamatan Nganjuk	125
1) Deklarasi Kecamatan Nganjuk sebagai Kecamatan ODF Pertama di Kabupaten Nganjuk	125
2) Akses terhadap sarana sanitasi dasar (jamban) dan kasus Penyakit diare	127
2. Faktor Pendukung dan Penghambat yang mempengaruhi selama proses pelaksanaan program STBM Pilar 1	130
a. Faktor Pendukung	130
1) Koordinasi dan Kualitas Fasilitator Kabupaten	130
2) Adanya regulasi dari Pemerintah Pusat	133
b. Faktor Penghambat	134
1) Kurangnya respon dari pemerintah Daerah Kabupaten Nganjuk	134
2) Keterbatasan Tenaga Kesehatan yang terlibat	138
3) Pendanaan relatif masih kecil	141
C. Analisis dan Interpretasi	
1. Implementasi Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) Pilar 1 di Kecamatan Nganjuk	142
a. Persiapan pelaksanaan kegiatan pada program STBM Pilar	142
1) Persiapan Pemetaan Wilayah (Mapping) dan Identifikasi Masalah	144
2) Persiapan Data dan Sarana Prasarana Kegiatan Pemicuan	145
3) Persiapan Koordinasi dengan pejabat dan masyarakat lokal	146
4) Persiapan Kegiatan Pemicuan	147
5) Persiapan Monitoring dan Evaluasi	150
b. Pelaksanaan kegiatan pada program STBM Pilar 1	151
1) Pelaksanaan Pemetaan Wilayah (Mapping) dan Identifikasi Masalah	151
2) Pelaksanaan Pengumpulan Data dan Sarana Prasarana Kegiatan Pemicuan	152
3) Pelaksanaan Koordinasi dengan pejabat dan masyarakat lokal	153

4) Pelaksanaan Kegiatan Pemicuan	154
5) Pelaksanaan Monitoring dan Evaluasi	158
c. Pasca Kegiatan Pemicuan di komunitas yang terpilih	160
1) Pasca Pemetaan Wilayah (Mapping) dan Identifikasi Masalah	160
2) Kegiatan Pasca Pengumpulan Data dan Sarana Prasarana Kegiatan Pemicuan	161
3) Pasca Koordinasi dengan pejabat dan masyarakat lokal	162
4) Kondisi Pasca Kegiatan Pemicuan	163
5) Pasca Kegiatan Monitoring dan Evaluasi	164
d. Pencapaian Pelaksanaan Program STBM Pilar 1 di Kecamatan Nganjuk	165
1) Deklarasi Kecamatan Nganjuk sebagai Kecamatan ODF Pertama di Kabupaten Nganjuk	165
2) Akses terhadap sarana sanitasi dasar (jamban) dan kasus Penyakit diare	167
2. Faktor Pendukung dan Penghambat yang mempengaruhi selama proses pelaksanaan program STBM Pilar 1	169
a. Faktor Pendukung	169
1) Koordinasi dan Kualitas Fasilitator Kabupaten.....	169
2) Adanya regulasi dari Pemerintah Pusat	171
b. Faktor Penghambat	172
1) Kurangnya respon dari pemerintah Daerah Kabupaten Nganjuk	172
2) Keterbatasan Tenaga Kesehatan yang terlibat	176
3) Pendanaan relatif masih kecil	177
BAB V PENUTUP	
A. Kesimpulan	179
B. Saran	183

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR TABEL

No	Judul	Hal.
1.	Peran Tiga Aktor dalam Pemberdayaan Masyarakat	24
2.	Perbedaan CLTS dengan Pendekatan Sebelumnya	35
3.	<i>Key Attitude and Behaviour</i>	41
4.	Rekapitulasi Kasus Penyakit Diare Tahun 2011	63
5.	Tahapan Kegiatan Program STBM	78
6.	Kemajuan program STBM Pilar 1 Kecamatan Nganjuk	129

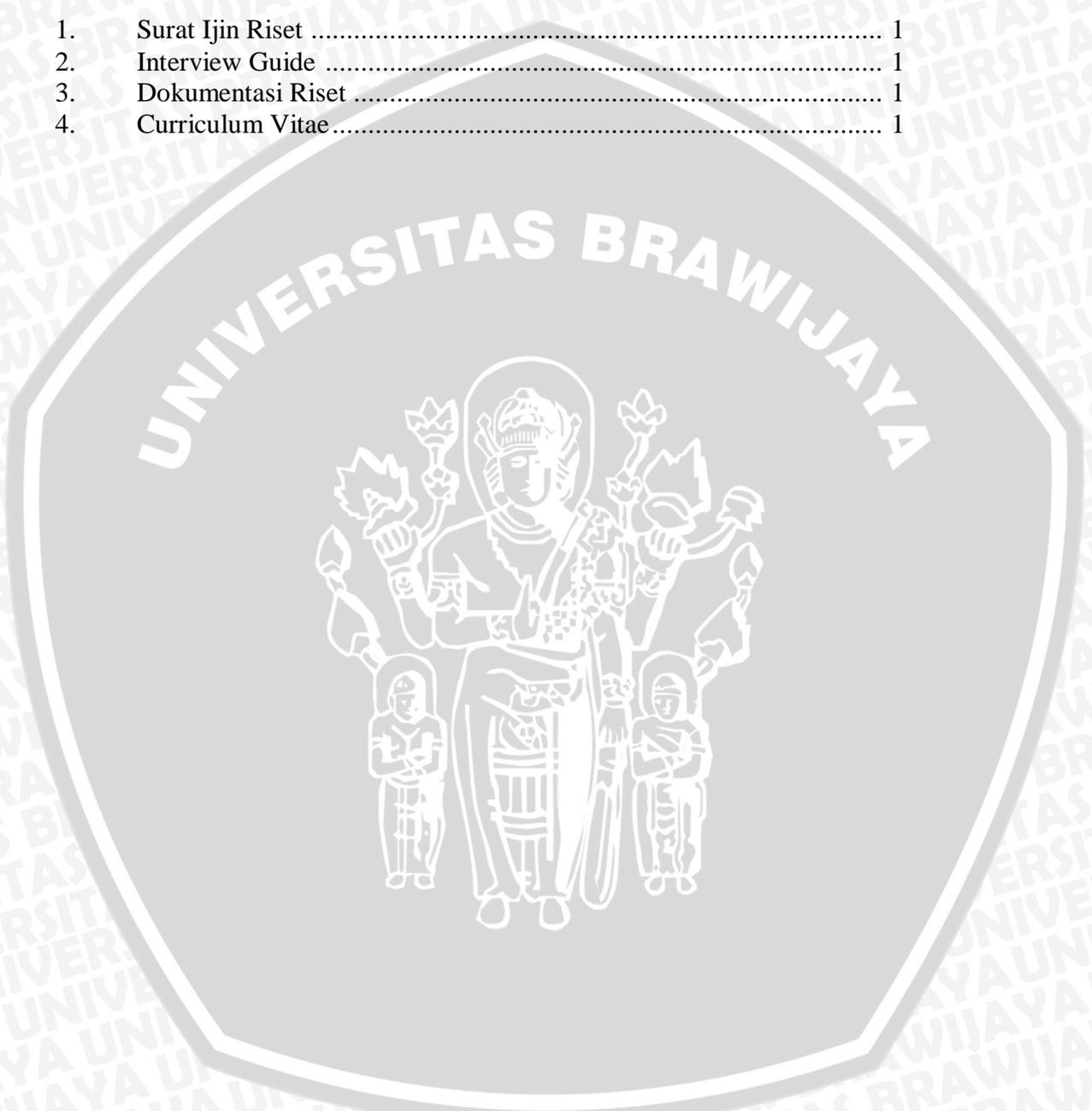


DAFTAR GAMBAR

No.	Judul	Hal.
1.	Unsur-unsur Pemberdayaan Masyarakat	26
2.	Konsep Derajat Kesehatan oleh H.L Blum	33
3.	Hubungan antara CLTS dengan Pencapaian MDGs	43
4.	Parameter Program Strategis	45
5.	Alur Analisis Model Interaktif Miles dan Huberman	58
6.	Peta Kabupaten Nganjuk	60
7.	Penduduk Kecamatan Nganjuk 5 Tahun Terakhir	62
8.	Penduduk Menurut Pekerjaan	62
9.	Jumlah Sarana Sanitasi di Kecamatan Nganjuk Tahun 2011	64
10.	Jumlah Sarana Air Bersih di Kecamatan Nganjuk	65
11.	Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Nganjuk	67
12.	Tangga Perubahan Perilaku	72
13.	Tata letak pada kegiatan pemucuan di lapang yang dianjurkan	98
14.	Hasil dari kegiatan mapping daerah BABS di salah satu desa	100
15.	Sarana MCK pribadi lewat dana pinjaman Koperasi wanita dan dana anggaran PNPM	119
16.	Proses Verifikasi ODF Dokumentasi dan Deklarasi desa/kelurahan ODF	125
17.	Presentase Akses Jamban di Kecamatan Nganjuk	128
18.	Jumlah Kasus Penyakit Diare di Kecamatan Nganjuk	130

DAFTAR LAMPIRAN

No.	Judul	Jumlah Hlm.
1.	Surat Ijin Riset	1
2.	Interview Guide	1
3.	Dokumentasi Riset	1
4.	Curriculum Vitae	1



DAFTAR SINGKATAN

BABS	: Buang Air Besar Sembarangan
CLTS	: <i>Community-Led Total Sanitation</i>
MDGs	: Millennium Development Goals
OD	: Open Defecation
ODF	: Open Defecation Free
P3KL	: Pencegahan, Pemberantasan Penyakit dan Kesehatan Lingkungan
PHBS	: Perilaku Hidup Bersih dan Sehat
PLA	: Participatory Learning and Action
Pokja AMPL	: Kelompok Kerja Air Minum dan Penyehatan Lingkungan
PokJa Sanitasi	: Kelompok Kerja Sanitasi
PRA	: Participatory Rural Appraisal
SBS	: Stop Buang air besar Sembarangan
STBM	: Sanitasi Total Berbasis Masyarakat
UNICEF	: United Nation Children's Fund
WHO	: World Health Organization
WSP	: Water and Sanitation Program

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pembangunan secara konseptual memiliki pengertian sebagai suatu perubahan ke arah yang lebih baik secara sadar, terencana dan bertujuan untuk meningkatkan taraf hidup, kesejahteraan, kualitas masyarakat. Namun, pembangunan saat ini, kerap kali dihubungkan dengan pertumbuhan ekonomi, infrastruktur, dan aspek fisik saja. Menurut (Ali, 2013:31), “Perubahan yang diupayakan melalui pembangunan bukan semata-mata mencakup aspek-aspek materiil saja, tetapi seluruh aspek kehidupan, termasuk mental spiritual dan kemampuan dalam berbagai bidang.”

Ada kalanya dalam proses pembangunan, pemenuhan kebutuhan dasar non-fisik yang penting bagi masyarakat sering terabaikan, misalnya saja pada aspek kesehatan. Menurut WHO melalui deklarasi Alma Ata pada tahun 1978 menyatakan bahwa “kesehatan merupakan hak bagi semua orang” (Santoso, 2010:5). Sehat atau kesehatan adalah titik dimana kondisi jasmaniah, rohaniah dan sosial seseorang dalam kondisi baik serta produktif secara sosial maupun ekonomi. Kesehatan merupakan harta yang tak ternilai bagi masyarakat, karena pengaruhnya terhadap berjalannya aktivitas sosial ekonomi sehari-hari.

Tercapainya kondisi yang sehat harus ditunjang dengan kebersihan diri dan lingkungan, serta terpenuhinya sarana prasarana atau fasilitas kesehatan dan pelayanan kesehatan yang merata bagi masyarakat. Pemerintah memiliki kewajiban untuk memenuhi sarana prasarana dalam pelayanan kesehatan yang

telah diatur dalam Pasal 28H Ayat (1) dan Pasal 34 Ayat (3) UUD 1945. Sedangkan dalam UU No. 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan juga telah mengatur mengenai teknis pelaksanaannya. Hal tersebut juga didukung dengan UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan yang mengatur secara terperinci mengenai hak dan kewajiban masyarakat dan pemerintah dalam menyediakan pelayanan dan upaya kesehatan yang dapat menjangkau secara kuantitas, kualitas, dan kemampuan finansial.

Adanya anggapan publik terhadap masyarakat miskin yang cenderung bersifat apatis atau tidak peduli terhadap upaya-upaya kesehatan seperti pemenuhan sarana prasarana menimbulkan kesan bahwa mereka hanya menunggu dan bergantung pada bantuan uang maupun material dari pemerintah. Ketergantungan masyarakat terhadap bantuan/subsidi uang ataupun material dari pemerintah menjadi salah satu penyebab lambatnya pengembangan dan perbaikan sarana sanitasi. Jika sarana sanitasi tidak memadai atau tidak tersedia, masyarakat akan mencari pilihan lain, dengan cara apapun agar kepentingannya dapat terpenuhi. Untuk menghilangkan *mindset* masyarakat yang bergantung pada pemerintah dan mengubah perilaku mereka agar menjaga kondisi diri dan lingkungan sangat diperlukan kegiatan-kegiatan yang berasaskan pemberdayaan.

Pemberdayaan masyarakat adalah kemampuan seseorang, terutama pada kelompok yang lemah, agar mereka memiliki kemampuan untuk (a) memenuhi kebutuhan dasarnya, sehingga mereka memiliki kebebasan (bebas dari kelaparan, kebodohan, kesakitan, dll); (b) menjangkau sumber-sumber produktif agar mereka dapat menjangkau kebutuhan akan barang dan jasa serta meningkatkan

pendapatannya; (c) dapat berpartisipasi dalam proses pembangunan dan pengambilan keputusan (Suharto, 2009:58). Masyarakat merupakan entitas yang paling mengetahui kondisi yang terjadi di lapangan, sehingga peran serta mereka sangatlah diperlukan khususnya dalam hal pemahaman mengenai kesehatan diri dan lingkungan atau sanitasi dan hygiene.

Menurut Nurcahyo (2008:305), sanitasi merupakan “usaha pengawasan pelbagai faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi derajat kesehatan manusia”. Pemahaman mengenai pentingnya menjaga kesehatan individu dan lingkungan dapat dimulai dengan penerapan dan penyediaan sarana sanitasi dasar yang layak. Sanitasi dasar terdiri dari tersedianya sarana kakus/jamban, saluran drainase dan pembuangan yang baik. Tujuan dari pemahaman tersebut adalah meningkatnya derajat manusia dengan tercapainya kondisi sehat pada diri sendiri dan masyarakat.

Tersedianya kebutuhan sanitasi sehat sangat berpengaruh terhadap kondisi kesehatan dan lingkungan terutama pada pemukiman padat penduduk. Buruknya kondisi kualitas maupun kuantitas sanitasi di daerah pemukiman, seperti tercemarnya persediaan sumber air bersih, penanganan limbah rumah tangga dan limbah domestik, serta tersedianya drainase lingkungan. Menurunnya kualitas lingkungan hidup akibat tidak layaknya kondisi sanitasi menjadi sumber penyakit yang rentan menyerang masyarakat miskin terutama pada bayi dan balita. Salah satu penyakit yang mengindikasikan kurangnya kebersihan diri dan lingkungan adalah diare. Menurut kajian UNICEF (2012), di Indonesia, diare masih merupakan penyebab utama kematian anak berusia di bawah lima tahun. Laporan Riskesdas 2007 menunjukkan diare sebagai penyebab 31 % kematian anak usia

antara 1 bulan hingga satu tahun, dan 25 % kematian anak usia antara satu sampai empat tahun. Angka diare pada anak-anak dari rumah tangga yang menggunakan sumur terbuka untuk air minum tercatat 34 % lebih tinggi dibandingkan dengan anak-anak dari rumah tangga yang menggunakan air ledeng. Selain itu, angka diare lebih tinggi sebesar 66 % pada anak-anak dari keluarga yang melakukan buang air besar di sungai atau selokan dibandingkan mereka pada rumah tangga dengan fasilitas toilet pribadi dan septik tank.

Selain minimnya akses terhadap fasilitas sanitasi, masyarakat umumnya cenderung enggan menerapkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) secara teratur. Sebuah survei di enam provinsi, yang dilakukan oleh Universitas Indonesia pada tahun 2005 untuk USAID, menyatakan bahwa kurang dari 15 % ibu menyatakan mencuci tangan mereka dengan sabun setelah buang air besar, sebelum menyiapkan makanan, sebelum menyuapi anak mereka, sebelum makan, atau sebelum membersihkan pantat anak (UNICEF, 2012). Kebiasaan lain masyarakat yang melanggar PHBS yaitu berperilaku buang air besar sembarangan (BABS). Data riset *Indonesia Sanitation Sector Development Program* (ISSDP) pada tahun 2006 yang dihimpun dalam Peraturan Kemenkes RI No. 852/Menkes/SK/IX/2008 tentang Strategi Nasional STBM menunjukkan persentase perilaku BABS di Indonesia masih sebesar 47%, studi lain terhadap Perilaku Hidup Bersih dan Sehat atau *Basic Human Service* (BHS) menunjukkan pengelolaan air minum rumah tangga yang kurang layak, 99,20 % masyarakat telah merebus air untuk mendapatkan air minum, namun 47,50% dari air tersebut terbukti masih mengandung bakteri *Escheria coli*. Akibatnya, angka kejadian

diare secara nasional pada tahun 2006 sebesar 423 per seribu penduduk pada semua umur dan 16 provinsi mengalami Kejadian Luar Biasa (KLB) diare dengan *Case Fatality Rate* (CFR) sebesar 2,52.

Tingginya angka kejadian penyakit diare akan cenderung menimpa daerah pedesaan yang kualitas SDM serta sarana sanitasinya rendah. Menurut beberapa penelitian yang dilakukan oleh lembaga pemerhati sanitasi, akses sanitasi pada pedesaan tidak mengalami perubahan yang signifikan. Berdasarkan pada *Joint Monitoring Program WHO-UNICEF*, “akses terhadap sanitasi di pedesaan tetap pada angka 38 %. Dengan perkembangan laju akses sanitasi yang terkesan lamban tersebut, hampir tidak mungkin Indonesia akan memenuhi target yang telah ditetapkan oleh *Millenium Development Goals* (MDG) untuk Sanitasi” (WSP, 2008). Air bersih dan sanitasi merupakan sasaran Tujuan Pembangunan Milenium (MDG) yang ketujuh, dan pada tahun 2015 diharapkan sampai dengan setengah jumlah penduduk tanpa akses ke air bersih yang layak minum serta sanitasi dasar dapat berkurang. Bagi Indonesia, menurut laporan UNICEF, diperlukan adanya peningkatan akses air bersih hingga 68,9% dan sebanyak 62,4% untuk sanitasi. Perhitungan dengan menggunakan kriteria MDG nasional Indonesia untuk air bersih dan data dari sensus tahun 2010 menunjukkan bahwa Indonesia harus mencapai tambahan 56,8 juta orang dengan persediaan air bersih pada tahun 2015. (UNICEF, 2012)

Akses sanitasi yang tidak meningkat didukung dengan buruknya penyediaan atau penanganan sanitasi, hal tersebut dilansir menyebabkan kerugian negara dikarenakan bertambahnya dana pengelolaan air tanah. Asisten Deputi

Urusan Pengendalian Sampah dan Limbah Domestik Kementerian Lingkungan Hidup, Sony Tribangun Laksono menyatakan "Kerugian negara hingga Rp 58 triliun ini dihitung dari penurunan kualitas air sungai dan tanah yang menjadi sumber air baku masyarakat, biaya pengolahan air yang tinggi, dan menurunnya derajat kesehatan masyarakat,". Beliau mengatakan secara nasional baru 56,2 % rakyat Indonesia yang terakses dengan sarana sanitasi memadai. Sisanya masih dilakukan secara liar. (Republika Online, 2013)

Lambatnya perbaikan pada sektor sanitasi di Indonesia juga dipengaruhi oleh kurangnya dana bantuan langsung dari pemerintah. Menurut Materi Advokasi STBM, model subsidi atau dana langsung dari pemerintah yang diterapkan pada kebanyakan program sanitasi terdahulu, akan membutuhkan jumlah investasi dana yang cukup besar untuk bidang perbaikan sarana sanitasi. Jika dibandingkan dengan kondisi investasi pemerintah untuk sarana sanitasi saat ini, maka diperkirakan target MDG tahun 2015 tidak akan tercapai.

“Jika menggunakan model bantuan dana langsung dan subsidi, diperkirakan membutuhkan investasi lebih dari US\$600 juta setiap tahun selama tahun 2005-2015 agar Indonesia dapat mencapai target MDG di bidang sanitasi. Dibandingkan dengan kebutuhan, investasi pemerintah di sektor sanitasi, termasuk dana-dana dari donor, rata-rata hanya US\$27 juta per tahun. Sebagian besar dana investasi digunakan untuk pembangunan prasarana kota. Dengan jumlah sedemikian kecil dan hanya bergantung pada investasi sektor publik, kemungkinan diperlukan lebih dari 100 tahun untuk mencapai target MDG” (Materi Advokasi STBM, 2012).

Dari uraian diatas, sangat dibutuhkan program yang akan mendukung komitmen pemerintah dalam memenuhi target *Millenium Development Goals* (MDG) yaitu meningkatkan akses air minum dan sanitasi dasar pada tahun 2015 secara memadai dan berkesinambungan. Hal tersebut melatarbelakangi

diselenggarakannya program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) yang mengangkat konsep *Community Led Total Sanitation* (CLTS).

Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) atau *Community-Led Total Sanitation* adalah suatu pendekatan yang menekankan pada perubahan perilaku hidup bersih dan sehat dengan melibatkan masyarakat sebagai subjek pembangunan yang berperan aktif dalam proses pengambilan keputusan melalui metode pemicuan. Program ini resmi telah dicanangkan sejak tahun 2008 setelah melihat kesuksesan adaptasi konsep CLTS yang diperkenalkan oleh Kamal Kar. Pada awalnya konsep CLTS di Indonesia yang diterapkan di 18 komunitas, di 6 kabupaten dan di enam provinsi dengan menggunakan karakteristik yang berbeda, telah berhasil membawa 159 komunitas menjadi ODF (Percik, 2008:7). Pendekatan yang mengandalkan prinsip tanpa subsidi ini selain mengubah perilaku masyarakat dalam hal kesehatan, juga mengubah perilaku ketergantungan masyarakat terhadap subsidi yang terkadang tidak efektif.

Salah satu kabupaten yang giat mencanangkan program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat adalah Kabupaten Nganjuk. Program STBM di Kab. Nganjuk telah mulai diperkenalkan semenjak tahun 2009 oleh Dinas Kesehatan Daerah Nganjuk yang ditunjuk sebagai aktor *leader* dari program ini. Pada awal tahun pelaksanaan program STBM, terlihat adanya penurunan pada jumlah penderita diare dari 17.831 jiwa menjadi 13.332 jiwa, namun, yang menjadi masalah, pada tahun 2011, jumlah penderita diare justru naik sebanyak dua kali lipat dari jumlah pada tahun 2010, yaitu sebesar 43.049 jiwa (Nganjuk dalam Angka, 2012)

Penyakit diare dapat menjadi salah satu indikasi buruknya kondisi sanitasi dan hygiene diri yang kemudian berdampak luas pada lingkungan, salah satunya minimnya akses fasilitas fisik di masyarakat (penggunaan jamban sehat). Tetapi, tidak menutup kemungkinan bahwa akar permasalahan dari sanitasi buruk justru berasal dari perilaku masyarakat. Hal ini sejalan dengan hasil Studi EHRA di kabupaten Nganjuk yang menyatakan bahwa sekitar 273 (96,13%) desa/kelurahan mempunyai tingkat sanitasi yang tinggi, hal tersebut disebabkan karena sebagian besar terletak pada daerah pedesaan yang SDM maupun PHBS-nya rendah (Studi EHRA, 2012:103). Maka dari itu, upaya pemberdayaan masyarakat sangat diperlukan dalam menyadarkan betapa pentingnya melakukan kebiasaan Perilaku Hidup Sehat dan Bersih pada masyarakat.

Selama sekitar enam tahun pelaksanaan program STBM, Kabupaten Nganjuk telah berhasil mewujudkan di Kecamatan Nganjuk sebagai kecamatan yang pertama kali meraih ODF pada akhir tahun 2013. Masyarakat di Kecamatan Nganjuk telah 100% mendapatkan akses pada jamban sehat. Namun dalam pelaksanaannya program STBM Pilar 1 di Kecamatan Nganjuk tentunya akan menemui berbagai permasalahan, karena dalam upaya melakukan perubahan perilaku masyarakat yang senantiasa berkembang dan memiliki kompleksitas masalah yang berbeda-beda, bukanlah perkara yang mudah. Peneliti ingin meneliti upaya pemberdayaan masyarakat yang dilakukan Dinas Kesehatan Daerah Kab. Nganjuk dan fasilitator lain melalui program STBM Pilar 1 sehingga dapat mewujudkan ODF di Kecamatan Nganjuk. Berawal dari permasalahan diatas peneliti tertarik melakukan penelitian berjudul **“Implementasi**

Pemberdayaan Masyarakat melalui Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) Pilar 1”

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang diatas, yang menjadi rumusan masalah penelitian ini adalah :

1. Bagaimanakah implementasi pemberdayaan masyarakat melalui program STBM Pilar 1 Dinas Kesehatan Daerah pada Kecamatan Nganjuk?
2. Apa saja faktor yang menjadi pendukung dan penghambat implementasi pemberdayaan masyarakat melalui program STBM Pilar 1 Dinas Kesehatan Daerah pada Kecamatan Nganjuk?

C. Tujuan Penelitian

1. Mendeskripsikan dan menganalisis implementasi pemberdayaan masyarakat melalui program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) Pilar 1 Dinas Kesehatan Daerah pada Kecamatan Nganjuk.
2. Mendeskripsikan dan menganalisis faktor penghambat dan pendukung implementasi pemberdayaan masyarakat melalui program STBM Pilar 1 Dinas Kesehatan Daerah pada Kecamatan Nganjuk.

D. Kontribusi Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi sebagai berikut :

1. Kontribusi Akademik

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan sumbangsih pemikiran serta dapat menjadi salah satu bahan referensi bagi praktisi akademis lain yang tertarik melakukan penelitian yang berkaitan dengan program STBM Pilar 1.

2. Kontribusi Praktis

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan dan menjadi bahan pertimbangan kepada pemerintah yang terlibat pada implementasi program STBM Pilar 1.

E. Sistematika Penulisan

Dalam menyusun laporan penelitian ini, penulis membagi laporan penelitian menjadi 5 (lima) bab yang terdiri atas :

1. BAB I PENDAHULUAN

Menjelaskan latar belakang permasalahan mengenai perkembangan pembangunan sanitasi, pokok permasalahan mencakup pertanyaan penelitian yang menjadi fokus penelitian, tujuan penelitian, manfaat penelitian yang ditinjau dari sudut praktis maupun dari sudut akademis, dan sistematika penulisan laporan penelitian.

2. BAB II TINJAUAN PUSTAKA

Berisi berbagai teori serta hasil pemikiran yang menjadi landasan bagi penulis dalam membahas dan menganalisis permasalahan yang akan diteliti.

3. BAB III METODE PENELITIAN

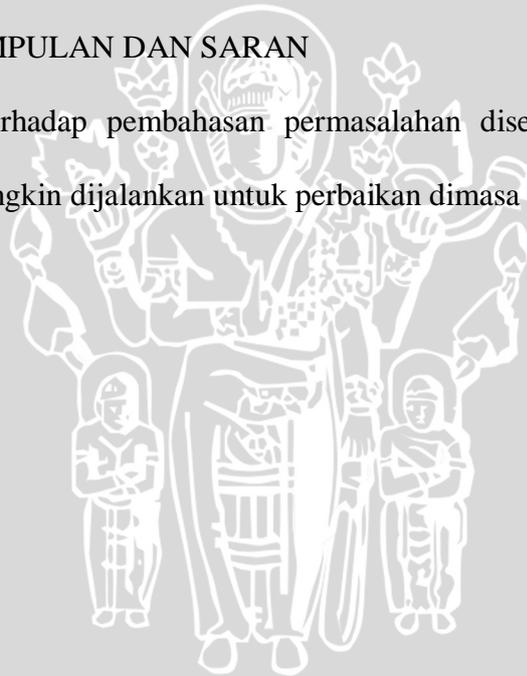
Membahas mengenai metodologi penelitian yang digunakan yang meliputi metode penelitian, teknik pengumpulan data, dan analisis data, situs penelitian dan proses penelitian.

4. BAB IV PEMBAHASAN

Menjelaskan gambaran umum, serta pembahasan terhadap data-data yang diperoleh di lapangan dan analisis mengenai permasalahan yang menjadi fokus penelitian.

5. BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan terhadap pembahasan permasalahan disertai rekomendasi-rekomendasi yang mungkin dijalankan untuk perbaikan dimasa yang akan datang.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Pembangunan

1. Definisi Pembangunan

Dewasa ini, definisi mengenai konsepsi pembangunan kian mengalami berbagai perkembangan. Pembangunan dapat diartikan berbeda oleh setiap orang, daerah atau pada setiap negara. Pengertian pembangunan telah mengalami berbagai pengaruh dari beberapa perspektif ilmu seperti ekonomi, sosial, sampai dengan lingkungan. Namun, para ahli telah menemukan satu kesepakatan, bahwa pembangunan didefinisikan sebagai suatu perubahan ke arah yang lebih baik.

Suryono (2004:26) menyebutkan bahwa tinjauan terhadap konsep pembangunan dengan cara mengkaji dari dua aspek penting, yakni secara etimologik dan secara ensiklopedik.

“Secara etimologik, istilah pembangunan berasal dari kata bangun. Kata bangun setidaknya-tidaknya mengandung 4 arti (1) bangun dalam arti sadar atau siuan (aspek fisiologis), (2) bangun dalam arti bangkit atau berdiri (aspek perilaku), (3) bangun dalam arti bentuk (aspek anatomi), (4) bangun dalam arti kata kerja, membuat mendirikan, atau membina (gabungan aspek fisiologis, aspek perilaku, dan aspek bentuk). Sedangkan secara ensiklopedik, kata pembangunan telah menjadi bahasa dan konsep : pertumbuhan (*growth*), rekonstruksi (*reconstruction*), modernisasi (*modernization*), westernisasi (*westernization*), perubahan sosial (*social change*), pembebasan (*liberation*), pembaruan (*innovation*), pembangunan bangsa (*nation building*), pembangunan nasional (*national development*), dan pembinaan (*construction*).”

Pembangunan seharusnya bertujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar manusia, tidak hanya terbatas pada faktor materiil saja. Menurut Aziz dkk (2005:5), kebutuhan dasar yang dimaksud tidak hanya pada batasan sandang

pangan papan, namun juga kebutuhan psikologis manusia, seperti rasa aman, kasih sayang, kehormatan, kesempatan, sampai pada aktualisasi spiritual.

Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa definisi pembangunan pada saat ini mulai menekankan kepada aspek manusia, secara fisik maupun psikologis. Pembangunan adalah perubahan ke arah yang lebih baik, tidak hanya pada aspek iptek, sosial ekonomi dan budaya, namun juga pada kualitas sumber daya manusia, serta dilakukan secara sadar dan terencana.

2. Administrasi Pembangunan

Administrasi pembangunan merupakan salah satu bagian dari administrasi negara. Siagian (2005:24) mengemukakan administrasi pembangunan mempunyai fokus analisis berupa proses pembangunan yang diselenggarakan oleh suatu negara dalam rangka pencapaian tujuan dan cita-cita negara bangsa tertentu, termasuk cara-cara ilmiah yang dipergunakan dalam pemecahan masalah, menghadapi tantangan, memanfaatkan peluang dan menyingkirkan ancaman.

3. Paradigma Pembangunan Manusia

Paradigma pembangunan manusia (*Human Development Paradigm*) menurut Ul Haq dalam (Wrihatnolo dan Dwidjowijoto, 2007:73) memandang “tujuan pokok pembangunan adalah memperluas pilihan-pilihan manusia”. Pengertian diatas oleh Wrihatnolo dan Dwidjowijoto (2007:73) dijabarkan kembali menjadi dua sisi yaitu

“Pertama, pembentukan kemampuan manusia seperti yang tercermin dalam kesehatan, pengetahuan, dan keahlian yang meningkat. Kedua, penggunaan kemampuan yang telah dipunyai untuk bekerja, untuk menikmati kehidupan, atau untuk aktif dalam kegiatan kebudayaan sosial, dan politik. Paradigma pembangunan manusia disebut sebagai konsep

holistik mempunyai empat unsur penting, yakni (1) peningkatan produktivitas, (2) pemerataan kesempatan, (3) kesinambungan pembangunan, serta (4) pemberdayaan manusia”.

Bebetapa asumsi yang dapat disimpulkan mengenai pengembangan masyarakat menurut Halim (dalam Aziz dkk, 2005:5) yaitu :

- 1) Intinya, upaya-upaya pengembangan masyarakat harus memegang prinsip sebagai suatu peletakan tatanan sosial dimana manusia secara adil dan terbuka dapat melakukan usaha yang memperlihatkan potensi yang dimilikinya sehingga kebutuhan jasmani dan rohaninya dapat terpenuhi. Pengembangan masyarakat bukanlah sebuah penawaran proyek usaha namun lebih pada pembenahan struktur sosial masyarakat yang mengedepankan keadilan dan peningkatan kualitas masyarakat.
- 2) Pengembangan masyarakat bukan pemberian sebagai proses pemberian dari pihak yang memiliki sesuatu kepada pihak yang tidak memiliki. Konsep tersebut hanya akan mengarah pada usaha-usaha yang bersifat kesenangan sesaat atau tambal sulam, seperti subsidi langsung yang akan menghilangkan kemandirian atau timbulnya ketergantungan pada masyarakat.
- 3) Soedjatmoko mengemukakan bahwa ada suatu proses yang terlupakan dalam pembangunan, yaitu *social learning*. Pengembangan masyarakat merupakan suatu proses pembelajaran secara kolektif kepada masyarakat sehingga mereka dapat mandiri dan aktif memperbaiki kualitas kehidupannya.

- 4) Partisipasi merupakan faktor utama dalam pengembangan masyarakat. Bukan hanya kehadiran, namun juga kontribusi masyarakat itu sendiri dalam setiap tahapannya, terutama dalam perumusan kebutuhan yang harus dipenuhi.
- 5) Pengembangan masyarakat selalu sejalan dengan adanya pemberdayaan masyarakat (*people empowerment*). Sebelum masyarakat dituntut untuk terlibat dalam suatu proses pembangunan, hendaknya masyarakat diberi pembekalan atau diberdayakan. Maka dari itu, perlu dibentuk suatu sistem atau mekanisme untuk memberdayakan masyarakat yang diawali dengan mengubah cara pandang masyarakat.

4. Participatory Learning and Action (PLA)

Paradigma pembangunan yang memprioritaskan pada manusia saat ini mulai menjadi acuan dari berbagai program pemerintah. Program-program yang berbasis pada masyarakat menuntut adanya partisipasi masyarakat dalam setiap pelaksanaannya. Berasal dari partisipasi masyarakat tersebut maka secara tidak langsung akan timbul adanya pembelajaran yang dapat bermanfaat untuk mempersiapkan masyarakat menuju keberdayaan, paradigma tersebut dinamakan sebagai pembelajaran partisipatif (Participatory learning and Action). Abasalom et al. dan Chambers (dalam Shah dkk, 1999:3.1) secara singkat mendefinisikan PLA sebagai *“a growing family of methods and approaches that enable local people to analyze, share and enhance their knowledge of life and conditions, and to plan, prioritize, act, monitor and evaluate”* (sekelompok metode dan pendekatan yang

memperbolehkan masyarakat lokal untuk menganalisis, membagi dan meningkatkan pengetahuan mereka terhadap kehidupan dan kondisi, serta untuk merencanakan, memprioritaskan, beraksi, mengawasi dan mengevaluasi).

Agar penerapan pendekatan PLA dapat sesuai dengan tujuannya maka fasilitator harus memahami prinsip utama PLA. Terdapat beberapa prinsip utama dalam pelaksanaan PLA yang dikemukakan oleh Chambers (dalam Shah, 1999:3.2), antara lain :

- (1) Sebuah pembalikan pembelajaran : belajar langsung dari masyarakat lokal untuk dapat meraih sudut pandang fisikal, teknikal dan pengetahuan sosial mereka.
- (2) Pembelajaran secara cepat dan maju : belajar dengan eksplorasi secara sadar, fleksibilitas metode, maksimalisasi kesempatan, improvisasi, berulang-ulang, dan *cross-checking*, tidak mengikuti *blue print* program tapi lebih beradaptasi pada proses pembelajaran.
- (3) Mengesampingkan prasangka : mengesampingkan prasangka, santai tidak tergesa-gesa, mendengarkan dan tidak mengajari, menyelidiki daripada menyegerakan ke topik selanjutnya, tidak memaksakan, mencari grup yang termarginalkan dalam komunitas (masyarakat yang termiskin, minoritas, anak-anak, dan wanita) dan mempelajari yang menjadi perhatian dan prioritas mereka.
- (4) Mengoptimalkan pertukaran : menghubungkan biaya pembelajaran dengan fakta berharga dari suatu informasi, melalui pertukaran antara kuantitas, relevansi akurasi dan ketepatan waktu.

- (5) Triangulasi : belajar dari beberapa (seringkali tiga) metode. Disiplin, individual atau grup, lokasi dan/atau tipe informasi, untuk melakukan cross-check, membandingkan dan menverifikasi.
- (6) Mencari kesenjangan : mencari dan memperbolehkan ekspresi dan analisis kompleksitas dan membedakan informasi dan penilaian
- (7) Menyerahkan stik (atau pulpen atau kapur) : masyarakat lokal memfasilitasi analisis dari informasi mereka dan membuat presentasi jadi mereka dapat bangkit dan memiliki outcome-nya dan juga belajar.
- (8) Kesadaran kritis terhadap diri sendiri : fasilitator perlu untuk terus menerus memeriksa perilaku mereka dan mencoba menjadi lebih baik. Termasuk menerima kesalahan menyambutnya sebagai kesempatan untuk belajar; menghadapi kegagalan secara positif; mengoreksi perilaku dominan; dan menjadi kritis terhadap apa yang terlihat dan tidak, tampak dan tidak, terucap dan tidak.
- (9) Berbagi : ide dan informasi yang dibagi antara masyarakat lokal, antara masyarakat lokal dan fasilitator serta pengalaman antara komunitas dan organisasi yang berbeda.

Chambers (Shah, 1999:3.3) juga menyatakan bahwa tiga pilar atau pondasi dari PLA yaitu : perilaku dan tata krama orang luar, memfasilitasi bukan mendominasi; metode, yang bergeser secara seimbang/normal dari tertutup ke terbuka, dari individu ke grup, dari verbal ke visual, dan dari mengukur ke membandingkan; kemitraan dan berbagi informasi serta pengalaman antara orang dalam dan orang luar maupun antar organisasi.

Partisipasi merupakan elemen utama untuk menciptakan pemberdayaan dalam masyarakat agar secara mandiri mampu menyelesaikan permasalahan.

Sesuai dengan pernyataan Jamasy (2004:55) :

“Proses pemberdayaan sarat dengan adanya keterlibatan aktif (partisipasi aktif) dari masyarakat dan ada pengakuan yang sama dari semua unsur stakeholders, bahwa mereka yang miskin, sekecil apapun tetap mempunyai potensi dan tidaklah wajar apabila mereka dipandang sebagai pihak yang lemah dan sama sekali tidak mempunyai kekuatan (tidak berdaya)”.

5. *Eco-Development*

Paradigma pembangunan ekologis atau eco-development merupakan pandangan yang mementingkan keseimbangan antara aspek manusia, ekonomi dan lingkungan. Paradigma ini dikemukakan oleh para ahli sebagai akibat dari paradigma pembangunan sebelumnya yang hanya menfokuskan beberapa aspek saja, seperti aspek produktivitas ekonomi, dan mengesampingkan daya dukung lingkungan yang menanggung beban untuk memenuhi kebutuhan manusia yang tidak terbatas. Dikutip dari Sachs (dalam Colby, 1991:204) bahwa Eco-development adalah *“the existence of tradeoffs between environmental management and economic growth can not be denied, but their pervasiveness and intensity have been overrated, to the detriment of a search for the best of two worlds.* (eksistensi dari pertukaran antara manajemen lingkungan dan pertumbuhan ekonomi tidak dapat dipungkiri, tapi penyebaran dan intensitasnya terlalu berlebihan, sehingga merusak pencarian terbaik untuk dua dunia)”. Berdasarkan pemikiran para ahli seperti Riddell (1981), Glaeser (1984), Sachs (1984a, b) (dalam Colby, 1991:204) *Eco-Development* secara tegas melakukan restrukturisasi hubungan antara masyarakat dan alam sebagai suatu *‘positive sum*

game’ atau sebuah *win-win-solution* dengan mereorganisasi aktivitas manusia agar sinergis dengan proses dan pemeliharaan ekosistem, yang ditentang oleh paham *back-to-nature* ‘*simple symbiosis*’ yang diadvokasi oleh penganut teori *deep ecology*. Sedangkan secara harfiah kata *Eco-Development*, menurut Colby (1991:204), berasal dari kata ‘Eco’ yang sesuai dengan kata ‘*economic*’ dan ‘*ecological*’ yang keduanya mempunyai asal kata Yunani; penggunaan kata ‘Development’ daripada ‘Growth’, ‘Management’ atau ‘Protection’ mengkonotasikan sebuah reorientasi eksplisit dan peningkatan level integrasi menyangkut urusan sosial, ekologi, dan ekonomi.

Selain itu, Colby (1991:207) menambahkan bahwa Eco-development mencoba memasukkan dan mengangkat topik kesetaraan sosial dan permasalahan kebudayaan di berbagai sekolah-sekolah yang menggunakan paham *deep ecology*, serta telah merubah pandangan *economizing ecology* menjadi *ecologizing the economy*, atau *whole social system*. Dari suatu konflik antara antroposentris melawan nilai biosentris, pandangan ini mencoba mempersatukan paham ekosentrisme : menolak menempatkan kemanusiaan tidak lebih tinggi maupun lebih rendah dari alam semesta.

B. Konsep Pemberdayaan Masyarakat

1. Definisi Pemberdayaan Masyarakat

Konsep pembangunan manusia mengusung adanya kajian mengenai pemberdayaan sebagai persiapan atau pembekalan untuk mewujudkan terciptanya pengembangan masyarakat. Menurut UU No. 11 Tahun 2009 tentang Kesejahteraan Sosial, “Pemberdayaan Sosial adalah semua upaya yang diarahkan

untuk menjadikan warga negara yang mengalami masalah sosial mempunyai daya sehingga mampu memenuhi kebutuhan dasarnya”. Pemberdayaan atau pemberkuasaan (*empowerment*), berasal dari kata ‘*power*’ yang berarti kekuasaan atau keberdayaan. Karena itu, ide utama pemberdayaan sangat bersentuhan dengan konsep mengenai kekuasaan. (Suharto, 2010:57). Sedangkan (Sulistiyani, 2004:77) menjelaskan bahwa secara etimologis pemberdayaan berasal dari kata dasar “*daya*” yang berarti kekuatan atau kemampuan.

Secara etimologis pemberdayaan berasal dari kata dasar “*daya*” yang berarti kekuatan atau kemampuan. Bertolak dari pengertian tersebut, maka pemberdayaan dapat dimaknai sebagai suatu proses menuju berdaya, atau proses untuk memperoleh daya/kekuatan/kemampuan, dan atau proses pemberian daya/kekuatan/kemampuan dari pihak yang memiliki daya kepada pihak yang kurang atau belum berdaya (Sulistiyani, 2004:77)

Penting untuk memahami dan membuat suatu definisi yang operasional mengenai pemberdayaan masyarakat yaitu (Prasodjo, 2004:12) :

- 1) Pemberdayaan pada dasarnya adalah memberi kekuatan kepada pihak yang kurang atau tidak berdaya (*powerless*) agar dapat memiliki kekuatan yang menjadi modal dasar aktualisasi diri.
- 2) Terdapat dua kecenderungan yang saling terkait dalam pencapaian pemberdayaan masyarakat. Pertama, kecenderungan ini proses pemberian atau pengalihan sebgaiian kekuasaan, kekuatan dan kemampuan kepada masyarakat atau individu agar menjadi lebih berdaya. Kedua, kecenderungan sekunder. Kecenderungan ini menekankan pada proses pemberian stimulant, dorongan atau motivasi agar individu aau masyarakat mempunyai kemampuan menentukan kebutuhan hidupnya melalui proses dialog.

- 3) Pemberdayaan masyarakat tidak hanya menyangkut aspek ekonomi. Ada berbagai macam pemberdayaan antara lain : pemberdayaan bidang politik, bidang ekonomi, bidang budaya, bidang ekonomi, bidang budaya, bidang ekologi dan pemberdayaan bidang spiritual.
- 4) Pemberdayaan masyarakat agar dapat dilihat sebagai program maupun proses. Sebagai program, pemberdayaan dilihat sebagai tahapan – tahapan kegiatan yang biasanya telah ditentukan jangka waktu pencapaiannya. Sedangkan sebagai proses, pemberdayaan merupakan sebuah proses yang berkesinambungan.
- 5) Pemberdayaan yang sepenuhnya melibatkan partisipasi masyarakat atau masyarakat menjaidi pilihan yang menguntungkan di masa yang akan datang.
- 6) Konsep pemberdayaan masyarakat mencakup pengertian pembangunan yang bertumpu pada masyarakat (*community development*) dan pembangunan yang bertumpu pada manusia (*community based development*).

Sedangkan Departemen Kesehatan Republik Indonesia menyampaikan definisi mengenai pemberdayaan masyarakat khususnya di bidang kesehatan sebagai berikut :

“Pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan adalah upaya menumbuhkan kemampuan masyarakat agar mempunyai daya atau kekuatan untuk kekuatan hidup mandiri (dibidang kesehatan). Upaya pemberdayaan tersebut dilakukan dengan menumbuhkan kesadaran, kemauan dan kemampuan untuk hidup sehat, disertai dengan pengembangan iklim yang mendukung. Sedangkan kemandirian masyarakat di bidang kesehatan berarti masyarakat dapat mengenali tingkat kesehatan dan masalah kesehatan mereka, merencanakan dan

mengatasinya, memelihara, meningkatkan, dan melindunginya” (Mubarak, 2012: 377).

2. Tujuan Pemberdayaan Masyarakat

Pemberdayaan masyarakat saat ini telah menjadi konsep dalam pelaksanaan proses pembangunan di daerah. Menurut Chalid (2005:82), tujuan pemberdayaan yaitu “membangun individu yang mandiri dan kelompok yang solid, serasi dengan pendekatan dan penguatan kelompok, dan tidak terlepas dari social setting masyarakat yang akan diberdayakan”. Sedangkan yang menjadi tujuan khusus dari adanya pemberdayaan masyarakat adalah :

- 1) Meningkatnya pengetahuan masyarakat dalam bidang kesehatan
- 2) Meningkatnya kemampuan masyarakat dalam pemeliharaan dan peningkatan derajat kesehatannya sendiri
- 3) Meningkatnya pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan oleh masyarakat
- 4) Masyarakat mampu mengenali, memelihara, melindungi, dan meningkatkan kualitas kesehatannya termasuk jika sakit, dapat memperoleh pelayanan kesehatan tanpa mengalami kesulitan dan pembiayaannya.
- 5) Memahami dan menyadari pentingnya kesehatan.
- 6) Memiliki keterampilan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta memiliki kemudahan untuk menjaga kesehatan diri dan lingkungannya
- 7) Berupaya bersama (bergotong-royong) menjaga dan meningkatkan kesehatan lingkungannya
- 8) Meningkatkan, kesadaran, kemauan dan kemampuan masyarakat secara sistemis untuk :
 - a) Mempunyai kekuatan sehingga mampu bertahan kemudian mampu mengembangkan diri dan akhirnya mampu mandiri;
 - b) Memberikan kesempatan, kemauan, serta kemampuan bersuara;
 - c) Mempunyai kemampuan dan hak untuk memilih
- 9) Terwujudnya pelembagaan upaya kesehatan masyarakat di tingkat lapangan (Mubarak, 2012:377-378)

3. Pendekatan Pemberdayaan Masyarakat

Pelaksanaan pemberdayaan masyarakat, menurut Chalid (2005:82), “karenanya terkait secara erat dengan tiga hal pokok, yaitu kearifan lokal (local

wisdom), institusi dan individu. Ketiga komponen ini harus saling mendukung dan melengkapi. Apabila satu dari ketiganya timpang, maka pemberdayaan sulit berhasil". Untuk mengkolaborasikan ketiga komponen diatas, maka dapat dicapai melalui penerapan pendekatan pemberdayaan yang dapat disingkat menjadi 5P, yaitu : Pemungkinan, Penguatan, Perlindungan, Penyokongan dan Pemeliharaan (Suharto, 2004:210-219)

- 1) Pemungkinan : menciptakan suasana atau iklim yang memungkinkan potensi masyarakat berkembang secara optimal. Pemberdayaan harus mampu membebaskan masyarakat dari sekat-sekat *cultural* dan *structural* yang menghambat.
- 2) Penguatan : memperkuat pengetahuan dan kemampuan yang dimiliki masyarakat dalam memecahkan masalah dan memenuhi kebutuhan-kebutuhannya. Pemberdayaan harus mampu menumbuh-kembangkan segenap kemampuan dan kepercayaan diri masyarakat menunjang kemandirian mereka.
- 3) Perlindungan : melindungi masyarakat terutama kelompok-kelompok lemah agar tidak tertindas oleh kelompok kuat, menghindari terjadinya persaingan yang tidak seimbang (apalagi tidak sehat) antara yang kuat dan yang lemah, dan mencegah terjadinya eksploitasi kelompok kuat terhadap kelompok lemah. Pemberdayaan harus diarahkan pada penghapusan segala diskriminasi dan dominasi yang tidak menguntungkan rakyat kecil.
- 4) Penyokongan : memberi bimbingan dan dukungan agar masyarakat mampu menjalankan peranan dan tugas-tugas kehidupannya. Pemberdayaan harus mampu menyokong masyarakat agar tidak terjatuh ke dalam keadaan dan posisi yang semakin lemah dan terpinggirkan.
- 5) Pemeliharaan : memelihara kondisi yang kondusif agar tetap terjadi keseimbangan distribusi antara bagi kelompok dalam masyarakat. Pemberdayaan harus mampu menjalin keselarasan dan keseimbangan yang memungkinkan setiap orang memperoleh kesempatan berusaha.

4. Peran Aktor dalam Pemberdayaan Masyarakat

Pelaksanaan kegiatan pemberdayaan tidak lepas dari 3 (tiga) aktor utama, yaitu pemerintah, swasta, dan masyarakat itu sendiri. Masing-masing mempunyai peran tertentu dalam menyukkseskan proses pemberdayaan. Menurut Sulistiyani (2004:97) peran tiga aktor dalam pemberdayaan sebagai berikut :

Tabel 1. Peran Tiga Aktor dalam Pemberdayaan Masyarakat

Aktor	Peran dalam Pemberdayaan	Bentuk Output Peran	Fasilitasi
Pemerintah	Formulasi dan penetapan <i>policy</i> , implementasi, <i>monitoring</i> , dan evaluasi serta mediasi	Kebijakan : politik umum, khusus/departemen/sektoral penganggaran, juknis dan juklak, penetapan indikator keberhasilan peraturan hukum, penyelesaian sengketa	Dana, jaminan, alat, teknologi, <i>network</i> , sistem manajemen informasi, edukasi.
Swasta	Kontribusi pada formulasi, implementasi, <i>monitoring</i> , dan evaluasi	Konsultasi dan rekomendasi kebijakan, tindakan dan langkah/ <i>policy action</i> , implementasi, donator, <i>private investment</i> , pemeliharaan	Dana, alat, teknologi, tenaga ahli dan sangat terampil.
Masyarakat	Partisipasi dalam formulasi, implementasi, <i>monitoring</i> , dan evaluasi	Sarana, dana swadaya, <i>input</i> , kritik, rekomendasi keberatan, menjadi objek partisipan, dukungan dalam formulasi kebijakan, menghidupkan fungsi kontrol sosial.	Tenaga terdidik, tenaga terlatih, dan setengah terlatih

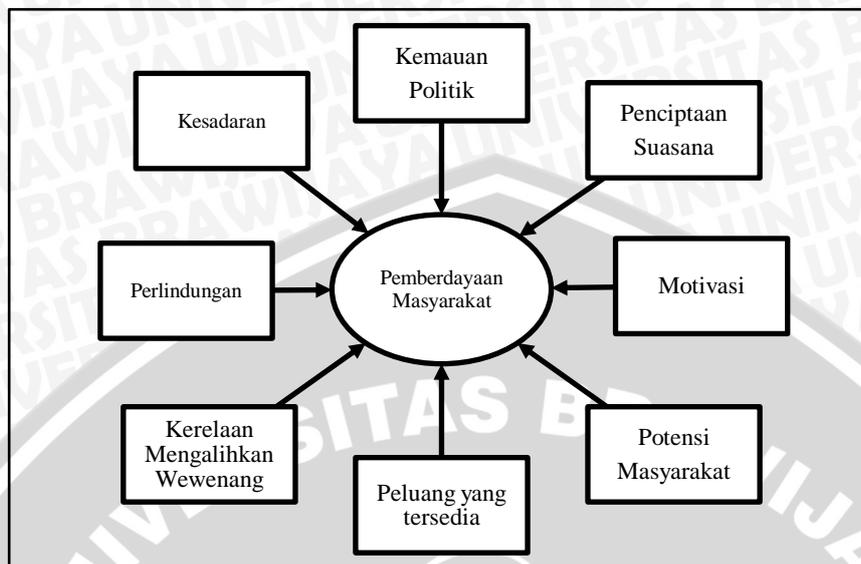
Aktor dari pemerintah yang terlibat dalam pemberdayaan biasanya berasal dari para pekerja sosial. Pekerja sosial tersebut memiliki kewajiban untuk “memfasilitasi atau memungkinkan klien mampu melakukan perubahan yang telah disepakati bersama” (Suharto, 2009:98). Menurut Tan dan Envall (Suharto, 2009:31), seorang pekerjaan sosial harus mampu “...to analyze complex situations and to facilitate individual, organizational, social and cultural changes. Social workers are the skilled deliverers of community resources to those who need them most.” (...menganalisis situasi-situasi kompleks dan memfasilitasi perubahan-perubahan secara individual, organisasional, sosial, dan kultural. Pekerja sosial adalah para pengelola, pemberi sumber-sumber kemasyarakatan

yang terlatih terhadap mereka yang sangat membutuhkan). Berikut ini yang menjadi tugas para pekerja sosial yaitu :

- Mendefinisikan keanggotaan atau siapa yang akan dilibatkan dalam pelaksanaan kegiatan.
- Mendefinisikan tujuan keterlibatan.
- Mendorong komunikasi dan relasi, serta menghargai pengalaman dan perbedaan-perbedaan.
- Memfasilitasi keterikatan dan kualitas sinergi sebuah sistem: menemukan kesamaan dan perbedaan.
- Memfasilitasi pendidikan: membangun pengetahuan dan keterampilan.
- Memberikan model atau contoh dan memfasilitasi pemecahan masalah bersama: mendorong kegiatan kolektif.
- Mengidentifikasi masalah-masalah yang akan dipecahkan.
- Memfasilitasi penetapan tujuan.
- Merancang solusi-solusi alternatif.
- Mendorong pelaksanaan tugas.
- Memelihara relasi sistem.
- Memecahkan konflik. (Suharto, 2009:98-99)

5. Langkah – langkah Pemberdayaan Masyarakat

Dalam perumusan dan pelaksanaan kegiatan yang beraskan pemberdayaan masyarakat pastilah akan menemukan berbagai permasalahan. Mengingat masyarakat merupakan entitas yang memiliki latar belakang kultur, kompleksitas pola dan kebutuhan yang berbeda-beda. Maka dari itu, dalam memprakarsai suatu kegiatan pemberdayaan masyarakat harus memperhatikan beberapa unsur-unsur pemberdayaan yang berfungsi sebagai suatu parameter antara pemangku kepentingan dan masyarakat yang akan diberdayakan, antara lain (Suhendra, 2007:87) : (a) adanya kemauan politik yang mendukung, (b) menciptakan suasana kondusif untuk mengembangkan potensi secara menyeluruh (*enabling*), (c) motivasi, (d) penguatan potensi masyarakat (*empowering*), (e) Peluang yang tersedia, (f) Kerelaan mengalihkan wewenang dari pemerintah ke masyarakat, (g) memberikan perlindungan, dan (h) kesadaran .



Gambar 1. Unsur – unsur Pemberdayaan Masyarakat (Sumber: Suhendra, 2006:87)

Parsons *et.al.* (dalam Suharto, 2009:66) menyatakan bahwa pada umumnya proses pemberdayaan dilakukan secara kolektif. Menurut Parsons, tidak ada literatur yang menyatakan bahwa proses pemberdayaan terjadi pada relasi individu, walaupun hal ini dapat meningkatkan kepercayaan diri dan kemampuan ‘klien’, namun tidak termasuk dalam strategi utama pemberdayaan. Dalam konteks pekerjaan sosial, pemberdayaan dapat dilakukan melalui asas atau mantra pemberdayaan (*empowering setting*), yaitu (Suharto, 2009:66-67) :

- 1) Asas Mikro
Pemberdayaan dilakukan terhadap klien secara individu melalui bimbingan konseling, *stress management*, *crisis intervention*. Tujuan utamanya adalah membimbing atau melatih klien dalam menjalankan tugas-tugas kehidupannya. Model ini sering disebut sebagai Pendekatan yang Berpusat pada Tugas (*task centered approach*).
- 2) Asas Mezzo
Pemberdayaan dilakukan terhadap sekelompok klien dengan menggunakan kelompok lain sebagai media intervensi melalui pendidikan dan pelatihan serta dinamika kelompok
- 3) Asas Makro
Pendekatan disebut juga sebagai strategi sistem besar (*large system strategy*) karena sasaran perubahan diarahkan pada sistem lingkungan yang lebih luas. Perumusan kebijakan, perencanaan sosial, kampanye,

aksi sosial, *lobbying*, pengorganisasian masyarakat, manajemen konflik adalah beberapa strategi. Strategi ini memandang klien sebagai orang yang memiliki kompetensi untuk memahami situasi-situasi mereka sendiri, dan untuk memilih dan menentukan strategi yang tepat untuk bertindak.

Pemberdayaan masyarakat dapat dikatakan sebagai suatu kegiatan dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat. Oleh karena itu batas dan sasaran dan pelaku pemberdayaan masyarakat sangat tipis, bisa jadi bahwa sasaran juga merupakan pelaku pemberdayaan masyarakat (Mubarak, 2012:378). Yang menjadi sasaran pemberdayaan masyarakat dibagi menjadi 3, yaitu :

- 1) Pemberdayaan perorangan/individu, yang dilakukan untuk mendorong individu agar mempunyai kemampuan memilih, menentukan dan mengupayakan dirinya dalam meningkatkan kondisi kesehatan, mencegah serta mengatasi masalah kesehatannya.
- 2) Pemberdayaan keluarga merupakan fasilitasi non-instruksi untuk mendorong keluarga agar mempunyai kemampuan meningkatkan kesehatan keluarga, mencegah, serta mengatasi masalah kesehatan keluarga dan anggota keluarga, dengan memanfaatkan potensi yang ada pada keluarga tersebut, tanpa atau dengan bantuan orang lain yang akhirnya dapat menciptakan kemandirian pada keluarga.
- 3) Pemberdayaan masyarakat merupakan proses fasilitasi non-instruksi untuk mendorong peran aktif seluruh masyarakat dalam meningkatkan kondisi kesehatan, mencegah, dan mengatasi masalah kesehatan dengan memanfaatkan potensi setempat, tanpa bergantung pada bantuan dari luar, sehingga dapat menghasilkan kemandirian.

Mubarak (2012:383) menyatakan bahwa pendampingan dan fasilitasi masyarakat merupakan langkah utama dalam pelaksanaan pemberdayaan masyarakat yang berfungsi sebagai pembelajaran melalui siklus pemecahan masalah secara sistematis, terorganisir serta mengarahkan pada kemandirian sosial (Pengorganisasian masyarakat). Selain itu, Mubarak juga menjelaskan tahap – tahap siklus pemecahan meliputi hal – hal berikut.

- 1) Mengidentifikasi masalah, penyebab masalah, dan sumber daya yang dapat dimanfaatkan untuk mengatasi masalah.

- 2) Mendiagnosis masalah dan merumuskan alternatif pemecahan masalah dengan memanfaatkan potensi yang dimiliki.
- 3) Menetapkan alternatif pemecahan masalah yang layak, merencanakan, dan melaksanakannya.
- 4) Memantau, evaluasi, dan membina kelestarian upaya – upaya yang telah dilakukan.

Mubarak (2012:379-381) juga menjelaskan proses pelaksanaan pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan, hendaknya mengacu pada prinsip-prinsip berikut :

- 1) Menumbuh-kembangkan potensi masyarakat. Di dalam upaya pemeliharaan dan peningkatan derajat kesehatan masyarakat sebaiknya secara bertahap sedapat mungkin menggunakan sumber daya yang dimiliki oleh masyarakat. Jika diperlukan bantuan dari luar, maka bentuknya hanya berupa perangsang atau pelengkap sehingga tidak semata-mata bertumpu pada bantuan tersebut.
- 2) Menumbuhkan dan atau mengembangkan peran serta masyarakat dalam pembangunan kesehatan. Peran serta masyarakat di dalam pembangunan kesehatan dapat diukur dengan makin banyaknya jumlah anggota masyarakat yang mau memanfaatkan pelayanan kesehatan seperti memanfaatkan puskesmas, pustu, polindes, mau hadir ketika ada kegiatan penyuluhan kesehatan, mau menjadi kader kesehatan, mau menjadi peserta Tabulin, JPKM, dan lain sebagainya.
- 3) Mengembangkan semangat kegiatan kegotong-royongan dalam pembangunan kesehatan. Semangat gotong-royong yang merupakan warisan budaya masyarakat Indonesia hendaknya dapat juga ditunjukkan dalam upaya pemeliharaan dan peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Adanya semangat gotong-royong ini dapat diukur dengan melihat apakah masyarakat bersedia bekerjasama dalam peningkatan sanitasi lingkungan, penggalangan gerakan 3M (menguras-menutup-menimbun) dalam upaya pemberantasan penyakit demam berdarah dan lain sebagainya.
- 4) Bekerja bersama dengan masyarakat. Setiap pembangunan kesehatan hendaknya pemerintah/petugas kesehatan menggunakan prinsip bekerja untuk dan bersama masyarakat. Maka akan meningkatkan motivasi dan kemampuan masyarakat karena adanya bimbingan, dorongan serta alih pengetahuan dan ketrampilan dari tenaga kesehatan kepada masyarakat.
- 5) Penyerahan pengambilan keputusan kepada masyarakat. Semua bentuk upaya pemberdayaan masyarakat termasuk di bidang kesehatan apabila ingin berhasil dan berkesinambungan hendaknya bertumpu pada budaya dan adat setempat. Untuk itu pengambilan keputusan khususnya yang menyangkut tata cara pelaksanaan kegiatan guna pemecahan masalah kesehatan yang ada di masyarakat hendaknya diserahkan kepada masyarakat, petugas/tenaga kesehatan hanya bertindak sebagai fasilitator

dan dinamisator. Dengan demikian masyarakat merasa memiliki tanggungjawab untuk melaksanakannya, karena pada hakikatnya mereka adalah subjek dan bukan objeknya pembangunan.

- 6) Menggalang kemitraan dengan LSM dan organisasi kemasyarakatan yang ada di masyarakat. Prinsip lain dari pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan adalah pemerintah/tenaga kesehatan hendaknya memanfaatkan dan bekerjasama dengan LSM serta organisasi yang ada di tempat tersebut. Dengan demikian upaya pemeliharaan dan peningkatan derajat kesehatan masyarakat lebih berhasil guna (efektif) dan berdaya guna (efisien).
- 7) Promosi, pendidikan dan pelatihan dengan sebanyak mungkin menggunakan dan memanfaatkan potensi setempat.
- 8) Upaya dilakukan secara berkemitraan dengan berbagai pihak.
- 9) Desentralisasi (sesuai dengan keadaan dan budaya setempat).

Program yang berasaskan pemberdayaan masyarakat pasti akan menemui berbagai masalah. Masyarakat merupakan entitas yang dinamis dan senantiasa berkembang seiring zaman. Semakin maju suatu masyarakat, maka kompleksitas permasalahan yang ada juga semakin beragam dan akan berpotensi menghambat proses pemberdayaan masyarakat tersebut. Menurut Prasodjo (2004:11) ada beberapa permasalahan yang terkait dengan proses pelaksanaan pemberdayaan masyarakat, antara lain :

- 1) Diskontinuitas dan diskoordinasi, yaitu keseluruhan program pemberdayaan masyarakat dilaksanakan tidak dikoordinasikan dengan baik dan dilaksanakan secara sporadis. Dalam hal ini kebijakan yang dibuat oleh pemerintah seringkali berseberangan dengan pendampingan yang dilakukan dengan LSM.
- 2) Disinformasi program, yaitu pemberdayaan masyarakat yang dijalankan dengan para konsultan terkadang tidak dipahami oleh masyarakat. Hal ini disebabkan karena bahasa yang dipergunakan oleh para konsultan pembantu tersebut tidak dapat dipahami oleh masyarakat.
- 3) Disorientasi, yaitu pemberdayaan masyarakat dengan pendekatan proses biasanya memakan waktu yang cukup lama. Hal ini disebabkan karena banyaknya masalah baru yang muncul dan hasil yang belum nyata menjadikan baik pemerintah maupun LSM sebagai fasilitator mengubah ke arah kebijakan yang lebih nyata. Langkah ini bukan merupakan jawaban, langkah terbaik yang mungkin dilakukan adalah menyelaraskan kedua pendekatan tersebut.
- 4) Generalisasi, yaitu perbedaan sosial, politik, dan budaya yang ada di Indonesia merupakan kekayaan yang tidak ternilai dengan kondisi yang

penuh kemajemukan tersebut hendaknya pemerintah melakukan pendekatan pembangunan dan pemberdayaan yang bersifat dinamis dengan memperhatikan nilai-nilai masyarakat.

- 5) Rentang birokrasi dan tingginya biaya operasional, yaitu berbagai peraturan hukum dan Undang-undang Pembangunan dan pemberdayaan masyarakat yang kaku, yang hanya didasarkan pada Surat Keputusan, Petunjuk Pelaksanaan, Petunjuk Teknis dan sistem penganggaran dapat menjadi penghambat dalam proses pemberdayaan masyarakat. Hal ini akan mempersulit petugas di lapangan yang sewaktu-waktu menghadapi permasalahan dalam prakteknya dan tidak sesuai dengan beberapa peraturan hukum masyarakat. Akibatnya tujuan dari pemberdayaan masyarakat akan sulit untuk dicapai karena petugas lebih perpegang pada peraturan daripada realita yang terjadi di lapangan.
- 6) Indikator yang tidak tepat, karena selama ini pemberdayaan hanya diukur dalam bentuk fisik, komoditas berorientasi pada input dan kualitatif dalam bentuk non-fisik dengan ukuran keberhasilan dari dampak dan proses. Indikator yang hanya berdasarkan nilai-nilai materialnya dengan mengesampingkan nilai non materi hanya akan memperkuat pendekatan hasil (program) dalam usaha pemberdayaan masyarakat. Kesadaran akan aspek lain yang juga penting seperti nilai, hukum atau partisipasi politik masyarakat menjadi terabaikan. Sehingga dapat disimpulkan bahwa kebutuhan akan indikator yang mencakup semua hal yang sangat penting.

6. Indikator Pemberdayaan Masyarakat

Program yang berasaskan pemberdayaan masyarakat haruslah memiliki indikator-indikator tertentu yang menentukan stabilitas ataupun keberhasilan dalam pelaksanaan program tersebut. Indikator yang dapat menjadi penentu keberhasilan pemberdayaan dapat dilihat dari indikator *input*, proses dan *output*.

“Menurut Kartasmita (1997) dan Setiani (2009), indikator hasil pemberdayaan masyarakat terdiri dari input, proses, output dan outcome. Indikator input meliputi sumber daya manusia, dana, bahan-bahan dan alat-alat yang mendukung kegiatan pemberdayaan masyarakat. Indikator proses meliputi jumlah penyuluhan yang dilaksanakan, frekuensi pelatihan yang dilaksanakan, jumlah tokoh yang terlibat dan pertemuan pertemuan yang dilaksanakan. Indikator output meliputi akses masyarakat terhadap sumber daya dan sarana pemberdayaan, partisipasi masyarakat, kontrol dan kesetaraan, sedangkan outcome-nya meliputi penurunan masalah kesehatan.” (Anonymous, 2013)

C. Sanitasi dan Derajat Kesehatan

Sanitasi sering didefinisikan dengan masalah kakus dan pengelolaan limbah kotoran manusia. Sesuai dengan pernyataan Conant & Fadem (2009:580) mengartikan sanitasi sebagai suatu proses membangun dan memelihara kakus dan mengelola kotoran manusia secara aman dan sehat termasuk cuci tangan. Sedangkan menurut Microsoft Encarta (2007), sanitasi didefinisikan sebagai *“measures to protect public health through proper solid waste disposal, sewage disposal, and cleanliness during food processing and preparation.”* (ukuran-ukuran untuk melindungi kesehatan masyarakat melalui sistem sisa pembuangan padat, cair yang layak dan kebersihan saat persiapan serta pemrosesan makanan).

Menurut Buku Putih Sanitasi Kabupaten Nganjuk tahun 2012, pengertian dasar mengenai pengelolaan sanitasi di Kabupaten Nganjuk adalah ;

- a. Air limbah (*sewage*) merupakan air dan cairan yang merupakan sisa dari kegiatan manusia di rumah tangga/limbah domestic dan commercial buildy (kegiatan yang dilakukan untuk mendapatkan keuntungan) atau industri. Pengelolaan air limbah berdasarkan sumbernya :
 - a) *Black water* adalah air limbah rumah tangga yang bersumber dari toilet atau kakus;
 - b) *Grey water* adalah air limbah rumah tangga non-kakus yang berupa buangan yang berasal dari kamar mandi, sisa dapur (sisa makanan) dan tempat cuci.Sistem pengolahan air limbah domestic Kabupaten Nganjuk dengan sistem :
 - a) Sistem sanitasi setempat (*On site sanitation*), adalah proses pengolahan air limbah secara bersamaan di tempat biasanya menggunakan cubluk atau septic tank;
 - b) Sistem sanitasi tidak setempat/tidak terpusat (*off site sanitation*) adalah proses pengolahan dan penyaluran air melalui jaringan perpipaan menuju IPAL (Instalasi Pengolahan Air Limbah) untuk diolah secara terpusat.
- b. Pengolahan persampahan adalah pengolahan sisa kegiatan sehari-hari manusia dan/atau proses alam yang berbentuk padat yang meliputi kegiatan yang sistematis, menyeluruh, dan berkesinambungan yang berupa pengurangan dan penanganan sampah (pemilahan,

pengumpulan, pengangkutan, pengolahan, dan pemrosesan akhir) yang ditampung melalui TPS atau transfer depo ke Tempat Pengolahan Akhir (TPA).

- c. Pengolahan drainase adalah optimalisasi prasarana drainase yang berfungsi untuk mengalirkan air permukaan ke badan air yaitu sumber air permukaan tanah yang berupa sunai dan di bawah permukaan tanah berupa air tanah di dalam tanah atau bangunan.
- d. Penyediaan air bersih adalah upaya pemerintah Kabupaten Nganjuk untuk menyediakan air bersih bagi masyarakat baik melalui jaringan PDAM maupun non-PDAM yang bersumber dari air permukaan maupun sumur dalam.

Pengelolaan sanitasi yang baik tentunya akan ikut serta meningkatkan derajat kesehatan masyarakatnya. Menurut Blum (dalam Soejoeti, 2008:2), derajat kesehatan masyarakat yang disebut sebagai *psycho socio somatic health well being*, merupakan hasil interaksi dari 4 faktor yaitu:

1. *Environment* atau lingkungan.
2. *Behaviour* atau perilaku. Antara yang pertama dan kedua dihubungkan dengan ecological balance.
3. *Heredity* atau keturunan yang dipengaruhi oleh populasi, distribusi penduduk, dan sebagainya.
4. *Health care service* berupa program kesehatan yang bersifat preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif.

Dari gambar dibawah ini dapat dilihat proporsi pengaruh setiap faktor diatas terhadap kondisi kesehatan seseorang. Faktor lingkungan dan gaya hidup merupakan faktor dominan yang dapat mempengaruhi derajat kesehatan. Hal tersebut selain disebabkan oleh alam (*natural*) itu sendiri, adanya campur tangan manusia (*manmade*), yaitu bagaimana perilaku manusia (*attitude behaviour*) dalam memperlakukan lingkungan dapat mengubah keseimbangan ekologi yang menghubungkan keduanya.



Gambar 2. Konsep Derajat Kesehatan oleh H. L. Blum (Sumber : Blum dalam Monaghan, 2014:3)

D. Pendekatan *Community-Led Total Sanitation* (CLTS)

1. Definisi *Community-Led Total Sanitation*

Dalam upaya untuk meningkatkan pola PHBS di masyarakat, berbagai pendekatan perubahan perilaku dicetuskan oleh para ahli. Buchanan (dalam Tengland, 2012:3-4) menggolongkannya menjadi 4 macam strategi yang digunakan pada setiap pendekatan perubahan perilaku untuk mempengaruhi masyarakat yaitu :

“behaviorist conditioning, e.g. through ‘rewards’ and ‘punishment’; communicative persuasion, e.g. through subliminal information or ‘scare’ campaigns; group pressure, e.g. through ‘meeting strategies’ where people are influenced to abstain from certain kinds of behavior; and direct instrumental power, e.g. through prohibitions or authority”(misalnya pengkondisian pelaku perubahan ‘penghargaan’ dan ‘hukuman’; komunikasi persuasif, misalnya melalui informasi keagamaan atau kampanye ‘ketakutan’; penekanan kelompok, misalnya melalui ‘strategi pertemuan’ dimana orang dipengaruhi untuk meninggalkan perilaku

tertentu; dan kekuasaan instrumen langsung, misalnya melalui pelarangan atau wewenang)

Berbagai metode pendekatan guna mencapai perubahan perilaku pada masyarakat telah diadaptasi oleh pemerintah. Beberapa pendekatan pemerintah melalui program sanitasi sebelumnya, dari pemberian subsidi berupa uang tunai sampai dengan pemberian material penunjang, seringkali tidak efektif dan efisien. Sampai pada tahun 2008, pemerintah mencoba mengadopsi pendekatan *Community-Led Total Sanitation* yang diperkenalkan oleh Kamal Kar dari India. CLTS adalah sebuah pendekatan dimana orang-orang dalam masyarakat pedesaan difasilitasi untuk melakukan penaksiran dan analisis mereka sendiri untuk mengambil keputusan ke arah perilaku *Open Defecation-Free* (ODF) dan melalui usaha mereka sendiri. Sebuah tim kecil yang bertindak sebagai fasilitator dikerahkan untuk melakukan kegiatan pemucuan. Fasilitator dapat berasal dari pemerintah, NGO atau staf proyek atau *Natural Leaders* dari masyarakat. Metode yang digunakan adalah PLA (*Participatory Learning and Action*) yang memiliki prinsip *'they can do it'* menjadi dasar utama (Chambers, 2009:11).

Pendekatan ini mengusung perubahan perilaku, partisipasi masyarakat dan kemandirian lokal sebagai komponen utama dalam pelaksanaannya. Pemberian subsidi langsung pada program-program sanitasi sebelumnya telah menimbulkan ketergantungan di dalam masyarakat, sehingga tidak menimbulkan kesadaran diri sendiri terhadap perbaikan sarana prasarana sanitasi dan hygiene. Dalam CLTS, pemberian subsidi pada masyarakat merupakan hal yang dihindari.

Tabel 2. Perbedaan CLTS dengan Pendekatan Sebelumnya (Sumber : WSP, 2013)

Aspek	Proyek Sanitasi Konvensional Sebelumnya	CLTS
Target	Mentargetkan pada Rumah tangga individu	Mentargetkan pada seluruh masyarakat
Fokus	Pada kreasi infrastruktur, tidak fleksibel, paket intervensi yang telah ditetapkan terlebih dahulu dan output yang telah diharapkan	Pada proses dan perubahan perilaku. Fleksibel pada <i>output</i> , merangkul inovasi teknologi lokal dan pengambilan keputusan secara kolektif
Saran untuk ide dan solusi	Terutama dari ahli-ahli eksternal yang menawarkan paket proyek.	Masyarakat membangkitkan ide-ide lokal dan solusi serta memilih sebab akibat.
Harapan dan ketergantungan pada input eksternal	Tinggi. Masyarakat mengharapkan insentif materiil, yang akan membunuh inisiatif pada aksi lokal	Rendah. Analisis partisipasi oleh penduduk, mengarah pada aksi menolong diri sendiri secara spontan
Agen lokal dan pemimpin	Ditetapkan dan dibuat oleh proyek	Pemimpin alamiah muncul dari aksi local secara kolektif
Keberlanjutan dan institusi lokal	Jangka pendek, terikat pada implementasi program	Jangka panjang, dikelola oleh masyarakat
Partisipasi	Partisipasi pasif. Mendapatkan insentif materiil dan saran (IEC) dari luar	Kepemimpinan masyarakat secara aktif, tidak tergantung pada insentif luar
Motivator	Staf proyek dan subsidi proyek	Solidaritas sosial, kekuatan kolektif lokal, meningkatkan kesadaran publik, pengambilan keputusan secara kolektif
Replikasi	Replikasi aritmatika inisiasi dari proyek	Spontan atau replikasi geometris yang diajukan oleh masyarakat melalui anggota masyarakat, pasar, keluarga, besan dan relasi informan lainnya
Faktor kunci dalam motivasi	Subsidi /pendampingan	Kehormatan diri

Terkadang alasan kesehatan bukan menjadi salah satu alasan masyarakat untuk menginginkan adanya perbaikan sarana sanitasi. Banyak faktor yang mempengaruhi masyarakat untuk tetap mempertahankan perilaku sehari-hari yang kemudian menjadikan suatu kebiasaan yang dapat merugikan tidak hanya kesehatan diri, namun juga lingkungan sekitarnya. Terkadang hal sederhana dapat memicu seseorang untuk memfasilitasi dirinya dengan sarana sanitasi atau jamban yang layak (Conant dan Fadem, 2009:105) :

- a) Privasi. Toilet bisa saja sekedar sebuah lubang yang dalam di tanah. Tetapi, dengan adanya kebutuhan mendapatkan privasi toilet terlindung dan ada pintu. Pelindung terbaik biasanya sederhana dan dibangun dari bahan – bahan setempat
- b) Keamanan : agar toilet aman, ia harus dibangun dengan baik dan di lokasi yang aman. Jika dibangun secara buruk, toilet akan berbahaya jika digunakan. Dan jika jauh dari rumah mereka, atau berada di lokasi terisolasi, kaum perempuan bisa terancam kekerasan seksual ketika menggunakannya.
- c) Kenyamanan : orang mungkin lebih suka menggunakan toilet dengan tempat duduk atau jongko yang nyaman, dan atap yang cukup tinggi untuk dapat berdiri di dalamnya. Mereka mungkin juga lebih suka menggunakan toilet yang dekat dengan rumah mereka dan terlindung dari angin, hujan, atau salju.
- d) Kebersihan : jika toilet kotor dan bau, tak seorang pun akan menggunakannya. Membersihkan toilet dipandang sebagai pekerjaan kalangan berstatus rendah di komunitas, tetapi jika tugas dibagi secara bergantian, hal ini membantu memastikan bahwa toilet yang akan digunakan terpelihara dengan baik.
- e) Kehormatan : toilet yang dirawat dengan baik akan mendatangkan status dan rasa hormat pada pemiliknya. Ini bisa menjadi alasan utama mengapa orang-orang mengeluarkan dana dan tenaga untuk membangun toilet.

2. Tujuan CLTS

Sebagai pendekatan yang mengutamakan prinsip untuk memberdayakan masyarakat, Kamal Kar menyampaikan tujuan dari pendekatan CLTS adalah :

“Untuk memicu kesadaran diri di antara anggota komunitas bahwa mereka sendiri harus mengubah perilakunya masing-masing, dengan demikian

fasilitator tidak pernah boleh memberi kuliah atau nasehat mengenai kebiasaan-kebiasaan sanitasi, dan seharusnya jangan memberikan solusi eksternal pada tahap permulaan terkait dengan model-model jamban. Tujuan fasilitator adalah murni untuk membantu anggota komunitas melihat sendiri bahwa buang air besar di tempat terbuka mempunyai akibat yang menjijikkan serta menciptakan lingkungan yang kurang menyenangkan. Kemudian terserah kepada anggota-anggota komunitas untuk menentukan bagaimana caranya menangani masalah ini serta mengambil langkah-langkah tindakan.” (Kar, 2004:3)

3. Langkah–langkah dalam Pendekatan *Community-Led Total Sanitation*

Secara teknis, pelaksanaan pemecuan dengan pendekatan CLTS melalui beberapa tahap sebagai berikut :

1) Perkenalan dan menjalin kebersamaan,

Bertujuan untuk menjelaskan maksud dan tujuan serta menjalin kebersamaan. Secara bersamaan juga melakukan proses monitoring untuk mengetahui peta wilayah BAB masyarakat sekitar. Proses yang dilaksanakan :

- Mengatur jadwal dan lokasi serta mengumpulkan penduduk untuk melakukan proses pemetaan lokasi BAB
- Mengajak masyarakat untuk membuat peta batas desa/dusun atau perkampungan, sungai dan lainnya.
- Gunakan benda-benda yang dapat berfungsi sebagai tanda tempat tinggal penduduk setempat, misalnya dedaunan, batu, kertas, kembangkan kreatifitas peserta. Kemudian, peserta diminta untuk berdiri di letak benda tersebut.
- Peserta diminta untuk menyebutkan tempat BAB yang biasanya digunakan oleh penduduk sekitar, termasuk jika dalam kondisi darurat seperti pada malam hari, atau sakit perut dan menandainya dengan bubuk kuning. Berikan tanda penghubung antara KK ke tempat BAB-nya.

2) Fasilitas Analisa Sanitasi

Metode yang digunakan dalam fase ini adalah Jalan Kaki Transect (*Transect Walk*). Tujuannya adalah untuk mengetahui secara langsung lokasi yang biasa digunakan masyarakat untuk BAB. Dengan mengajak diskusi di lokasi tersebut diharapkan peserta terpicu rasa malu dan jijik. Proses :

- Mengajak masyarakat untuk mengunjungi lokasi BAB dari hasil pemetaan sebelumnya.
- Melakukan analisis partisipatif di tempat tersebut, seperti menanyakan tentang lokasi tempat BAB
- Melakukan ilustrasi perhitungan jumlah kotoran manusia, dampaknya terhadap lingkungan, dan alur kontaminasi (*oral fecal*). Dengan cara mengajukan pertanyaan seperti : siapa saja yang biasa menggunakan tempat tersebut untuk BAB, dan secara tidak langsung menarik perhatian peserta kepada alat di atas kotoran atau kondisi sekitar yang dapat menimbulkan rasa jijik, luangkan waktu selama mungkin di lokasi tersebut.

3) Saat Pemicuan

Inti dari pendekatan CLTS berada pada proses pemicuan atau *triggering*. Titik kunci dalam proses pemicuan adalah dimana dicapai suatu pemahaman bersama bahwa perilaku BABS akan memberikan berbagai dampak kesehatan dan lingkungan dan harus dengan segera dihentikan. Proses :

- Dengarkan dengan seksama perdebatan dan berbagai saran dari masyarakat mengenai bagaimana menghentikan BABS.

- Mendorong masyarakat untuk menemukan solusi mereka sendiri terhadap permasalahan kebiasaan BABS atau isu lainnya.
- Jika sudah pada tahap bahwa masyarakat sepakat untuk membangun kakus, namun terhambat alasan mahal biaya pembangunan, mulai gambarkan atau beri petunjuk mengenai model kakus sederhana. Jangan mempromosikan desain kakus tertentu, ide pokok dalam CLTS adalah untuk merangsang kegiatan setempat untuk mencari alternatif rancangan mereka sendiri.

4) Perencanaan kegiatan

Apabila kegiatan positif menuju CLTS dimulai, maka saatnya fasilitator untuk membantu dan memfasilitasi dengan hati-hati. Proses perencanaan seharusnya berkonsentrasi pada rencana cepat kegiatan positif. Dalam tahap ini, perlu diperhatikan munculnya pemimpin alami atau Natural Leader sebagai penggerak masyarakat dan beri semangat dan pujian karena kesukarelaannya.

Kegiatan dapat mengikutsertakan :

- Membuat Kelompok Kegiatan Sanitasi
- Membuat peta atau peta keluarga dan status sanitasi mereka saat ini (*mapping*)
- Membuat rencana individu tiap keluarga untuk menghentikan BABS
- Membuat kakus sederhana.
- Memperoleh janji bagi keluarga mampu agar membangun kakus mereka sendiri secepatnya.
- Mencari penyedia bahan bangunan kakus, atau dapat memanfaatkan bahan-bahan yang ada disekitar, seperti, bambu, kayu, dan lainnya.

- Libatkan anak-anak dan wanita dalam forum diskusi. Anak-anak justru akan menjadi penggerak utama dalam menghentikan kebiasaan BABS. Lakukan kegiatan menyenangkan seperti membuat slogan atau lagu untuk menentang kebiasaan BABS.

5) Kegiatan lingkungan dan tindak lanjut

Setelah pemicuan CLTS berjalan dengan baik, dan menimbulkan aksi lokal secara kolektif untuk menghentikan dan menentang kebiasaan BABS, maka kegiatan pemicuan dapat dialihkan pada topik lain seperti penyelamatan lingkungan. Serahkan pada Natural Leader dan pemimpin lokal untuk memastikan, dan mempertahankan CLTS dalam jangka waktu yang lama. Fasilitator dapat mendorong masyarakat untuk membuat papan atau tanda sebagai tanda bahwa wilayah mereka telah dinyatakan ODF, hal ini berfungsi untuk meningkatkan harga diri masyarakat setempat dan ketertarikan wilayah lain untuk melakukan hal yang sama.

- Fasilitator harus memahami kunci atau etika dalam proses pelaksanaan CLTS. Posisi fasilitator tidak diperbolehkan untuk terlalu mengintervensi mengenai apa yang harus dilakukan oleh masyarakat, terutama pada saat pemicuan.

Tabel 3. *Key of Attitude and Behaviour* (Kar dan Chamber, 2008:10)

NO	DO	DON'T
1.	Fasilitasi penilaian mereka terhadap profil sanitasi lokalnya	Mendidik, mengajari, mengatakan apa yang harus dilakukan
2.	Biarkan orang-orang sadar melalui analisis mereka sendiri	Mengatakan apa yang baik dan buruk
3.	Fasilitasi untuk pergerakan pemicuan mereka sendiri	Menekan atau meminta suatu aksi
4.	Mundur, serahkan pada pemimpin lokal	Menjadi yang bertugas / bertanggungjawab
5.	Santai dan memperbolehkan percakapan antar masyarakat mendekati saat pemicuan	Menyela ketika masyarakat saling mempermalukan karena kebiasaan BABS atau perilaku kebersihan lainnya

6.	Menghargai orang yang memimpin dan mengikutsertakan diri	Mengabaikan munculnya pemimpin alamiah
7.	Selalu mendorong wanita dan masyarakat miskin untuk berpartisipasi	Mengabaikan wanita, anak-anak dan lainnya yang sering terabaikan
8.	Menghargai anggota masyarakat yang menawarkan bantuan pada anggota yang lebih miskin	Mengabaikan masyarakat yang berusaha menawarkan bantuan
9.	Biarkan masyarakat mendesain kakus sederhana	Mempromosikan desain kakus tertentu
10.	Memicu aksi lokal, mendorong aksi menolong diri sendiri	Menawarkan subsidi material
11.	Tegas namun hati-hati	Terlalu rendah hati atau terlalu sopan. Jangan mencoba meyakinkan terlalu sopan
12.	Dengarkan secara penuh perhatian pada semua hal	Menyela

4. Keuntungan Pendekatan CLTS

Pendekatan CLTS mempunyai potensi membawa lima keuntungan daripada program sanitasi lainnya, antara lain (Chamber, 2009:14) :

- 1) Kecepatan. Kecepatan dalam pencapaian perilaku sanitasi total. Masyarakat yang mengklaim telah ODF akan sangat cepat, bahkan hingga hitungan minggu setelah kegiatan pemicuan. Ketika proses pemicuan berhasil, biasanya akan ada peningkatan kegiatan secara tiba-tiba.
- 2) Totalitas. Kondisi ODF menyediakan kepentingan untuk kebutuhan pribadi namun juga untuk umum. Dalam pendekatan CLTS, aspek sanitasi dan kebersihan secara total, dibahas menggunakan bahasa yang universal dalam masyarakat, sehingga mudah dipahami dan dilakukan. Tetapi, suatu kondisi ODF dalam masyarakat belum tentu atau berarti telah benar-benar 'total', banyak faktor-faktor potensial yang dapat mempengaruhi hasil dari penelitian.

- 3) Solidaritas sosial. Solidaritas masyarakat dan keinginan untuk mencapai suatu proses CLTS yang sukses dapat menjadi salah satu pintu gerbang untuk mengawali inisiatif lainnya, misalnya saja pembangunan tanggul pencegah banjir, dan tanah longsor.
- 4) Kepemimpinan lokal, kepercayaan diri dan mata pencaharian. Berhubungan dengan penguatan solidaritas sosial dapat menghasilkan munculnya dan berkembangnya kepercayaan diri para pemimpin lokal, dalam CLTS disebut *Natural Leaders* (NLs). Selain menyediakan kesempatan kepada orang-orang yang memiliki potensi sebagai pemimpin, di lain pihak juga dapat menimbulkan tekanan kepada pemimpin yang ada. Bekerja secara sukarela dan komitmen dari para NLs dapat berkontribusi kepada keberlanjutan dari CLTS dan aktivitas lainnya melebihi jangka waktu proyek eksternal lainnya. NLs juga dapat mencari nafkah sebagai fasilitator, seperti yang terjadi pada Mrs Momtaj Begum Mukti di Bangladesh.
- 5) Penerapan pada konteks lainnya. Pendekatan CLTS dapat diterapkan pada area perkotaan. Kegiatan pemicuan dapat dialihkan menjadi hal lain, seperti gaya hidup tidak membuang sampah sembarangan, atau tidak melakukan kegiatan vandalisme.

Selain potensi keuntungan-keuntungan diatas, pendekatan CLTS dapat membawa pada pencapaian MDGs. Pendekatan ini tidak hanya akan membawa perubahan secara fisik, namun juga adanya perubahan perilaku pada kegiatan sanitasi dan hygiene yang dapat berkontribusi pada tujuh *goal* MDGs, terutama yang berpengaruh pada wanita, dan anak-anak (Chamber, 2009:13).



Gambar 3. Hubungan antara CLTS dan Pencapaian MDGs (dalam Chamber, 2009:13)

Dalam bagan diatas terlihat bahwa dengan dilaksanakannya CLTS tidak hanya dapat memenuhi tujuan MDGs ke tujuh saja, namun memiliki efek beruntun dalam membantu tercapainya tujuan MDGs pertama sampai dengan yang keenam. CLTS memiliki dampak pada pencapaian tujuan MDGs pertama dalam aspek ekonomi, dengan jasmani yang sehat masyarakat dapat memenuhi

tuntutan ekonomi sehari-hari tanpa gangguan, serta keperluan dana kesehatan dapat dialihkan untuk kebutuhan lainnya, misalnya pendidikan yang akan berdampak pada tercapainya tujuan MDGs ke dua dan tiga.

E. Program

Program merupakan unsur pertama yang harus terpenuhi demi ada dan berjalannya suatu kegiatan. Suatu program adalah kumpulan proyek-proyek yang saling terkait satu sama lain dan dirancang dengan sedemikian rupa untuk mengharmonisasikan dan mengintegrasikan berbagai kegiatan untuk mencapai sasaran kebijakan secara menyeluruh. Dengan adanya program maka segala bentuk rencana akan lebih terorganisir dan memudahkan dalam hal operasionalisasinya. Di dalam suatu program harus memuat beberapa aspek utama yaitu :

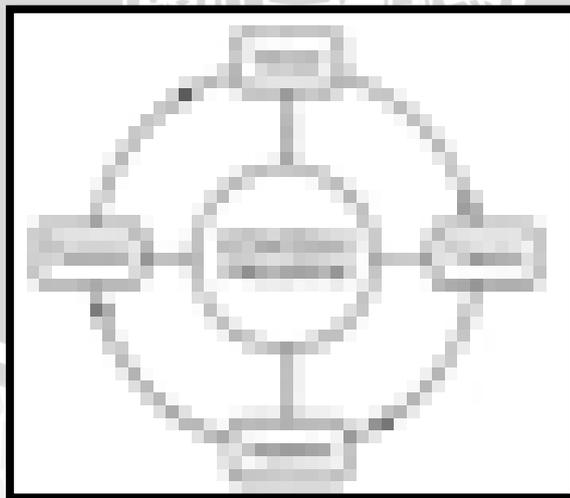
1. Tujuan kegiatan yang akan dicapai.
2. Jenis kegiatan yang diambil dalam mencapai tujuan.
3. Aturan yang harus dipegang dan prosedur yang harus dilalui.
4. Perkiraan anggaran yang dibutuhkan.
5. Strategi pelaksanaan. (Jones dalam Kapus, 2012)

Sementara itu, Charles O. Jones (1996) mengemukakan definisi program sebagai cara yang disahkan untuk mencapai suatu tujuan, adapun beberapa karakteristik untuk mengidentifikasi bahwa suatu kegiatan dapat disebut sebagai program atau tidak, yaitu :

1. Program cenderung membutuhkan staf, misalnya untuk melaksanakan atau sebagai pelaku program.
2. Program biasanya memiliki anggaran tersendiri, program kadang juga dapat diidentifikasi melalui anggaran.
3. Program memiliki identitas sendiri, yang bila berjalan efektif dapat diakui oleh publik. (dalam Kapus, 2012)

Suatu program harus memiliki parameter yang jelas, terutama untuk program yang bertujuan untuk mencapai kesejahteraan sosial. Karena program kesejahteraan sosial yang berdasarkan pemberdayaan masyarakat dinilai “sebagai suatu bidang atau sektor pembangunan yang melibatkan program dan pelayanan sosial yang ‘tidak terlihat’ (*intangible services*)” (Suharto, 2005:18). Secara konseptual, dalam menentukan parameter tersebut diringkas dalam akronim “FIT-V” yang merupakan kepanjangan dari *Factor*, *Impact*, *Trend*, dan *Value* :

- 1) *Factor* (faktor) : Apakah program tersebut *causally accountable*?. Artinya, apakah program tersebut merupakan faktor penentu yang mampu mengatasi masalah publik yang menyangkut orang banyak (*key factor to problem solving*)?
- 2) *Impact* (dampak) : Apakah program tersebut *socially and economically profitable*? Apakah program tersebut bermanfaat atau berdampak pada peningkatan kesejahteraan publik?
- 3) *Trend* (kecenderungan) : Apakah program tersebut *globally and nationally visible*? Apakah program tersebut sejalan kecenderungan global dan nasional?
- 4) *Value* (nilai) : Apakah program tersebut *culturally acceptable*? Apakah program tersebut sesuai nilai-nilai dan harapan kultural yang berkembang pada masyarakat? (Suharto, 2005:18-19)



Gambar 4. Parameter Program Strategis (dalam 2005:19)

Perencanaan program sosial yang berbasis pada konsep pemberdayaan biasanya melibatkan suatu proses pengumpulan data secara partisipatif yang bersama melibatkan masyarakat yaitu proses pemetaan sosial. Suharto (2009:81) mendefinisikan pemetaan sosial atau *mapping* sebagai “proses penggambaran masyarakat yang sistematis serta melibatkan pengumpulan data dan informasi mengenai masyarakat termasuk di dalamnya *profile* dan masalah sosial yang ada pada masyarakat tersebut”. Sebagai suatu pendekatan yang bertujuan untuk mendapatkan data sebanyak mungkin dari masyarakat, Suharto juga menyatakan bahwa tidak ada metoda tunggal yang dipastikan lebih unggul dalam pemetaan sosial, tujuan utama pekerja sosial saat pemetaan sosial adalah memasok data sebanyak mungkin dari suatu wilayah secara spesifik untuk membantu membuat keputusan terbaik dalam proses pertolongannya (Suharto, 2009:82).

Pemetaan sosial selain untuk mengidentifikasi masalah, juga bertujuan untuk memahami masyarakat. Permasalahan atau karakteristik masyarakat tentu akan berbeda-beda satu wilayah dengan yang lainnya, maka dari itu Netting, Kettner dan McMurty (dalam Suharto, 2009:85-89) mengembangkan suatu kerangka pemahaman masyarakat dan masalah sosial yang terdiri dari 4 fokus utama, antara lain :

- 1) Pengidentifikasian populasi sasaran (karakteristik anggota masyarakat)
- 2) Penentuan karakteristik masyarakat (batas masyarakat secara geografis dan potensi, masalah sosial, dan tradisi yang berlaku di masyarakat)
- 3) Pengakuan perbedaan (kesenjangan antara masyarakat kaya dan miskin)
- 4) Pengidentifikasian struktur (pendanaan, lembaga dan pemimpin lokal)

Pada tahap implementasi program, Suharto (2005:79) menyatakan bahwa intinya menunjuk pada proses perencanaan pada tingkat abstraksi yang lebih rendah. Penerapan kebijakan atau pemberian pelayanan merupakan tujuan, sedangkan alat pencapaiannya adalah dengan melaksanakan operasi atau kegiatan-kegiatan. Ada dua prosedur dalam melaksanakan program, yaitu : a) Merinci prosedur operasional untuk melaksanakan program dan; b) Merinci prosedur agar kegiatan-kegiatan sesuai dengan rencana.

Pengimplementasian pendekatan pemberdayaan masyarakat dalam suatu program harus melibatkan seluruh subjek. Menurut Jamasy (2004:54) :

“dalam pemberdayaan, bukan bagaimana sistem itu diproses agar baik dan adil, tetapi sistem yang baik justru dibuat melalui prosedur yang benar dan adil melalui pendekatan kontrak sosial, sehingga dengan demikian para pelaku pemberdayaan merasakan dampak (dapat berdaya atau lepas dari ketidakberdayaan) yang berkembang dari strategi keunggulaman pemberdayaan.”

F. Penelitian Terdahulu

1. Indra Gunawan (2006). Pengetahuan Masyarakat tentang Pengelolaan Sanitasi Berbasis Masyarakat. Universitas Diponegoro
 - 1) Informasi tentang sanitasi sebagai objek masih kurang, sehingga persepsi responden tentang sanitasi dilakukan melalui penafsiran (secara terpisah) melalui penilaian terhadap objek-objek nyata dalam kehidupan sehari-hari yang erat kaitannya dengan kehidupan responden, yaitu lokasi tempat tinggal dan tempat bekerja responden yang dekat dengan sungai (faktor eksternal). Sanitasi sebagai objek abstrak yang samar-samar dilengkapi sendiri oleh responden dan dipersepsikan menjadi objek nyata dan bermakna dalam bentuk

saluran, tempat pembuangan limbah, sampah, dan penjangkitan penyakit. Objek nyata tersebut lebih bisa ditafsirkan oleh masyarakat karena faktor kemanfaatannya sesuai dengan yang dibutuhkan oleh masyarakat di wilayah studi.

- 2) Minimnya fasilitas sanitasi yang ada berdampak pada perilaku masyarakat akan cenderung melakukan proses adaptasi terhadap lingkungan setelah sebelumnya melakukan proses *coping* terhadap kondisi lingkungan yang kurang baik.

2. Devi Yulianto Rhahmadi (2011). Peran Fasilitator dan Co-Fasilitator dalam Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) : Studi Kasus Keberhasilan Program STBM pada Masyarakat Desa Ligarmukti, Kecamatan Klapanunggal, Kabupaten Bogor, Jawa Barat . Universitas Indonesia

- 1) Hambatan-hambatan yang dihadapi oleh fasilitator dan co-fasilitator dalam pelaksanaan program STBM pada wilayah studi ini, dapat diklasifikasikan menjadi hambatan individu dan hambatan geografis, yaitu :

- a) Hambatan Individu : Adanya warga yang tidak menerima; Adanya warga yang masih mengharapkan bantuan; Pola pikir masyarakat yang lamban untuk berubah; Persepsi warga yang merasa nyaman dengan kebiasaan Buang Air Besar Sembarangan (BABS), dikarenakan alasan seperti kemudahan dalam akses air, dan lainnya.

b) Hambatan geografis : Wilayah yang susah dijangkau; Kondisi tanah yang berbatu; Jarak rumah yang masih berjauhan.

2) Upaya fasilitator dan co-fasilitator dalam mengatasi hambatan tersebut adalah dengan :

- Upaya pendekatan personal (untuk warga yang tidak mau berubah)
- Upaya menghadirkan *role model* (untuk warga yang masih mengharap bantuan)
- Kunjungan dan *monitoring* rutin (untuk masyarakat yang lamban berubah)
- Pemberian wawasan mengenai kesehatan lingkungan dan dampak BABS

3) Sebaiknya fasilitator menyediakan akses bagi masyarakat yang ingin memperbaiki sarana fasilitasnya yang masih sederhana menjadi lebih permanen, misal dengan arisan jamban

4) Dibutuhkan peran fasilitator sebagai representatif dalam menjalin kerjasama dengan pihak swasta atau LSM

5) Pemanfaatan program kesehatan yang memiliki tujuan yang hampir sama untuk memaksimalkan kegiatan monitoring STBM.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Metode penelitian adalah alat – alat untuk peneliti memandu peneliti tentang bagaimana penelitian dilakukan untuk membantu peneliti agar dapat memperoleh data yang dikehendaki sesuai dengan permasalahan yang akan diteliti. Dengan demikian metode penelitian dapat dikatakan sebagai cara yang dilakukan untuk melakukan kegiatan ilmiah berupa penyelidikan yang dilakukan secara berhati-hati melalui pengumpulan data yang sesuai untuk memecahkan suatu permasalahan (Nazir, 2005:51). Menurut (Sugiyono, 2011:1) metode penelitian kualitatif adalah :

“metode penelitian yang berlandaskan pada filsafat post positivis, digunakan untuk meneliti pada kondisi objek yang alamiah, dimana peneliti adalah sebagai instrument kunci, teknik pengumpulan data dilakukan secara triangulasi (gabungan), analisis data bersifat induktif/kualitatif, dan hasil penelitian kualitatif lebih menekankan makna daripada generalisasi”

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif-deskriptif. Penelitian dengan metode ini memiliki keunggulan pada proses pengumpulan data yaitu menggunakan cara berkomunikasi langsung dengan masyarakat dan pihak yang terkait. Sehingga dapat menemukan hal-hal yang tidak dapat diketemukan saat menggunakan metode kuantitatif.

B. Fokus Penelitian

Menurut Moleong (2005:97-98), fokus penelitian dalam sebuah penelitian kualitatif memiliki landasan sebagai berikut :

1. Suatu penelitian tidak dimulai dari suatu vakum atau kosong.
2. Fokus pada dasarnya adalah masalah pokok yang bersumber dari pengalaman peneliti atau melalui pengetahuan yang diperolehnya melalui kepustakaan ilmiah atau kepustakaan lainnya.
3. Tujuan penelitian adalah pada dasarnya memecahkan masalah yang dirumuskan. Implikasinya, masalah perlu dirumuskan dahulu, barulah tujuan penelitian ditetapkan.
4. Masalah yang bertumpu pada fokus yang ditetapkan bersifat tentative atau dapat diubah sesuai dengan situasi latar penelitian. Implikasinya, peneliti tidak perlu kecewa jika masalah dan fokusnya berubah.

Adapun yang menjadi fokus penelitian ini adalah :

1. Implementasi Pemberdayaan Masyarakat melalui program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat Pilar 1, studi implementasi program STBM Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk pada Kecamatan Nganjuk, penelitian ini memiliki fokus yang meliputi :
 - (a) Proses Persiapan pelaksanaan kegiatan pada Program STBM Pilar 1
 - (1) Proses persiapan Pemetaan Wilayah dan Identifikasi Masalah
 - (2) Proses persiapan Koordinasi dengan pejabat dan masyarakat lokal
 - (3) Proses Persiapan Data dan Sarana Prasarana Kegiatan Pemicuan
 - (4) Proses Persiapan Kegiatan Pemicuan
 - (5) Proses persiapan Monitoring dan Evaluasi
 - (b) Pelaksanaan kegiatan pada Program STBM Pilar 1
 - (1) Pelaksanaan Pemetaan Wilayah dan Identifikasi Masalah
 - (2) Pelaksanaan Koordinasi dengan pejabat dan masyarakat lokal
 - (3) Pengumpulan Data dan Sarana Prasarana Kegiatan Pemicuan
 - (4) Pelaksanaan Kegiatan Pemicuan
 - (5) Pelaksanaan Monitoring dan Evaluasi
 - (c) Pasca kegiatan pemicuan di komunitas yang terpilih.

- (1) Pasca Pemetaan Wilayah (Mapping) dan Identifikasi Masalah
- (2) Pasca Koordinasi dengan pejabat dan masyarakat lokal
- (3) Kegiatan pasca Pengumpulan Data dan Sarana Prasarana Kegiatan Pemicuan
- (4) Kondisi pasca Kegiatan Pemicuan
- (5) Kegiatan pasca Monitoring dan Evaluasi
- (d) Pencapaian Pelaksanaan Program STBM Pilar 1 di Kecamatan Nganjuk
 - (1) Deklarasi Kecamatan Nganjuk sebagai Kecamatan ODF/SBS
 - (2) Akses terhadap sarana sanitasi jamban dan kasus penyakit diare.
2. Faktor pendukung dan penghambat yang mempengaruhi selama proses pelaksanaan program STBM Pilar 1:
 - (a) Faktor Pendukung
 - (1) Koordinasi dan kualitas Fasilitator Kabupaten
 - (2) Regulasi
 - (b) Faktor Penghambat
 - (1) Respon Pemerintah Daerah
 - (2) Kuantitas Sumber Daya Manusia
 - (3) Pendanaan

C. Lokasi dan Situs Penelitian

Lokasi penelitian merupakan tempat dimana peneliti mendapatkan informasi secara langsung dan mengungkap fenomena yang terjadi sesuai dengan fokus penelitian yang ingin dicapai. Beberapa alasan peneliti menetapkan atau memilih Kecamatan Nganjuk sebagai lokasi penelitian karena keberhasilan

Kecamatan Nganjuk sebagai kecamatan pertama yang meraih Open Defecation Free (ODF) atau bebas buang air besar sembarangan, dimana 19.902 KK telah mendapatkan akses pada sanitasi dasar yang layak.

Sedangkan, situs penelitian adalah tempat dimana peneliti dapat memperoleh data yang sesuai dengan rumusan atau fokus penelitian. Situs penelitian yang dituju adalah Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Nganjuk.

D. Jenis dan Sumber Data

Dalam suatu penelitian, menentukan jenis dan sumber data merupakan faktor yang penting karena pengaruhnya terhadap proses pengumpulan data. Berdasarkan penggolongannya, jenis data dibagi menjadi dua, yaitu data primer dan sekunder.

1. Data Primer adalah data yang berasal dari informan yang dipilih oleh peneliti atau orang-orang yang terkait dengan topik yang diangkat. Data primer juga dapat berasal dari hasil wawancara dan observasi langsung yang dilakukan oleh peneliti. Yang menjadi data primer dalam penelitian ini, antara lain :

- (a) Bapak I Ketut Wijayadi, selaku staf penanggungjawab program STBM Pilar 1 di Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Nganjuk
- (b) Bu Ribut Hariati, selaku sanitarian/fasilitator Puskesmas Kecamatan Nganjuk
- (c) Bapak Maryono, selaku wirausahawan dan ketua HAKLI Kabupaten Nganjuk
- (d) Bapak Siqin, selaku verifikator program STBM Pilar 1 di Kecamatan Nganjuk

- (e) Bu Sundari, selaku fasilitator dan ketua Komite Desa
- (f) Masyarakat sekitar.

2. Data Sekunder adalah data yang diperoleh secara tidak langsung dari dokumentasi atau arsip yang terkait dengan topik yang diteliti. Sumber data sekunder dapat berupa dokumen, arsip, foto, karya monumental, media massa, hasil penelitian terdahulu, dan lainnya. Yang menjadi data sekunder dalam penelitian ini, antara lain dapat berupa : arsip laporan tentang STBM dari dinas terkait, buku panduan, jurnal ilmiah, internet, penelitian terdahulu, undang-undang, regulasi daerah dan lain sebagainya.

Menurut (Arikunto, 2009:88), Sumber data dalam penelitian dapat berupa apapun yang menjadi tempat bagi peneliti untuk memperoleh informasi, mengamati, membaca, ataupun bertanya tentang data-data yang terkait dengan permasalahan yang ingin diteliti. Sumber data dalam penelitian ini melalui :

1. Informan yaitu peneliti mewawancarai subjek yang terlibat langsung dan menguasai permasalahan yang diteliti, serta bersedia memberikan data yang sesuai dengan keadaan sebenarnya. *Key informan* dalam penelitian ini adalah Staf bidang Pencegahan, Pemberantasan Penyakit dan Kesehatan Lingkungan (P3KL) Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk, Sanitarian Puskesmas Nganjuk, Petugas Verifikator Kecamatan, Komite STBM dan Masyarakat
2. Observasi yaitu peneliti melakukan pengamatan dari dekat keadaan yang terjadi di lapangan antara lain keadaan masyarakat yang pernah berpartisipasi dalam program STBM.

3. Dokumentasi yaitu peneliti mengumpulkan data yang berasal dari arsip, foto dan dokumen lain yang dapat menjadi pendukung.

E. Teknik Pengumpulan Data

1. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi adalah suatu teknik pengumpulan data yang dilakukan oleh peneliti dengan memanfaatkan dokumen atau arsip yang terkait dengan pelaksanaan program STBM atau pun dari hasil dokumentasi lapangan. “Dokumen bisa berbentuk tulisan, gambar, atau karya-karya monumental dari seseorang (Sugiyono, 2011:240)”.

2. Interview/wawancara

Wawancara atau interview adalah teknik pengumpulan data yang dilakukan peneliti dengan cara melakukan tanya jawab langsung dengan pihak yang terkait dengan program STBM ini, misalnya dengan Dinas kesehatan, fasilitator desa, sanitarian, atau masyarakat yang telah mengikuti proses pemberdayaan dari program tersebut.

3. Observasi

Observasi merupakan teknik pengumpulan data melalui penelitian langsung di lapangan secara pasif maupun aktif oleh peneliti untuk melihat dan memahami situasi dan kondisi serta perilaku aktor terkait dengan program STBM. Marshall (1995) dalam (Sugiyono, 2011, 226) menyatakan bahwa “*through observation, the researcher learn about behaviour and the meaning attached to those behaviour*” (Melalui observasi, peneliti belajar tentang perilaku, dan makna dari perilaku tersebut).

F. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat yang digunakan ketika peneliti pada proses pengumpulan informasi di lapangan, instrumen data juga sangat mempengaruhi hasil data yang di dapat. Adapun instrumen penelitian dalam memperoleh data dan pengumpulan data antara lain :

1. Peneliti

Peneliti kualitatif sebagai human instrument, berperan penting dalam tahapan atau proses penelitian, mulai dari menetapkan fokus penelitian, memilih informan sebagai sumber data melakukan pengumpulan data, menilai kualitas data, analisis data menafsirkan data sampai dengan membuat kesimpulan atas semuanya (Sugiyono, 2011:222).

2. Pedoman wawancara

Pedoman wawancara atau interview guide adalah daftar pertanyaan yang digunakan dalam proses pengumpulan data terkait pada topik atau fokus penelitian.

3. Beberapa perangkat

Beberapa perangkat yang akan digunakan oleh peneliti yang berfungsi untuk menunjang proses pengumpulan data, antara lain :

(a) *Field note* adalah buku catatan yang dibawa peneliti selama kegiatan observasi lapangan atau pada saat wawancara untuk mencatat data-data terkait dengan topik penelitian.

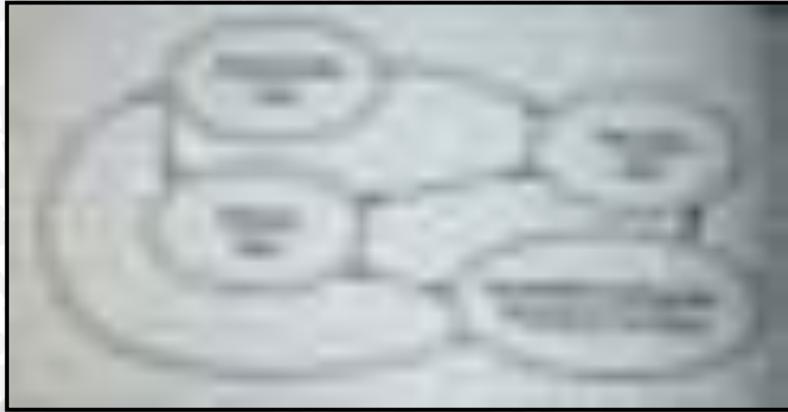
(b) *Camera* sebagai alat dokumentasi peneliti pada saat proses wawancara maupun observasi untuk menjamin keabsahan penelitian.

- (c) *Tape recorder* yang berfungsi untuk merekam percakapan pada proses wawancara.

G. Analisis Data

Analisis data merupakan tahapan terpenting dalam suatu penelitian. Dalam tahap ini telah terlihat bagaimana pola pikir peneliti dalam menanggapi ataupun memahami suatu masalah yang diangkat dalam penelitian. Spradley (1980) (dalam Sugiyono, 2011:244) menyatakan bahwa : *“Analysis of any kind involve a way of thinking. It refers to the systematic examination of something to determine its parts, the relation among parts, and the relationship to the whole. Analysis is a search for patterns”* (Analisis dalam penelitian jenis apapun adalah merupakan cara berpikir. Hal itu berkaitan dengan pengujian secara sistematis terhadap sesuatu untuk menentukan bagian, hubungan antar bagian, dan hubungannya dengan keseluruhan. Analisis adalah untuk mencari pola). Analisis data adalah suatu proses pengolahan data yang telah diperoleh melalui wawancara, observasi, maupun studi dokumentasi yang dilakukan secara sistematis untuk menjawab rumusan masalah penelitian dan menarik kesimpulan yang dapat dipahami publik.

Pendekatan kualitatif umumnya memiliki beberapa tahapan antara lain pengumpulan data, reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan/ verifikasi. Seperti yang dijelaskan oleh Miles dan Huberman di bawah ini :



Gambar 5. Alur Analisis Model Interaktif Miles dan Huberman (Miles dan Huberman, 1992: 20)

1. *Data Collection* (Pengumpulan data)

Proses pengumpulan data pendekatan kualitatif biasanya dapat dilakukan dengan cara observasi, interview, dokumentasi dan artifak. Data yang didapatkan dari berbagai proses diatas merupakan data mentah yang nantinya masih perlu mengalami proses reduksi dan analisis atau interpretasi data sehingga dapat mendukung penelitian. Peneliti mendapatkan data dengan cara melakukan wawancara langsung kepada narasumber dibantu dengan alat recorder serta alat tulis lainnya, sehingga hasilnya nanti dapat diputar berulang kali dan sangat membantu pada saat pembuatan transkrip wawancara. Pada tahap pengumpulan peneliti mewawancarai pihak-pihak terkait seperti staf Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Nganjuk terutama di bidang Pencegahan Pemberantasan Penyakit dan Kesehatan Lingkungan (P3KL) yang memang bertanggung jawab mengenai pelaksanaan program ini, sanitarian Puskesmas Nganjuk, wirausahawan sanitasi dari HAKLI, serta petugas dari Kecamatan Nganjuk. Selain itu, peneliti juga

mewawancarai serta melakukan observasi mengenai kondisi lingkungan masyarakat yang komunitasnya pernah menjadi sasaran kegiatan pemucuan.

2. *Data Reduction* (Reduksi Data)

Reduksi data merupakan proses pemilihan dan pemilahan data yang telah dikumpulkan sesuai dengan fokus penelitian yang diinginkan peneliti. Hasil wawancara atau data yang diperoleh peneliti dari berbagai macam narasumber maupun dokumentasi pada tahap pengumpulan data disortir dan digolongkan menurut fokus penelitian yang akan dibahas oleh peneliti. Data yang tidak sesuai dengan tema atau kebenarannya diragukan tidak akan digunakan peneliti.

3. *Data Display* (Penyajian data)

Penyajian data adalah penjabaran dari hasil reduksi data ke dalam teks deskriptif yang menjelaskan mengenai fokus penelitian yang telah ditentukan. Setelah data direduksi, peneliti menyajikan data tersebut berupa teks deskriptif, tabel, diagram dan gambar yang menggambarkan kondisi yang terjadi di lapangan pada saat dilakukannya penelitian.

4. *Conclusion Drawing/Verification* (Menarik Kesimpulan/Verifikasi)

Menarik kesimpulan atau verifikasi adalah tahap akhir dari penelitian dengan menggunakan pendekatan kualitatif. Data yang sebelumnya telah direduksikan, disajikan dan dianalisis kemudian ditarik kesimpulan sementara. Pada saat penelitian penulis sempat mengalami keraguan pada data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Daerah dan Puskesmas Nganjuk, maka dari itu menulis melakukan verifikasi data guna memastikan kebenarannya.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum

1. Profil Kecamatan Nganjuk

Kecamatan Nganjuk merupakan salah satu kecamatan di Kabupaten Nganjuk, yang terletak di pusat ibukota kabupaten. Kecamatan Nganjuk memiliki luas wilayah 2258,67 Ha, dengan kepadatan penduduk tertinggi, yaitu sebanyak 2.993 jiwa per kilometer persegi. Separuh wilayahnya mayoritas berfungsi sebagai tanah pertanian seluas 1271,15 Ha.



Gambar 6. Peta Kabupaten Nganjuk

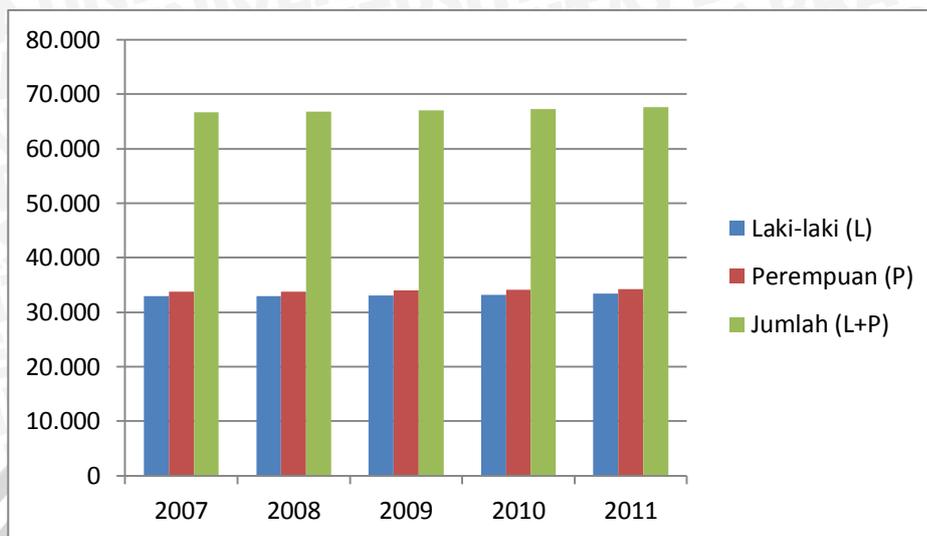
Kecamatan Nganjuk berbatasan dengan Kecamatan Rejoso dan Kecamatan Gondang di sebelah Utara. Kecamatan Bagor dan Kecamatan Berbek berada di sebelah Barat. Sedangkan, disebelah selatan berbatasan dengan Kecamatan Berbek dan Kecamatan Loceret. Terakhir, di sebelah Timur berbatasan dengan Kecamatan Sukomoro.

Kecamatan Nganjuk memiliki 15 desa/kelurahan antara lain :

1. Kelurahan Jatirejo
2. Kelurahan Ploso
3. Kelurahan Kramat
4. Kelurahan Payaman
5. Kelurahan Kartoharjo
6. Kelurahan Cangkringan
7. Kelurahan Bogo
8. Kelurahan Kauman
9. Kelurahan Ganung Kidul
10. Kelurahan Mangundikaran
11. Kelurahan Werungotok
12. Kelurahan Begadung
13. Kelurahan Ringin Anom
14. Desa Kedung Dowo
15. Desa Balong Pacul

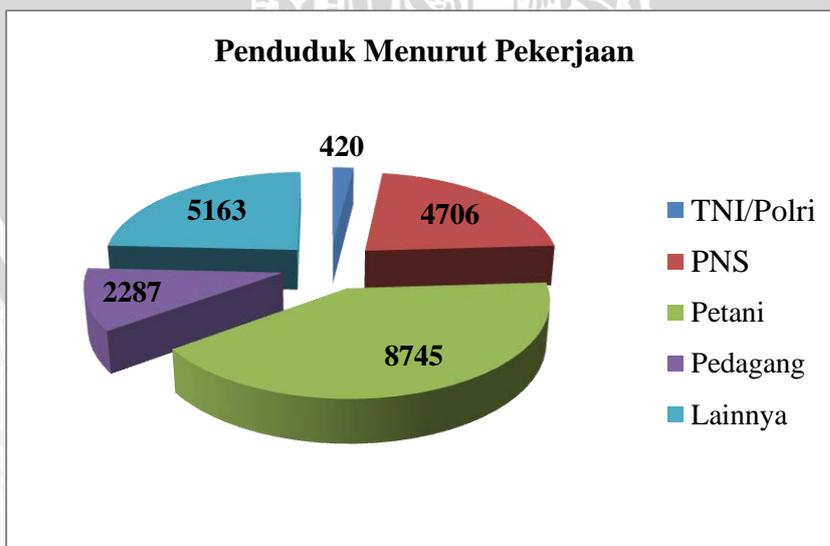
a. Kependudukan

Kecamatan Nganjuk terdiri dari 2 Desa dan 13 Kelurahan dengan dusun sebanyak 44, serta 98 Rukun Warga (RW), 142 Rukun Tetangga dan total rumah tangga sejumlah 18.959 Kepala Keluarga. Pertumbuhan penduduk antara laki-laki dan perempuan di Kecamatan Nganjuk dapat dikatakan cukup seimbang dan tidak memiliki perbedaan yang signifikan dalam kurun waktu lima tahun terakhir. Berdasarkan hasil registrasi di tahun 2011, penduduk Kecamatan Nganjuk sejumlah 67.607 jiwa, terdiri dari penduduk laki – laki sebanyak 33.365 jiwa dan penduduk perempuannya 34.342 jiwa.



Gambar 7. Penduduk Kecamatan Nganjuk 5 Tahun Terakhir (Sumber : Kecamatan Nganjuk Dalam Angka 2012)

Mayoritas mata pencaharian penduduk di Kecamatan Nganjuk yang tercatat pada tahun 2011 adalah di bidang pertanian. Tercatat bahwa 8745 orang di Kecamatan Nganjuk bekerja sebagai petani, diikuti dengan pekerjaan lainnya dan Pegawai Negeri sipil, dengan masing-masing sejumlah 5.163 dan 4.706 orang.



Gambar 8. Penduduk Menurut Pekerjaan (Sumber : Kecamatan dalam Angka 2012)

b. Kondisi Kesehatan

Pada tahun 2012, tercatat sarana kesehatan di Kecamatan Nganjuk terdiri dari 4 Rumah Sakit, 1 Puskesmas, 4 Puskesmas Pembantu (Pustu), dan 7 Polindes. Sedangkan jumlah tenaga kesehatan terdapat 43 dokter baik spesialis maupun umum, 46 orang bidan dan 19 perawat. Tenaga kesehatan termasuk salah satu aktor yang membantu mensukseskan pelaksanaan program STBM Pilar 1 di Kecamatan Nganjuk.

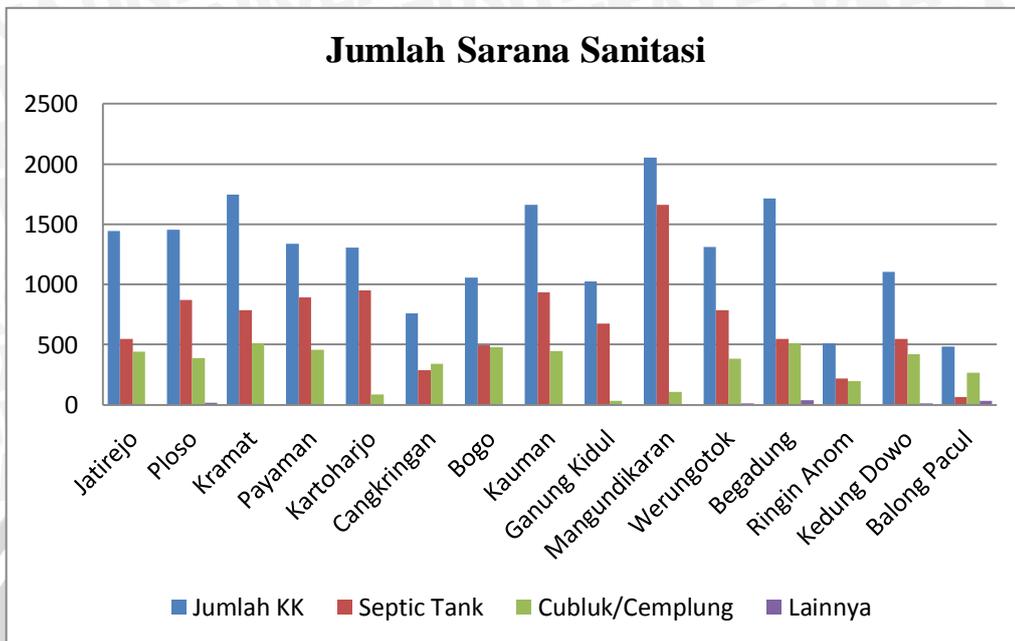
Penyakit diare merupakan indikator buruknya kesehatan lingkungan dan pola hidup bersih dan sehat di masyarakat. Tercatat di tahun 2011, jumlah kasus penderita penyakit diare di Kecamatan Nganjuk sebanyak 2.157 kasus. Penderita penyakit diare di Kecamatan Nganjuk justru di dominasi oleh masyarakat umur >15 tahun yaitu sebanyak 887 kasus.

Tabel 4. Rekapitulasi Kasus Penyakit Diare Tahun 2011

Umur	Jumlah Kasus
< 1 tahun	222
1- 4 tahun	610
5 - 14 tahun	438
>15 tahun	887
Jumlah	2.157

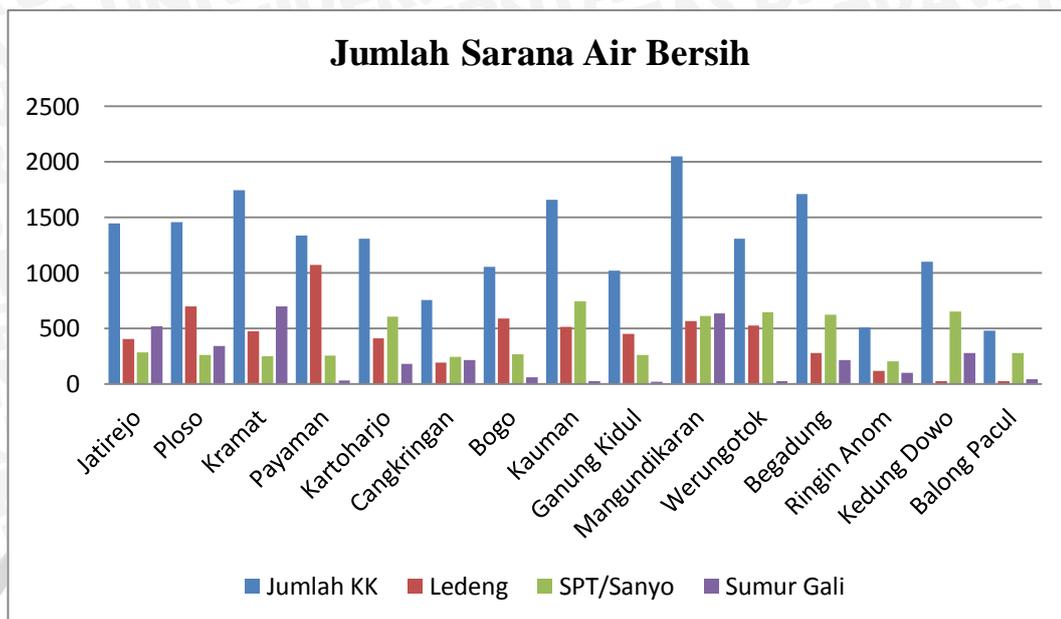
Sumber : Dinas Kesehatan Daerah Nganjuk, Bidang P3KL, Seksi Pemberantasan Penyakit

Berikut ini merupakan data jumlah sarana prasarana air bersih dan sanitasi di Kecamatan Nganjuk hingga tahun 2011 :



Gambar 9. Jumlah Sarana Sanitasi di Kecamatan Nganjuk Tahun 2011 (Sumber : Kecamatan Nganjuk dalam Angka 2012)

Dari data diatas terlihat bahwa sudah cukup banyak masyarakat di Kecamatan Nganjuk yang telah memiliki dan mengakses jamban sehat permanen atau jamban dengan septic tank. Jumlah sarana sanitasi jamban permanen tertinggi berada di Kelurahan Mangundikaran. Walaupun masih ada yang menggunakan jamban sehat semi permanen seperti cubluk atau cemplung, namun jumlahnya rata-rata tidak lebih dari 500 KK. Lainnya Maka dari itu dengan program STBM ini, diharapkan adanya peningkatan kualitas sarana sanitasi menuju jamban sehat.



Gambar 10. Jumlah Sarana Air Bersih di Kecamatan Nganjuk Tahun 2011 (Sumber : Kecamatan Nganjuk dalam Angka)

Dari grafik diatas menunjukkan bahwa di Kecamatan Nganjuk pada tahun 2011, mayoritas penduduk telah memiliki dan mengakses air bersih melalui ledeng. Selain itu, sisanya penduduk di Kecamatan Nganjuk mengakses air bersih melalui SPT/Sanyo atau melalui sumur galian. Angka tertinggi pengguna sarana ledeng berada di Kelurahan Payaman; Angka pengguna SPT/Sanyo tertinggi berada di Kelurahan Kauman, dan ; pengguna sumur galian tertinggi di Kelurahan Kramat.

2. Gambaran Umum Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Nganjuk

Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Nganjuk merupakan dinas yang bertanggungjawab di bidang kesehatan seperti penyediaan pelayanan, tenaga kesehatan serta sarana dan prasarana kesehatan sesuai dengan Pasal 22 Ayat 4 Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 41 Tahun 2007 Tentang Organisasi Perangkat Daerah. Dinas kesehatan memiliki letak yang strategis di

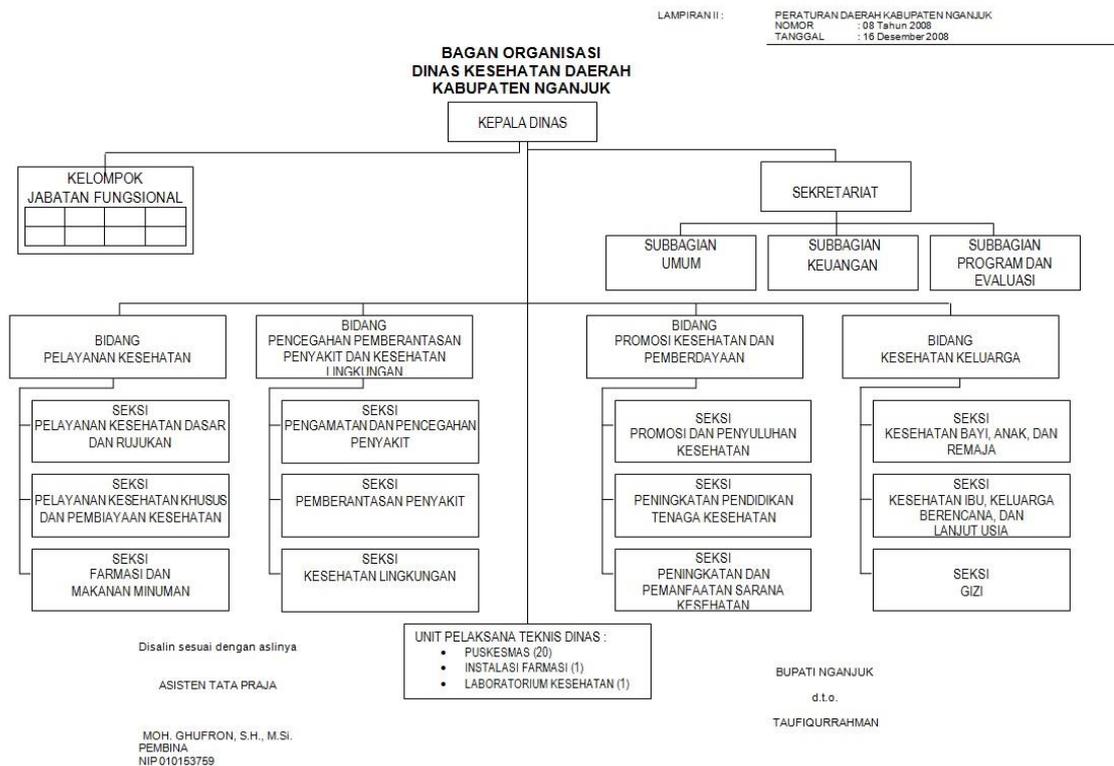
Jalan Dr. Soetomo No. 75 Nganjuk, berdekatan dengan salah satu rumah sakit terbesar di Kabupaten Nganjuk, yaitu Rumah Sakit Umum Daerah Nganjuk. Lokasi yang strategis ini sangat membantu pihak dinas maupun rumah sakit, dalam memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang membutuhkan.

a. Tugas Pokok dan Fungsi Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Nganjuk

Dinas kesehatan daerah kabupaten Nganjuk memiliki tugas pokok untuk melaksanakan urusan pemerintahan daerah berdasarkan otonomi dan tugas pembantuan di bidang kesehatan. Maka dari itu, untuk melaksanakan tugas pokok diatas, Dinas Kesehatan berfungsi untuk melakukan a) perumusan kebijakan – kebijakan teknis di bidang kesehatan; b) penyelenggaraan urusan pemerintahan dan pelayanan umum di bidang kesehatan; c) pembinaan dan pelaksanaan tugas di bidang kesehatan; dan d) pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Bupati sesuai dengan tugas dan fungsinya.

b. Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Nganjuk

Struktur organisasi Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten serta pembagian tugas fungsinya telah tercantum dalam Peraturan Daerah Kabupaten Nganjuk Nomor 08 Tahun 2008. Kepala Dinas sebagai perumus kebijakan teknis dibantu Sekretariat untuk mengkoordinasikan tugas bidang-bidang. Berikut ini adalah bagan struktur organisasi Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Nganjuk :



Gambar 11. Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Nganjuk (sumber : www.nganjukkab.go.id)

- 1) **Kepala Dinas** bertugas untuk merumuskan kebijakan teknis, menyelenggarakan urusan pemerintahan daerah, membina dan melaksanakan tugas di bidang kesehatan.
- 2) **Sekretariat** bertugas untuk melaksanakan koordinasi penyusunan program dan penyelenggaraan tugas – tugas pada bidang secara terpadu, serta tugas pelayanan administratif. Sekretariat mempunyai fungsi dalam hal koordinasi pada penyusunan program dan evaluasi, penyelenggaraan tugas-tugas bidang secara terpadu, pelayanan administratif dan pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Kepala dinas Kesehatan Daerah sesuai dengan tugas dan fungsinya. Sekretariat dibagi menjadi tiga subbag antara lain Subbag Umum, Subbag Keuangan, dan Subbag Program dan Evaluasi.

- Sub Bagian Umum, mempunyai tugas untuk :
 - melaksanakan kegiatan ketata usahaan dan ketata laksanaan
 - melaksanakan urusan kerumah tanggaan, perlengkapan dan keprotokolan
 - melaksanakan pelayanan administrasi kepegawaian
 - melaksanakan tugas – tugas lain yang diberikan Sekretaris sesuai dengan tugasnya.
- Sub Bagian Keuangan, mempunyai tugas untuk :
 - menyiapkan bahan dan data untuk penyusunan anggaran.
 - menyusun rencana anggaran (RKA-SKPD dan DPA-SKPD)
 - melaksanakan tertib administrasi keuangan
 - menyusun laporan keuangan
 - melaksanakan tugas – tugas lain yang diberikan oleh sekretaris sesuai dengan tugasnya
- Sub Bagian Program dan Evaluasi, mempunyai tugas :
 - melaksanakan koordinasi penyusunan program kegiatan
 - melaksanakan penyusunan program kegiatan
 - melaksanakan penyusunan laporan kegiatan
 - melaksanakan evaluasi pelaksanaan program
 - melaksanakan tugas tugas lain yang diberikan oleh Sekretaris sesuai dengan tugasnya.

Bidang yang bertanggung jawab atas pelaksanaan program STBM Pilar 1 di seluruh Kabupaten Nganjuk adalah **Bidang Pencegahan, Pemberantasan penyakit dan Kesehatan Lingkungan (P3KL)**. Tugas pokok Bidang Pencegahan Pemberantasan Penyakit dan Kesehatan Lingkungan (P3KL) adalah untuk merumuskan kebijakan teknis, menyelenggarakan urusan pemerintahan dan pelayanan umum, membina dan melaksanakan tugas di bidang pencegahan pemberantasan penyakit dan kesehatan lingkungan. Sedangkan yang menjadi fungsi bidang P3KL adalah :

- Perumusan kebijakan teknis di bidang pencegahan, pemberantasan penyakit dan kesehatan lingkungan
- Penyelenggaraan urusan pemerintah dan pelayanan umum di bidang pencegahan, pemberantasan penyakit dan kesehatan lingkungan
- Pembinaan dan pelaksanaan tugas di bidang pencegahan, pemberantasan penyakit dan kesehatan lingkungan
- Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Dinas Kesehatan Daerah sesuai dengan tugas dan fungsinya

Bidang Pencegahan Pemberantasan Penyakit dan Kesehatan Lingkungan (P3KL) dalam pelaksanaan tugas pokok dan fungsinya dibagi menjadi tiga seksi, antara lain :

- Seksi Pengamatan dan Pencegahan Penyakit, mempunyai tugas:
 - merumuskan kebijakan teknis di bidang pengamatan dan pencegahan penyakit
 - menyelenggarakan urusan pemerintahan dan pelayanan umum di bidang pengamatan dan pencegahan penyakit
 - membina dan melaksanakan tugas di bidang pengamatan dan pencegahan penyakit
 - melaksanakan tugas tugas lain, yang diberikan oleh Kepala Bidang Pencegahan Pemberantasan Penyakit dan Kesehatan Lingkungan sesuai dengan tugasnya.
- Seksi Pemberantasan Penyakit, mempunyai tugas :
 - Merumuskan kebijakan teknis di bidang pemberantasan penyakit
 - Menyelenggarakan urusan pemerintahan dan pelayanan umum di bidang pemberantasan penyakit
 - Membina dan melaksanakan tugas di bidang pemberantasan penyakit
 - Melaksanakan tugas tugas lain, yang diberikan oleh Kepala Bidang Pencegahan Pemberantasan Penyakit dan Kesehatan Lingkungan sesuai dengan tugasnya.
- Seksi Kesehatan Lingkungan, mempunyai tugas :
 - merumuskan kebijakan teknis di bidang kesehatan lingkungan
 - menyelenggarakan urusan pemerintahan dan pelayanan umum di bidang kesehatan lingkungan
 - membina dan melaksanakan tugas di bidang kesehatan lingkungan
 - melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang Pencegahan Pemberantasan Penyakit dan Kesehatan Lingkungan sesuai dengan tugasnya.

3. Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM)

a. Latar Belakang Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat

Latar belakang dicetuskannya program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat karena menilik dari program-program sanitasi sebelumnya yang hanya menfokuskan pada pencapaian pembangunan fisik saja, yang memiliki beberapa kelemahan yaitu :

“kurang mempunyai daya ungkit dalam meningkatkan *demand* masyarakat secara luas untuk cakupan sanitasi dan perubahan perilaku, ii) kurang berhasil dalam melibatkan sektor swasta untuk menciptakan mekanisme pasar yang menyediakan berbagai pilihan/opsi yang luas bagi masyarakat miskin sehingga daya ungkit yang diharapkan terhadap peningkatan kesehatan belum dapat dirasakan secara optimal.” (Majalah Percik, 2008:8-9)

Program yang menfokuskan subsidi fisik, cenderung tidak mengubah perilaku masyarakat. Sehingga, kemungkinan masyarakat untuk kembali pada kebiasaan-kebiasaan yang lama, seperti BABS, dapat terjadi. Maka dari itu, dibentuklah suatu program pemerintah, yaitu program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat, yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat akan PHBS, melalui peningkatan akses dan permintaan akan pilihan sarana sanitasi terjangkau yang dapat melibatkan sektor swasta.

Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat merupakan tindak lanjut dari keberhasilan uji coba pelaksanaan pendekatan CLTS pada awal Mei tahun 2005 yang diterapkan di 6 desa yang terletak di 6 provinsi yang berbeda yaitu Lumajang, Jawa Timur; Sumbawa, NTB; Sambas, Kalimantan Barat; Muara Enim, Sumatera Selatan; Muaro Jambi, Jambi, dan Bogor, Jawa Timur yang dipraktekkan sendiri oleh Kamal Kar. Dari uji coba pendekatan CLTS tersebut banyak mendapat respon yang positif dari masyarakat, sehingga pada bulan Juni 2006, Departemen Kesehatan mendeklarasikan pendekatan ini sebagai strategi nasional yang digunakan untuk program di bidang sanitasi. Sejak saat itu, banyak program yang mendukung perbaikan sanitasi mengadopsi pendekatan ini beberapa diantaranya adalah : PAMSIMAS, dan Total Sanitation and Sanitation Marketing (TSSM). Untuk mendukung terlaksananya program STBM dengan baik,

pemerintah menetapkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 852/Menkes/SK/IX/2008 pada tanggal 8 September 2008 yang merupakan Strategi Nasional Sanitasi Total Berbasis Masyarakat sebagai suatu acuan gerak para pelaku STBM.

Program STBM dengan metode pemicuan CLTS diharapkan dapat menciptakan perubahan perilaku masyarakat dari *Open Defecation* (Buang Air Besar Sembarangan) ke arah sanitasi total. Dalam pelaksanaan program STBM mengacu pada 5 (lima) Pilar utama yaitu : 1) Stop Buang Air Besar Sembarangan (BABS), 2) Perilaku Cuci Tangan Pakai Sabun/Bahan Pengganti Sabun lainnya (CTPS), 3) Pengelolaan Air Minum Rumah Tangga (PAM-RT), 4) Pengelolaan Sampah Rumah Tangga (PSRT), dan 5) Pengelolaan Limbah Cair Rumah Tangga (PLCRT). Sesuai dengan penjelasan Bapak M berikut ini :

”STBM itu ada lima pilar. Pilar yang pertama itu jamban keluarga, jadi tidak ada orang buang air...buang tinja di sembarang tempat. Yang kedua cuci tangan pakai sabun. Yang ketiga pengolahan limbah. Yang ke empat pengolahan air. Yang kelima pengolahan sampah. Itu ada lima pilar STBM. Sedangkan di Jawa Timur sendiri baru Pilar pertama, belum sampai ke pilar lima. Itu..Sanitasi Total Berbasis Masyarakat. Intinya itu pemberdayaan ke masyarakat...tidak ada bantuan sama sekali” (hasil wawancara dengan Bapak M, 48 tahun, wirausahawan sanitasi/ketua HAKLI, tanggal 21 Januari 2014)



Gambar 12. Tangga Perubahan Perilaku (dalam Materi Advokasi, 2012:9)



b. Prinsip – prinsip Program STBM

Dalam pelaksanaannya, Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) mempunyai prinsip-prinsip yang digunakan sebagai acuan utama, yaitu :

- 1) Tidak ada subsidi berupa uang maupun bahan material kepada masyarakat dalam penyediaan sarana atau fasilitas sanitasi dasar, tidak terkecuali untuk masyarakat miskin.
- 2) Dalam upaya meningkatkan tersedianya sarana sanitasi dasar harus disesuaikan dengan kemampuan dan kebutuhan masyarakat. Jika dimungkinkan, menggunakan bahan-bahan/material lokal sebagai salah satu penggerak atau pendukung potensi lokal.
- 3) Mengacu pada peningkatan/perubahan perilaku masyarakat dari kondisi *Open Defecation* menjadi sanitasi total
- 4) Masyarakat ditempatkan sebagai pemimpin yang bertanggungjawab untuk menganalisa permasalahan, pengambilan keputusan, perencanaan, pelaksanaan, pemanfaatan dan pemeliharaan sarana sanitasi.
- 5) Fasilitator tetap melibatkan masyarakat dalam kegiatan pemantauan dan evaluasi.

c. Strategi Pelaksanaan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat

Sesuai dengan KEPMENKES NOMOR 852/MENKES/SK/IX/2008, terdapat 6 strategi dalam pelaksanaan program STBM, antara lain :

- 1) Penciptaan Lingkungan yang Kondusif
 - a) Prinsip : Meningkatkan dukungan pemerintah dan pemangku kepentingan lainnya dalam meningkatkan perilaku higienis dan saniter.
 - b) Pokok Kegiatan
 - Melakukan kegiatan advokasi dan sosialisasi kepada pemerintah dan pemangku kepentingan lainnya secara berjenjang
 - Mengembangkan kapasitas lembaga pelaksana di daerah.
 - Meningkatkan kemitraan antara Pemerintah, Pemerintah Daerah, Organisasi Masyarakat, lembaga Swadaya Masyarakat dan Swasta
- 2) Peningkatan kebutuhan
 - a) Prinsip : menciptakan perilaku komunitas yang higienis dan saniter untuk mendukung terciptanya sanitasi total.
 - b) Pokok kegiatan
 - Meningkatkan peran seluruh pemangku kepentingan dalam perencanaan dan pelaksanaan sosialisasi pengembangan kebutuhan.

- Mengembangkan kesadaran masyarakat tentang konsekuensi dari kebiasaan buruk sanitasi (buang air besar) dan dilanjutkan dengan *pemicuan* perubahan perilaku komunitas.
 - Meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memilih teknologi, material dan biaya sarana sanitasi yang sehat.
 - Mengembangkan kepemimpinan di masyarakat (*natural leader*) untuk memfasilitasi pemicuan perubahan perilaku masyarakat.
 - Mengembangkan sistem penghargaan kepada masyarakat untuk meningkatkan dan menjaga keberlanjutan sanitasi total.
- 3) Peningkatan penyediaan
- a) Prinsip : meningkatkan ketersediaan sarana sanitasi yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat.
 - b) Pokok kegiatan
 - Meningkatkan kapasitas produksi swasta lokal dalam penyediaan sarana sanitasi.
 - Meningkatkan kerjasama dengan lembaga penelitian perguruan tinggi untuk pengembangan rancangan sarana sanitasi tepat guna.
- 4) Pengelolaan pengetahuan (*Knowledge Management*)
- a) Prinsip : melestarikan pengetahuan dan pembelajaran dalam sanitasi total.
 - b) Pokok Kegiatan
 - Mengembangkan dan mengelola pusat data dan informasi.
 - Meningkatkan kemitraan antar program – program pemerintah, non-pemerintah dan swasta dalam peningkatan pengetahuan dan pembelajaran sanitasi di Indonesia.
 - Mengupayakan masuknya pendekatan sanitasi total dalam kurikulum pendidikan.
- 5) Pembiayaan
- a) Prinsip : meniadakan subsidi untuk penyediaan fasilitas sanitasi dasar.
 - b) Pokok kegiatan
 - Menggali potensi masyarakat untuk membangun sarana sanitasi sendiri
 - Mengembangkan solidaritas sosial (gotong royong).
 - Menyediakan subsidi diperbolehkan untuk fasilitasi sanitasi komunal
- 6) Pemantauan dan Evaluasi
- a) Prinsip : Melibatkan masyarakat dalam kegiatan pemantauan dan evaluasi
 - b) Pokok kegiatan
 - Memantau kegiatan dalam lingkup komunitas oleh masyarakat
 - Pemerintah daerah mengembangkan sistem pemantauan dan pengelolaan data.
 - Mengoptimalkan pemanfaatan hasil pemantauan dari kegiatan lain yang sejenis.
 - Pemerintah dan pemerintah daerah mengembangkan sistem pemantauan berjenjang.

d. Indikator Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat

Sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 852/MENKES/SK/IX/2008 tentang Strategi Nasional Sanitasi Total Berbasis Masyarakat, terdapat dua indikator : output dan outcome.

1) Indikator Output

- Setiap individu dan komunitas mempunyai akses terhadap sarana sarana dasar sehingga dapat mewujudkan komunitas yang bebas dari di sembarang tempat (ODF).
- Setiap rumah tangga menerapkan pengelolaan air minum dan makanan yang aman di rumah tangga.
- Setiap rumah tangga dan pelayanan umum dalam suatu komunitas (seperti sekolah, kantor, rumah makan, puskesmas, pasar terminal) tersedia fasilitas cuci tangan (air, sabun, sarana cuci tangan), sehingga semua orang mencuci tangan dengan benar.
- Setiap rumah tangga mengelola limbahnya dengan benar.
- Setiap rumah tangga mengelola sampahnya dengan benar.

2) Indikator Outcome : menurunnya kejadian penyakit diare dan penyakit berbasis lingkungan lainnya yang berkaitan dengan sanitasi dan perilaku.

B. Penyajian Data

1. Implementasi Pemberdayaan Masyarakat Melalui Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) Pilar 1 Dinas Kesehatan daerah pada Kecamatan Nganjuk yang meliputi :

a. Persiapan pelaksanaan kegiatan pada Program STBM Pilar 1

STBM Pilar 1 dianggap sebagai pondasi pelaksanaan program STBM, maka dari itu untuk mempersiapkan pelaksanaan pilar pertama, Kabupaten Nganjuk mengadakan pelatihan-pelatihan sebagai upaya pembekalan untuk para fasilitator. Kabupaten Nganjuk mulai ikut serta dalam tahapan program STBM pada tahun 2008, dimana program ini masih menggunakan nama SToPS (Sanitasi Total dan Pemasaran Sanitasi) yang bekerjasama dengan *Water and Sanitation*

Program (WSP) World Bank. Pada tahun 2008 merupakan tahapan program ini masih memasuki tahap sosialisasi. Seperti yang disampaikan oleh Bapak IW selaku penanggungjawab program STBM di Dinas Kesehatan Nganjuk berikut ini :

“STBM Kabupaten nganjuk dimulai tahun 2008...diawali dengan pelatihan di tingkat kabupaten..eh tingkat provinsi kemudian setelah itu ditindaklanjuti dengan pelatihan di tingkat kabupaten..pelatihan fasilitator dulu..jadi sosialisasi dulu. Sosialisasi tentang STBM dimulai tahun 2008. Kemudian ditindaklanjuti dengan pelatihan fasilitator kabupaten di provinsi. Kemudian fasilitator kabupaten ini mengembangkan sayapnya di kabupaten untuk membuat pelatihan serupa.. pelatihan khusus di tingkat kabupaten.. itu dilatih mulai dari sanitarian, petugas KB, petugas kesra kecamatan, petugas promosi kesehatan puskesmasnya 2...petugas promosi kesehatan, petugas sanitasi. Kecamatan ada kesra, kemudian dari PLKB, kemudian dari guru” (hasil wawancara dengan Bapak IW, 42 tahun, staf penanggung jawab program STBM Dinas Kesehatan Daerah Kab. Nganjuk, tanggal 17 Januari 2014)

Setelah mendapatkan pelatihan, fasilitator yang berjumlah 100 orang lebih tersebut melakukan kegiatan pemicuan pertama kali di empat desa di Kecamatan Jatikalen yaitu desa Perning, Jatikalen, Begendeng, dan Lumpangkuwik, yang kemudian mendapat respon yang sangat baik dan melambungkan nama Bapak Sumadi yang mendapatkan pengakuan di dunia internasional. Karena keberhasilan Kelurahan Jatikalen, ditunjuklah wilayah tersebut sebagai lokasi pilot atau percontohan dalam pelaksanaan program STBM di desa/kelurahan lainnya.

“Selanjutnya akhirnya pelatihan fasilitator itu berkembang menjadi hampir 100 orang lebih...jadi setiap kecamatan dilatih minimal 5 fasilitator...minimal 5...jadi kalau ada 20 kecamatan...jadi 100 lebih...yang di kecamatan sudah 100 ditambah orang dinas banyak mereka ini. Tapi kemudian..apa..seiring berjalannya waktu..ini..prothol (mengundurkan diri). Yang bertahan itu sekitar 40 orang..nah..yang bertahan sekitar 40 orang..itu..bertahan sampai 2010...2010-2011. 2011 lepas lagi sekitar 30 orang...30 orang itu dimotori oleh sanitarian puskesmas dan beberapa tenaga promosi kesehatan di kecamatan” (hasil wawancara dengan Bapak IW pada tanggal 17 Januari 2014)

Kabupaten Nganjuk saat ini masih mengkonsentrasikan pelaksanaan program STBM pada pilar pertama yaitu stop buang air besar sembarangan, yang terkait dengan adanya pencapaian MDGs goal 7 serta Rencana Strategis dari Kemenkes Selain itu, pada saat wawancara dengan Bapak IW, beliau menyatakan bahwa di Kabupaten Nganjuk, pelaksanaan program STBM Pilar 1 telah memasuki tahap replikasi dimana program ini telah menjadi bagian dari rencana pembangunan kesehatan lingkungan yang dilaksanakan Dinas Kesehatan terutama di Bidang P3KL.

“pada saat ini kabupaten nganjuk sudah pada mulai tahap replikasi. dari kegiatan pemicuan itu diharapkan ada replikasi, terutama pada kepemilikan jamban keluarga, dan dari desa desa yang sudah ODF. Kita ada target MDGs yang harus dicapai ya..yaitu untuk goal 7 nah jadi..kalau secara..cakupan..kita sudah MDGs hampir mencapai..MDGs itu kan 75% ya..kita sudah mencapai 82% terlampaui..terus kalau Renstra..renstra kemenkes..kita belum tercapai..renstra kemenkes itu tahun 2014..eh 13.. 2014 betul.. itu kita harus mencapai 91% kita masih mencapai eh..sori.. sori..kita tahun 2013 itu harus mencapai 86..kita baru mencapai 82 artinya masih ada PR untuk mencapai renstra” (wawancara tanggal 17 Januari 2014).

Perbedaan pelaksanaan program STBM Pilar 1 di daerah Kabupaten Nganjuk dengan daerah lain adalah adanya partisipasi wirausahawan sanitasi dalam usaha untuk menyediakan *supply* sarana jamban sehat yang terjangkau bagi masyarakat. Tidak terkecuali dengan pelaksanaannya di Kecamatan Nganjuk yang mengikutsertakan peran wirausahawan sanitasi. Wirausahawan sanitasi di Kabupaten Nganjuk telah mendapat pengakuan nasional maupun mancanegara, antara lain Bapak Sumadi dan Bapak M (48 tahun). Dengan adanya wirausahawan sanitasi tersebut, *demand* masyarakat yang telah dipicu terhadap sarana sanitasi terjangkau dapat dipenuhi. Bapak M menyatakan :

“pemicuan dasar yang dari Nasional ini, di Nganjuk sudah diubah *nggak* sama dari yang Nasional. Nganjuk punya pakem-pakem sendiri, sedangkan sekarang, dicontoh oleh dinas di kota-kota di Jawa Timur. Di Jawa Timur itu *nggak* ada yang wirausaha. Akhirnya, setiap pemicuan kita habiskan dana empat juta sekali pemicuan *ndak* ada hasilnya. Tetapi, setelah ada sanitarian, orang lingkungan berwirausaha ini, membangun WC jadi lebih murah...” (hasil wawancara dengan Bapak M, 48 tahun, wirausahawan sanitasi/ketua HAKLI, tanggal 21 Januari 2014)

Pelaksanaan program STBM yang diperkenalkan di Indonesia mengikuti pendekatan CLTS (*Community-Led Total Sanitation*) yang mengusung metode pemicuan. Pendekatan CLTS ini memiliki 3 tahapan, yaitu pra pemicuan, pemicuan dan pasca pemicuan. Sesuai dengan penjelasan buku pegangan CLTS yang diterjemahkan ke dalam Bahasa Indonesia, berikut ini merupakan ringkasan dari seluruh tahapan-tahapan program STBM Pilar 1 yang dalam pelaksanaannya menggunakan pendekatan CLTS :

Tabel 5. Tahapan Kegiatan Program STBM Sumber : Buku *Handbook CLTS* versi Bahasa Indonesia (Kar dan Chambers, 2008:20-22)

Tahap	Kerangka waktu dan indikasi	Staf dan syarat lainnya	Keterangan tambahan
Persiapan pra-pemicuan	Sesuatu antara setengah hari sampai satu minggu di desa-desa dimana terdapat program intervensi dari LSM/lembaga-lembaga, beberapa kunjungan haruslah cukup	Biasanya, paling sedikit satu atau dua staf lapangan mengunjungi desa/komunitas 1-2 kali sebelumnya untuk menentukan waktu unjungan, tempat pertemuan, menjelaskan tujuan dan lain-lain	Temui para pemimpin setempat, kepala desa, kunjungi semua kampung/dusun, dapat-kan suatu gagasan tentang besarnya desa, penduduk, tempatkan daerah-daerah yang paling kotor dan berlumpur, dan ketahui tentang sejarah subsidi, jika ada. Lihat desa yang menguntungkan/menantang untuk pemicuan CLTS. Harus menghindari tumpang-tindihnya sesi pemicuan dgn hari pasar desa, menikah di desa, pertemuan yg nyaman, dll

Pemicuan	Semua dalam satu hari (seringkali 3-5 jam)	Suatu tim terdiri dari paling sedikit 3-4 fasilitator, paling banyak 5, tetapi dapat menjadi lebih dalam suatu lokakarya pelatihan CLTS yang langsung.	Fasilitasi dengan pikiran terbuka dan jangan pergi dengan jalan pikiran yang dipunyai sebelumnya mengenai hasil pemicuan yang pasti dan positif. Tinggalkan dengan senang bahkan jika pemicuan tidak menghasilkan tindakan lokal kolektif karena beberapa alasan tertentu.
Pasca pemicuan	Status ODF dicapai setiap saat antara 3 minggu dan tiga bulan. Enam bulan atau satu tahun terlalu lama. Hasil akhir yang penting adalah kami tidak makan kotoran satu sama lain. Setiap orang akan membuat semua usaha habis-habisan untuk keluar dari situasi itu.	Tergantung pada situasi setempat, 1-2 staf mengunjungi komunitas yang telah digalakkan oleh CLTS 1-2 kali dalam minggu pertama, dan kemudian mungkin dengan interval yang lebih luas, cukup untuk mendorong dan mendukung, tetapi tidak terlalu sering. Ingat hal itu merupakan suatu pendekatan yang dipimpin oleh komunitas dan pendekatan yang dilakukan bukan oleh luar lembaga.	Bersikaplah suportif dan doronglah dan jangan mendominasi. Jika diperlukan aturlah kunjungan ke para pemimpin alamiah/para anggota komunitas ke desa CLTS yang berhasil, atau tempat penjualan sanitasi lokal dan lainnya. Undanglah para pemimpin alamiah dari desa-desa ODF sebagai narasumber untuk memperagakan jamban yang murah.

Sebelum pelaksanaan pemicuan, tahap awal adalah merancang rencana kegiatan program STBM Pilar 1 yang dibagi menjadi 3 langkah, yaitu pra pemicuan, pemicuan, dan pasca pemicuan. Tahapan pada pendekatan CLTS dalam pelaksanaannya dapat berbeda antara satu daerah dan daerah yang lain. Sebelum dilaksanakan rencana pemicuan di Kecamatan Nganjuk, langkah pertama yang dilakukan dalam persiapan pelaksanaan kegiatan STBM adalah melakukan

kegiatan pra-pemicuan. Kegiatan pemicuan merupakan serangkaian kegiatan yang berfungsi untuk mempersiapkan beberapa hal seperti pemilihan komunitas yang akan mendapat pemicuan, memetakan wilayah dan mengidentifikasi permasalahan, menyediakan sarana prasarana, memperoleh data sekunder, serta koordinasi dengan perangkat desa/ kelurahan. Kegiatan Pra Pemicuan merupakan tahap yang penting, karena pengaruhnya terhadap keberhasilan kegiatan pemicuan yang akan dilaksanakan di komunitas terpilih. Berikut ini adalah tahapan kegiatan pra-pemicuan yang dilaksanakan di Kecamatan Nganjuk :

1) Persiapan Pemetaan Wilayah (*Mapping*) dan Identifikasi Masalah

Keberhasilan pelaksanaan kegiatan pemicuan, sangat ditentukan oleh respon dan partisipasi masyarakat untuk mencari solusi permasalahan yang ada di lingkungan dan diri mereka sendiri. Maka dari itu, pengenalan terhadap situasi kondisi lingkungan, budaya, dan kebiasaan masyarakat yang dilakukan melalui pemetaan wilayah merupakan tahapan yang sangat penting. Pemetaan wilayah bertujuan untuk mengenali wilayah yang dicurigai memiliki PHBS yang buruk dan mengidentifikasi masalah yang nantinya akan digunakan sebagai bahan di pemicuan. Kegiatan mapping dilaksanakan oleh petugas dari kecamatan, sesuai buku pegangan (*Handbook*) CLTS versi Bahasa Indonesia, “paling sedikit satu atau dua staf lapangan mengunjungi desa/komunitas 1-2 kali sebelumnya untuk menentukan waktu kunjungan, tempat pertemuan, menjelaskan tujuan dan lain-lain”. Bapak IW selaku penanggung jawab program STBM Pilar 1 menjelaskan di dalam pemetaan wilayah terdapat beberapa hal yang perlu dikaji antara lain :

“Pra pemicuan itu dimulai dengan penentuan tempat. Penentuan tempat ini didahului dengan apa namanya...pemetaan survey pemetaan wilayah

dipetakan. Apa yang dipetakan? Masyarakatnya siap nggak, perangkatnya mendukung nggak, ada sumber daya alam yang mendukung nggak, jadi sebelum dilakukan pemicuan itu harus...terus bagaimana kasus penyakit diare disana itu keseluruhan apa dia daerah miskin atau daerah sawah atau daerah bagaimana atau orangnya agamis atau orangnya apa...amburadul atau apa, nah itu dilihat gitu.” (hasil wawancara dengan Bapak IW, 42 tahun, staf penanggung jawab program STBM Dinas Kesehatan Daerah Kab. Nganjuk, tanggal 17 Januari 2014).

Menurut Bapak M (48 tahun), masyarakat yang menjadi sasaran komunitas terpilih dari kegiatan pemicuan pada program STBM Pilar 1 harus memiliki 3 (tiga) kriteria yaitu masyarakat yang telah memiliki jamban permanen, masyarakat dengan jamban cemplung, dan masyarakat yang belum memiliki jamban sehingga masyarakat dapat melihat dari sudut pandang yang berbeda mengenai keuntungan maupun kerugian memiliki jamban yang sehat/tidak sehat.

“harus orang yang sudah punya jamban, jamban bagus. Orang yang punya jamban cemplung, dan orang yang belum punya diundang itu. Jangan orang yang tidak punya jamban *thok* (saja). Kalau hanya diundang orang yang tidak punya jamban *thok*, dia akan eer...apa itu...dia kan minta bantuan. Nah, nanti kalau diundang tiga-tiganya ini, dia bisa bilang, ‘*enak e piye to, ngising ning nggone WC sing apik i, enakya gimana. Enak e piye WC cemplung, ndongkrong, dicokoti jengklong, jik mambu. Enak e piye ngising ning kali?*’ (Enaknya bagaimana buang air besar di WC yang bagus itu, enakya bagaimana. Apa enakya WC Cemplung, jongkok, digigiti nyamuk, masih bau. Enaknya bagaimana buang air besar di sungai?)” (hasil wawancara dengan Bapak M, 48 tahun, wirausahawan sanitasi/ketua HAKLI, tanggal 21 Januari 2014)

Jadi persiapan pemetaan wilayah bertujuan untuk menentukan tempat yang akan dijadikan sasaran pemicuan dengan meninjau berbagai faktor antara lain adakah kejadian BABS, kondisi geografis dan sosial masyarakat, sumber daya alam yang dilakukan .

2) Persiapan Koordinasi dengan perangkat desa/kelurahan dan warga

Koordinasi dengan pejabat lokal seperti perangkat desa/kelurahan setempat merupakan langkah yang ditempuh oleh petugas kecamatan. Kegiatan ini juga sebagai upaya pendekatan kepada perangkat desa/kelurahan untuk memperoleh dukungan, izin, maupun bantuan tenaga atau dana dari desa/kelurahan yang akan menjadi sasaran pemicuan.

“Nah pra pemicuan, setelah oke, setelah ketemu posisinya [oh siap ini] pendekatan ke kepala desanya [bagaimana Pak kalau begini saya mau menyampaikan ini] [oh ya sudah, dibantu!] nah gitu to, sudah selesai. Ini yang bertugas siapa? Orang kecamatan. Petugasnya adalah orang yang di wilayah itu... koordinasi dengan wilayah setempat, jadi waktu tempat ya, nah koordinasi waktu tempat kemudian soal makanan, dan sebagainya ada to...terus baru menyiapkan blanko-blanko tadi data sekunder.” (hasil wawancara dengan Bapak IW, staf penanggung jawab STBM Pilar 1 Dinas Kesehatan Daerah Nganjuk, tanggal 17 Februari 2014).

Bapak S sebagai verifikator dari Kecamatan Nganjuk menambahkan bahwa setelah diadakan pemetaan wilayah yang dinyatakan oleh beliau sebagai suatu bentuk ‘sidak’, langkah selanjutnya adalah melakukan koordinasi dengan perangkat desa/kelurahan. Kemudian ditanggapi oleh perangkat desa/kelurahan tersebut dengan membentuk komite STBM :

“Dulu ada pemberitahuan kepada Pak lurah, Pak Lurah diundang terus memberitahu masalah bahwa ada program kalau satu Kecamatan harus bersih dari BABS. Jadi dibentuk tim yang sudah ditunjuk oleh Pak Lurah, Pak Lurah sendiri juga memberitahu melalui RT misalnya orang-orang itu, kalau dulu sebelumnya sudah ada seperti sidak ya, kunjungan mendadak, jadi bahkan nggak ada pemberitahuan malahan, tapi tim (komite)-nya sudah diberitahu, kalau ini dari tim STBM” (hasil wawancara Bapak S, verifikator Kecamatan Nganjuk, tanggal 28 Januari 2014).

Jadi dari hasil wawancara diatas dapat disimpulkan bahwa pada proses persiapan koordinasi dengan pejabat desa/kelurahan dengan petugas kecamatan tersebut bertujuan untuk menyampaikan permasalahan yang ditemukan pada saat

pemetaan wilayah serta meminta izin maupun bantuan agar pelaksanaan program STBM ini dapat dilaksanakan di komunitas yang terpilih.

3) Persiapan Data dan Sarana Prasarana Kegiatan Pemicuan

Jika penentuan lokasi dan permasalahan sanitasi telah ditetapkan pada saat proses pemetaan wilayah, maka tahap selanjutnya adalah mengumpulkan data sekunder dan mempersiapkan sarana prasarana kegiatan pemicuan. Data sekunder yang dimaksud adalah berupa data statistik dan data kondisi sosial budaya di masyarakat. Sarana prasarana akan digunakan oleh masyarakat untuk berpartisipasi melakukan pemetaan wilayahnya sendiri pada saat pemicuan. Seperti pernyataan Bapak IW berikut ini :

“Mempersiapkan sarana prasarana untuk pemicuan, dalam hal ini bahan kontakannya. Pada waktu pemicuan itu membutuhkan apa? Kapur, dedek, membutuhkan batu membutuhkan kertas, membutuhkan spidol, flipchart membutuhkan termasuk data primer, data sekunder, jumlah penduduk berapa, yang mempunyai WC berapa, yang modol itu berapa. Jadi pada waktu pemicuan itu orang itu enak ngomong” (hasil wawancara dengan Bapak IW, staf penanggung jawab STBM Pilar 1 Dinas Kesehatan Daerah Nganjuk, tanggal 17 Februari 2014)

Dari hasil wawancara dengan Bu RH menyatakan bahwa pentingnya kelengkapan data-data tersebut, data primer maupun sekunder. Dengan adanya data-data sekunder yang telah tersedia di desa/kelurahan terkait, maka dapat memudahkan proses pra pemicuan yang merupakan syarat utama sebelum dilaksanakan kegiatan pemicuan.

“untuk pra pemicuan kan jadi jumlah jamban berapa, jumlah jamban di komunitas itu berapa, terus masyarakatnya berapa, yang tidak punya jamban berapa, jamban cemplung berapa, jamban septic tank berapa, yang ikut jamban umum siapa, seperti itu...sebelum pemicuan kan kita punya data-data seperti itu to. Terus karakternya masyarakatnya bagaimana, itu kalau kita sudah punya itu, semua gampang” (hasil wawancara dengan Bu RH, fasilitator/sanitarian Puskesmas Nganjuk, tanggal 22 Januari 2014)

Jadi adanya persiapan data dan sarana prasarana pemicuan merupakan tahap yang penting karena dengan tersedianya data-data statistik penunjang tersebut dapat membantu fasilitator untuk lebih memahami kondisi masyarakat yang akan dipicu. Sedangkan sarana dan prasarana pemicuan yang telah dijelaskan diatas juga sangat dibutuhkan demi kelancaran seluruh rangkaian kegiatan pemicuan.

4) Persiapan Kegiatan Pemicuan

Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) Pilar 1 merupakan program yang bertujuan untuk memberdayakan masyarakat untuk menemukan solusi kesehatan untuk dirinya sendiri dan lingkungannya. Program STBM Pilar 1 menekankan pada perubahan perilaku masyarakat/*social empowering* agar tidak lagi melakukan buang air besar di sembarang tempat dengan memperluas akses dan kepemilikan masyarakat terhadap jamban yang layak atau yang biasa disebut dengan jamban sehat. Agar masyarakat dapat memotivasi dirinya sendiri untuk melakukan perubahan tersebut, maka diperlukan sedikit dorongan dengan cara membuka pandangan mereka terhadap pola hidup sehari-hari terutama pada aspek kesehatan melalui kegiatan yang dinamakan pemicuan.

“tujuan STBM adalah PHBS. Tujuannya untuk apa? Menciptakan suatu kondisi dimana masyarakat sudah berperilaku hidup bersih dan sehat. Nah, tahapan yang dimulai adalah dengan cara merubah perilaku masyarakat dari buang air besar sembarangan menjadi buang air besar yang...ditempat yang...jamban sehat, itu yang pertama kemudian ada pilar kedua, ketiga dan seterusnya. Nah, di dalam rangka mencapai perubahan perilaku menuju perilaku hidup bersih dan sehat, pilar 1 ini digencarkan karena diyakini dengan pilar 1 ini berubah yang lain akan mudah.” (hasil wawancara dengan Bapak IW, 42 tahun, staf penanggung jawab program STBM Dinas Kesehatan Daerah Kab. Nganjuk, tanggal 17 Januari 2014)

Pada hari H pelaksanaan kegiatan pemicuan di suatu komunitas, sebagai persiapan awalnya adalah diadakan koordinasi antar fasilitator sebelum menuju ke lokasi pemicuan. Hal ini berfungsi untuk membagi tugas atau peran saat kegiatan pemicuan dilaksanakan di lapangan, karena setiap kali pemicuan di komunitas .

Tim fasilitator pemicuan di setiap lokasi pemicuan terdiri dari 5 orang

“Hari H kumpul...datang pertama di kecamatan dulu atau di puskesmas dulu, sebelum datang ke lokasi setelah itu kumpul to, misalnya kita menentukan 4 lokasi dalam pemicuan itu, 4 lokasi kita yang datang hanya 25 orang, 25 orang yang datang ini dibagi...oke jadi 5-5-5-5, ini 20 orang to dibagi kalau misalnya kelebihan ya 6 orang, 6-6-6-6 gitu kan. Setiap komunitas ini ada lima ini, pertama ada namanya, pertama ada *leadernya*, yang kedua ada *co-leader*, yang ketiga ada yang namanya bina suasana, petugas bina suasana...yang keempat ini...ada pencatat alur...yang mengarahkan...pengarah alur, ada satu lagi yang namanya notulen” (hasil wawancara dengan Bapak IW, 42 tahun, staf penanggung jawab program STBM Dinas Kesehatan Daerah Kab. Nganjuk, tanggal 17 Januari 2014).

Terbatasnya jumlah fasilitator kadang mengharuskan adanya fasilitator yang memiliki tugas rangkap. Sehingga awalnya setiap komunitas yang seharusnya memiliki 5 petugas pemicuan dengan tugas masing-masing menjadi tidak dapat terpenuhi.

“kadang kan kita itu kurang tenaga, itu ada perannya masing-masing masalah pemicuan itu, ada yang jadi ketua, ada yang bina suasana, ada yang bagian notulen, ada yang bagian alur alur itu...pengarah alur, pokoknya ada itu tugasnya beda-beda waktu pemicuan itu...makanya kalau ada itu tapi kita kadang ndak kompli iya to? Iya ngerangkep istilahnya nanti, misalnya notulen ngarangkep bina suasana, ngerangkep apa gitu malihan” (hasil wawancara dengan Bu RH, 43 tahun, sanitarian Puskesmas Nganjuk/fasilitator Kabupaten, tanggal 25 Januari 2014)

Jadi persiapan yang dilakukan sebelum pelaksanaan kegiatan pemicuan komunitas adalah koordinasi antar fasilitator kabupaten. Koordinasi ini bertujuan untuk memilah dan memilih tim pemicu serta perannya masing-masing dalam kegiatan pemicuan komunitas nanti.

1) Pemicuan Komunitas

Setiap kali diadakan pemicuan komunitas, total jumlah peserta yang mengikuti kegiatan ini kurang lebih berjumlah 150 KK yang terdiri dari masyarakat di beberapa desa. Peserta pemicuan merupakan kelompok berjumlah 40 orang dari gabungan beberapa desa ataupun dari satu desa. Pemicuan komunitas dilaksanakan secara bersamaan, dan ditangani oleh tim fasilitator yang terdiri dari 5 orang.

“masyarakat itu dipicu dulu jadi kelompok, kita datangkan 40 orang...40 orang kita datangkan kita picu, jadi setiap pemicuan di satu desa itu gabungan nanti. Tidak sat...boleh satu desa tapi harus ada 4 pemicuan. Boleh gabungan beberapa desa, dijadikan satu. Jadi pemicuan kelompok dulu kemudian namanya pemicuan komunitas” (hasil wawancara dengan Bapak IW, 48 tahun, wirausahawan sanitasi/ketua HAKLI, tanggal 21 Januari 2014)

Rata-rata kondisi warga sebelum diadakan pemicuan di salah satu desa di kecamatan Nganjuk ini telah memiliki akses ke jamban semi permanen jenis cemplung. Seperti pernyataan Bu Si (38 tahun) berikut ini : “*ceplung niku...(tertawa)...tapi ada airnya itu...kalau ndak ada yo mambu...mbangun sendiri...bapak kula niku...*” (ceplung itu...(tertawa)...tapi ada airnya itu...kalau tidak ada ya bau...yang membangun sendiri...bapak saya itu yang membangun...” (hasil wawancara dengan bu Si, Warga, tanggal 28 Februari 2014). Pernyataan ibu Sp (39 tahun) yang juga menggunakan jamban sementara/ceplung : “ya buat jamban sementara, ya buat sendiri...” (hasil wawancara dengan bu Sp, Warga, tanggal 30 Januari 2014), serta pernyataan ibu K (48 tahun) berikut ini : “*plung ngoten...nggih... teng WC plung ngoten to...nggih ngoten niku teng ngisor pring* (di cemplung begitu...ya..di WC cemplung begitu ya...ya yang seperti itu dibawah

pohon bambu)” (hasil wawancara dengan ibu K, 48 tahun, Warga, tanggal 11 Februari 2014)

Selain itu juga ada yang memanfaatkan fasilitas jamban *sharing* atau ikut dengan saudara, seperti ibu MP berikut ini : “kalau buang air dibelakang..*nang nggone mbok e..jadi satu..kae sing gawe yo kene, mbak* (kalau buang air di belakang...di rumah orang tua..jadi satu..itu saja yang membangun juga kita mbak)” (hasil wawancara dengan bu MP, Warga, 30 Januari 2014). “Jadi *mbangunnya gotong royong tapi di pakai bersama...*” (hasil wawancara dengan bu Sd, 49 tahun, Kader Lingkungan/Komite, tanggal 30 Januari 2014). Serta ibu Sy berikut ini : “*teng nggone mbok tin* (di rumah Bu Tin (orang tua ibu SY))” (hasil wawancara dengan bu SY, Warga, 11 Februari 2014)

2) Pemicuan Kelas

Pemicuan kelas merupakan tahapan pemicuan setelah pemicuan di masyarakat dilaksanakan. Di dalam pemicuan kelas, pesertanya terdiri dari anggota komite STBM desa yang telah terpilih secara sengaja oleh RT/RW atau dipilih langsung pada saat pemicuan. Komite bertanggungjawab untuk memonitoring dan mengawasi keberlanjutan pelaksanaan program ini setelah pemicuan sehingga status ODF/SBS dapat tercapai di komunitas yang telah dipicu tersebut. Pemicuan kelas ini bertujuan untuk mempresentasikan atau melakukan kompilasi dan review terhadap pemicuan komunitas yang terjadi di tempat Komite STBM tersebut. Setelah ada pemicuan kelas maka hasil presentasi tadi dapat disampaikan kembali dalam pleno pemicuan kelas.

“sebagai pengarah program disitu nanti...kelanjutan program itu nanti terserah 5 orang itu nanti dia akan berkoordinasi dengan Pak Lurah,

kerjasama dengan PKK, Kopwan atau bekerjasama dengan arisan atau tokoh agama...*monggo* (silahkan). Komite diminta datang ke kecamatan atau diminta datang ke puskesmas, kemudian dikumpulkanlah dengan komite-komite yang lainnya juga dari tempat lain...kemudian komite nanti untuk membuat presentasi, dibantu notulen tadi..notulennya membacakan nanti disana, membuat presentasi membuat peta wilayah membuat kondisi wilayah seperti apa, ini ada masjid ini ada ini, KK-nya berapa, yang beol di kali berapa, yang di dalam berapa, yang tinggal disini berapa, masalahnya apa, terus ada nggak yang tadi terpicu ingin mbangun sendiri jambannya, pioneernya siapa, ada pioneernya, ada orangnya...strateginya apa, oh tadi kan muncul di dalam identifikasi masalah [oh nek ngono nggawe arisan ae!] nah itu strategi 'arisan!' mereka sendiri yang memunculkan. Mungkin ini 'sosialisasi di pengajian ibu-ibu', nah itu sudah. Pioneernya itu cerita [aku nggawe seminggu lagi saya buat] nah itu. Komitmen, tadi komitmennya itu apa, dua tahun lagi desa A, desa kita sudah harus ODF misalnya, mereka sendiri yang minta, itu nanti komite akan mempresentasikan di dalam pertemuan antar komite tadi, antar komite itu dikumpulkan to di kecamatan atau di puskesmas itu diadu, istilahnya mempresentasikan, nah baru ada pleno pemicuan kelas, jadi tadi ada pemicuan komunitas ada pemicuan kelas. (hasil wawancara dengan Bapak IW, 42 tahun, staf penanggung jawab program STBM Dinas Kesehatan Daerah Kab. Nganjuk, tanggal 17 Januari 2014)

Jadi persiapan pemicuan kelas disini merupakan pertemuan antar komite STBM yang komunitasnya terlibat dalam pemicuan. Komite STBM tersebut akan mempersiapkan presentasi dari hasil pemicuan yang akan dibantu oleh notulen serta sanitarian wilayah yang bersangkutan. Selain meninjau kembali hasil pemicuan, tahap ini juga menjadi wadah untuk saling berkompetisi antar komite STBM dalam menyampaikan strategi serta komitmennya untuk memperoleh status ODF di komunitasnya.

5) Persiapan Monitoring dan Evaluasi

Setelah dilaksanakannya kegiatan pemicuan maka langkah berikutnya dalam program STBM Pilar 1 ini adalah melakukan monitoring dan evaluasi. Kegiatan monitoring dan evaluasi program STBM Pilar 1 bertujuan untuk

memastikan adanya pergerakan atau perkembangan dalam masyarakat yang telah mendapatkan pemicuan.

“sejauh mana program ini berjalan, ini tugasnya orang puskesmas. Misalnya tadi ada yang bilang [Pak, saya satu bulan lagi mbangun jamban] Yo teko tenan (ya benar-benar datang), satu bulan lagi datang [bagaimana Pak?] bolak-balik datang sampe grisinen (berulang kali datang sampai risih), akhir e mbangun dhewe (akhirnya membangun sendiri), nah itu. nah tadi katanya sosialisasi di pengajian, ya didatengi [sampun Pak disampaikan di Pengajian?][Sampun.] nah, jadi dimonitor terus. Setiap minggu setiap bulannya.” (hasil wawancara dengan Bapak IW, 42 tahun, staf penanggung jawab program STBM Dinas Kesehatan Daerah Kab. Nganjuk, tanggal 17 Januari 2014).

Sistem monitoring program STBM secara nasional sekarang telah ditetapkan melalui via sms dan online, diharapkan inovasi ini akan lebih memudahkan dan mempercepat Dinas Kesehatan di daerah untuk menerima dan mengirim data hasil pemantauan kemajuan program. Pada wawancara di lain kesempatan, Bapak IW (42 tahun) menjelaskan mengenai sistem monitoring program STBM Pilar 1 di Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Nganjuk sebagai berikut :

“Nah itu dilaporkan lewat internet, lewat sms setiap harinya melaporkan ke Jakarta nanti setiap progress-nya, baseline datanya waktu sebelum awal pemicuan baru 10 orang yang belum punya WC, nanti dimonitor terus setiap bulan dipantau perubahan perkembangan itu juga dilaporkan ke jakarta, gitu. Sampai dia ODF.” (hasil wawancara dengan Bapak IW, 42 tahun, staf penanggung jawab program STBM Dinas Kesehatan Daerah Kab. Nganjuk, tanggal 21 Februari 2014)

Bapak M lebih lanjut menambahkan mengenai sistem monitoring program STBM Pilar 1 di Kecamatan Nganjuk sebagai berikut :

“Kalau proses monitoringnya kita serahkan sama tenaga sanitarian yang punya wilayah. Jadi di dalam dana BOK, itu masuk di dalam MDGs 7, itu khusus mengangkat masalah lingkungan, tidak boleh yang lain, dana BOK 60% itu untuk MDGs 1-7. Lainnya 40% itu baru kegiatan lain-lain. MDGs 7 itu termasuk gizi, KIA...Kesehatan ibu dan anak itu, HIV/AIDS, di

Kesling dan promosi kesehatan. lainnya koyok kegiatan gizi, posyandu, imunisasi, itu masuk kegiatan tambahannya itu. jadi kita itu sudah punya dana, evaluasi dan monitoring kita beri dananya, transport untuk ke lapangan. [Gimana lokasi? ini dulu gini-gini ada perubahan nggak], kita melalui komite tadi dulu setelah komite diberitahu, kita terjun di lapangan [oh benerkah sing diomongne komite, ngko bek e goro]. Jadi sistem monitoringnya seperti itu. itu kita evaluasi setiap bulan melalui pertemuan HAKLI” (hasil wawancara dengan Bapak M, 48 tahun, wirausahawan sanitasi/ketua HAKLI, tanggal 21 Januari 2014)

Jadi monitoring program STBM adalah bentuk pengawasan serta tindak lanjut dari kegiatan pemicuan sebelumnya. Kegiatan monitoring di desa/kelurahan merupakan tanggung jawab sanitarian puskesmas. Monitoring program STBM seharusnya dilakukan setiap hari setelah kegiatan pemicuan dilaksanakan dan setiap kemajuannya dilaporkan ke pemerintah pusat oleh Dinas Kesehatan Daerah melalui sms atau online melalui website www.stbm-indonesia.org.

Menurut Buku Pedoman Pelaksanaan Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat, yang menjadi tujuan kegiatan pemantauan dan evaluasi yaitu sebagai berikut :

- Memantau proses dan kemajuan pelaksanaan program;
- Mengontrol kualitas pelaksanaan program;
- Mengevaluasi dampak untuk menentukan apakah kegiatan atau intervensi yang dilakukan telah mencapai tujuan yang telah ditetapkan bagi penerima manfaat dan pemangku kepentingan lainnya;
- Memantau kinerja pelaksana program dalam menjamin keberhasilan program;
- Menjadi pijakan untuk penyusunan rencana tahun selanjutnya;
- Menjadi bahan dasar untuk pengelolaan pengetahuan.

b. Pelaksanaan kegiatan pada Program STBM Pilar 1

1) Pelaksanaan Pemetaan Wilayah (*Mapping*) dan Identifikasi

Masalah

Pemetaan wilayah selain untuk menentukan tempat pemukiman juga berfungsi untuk melihat karakter masyarakat setempat. Penentuan tempat atau lokasi pemukiman dapat dipengaruhi berbagai faktor. Biasanya, pelaksanaan pemetaan wilayah ditargetkan atau hanya dikhususkan pada lokasi-lokasi dimana masyarakatnya didukung dengan adanya faktor atau kondisi alam sekitar, misalnya daerah pemukiman sepanjang sungai, yang memiliki potensi terjadinya praktek BABS. Selain faktor alam yang mendukung, juga dapat dilihat dari karakter masyarakatnya, misalnya secara ekonomi mampu atau tidak, serta alasan mereka mengapa melakukan BABS. Seperti yang dijelaskan oleh dengan Bu RH (43 tahun) selaku sanitarian atau fasilitator di puskesmas Nganjuk berikut ini :

“misalnya komunitas yang kebiasaannya di sungai, kita ambil daerah yang seperti itu, daerah yang kebiasaan banyak yang misalnya BAB di sungai, terus memang daerah itu banyak yang belum punya jamban...tapi dia itu orangnya mampu-mampu. Jadi kalau daerah yang sudah punya jamban...*wes* ndak usah, seperti perkotaan itu ya sudah *ndak* perlu, daerah yang *deket-deket* sungai...itu kan rawan...kalau daerah perkotaan tengah kota itu nggak perlu biasanya sudah punya jamban semua. Itu untuk nanti pilar berikutnya...urusannya beda lagi itu” (hasil wawancara dengan Bu RH, fasilitator/sanitarian Puskesmas Nganjuk, tanggal 22 Januari 2014)

Saat peneliti mewawancarai Bapak S selaku pihak Kecamatan Nganjuk, beliau bahkan menceritakan pengalaman beliau saat melakukan kunjungan lapangan mengenai kondisi salah satu desa/kelurahan di Kecamatan Nganjuk yang juga menjadi sasaran pemukiman karena banyak warganya yang melakukan praktek BABS karena faktor alam sekitar yang mendukung.

“Iya, langsung ke tempat-tempat yang dicurigai, dulu tempat yang dicurigai ya itu dulunya kelihatan *rusuh*, misalnya di Begadung dekatnya situ ada *pring* nah dibawahnya itu dulu *buanyak*, diperiksa sama Pak Lurah. *Di grebek* sama Pak Lurah, ada orang yang lagi BAB di *kali karo* Pak Lurah *diparani*, kan ada air *e kan di kali*, ya *air e digemplangi kan muncrat...byoookk...podho mlayu...cah kecil-kecil wong tuwek yo onok*, sekarang sudah *nggak* ada. Saya kan punya sawah disana. *Buanyak* itu di sawah juga *ambune wihhh...* (iya, langsung ke tempat-tempat yang dicurigai, dulu tempat yang dicurigai itu dulunya kelihatan kotor, misalnya di Begadung didekatnya ada pohon bambu, nah di bawahnya itu dulu banyak, diperiksa oleh Pak Lurah. Dirazia oleh Pak Lurah, ada yang BAB di sungai oleh Pak Lurah didatangi, itu ada airnya di sungai, ya airnya dilempari terus memercik kemana-mana...byoookk...semuanya lari...anak kecil-kecil, orang tua juga ada, sekarang sudah tidak ada, saya itu memiliki sawah disana. Ada juga yang di sawah, baunya wihhh...)” (hasil wawancara dengan Bapak S, verifikasi Kecamatan Nganjuk, tanggal 28 Januari 2014).

Jadi pada tahap pelaksanaan pemetaan wilayah langsung diprioritaskan pada desa/kelurahan dengan kondisi geografis yang rawan akan terjadinya buang air sembarangan seperti di sepanjang sungai, persawahan dan jembatan.

2) Pelaksanaan Koordinasi dengan perangkat desa/kelurahan dan warga.

Pra pemicuan umumnya memiliki 3 (tiga) tahapan yaitu pemetaan wilayah/mapping dan identifikasi masalah, penyediaan sarana dan prasarana primer dan sekunder, serta koordinasi kepada pejabat desa/kelurahan yang bersangkutan. Setelah ada kesepakatan antara petugas kecamatan dengan perangkat desa dalam menentukan waktu tempat dan berbagai persiapan lainnya, maka selanjutnya merupakan tugas perangkat desa untuk menggerakkan atau mengundang masyarakat di kegiatan pemicuan yang akan dilangsungkan. Pejabat lokal seperti Kepala desa atau Lurah kemudian menugaskan RT/RW yang

komunitas menjadi target kegiatan pemicuan untuk mengatur dan menentukan tempat dilaksanakan pemicuan.

“kita kerjasama dengan kelurahan, jadinya koordinasi dengan kelurahan, nanti dengan kelurahan itu kita buat jadwal acara pemicuan, yang mengundang itu dari kelurahan..undangannya, yang membuat undangannya dari kelurahan. Misalnya, komunitas di RT berapa...kita koordinasi dengan kelurahan, itu nanti yang buat undangan juga kelurahan, jadi sudah kita koordinir, masyarakat itu diundang. Dari kelurahan itu entah mengundang dari Pak RT, entah bagaimana...lagian itu memang ada langsung surat dari kelurahan ada *sing* RT-nya, itu ada. Jadi lewat surat, dia diundang. Biasanya tempatnya di Pak RT atau Pak Wo (Kamituwo) itu kita laksanakan pe micuan” (hasil wawancara dengan Bu RH, 43 tahun, sanitarian Puskesmas Nganjuk/fasilitator Kabupaten, tanggal 25 Januari 2014)

Hasil wawancara dengan salah satu Ketua RW yang pernah terlibat dalam kegiatan pemicuan pada komunitasnya, beliau menyatakan bahwa lokasi dilaksanakan kegiatan pemicuan tersebut biasanya dilaksanakan di tempat yang luas, pada saat itu berlokasi di halaman rumah beliau. Komunitas yang terpilih untuk dipicu akan diundang melalui surat resmi dari RT atau RW setempat dan hanya diperuntukkan untuk warga yang belum memiliki jamban.

“Yo diundang satu-satu, lewat undangan... Bilamana orangnya perlu ya datang, kalau ndak ya...maksud e... kalau nggak ya...kan paling tidak sudah menerima informasi. Wong WC itu kan kewajiban...kebutuhan pokok...yang belum punya WC tok (yang belum punya WC saja)” (hasil wawancara dengan Bu N, 50 tahun, RW, tanggal 11 Februari 2014).

Jadi pada tahap pelaksanaan koordinasi disini lebih pada respon pejabat desa/kelurahan untuk membantu terlaksananya rangkaian kegiatan program STBM, antara lain dengan cara memberitahukan RT/RW yang bersangkutan untuk mengundang warganya agar menghadiri kegiatan pemicuan STBM pada tempat dan waktu yang telah disepakati sebelumnya dengan petugas kecamatan.

3) Pelaksanaan Pengumpulan Data dan Sarana Prasarana Kegiatan

Pemicuan

Persiapan data berupa data statistik yang telah diarsipkan oleh desa/kelurahan yang menjadi sasaran kegiatan program STBM Pilar 1 ini, menjadi sangat penting fungsinya, karena terkait dengan rencana dan pola kegiatan pemicuan yang akan dilaksanakan pada komunitas tersebut. Namun, pada fakta dilapangan masih terdapat desa/kelurahan yang tidak melakukan update data atau bahkan tidak memiliki data statistik yang menjadi penunjang pelaksanaan program ini. Bu RH (43 tahun) menjelaskan pentingnya suatu desa/kelurahan agar memiliki data-data sekunder yang didapatkan ketika kegiatan pra pemicuan. Data diperlukan antara lain terdiri data fisik yaitu jumlah penduduk, jumlah jamban, dll. serta data kondisi sosial seperti karakter masyarakat. Bu RH sangat menyayangkan bahwa masih ada desa yang belum memiliki maupun melengkapi data-data diatas.

“Ada desa itu yang data itu tidak punya, ada itu mbak. Justru mereka itu minta saya, perangkat desanya, *piye to mbak? Kudu ne kan desa sing* (bagaimana ya mbak? Seharusnya desa yang) sebagai ujung tombaknya kan paling bawah, seharusnya dia kan punya data-datanya, *piye to saya yang repot*. Yang mendukung itu sebenarnya desa yang base datanya sudah ada, yang punya profil...nah itu sangat mendukung seperti itu. tetapi ya masih ada desa yang tidak ada datanya. Tapi ya ada desa itu yang nggak punya...(tertawa). Kenyataan saya itu punya desa dua. Kedungdowo sama balong pacul. Ini aja yang masyarakatnya gampang itu balong pacul, yang ODF pertama kali itu Karangasem sana poncot sing sebelah e gondang, poncot paling poncot Karangasem sana” hasil wawancara dengan Bu RH, 43 tahun, sanitarian Puskesmas Nganjuk/fasilitator Kabupaten, tanggal 25 Januari 2014

Kecamatan Nganjuk yang memiliki 15 desa/kelurahan, walaupun mayoritas telah melengkapi profil desa/kelurahan, Bu RH (43 tahun) selaku

sanitarian dari Puskesmas Nganjuk menyatakan bahwa pada kenyataannya masih ada sekitar dua desa/kelurahan yang belum memiliki data profil desa/kelurahan yang dibutuhkan saat dilaksanakan proses persiapan data primer dan sekunder. Sehingga sanitarian Puskesmas Nganjuk selaku penanggung jawab pelaksanaan program STBM Pilar 1 untuk wilayah Kecamatan Nganjuk merasa direpotkan oleh hal yang sebenarnya bukan tanggung jawabnya.

4) Pelaksanaan Kegiatan Pemicuan

Suatu program haruslah memiliki rangkaian kegiatan yang saling terintegrasi dan harmonis satu dengan lainnya, tidak terkecuali Program STBM Pilar 1 ini. Kegiatan inti dari program STBM ini dinamakan tahap pemicuan, dimana masyarakat dimotivasi agar peduli dengan kondisi lingkungan dan perilaku kesehatan sehari-hari. Menurut buku *Practical Guide for Triggering CLTS*, tahapan pemicuan menggunakan pendekatan CLTS dibagi menjadi beberapa langkah yaitu :

- *Introduction and rapport building* (perkenalan dan menjalin hubungan kebersamaan)
- *Participatory analysis* (analisa partisipatif)
- *Ignition moment* (saat penentuan atau puncak pemicuan)
- *Action planning by community* (perencanaan aksi oleh komunitas), dan
- *Follow up* (pendampingan).

Berikut ini adalah rangkaian pelaksanaan kegiatan pemicuan di Kecamatan Nganjuk yang dilaksanakan oleh fasilitator kabupaten, dibagi menjadi beberapa langkah, yaitu :

a) Pemicuan Komunitas

Pemicuan Komunitas adalah kegiatan untuk memicu masyarakat atau komunitas terpilih yang dicurigai memiliki tingkat BABS, agar secara mandiri sadar dan mau mengubah perilakunya atau stop buang air besar sembarangan. Pemicuan sebenarnya dapat dihadiri oleh warga pria maupun wanita, namun temuan di lapangan menunjukkan bahwa wanita lebih mendominasi tingkat kehadiran pada saat pemicuan.

“waktu itu pemicuan banyak yang hadir perempuan karena rata-rata pemicuan dilaksanakan pada pagi hari dimana pada saat itu kaum bapaknya berada di ladang di pas... di sawah, di ladang, di pasar, sehingga kemudian yang hadir banyak yang pihak perempuan. Sehingga yang pihak perempuan ini, kan tidak bisa memutuskan to, apakah mereka bisa segera membangun dan seterusnya kan harus berkoordinasi dulu dengan bapaknya itu kadang-kadang bisa terjadi miskomunikasi to, dianggap nanti ibunya mengintervensi...Tapi di sisi lain belum tentu juga kalau dengan bapak-bapak sukses, kalau bapak-bapak itu yo kadang-kadang i...iyo-iyo...nggih-nggih tapi gak kepanggih. Tapi kalau ibu-ibu karena merasa butuh, karena sudah dipicu terus mereka merasa butuh, memaksa bapaknya kadang-kadang. Akhirnya justru muncul inisiatif dari ibu-ibu. Jadi, toh hadirnya ibu-ibu di pemicuan itu sebenarnya tidak mengurangi nilai dari pemicuan itu sendiri, karena memang mereka terbukti kalau ibu-ibu itu rata-rata justru berhasil” (hasil wawancara dengan Bapak IW, 42 tahun, staf penanggung jawab program STBM Dinas Kesehatan Daerah Kab. Nganjuk, tanggal 17 Januari 2014)

Rincian teknik tahap pemicuan sebenarnya telah tercantum di dalam *Handbook* CLTS versi Bahasa Indonesia ataupun dalam pedoman praktis pemicuan CLTS yang telah dibahas di Bab II. Tahap-tahap pemicuan di komunitas dapat dilaksanakan secara fleksibel menyesuaikan kondisi di lapangan, namun tidak melupakan inti atau tujuan pemicuan itu sendiri yaitu agar masyarakat dapat terpicu untuk merubah perilaku.

“Cuma memang ini kan seni to, ilmu dan seni. Ilmu pendekatan CLTS dengan seninya. Seninya ya tergantung orang, kadang-kadang alurnya

nggak seperti itu, nggak perlu harus A, B, C, D, bisa jadi dari A ke C, dari, C ke B, baru B ke E nggak pa-pa yang penting terakhir masyarakat terpicu” (hasil wawancara dengan Bapak IW, 42 tahun, staf penanggung jawab program STBM Dinas Kesehatan Daerah Kab. Nganjuk, tanggal 17 Januari 2014).

(1) Perkenalan

Tahapan pertama setelah sampai di lokasi pemicuan adalah pengenalan diri, serta maksud dan tujuan. Awal memasuki lokasi pemicuan, fasilitator juga dapat memanfaatkannya untuk menjalin keakraban dengan masyarakat sekitar. Setelah sampai di lokasi pemicuan maka hal pertama yang dilaksanakan adalah menjelaskan mengenai maksud dan tujuan, menyatakan fasilitator hanya sebagai dan memahami keadaan lingkungan dan pola kebiasaan sanitasi di desa/kelurahan tersebut, dan pantang membahas mengenai subsidi.

“di lokasi diupayakan menunggu masyarakat jangan datang duluan kita yang datang duluan. Jadi diupayakan supaya kita, fasilitator itu harus datang duluan, jangan masyarakat duluan yang datang. Nek masyarakat yang dateng duluan, terus awak e dhewe baru dateng kesannya koyok pejabat yang ditunggu-tunggu gitu. Nggak, fasilitator datang duluan minimal ya bareng sama warga sambil ngobrol-ngobrol dulu, cerita-cerita, jadi tidak ada seremonial serius sekali ndak ada gitu, setelah itu proses berlangsung pemicuan tadi. Pemicuan itu mulai dari perkenalan maksud dan tujuan kedua, apa namanya bina suasana membuat suasana, kenalan dulu maksud dan tujuan... dari awal sudah disampaikan bahwa [kami disini ingin belajar, bukan memberi bantuan, kami bukan atas nama pemerintah, kami ingin belajar saya dengar disini masyarakatnya bagus, partisipasinya terkenal gini-gini]” (hasil wawancara dengan Bapak IW, 42 tahun, staf penanggung jawab program STBM Dinas Kesehatan Daerah Kab. Nganjuk, tanggal 17 Januari 2014).

Sependapat dengan Bapak IW, Bu RH selaku sanitarian Puskesmas

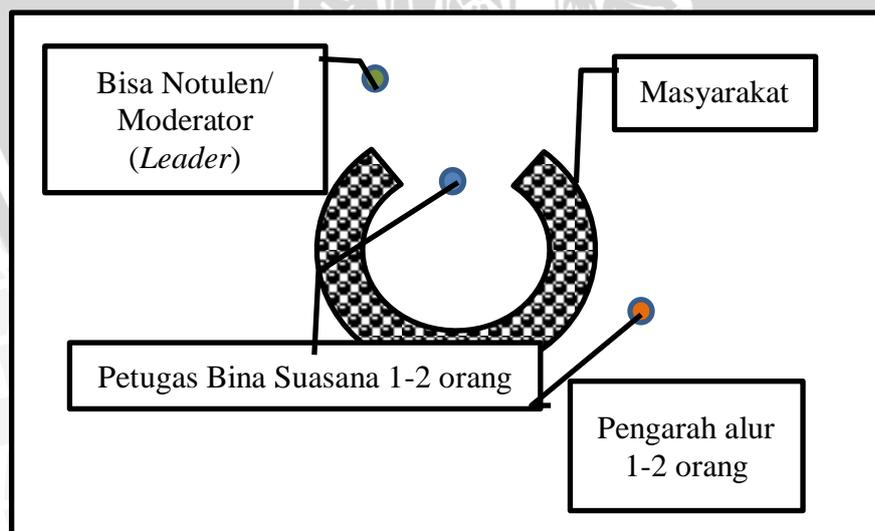
Kecamatan Nganjuk juga menyampaikan hal yang sama :

“kita pertama kali masuk itu sudah kita...apa..istilahnya...sudah kita sampaikan kalau kita *kan ndak* membawa bantuan kita disini *ndak* membawa bantuan apa-apa, untuk *njagani* kalau nanti dia minta bantuan, pasti..kita sudah mensiasati kalau ke situ itu kita lepas dari seragam, biar

keliatan tidak ada atas bawah...kita itu sama” (hasil wawancara dengan Bu RH, 43 tahun, sanitarian Puskesmas Nganjuk/fasilitator Kabupaten, tanggal 25 Januari 2014)

(2) *Ice Breaking* oleh Bina Suasana

Setelah fasilitator menyampaikan maksud dan tujuan dalam tahap perkenalan, maka tahap selanjutnya adalah ice breaking yang dilakukan oleh fasilitator yang berperan sebagai petugas bina suasana. Tahap *ice breaking* bertujuan ”jadi ini apa ice breaking, gunanya untuk ice breaking untuk memberi penyegaran suasana, supaya orang itu nggak tegang gitu.” (hasil wawancara dengan Bapak IW, 42 tahun, staf penanggung jawab program STBM Dinas Kesehatan Daerah Kab. Nganjuk, tanggal 17 Januari 2014)”. Sehingga dalam proses pemicuan masyarakat menjadi tidak kaku terhadap fasilitator dan mau membuka diri serta membantu menyampaikan permasalahan sanitasi di lingkungannya



Gambar 13. Tata letak pada kegiatan pemicuan di lapangan yang dianjurkan (Sumber : hasil wawancara dengan Bapak IW, 42 tahun, staf penanggung jawab program STBM Dinas Kesehatan Daerah Kab. Nganjuk, tanggal 17 Januari 2014)

Gambar diatas menunjukkan tata letak pada saat kegiatan pemucuan yang dianjurkan. Letak masyarakat melingkar mengelilingi petugas bina suasana, agar tidak terkesan seperti presentasi atau memberi penyuluhan. Dalam pemucuan disarankan pengarah alur atau bina suasana berjumlah 2 orang, karena peran keduanya cukup berat. Bapak IW menjelaskan mengenai tugas dan keuntungan jika petugas bina suasana atau pengarah alur berjumlah lebih banyak :

“pengarah alur ini intinya *gini*, *leader* ngomong kemudian menyerahkan ke bina suasana membuat suasana menjadi lebih nyaman *gitu to*, bina suasana *saking pinter e* ngomong *gak karu-karuan nglantur* (terlalu pandainya, bicara tidak karuan, melantur), *nah* ini pengarah alur ‘hei hei’...(pengarah alur) bukan moderator dia, dia nggak perlu ngomong, dia cukup memberitahu [*hei hei kakehan ngomong wi* (banyak bicara itu)...kembalikan!] dia yang mengawasi alur pemucuan gitu supaya terarah, karena kan *ngopeni wong* (menjaga orang) 50 itu kan sendirian *muter-muter* susah itu, pengarah alur ini ya...pengarah alurnya ada dua, *enek sing anak e nangis...apa ibu-ibu yang bawa anak nangis, itu kan nggak fokus ya*, jadi dia harus *nyiapin* permen atau *ciki-ciki*, biar supaya dia *nggak* nangis. Atau Bina Suasananya dua. Bina suasana orang pertama dia ngajak nyanyi-nyanyi misalnya, [*kok nggak berhasil, wah kehabisan ide*], nah ini orang kedua bisa, bisa *dikasih* pantun misalnya, nanti *dikasih selentingan* apa...jadi ini apa... (hasil wawancara dengan Bapak IW, 42 tahun, staf penanggung jawab program STBM Dinas Kesehatan Daerah Kab. Nganjuk, tanggal 17 Januari 2014)

Jadi, *ice breaking* berguna untuk memberi penyegaran kepada masyarakat sehingga dapat terjalin keakraban antara fasilitator dan masyarakat. Tahap *ice breaking* dilaksanakan oleh petugas bina suasana dan diawasi oleh pengarah alur. Jumlah petugas bina suasana maupun pengarah alur yang lebih banyak sangat membantu dalam proses pemucuan.

(3) Identifikasi dan Fasilitasi Pemecahan Masalah

Salah satu metode fasilitasi dan pemecahan masalah yang diterapkan di pemucuan STBM adalah melalui metode pemetaan wilayah yang dicurigai

menjadi tempat BABS di desa/kelurahan setempat. Proses pemetaan wilayah ini secara langsung dilakukan oleh masyarakat yang mengikuti pemicuan saat itu. Pada kegiatan ini masyarakat dapat memanfaatkan bahan yang telah disediakan fasilitator maupun benda yang ada di sekitarnya seperti dedaunan, bebatuan, dll untuk menggambarkan kondisi lingkungan desa/kelurahan mereka. Bu N yang sempat menyaksikan berlangsungnya kegiatan ini menyatakan “yang menjadi peran yo masyarakat yang membutuhkan itu, ada gambaran dulu di halaman itu lho...di garis-garis gitu lho.” (hasil wawancara dengan Bu N, 50 tahun , RW, tanggal 11 Februari 2014).



Gambar 14. Hasil dari kegiatan mapping daerah BABS di salah satu desa (Sumber : Dokumentasi Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Nganjuk)

Tahap identifikasi dan fasilitasi masalah merupakan puncak kegiatan pemicuan dimana masyarakat akan mengetahui, dan memecahkan masalah atau mencari solusi sendiri. Kegiatan ini biasanya berlangsung setelah adanya ilustrasi pemetaan tempat rumah warga dan tempat-tempat yang dicurigai terjadi BABS. Peran fasilitator disini adalah mengkaji masalah dan memfasilitasi solusi dari

masyarakat, fasilitator tidak diperkenankan menawarkan solusi tertentu kepada masyarakat. Fasilitator hanya diperkenankan sekedar untuk memicu dan memfasilitasi masyarakat. seperti pernyataan Bu RH : “pada waktu pemicuan itu ya kita tanya-tanya, pada intinya kita mengajak masyarakat untuk membukanya hatinya masing-masing dengan permasalahan yang terjadi saat ini, jadi dia biar tahu permasalahannya sendiri.” (hasil wawancara dengan Bu RH, 43 tahun, sanitarian Puskesmas Nganjuk/fasilitator Kabupaten, tanggal 25 Januari 2014).

Tujuan dari identifikasi masalah dan fasilitasi di kegiatan pemicuan menurut Bapak IW (42 tahun) adalah :

“menggali dan mengidentifikasi masalah. Ini tim-nya tadi *lho* ya...mengidentifikasi masalah apa...kemudian memfasilitasi supaya masalah yang ada itu diatasi sendiri oleh masyarakat. Jadi yang menjawab itu... yang mengetahui masalah dan yang menjawab masyarakat sendiri. *Nggak* boleh (fasilitator), [*oh nek ngono carane ngene* (kalau begitu caranya seperti ini) Pak] *nggak* boleh itu, semua masyarakat sendiri. Nah, ini yang sulit kadang-kadang, *nah* itu kita harus pancing-pancing *gitu*, *nah* itu seninya disana...mancing-mancing orang supaya bisa menyelesaikan masalahnya sendiri” (hasil wawancara dengan Bapak IW, 42 tahun, staf penanggung jawab program STBM Dinas Kesehatan Daerah Kab. Nganjuk, tanggal 17 Januari 2014)

Setelah melakukan proses mapping wilayah, untuk mengarahkan masyarakat agar sadar dan secara mandiri menyelesaikan permasalahan, fasilitator menggunakan beberapa pertanyaan yang disebut, menurut Bu RH (43 tahun) sebagai “bahasa pemicuan”. Bahasa pemicuan tersebut disesuaikan dengan bahasa, tata krama setempat dan permasalahan yang ada pada komunitas terpilih, yang diketahui pada tahap pra-pemicuan sebelumnya. Bahasa pemicuan yang digunakan dapat terkait dengan beberapa faktor, misalnya faktor keamanan dari kondisi lingkungan sanitasi di komunitas tersebut.

“nanti disana itu... memang bahasa pemicuan itu bahasa yang..bahasa yang ini... masyarakat itu...itu memang seperti yang tadi saya katakan masyarakat yang desa pilihan...desa yang kebiasaannya BAB di sungai. Jadi disitu nanti kita dipicu, kita tanya..kalau faktor lingkungan seperti itu, satu...kita pakai bahasa ‘sudah amankah?’ sudah amankah dengan kebiasaan seperti itu. kita cari tahu pernah mengalami contohnya terpeleset di sungai atau seperti itu. Kita mempunyai bahasa-bahasa seperti itu...itu kan sangat menohok sekali...” (hasil wawancara dengan Bu RH, 43 tahun, sanitarian Puskesmas Nganjuk/fasilitator Kabupaten, tanggal 25 Januari 2014)

Selain faktor keamanan lingkungan sanitasi dari komunitas yang dipicu, fasilitator dapat menggunakan rasa jijik atau faktor kesehatan dalam penggunaan bahasa pemicuan tersebut.

“mungkin pada waktu pemicuan itu, orang itu mungkin membuat orang itu jijik, itu akan keluar sendiri. Dengan rasa jijik itu, nanti hatinya nuraninya akan [oh *nggak* BAB sembarangan]. Masih banyak bahasa pemicuan dengan bahasa-bahasa seperti itu yang ‘menjijikkan’, terus yang ‘sudah amankah’, terus kadang nek daerah yang apa...dengan menunjukkan bahwa tinja itu bisa menyebabkan banyak penyakit, misalnya [pernahkah kena penyakit diare?].”

Fasilitator terkadang juga menggunakan rasa malu dan adat istiadat setempat guna menyadarkan masyarakat tentang pentingnya memiliki sarana sanitasi pribadi yang sehat. Seperti yang dicontohkan oleh Bu RH (43 tahun) pada wawancara berikut ini :

“...dengan rasa malu, pokoknya mengeluarkan kata-kata orang itu biar punya rasa malu seperti itu, [sekarang ibu punya anak gadis, yang masih gadis belum menikah. Kalau mau menikah punya besan, apakah nanti besan itu, kalau ibu ndak punya jamban, kalau pengen BAB itu mau diarahkan kemana? Apa ibu *ndak* malu?] nah itu bahasa-bahasa seperti itu. itu di acara pemicuan.” (hasil wawancara dengan Bu RH, 43 tahun, sanitarian Puskesmas Nganjuk/fasilitator Kabupaten, tanggal 25 Januari 2014)

Para peserta yang jika memungkinkan terdiri dari masyarakat yang menggunakan jamban permanen, semi permanen, dan yang tidak memiliki jamban atau yang melaksanakan OD/BABS juga dapat dimanfaatkan untuk memberikan

sudut pandang yang lebih luas bagi peserta pemician, terutama untuk peserta pemician yang melakukan BABS. Dari mencari perbedaan ketiga jenis peserta di atas maka masyarakat dapat belajar keuntungan dan kerugian dari pengalaman dalam menggunakan sarana sanitasi yang mereka miliki. Sehingga diharapkan di masyarakat dapat terjadi peningkatan kualitas sarana sanitasi keluarga, dalam hal ini jamban, ke arah yang lebih sehat.

“menggunakan jamban cemplung *kayak* apa rasanya, dibedakan dengan yang punya jamban *septic tank kayak* apa rasanya, [inginkah seperti itu?], *nah* itu bahasa-bahasa pemician itu seperti itu. jadi orangnya itu *mesti* anu...mbak...apa...terpicu. Jadi terpicu untuk ke arah, yang punya cemplung *malih* ke jamban septic tank.”

Pelaksanaan proses pemician belum tentu berjalan dengan lancar. Beberapa masyarakat terkadang memberikan respon yang kurang baik, dan mengganggu jalannya pemician. Pada saat itulah, peran pengarah alur sangat penting guna menegur masyarakat yang berusaha merusak jalannya pemician. Berikut ini Bu RH (43 tahun) menjelaskan strategi fasilitator untuk menangani masyarakat yang berusaha merusak jalannya acara pemician :

“orang yang merusak acara itu...orang itu kita ajak omong-omongan di luar, orang seperti itu...karena nanti acaranya rusak. Jadi orang seperti itu kita *ajak* ngomong sendiri..misalnya di luar acara itu. Kenapa kok seperti itu..pendekatan supaya...Misal *e wong* ngentahi (meremehkan), ditanyanya dia, itu *yo wes* ada teorinya ya...(tertawa)...misal *e* kalau orang *e* ngentahi *yo* ditanya, [*maksud e dhek e* ngentahi *wi* dia sudah punya apa belum jambannya dia sudah punya apa belum?] ditanya-tanya seperti itu *lah*. Jadi *carane* kita nanti mancing..mancing dari perkataan, supaya *dhek e* nanti mendekat ke situ, mendekat ke arah yang kita omongkan” (hasil wawancara dengan Bu RH, 43 tahun, sanitarian Puskesmas Nganjuk/fasilitator Kabupaten, tanggal 25 Januari 2014)

Tidak hanya orang yang mengacaukan acara pemician saja yang menghambat jalannya kegiatan, dalam proses pemician di masyarakat hal yang

paling dikeluhkan dan disayangkan oleh para fasilitator adalah pandangan masyarakat yang menganggap setiap program pemerintah itu pastilah berhubungan dengan bantuan atau subsidi. Tidak terkecuali pada program STBM Pilar 1, seperti pada pernyataan Bapak IW : “*image* masyarakat terhadap program ini, selalu mengharap bantuan” (hasil wawancara dengan Bapak IW, 42 tahun, staf penanggung jawab program STBM Dinas Kesehatan Daerah Kab. Nganjuk, tanggal 17 Januari 2014). Begitu pula dengan yang dinyatakan oleh Bapak M, beliau menyatakan bahwa selama pelaksanaan program ini “masyarakat *e* susah, pokok *e* minta bantuan, kalau *nggak* bantuan, tidak” (hasil wawancara dengan Bapak M, 48 tahun, wirausahawan sanitasi/ketua HAKLI, tanggal 21 Januari 2014). Bu RH (43 tahun), selaku sanitarian Kecamatan Nganjuk, selama pemucuan yang telah dilaksanakan di desa/kelurahan, beliau sering mendapat tanggapan seperti : “kadang ada yang ‘*tekok-tekok ngono ki ngekeki bantuan opo?*’ (tanya-tanya seperti itu, memberi bantuan apa?)’ *lha* kan kita memang tanya *tok*, orang lagi pemucuan” (hasil wawancara dengan Bu RH, 43 tahun, sanitarian Puskesmas Nganjuk/fasilitator Kabupaten, tanggal 25 Januari 2014).

Selain pola pikir masyarakat yang selalu mengharapkan bantuan, ada pula respon masyarakat yang sering muncul pada proses pemucuan yaitu mengenai susahnyanya meninggalkan kebiasaan BABS. Bapak IW dalam wawancara yang dilakukan peneliti menceritakan bahwa terdapat tanggapan seperti :

“sampai-sampai kalau misalnya mereka *nggak modol* di kali, *nggak iso* keluar. Ada yang seperti itu. ‘*Asik ya* di kali. Bisa sambil silaturahmi’ katanya, ngomong-ngomong dan sebagainya. Ya karena tadi, budayanya masyarakat... “[*alah...aku, bapak ku mbiyen yo biasane ning sawah, ning kali, aku yo biasane ning kali, anakku yo ora po po*], (saya, bapak saya dulu juga biasanya di sawah, di sungai, saya juga biasanya di sungai, ya

tidak apa-apa) misalnya, masalah seperti itu kan ya banyak ditemui”. (hasil wawancara dengan Bapak IW, 42 tahun, staf penanggung jawab program STBM Dinas Kesehatan Daerah Kab. Nganjuk, tanggal 17 Januari 2014)

Banyak tanggapan-tanggapan serupa yang ditemui pada saat pemicuan berlangsung seperti yang dialami oleh Bu RH berikut ini :

“[*halah bu aku ndhisik nang kali yo ra po po*], (bu saya dulu di sungai juga tidak apa-apa) nah itu kan perlu waktu...*ndak* bisa..*ndak* semudah membalikkan telapak tangan...kadang-kadang itu ada yang waktu dipicu ternyata di rumah itu sudah punya (jamban)...tapi ya *mentolo* (tega) gitu....ada itu karena situasi... misalnya waktu di sawah nah..*kepengen* BAB ya itu kadang. Itu lho mbak, makanya itu perlu dimonitoring terus” (hasil wawancara dengan Bu RH, 43 tahun, sanitarian Puskesmas Nganjuk/fasilitator Kabupaten, tanggal 25 Januari 2014).

Setelah masyarakat dipicu untuk memahami permasalahan sanitasinya,

biasanya akan mulai tercetus beberapa solusi seperti : “[*oh nek ngono kita carane kerja bakti aja kita bikin arisan, kita bikin ini*], berkembang itu nanti, dicatat semua itu nanti sama notulen”, (hasil wawancara dengan Bapak IW, 42 tahun, staf penanggung jawab program STBM Dinas Kesehatan Daerah Kab. Nganjuk, tanggal 17 Januari 2014). Bahkan dalam pemicuan, terkadang terdapat masyarakat yang terpicu untuk bersedia membangun jamban saat itu juga. Masyarakat yang terpicu untuk menjadi pelopor untuk membangun jamban di desa/kelurahan yang dipicu, disebut sebagai pioneer. Para pioneer tersebut akan diberikan apresiasi misalnya difoto atau diberi tepuk tangan, seperti pernyataan Bu RH : “penghargaan untuk yang nanti kepingin mbangun jamban, kita tunjukkan, kita beri *applause* tepuk tangan, kita suruh maju, kita foto seperti itu” (hasil wawancara dengan Bu RH, 43 tahun, sanitarian Puskesmas Nganjuk/fasilitator Kabupaten, tanggal 25 Januari 2014).

(4) Meminta Komitmen dari Masyarakat

Tahap terakhir dari pemicuan komunitas adalah meminta komitmen dari masyarakat agar mengubah perilakunya untuk menghentikan kegiatan BABS atau meningkatkan kualitas sarana sanitasi yang dimilikinya. Fasilitator akan memotivasi masyarakat untuk mempercepat terjadinya perubahan perilaku di masyarakat yang mendapatkan pemicuan. Berikut ini adalah penjelasan Bapak IW mengenai tahap dimana fasilitator meminta komitmen dari masyarakat yang dipicu :

“dibuatlah komitmen, komitmen dari masyarakat untuk berubah... membuat komitmen terhadap masalah mereka...[wuhh...kita siap berubah *nggih*, siap *nggih*], [kapan kira-kira ini bisa?], [sepuluh tahun, Pak], terserah dia, [kok *suwi banget* (lama sekali), disini kan ada banyak bambu, disini *kan* banyak ini...bisa *nggak* kalau dua tahun?], [oh ya nanti, kita usahakan, Pak], [oh *nggih* monggo]...dibangun komitmen...membuat komitmen” (hasil wawancara dengan Bapak IW, 42 tahun, staf penanggung jawab program STBM Dinas Kesehatan Daerah Kab. Nganjuk, tanggal 17 Januari 2014)”

Jika masyarakat sudah diminta komitmennya, maka selesailah rangkaian acara pemicuan komunitas. Namun, untuk mewujudkan komitmen masyarakat tadi, dibentuk komite STBM yang terdiri dari 5 orang yang dipilih langsung saat pemicuan maupun yang sudah dipersiapkan oleh perangkat desa/kelurahan setempat. Berikut ini adalah pendapat Bu RH mengenai pemilihan Komite STBM di desa/kelurahan yang dipicu :

“dipilih warga yang mau kerja kesana-kemari *ndak* keberatan, yang *ndak* selalu menuntut dana, atau orang yang berpengaruh di daerah itu. Ada yang sudah disiapkan oleh kelurahan, ada yang minta dipilih disitu, bervariasi, tapi kader itu mesti ikut dalam komite, orang yang *enteng-entengan biasane*” (hasil wawancara dengan Bu RH, 43 tahun, sanitarian Puskesmas Nganjuk/fasilitator Kabupaten, tanggal 25 Januari 2014).

Namun, Bapak M (48 tahun) berpendapat bahwa dalam pembentukan suatu komite STBM harus memiliki beberapa hal berikut ini : “jadi komite harus *yo* juga harus ada perangkat desanya, ada tokoh masyarakatnya, juga masyarakat. Jadi saling kolaborasi lima orang, nanti dipicu di kelas” (hasil wawancara dengan Bapak M, 48 tahun, wirausahawan sanitasi/ketua HAKLI, tanggal 21 Januari 2014). Komite STBM berperan sebagai pengawas, pengarah dan penanggungjawab akan keberlanjutan rangkaian program STBM Pilar 1. Komite STBM ini nanti akan diberi ilmu dan dilakukan pemicuan kembali oleh fasilitator pada tahap selanjutnya yaitu pemicuan kelas.

b) Pemicuan Kelas

Pemicuan kelas disini merupakan pelaksanaan pleno pemicuan kelas, acara pleno sendiri lebih bersifat resmi karena dihadiri pejabat dari kecamatan atau desa/kelurahan setempat. Setelah melalui seremonial seperti sambutan-sambutan atau pengarahan dari pejabat wilayah setempat, maka acara selanjutnya adalah presentasi kembali dari Komite STBM yang sebelumnya telah dipersiapkan dan di bantu oleh notulen.

“pleno pemicuan kelas itu baru saya ngomong, kepala desa ngomong, atau pak camat ngomong, ini agak resmi, tapi yang hadir disana kan cuma terbatas hanya komite saja 5 orang saja, 5 orang per desa atau 5 orang per dusun, kalau dikumpulkan paling 20 orang sama teman-teman fasilitator tadi. Baru dibuka Pak Camat atau Pak Lurah, baru saya ngomong menjelaskan tentang program ini, tanya apakah tamu-tamu ditempat njenengan tadi menawarkan bantuan atau nggak. Nah baru saya buka selesai, memberikan arahan tentang apa pentingnya program ini, baru ada juga teman fasilitator yang lain itu memicu lagi. [ayo tampil dusun ini, apa tadi yang disana, ayo tampil lagi] saya mengamati, pak Camat mengamati, kan seneng disaksikan pejabat seolah-olah ini serius, bukan seolah-olah memang ini serius ini, nah selanjutnya selesai 4 orang selesai semua, dibuatlah peta, ada gambar-gambar, contoh-contoh gambar

tentang...masyarakat sudah tahu bahwa ini bagian dari program pemerintah gitu ya. Beda ini, perlakuannya sudah beda waktu di kelas, seperti itu singkat ceritanya.”

Pada saat pemicuan kelas, maka para anggota komite secara tidak langsung akan saling memicu satu sama lain dan menetapkan komitmen mereka untuk mewujudkan status ODF di desa/kelurahan mereka.

“misalnya [aku sanggup *nutup* WC cemplung nanti setengah tahun Pak, selesai], nanti kan bisa ODF ya. Jadi tidak ada yang buang hajat sembarang tempat, setengah tahun. Setelah ada pemicuan kelas, dia janji-janji *engko* diserang *mbek*...[oh komunitas yang lain *aja* berani satu bulan, masa' *njenengan* enam bulan?]. Akhirnya terpicu lagi, '*oke*', *lha* akhirnya jadi 15 hari, bahkan sampai sehari untuk menutup bisa” (hasil wawancara dengan Bapak M, 48 tahun, wirausahawan sanitasi/ketua HAKLI, tanggal 21 Januari 2014)

Kegiatan pemicuan kelas juga merupakan cara untuk mengetahui antusiasme komite untuk mewujudkan status ODF di komunitasnya. Antusiasme komite tersebut dapat dilihat dari bagaimana komite tersebut menentukan jangka waktu bagi komunitasnya untuk ODF, ataupun dari strategi-strategi yang dicetuskan. Bu RH menjelaskan rangkaian kegiatan pemicuan kelas sebagai berikut :

“di acara terakhir kan kita beri tahapannya untuk mencapai ODF itu, kan ada komite, terus strategi, lha terus ada pioneer, lha itu nanti kalau memang dirinya tidak punya perhatian untuk ODF, ya tidak kita beri tanda. Kita bandingkan komunitas ini komunitas ini di satu lembar kertas, kita sampaikan juga, akhirnya apakah dia tidak malu, coba sekarang, sudah semua selesai empat komunitas ini, untuk ODF-ODF itu kan bisa dilihat, ada masyarakat yang coba-coba, ada yang menggebu-gebu dia mencoba mencapai ODF selama 2 bulan, ada yang seperti itu. kadang ada yang tidak ada tandanya blass...di terakhir acaranya itu gitu...di pleno itu. [gimana untuk komunitas ini, masih ada kesempatan untuk merubah gambar disitu], nah gitu...jadi kalau disitu komitenya ndak berani kita yo ndak berani. Itu kan juga memicu juga” (hasil wawancara dengan Bu RH, 43 tahun, sanitarian Puskesmas Nganjuk/fasilitator Kabupaten, tanggal 25 Januari 2014)

Setelah kegiatan pemucuan kelas selesai, maka disinilah peran wirausahawan sanitasi berlangsung. Wirausahawan sanitasi berperan untuk memberikan ilmu mengenai model jamban sehat, ataupun ilmu-ilmu lain seperti jalur sungai bawah tanah, dampak BABS, dan lain sebagainya. Walaupun kegiatan dari wirausahawan sanitasi ini bukan merupakan rangkaian utama kegiatan pemucuan, namun kegiatan tersebut sangat membantu para fasilitator untuk mengedukasi komite STBM lebih rinci lagi.

“Setelah dia presentasi, nah kita beri...tarung-tarung-tarung terus kan nggak mungkin enam bulan, akhirnya cepet..[aku lho Pak pengen mbangun jamban, solusinya gimana?], kita beri pengertian, kita beri ilmu tentang jamban sehat nah...[jadinya seperti ini, efek sampingnya seperti ini..bisa masuk ke sungai, bisa masuk ke sungai bawah tanah, dia bisa menyebar sampai 25 meter, apa njenengan nggak takut?]" (hasil wawancara dengan Bapak M, 48 tahun, wirausahawan sanitasi/ketua HAKLI, tanggal 21 Januari 2014)

Wirausahawan sanitasi juga membantu membimbing komite STBM untuk menjalankan strateginya untuk meraih ODF. Banyak strategi yang dapat ditempuh menanggulangi BABS dan meningkatkan akses jamban, antara lain seperti arisan jamban, memanfaatkan dana Koperasi wanita, atau melalui PNPM. Setelah disetujui memilih suatu strategi oleh komite, maka wirausahawan disini berperan memberi bimbingan pengarahan atau pembekalan ilmu..

“ngundang kita, suruh beri pengarahan. [Caranya *piye* arisan jamban *iku?*..*opo mesti* sistem jimpitan..apa mungkin sistem simpan pinjam pakai kopwan (koperasi wanita)’ di seluruh desa ada, atau kita mengajukan melalui PNPM, SP-nya PNPM bisa atau mungkin proyeknya PNPM bisa, ataupun melalui kredit jamban, bisa kredit jamban]. Kita sudah punya dua bank yang sanggup membiayai kredit jamban BPR dan BRI. Nanti masyarakat dimudahkan *ndak* ada uang muka, iurannya murah..” (hasil wawancara dengan Bapak M, 48 tahun, wirausahawan sanitasi/ketua HAKLI, tanggal 21 Januari 2014)

Selain mengarahkan masyarakat, wirausahawan sanitasi juga bersedia untuk melaksanakan pembangunan jamban sehat keluarga untuk masyarakat yang menginginkan jasa mereka. Harga yang ditawarkan juga diupayakan sangat terjangkau untuk masyarakat. Jenis jamban yang ditawarkan juga terdiri dari beberapa paket dari Rp 850.000 hingga Rp 1.300.000 dengan pengerjaannya yang sangat cepat. Produk yang ditawarkan oleh wirausaha sanitasi ini cukup diminati masyarakat.

“kalau kalian membuat *decode* dari toko, masih bocor karena getaran bumi, gerak bumi. Makanya kita solusikan, kita buat namaya jamban sehat..seperti ini...ini jamban sehatnya di daerahnya kita langsung tidak ada sambungan, cetak dilokasi 2 hari selesai. Paket ini bila membuat sendiri habisnya 2 juta, bila melalui komunitas kita hanya membayar 1.300.000, akhir e mau membangun jamban” (hasil wawancara dengan Bapak M, 48 tahun, wirausahawan sanitasi/ketua HAKLI, tanggal 21 Januari 2014)

Jadi pada pelaksanaan pleno pemicuan kelas tidak hanya dihadiri oleh komite STBM saja, namun dari petugas sanitarian, staf dinas kesehatan dan dari pejabat setempat seperti camat atau lurah./kepala desa. Komite STBM kembali mempresentasikan hasil dari pemicuan komunitasnya. Wirausahawan sanitasi disini ikut memberikan ilmu mengenai sanitasi lingkungan, namun dilakukan setelah rangkaian pleno pemicuan kelas berakhir.

5) Pelaksanaan Monitoring dan Evaluasi

Kegiatan monitoring dan evaluasi program STBM merupakan suatu tindakan pemerintah untuk senantiasa mengawasi atau memantau pelaksanaan maupun berbagai bentuk kemajuan di daerah yang sebelumnya mengalami pemicuan. Hasil monitoring nantinya akan menjadi bahan acuan untuk desa yang

telah dipicu apakah dapat dilakukan verifikasi ODF, atau justru harus mendapatkan evaluasi.

“Tapi kegiatan monitoringnya karena terbatas dengan dana, ya maksimal cuma tiga kali, cuma tiga bulan. Tapi sebenarnya in salah gitu lho, berhubung ini dananya terbatas sehingga monitoring hanya sebatas itu saja, tiga bulan setelah pemicuan. Tapi di lain kesempatan di bulan ke empat dan seterusnya, biasanya kalau ada pas acara pusling, acara apa gitu, kunjungan ke lapangan, ya mampir nanya nanti...” (hasil wawancara dengan Bapak IW, 42 tahun, staf penanggung jawab program STBM Dinas Kesehatan Daerah Kab. Nganjuk, tanggal 21 Januari 2014)

Sistem monitoring program STBM Pilar 1 di desa/kelurahan dilakukan oleh tenaga sanitarian yang bertanggung jawab pada wilayahnya masing-masing. Proses monitoringnya sendiri dapat dikatakan sangat fleksibel. Monitoring STBM Pilar 1 biasanya dilakukan *door-to-door* oleh sanitarian, atau bidan desa beserta komite desa secara bersamaan dengan monitoring aspek kesehatan lainnya. Sehingga, proses *monitoring* dapat menghemat biaya dan waktu sanitarian Kecamatan Nganjuk yang berjumlah 2 orang tersebut. Di Kecamatan Nganjuk, monitoring dan evaluasi dilaksanakan oleh Puskesmas Nganjuk dengan tenaga sanitarian yang berjumlah dua orang yang bertanggungjawab di 15 desa/kelurahan, seperti pernyataan Bu RH berikut ini : “yang monev itu ya kita sendiri, kita sendiri berdua...kadang kita juga minta didampingi perangkat, kadang kader...kader kesehatan lingkungan kan ada di desa-desa gitu...”. Hal yang sama juga dikatakan Bu Sd selaku ketua komite di salah satu desa sebagai berikut :

“mung aku, Bu RH, mbk Sly, karo koncoku sitok, konco komite kuwi, Pak Pr, lanang... lingkungan, PHBS, *pokok e amrih* pola hidup *e* masyarakat sehat *i piye*, dari mulai cuci, jamban, *sampek* jentik, *kambek* tandur-tanduran amrih anu piye? Pola hidup nang omah...” (hasil wawancara dengan bu Sd, 49 tahun, Kader Lingkungan/Komite, tanggal 30 Januari 2014)

Sedangkan untuk proses evaluasi pada program STBM Pilar 1 hanya dilaksanakan jika desa yang mendapatkan pemicuan hingga jangka waktu tertentu belum memenuhi komitmennya untuk segera ODF. Kegiatan evaluasi tersebut disebut sebagai Fasilitasi Penguatan Komite Desa yang belum ODF. Kegiatan tersebut hanya dihadiri oleh komite-komite desa yang masih belum meraih status ODF/SBS. Berikut ini hasil wawancara dengan Bapak IW (42 tahun) mengenai kegiatan fasilitasi penguatan komite STBM desa non-ODF :

“untuk memacu, mengakselerasi, jadi fasilitasi penguatan itu adalah sebuah langkah akselerasi mencapai ODF...pertama mengevaluasi pasca pemicuan hingga hari itu (hari pelaksanaan fasilitasi penguatan), kemudian dipicu lagi...diklat, tapi dikhususkan untuk komitenya saja, bukan warganya lagi...setahun belum juga ODF, kemudian ada evaluasi. Evaluasi *yo...dikumpulkan lagi komitenya ini, [hayo, piye? Dulu kamu bilangnya setahun, sekarang sudah setahun, kendalanya apa?]*, ditanya, dikumpulkan. Kegiatannya namanya fasilitasi penguatan komite desa yang belum ODF, jadi itu merupakan bagian dari evaluasi itu” (hasil wawancara dengan Bapak IW, 42 tahun, staf penanggung jawab program STBM Dinas Kesehatan Daerah Kab. Nganjuk, tanggal 17 Januari 2014)

Selain evaluasi komite desa yang belum meraih status ODF, evaluasi juga dilaksanakan oleh fasilitator. Bapak M (48 tahun) menjelaskan bahwa :

“setiap tahun kita kumpul lagi fasilitator, dikumpulkan di Kabupaten. Kita *refresh*, kemudian kita sampaikan apa masalahnya di lapangan, kendala-kendala [*oh enak e ngene...terlalu lama ini gini gini gini*], masuk, masukan-masukan untuk perbaikan tahun depan...Kita bekali ilmu, namanya sebagai fasilitator pemicuan. Jadi setiap tahun kita refreshing,” (hasil wawancara dengan Bapak M, 48 tahun, wirausahawan sanitasi/ketua HAKLI, tanggal 21 Januari 2014).

Jadi pelaksanaan monitoring setelah pemicuan hanya dilakukan sebanyak 3 kali selama 3 bulan. Kegiatan tersebut tidak hanya memonitoring kemajuan STBM saja, namun juga aspek-aspek kesehatan lainnya, yang dilaksanakan oleh sanitarian puskesmas bersama dengan komite STBM. Kegiatan evaluasi atau fasilitasi penguatan komite hanya dilaksanakan untuk komite STBM yang selama

periode waktu tertentu belum juga meraih status ODF. Kegiatan evaluasi juga dilakukan pada fasilitator kabupaten untuk meninjau kembali pelaksanaan kegiatan pemicuan dan pembekalan ilmu.

c. Pasca kegiatan program STBM Pilar 1 di komunitas yang terpilih.

1) Pasca Pemetaan Wilayah (*Mapping*) dan Identifikasi Masalah

Tujuan diadakan pemetaan wilayah adalah untuk menentukan tempat atau lokasi desa yang akan dipicu dan mengidentifikasi permasalahan sanitasi di desa/kelurahan setempat. Namun, ada manfaat lain yang didapatkan saat melakukan pemetaan wilayah, yaitu mengetahui karakter masyarakat desa/kelurahan sekitar. Dengan mengetahui karakter masyarakat sekitar, maka fasilitator selanjutnya dapat merencanakan pola atau model pemicuan yang akan digunakan. Berikut ini Bapak IW menjelaskan pentingnya tahapan mapping atau penentuan wilayah serta identifikasi masalah yaitu :

“jadi data-data mapping tadi, jadi mapping itu *wuah* penting itu, mapping itu penting, identifikasi masalah penting. Supaya nanti apa?..pada waktu pemicuan nanti itu orang itu enak ngomong. Contoh langsung ke pemicuan dulu sebentar, nanti balik lagi ke pra. Kenapa mapping itu penting, pada waktu si leader atau co-leader itu ngomong dia itu ngomong *ngocol*, *ngocol* itu apa ya Bahasa Indonesia-nya, *rodo' sak penak e dhewe* (seenaknya sendiri), tapi orangnya agamis, bubar itu nanti. Makanya kenapa pentingnya identifikasi masalah dan mapping itu, supaya orang tahu [oh kita menghadapi orangnya...] nek perlu kesana kita datang pakai songkok semua, baju koko gitu ya, menyampaikan dengan bahasa yang halus supaya langsung diterima. Nah kalau kita tidak tahu kondisi wilayah yang kita tuju ya kita *sak penak e dhewe nanti gitu lho*.” (hasil wawancara dengan Bapak IW, 42 tahun, staf penanggung jawab program STBM Dinas Kesehatan Daerah Kab. Nganjuk, tanggal 17 Januari 2014)

Jadi, setelah dilaksanakan kegiatan pemetaan wilayah dan identifikasi masalah, data yang diperoleh akan digunakan oleh fasilitator kabupaten untuk mengetahui karakter masyarakat dan lingkungan desa yang akan dipicu. Sehingga,

proses pemicuan dapat berjalan dengan lancar dan sesuai dengan tujuan akhir yang ingin dicapai yaitu masyarakat menjadi terpicu dan ingin merubah perilaku BABS mereka.

2) Pasca Koordinasi dengan perangkat desa/kelurahan dan warga

Tahap selanjutnya adalah melakukan koordinasi dengan Dinas Kesehatan. Kegiatan tersebut dilaksanakan oleh petugas kecamatan yang sebelumnya bertanggung jawab dalam pengumpulan data dan melakukan pendekatan atau koordinasi kepada perangkat desa/kelurahan dengan pihak Dinas Kesehatan. Peran Dinas Kesehatan disini adalah untuk menggerakkan fasilitator di seluruh kabupaten untuk melakukan kegiatan pemicuan. Kegiatan pemicuan dapat berupa permintaan dari pejabat lokal, agenda puskesmas dari dana BOK ataupun merupakan kegiatan dinas kesehatan yang dibiayai oleh APBD.

“kabupaten punya tugas untuk menkoordinasi teman-teman fasilitator kabupaten. Fasilitator kabupaten siap untuk digerakkan untuk...apa...program STBM Pilar 1. Misalnya di satu kecamatan dia mengadakan suatu pemicuan STBM dengan metode pendekatan CLTS tadi, maka dia mengirim surat ke kabupaten, ini yang pakai dana BOK ini...dana Bantuan Operasional Kesehatan, dia mengirim ke kabupaten kemudian dia kan sudah merencanakan tanggal sekian, kabupaten mensurati kepada seluruh fasilitator kabupaten. Jadi, perannya dinas kesehatan adalah mengkoordinasi fasilitator STBM kabupaten untuk bersama-sama berperan aktif di program STBM di kecamatan tadi.” (hasil wawancara dengan Bapak IW, 42 tahun, staf penanggung jawab program STBM Dinas Kesehatan Daerah Kab. Nganjuk, tanggal 17 Januari 2014)

Dinas kesehatan sebagai leader yang berperan untuk mengkoordinasikan dan melaksanakan program STBM juga dibantu oleh pihak swasta yaitu HAKLI (Himpunan Ahli Kesehatan Lingkungan). HAKLI memiliki beberapa peran dalam program STBM yaitu ikut mengkoordinasi sanitarian di seluruh kabupaten, koordinasi pembangunan jamban melalui HAKLI, dan mengawasi serta terlibat

dalam pemasaran mengenai lingkungan. Bapak M selaku ketua HAKLI menjelaskan langkah dan peran HAKLI dalam koordinasi persiapan pelaksanaan pemicuan program STBM sebagai berikut :

”Puskesmas ini mengajukan kegiatan yang namanya pemicuan gitu...atau mungkin dinas kesehatan sendiri ada kegiatan...kita mengajukan ke dinas kesehatan. Akhirnya, dinas kesehatan memberi surat ke puskesmas. Nanti saya nembusi lagi melalui SMS. Akhir e, dia datang, lokasinya dimana gitu...kita kompak kalau di Nganjuk. Ada suratnya juga...surat tertulis dan via sms. Nah jadi, kalau mungkin berhalangan...ya..contact. ‘wah gak bisa, ada kegiatan ini ini ini. Jadi koordinasinya seperti itu.” (hasil wawancara dengan Bapak M, 48 tahun, wirausahawan sanitasi/ketua HAKLI, tanggal 21 Januari 2014)

Jadi setelah menghimpun data dan berkoordinasi dengan pejabat setempat, petugas kecamatan berkewajiban untuk melapor kepada Dinas Kesehatan Daerah. Kemudian, Dinas Kesehatan Daerah menindak lanjuti dengan memberitahu dan mengkoordinasikan fasilitator kabupaten yang dibantu oleh HAKLI.

3) Kegiatan Pasca Pengumpulan Data dan Sarana Prasarana Kegiatan Pemicuan

Persiapan data dan sarana prasarana juga memiliki peran yang sangat penting dalam rangkaian kegiatan Pra-pemicuan program STBM Pilar 1. Pada tahap ini, data yang diperoleh dari awal proses mapping serta data pendukung akan dihimpun oleh petugas kecamatan untuk kemudian dikirimkan ke Dinas Kesehatan

“Jadi data sekunder tadi meliputi berbagai hal yang terkait dengan apa...misal tokoh agamanya siapa mendukung apa nggak, sikapnya bagaimana terhadap program ini itu...pra pemicuan itu penting supaya untuk suksesnya acara ini. Kalau selesai semua baru ke membuat surat kesini. Nah dinas kesehatan menyurati ke semua fasilitator di kabupaten ini untuk pada hari H datang ke daerah yang akan dipicu tadi” (hasil wawancara dengan Bapak IW, 42 tahun, staf penanggung jawab program STBM Dinas Kesehatan Daerah Kab. Nganjuk, tanggal 17 Januari 2014).

Sarana prasarana yang digunakan untuk mendukung pemucuan antara lain adalah bahan kontak. Bahan kontak tersebut nantinya akan menjadi sarana masyarakat untuk dapat berpartisipasi langsung dalam proses kegiatan pemucuan.

4) Kondisi Pasca Kegiatan Pemucuan

Kesuksesan program STBM Pilar 1 sangat ditentukan terhadap respon atau pergerakan dari masyarakat setelah mendapat pemucuan. Adanya perubahan pola pikir dan perilaku di masyarakat terhadap pentingnya menjaga kesehatan diri maupun lingkungan merupakan tujuan utama. Menurut Bapak IW saat ini telah ada pergeseran budaya dan pola pikir terhadap pola hidup bersih dan sehat di masyarakat.

“ada pergeseran budaya, artinya apa...masyarakat sudah mulai menghargai budaya hidup sehat, pergeseran cara pandang masyarakat terhadap kesehatan. Jadi mereka ini sudah welcome, sudah sangat open-mind terhadap program ini. Walaupun dalam tataran eksekusinya di lapangan, mereka kadang-kadang terkendala tadi apa...sosial ekonomi tadi. mereka sebenarnya [sakjane yo pengen pak, tapi ra nduwe duit]. Jadi sudah ada pergeseran”

Namun sejak tahun 2011, pelaksanaan program STBM Pilar 1 di Kecamatan Nganjuk mulai memperbolehkan dana dari luar untuk ikut membantu mensukseskan program ini. Namun, dana dari luar tersebut hanya bersifat stimulan saja, dan untuk warga yang ketika pemucuan ingin langsung membangun atau memperbaiki sarana jambannya, tetapi terkendala dana yang kurang. Seperti pernyataan Bapak IW berikut ini :

“sejak tahun 2011 itu, era sebelum STBM itu memang yang namanya bantuan itu haram hukumnya. Seiring dengan waktu berjalannya waktu, karena pendekatan CLTS belum memberikan dampak yang signifikan terhadap perilaku masyarakat, di era STBM ini pemerintah mulai mau memberikan bantuan stimulan untuk masyarakat yang sudah terpucu yang mau membangun namun masih terbentur dana, kendala keuangan tersebut.

Jadi, bukan mentah-mentah diberikan” (hasil wawancara dengan Bapak IW, 42 tahun, staf penanggung jawab program STBM Dinas Kesehatan Daerah Kab. Nganjuk, tanggal 21 Februari 2014).

Walaupun tidak seketika terlihat berdampak secara langsung pada lingkungan, namun dapat dirasakan manfaatnya perlahan-lahan, minimal dari lingkungan keluarga yang telah memiliki jamban sehat permanen yang layak. Ketika memiliki jamban sendiri, maka masyarakat dapat memiliki rasa tanggung jawab untuk senantiasa menjaga kebersihannya. Seperti pada pendapat Bu RH berikut ini : “jika ditarik ke rumah sendiri itu dia merasa memiliki. Kalau umumnya halah *dudu’ aku tok sing gawe* (halah bukan saya saja yang menggunakan), mereka jadi tidak merasa memiliki” (hasil wawancara dengan Bu RH, 43 tahun, sanitarian Puskesmas Nganjuk/fasilitator Kabupaten, tanggal 25 Januari 2014)

Kondisi pasca pemicuan, masyarakat cenderung ingin melakukan perbaikan pada sarana sanitasi/jamban yang mereka miliki. Dahulu masyarakat yang kurang mampu menggunakan Koperasi wanita sebagai sumber dana pinjaman yang kemudian perbaikan jamban mereka ditangani oleh wirausahawan sanitasi. Sayangnya, strategi peminjaman dana lunak ini kurang memiliki efek keberlanjutan, hanya bertahan selama satu periode saja pada tahun 2009. Bu Sd (49 tahun) menyatakan bahwa : “*pun diatasi PNPM kuabeh niki. Nak ning kopwan ora enek sing gelem, utang abot niku...saiki nik mbecak, tukang, bayaran e ko ndi?* (sudah ditangani PNPM semua ini. Kalau dari koperasi wanita tidak ada yang mau, hutang itu berat...sekarang kalau pekerjaannya tukang becak, tukang, bayarnya dari mana?)” (hasil wawancara dengan bu Sd, 49 tahun, Kader Lingkungan/Komite, tanggal 30 Januari 2014).

Walaupun tidak bertahan lama, namun strategi peminjaman lunak ini cukup membantu warga sebelumnya, dikarenakan angsurannya yang dirasa tidak memberatkan dan prosedurnya mudah, sesuai dengan pernyataan Bu Sy (31 tahun) berikut ini : “...daftar mawon teng bu anik, mboten nabung, ditumbasne teng mriko material. Ben wulan e mbayar e setunggal atus-setunggal atus, setahun.Nek sing mboten gadhah niku nggih seneng..kan mbayar e saged nyicil (daftar saja ke bu Anik, Koperasi wanita, tidak usah menabung, bahan materialnya dibelikan dari wirausahawan sanitasi. Setiap bulan membayar seratus ribu, selama setahun. Untuk orang yang tidak mampu ya senang...kan membayarnya bisa diangsur)” (hasil wawancara dengan bu Sy, 31 tahun, Warga, tanggal 11 Februari 2014)”

Sayangnya Ibu K dan Ibu Sy, keduanya tidak mengikuti pemecuan, namun memperoleh informasi dari kader lingkungan/komite maupun anggota koperasi wanita. Jadi, disini peran tokoh masyarakat diatas sangat membantu dalam mempromosikan dan mendukung program STBM Pilar 1. Ibu K menyatakan bahwa : “kulo kan mboten sumerep...kulo usul ngoten lho...daftar pokok e langsung dugi...ben wulan terus mbayar...kulo mbayar ping sedoso...daftar e piyambak nggih tekok bu e niki (kader lingkungan)..nggih to mbak (saya kan tidak tahu...saya usul begitu lho...daftar pokoknya, langsung datang (materialnya), setiap bulan terus membayar...saya membayar/mengangsur sepuluh kali...daftar sendiri...ya dari ibu ini (kader lingkungan)...ya kan mbak)” (hasil wawancara dengan ibu K, 48 tahun, Warga, tanggal 11 Februari 2014).

Berbeda dengan RW lain yang berdekatan dengan tempat tinggal Ibu K dan Sy, ternyata daerah tersebut telah mendapat bantuan dari dana PNPM untuk peningkatan kualitas sarana sanitasi. Walaupun telah dibantu dana anggaran PNPM, masyarakat cenderung untuk tetap melakukan swadaya dana, seperti yang dijelaskan Bu Sd mengenai jamban milik Bu Si berikut ini : “*ki mergo mbak e nyuwun sing gedhe pisan, jedhing sing gedhe* (ini karena mbaknya (warga) minta yang besar sekalian, kamar mandi/WC yang besar), tambah dana lagi, yang tuan rumahnya, bukan PNPM-nya...rata-rata begitu mbak biar lebih bagus gimana” (hasil wawancara dengan bu Sd, 49 tahun, Kader Lingkungan/Komite, tanggal 30 Januari 2014). Swadaya dana sebagai upaya untuk meningkatkan kualitas sanitasi keluarga juga dilakukan oleh Bu Mp berikut pendapatnya :

“*ki yo nambah aku mbak...dadi nambah paralon, nambah sapiteng* (septic tank), nambah lagi. *Kan paralon jatah 1, saya minta 2, terus sapiteng kan 4 (meter) saya 6 (meter) jadi nambah 2 (meter). Yo to mbak mesisan pokok e semua 600, saya sendiri kan mbak, saya beli sendiri to, pak tukang e dibilangi begitu, pas mbangun saya beli sendiri, disamakan gitu mbak, paralon sama ukuran, sapiteng sama (ini saya juga nambah mbak...jadi nambah paralon, nambah sapiteng kan 4 meter, saya 6 meter jadi nambah 2 meter. Iya kan mbak, sekaligus, pokoknya semua 600 (ribu Rupiah), saya sendiri kan mbak, saya beli sendiri, bapak tukang nya diberitahu (kalau nambah), waktu membangun saya beli sendiri disamakan ukurannya, paralon yang ukurannya sama, septic tank-nya juga)”* (hasil wawancara dengan bu MP, warga, 30 Januari 2014)



Gambar 15. sarana MCK pribadi lewat dana pinjaman Koperasi wanita (kiri) dan dana anggaran PNPM (kanan). (Sumber : Dokumentasi lapangan)

Masyarakat saat ini yang telah memiliki jamban, juga merasakan manfaat dari sarana sanitasi yang lebih baik. Perubahan perilaku dan pemahaman terhadap pentingnya memiliki sarana sanitasi pribadi yang layak dan bersih dapat dirasakan oleh pribadi dan secara tidak langsung berdampak pada lingkungan. Kenyamanan memiliki sarana jamban sendiri dirasakan oleh ibu Mp (45 tahun) yang dengan semangat menyatakan bahwa : “yo senang...senang anak-anakku...wuuuuu...tidak dibelakang, di rumah sendiri suueenang” (hasil wawancara dengan bu Mp, warga, tanggal 30 Januari 2014). Bu Sy (31 tahun) yang merasa tidak kerepotan lagi dalam mengatasi masalah sanitasi putra-putrinya yang masih kecil juga menyatakan bahwa : “*seneng, kathah manfaat e...mboten usah teng mbok tin, seneng faedah e kathah nggih an, anak e cilik-cilik gak usah bingung guwak telek e (senang, banyak manfaatnya...tidak perlu ke rumah Ibu tin, senang banyak faedahnya ternyata, anaknya masih kecil semua, tidak usah bingung kalau ingin membuang kotoran)* (hasil wawancara dengan ibu Sy, warga, tanggal 11 Februari

2014). Sedangkan Bu Sp menyatakan bahwa : “nyaman *aja mbak*, kalau biasanya kan *nopo nek* sakit *madharan ngoten* bingung *to*, *niki kan pun wonten* (nyaman saja mbak, kalau biasanya waktu sakit perut itu kebingungan sekarang kan sudah punya), (Bu Sp, warga, tanggal 19 Januari 2014). Bu K yang sebelumnya menggunakan jamban cemplung juga merasakan manfaatnya, seperti pada hasil wawancara berikut ini : “*nggih penak ngoten lho nggih...nek dalu nang ngisor pring kan wedi...panggen e cemplung e metu teng kalen..(ya nyaman begitu lho...kalau malam di bawah pohon bambu saya takut, tempat jamban cemplungnya di luar dekat sungai).*”

Selain manfaat yang dirasakan oleh warga setelah dapat mengakses dan memiliki jamban sehat keluarga sendiri, yang paling utama adalah adanya pemahaman maupun kesadaran terhadap pentingnya peningkatan sarana sanitasi keluarga dan kebersihan diri serta lingkungan. Bu Si setelah mengakses dan memiliki jamban keluarga sendiri, muncul perasaan memiliki sehingga beliau selalu senantiasa menjaga kebersihannya, seperti pada pernyataan berikut : “*niku pun* tiga hari *pun kula kuras niku...*(tiga hari sudah saya bersihkan jambannya), (hasil wawancara ibu Si, warga, tanggal 19 Januari 2014)”. Tapi sangat disayangkan bahwa masih ada anggota keluarga Bu Si yang masih menggunakan jamban cemplung, “*Nggih, ning omah dinglenahne ora gelem teng nggon kulo niku (tertawa). Tapi wonten air kok niku, dados e mboten mambu ngoten*” (Ya. Yang di rumah dibiarkan, tidak mau kalau menggunakan (jamban) punya saya itu. tapi ada airnya itu, jadi tidak bau begitu). Bu K (48 tahun) yang menggunakan dana Koperasi Wanita dan jasa wirausahawan, bahkan menambahkan bahwa :

“*nek WC cemplung niku nggih...piye ya...mambu..nek ngengek kan sumerep udet e nggih to nggih to...ketok kan...biyen kathah teng parit etan e sawah...ceplung sak niki pun mboten wonten...nek wonten sapi ne nggih campur tlethong...jemek* (kalau WC Cemplung itu bagaimana ya...bau...kalau buang air kelihatan belatungnya...ya kan ya kan...kelihatan...dulu banyak yang buang air sembarangan di parit di sebelah sawah...ceplung sekarang sudah tidak ada...waktu ingin BAB, ada sapi ya...campur dengan kotoran sapi...becek)” (hasil wawancara dengan bu K, warga, 11 Februari 2014). Ibu N (50 tahun) selaku RW setempat bahkan menyatakan :

“*wong WC itu kan kebutuhan pokok. Nanti panganan e enak iwak-iwakan tapi ngising ndek tanggane, kan ndak enak* (WC itu kan sudah menjadi kebutuhan pokok. Nanti makanannya enak, lauk ikan/ayam/daging, tapi buang air di rumah tetangganya kan tidak enak). Semua masyarakat..warga itu sadar dengan adanya gituan itu (pemicuan), kalau dia *ndak* punya jamban yang baik *tu* mengganggu lingkungan, terutama (untuk) bayi. Sekarang itu warga sudah sadar, *nggak* usah menanti bantuan, nyatane yo dadi...” (hasil wawancara dengan Bu N, 50 tahun , RW, tanggal 11 Februari 2014)

Menurut Bapak M (48 tahun), selaku ketua HAKLI, selama pelaksanaan program STBM, respon masyarakat di Nganjuk sangat baik. Setelah terpicu, masyarakat cenderung cepat tanggap untuk membangun atau memperbaiki sarana sanitasi yang dimiliki jika mengetahui bahwa terdapat variasi jamban sehat yang lebih terjangkau harganya. Masyarakat cukup antusias untuk memanfaatkan jasa dari wirausahawan sanitasi.

“setelah ada pemicuan...kita kerja di lapangan membangun jamban ini. Kalau sudah membuat jamban seperti ini didesa, satu aja mbangun, kita membuat percontohan satu aja mbangun, masyarakat responnya sangat luar biasa. Di desa kalau masuk 1 kali itu nggak mungkin pulang 1 kali, mungkin bisa sampai 5..sampai 10 yang mbangun...karena dia tahu mbangun mahal. Ini kok murah, cepet...’*aku gak siap opo-opo, cuma siap uang tok*’. Untuk pemberdayaannya seperti itu, jadi kita nggak perlu repot-

repot penyuluhan ulang. Dari pelanggan yang ini, *ngko diomongne dulur e, diomongne teman e...*” (hasil wawancara dengan Bapak M, 48 tahun, wirausahawan sanitasi/ketua HAKLI, tanggal 21 Januari 2014)

Jadi kondisi pasca pemicuan menunjukkan bahwa masyarakat mulai memperbaiki kondisi sanitasi pribadinya masing-masing dan sadar akan pentingnya memiliki sarana sanitasi yang layak. Antusiasme warga dapat terlihat dari banyaknya jumlah permintaan jasa untuk membangun jamban yang layak melalui wirausahawan sanitasi.

5) Pasca Kegiatan Proses Monitoring dan Evaluasi

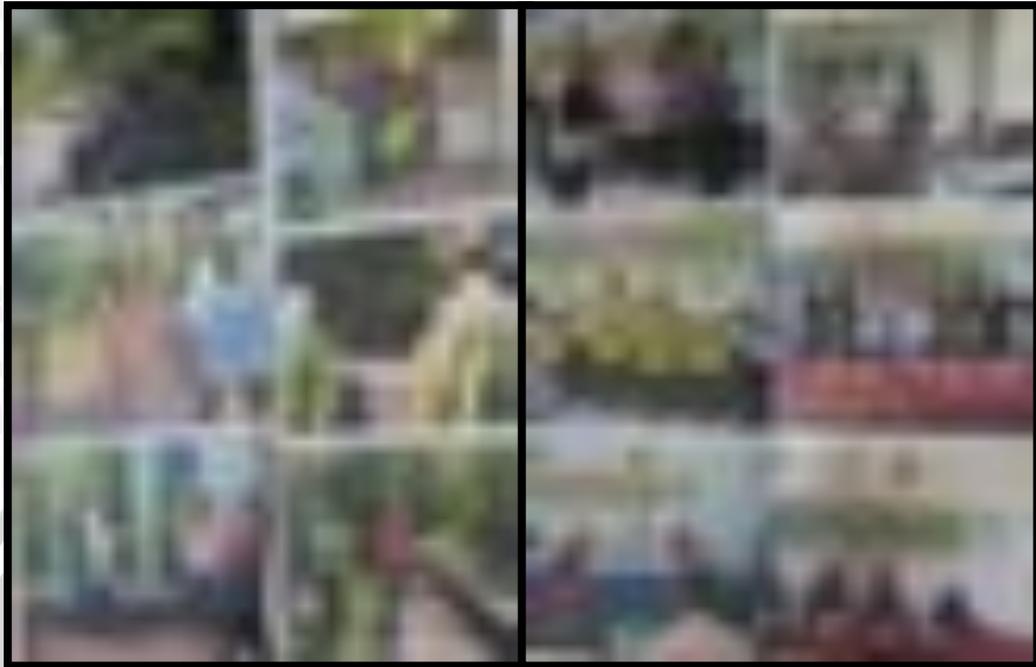
Jika selama pelaksanaan monitoring tersebut, tidak lagi ditemukan kejadian BABS, maka evaluasi atau penguatan komite STBM desa non-ODF tidak perlu dilaksanakan, melainkan langsung menuju pada tahap verifikasi desa yang akan dinyatakan ODF. Menurut Buku Saku Verifikasi STBM, yang dimaksud dengan proses verifikasi adalah serangkaian kegiatan penilaian yang dilakukan oleh tim verifikasi terhadap pernyataan bahwa telah terjadi perubahan perilaku. Proses ini dilakukan sebelum melakukan deklarasi desa STBM ataupun deklarasi desa Stop BABS. Tim verifikasi terdiri dari 3-5 orang, dengan menggunakan metode observasi dan wawancara. Jika telah memenuhi penilaian yang telah ditentukan, maka desa/kelurahan tersebut dapat dideklarasikan sebagai Desa ODF atau Desa SBS. Sesuai dengan pernyataan Bapak S beriku ini :

“saya (petugas kecamatan), Bu RH, orang STBM dua (fasilitator), terus dari desa lain. Jadi 5 orang itu terjun ke lapangan mengontrol per desa. Jadi, satu desa itu satu tim verifikasi desa ODF di Kecamatan Nganjuk tim verifikasi itu melaksanakannya selama 15 hari gitu...kan ada 15 desa. Jadi semua sudah difoto, diwawancarai ya kan ada pertanyaan-pertanyaannya, ditanya-tanya...ditanya jawab ini, di jawab Ya/Tidak, apa WC atau klosetnya ini sudah memiliki tutup atau tidak, ada yang WC-nya sudah bagus jadi nggak perlu tutup, kalau yang cemplung itu harus ditutup, tapi

keadaannya sekarang sudah banyak yang ditutup. Misalnya kalau dari 20 rumah ya, yang nggak ditutup paling tinggal 2-3 rumah yang belum ditutup...jadi sudah banyak kesadaran...sudah mementingkan kesehatan... di hubungi tim yo nggak merasa risih, [monggo Pak, sudah ini sudah pakai WC Pak, baru pak baru ini baru dibangun PNPM atau baru bangun sendiri] yah walaupun sederhana misalnya dengan cuma mungkin nggak ada atapnya tapi kan sudah punya jamban, terus yang pakai dengan wc plong itu tapi pakai tutupnya terus diperkuat dengan pijakan kayu juga. Ya kita brusuk-brusuk sampai mburi tapi orangnya sudah nggak risih lagi. (hasil wawancara dengan Bapak S, verifikator Kecamatan Nganjuk, tanggal 28 Januari 2014).

Berikut ini merupakan persyaratan yang menjadi bahan acuan untuk observasi dan wawancara verifikasi desa ODF menurut *Buku Saku Verifikasi STBM* adalah sebagai berikut :

- Lubang kloset memiliki tutup agar serangga tidak menyentuh tinja. Jika jamban leher angsa maka tutup tidak diperlukan lagi.
- Jarak pembuangan tinja ke sumur galian >10 m. Jika <10 m maka penampungan tinja harus kedap air. Contoh, septic tank beton, boifill, dll.
- Tempat jongkok (kloset) terbuat dari bahan yang kuat. Bukan terbuat dari bambu lapuk, atau kayu lapuk.
- Tinja bayi atau lansia (jika ada) dibuang ke dalam kloset (WC). Jika ada pembalut/Pampers maka diperlakukan seperti limbah padat.
- Setiap orang di dalam rumah menggunakan WC.
- Terdapat akses untuk *anal cleansing* (membersihkan dubur).



Gambar 16. (Kiri) Proses Verifikasi ODF, (Kanan) Deklarasi Desa ODF (Sumber : Puskesmas Kecamatan Nganjuk)

d. Pencapaian Pelaksanaan Program STBM Pilar 1 di Kecamatan

Nganjuk

1) Deklarasi Kecamatan Nganjuk sebagai Kecamatan ODF Pertama di Kabupaten Nganjuk.

Kecamatan Nganjuk merupakan kecamatan pertama yang telah dideklarasikan bebas dari buang air besar sembarangan pada akhir bulan Desember 2013 merupakan salah satu prestasi dari Kabupaten Nganjuk yang dapat dibanggakan, seperti pernyataan Bapak IW berikut : “Nganjuk sudah 100%...Nganjuk sudah ODF. Nah itu prestasi yang bisa kita raih, walaupun itu bisa dikatakan sebagai prestasinya STBM, jadi puncaknya keberhasilan STBM itu ya setelah Kecamatan Nganjuk sudah ODF” (hasil wawancara dengan Bapak IW, tanggal 17 Januari 2014) .

“akhirnya kita baru kemarin kita bisa deklarasikan satu kecamatan ODF. Dulu sarannya sebenarnya nlenkong...eh Jaticalen, sekarang tinggal 4-5 desa itu. Kemudian wilangan sasaran yang kedua nggak berhasil semua, ternyata Nganjuk itu luar biasa, ditambah juga dengan adanya desa berseri itu dia karena jadi sasaran juga akhirnya bisa ODF se-kecamatan ODF. Setelah ODF satu pilar nanti kita rencanakan ODF 5 pilar, tahun ini kita kerjasama dengan Lingkungan Hidup dan Dinas Kebersihan dan tata kota, dua dua nya mengangkat masalah lingkungan. Kita masuk disitu...” (hasil wawancara dengan Bapak M, 48 tahun, wirausahawan sanitasi/ketua HAKLI, tanggal 21 Januari 2014)

Walaupun Kecamatan Nganjuk telah mencapai status ODF, namun status ODF dapat dicabut, jika terbukti ada temuan atau laporan bahwa ada masyarakat yang kembali melakukan BABS. Maka dari itu perlu adanya suatu strategi untuk menghindari masyarakat untuk kembali melakukan BABS. Bu RH (43 tahun) selaku sanitarian Peskesmas Nganjuk, menyatakan strateginya agar masyarakat di Kecamatan Nganjuk tidak kembali melakukan BABS, yaitu :

“nanti kita dengan PNPM..PNPM yang masih itu kita tindak lanjuti lagi...kita yo ndak punya dana, untuk itu kita minta istilahnya..kita pendekatan...soalnya yang punya dana kan orang PNPM itu..kita ngejak dari pengurus PNPM untuk membantu...kan dananya ada to..misalnya PNPM yang dia sudah nggak punya apa istilahnya sudah nggak punya eee...daerah yang perlu untuk dibangun...menawa dia sudah kesulitan, kita ajak pengurus PNPM nanti. Pada waktu monitoring dan evaluasi kan kita ajak juga pengurus PNPM, sudah strategi itu, nanti pengurusnya PNPM tahu, nanti mereka bisa dibantu dengan dananya PNPM,. Kita kan bisanya cuma ngomong tok itu, nggak ada dananya. Strateginya ya nanti yang tidak punya-tidak punya itu kita pendekatan dengan pengurusnya PNPM... untuk anggaran 2014 saya itu mau mengusulkan untuk dana monitoring kan pemicuannya sudah selesai, jadi istilahnya kan kita sudah ODF...sudah dilaksanakan tapi masih ada PR-PR itu..tetep kita monitoring...nanti kegiatan 2014 itu sekalian untuk pilar selanjutnya” (hasil wawancara dengan Bu RH, 43 tahun, sanitarian Puskesmas Nganjuk/fasilitator Kabupaten, tanggal 25 Januari 2014)

Jadi deklarasi Kecamatan Nganjuk sebagai kecamatan ODF pertama di

Kabupaten Nganjuk merupakan suatu prestasi dari pelaksanaan program STBM.

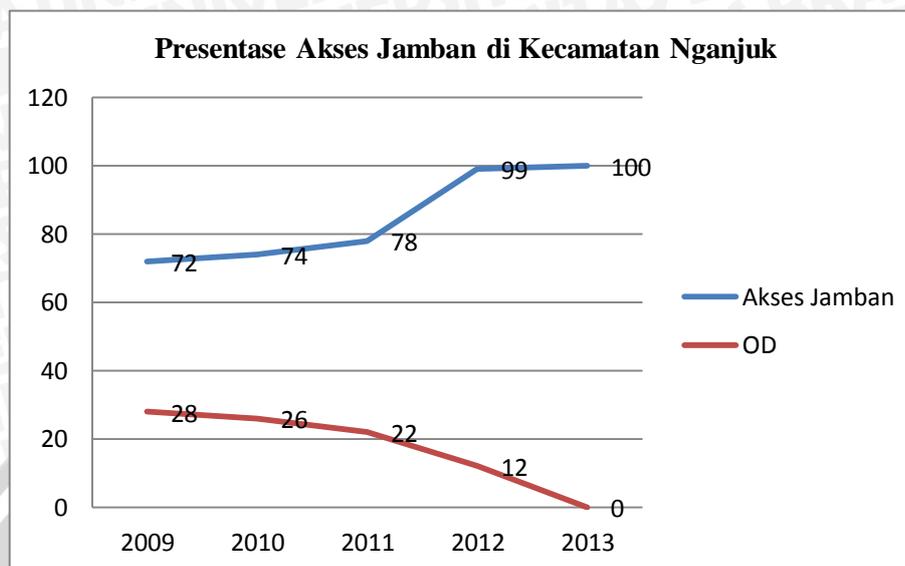
Walaupun begitu, para pihak yang terlibat telah merencanakan berbagai strategi

untuk pencapaian 5 pilar STBM Kecamatan Nganjuk antara lain dengan cara alokasi dana kepada proses monitoring, kolaborasi dan koordinasi dengan dinas serta program lain.

2) Akses terhadap sarana sanitasi dasar (jamban) dan kasus penyakit diare.

Program STBM Pilar 1 memiliki tujuan jangka panjang berupa adanya perubahan PHBS di masyarakat. Namun, perubahan perilaku merupakan indikator yang pencapaiannya membutuhkan waktu yang cukup lama. Untuk menuju tujuan akhir yaitu perubahan PHBS, program STBM Pilar 1 ini diyakini sebagai landasan utama kesuksesan pencapaian pilar-pilar selanjutnya. Diraihnya status ODF Kecamatan Nganjuk pada program STBM Pilar 1 ini dapat dilihat dari semakin meningkatnya jumlah akses dan kepemilikan jamban serta menurunnya kasus penyakit diare. Kondisi yang terjadi di Kecamatan Nganjuk secara tidak langsung juga mempengaruhi jumlah akses jamban keluarga yang terjadi di seluruh kabupaten Nganjuk selama pelaksanaan program STBM Pilar 1, namun hal tersebut tidak sejalan dengan jumlah desa yang telah berstatus ODF/SBS.

“akses jamban penduduk periode 2008 sampai 2013 ini meningkat terus, jadi seiring dengan berjalannya program SToPS maupun STBM itu, berjalan pula peningkatan akses jamban, tetapi walaupun sudah meningkat tapi tidak sejalan dengan peningkatan ODF. Tahun 2008 program ini dimulai, kita punya akses masih 57%, akses jamban keluarga...seluruh kabupaten kemudian tahun 2009 itu meningkat jadi 62% jadi ada peningkatan sekitar 5%, setelah adanya program SToPS (STBM), tapi ODF masih kecil. Kemudian tahun 2010 meningkat lagi menjadi 66% meningkat 4% ya...kemudian lagi setelah 2010..ke 2011 naik lagi 71% se kabupaten ya, kemudian setelah 71% ini *rodo' seret rodo' seret* ini yang belakang. 2012 meningkat lagi jadi 79%, sekarang 2013 jadi 81,3%” (hasil wawancara dengan Bapak IW, tanggal 17 Januari 2014)



Gambar 17. Presentase Akses Jamban di Kecamatan Nganjuk (Sumber : Dinas Kesehatan Daerah Nganjuk, Bidang P3KL)

Dari chart diatas menunjukkan akses jamban di kecamatan Nganjuk yang terus mengalami peningkatan sehingga pada tahun 2013 mencapai 100% penduduk. Akses jamban sempat mengalami peningkatan yang signifikan di tahun 2012. Semula di tahun 2011 jumlah kepala keluarga yang telah akses jamban sebesar 12596 KK menjadi 17445 KK, mengalami kenaikan sebesar 4849 KK.

Meskipun di Kecamatan Nganjuk telah mencapai akses jamban sebesar 100%, namun tidak semua warga memiliki jamban sendiri (sharing). Jamban sharing tersebut biasanya hasil dari pembangunan gotong royong, maupun pembangunan fisik berupa WC Umum dari program pemerintah seperti SLBM atau PNPM dan seringkali terkendala masalah pemeliharaan. Sedangkan masyarakat yang masih menggunakan jamban secara bersama atau sharing masih merupakan pekerjaan rumah untuk pelaksanaan program STBM Pilar 1 di tahun 2014 sesuai dengan pernyataan Bu RH berikut :

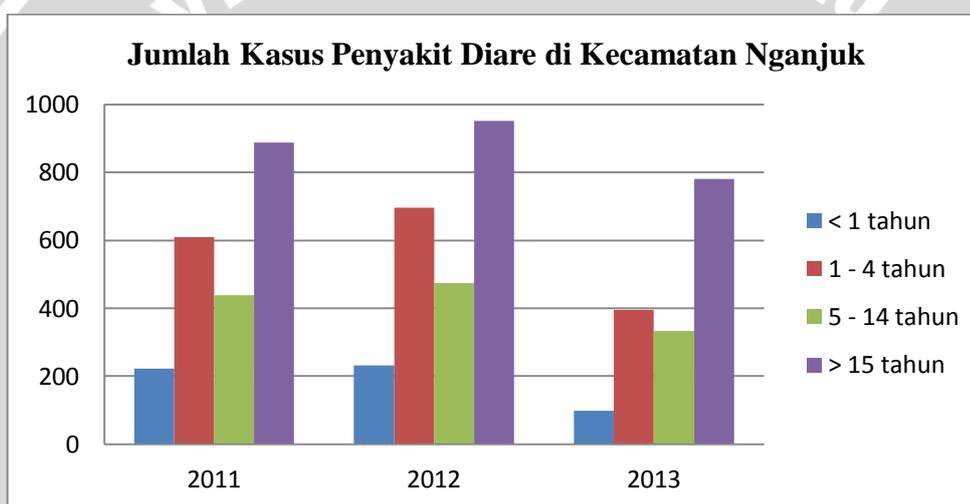
“soalnya memang kan kita didukung dengan umum-umum-umum dari PNPM. PNPM itu kan dulu ndak boleh untuk pribadi to. Makanya untuk umum. Sebenarnya kalau saya menyarankan, umum itu pemeliharaannya yang susah. Itu nanti kan akhirnya jadi monumen ya to...? Walaupun sudah sudah selesai semua, kita kan tetep monitoring, ini kan masih ada yang sharing juga...jadi ini bukan kepemilikannya sendiri, ini kan akses. Walaupun sudah memiliki WC umum, berarti sudah termasuk akses, tapi dia kan ndak memiliki sendiri...ya..kepemilikan dengan akses kan beda. Kita punya PR-nya ya yang sharing itu” (hasil wawancara dengan Bu RH, 43 tahun, sanitarian Puskesmas Nganjuk/fasilitator Kabupaten, tanggal 25 Januari 2014)

Tabel 6. Kemajuan program STBM Pilar 1 di Kecamatan Nganjuk (Sumber : Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Nganjuk, P3KL, Seksi KesLing)

	2011	2012	2013
JSP	14926	15345	15593
JSSP	2508	2110	2145
<i>Sharing</i>	2199	2412	2364
ODF	269	35	0

Selain untuk meningkatkan akses dan kepemilikan jamban sehat, tujuan utama program STBM Pilar 1 ini diharapkan agar masyarakat dapat berdaya, dan menjaga kondisi sanitasi diri dan lingkungannya dari penyakit, seperti diare, yang sering menyerang lingkungan yang tidak bersih dan sehat. Setelah dideklarasikan sebagai kecamatan pertama yang meraih status ODF di Kabupaten Nganjuk, dapat dilihat dari data grafik dibawah ini menunjukkan jumlah kasus penyakit diare di Kecamatan Nganjuk selama kurun waktu 3 tahun terakhir yang menimpa laki-laki maupun perempuan. Pada akhir tahun 2013, yaitu saat kecamatan Nganjuk resmi dideklarasikan, menunjukkan penurunan kasus penyakit diare diberbagai lapisan umur masyarakat. Namun dalam prosesnya, dapat dilihat bahwa di sepanjang tahun 2012, kasus penyakit diare mengalami peningkatan di semua cakupan umur. Padahal laporan akses jamban sebelumnya terdapat peningkatan akses jamban

keluarga di masyarakat, hal ini juga menunjukkan bahwa masyarakat masih mengalami *cultural shock* atau keterkejutan terhadap adanya pergeseran budaya sanitasi yang sebelumnya. Jadi sangat memungkinkan bahwa masih ada yang melakukan praktek BABS namun tetap mengakses jamban. Peningkatan kasus diare tersebut dapat juga merupakan akibat jangka panjang dari tercemarnya kondisi lingkungan yang berasal dari kebiasaan BABS yang dilakukan masyarakat sebelumnya.



Gambar 18. Jumlah Kasus Penyakit Diare di Kecamatan Nganjuk periode tahun 2011-2013 (Sumber : Dinas Kesehatan, bidang P3KL)

2. Faktor pendukung dan penghambat yang mempengaruhi selama proses pelaksanaan program STBM Pilar 1:

a. Faktor Pendukung

1) Koordinasi dan Kualitas Fasilitator Kabupaten

Pelaksanaan program STBM Pilar 1 di Kecamatan Nganjuk yang telah berhasil meraih status ODF tentu tak terlepas dari dukungan-dukungan berbagai pihak terkait. Fasilitator kabupaten merupakan aktor utama dapat dilakukan

kegiatan pemucuan di Kecamatan Nganjuk hingga sekarang telah mencapai status Kecamatan ODF/SBS. Bu RH (43 tahun) menjelaskan bahwa kesuksesan kecamatan Nganjuk meraih ODF merupakan hasil dari hubungan dan koordinasi antar fasilitator yang sangat membantu satu sama lain.

“sesama fasilitator itu justru banyak membantunya. Hambatannya ya cuma kalau *nggak* hadir itu, jadi kita teman-teman fasilitator, [*ngko nek pemucuan ojo tempuk, ngko nek tempuk-tempuk ngko kesulitan* (nanti kalau pemucuan jangan tumpang tindih, nanti kalau tumpang tindih, nanti kesulitan)], *dirembug* (dimusyawarahkan) dulu jadwalnya, *gitu lho*. Jadi kita kalau ada pemucuan, kita kumpul dulu ke Pak IW sana, apa acaranya HAKLI, atau apalah, kalau kita ketemu itu kita rundingkan jadwalnya itu *yo* itu, biar *nggak* tempuk, sangat membantu fasilitator, banyak membantu.” (hasil wawancara dengan Bu RH, 43 tahun, sanitarian Puskesmas Nganjuk/fasilitator Kabupaten, tanggal 25 Januari 2014)

Bapak M (48 tahun) juga merasa tidak adanya kendala yang berarti dalam mengkoordinasikan fasilitator di seluruh wilayah kabupaten Nganjuk, selain dari kurangnya SDM tentunya. Sebagai salah satu wirausahawan sanitasi, beliau juga merasa tidak khawatir akan persaingan antar wirausahawan sanitasi di Nganjuk. Beliau menyatakan bahwa telah ada koordinasi yang baik antar wirausahawan, agar tidak terjadi persaingan yang tidak sehat dan mencegah adanya kesalahpahaman.

“kalau antara sesama fasilitator tidak ada kendala, terus antara sesama pengusaha jamban sama-sama orang sanitarian, (juga) tidak. Kita ada pembagian wilayah, misalnya wilayah utara *sing nggarap kae*, wilayah *iki sing nggarap iki*, *ngko nek enek garapan ko kidul*, *orderan e soko kono*, *sing nggarap yo kita ngono* (yang mengerjakan sebelah sana, wilayah ini yang mengerjakan)...ada pembagian wilayah seperti itu” (hasil wawancara dengan Bapak M, 48 tahun, wirausahawan sanitasi/ketua HAKLI, tanggal 21 Januari 2014)

Program STBM sangat dipengaruhi oleh aspek sumber daya manusia yang sangat berperan penting pada proses pemucuan di lapangan yang disebut fasilitator atau dalam hal ini Fasilitator Kabupaten. Fasilitator tersebut terdiri dari tenaga

sanitarian dan tenaga kesehatan puskesmas yang handal dibidangnya serta memiliki semangat yang tinggi dalam menjalankan tugasnya, sehingga rangkaian kegiatan dalam program STBM, seperti pemicuan, dapat berjalan dengan lancar. Walaupun secara global pendanaan program ini dirasakan masih tidak mencukupi untuk biaya operasional program STBM, namun dalam melaksanakan rangkaian program STBM Pilar 1 ini, sangat diperlukan adanya kebersamaan antar fasilitator, seperti pendapat Bapak IW berikut :

“tenaga-tenaga yang profesional..jadi *the right man in the right place*-nya...sudah tepat..Fasilitator kabupaten perannya memang militansinya luar biasa...Fasilitator kabupaten itu...*Wuiiss*...Siapa yang mau disuruh data di Jatikalen sana dapat 20 ribu, rela dia dari pagi sampai jam 3 untuk dampingi masyarakat...Kenapa? Panggilan hati. Itu bagian daripada pengabdian mereka. Wuuhh...militansinya bagus... kebersamaan diantara kami kita tumbuhkan...itu bahwa..kalau ini adalah pekerjaan kita bersama. *Wis nggak* perlu melihat ‘dananya nggak ada’, *wes* itu kampungan. Bicara terus kaya gitu nggak maju-maju ya...ya” (hasil wawancara dengan Bapak IW, 42 tahun, staf penanggung jawab program STBM Dinas Kesehatan Daerah Kab. Nganjuk, tanggal 17 Januari 2014)

Berawal dari sumber daya manusia yang profesional tersebut, terciptalah inovasi beberapa teknologi yang sangat membantu dalam pemicuan maupun dalam kegiatan pemasaran sanitasi dalam memenuhi *demand* terhadap sarana jamban sehat yang murah. Banyak inovasi yang dihasilkan oleh para sanitarian dan wirausahawan sanitasi yang juga merangkap sebagai fasilitator kabupaten. Salah satunya adalah Bapak M selaku ketua HAKLI serta wirausahawan sanitasi di Kabupaten Nganjuk. Beliau sebagai salah satu wirausahawan di wilayah Kabupaten Nganjuk sangat berperan terhadap kegiatan pemasaran, promosi, serta inovasi di bidang sanitasi. Beberapa inovasi yang diciptakan antara lain alat yang digunakan untuk mendeteksi keberadaan sungai bawah tanah. Namun Beliau

menjelaskan bahwa untuk menjadi wirausahawan sanitasi yang bersertifikat biasanya harus melalui pelatihan dari lembaga/intansi yang khusus menangani pelatihan atau edukasi mengenai pembangunan jamban sehat.

“Kalau di Jawa Timur, sudah ada yang namanya APSANI. APSANI itu Asosiasi Pemberdayaan dan Pengelolaan Sanitasi di Indonesia. Itu, tugas dia, sebagai mitra pemerintah di dalam pembangunan jamban ini. Disuruh memberi pelatihan materi...pelatihan-pelatihan untuk wirausaha jamban. Jadi, ada orang dari kabupaten, dengan dia mengundang tenaga yang kan dijadikan tenaga wirausaha jamban, itu dilatih yang namanya APSANI. Itu sudah dipercaya Kemenkes...jadi pakai alat seperti ini, kita ajari, dipakai namanya pendulum, ini nanti dia jalan, gerak sendiri menuju ke arahnya air, alat ini..ini namanya *bio electroda*, ini untuk mendeteksi air bila itu tercemar oleh tinja. Bila airnya bisa (menyebabkan lampu) berpijar ini, itu banyak bakterinya disitu. Bila *padhang* (terang) seperti ini, tidak ada bakterinya. Punya alat ini takut, A (merek air minum kemasan) aja masih, apalagi yang paling jelek C (merek air minum kemasan).. kadang kala dipakai, lihat orangnya didaerah mana. Orang biasanya *uangel dikongkon mbangun* (susah disuruh membangun) jamban..nah kita bawa, kita buat *sample* ini. Alat ini, kita buat..kita ajak jalan-jalan orang yang dipicu itu.” (hasil wawancara dengan Bapak M, 48 tahun, wirausahawan sanitasi/ketua HAKLI, tanggal 21 Januari 2014)

Dukungan beberapa teknologi diatas dalam kegiatan pemucuan sangat berpengaruh terutama di saat masyarakat yang dipicu sulit untuk termotivasi agar mengubah perilaku kesehatannya. Banyak penelitian dari Bapak M yang didanai oleh Bank Dunia yang kemudian diterapkan di dalam beberapa program sanitasi, salah satunya program STBM Pilar 1.

2) Adanya regulasi dari Pemerintah Pusat

Pelaksanaan Program STBM telah mendapatkan dukungan regulasi ditingkat pusat yaitu Peraturan Kemenkes RI No. 852/Menkes/SK/IX/2008 tentang Strategi Nasional STBM. Peraturan Kementerian Kesehatan diatas merupakan salah satu upaya agar program STBM ini dapat membantu pencapaian MDG Goal 7. Bapak IW menyatakan bahwa :

“sangat terbantu dengan adanya MDGs itu...yang goal 7 itu, untuk mencapainya ditunjang dengan program STBM ini. Semua dana dikerahkan termasuk dana BOK...pemerintah daerah sudah berupaya menganggarkan lebih dari tahun ke tahun...walaupun masih belum banyak ya...tapi sudah berupaya” (hasil wawancara dengan Bapak IW, 42 tahun, staf penanggung jawab program STBM Dinas Kesehatan Daerah Kab. Nganjuk, tanggal 17 Januari 2014).

Selain Peraturan Kemenkes RI No. 852/Menkes/SK/IX/2008 tentang Strategi Nasional STBM, menurut website resmi program STBM (www.stbm-indonesia.org), regulasi yang terkait program ini yaitu :

- Peraturan Presiden No 5 tahun 2010 tentang RPJMN 2010-2014
- Buku RPJMN 2010-2014
- Instruksi Presiden No 3 tahun 2010 tentang Program Pembangunan yang Berkeadilan
- Peraturan Menteri Kesehatan No 60 tahun 2010 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2010-2014
- Surat Edaran Menteri Kesehatan Nomor 132 tahun 2013 tentang Pelaksanaan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM)

b. Faktor Penghambat

1) Kurangnya Respon dari Pemerintah Daerah Kabupaten Nganjuk

Kurangnya dukungan maupun respon dari pemerintah daerah Kabupaten yaitu berupa belum adanya regulasi yang kuat untuk mengatur pelaksanaan program STBM Pilar 1. Belum adanya dukungan regulasi dari pemerintah daerah, dalam hal ini pemerintah kabupaten, dirasakan oleh Dinas Kesehatan selaku *leading* dalam pelaksanaan program STBM Pilar 1 sebagai salah satu faktor penghambat terhadap terbentuknya komitmen dari pejabat lokal maupun pejabat pada dinas lain. Seperti yang dikemukakan oleh Bapak IW (42 tahun), selaku penanggungjawab program STBM di Dinas Kesehatan bidang Kesehatan Lingkungan berikut ini :

“belum ada regulasi yang mengikat, terhadap program STBM ini. Belum ada SE Bupati, belum ada Surat Keputusan Bupati, belum ada Perda-nya, belum ada PerBup. Regulasi itu, terkait dengan Perda, Edaran, itu belum ada. Sehingga ini membuat orang-orang, sektor-sektor lain juga tidak ambil pusing gitu lho.. walaupun ditingkat pusat sudah ada Permenkes-nya to? Sudah ada SK-nya, sudah ada edaran dari Menteri Kesehatan, sudah ada dari gubernur, sudah ada. Tapi, sayangnya untuk tingkat kabupaten ini belum ada regulasinya. Dalam hal ini, letak kesalahannya dimana? Sakjane sing salah yo aku, karena apa? kurangnya advokasi dari kami, atau juga barangkali advokasi dari Tim Pokja tadi..Pokja Sanitasi yang sudah kita bentuk itu...sehingga tidak mampu melahirkan regulasi yang mendukung, menunjang program ini...sehingga program ini terkesan agak lambat... disini (Seksi Kesehatan Lingkungan) tidak punya kepala seksi, jadi seperti anak kehilangan induk *gitu lho*...anaknya hebat-hebat, induk *e gak enek*, nggak ada yang membimbing, tidak ada yang mengadvokasi ke atas tentang hebatnya temen-temen, malah mereka diakui dimana-mana” (hasil wawancara dengan Bapak IW, 42 tahun, staf penanggung jawab program STBM Dinas Kesehatan Daerah Kab. Nganjuk, tanggal 17 Januari 2014)

Dalam proses wawancara, peneliti mencoba membandingkan dengan salah satu program dari Dinas Kesehatan yang telah memiliki regulasi kuat dari pihak kabupaten, sehingga antusiasme masyarakat terhadap program tersebut begitu tinggi. Program yang bertujuan menanggulangi gizi buruk ini terbilang belum lama dalam pelaksanaannya dibandingkan dengan program STBM Pilar 1, namun telah mendapat dukungan regulasi dan diawasi langsung oleh Ketua PKK Kabupaten yang tidak lain adalah istri dari Bupati Nganjuk. Bapak IW (42 tahun), berpendapat bahwa :

“karena dianggap program ini tidak seksi. Program ini tidak punya daya ungkit yang luar biasa. Karena apa?... susah. Merubah perilaku ini gak ketok...nek Gentasibu kan penak, hari ini kurus kering, tiga bulan lagi gemuk...nah..ya *nggak*..sehingga orang berpikir ‘oh sukses dia’..nah kalau ini program perilaku, hari ini modol di kali, 10 tahun lagi modol di kali juga...sulit...jadi tidak langsung dirasakan manfaatnya seolah-olah. Sehingga ini tidak menjadi program yang seksi...yang mempunyai daya ungkit. Tetapi kalau secara teori bahwa derajat kesehatan ditentukan oleh lingkungan, lingkungan memiliki pengaruh yang sangat besar terhadap lingkungan. Tetapi ditatanan prakteknya...wahhh...karena tidak dianggap

program yang seksi sehingga tidak ditunjang oleh regulasi dari pihak terkait, dalam hal ini bupati... puncaknya pada tahun 2010 Pak Bupati itu lho diundang, kami serombongan di undang di J (salah satu stasiun TV), diwawancarai fasilitator, mendapat penghargaan, sayangnya kok dapat apa...dapat bantuan itu cuma bantuan bikin pencetak base beton 10 biji” (hasil wawancara dengan Bapak IW, 42 tahun, staf penanggung jawab program STBM Dinas Kesehatan Daerah Kab. Nganjuk, tanggal 17 Januari 2014)

Belum adanya peraturan pemerintah daerah yang mengatur dengan jelas pelaksanaan program STBM Pilar 1 di wilayah Kabupaten Nganjuk, berdampak pada kurangnya kolaborasi lintas sektoral maupun lintas program. Program STBM Pilar 1 seharusnya dapat menjadi program yang terpadu dan mengkolaborasikan instansi/lembaga yang memiliki tujuan yang sama untuk saling mendukung dan melengkapi satu sama lain. Program ini cenderung dianggap hanya tanggung jawab Dinas Kesehatan saja, sesuai dengan pernyataan Bapak IW (42 tahun) selaku penanggungjawab program STBM di Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Nganjuk berikut ini :

“Program ini masih dianggap..*minded* miliknya Dinas Kesehatan. Ini adalah..apa..selalu berpikir ini milik orang kesehatan. Jadi, koordinasinya berat. Kalau *leading*-nya Kesehatan, iya betul. Tetapi, sebenarnya saya rasa semuanya bisa. Contohnya PU, Dikpora, Kecamatan, PLKB..di Kabupaten demikian..ada Bappeda kalau ditingkat kabupaten. Untuk menjabatani ini sebenarnya ada yang namanya Pokja Sanitasi. Tetapi sejauh ini, untuk Program...karena produk sanitasi begitu luas cakupannya, sehingga kemudian di bidang STBM Pilar 1 ini belum bergerak masihan..ya masih banyak hal..PR yang harus diperbaiki..” (hasil wawancara dengan Bapak IW, 42 tahun, staf penanggung jawab program STBM Dinas Kesehatan Daerah Kab. Nganjuk, tanggal 17 Januari 2014)

Kendala yang sama juga dikemukakan oleh Bapak M (48 tahun), bahwa dinas lain seperti Dinas Pekerjaan Umum, dan Dinas Lingkungan Hidup belum ikut bekerjasama untuk mengkolaborasikan programnya yang juga memiliki

tujuan yang sama dengan program STBM Pilar 1, yaitu perbaikan dan pemeliharaan sarana sanitasi.

”selama ini, di Nganjuk terjadi tiga...di PU punya program yang namanya SANIMAS. Setelah dibangun, kayak apa? Siapa yang mengawasi? Gak ada. Hanya mbangun-mbangun tok. Sasaran bangunannya jelek, gak tepat tempatnya. Itu kan sendiri dia, ga punya tenaga di lapangan. Kemudian orang lingkungan hidup, punya program sama-sama dinas kesehatan, ngapain ketiga-tiganya nggak mau kolaborasi, sama, kita angkat bareng. Mungkin kalau kamu punya dana, nanti evaluasinya (dinas) kesehatan, karena punya orang lapangan yang namanya sanitarian. Ngapain nggak mau kerjasama?. Orang *udruk-udruk* (kerja sendiri-sendiri). Ngapain payah-payah dia kerja sendiri...” (hasil wawancara dengan Bapak M, 48 tahun, wirausahawan sanitasi/ketua HAKLI, tanggal 21 Januari 2014)

Bapak IW juga menyatakan bahwa kendala yang sama juga dialami di tingkat kecamatan :

“kecamatan juga mempunyai kendala yang utama adalah ya sama hampir sama...yaitu koordinasi. Koordinasi dengan kecamatan tadi...kalau kami di kabupaten tadi dengan Bapedda, dengan PU dengan Dikpora. Kecamatan juga begitu, dengan camatnya, dengan PLKB, dengan Dikpora apa.. tempatnya..lintas sektornya...” (hasil wawancara dengan Bapak IW, 42 tahun, staf penanggung jawab program STBM Dinas Kesehatan Daerah Kab. Nganjuk, tanggal 17 Januari 2014)

Bapak IW menyatakan bahwa program ini juga mengalami kendala koordinasi di dalam internal Dinas Kesehatan sendiri. Akibatnya, tenaga dari bidang P3KL yang berjumlah tiga orang cukup kewalahan untuk mengkoordinasikan maupun melaksanakan rangkaian kegiatan di program STBM Pilar 1. Bapak IW juga sangat menyayangkan bahwa bidang-bidang di internal Dinas Kesehatan belum berperan dan mau mengkolaborasikan programnya dengan program STBM Pilar 1 ini.

“Lintas program itu, contoh program... apa namanya.. kunjungan rumah... apa.. program penemuan kasus penyakit tertentu, itu tidak bisa sinergi dengan monitoring program STBM..bidang P3KL ini belum bisa mengkolaborasi program ini dengan bidang yang lain. Contoh, masih jalan

sendiri-sendiri, masih ada ego sektor maupun ego program contoh, pada waktu bidang kesga (Kesehatan Keluarga) atau bidang yankes (Pelayanan Kesehatan) sana sedang turun ke lokasi ke masyarakat untuk mengobati pasien apa..gitu..seharusnya bisa juga disinggung ‘bagaimana dengan pemicuan kemarin?’, kan seharusnya begitu. ‘*Ora sempet*’, alasan *e. Ngurusi urusan e dhewe-dhewe* (“Tidak sempat”, alasannya. Mengurusi urusannya sendiri-sendiri). Kemudian hal seperti itu tidak sempat tersampaikan, tapi sebenarnya *kan* bisa?...ini kan memang sebuah program yang terpadu seharusnya, Tetapi bukannya tidak bisa. Kendala utama adalah koordinasi...koordinasi lintas sektor maupun lintas program tingkat kabupaten.” (hasil wawancara dengan Bapak IW, 42 tahun, staf penanggung jawab program STBM Dinas Kesehatan Daerah Kab. Nganjuk, tanggal 17 Januari 2014)

2) Keterbatasan Tenaga Kesehatan yang terlibat

Program STBM Pilar 1 sangat bergantung pada sumber daya manusianya, dalam hal ini fasilitator yang terjun langsung ke masyarakat pelaksanaan kegiatan pemicuan maupun monitoring dan evaluasi. Keterbatasan tenaga tidak hanya dialami pada saat di lapangan saja, namun juga di internal Dinas Kesehatan. Saat ini, di bidang P3KL hanya terdapat 3 orang yang bertanggungjawab di program STBM Pilar 1 ini. Sehingga, seringkali monitoring di tingkat bawah menjadi terhambat, Seperti yang disampaikan oleh Bapak IW (42 tahun) berikut ini :

“yang menyampaikan di temen-temen di puskesmas...tenaga di tingkat kita kurang..bimtek-nya. Bimbingan teknis ke daerah. Tenaganya kurang. Ini Cuma tiga orang ini...kalau pas puncak-puncaknya..wes ora nate duduk disini, jalan terus. Jadi, tenaganya kurang. Kurang gregetnya, kurang orangnya juga, kurang semangatnya juga. Jadi karena memang terlalu banyak yang di ayah-i...Jadi, harusnya kalau monitornya melambat, itu harusnya kan kita ingatkan terus ya [ayo bagaimana ini, apakah sudah] ini kurang...kendalanya karena terbatasnya tenaga dan melakukan pembinaan, bimbingan teknis terkait dengan program” (hasil wawancara dengan Bapak IW, 42 tahun, staf penanggung jawab program STBM Dinas Kesehatan Daerah Kab. Nganjuk, tanggal 17 Januari 2014)

Selain di Dinas Kesehatan, keterbatasan tenaga juga terdapat pada fasilitator kabupaten pada saat melakukan kegiatan pemicuan. Hingga saat ini, tercatat sekitar 35 orang tenaga fasilitator yang masih aktif berperan dalam

rangkaian kegiatan program STBM Pilar 1. Tenaga fasilitator kabupaten Nganjuk sebagian besar mempunyai tugas atau jabatan rangkap sehingga seringkali pada saat pemucuan tidak dapat hadir dikarenakan berbenturan dengan kewajiban jabatannya yang lain. Selain itu juga disebabkan oleh vakumnya tenaga fasilitator di Kecamatan. Setiap kali ada kegiatan pemucuan komunitas desa/kelurahan di Kecamatan Nganjuk, maka hanya akan mengandalkan peran serta dari fasilitator kabupaten saja. Tenaga fasilitator memiliki kontribusi peran yang sangat besar pada saat proses pemucuan, jadi dengan terbatasnya fasilitator akan berdampak pada kegiatan dan perkembangan atau kemajuan program ini.

“karena mereka ini tugasnya bukan hanya sebagai fasilitator, seringkali pada waktu pemucuan yang harusnya mereka datang..nggak bisa datang. Sehingga harusnya satu komunitas itu di krukong wong limo akhir e cuma tiga orang (dikeroyok orang lima, akhirnya hanya tiga orang). Itu kan sangat berpengaruh menghadapi orang 40 itu, tiga orang kadang-kadang juga kewalahankalau dulu kan tahun 2008, 2009 bisa sampai 100 orang. Sehingga idealnya, setiap kecamatan itu, dia menyelenggarakan sendiri atau minimalnya kalau tidak bisa menyelenggarakan sendiri bisa cukuplah kiri kanan saja, dari kecamatan kiri kanan saja [hei minta tolong minta tolong]. Berhubung di kecamatan sudah tidak aktif, sehingga akhirnya apa...mereka ini minta bantuan Dinas Kesehatan untuk mengkoordinasi fasilitator supaya membantu bersama-sama di tempat pemucuan itu” (hasil wawancara dengan Bapak IW, 42 tahun, staf penanggung jawab program STBM Dinas Kesehatan Daerah Kab. Nganjuk, tanggal 17 Januari 2014)

Kurangnya sumber daya manusia, dalam hal ini sanitarian kecamatan, sangat mempengaruhi proses monitoring pasca pemucuan. Kecamatan Nganjuk yang terdiri dari 15 desa/kelurahan, proses monitoring hanya diserahkan pada 2 orang sanitarian saja, Bu RH dengan Bu Sh. Namun, dengan keterbatasan tenaga tersebut seharusnya menjadikan tenaga sanitarian yang ada untuk dapat memanfaatkan komite desa/kelurahan yang telah dipilih pada saat pemucuan STBM secara maksimal untuk membantu proses monitoring. Bu Sd selaku ketua

komite STBM desa/kelurahan menyatakan bahwa :*“sing mubeng yo mek aku, pak PO kuwi...terus e...yo mek wong loro kuwi...yang tiga? Ogak. Soal e Bu RH sing dijujuk yo aku, karo mbak Sh, dadi budhal yo budhal (yang turun ke lapangan ya cuma saya, Bapak PO itu, terus...ya cuma dua orang itu...yang tiga? Tidak. Soalnya, Bu RH selalu datang ke saya, jadi berangkat ya berangkat)”*. (hasil wawancara bu Sd, Kader Lingkungan/Komite, tanggal 28 Januari 2014).

Jadi keterbatasan tenaga kesehatan tidak hanya terjadi di internal Dinas Kesehatan, namun juga terjadi fasilitator kabupaten dan tenaga sanitarian puskesmas Kecamatan Nganjuk. Namun kurang maksimalnya koordinasi antara sanitarian dengan komite STBM maupun peran komite itu sendiri juga turut menjadi penghambat.

3) Pendanaan relatif masih kecil

Hambatan yang paling umum terjadi pada suatu program pemerintahan adalah pada masalah pendanaan. Hal yang sama juga dengan program STBM Pilar 1. Menurut Bapak IW (42 tahun) selaku penanggung jawab Program STBM Dinas Kesehatan, secara global anggaran dari pemerintah Kabupaten Nganjuk untuk program ini relatif masih kecil, terutama dari dana APBD. Walaupun setiap tahunnya mengalami kenaikan, beliau merasa jika untuk melaksanakan pemician di seluruh desa/kelurahan di Kabupaten Nganjuk yang berjumlah 284 desa/kelurahan masih belum mencukupi. Mayoritas pendanaan program ini sangat bergantung pada dana BOK (Bantuan Operasional Kesehatan). Dana APBD Pemerintahan Kabupaten Nganjuk untuk program Sanitasi Total Berbasis

Masyarakat (STBM) Pilar 1 dirasakan masih belum mencukupi, sehingga berdampak pada sedikitnya jumlah cakupan desa yang dipicu

“kalau kita anggarannya sangat kecil, intinya dananya masih sangat kecil, memang ada perubahan, peningkatan, saya masuk sini (tahun 2011), anggarannya 25 juta, kalau kemarin itu 75 juta, sekarang naik 125 juta saja. Untuk merubah perilaku masyarakat yang supaya berperilaku hidup bersih dan sehat itu, khusus di bidang program STBM itu, dengan dana sekian mencakup 284 desa itu sebuah kerja yang...bukan mustahil tapi sebuah kerja yang ...beratlah menurut saya. Tapi dengan dana yang sedikit itu, kita upayakan, kita tunjang dengan dana BOK, Bantuan Operasional Kesehatan, jadi dana yang dari APBD II yang terbatas itu ditunjang oleh dana BOK. Sehingga muncul-lah 171 desa itu yang bisa dipicu, kalau mengandalkan dana dari APBD II ya hanya 20 desa maksimal, nggak sampai 20, 4 sampai 5 desa saja boleh dikata, sekali pemicuan itu 4 komunitas 1 desa, hanya 5 desa saja setiap tahun jika memakai dana dari APBD” hasil wawancara dengan Bapak IW, 42 tahun, staf penanggung jawab program STBM Dinas Kesehatan Daerah Kab. Nganjuk, tanggal 17 Januari 2014)

. Di lain kesempatan, Bapak IW juga menjelaskan bahwa pemerintah belum bisa memanfaatkan potensi CSR untuk membantu mensukseskan pelaksanaan program STBM pilar 1 ini :

“bupatiya memang masih enggan memanfaatkan CSR ini untuk pembangunan jamban to. Tapi kalau Mojokerto, Bojonegoro, Lumajang, Lamongan, Kediri, Madiun...wahhh CSR-nya luar biasa itu, ratusan juta. Tapi kalau khusus Nganjuk...nah anehnya apa? Orang Kediri, Mojokerto, Bojonegoro, Lamongan yang ngerjakan itu orang Nganjuk, lho aneh ndak? Yang ngerjakan orang Nganjuk! Pak M itu ngerjakan di Madiun sana, Pak Sumadi ngerjakan di Kediri, di Mojokerto, Bojonegoro, gitu lho. Karena mereka disini tidak difasilitasi, CSR-nya nggak mau masuk kesini,” (hasil wawancara dengan Bapak IW, 42 tahun, staf penanggung jawab program STBM Dinas Kesehatan Daerah Kab. Nganjuk, tanggal 21 Februari 2014).

C. Analisis dan Interpretasi

1. Implementasi program Sanitasi Total berbasis masyarakat di Kecamatan Nganjuk

a. Persiapan Pelaksanaan kegiatan pada program STBM Pilar 1

Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat merupakan program pembangunan kesehatan dari pemerintah yang bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dengan cara mengubah pola perilaku hidup bersih dan sehat melalui 5 pilar pencapaian yang berujung pada terciptanya sanitasi total yang telah didukung dengan Peraturan Kementerian Kesehatan RI No. 852/Menkes/SK/IX/2008 tentang Strategi Nasional STBM. Metode yang digunakan dalam program ini adalah metode pemicuan (*triggering*) dari pendekatan CLTS yang berfungsi sebagai suatu upaya pemberdayaan masyarakat agar memahami dan mengatasi permasalahan sanitasi. Program STBM pada pilar pertama memiliki tujuan untuk menghentikan kejadian buang air besar sembarangan (atau Stop BABS) yang membawa dampak buruk pada kondisi kesehatan dan lingkungan yang sesuai dengan konsep *Eco-Development* yang disampaikan oleh para ahli seperti Riddell, Glaeser dan Sachs (dalam Colby, 1991:204). Blum (dalam Soejoeti, 2008:2) menyatakan bahwa derajat kesehatan manusia dipengaruhi oleh 4 faktor utama yaitu lingkungan, perilaku, gaya hidup, dan pelayanan kesehatan. Namun, dari empat faktor diatas, lingkungan dan perilaku adalah faktor yang dominan diantara yang lainnya. Pada program STBM Pilar 1 yang bertujuan untuk menghentikan buang air besar sembarangan (BABS) ini selain memiliki tujuan mengubah perilaku masyarakat, juga secara tidak

langsung memperbaiki kondisi lingkungan, dengan cara menghentikan praktek BABS yang dapat membawa akibat jangka panjang berupa pencemaran lingkungan, serta sumber penyakit.

Sesuai dengan UU No. 32 tahun 2004, bahwa permasalahan sanitasi juga merupakan tanggungjawab daerah. Dari hasil penelitian, kabupaten Nganjuk mulai menerapkan program STBM pada tahun 2008-2009 melalui sosialisasi dan pelatihan fasilitator, menghasilkan 100 orang sebagai fasilitator yang terdiri dari berbagai bidang dan tingkat pemerintahan. Namun, dalam perjalannya terjadi penurunan jumlah fasilitator, hingga saat ini hanya berkisar 35 orang fasilitator dari tingkat kabupaten yang masih berperan aktif dalam kegiatan pemucuan. Permasalahan diatas sesuai dengan pernyataan Prasodjo (2004:11), karena pendekatan pemberdayaan masyarakat memiliki jangka waktu atau proses yang cukup lama, sehingga seringkali menyebabkan adanya diskontinuitas pada aktor-aktor yang terlibat, dalam hal ini fasilitator, yang dapat disebabkan karena kurangnya koordinasi dan dalam pelaksanaannya yang cenderung sporadis.

Sebelum melaksanakan kegiatan inti dari program STBM Pilar 1 yaitu kegiatan pemucuan, perlu dilakukan suatu langkah persiapan. Pra-pemucuan merupakan sebutan dari langkah persiapan dalam program STBM yang memiliki peran penting, yang dijelaskan oleh Bapak IW sebagai kegiatan untuk mendapatkan gambaran kondisi sosial budaya dari masyarakat serta data-data statistik dari desa/kelurahan yang menjadi sasaran pemucuan. Dapat disimpulkan pelaksanaan pra-pemucuan dibagi menjadi 3 tahapan yaitu :

- pemetaan wilayah (mapping) dan identifikasi masalah;

- koordinasi dengan pejabat maupun masyarakat lokal;
- persiapan data sekunder dan sarana prasarana kegiatan pemicuan.

1) Persiapan Pemetaan Wilayah (*Mapping*) dan Identifikasi Masalah

Pemetaan wilayah dan identifikasi masalah bertujuan untuk mendapatkan lokasi pemicuan dengan cara melihat kondisi lingkungan, sosial budaya, dan permasalahan sanitasi masyarakat yang akan dipicu. Aktor yang terlibat dalam tahap ini adalah petugas dari kecamatan Nganjuk. Metode yang digunakan, sesuai dengan pedoman (*Handbook*) dari pendekatan CLTS, adalah observasi lapangan secara langsung untuk melihat kondisi secara geografis dan sosial, serta mencari kemungkinan adanya kejadian BABS. Sasaran masyarakat yang akan dipicu menurut Bapak M (48 tahun) ditargetkan dan harus melibatkan masyarakat dengan kondisi sarana sanitasi yang bervariasi, yaitu yang memiliki jamban permanen, semi permanen, dan masyarakat yang melakukan BABS. Maka oleh Bapak IW (42 tahun), pada kegiatan *mapping* dan identifikasi masalah, indikator dalam memilih sasaran komunitas yang akan dipicu harus memperhatikan : kesiapan masyarakat dan perangkat desa/kelurahan, permasalahan pada kondisi sosial budaya atau lingkungan yang menjadi penyebab ditemukannya praktek BABS di masyarakat.

Pemetaan wilayah dan pengidentifikasian masalah sangat menuntut ketelitian dan kompetensi dari petugas Kecamatan, karena dituntut untuk memperoleh data sebanyak mungkin yang ada di lapangan secara spesifik sesuai dengan pendapat Suharto (Suharto, 2009:82) mengenai tujuan utama *social mapping*. Maka petugas kecamatan yang bertanggungjawab dalam tahap ini

hendaknya harus jeli serta menguasai kemampuan komunikasi dengan masyarakat sekitar terutama menggunakan bahasa lokal akan sangat mengoptimalkan pengumpulan data, sehingga dapat memudahkan pengidentifikasian masalah secara langsung dari warga dan sekaligus mengetahui tipe masyarakat yang dihadapi melalui gaya bicara atau bentuk komunikasi apapun yang berkembang di lapangan. Jika diperlukan, maka sebaiknya petugas kecamatan juga dapat memanfaatkan bantuan pihak swasta seperti LSM, organisasi kesehatan lingkungan atau meminta pendampingan dari perwakilan warga sekitar, sehingga tidak hanya masalah faktor geografis atau lingkungan yang dapat diketahui, namun faktor lain seperti keadaan sosial (misalnya pekerjaan masyarakat), budaya (misalnya acara adat istiadat, acara keagamaan, dll), dan potensi alam serta masyarakat sekitar yang dapat digunakan sebagai pendukung program ini, data yang diperoleh menjadi maksimal dan spesifik.

2) Persiapan Koordinasi dengan perangkat desa/kelurahan dan warga

Koordinasi dengan perangkat desa/kelurahan merupakan tahap dimana petugas kecamatan memberikan advokasi mengenai kejadian atau temuan-temuan di lapangan yang memerlukan perhatian pemangku kepentingan setempat untuk segera mendapat tindak lanjut, sesuai dengan pernyataan Bapak IW (42 tahun) saat wawancara. Saat melakukan koordinasi tentunya akan diperlukan data-data yang mendukung yang dapat digunakan untuk meyakinkan perangkat desa/kelurahan setempat agar memberikan ijin maupun bantuan dalam bentuk apapun demi kelancaran kegiatan pemetaan. Data tersebut dapat diperoleh dari kegiatan sebelumnya yaitu pemetaan wilayah (mapping) dan pengidentifikasian

masalah. Dari hasil wawancara dengan bapak S selaku petugas di kecamatan Nganjuk dapat disimpulkan bahwa advokasi antara petugas kecamatan dan pemangku kepentingan terkait juga dapat menjadi suatu langkah persiapan, terutama bagi desa/kelurahan, untuk mencari kesepakatan dan menentukan waktu, tempat serta kemungkinan untuk membentuk komite STBM yang nantinya akan berpartisipasi saat dan setelah kegiatan pemicuan.

Kegiatan koordinasi dengan perangkat desa/kelurahan ini merupakan suatu upaya untuk menciptakan lingkungan yang kondusif sebelum dilaksanakan kegiatan pemicuan. Sesuai dalam Peraturan Kementerian Kesehatan RI No. 852/Menkes/SK/IX/2008 tentang Strategi Nasional STBM yang menjadi salah satu dari pokok kegiatan untuk meningkatkan dukungan pemangku kepentingan. Tujuan dari kegiatan ini adalah agar program STBM ini dapat menjadi sarana pemangku kepentingan di tingkat desa/kelurahan untuk ikut mengupayakan perilaku hidup bersih dan sehat dengan jalan membangun kemitraan dan meningkatkan kapasitas. Namun, dalam upaya advokasi ini mungkin dapat diupayakan tidak hanya petugas kecamatan saja yang terlibat.

3) Persiapan Data dan Sarana Prasarana Kegiatan Pemicuan

Persiapan data dan sarana prasarana kegiatan pemicuan disini juga memiliki peran yang sama pentingnya dengan dua kegiatan sebelumnya. Kegiatan ini berfungsi untuk melengkapi data primer dari proses pemetaan wilayah (mapping) dengan data sekunder berupa data statistik dan surat-surat pendukung lainnya. Berdasarkan hasil penelitian dan wawancara dengan Bapak IW (42 tahun) dan Bu RH (43 tahun), beliau sama-sama menyatakan bahwa kegiatan ini akan

mempermudah upaya fasilitator saat kegiatan pemicuan berlangsung. Dari wawancara diatas juga dapat diambil kesimpulan bahwa secara garis besar data yang diperlukan antara lain : data kependudukan seperti jumlah KK; data sanitasi di desa/kelurahan terkait yang terdiri dari jumlah pemilik jamban (permanen, cemplung/semi-permanen, dan sharing), jumlah kejadian dan pelaku BABS. Sedangkan sarana dan prasarana yang dimaksud adalah benda-benda yang akan digunakan pada saat dilakukan pemicuan, yang dijelaskan oleh Bapak IW (42 tahun) berupa bubuk kapur, alat tulis. Benda-benda tersebut bertujuan sebagai sarana partisipasi masyarakat yang dipicu agar tercipta adanya pembalikan pembelajaran, dimana masyarakat menjadi subyek pembelajaran untuk menganalisis dari sudut pandang mereka sendiri seperti yang disampaikan oleh Chambers (dalam Shah, 1999:3.2).

4) Persiapan Kegiatan Pemicuan

Pemicuan merupakan kegiatan inti yang tujuan utamanya adalah mengubah pola pikir masyarakat terhadap perilaku hidup bersih dan sehat sehingga dapat meningkatkan derajat kesehatannya. Jadi dalam proses pelaksanaannya nanti lebih pada kegiatan *social empowering*, sesuai dengan pernyataan Bapak IW (42 tahun). Kegiatan pemicuan merupakan salah satu upaya pemerintah untuk melaksanakan tanggungjawabnya untuk melakukan pembangunan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan yang telah diatur dalam Undang Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan.

Langkah persiapan sebelum diadakan kegiatan pemicuan adalah mengkoordinasikan fasilitator kabupaten. Suharto (2009:98-99) menyatakan bahwa beberapa tugas pekerja sosial adalah mendefinisikan keanggotaan atau siapa yang akan dilibatkan dalam pelaksanaan kegiatan, serta mendefinisikan tujuan keterlibatan, yang sesuai dengan tujuan dari dilaksanakannya koordinasi fasilitator kabupaten. Sehingga dengan adanya pembagian peran yang jelas antar fasilitator, keterbatasan tenaga di pihak fasilitator kabupaten dapat diatasi dan pemicuan dapat tetap berjalan dengan baik. Dalam proses koordinasi tersebut, dapat disimpulkan tugas dan peran fasilitator sebagai berikut :

- *Leader* bertugas sebagai pemimpin tim, atau dapat juga bertindak sebagai moderator.
- *Co-leader* bertugas untuk mendampingi leader, atau dapat juga menjadi petugas bina suasana jika jumlah fasilitator tidak memenuhi.
- Petugas Bina Suasana bertugas untuk memberikan penyegaran, dan memicu masyarakat.
- Pengarah alur bertugas untuk mengawasi jalannya pemicuan agar terarah sesuai dengan tujuan.
- Notulen bertugas untuk mencatat alur pemicuan termasuk mencatat ide-ide untuk pemecahan masalah sanitasi dari masyarakat.

Kegiatan pemicuan yang dilaksanakan di Kecamatan Nganjuk adalah pemicuan untuk mencapai pilar 1, yaitu Stop Buang Air Besar Sembarangan. Kegiatan tersebut dibagi menjadi dua, yaitu pemicuan komunitas dan pemicuan kelas. Dari hasil wawancara dengan Bapak M (48 tahun), pada pemicuan

komunitas di Kecamatan Nganjuk, masyarakat yang akan dipicu akan dibentuk menjadi kelompok-kelompok yang terdiri dari 40 orang yang sebelumnya telah diundang. Jadi setiap kali pemicuan komunitas dapat melibatkan lebih dari 150 orang. Kelompok-kelompok ini nantinya akan difasilitasi oleh satu tim fasilitator, metode ini oleh Suharto (2009:66-67) dinamakan sebagai asas pemberdayaan yaitu asas makro, dimana masyarakat yang terlibat mempunyai skala yang besar dan dilihat sebagai suatu entitas yang mempunyai kompetensi untuk mengetahui permasalahannya.

Pemicuan komunitas melibatkan minimal total 150 KK sebagai peserta, yang terdiri dari kelompok-kelompok berjumlah 40 orang, berasal dari berbagai desa/kelurahan ataupun dari satu desa dengan syarat harus dilakukan 4 kali pelaksanaan pemicuan. Hal diatas sesuai dengan pernyataan Parsons et al (dalam Suharto, 2009:66) yang menganjurkan suatu kegiatan pemberdayaan harus dilakukan secara kolektif. Pemberdayaan masyarakat melalui kegiatan pemicuan sangat sesuai jika dilakukan secara kolektif atau kelompok, sesuai dengan pernyataan Chalid (2005:82) bahwa dengan menciptakan suatu kondisi kelompok yang serasi dan solid dapat memberdayakan tidak hanya pada individu, namun juga cakupan yang lebih luas yaitu masyarakat itu sendiri, dengan dukungan situasi tatanan sosial atau *social setting* yang telah ada di masyarakat.

Sedangkan kegiatan pemicuan kelas dilaksanakan setelah pemicuan komunitas berakhir, dan dihadiri oleh komite STBM yang terpilih dari desa/kelurahan yang baru saja dipicu. Berdasarkan hasil wawancara dengan Bapak M (48 tahun), pada pemicuan kelas komite STBM akan mempresentasikan

poin-poin hasil dari pemecuan komunitas yang telah dilaksanakan sebelumnya antara lain : peta wilayah, hasil *mapping partisipatif*, ODF, pioneer, strategi, komite, sumber daya, dan komitmen. Pemecuan ini lebih bersifat sebagai pertemuan untuk meninjau hasil pemecuan komunitas serta mempersiapkannya dalam bentuk presentasi sederhana untuk nantinya ditampilkan kembali di acara pleno pemecuan kelas yang dihadiri oleh pejabat setempat dan aktor lain yang terlibat seperti wirausahawan sanitasi dan staf Dinas Kesehatan Daerah.

Kondisi awal sebelum dilaksanakan kegiatan pemecuan menunjukkan masyarakat di salah satu desa/kelurahan di Kecamatan Nganjuk ini telah mendapatkan akses ke sarana sanitasi jenis jamban semi-permanen dan sistem *sharing*. Maksud dari sistem *sharing* adalah masyarakat yang sudah mendapat akses ke sarana sanitasi bukan milik pribadi, seperti hasil wawancara dengan Bu Mp (45 tahun) dan Bu Sy (41 tahun) yang menggunakan jamban sistem *sharing* dengan sanak saudara. Sedangkan kepemilikan jamban semi-permanen dialami oleh Bu Si (38 tahun), Sp (39 tahun), dan Bu K (48 tahun).

5) Persiapan Monitoring dan Evaluasi

Kegiatan pemantauan (*monitoring*) dan evaluasi telah tercantum dalam Peraturan Kementerian Kesehatan Nomor 852/MENKES/SK/IX/2008 sebagai salah satu strategi pelaksanaan program STBM, dengan prinsip melibatkan masyarakat. Namun, berdasarkan wawancara dengan Bapak IW (42 tahun) menunjukkan juga terdapat keterlibatan sanitarian dari Puskesmas Kecamatan Nganjuk pada saat kegiatan monitoring dan evaluasi. Bapak IW juga menyatakan bahwa kegiatan monitoring merupakan upaya umpan balik dari sanitarian

terhadap komitmen warga pada saat pemicuan berlangsung. Monitoring dilakukan setiap bulan, setiap minggu. Sistem monitoring yang saat ini berbasis web-online dan sms merupakan upaya pemerintah pusat untuk memudahkan daerah-daerah dalam melaporkan setiap perkembangan yang terjadi.

Tahapan monitoring diatas merupakan bentuk pelaksanaan dari pokok kegiatan pemantauan dan evaluasi pada strategi nasional STBM dalam Peraturan Kemenkes RI No. 852/Menkes/SK/IX/2008 yaitu pemerintah dan pemerintah daerah mengembangkan sistem pemantauan berjenjang, melalui online dan via sms. Peneliti menyarankan agar pemerintah pusat menetapkan satu format laporan data resmi yang akan dipergunakan di daerah, karena penggunaan format laporan data yang berubah-ubah akan mengganggu proses monitoring di lapangan dan menyebabkan ketidak lengkapan data. Selain itu juga dapat berpotensi mempersulit pengolahan data maupun proses evaluasi data di masa yang akan datang.

b. Pelaksanaan Kegiatan pada program STBM Pilar 1

1) Pelaksanaan Pemetaan Wilayah (*Mapping*) dan identifikasi Masalah

Pelaksanaan pemetaan wilayah dan identifikasi masalah adalah kegiatan pengamatan atau observasi disertai wawancara yang dilaksanakan oleh petugas kecamatan yang berguna untuk memetakan suatu desa/kelurahan secara geografis maupun sosial. Menurut hasil wawancara dengan Bu RH (43 tahun), umumnya pemetaan wilayah dilakukan secara terfokus pada desa/kelurahan yang memiliki potensi terdapat praktek BABS yang besar. Pemukiman yang terletak di desa/kelurahan yang secara geografis rawan, misalnya daerah dekat sepanjang

sungai, persawahan, jembatan akan menjadi target/sasaran pemetaan wilayah. Pendapat tersebut juga didukung oleh Bapak S selaku petugas Kecamatan yang pernah melakukan kunjungan lapangan. Jadi dapat disimpulkan bahwa pemukiman di desa/kelurahan dengan areal geografis yang mendukung lebih diutamakan untuk dilakukan pemetaan wilayah daripada daerah desa/kelurahan yang berdekatan dengan kecamatan kota, namun juga tidak menutup kemungkinan dilakukan pemetaan wilayah di desa yang berada di tengah kecamatan kota.

2) Pelaksanaan Koordinasi dengan perangkat desa/kelurahan dan warga

Pada tahap ini koordinasi bertujuan untuk menginformasikan masyarakat di desa/kelurahan yang telah disepakati dan bersedia untuk diselenggarakan kegiatan pemecuan. Koordinasi dilakukan oleh Kepala desa/Lurah kepada RT/RW yang ditunjuk akan menjadi lokasi pemecuan. Selanjutnya, RT/RW mengundang warganya yang bersangkutan melalui pemberitahuan surat resmi sesuai dengan hasil wawancara dengan Bu RH (43 tahun). Tetapi, berdasarkan wawancara dengan Bu N (50 tahun) selaku salah satu RW menyatakan bahwa warga yang diundang hanya warga yang tidak memiliki sarana sanitasi pribadi saja pada waktu desa itu mengalami pemecuan. Hal tersebut bertentangan dengan pernyataan Bapak M (48 tahun) yang sebelumnya menyatakan bahwa pemecuan seharusnya dihadiri oleh tiga tipe masyarakat yaitu masyarakat yang mempunyai sarana sanitasi pribadi jamban permanen, jamban semi-cemplung, dan yang tidak mempunyai jamban. Selain itu masyarakat yang diundang sebaiknya tidak hanya terdiri dari satu lapisan masyarakat saja atau dari masyarakat miskin, walaupun

program ini memang diutamakan pada sasaran lapisan masyarakat tersebut. Namun ada banyak faktor mempengaruhi perbedaan diatas, misalnya kondisi waktu dilaksanakannya pemicuan di tempat Bu N dibandingkan dengan kondisi saat ini. Selain itu, perlu dikembangkannya metode yang lebih fleksibel dalam menggerakkan masyarakat, disamping menggunakan surat, mungkin dapat memanfaatkan kegiatan pengajian, kegiatan kebudayaan setempat atau melalui sosialisasi via media massa, maupun suara. Sehingga dapat menarik perhatian masyarakat untuk ikut berpartisipasi dalam rangkaian kegiatan pemicuan.

3) Pengumpulan Data dan Sarana Prasarana Kegiatan Pemicuan

Proses pengumpulan data dan deskripsi terhadap suatu masyarakat yang mencakup informasi profil dan masalah sosial yang terjadi di dalamnya merupakan definisi singkat yang dikemukakan oleh Suharto (2009:81). Ketersediaan data statistik atau profil di suatu desa/kelurahan menjadi sangat penting pada tahap ini sebagai data sekunder pendukung, disamping petugas kecamatan mengumpulkan data-data melalui observasi langsung di lapangan. Jika suatu desa/kelurahan tidak memiliki data statistik atau profil tersebut maka akan menjadi penghambat berlangsung proses pra pemicuan. Dari hasil wawancara dengan Bu RH (43 tahun) selaku sanitarian Puskesmas Nganjuk, selama pelaksanaan kegiatan pemicuan yang dilakukan di Kecamatan Nganjuk beliau menyatakan di seluruh 15 desa/kelurahan, masih terdapat dua kecamatan yang tidak memiliki kelengkapan data-data kesehatan yang dibutuhkan. Beliau merasa bahwa desa sebagai tingkat pemeritahan yang paling bawah, seharusnya mempunyai data-data yang lebih lengkap. Kejadian seperti menjadi kendala tidak

hanya pada proses pra-pemicuan saja, tetapi juga mengganggu kegiatan rutin tenaga sanitarian di Puskesmas Kecamatan Nganjuk yang sangat terbatas jumlahnya.

Perlu adanya sinergi atau kemitraan antara desa/kelurahan dengan organisasi swasta atau program lain yang memiliki tujuan yang sama, misalnya dengan program PNPM Pedesaan. Sudah semestinya desa/kelurahan sebagai pihak pemerintah untuk memfasilitasi berjalannya program salah satunya dengan menyediakan sistem manajemen informasi yang selalu terkini. Dengan adanya program STBM Pilar 1 di Kecamatan Nganjuk diharapkan dapat menjadi suatu pengembangan kapasitas pada lembaga pelaksana serta tercipta suatu kemitraan dengan pihak swasta yang sesuai dengan pokok kegiatan yang telah diatur dalam Peraturan Kemenkes RI No.852/Menkes/SK/IX/2008 mengenai strategi pelaksanaan STBM.

4) Pelaksanaan Kegiatan Pemicuan

Kegiatan pemicuan merupakan inti dari pelaksanaan program STBM Pilar 1, dimana masyarakat akan diberdayakan agar dapat mengetahui, memahami, dan mencari solusi sendiri terhadap permasalahan sanitasi yang terjadi di sekitarnya. Kegiatan pemicuan merupakan bentuk pendampingan dan fasilitasi yang dilaksanakan oleh fasilitator, sehingga pada saat proses memicu masyarakat tersebut, menurut Mubarak (2012:383) dapat membentuk suatu siklus pemecahan masalah yang terarah dan sistematis. Kegiatan pemicuan dibagi menjadi dua tahap yaitu pemicuan komunitas, dan pemicuan kelas.

Hasil wawancara dengan Bapak IW menyatakan bahwa mayoritas tingkat kehadiran wanita di kegiatan pemucuan sering terjadi. Bahkan dengan kehadiran mayoritas wanita justru dapat mensukseskan kegiatan pemucuan. Temuan diatas menunjukkan bahwa semua masyarakat dapat berpartisipasi dalam pemucuan tanpa melihat gender, peran wanita disini tidak diabaikan dan hal tersebut sesuai dengan Kar dan Chamber (2008:10) tentang *key attitude and behaviour* yang seharusnya diterapkan fasilitator dalam kegiatan pemucuan.

Berdasarkan hasil wawancara dengan Bapak IW, pelaksanaan pemucuan komunitas dapat disimpulkan menjadi empat tahap yaitu perkenalan, *ice breaking*, identifikasi dan fasilitasi permasalahan, serta pengambilan komitmen dari masyarakat yang dipicu. Namun beliau juga beranggapan bahwa pemucuan adalah suatu seni, jadi tahapan pemucuan tidak selalu sesuai dengan urutan diatas dan mengikuti kondisi di lapangan, sehingga dapat terhindar dari proses pemberdayaan yang kaku sesuai dengan pernyataan Prasodjo (2004:11) dan Chambers (dalam Shah, 1999:3.2) yang menyebutnya sebagai pembelajaran secara cepat dan maju pada prinsip PLA.

Dalam tahapan perkenalan, fasilitator dilarang untuk menyinggung tentang subsidi, yang sesuai dengan *Key Attitude and Behaviour* yang dikemukakan Kar dan Chamber (2008:10). *Ice breaking* dilaksanakan oleh petugas bina suasana, dan bertujuan untuk menyegarkan suasana, sehingga akan terjalin keakraban antara fasilitator dan masyarakat. Pada kedua tahap diatas, sesuai dengan pernyataan Suharto (2004:210-219), sebagai tahap pemungkinan, dimana fasilitator akan menciptakan suasana atau iklim yang memungkinkan potensi

masyarakat berkembang secara optimal, yang disebut oleh Suhendra (2007:87) sebagai *enabling*, sehingga antara masyarakat dan fasilitator tidak ada sekat-sekat *cultural* dan *structural* yang menghambat munculnya keakraban antara fasilitator dan masyarakat.

Identifikasi dan fasilitasi masyarakat merupakan tahap yang sangat penting, karena disini masyarakat akan mengetahui permasalahan mereka, dan mencari solusinya sendiri, fasilitator disini tidak diperbolehkan untuk ikut memecahkan masalah, hanya sekedar membimbing dan memfasilitasi saja yang sesuai dengan pernyataan Kar dan Chamber (2008:10) sebagai salah satu sikap yang dianjurkan sebagai seorang fasilitator dalam pemicuan. Jenis partisipasi yang dilakukan oleh masyarakat yang dipicu dapat berupa pemikiran, gagasan atau usulan, maupun aksi langsung untuk menggambarkan kondisi sanitasi wilayah desa/kelurahannya. Di tahap ini dapat terlihat bahwa masyarakat akan berpartisipasi sepenuhnya pada saat dilakukannya proses *participant mapping* atau pemetaan wilayah partisipatif yang dapat menjadi media pembelajaran seperti yang disampaikan Chambers (dalam Shah, 1999:3.2).

Agar masyarakat dapat segera mengerti permasalahan sanitasi dan PHBS yang mereka hadapi, fasilitator menggunakan 'bahasa pemicuan'. Bahasa pemicuan misalnya memperlihatkan aspek keamanan atau keselamatan pada kondisi sarana sanitasi yang biasa digunakan masyarakat sekitar, aspek kesehatan (penyakit dan rasa jijik), aspek moral (rasa malu) dan adat istiadat setempat. Seperti yang dikemukakan oleh Buchanan (dalam Tengelnd, 2012:3-4) sebagai salah satu metode yang biasanya digunakan oleh pendekatan perubahan perilaku

yaitu melalui komunikasi persuasif yang menghubungkan dengan keyakinan beragama atau aspek moral dalam masyarakat maupun melalui 'kampanye ketakutan' seperti rasa aman, rasa jijik, dan penyakit.

Pelaksanaan pemicuan komunitas tidak selalu berjalan mulus, banyak tanggapan-tanggapan atau respon masyarakat yang negatif yang selalu menjadi kendala saat dilaksanakan pemicuan. Dari hasil wawancara dengan Bapak IW (42 tahun), Bapak M (48 tahun) dan Bu RH (43 tahun), dapat disimpulkan hambatan dan upaya fasilitator menangani masalah tersebut antara lain :

- Masyarakat yang tidak menerima kehadiran fasilitator, mengacuhkan, menghina, merusak acara pemicuan. Fasilitator berupaya melakukan pendekatan individu atau konseling dengan warga yang bersangkutan di luar acara kegiatan.
- Masyarakat yang selalu mengharapkan adanya bantuan. Fasilitator memberikan dana stimulan kepada masyarakat yang memang tidak mampu melalui PNPM, namun tidak diberikan pada saat kegiatan pemicuan berlangsung.
- Masyarakat yang terlalu nyaman dengan kebiasaan lamanya. Fasilitator berupaya untuk memicu warga tersebut agar dia memperhatikan fakta-fakta di sekitarnya pada saat pemicuan dan terus melakukan monitoring.
- Masyarakat yang melakukan buang air besar sembarangan karena berada di situasi atau tempat yang tidak tepat, misal sawah/ladang. Fasilitator mengupayakan untuk terus melakukan monitoring dan memberikan WC Komunal namun terkendala perawatan.

Setelah dilaksanakan identifikasi masalah, fasilitasi, memicu serta merancang strategi untuk mengatasi BABS di komunitas yang seluruhnya dilaksanakan oleh masyarakat dengan didampingi fasilitator, maka selanjutnya adalah menentukan komitmen masyarakat untuk segera mencapai ODF/SBS.

Sedangkan pemecuan kelas disini bersifat semi-resmi dan disebut sebagai pleno pemecuan kelas adalah serangkaian kegiatan pemecuan lanjutan dari melaksanakan pemecuan komunitas yang bertujuan untuk meninjau ulang hasil pemecuan, memicu, memfasilitasi solusi, dan pembekalan ilmu untuk komite STBM yang telah dipilih. Komite STBM dituntut untuk mempresentasikan kembali hasil dari pemecuan komunitas di wilayahnya, kegiatan ini merupakan suatu bentuk pemberdayaan yang melibatkan kelompok lain sebagai media untuk intervensi dengan menggunakan metode diskusi grup sesuai dengan Suharto (2009:66-67). Dari pleno pemecuan kelas ini dapat terjadi pertukaran informasi tidak hanya antar komite STBM, namun juga dengan organisasi yang terlibat seperti pada pendapat Chambers (dalam Shah, 1999:3.2-3.3) mengenai *participatory learning and action*. Dengan adanya pleno pemecuan kelas, komite STBM dapat memperoleh pembekalan ilmu sebagai suatu bentuk pemberdayaan masyarakat (*empowering*) yang berfungsi untuk mempersiapkan mereka dalam proses pembangunan, sesuai dengan Halim (dalam Aziz dkk, 2005:5).

5) Pelaksanaan Monitoring dan Evaluasi

Pasca pelaksanaan kegiatan pemecuan, maka akan dilaksanakan proses monitoring oleh sanitarian Puskesmas Kecamatan. Berdasarkan wawancara dengan Bapak IW (42 tahun), monitoring seharusnya dilaksanakan setiap bulan

setelah suatu desa mendapatkan pemucuan. Tetapi karena keterbatasan dana, monitoring hanya dilakukan sebanyak 3 kali, yaitu 3 bulan setelah pemucuan. Pelaksanaan proses monitoring di Kecamatan Nganjuk dilaksanakan oleh sanitarian dari puskesmas yang berjumlah 2 orang. Saat terjun di lapangan, sanitarian ini didampingi oleh perangkat desa, kader lingkungan atau komite desa/kelurahan terkait. Maka dengan adanya keterbatasan tenaga yang ada, peran komite STBM perlu dimanfaatkan secara optimal oleh sanitarian yang bertanggung jawab pada proses monitoring. Menurut Bu Sd (49 tahun) selaku komite STBM, proses monitoring dilakukan secara *door-to-door*, sanitarian puskesmas tidak hanya memeriksa kepemilikan jamban saja, namun juga pola hidup masyarakat, air bersih dll, sehingga dalam sekali kunjungan dapat menjangkau semua aspek kesehatan. Keterlibatan kader lingkungan maupun komite sudah sesuai dengan prinsip dari pemantauan dan evaluasi pada strategi nasional STBM.

Proses evaluasi dilaksanakan jika terdapat desa yang belum mencapai ODF sesuai dengan komitmen dari masyarakat dan komite pada saat pemucuan. Kegiatan diatas dinamakan fasilitasi penguatan desa non-ODF. Fasilitasi penguatan desa non-ODF bertujuan untuk mengevaluasi kualitas pelaksanaan program, melihat kinerja komite STBM desa/kelurahan, dan membantu memfasilitasi jika ada kendala yang dialami komite di lapangan. Evaluasi juga dilaksanakan oleh fasilitator kabupaten melalui kegiatan refreshing fasilitator kabupaten yang bertujuan untuk melihat kualitas pelaksanaan program, terutama saat pemucuan, dan memberikan saran perbaikan untuk pelaksanaan di masa datang.

c. Pasca Kegiatan Pemicuan di komunitas terpilih

1) Pasca Pemetaan Wilayah (Mapping) dan Identifikasi Masalah

Pengumpulan data dan pengidentifikasian masalah sosial merupakan kegiatan yang dilakukan saat pemetaan wilayah di desa yang akan dipicu. Hasil dari pemetaan wilayah nantinya akan menjadi bahan acuan apakah suatu desa/kelurahan layak dan menjadi urgent untuk dilakukan pemicuan. Tujuan lain yang lebih penting dari pemetaan wilayah dan identifikasi masalah tidak lain adalah untuk memahami karakteristik masyarakat sesuai dalam Suharto, 2009:85-89 . Setiap desa/kelurahan tentunya tidak akan memiliki masalah maupun karakter masyarakat yang sama.

Manfaat dari setelah adanya pemetaan wilayah (mapping) dan identifikasi masalah diakui oleh Bapak IW (42 tahun) sangat membantu terutama untuk fasilitator. Melalui wawancara beliau menjelaskan bahwa jika fasilitator memahami karakteristik masyarakat, maka pada saat pemicuan fasilitator dapat membawa diri dan membaur sesuai dengan budaya atau tata krama kesopanan masyarakat. Sehingga kehadiran mereka dapat diterima dengan baik oleh masyarakat, dan kegiatan pemicuan dapat berjalan dengan baik. Kemampuan fasilitator untuk membawa diri dan membaur dengan budaya masyarakat yang dipicu tadi merupakan salah satu dari tiga pondasi agar terlaksananya PLA yang dikemukakan oleh Chambers (Shah, 1999:3.3) sebelum mereka dapat melakukan kegiatan fasilitasi.

2) Pasca Koordinasi dengan Perangkat Desa/Kelurahan dan Warga

Setelah melalui berbagai jenjang koordinasi yaitu pertama antara perangkat desa/kelurahan dengan petugas kecamatan yang bertujuan untuk menentukan waktu pemicuan, tempat, dan persiapan lainnya. Yang kedua antara perangkat desa/kelurahan dengan RT/RW setempat yang dipilih menjadi komunitas yang akan dipicu, dengan tujuan menginformasikan warganya untuk menghadiri pemicuan di tempat dan waktu yang telah disepakati saat berkoordinasi dengan petugas kecamatan. Menurut Bapak IW, tahap akhir merupakan koordinasi antara petugas kecamatan dengan dinas kesehatan. Petugas kecamatan yang bertanggungjawab pada proses pra pemicuan bertugas untuk menyurati Dinas Kesehatan dengan melampirkan data-data yang telah dihimpun sebelumnya.

Bapak IW mengatakan bahwa disinilah peran Dinas Kesehatan sebagai leading untuk menyurati dan menggerakkan kepada seluruh fasilitator yang ada di Kabupaten Nganjuk untuk menghadiri kegiatan pemicuan pada tempat dan waktu yang telah tertera. Selain Dinas Kesehatan, Bapak M selaku ketua HAKLI juga menyatakan bahwa HAKLI juga ikut membantu menggerakkan dan mengkoordinasikan seluruh sanitarian serta wirausahawan sanitasi untuk mengikuti pemicuan. Jadi di dalam pelaksanaan kegiatan pemicuan di Kecamatan Nganjuk sudah terdapat adanya kemitraan antara pemerintah dan swasta yaitu HAKLI yang sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 852/MENKES/SK/IX/2008 tentang Strategi Nasional Sanitasi Total

Berbasis Masyarakat, serta merupakan salah satu pilar dari tiga pilar pelaksanaan PLA yang dikemukakan oleh Chambers (Shah, 1999:3.3).

3) Kegiatan Pasca Pengumpulan Data dan Sarana Prasarana Pemicuan

Petugas kecamatan menyelesaikan kegiatan penghimpunan berbagai data yang diperlukan seperti data dari pemetaan wilayah dan identifikasi masalah serta informasi mengenai profil atau data statistik yang ada di desa. Selain data, petugas kecamatan yang juga berkoordinasi dengan perangkat desa desa/kelurahan telah memperoleh kesepakatan mengenai waktu, tempat serta mempersiapkan sarana prasarana yang diperlukan dalam pemicuan. Jika semua tahap diatas telah dilalui maka kegiatan pra-pemicuan dapat dinyatakan selesai. Tahap selanjutnya petugas kecamatan diharuskan untuk segera memberitahukan perihal diatas kepada Dinas Kesehatan sehingga dapat ditindak lanjuti. Tindak lanjut dari Dinas Kesehatan adalah menginformasikan dan menggerakkan seluruh fasilitator kabupaten untuk hadir dalam kegiatan pemicuan di desa/kelurahan yang bersangkutan, sesuai dengan pernyataan dari hasil wawancara dengan Bapak IW (42 tahun).

Mempersiapkan sarana prasarana pemicuan seperti halnya bahan kontak juga sangat penting. Bahan kontak tersebut berperan untuk menumbuhkan partisipasi masyarakat untuk menganalisa sendiri kondisi dan atau permasalahan yang terjadi di lingkungannya. Sehingga dapat memunculkan rasa kesadaran untuk menemukan solusi dari permasalahan mereka sendiri. Proses diatas dapat menjadi suatu pembelajaran bagi masyarakat, sesuai dengan prinsip PLA yaitu *learning by doing* dan pembelajaran terbalik (*reversal learning*) yang

diungkapkan oleh Chambers (dalam Shah, 1999:3.2), yang kemudian dapat menyebabkan kondisi suatu komunitas menjadi terpicu melakukan aksi.

4) Kondisi Pasca Kegiatan Pemicuan

Selama pelaksanaan program ini, menurut Bapak IW (42 tahun) sudah ada pergeseran pola pikir di masyarakat, mengenai PHBS dan pentingnya memiliki sarana sanitasi yang layak. Bapak M bahkan menyatakan bahwa masyarakat cukup antusias menggunakan jasa wirausahawan sanitasi untuk membantu mereka dalam pembangunan sanitasi. Menjalinkan kerjasama dengan pihak swasta merupakan salah satu pokok kegiatan dalam prinsip STBM untuk menciptakan kondisi lingkungan yang kondusif, dengan menyediakan supply terhadap peningkatan demand jamban sehat terjangkau dari masyarakat setelah pemicuan. Kondisi dimana masyarakat telah memiliki akses pada pilihan untuk menentukan cara mereka menyediakan sarana sanitasi mereka, menurut Kartasmita dan Setiana (dalam Anonymous, 2013) sebagai output dari suatu pemberdayaan masyarakat

Namun dalam pelaksanaannya di Kecamatan Nganjuk maupun di wilayah kabupaten, ternyata terdapat keterlibatan dana bantuan dari luar yaitu dari PNPM untuk pembangunan jamban di masyarakat yang kurang mampu dan diberikan secara cuma-cuma, dan menurut pernyataan Bapak IW (42 tahun) telah dilakukan sejak tahun 2011. Padahal dalam prinsip program STBM, tidak memperbolehkan adanya subsidi/bantuan dalam bentuk apapun, tidak terkecuali untuk masyarakat miskin. Pernyataan diatas oleh Prasodjo (2004:11) disebut sebagai disorientasi, karena pemberdayaan masyarakat melalui pendekatan proses memerlukan waktu yang lama, maka pemerintah cenderung akan mengubah kebijakannya menjadi

lebih berorientasi pada hasil. Dengan adanya bantuan tersebut, maka masyarakat akan cenderung kurang berpartisipasi secara aktif dan menurut Halim (dalam Aziz dkk, 2005:5) akan menghilangkan kemandirian atau timbulnya ketergantungan pada masyarakat. Selain itu perlu adanya suatu regulasi yang mengatur mengenai pengalokasian dana dari program subsidi ke program yang berbasis non-subsidi. Dana dari program subsidi mungkin dapat dialihkan ke hal non-fisik, seperti pelatihan pengelolaan kotoran sapi atau bank sampah.

Tujuan kegiatan pemicuan program STBM Pilar 1 adalah agar terjadi perubahan perilaku menjadi lebih bersih dan sehat yang berdampak pada meningkatnya akses dan kepemilikan sarana sanitasi dasar. Walaupun tidak dirasakan seketika dampaknya pada kondisi lingkungan, namun dapat dirasakan pada masing-masing individu yang telah mengakses sarana sanitasi (jamban), seperti timbulnya rasa memiliki dan tanggungjawab terhadap kebersihan dan pemeliharaan sarana sanitasi, kesadaran dan perubahan pola pikir serta perilaku terhadap kesehatan diri maupun lingkungan sekitar seperti yang terjadi pada warga yang telah diwawancarai oleh peneliti yaitu Bu Sy, Si, K, Mp, dan Sp yang sesuai berbagai pemikiran para ahli (Mubarak, 2012:377-378; Kartasasmita dan Setiani dalam (Anonymous, 2013); Kar, 2004:3; Suhendra, 2007:87) mengenai tujuan utama adanya pemberdayaan masyarakat yang digunakan dalam pendekatan CLTS.

5) Pasca Kegiatan Monitoring dan Evaluasi

Jika selama proses monitoring tidak lagi ditemukan kasus BABS, maka desa/kelurahan tersebut dapat segera melakukan verifikasi. Verifikasi ODF adalah

proses *cross-check* antara laporan monitoring dengan kondisi real di lapangan, Chambers (dalam Shah, 1999:3.2) menggolongkannya sebagai salah satu prinsip dilaksanakannya PLA. Verifikasi ODF dilakukan jika suatu desa/kelurahan telah menyatakan telah ada perubahan perilaku atau tidak ditemukannya praktek BABS. Verifikasi ODF dilaksanakan oleh tim verifikator yang berjumlah 5 orang dan terdiri dari petugas kecamatan, tenaga kesehatan, masyarakat desa terkait dan perwakilan masyarakat desa lain. Syarat atau kriteria yang diperhatikan selama wawancara atau observasi verifikasi ODF adalah aspek fisik (kepemilikan jamban sehat), dan aspek perilaku (perlakuan, pemeliharaan, dan pemanfaatan sarana jamban sehat di masyarakat), akan lebih baik jika kriteria penilaian terhadap aspek non-fisik merupakan prioritas utama dari verifikasi ODF. pelaksanaan observasi verifikasi ODF akan lebih baik jika proses verifikasi ODF dilakukan secara spontan, sehingga keadaan yang terjadi di lapangan merupakan kondisi yang sebenarnya dan bukan dibuat-buat atau dipersiapkan terlebih dahulu. Kerjasama dengan pihak swasta seperti LSM independen yang bergerak di bidang kesehatan lingkungan juga dapat dipertimbangkan untuk memastikan data yang diambil di lapangan merupakan data yang valid atau memang benar-benar terjadi dan dapat dipertanggungjawabkan.

d. Pencapaian Pelaksanaan Program STBM Pilar 1 di Kecamatan Nganjuk

1) Deklarasi Kecamatan Nganjuk sebagai Kecamatan ODF/SBS Pertama di Kabupaten Nganjuk

Jika selama proses verifikasi ODF telah memenuhi syarat maka desa atau kelurahan tersebut dapat dideklarasikan menjadi desa/kelurahan ODF/SBS. Bapak

IW dalam wawancara sangat membanggakan prestasi yang diraih oleh Kecamatan Nganjuk dan menyebutnya sebagai puncak keberhasilan dari pelaksanaan program STBM di Kabupaten Nganjuk. Setelah sebelumnya mencoba untuk meng-ODF kan kecamatan lain seperti Jaticalen yang menjadi pilot pelaksanaan program STBM ini dan Kecamatan Wilangan, Bapak M (48 tahun) tidak menyangka akan respon positif dari pelaksanaan bahwa keberhasilan Kecamatan Nganjuk menjadi kecamatan ODF. Bapak M juga menyatakan keberhasilan kecamatan Nganjuk sebagai desa ODF juga merupakan hasil kolaborasi dengan program lain yang berbasis lingkungan seperti program Desa Berseri.

Namun Chambers (2009:14) dalam artikelnya menyatakan bahwa kondisi ODF yang diraih dalam suatu masyarakat belum tentu benar-benar 'total', karena banyak hal yang berpotensi untuk mempengaruhi penelitian. Maka pencapaian yang telah diraih oleh Kecamatan Nganjuk bukan berarti membuat para pemangku kepentingan lengah. Untuk menjaga kondisi yang sudah kondusif, perlu adanya suatu tindakan pemeliharaan sesuai dengan pernyataan Suharto (2004:210–219), bentuk dari tindakan pemeliharaan dikemukakan dalam wawancara dengan Bu RH, antara lain dengan meningkatkan intensitas kegiatan monitoring sebagai bentuk pemicuan dengan skala kecil atau individu serta melakukan kerjasama dengan program lain yang menjadi bagian dari pokok kegiatan untuk mengembangkan pengetahuan yang dicantumkan dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 852/MENKES/SK/IX/2008 tentang Strategi Nasional Sanitasi Total Berbasis Masyarakat.

Sebaiknya program STBM yang berencana untuk bekerjasama dengan program subsidi, pengalokasian dana lebih pada kegiatan pengembangan pengetahuan dan kapasitas masyarakat mengenai kesehatan diri dan lingkungan. Bukan dalam bentuk fisik yang akhirnya pelaksanaan program ini tidak akan berbeda dengan program sanitasi konvensional yang sebelumnya. Misalnya dapat dimulai dengan peningkatan kapasitas komite STBM di desa/kelurahan yang selama ini kinerjanya dinilai masih belum optimal.

2) Akses terhadap sarana sanitasi dasar (jamban) dan kasus penyakit diare

Pasca dilaksanakannya kegiatan pemicuan, perubahan yang dapat terlihat di masyarakat adalah berkurangnya praktek BABS serta meningkatnya akses dan kepemilikan sarana jamban sehat. Meningkatnya akses sarana sanitasi yang didapat oleh masyarakat merupakan salah satu indikator output dari program STBM ini seperti yang tercantum dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 852/MENKES/SK/IX/2008 tentang Strategi Nasional Sanitasi Total Berbasis Masyarakat. Terjadinya peningkatan terhadap akses dan kepemilikan jamban, seperti pernyataan Conant dan Fadem (2009:105), disebabkan hal sederhana yaitu perasaan kemandirian, kenyamanan dll yang mungkin muncul setelah dilakukan pemicuan. Terlihat pada grafik diatas, di Kecamatan Nganjuk terdapat peningkatan akses jamban, terutama peningkatan akses secara signifikan terjadi pada tahun 2011 (78%) menuju tahun 2012 (99%). Sehingga pada akhir tahun 2013, membawa Kecamatan Nganjuk sebagai kecamatan pertama yang meraih status ODF/SBS, dan merupakan prestasi bagi Kabupaten

Nganjuk selama pelaksanaan program STBM Pilar 1. Namun, mengakses jamban sehat belum tentu memiliki, di Kecamatan Nganjuk masih terdapat 2364 KK yang mengakses jamban melalui sistem sharing, atau melalui WC Umum/komunal yang memiliki kecenderungan terkendala masalah pemeliharaan dan pengelolaannya, karena tidak adanya rasa kepemilikan pada masyarakat terhadap sarana sanitasi yang bukan merupakan hasil dari usahanya sendiri atau sesuai dengan pernyataan Conant dan Fadem (2009:105) bahwa terdapat pandangan di masyarakat bahwa membersihkan toilet dipandang sebagai pekerjaan rendahan. Maka perlu adanya suatu pemicuan kembali pada saat dilaksanakan monitoring, mungkin secara individual, walaupun bukan strategi utama dalam pemberdayaan seperti pernyataan Parsons et.al. (dalam Suharto, 2009:66).

Penyakit diare merupakan penyakit yang berasal dari kondisi sanitasi diri dan lingkungan yang tidak sehat. Penurunan penyakit diare merupakan indikator outcome dari program STBM yang tercantum pada Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 852/MENKES/SK/IX/2008 tentang Strategi Nasional Sanitasi Total Berbasis Masyarakat. Sejak dideklarasikan pada akhir tahun 2013 penurunan jumlah kasus penyakit diare di seluruh tingkatan umur, yang pada tahun sebelumnya justru mengalami peningkatan.

2. Faktor pendukung dan penghambat yang mempengaruhi selama pelaksanaan program STBM Pilar 1

a. Faktor Pendukung

1) Koordinasi antar Fasilitator Kabupaten yang baik

Pelaksanaan program STBM Pilar 1 di Kecamatan Nganjuk yang telah berhasil meraih status ODF atau SBS tentu memiliki beberapa faktor yang mendukung kesuksesan tersebut. Beberapa diantaranya adalah adanya koordinasi yang baik fasilitator kabupaten. Bu RH (43 tahun) menyatakan bahwa antara sesama fasilitator kabupaten justru saling membantu antar satu dengan yang lainnya, walaupun masih terkendala dengan terbatasnya tenaga. Bentuk koordinasi yang baik dapat terlihat dari adanya suatu musyawarah dalam penentuan hari pemicuan program STBM Pilar 1. Koordinasi tersebut dilaksanakan dengan memanfaatkan adanya forum diskusi yang dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan atau pihak swasta seperti HAKLI. Musyawarah diatas dilakukan guna meminimalisir ketidakhadiran fasilitator dikarenakan berbenturan dengan acara lain.

Sedangkan menurut Bapak M (48 tahun) selaku fasilitator kabupaten yang merangkap sebagai wirausahawan sanitasi, juga merasakan tidak terdapat adanya kendala yang terjadi antara sesama fasilitator Kabupaten, maupun pada wirausahawan sanitasi. Beliau menyatakan bahwa terdapat koordinasi yang baik antara sesama wirausahawan di seluruh Kabupaten Nganjuk. Bentuk koordinasi tersebut adalah adanya suatu pembagian wilayah antar wirausahawan dalam

melaksanakan permintaan jasa pembangunan sanitasi. Sehingga mencegah terjadinya persaingan yang tidak sehat.

Adanya sumber daya manusia yang profesional, yaitu sanitarian yang bertindak sebagai fasilitator Kabupaten menjadi faktor pendukung program ini. Jika dilihat dari besarnya peran tenaga fasilitator ketika proses melakukan kegiatan pemicuan yaitu mendampingi dan fasilitasi terhadap pemecahan masalah yang dilakukan masyarakat, maka memiliki tenaga fasilitator yang berkompotensi dan menguasai bidangnya dengan baik, jelas sangat membantu keberhasilan program di lapangan. Selain itu, adanya fasilitator yang mengambil inisiatif untuk menjadi wirausahawan sanitasi juga akan mendukung terciptanya beragam inovasi dibidangnya yang membantu mensukseskan keseimbangan antara peningkatan *demand* terhadap sarana sanitasi terjangkau serta ketersediaan *supply* yang menjadi strategi utama program ini. Bapak IW (42 tahun) berpendapat dan memuji besarnya pengabdian maupun semangat kebersamaan fasilitator Kabupaten yang menjadi pendukung dapat terwujudnya berbagai rangkaian kegiatan pemicuan program STBM Pilar 1 di desa/kelurahan.

Kesuksesan Kecamatan Nganjuk sebagai kecamatan pertama di Kabupaten Nganjuk yang meraih status ODF/SBS tidak lepas dari peran serta tenaga fasilitator Kabupaten atau sanitarian. Selain itu, fasilitator yang juga bertindak sebagai wirausahawan seperti Bapak M (48 tahun) juga perlu didukung, difasilitasi oleh pemerintah, mengingat bahwa wirausahawan sanitasi di Kabupaten Nganjuk memiliki potensi yang telah diakui dan justru dikenal di luar daerahnya sendiri. Maka dari itu, perlu adanya suatu pelatihan di bidang

wirausaha sanitasi di desa/kelurahan yang mungkin dapat dikembangkan kepada tokoh masyarakat, tokoh agama, maupun kader. Sehingga membantu keberlanjutan program ini menuju pilar selanjutnya, dan menciptakan suatu pelembagaan yang mendukung upaya kesehatan di masyarakat, sesuai dengan pernyataan Mubarak (2012:377-378).

2) Dukungan regulasi dari pemerintah pusat

Program pemerintah seharusnya memiliki regulasi yang kuat. Regulasi yang kuat dari pemerintah pusat yaitu Permenkes sangat membantu pelaksanaan STBM Pilar 1 di Kecamatan Nganjuk, terutama pada masalah pendanaan. Bapak IW selaku penanggung jawa program STBM Pilar 1 di Dinas Kesehatan menyatakan bahwa karena adanya tujuan yang harus diraih pada MDGs goal 7 maka Kementrian Kesehatan menerbitkan suatu kebijakan untuk menangani perbaikan kondisi sanitasi melalui program STBM. Dengan adanya kebijakan tersebut pemerintah Kabupaten Nganjuk dapat mengalokasikan sebagian dari APBD untuk program STBM Pilar 1. Hingga saat ini, pemerintah Kabupaten Nganjuk belum menetapkan suatu peraturan daerah yang secara khusus membahas mengenai pelaksanaan program STBM. Bapak IW berpendapat kalau tidak ada dukungan dari MDGs dan Permenkes, mungkin keberlanjutan alokasi dana dari APBD dan BOK yang dikerahkan untuk mensukseskan program ini tidak akan optimal, walaupun dirasakan saat ini masih belum cukup.

b. Faktor Penghambat

1) Kurangnya respon dari Pemerintah Daerah Kabupaten Nganjuk

Selain faktor pendukung diatas, dalam suatu program pemerintah pasti terdapat beberapa faktor yang memiliki potensi untuk menghambat implementasi program tersebut. Dalam program STBM Pilar 1, menurut Bapak IW (42 tahun) selaku penanggungjawab program ini di Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Nganjuk menyatakan bahwa hambatan yang paling utama adalah kurangnya kolaborasi lintas sektor maupun lintas program dikarenakan masih kuatnya ‘ego sektor dan ego program’ dalam diri para *stakeholders*. Karena program STBM Pilar 1 ini cenderung mengarah pada bidang kesehatan, maka dinas lain tidak merasa perlu untuk memberikan partisipasinya. Padahal menurut Bapak M (48 tahun) selaku wirausahawan sanitasi dan ketua HAKLI, antara tiga dinas di Kabupaten Nganjuk seperti dinas Pekerjaan Umum, Dinas Lingkungan, dan Dinas Kesehatan mempunyai tujuan yang sama di bidang sanitasi dan dapat diraih dalam program STBM Pilar 1. Seharusnya, menurut beliau tiga dinas tersebut dapat berkolaborasi dalam program STBM Pilar 1 sehingga penganggaran dan sumber daya manusia yang ada dapat dimanfaatkan secara maksimal.

Selain itu, Bapak IW (42 Tahun) dalam internal Dinas Kesehatan juga belum ada kolaborasi antara bidang P3KL, khususnya di seksi Kesehatan Lingkungan yang bertanggungjawab dalam implementasi program STBM Pilar 1, dengan bidang lain. Beliau menyatakan bahwa jika terdapat kolaborasi antar bidang lain di Dinas Kesehatan dengan program STBM Pilar 1, maka akan sangat membantu bidang P3KL, terutama pada pelaksanaan tahap monitoring pasca

pemicuan di desa/kelurahan, karena bidang P3KL menghadapi kendala kurangnya tenaga atau SDM untuk melakukan kegiatan tersebut. Kurangnya kolaborasi di lintas sektor atau lintas program tidak hanya terjadi di internal Dinas Kesehatan saja, namun juga di wilayah kecamatan yang memiliki kendala yang sama.

Kurangnya kolaborasi antar lintas sektor maupun lintas program didukung pula dengan tidak adanya peraturan daerah dari pemerintah Kabupaten Nganjuk. Sehingga, sesuai dengan pendapat Bapak IW (42 tahun), membuat pejabat yang berwenang dari sektor lainnya tidak memiliki niat ataupun usaha untuk bersama berperan aktif dalam mensukseskan program STBM Pilar 1. Beberapa hal diatas merupakan kendala utama dalam pelaksanaan program ini, sehingga peran pemerintah untuk memfasilitasi program ini menjadi kurang maksimal dan dapat menyebabkan penilaian publik terhadap program ini dianggap lamban ataupun tidak memiliki daya ungkit yang kuat. Dari pernyataan Bapak IW dan Bapak M sejalan dengan hasil penelitian dari Devi Yulianto Rhahmadi mengenai peran fasilitator dan co-fasilitator dalam program STBM bahwa diperlukan adanya pemanfaatan program kesehatan yang memiliki tujuan yang hampir sama untuk memaksimalkan kegiatan monitoring STBM. Kolaborasi lintas sektor dan lintas program sangatlah penting, sehingga penganggaran dan SDM yang ada dapat dioptimalkan.

Kendala yang dialami oleh Dinas Kesehatan terkait dengan kurangnya kolaborasi antar sektor dan program yang kemudian merambah pada tingkatan pemerintah lokal seperti kecamatan, mungkin juga disebabkan karena belum adanya regulasi dari pemerintah Kabupaten yang mendukung program STBM

Pilar 1, selama enam tahun pelaksanaannya. Bapak IW mengemukakan walaupun program STBM Pilar 1 ini sudah memiliki prestasi seperti sempat mendapatkan penghargaan tingkat nasional dan para wirausahawan sanitasi seperti Bapak Sumadi dan bapak M yang justru terkenal di luar wilayah Kabupaten Nganjuk, namun Bupati saat ini terkesan acuh terhadap program ini, dan hanya memberi dukungan fisik berupa cetakan septic tank. Beliau berpendapat bahwa mungkin oleh pihak kabupaten, program ini dirasakan kurang memberikan pencapaian fisik yang dapat terlihat atau dinikmati langsung oleh publik, sehingga kalah bersaing dengan program di bidang kesehatan lainnya, untuk meraih dukungan regulasi dari pihak kabupaten. Tetapi, Bapak IW juga mengakui bahwa belum adanya regulasi untuk program STBM Pilar 1 hingga tahun 2014, mungkin juga disebabkan oleh kurangnya advokasi dari pihak Dinas Kesehatan maupun pihak terkait lainnya kepada para pimpinan daerah.

Pelaksanaan suatu program agar lebih efektif dan efisien haruslah didukung oleh aspek utama yaitu aturan atau regulasi yang harus dipegang dan prosedur yang harus dilalui, hal ini sesuai dengan pernyataan (dalam Kapus, 2012). Menurut Sulistiyani (2004:97), sudah merupakan suatu kewajiban aktor pemberdayaan masyarakat, dalam hal ini pihak pemerintah kabupaten Nganjuk, untuk menjalankan perannya untuk menformulasi dan menetapkan *policy* atau kebijakan, yang mengatur mengenai politik umum, khusus/departemen/sektoral penganggaran, juknis dan juklak, penetapan indikator keberhasilan peraturan hukum, dan penyelesaian sengketa. Sehingga kesenjangan seperti kurangnya kolaborasi antar sektor dan program dapat diminimalisir. Walaupun sudah

mendapat dukungan dari pemerintah pusat, adanya suatu regulasi dari daerah dalam program STBM Pilar 1 dapat menunjang fasilitasi dalam hal dana, jaminan, alat, teknologi, *network* (jejaring), sistem manajemen informasi, dan edukasi secara maksimal.

Pandangan dan sikap pemerintah kabupaten mengenai program STBM Pilar 1 ini merupakan salah satu permasalahan yang menimpa program yang bertujuan untuk memberdayakan masyarakat seperti yang disampaikan oleh Prasodjo (2004:11) sebagai penentuan 'indikator yang tidak tepat', indikator yang hanya berdasarkan nilai-nilai materialnya dengan mengesampingkan nilai non-materi hanya akan memperkuat pendekatan hasil (program) dalam usaha pemberdayaan masyarakat. Pemerintah lebih cenderung memperhatikan pencapaian yang bersifat fisik karena berkaitan dengan sistem penganggaran pada suatu proyek atau program. Namun, di dalam program STBM Pilar 1, pendekatan proses yang mengarah pada *social learning* untuk mengubah perilaku BABS merupakan fokus utama pada pendekatan CLTS.

Namun, tidak hanya Dinas Kesehatan saja, instansi/lembaga lainnya yang terkait program ini juga seharusnya melaksanakan salah satu strategi dari program STBM sesuai dengan KEPMENKES NOMOR 852/MENKES/SK/IX/2008 untuk menciptakan lingkungan yang kondusif perlu dilaksanakan kegiatan advokasi dan sosialisasi kepada pemerintah. Serta sudah merupakan tugas bagi pekerja sosial untuk mendorong komunikasi dan relasi, serta memfasilitasi keterikatan dan kualitas sinergi sebuah sistem untuk menemukan adanya kesamaan maupun perbedaan, sesuai dengan pernyataan Suharto (2009:98-99).

2) Keterbatasan Tenaga Kesehatan yang terlibat

Sumber daya manusia adalah salah satu faktor yang sangat berpengaruh dalam pelaksanaan rangkaian kegiatan program STBM Pilar 1. Keterbatasan jumlah dan banyaknya rangkap jabatan pada sumber daya manusia untuk program STBM Pilar 1, yaitu fasilitator, akan sangat menghambat pelaksanaan pemucuan, sesuai dengan pernyataan Bapak IW (42 tahun) selaku penanggung jawab program STBM Pilar 1 di Dinas Kesehatan bahwa setiap kali pemucuan dibutuhkan sekitar 5 orang fasilitator untuk satu komunitas berjumlah sekitar 150 orang. Idealnya setiap kecamatan seharusnya mempunyai fasilitator sendiri, sehingga pemucuan tidak harus menunggu agenda kegiatan dari Dinas Kesehatan atau puskesmas.

Tenaga dari Dinas Kesehatan sendiri dalam kegiatan monitoring atau bimbingan teknis ke puskesmas-puskesmas juga terbatas, sehingga pendampingan hanya melalui *via* telepon atau sms. Hal yang sama juga terjadi pada di Puskesmas Nganjuk, hanya 2 orang tenaga sanitarian saja yang bertanggung jawab untuk *monitoring* wilayah Kecamatan Nganjuk. Jadi, sistem monitoring terkesan tidak efisien waktu. Pemanfaatan sumber daya manusia atau komite STBM di desa/kelurahan dalam tahap monitoring secara maksimal juga sangat penting jika mengingat terbatasnya tenaga yang ada. Namun Bu Sd (49 tahun) selaku ketua komite STBM dan kader lingkungan menyatakan bahwa saat pelaksanaan kegiatan monitoring, komite yang terlibat hanya 2 orang saja ditambah Bu RH dan Bu Sy sanitarian dari Puskesmas, hal yang sama juga di katakan Bu RH (43 tahun).

Peran fasilitator dalam program STBM Pilar 1 sangat penting, seperti yang dikemukakan oleh Kar (2004:3) bahwa tujuan utama fasilitator dalam pendekatan CLTS adalah untuk memfasilitasi dan membantu anggota komunitas melihat sendiri bahwa buang air besar di tempat terbuka mempunyai akibat yang menjijikkan serta menciptakan lingkungan yang kurang menyenangkan. Dapat terjadinya sebuah proses pemberdayaan masyarakat, dibutuhkan suatu fasilitasi, edukasi, dan komunikasi kepada masyarakat. Jadi, jika fasilitator terbatas, untuk kasus di Kabupaten Nganjuk, setiap kali pemucuan di kecamatan atau desa/kelurahan harus menggerakkan fasilitator di seluruh Nganjuk, maka untuk proses pemberdayaan masyarakat menjadi kurang maksimal, tidak efisien, dan terjadinya kendala di proses monitoring.

3) Pendanaan yang relatif kecil

Kendala dalam hal pendanaan juga dialami dalam pelaksanaan program STBM Pilar 1. Bapak IW (42 tahun) selaku penanggung jawab program STBM Pilar 1 Dinas Kesehatan Nganjuk menyatakan bahwa pendanaan dari APBD sangat kecil, sehingga cakupan desa yang akan dipicu dari dana tersebut hanya sekitar 4-5 komunitas atau 20 desa, berbanding dengan jumlah desa sebanyak 284 desa di seluruh kabupaten Nganjuk. Dana Bantuan Operasional Kesehatan dirasakan sangat membantu untuk menutupi kekurangan tersebut. Sedangkan, untuk Kecamatan Nganjuk yang telah mendapatkan status ODF/SBS, maka Bu RH (43 tahun) menjelaskan pendanaan yang digunakan untuk pemucuan akan dialihkan untuk kegiatan monitoring dan pelaksanaan pilar-pilar program STBM selanjutnya.

Output pemerintah dalam pemberdayaan, seperti pada Sulistyani (2004:97) adalah untuk menyediakan penganggaran. Walaupun dana APBD dari pemerintah Kabupaten Nganjuk telah meningkat setiap tahunnya, namun jika digunakan untuk melaksanakan pemecuan dengan cakupan wilayah yang cukup banyak, saat ini masih 113 desa yang belum mendapatkan pemecuan dan banyaknya desa yang belum ODF, maka kemajuan yang dirasakan juga akan terkesan lambat. Jones (dalam Kapus, 2012) menyatakan bahwa program biasanya memiliki anggaran tersendiri, program kadang juga dapat diidentifikasi melalui anggaran. Jadi, diperlukan adanya komitmen dari pemerintah Kabupaten terutama dalam sistem pengalokasian anggaran pada APBD maupun donor dari luar untuk mewujudkan program STBM Pilar 1 agar sukses di tingkat desa/kelurahan maupun kecamatan, seperti pada Kecamatan Nganjuk yang baru-baru ini dideklarasikan telah ODF/SBS.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil dari penelitian maka dapat disimpulkan bahwa implementasi pemberdayaan masyarakat melalui program STBM Pilar 1 Dinas Kesehatan Daerah pada Kecamatan Nganjuk, dapat digolongkan menjadi 3 tahap, yaitu :

1. Persiapan Pelaksanaan Kegiatan Program STBM Pilar 1

Proses pemetaan wilayah (*mapping*) dan identifikasi masalah, adapun yang menjadi tujuan dari tahap ini guna menentukan lokasi pemecuan, dan mengidentifikasi masalah terkait kondisi lingkungan sanitasi, kondisi sosial budaya, dan kesiapan warga serta perangkat desa setempat. Koordinasi petugas kecamatan dengan perangkat desa/kelurahan untuk menentukan waktu, tempat, dan persiapan lainnya termasuk mempersiapkan data-data yang akan dihimpun di lapangan. Persiapan kegiatan pemecuan komunitas adalah mengkoordinasikan fasilitator kabupaten yang hadir menjadi tim-tim pemecuan, sedangkan pemecuan kelas disini bertujuan meninjau kembali hasil pemecuan komunitas dan mempersiapkan komite STBM sebelum pelaksanaan pleno pemecuan kelas. Kegiatan monitoring menjadi tanggung jawab petugas sanitarian puskesmas kecamatan Nganjuk.

2. Pelaksanaan kegiatan program STBM Pilar 1

Berdasarkan hasil temuan di lapangan pemetaan wilayah lebih diutamakan daerah desa/kelurahan yang secara geografis mendukung praktek BABS dan *urgent* untuk dilakukan pemicuan. Koordinasi dilakukan antara perangkat desa/kelurahan dengan RT/RW setempat untuk menggerakkan masyarakat. ada tahap pengumpulan data-data dan sarana prasarana pemicuan, temuan di lapangan menunjukkan adanya desa/kelurahan yang tidak mempunyai data dan profil. Pada pelaksanaan kegiatan pemicuan dibagi menjadi 2 tahap yaitu pemicuan komunitas dan pleno pemicuan kelas. Dalam penerapan di lapangan, tahapannya lebih fleksibel, dan menyesuaikan dengan kondisi pada saat pemicuan berlangsung. Tahapan pada pemicuan komunitas dapat disimpulkan menjadi 4 tahapan, antara lain : Perkenalan; Ice Breaking; Identifikasi masalah dan fasilitasi masalah dan Meminta komitmen.

Pemicuan Kelas atau pleno pemicuan kelas merupakan kegiatan bersifat semi-resmi dengan format diskusi grup sekaligus pembekalan ilmu yang dihadiri oleh komite STBM, pejabat setempat dan aktor lain yang terlibat seperti perwakilan dari Dinas Kesehatan Daerah, sanitarian maupun wirausaha sanitasi. Dalam pemicuan kelas, komite diharuskan menyampaikan presentasi mengenai pemetaan wilayah desa/kelurahan terkait, strategi mencapai ODF, penentuan komitmen/jangka waktu komitmen, data pioneer, dll.

3. Pasca pelaksanaan kegiatan STBM Pilar 1

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa kondisi pasca pelaksanaan kegiatan STBM Pilar 1 yaitu hasil dari pemetaan wilayah digunakan

sebagai acuan fasilitator menentukan model atau pola pemucuan. Sedangkan pasca koordinasi dilakukan antara petugas kecamatan dengan pejabat setempat mengharuskan adanya feedback dari petugas kecamatan kepada Dinas Kesehatan yang bertujuan untuk menggerakkan fasilitator kabupaten. Data primer dan sekunder yang telah dihimpun kemudian dilaporkan ke Dinas Kesehatan, dan sarana prasarana disiapkan oleh Dinas Kesehatan atau dapat memanfaatkan benda yang ada di sekitar lokasi pemucuan. Kondisi pasca kegiatan pemucuan, masyarakat mulai melakukan perbaikan kualitas sanitasi ke jamban permanen, dan menyadari pentingnya kesehatan. Temuan di lapangan, masih ada warga yang menggunakan sarana sanitasi yang sebelumnya yaitu jamban cemplung dan keterlibatan program subsidi seperti PNPM. Serta jika dalam monitoring tidak ditemukan adanya kejadian BABS, maka dapat dilakukan verifikasi dan deklarasi ODF. Jika masih ditemukan, maka komite di picu lagi melalui kegiatan fasilitasi penguatan komite STBM desa non-ODF.

4. Pencapaian Pelaksanaan Program STBM Pilar 1 di Kecamatan Nganjuk

Deklarasi Kecamatan Nganjuk sebagai Kecamatan ODF Pertama di kabupaten Nganjuk. terlihat adanya peningkatan akses terhadap sanitasi dasar jamban sehat dan menurunnya penyakit diare.

Implementasi program STBM Pilar 1 di Kecamatan Nganjuk tidak lepas dari adanya faktor-faktor yang mendukung maupun menghambat proses pelaksanaannya. Beberapa faktor pendukung pelaksanaan Program STBM Pilar 1 di Kecamatan Nganjuk, antara lain :

1) Koordinasi dan kualitas Fasilitator Kabupaten

Adanya koordinasi yang baik antara fasilitator Kabupaten dapat mendukung kelancaran pelaksanaan program STBM Pilar 1, sehingga dapat mempermudah pembagian tugas dan peran di tengah keterbatasan tenaga fasilitator. Kualitas SDM yang baik juga dapat menunjang adanya inovasi-inovasi dalam pelaksanaan program. Misalnya tenaga sanitarian yang merangkap sebagai wirausaha sanitasi, sehingga mempermudah akses masyarakat terhadap pilihan sarana sanitasi.

2) Dukungan regulasi dari Pemerintah Pusat

Regulasi dalam suatu program mempengaruhi banyak aspek, antara lain aspek koordinasi, aspek keberlanjutan program, aspek pendanaan dll. di pemerintahan daerah.

Sedangkan yang menjadi faktor penghambat selama implementasi program STBM Pilar 1 adalah :

1) Kurangnya respon Pemerintah Daerah Kabupaten Nganjuk

Kurangnya respon pemerintah daerah Kab. Nganjuk terutama dalam hal penyediaan regulasi pelaksanaan program STBM Pilar 1 di daerah menyebabkan berbagai kendala yaitu kurangnya koordinasi lintas sektor dan lintas program; tidak adanya fasilitasi terhadap wirausahawan sanitasi di Nganjuk, sehingga peran mereka tidak dimanfaatkan secara optimal, dan masalah pendanaan.

2) Keterbatasan Tenaga Kesehatan yang terlibat

Terbatasnya tenaga kesehatan yang terlibat merupakan kendala dalam pelaksanaan rangkaian kegiatan program STBM Pilar 1 di Kecamatan Nganjuk. Padahal, dalam kegiatan pemicuan peran tenaga fasilitator sangat besar untuk membantu memahami dan memfasilitasi pemecahan masalah di masyarakat. Pelaksanaan proses *monitoring* juga menjadi terkesan lamban, karena hanya ada 2 orang tenaga sanitarian saja di Kec. Nganjuk.

3) Pendanaan yang relatif kecil

Masalah pendanaan juga dialami pelaksanaan program STBM Pilar 1 di Kec. Nganjuk, terutama dari dana APBD. Sehingga pelaksanaan pemicuan mayoritas sangat bergantung pada dana BOK (Bantuan Operasional Kesehatan).

B. Saran

Dari hasil dan temuan penelitian diatas, maka peneliti dapat merekomendasikan beberapa hal berikut ini :

1. Untuk mengatasi kendala anggaran dan keterbatasan tenaga kesehatan, Pemerintah Kabupaten Nganjuk harus sesegera mungkin membuat atau menerbitkan peraturan perundang-undangan yang mengatur mengenai pelaksanaan program STBM sebagai tindak lanjut dari adanya regulasi dari pusat yaitu Peraturan Kemenkes RI No. 852/Menkes/SK/IX/2008 tentang Strategi Nasional STBM, terutama untuk :

- menyelesaikan masalah koordinasi secara lintas sektor maupun lintas program,
- menggerakkan kembali tim fasilitator STBM tingkat kecamatan,
- pendanaan program

- pelatihan dan fasilitasi wirausahawan sanitasi
- sinergitas antara program subsidi seperti PNPM dengan program STBM yang non-subsidi.

Menurut peneliti, peran regulasi disini sangat penting karena paling tidak dapat meningkatkan jumlah tenaga kesehatan yang terlibat, sehingga kendala kegiatan pemucuan dan monitoring dapat diminimalisir. Alokasi anggaran dari APBD, BOK, maupun dana dari swasta seperti CSR dapat dialokasikan secara maksimal.

2. Untuk mengatasi kendala kurangnya respon pemerintah kabupaten, Dinas Kesehatan sebaiknya meningkatkan advokasi ke pemerintah kabupaten, DPR dan tidak hanya dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan saja, namun juga pihak swasta seperti HAKLI, atau sektor lain dengan program yang sejalan tujuan program STBM Pilar 1.
3. Hasil temuan di lapangan, sejak tahun 2011, Pemerintah telah memperbolehkan adanya dana dari luar sebagai dana stimulan untuk membantu program ini. Walaupun hal tersebut bertentangan dengan ketentuan awal yaitu Peraturan Kemenkes RI No. 852/Menkes/SK/IX/2008 tentang Strategi Nasional STBM, tetapi karena telah diterapkan cukup lama, maka sebaiknya sebagai dana stimulan, hendaknya perlu adanya pembatasan atau bahkan pengurangan secara bertahap untuk jumlah dana dari program lain seperti PNPM yang diberikan secara cuma-cuma pada masyarakat karena berakibat dapat mengurangi partisipasi masyarakat di desa/kelurahan.

4. Demi keberlanjutan program ke pilar 2 dan seterusnya, serta meningkatkan partisipasi masyarakat serta mengatasi keterbatasan tenaga maka perlu dibentuknya suatu kelompok kerja di bidang sanitasi di desa/kelurahan atau melakukan kolaborasi dengan program sanitasi berbasis masyarakat lainnya untuk membantu tugas komite STBM, seperti *monitoring* terhadap kondisi lingkungan sekitar, perawatan dan pemeliharaan sarana jamban pribadi atau pengelolaan WC umum, pelatihan, pemanfaatan adanya limbah misalnya kotoran sapi. Sehingga program ini dapat memberikan efek keberlanjutan untuk pelaksanaan program STBM pilar-pilar setelahnya serta meningkatkan partisipasi masyarakat yang terpicu.
5. Temuan di lapangan menyatakan bahwa warga yang menghadiri kegiatan pemicuan tidak maksimal karena terhambat oleh pekerjaan sehari-hari, maka perlu adanya sosialisasi lanjutan melalui media massa yang berfungsi menginformasikan sekaligus memicu masyarakat sekitar yang tidak sempat mengikuti rangkaian kegiatan pemicuan komunitas, misalnya lewat media poster atau menyarankan kepada RT/RW atau tokoh masyarakat untuk mensosialisasikan melalui media suara (dakwah/pengajian) atau rapat rutin warga. Selain mengandalkan sosialisasi program STBM pada komite atau kader lingkungan, pemerintah kabupaten atau pemerintah lokal seperti perangkat desa/kelurahan perlu menginformasikan kemajuan atau pesan – pesan persuasif mengenai program STBM melalui media massa, sebagai bahan edukasi untuk masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Ali, Mohammad. 2013. "Pendidikan untuk Pembangunan Nasional : Menuju Bangsa Indonesia yang Mandiri dan Berdaya Saing Tinggi". Diakses tanggal 24 September 2013 Pukul 12.40 WIB dari <http://books.google.com/>
- Anonymous. 2002. *Teknik Pemberdayaan Masyarakat Secara Partisipatif*. Bogor : Departemen Agribisnis FEM IPB
- Arikunto, Suharsimi. 2009. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta : Pineka Cipta
- Aziz, Moh. Ali, dkk. 2005. *Dakwah Pemberdayaan Masyarakat : Paradigma Aksi Metodologi*. Yogyakarta : Pustaka Pesantren
- BPS. 2010. *Hasil Sensus Penduduk 2010 Kabupaten Nganjuk : Angka Sementara*. BPS
- BPS. 2012. *Kecamatan dalam Angka tahun 2012*. Nganjuk : BPS
- Chalid, Pheni. 2005. *Otonomi Daerah : Masalah, Pemberdayaan, dan Konflik*. Jakarta : Kemitraan
- Chambers, Robert. 2009. *Going to Scale with Community-Led Total Sanitation : Reflections on Experience, Issues and Ways Forward*. United Kingdom : Institute Development Studies
- Colby, Michael E. 1991. *Environmental Management in Development the Evolution of Paradigms*. Amsterdam : Elsevier Science Publishers BV
- Conant, Jeff dan Pam Fadem. 2009. *Panduan Masyarakat Untuk Kesehatan Lingkungan* diterjemahkan oleh Rini A. Sulaiman, Inca J. Wurangian, Bachtarun Gunawan. Palangkaraya : Yayasan Tambuhak Sinta
- Jamasy, Owin. 2004. *Keadilan, Pemberdayaan, & Penanggulangan Kemiskinan*. Bandung : Blantika
- Kabupaten Nganjuk. 2012. *Buku Putih Sanitasi Kabupaten Nganjuk*. Nganjuk : BPS Kab. Nganjuk
- Kabupaten Nganjuk. 2012. *Nganjuk dalam Angka 2012 (Nganjuk Regency in Figures 2012)*. Nganjuk : BPS Kab. Nganjuk
- Kapus, Sasminedi. 2012. "Program adalah . . ." di akses pada tanggal 20 Oktober 2013 Pukul 09.52 WIB melalui <http://sasminedi-kapus.blogspot.com/>
- Kar, Kamal dan Robert Chambers. 2008. *Handbook on Community-Led Total Sanitation*. United Kingdom : IDS dan Plan UK

- Kar, Kamal. 2004. *Petunjuk Praktis Memicu Sanitasi Total Dipimpin oleh Masyarakat (CLTS)*. United Kingdom : Universitas Sussex
- Kartasasmita, Ginandjar. 2003. *Pemberdayaan Masyarakat : Konsep Pembangunan yang Berakar pada Masyarakat*. Jakarta : ITB
- Kelompok Kerja (Pokja) Sanitasi Kab. Nganjuk. 2012. *Laporan Studi Penilaian Resiko Kesehatan Lingkungan (ERHA) Kabupaten Nganjuk*. Nganjuk
- Kementerian Kesehatan RI. 2012. *Buku Saku Verifikasi STBM*. Jakarta Pusat : Sekretariat STBM Nasional
- _____. 2012. *Materi Advokasi STBM - 2012*. Jakarta : Sekretariat STBM
- Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 852/MenkesSK/IX/2008 Tentang Strategi Nasional Sanitasi Total Berbasis Masyarakat
- Leksono, Bowo. 2008. "Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) di Indonesia". Jakarta Pusat : Majalah Percik Pokja AMPL Edisi Bulan Desember
- Microsoft Student with Encarta Premium. 2007. *Sanitation*. Redmond, WA : Microsoft Corporation
- Miles, Matthew B. Dan Michael A. Huberman. 1992. *Analisis Data Kuantitatif*. Diterjemahkan oleh Tjejep Rohendi Rohidi. Jakarta : Universitas Indonesia Press
- _____, 1994. "A Qualitative Data Analysis Expanded Book 3rd : Chapter 1 Sample" diakses pada tanggal 26 Mei 2014 Pukul 17.29 melalui www.sagepub.org
- Moleong, Lexy J. 2005. *Metode Penelitian Kualitatif*. Bandung : Remaja Rosdakarya
- Monaghan, Stephen. 2014. *The Determinants of The Health of The People*, diakses pada tanggal 6 Maret 2014 Pukul 15.15 melalui www.cardiffhealthalliance.org/
- Mubarak, Wahid Iqbal. 2012. *Ilmu Kesehatan Masyarakat : Konsep dan Aplikasi dalam Kebidanan*. Penerbit Salemba Medika : Jakarta
- Nazir, M. 2005. *Metode Penelitian*. Jakarta : Ghalia Indonesia.
- Nurchahyo, Heru. 2008. *Ilmu Kesehatan Masyarakat : Jilid 2*. Jakarta : Departemen Pendidikan Nasional
- Prasodjo, Eko. 2004. *Jurnal Ilmiah Administrasi Publik*.

Republika Online. 2013. "Sanitasi Buruk Disebut Rugikan Negara Rp 58 Triliun". Diakses pada tanggal 14 Agustus 2013 Pukul 15.49 melalui <http://berita.plasa.msn.com/>

Rahmadi, Devi Yulianto. 2011. *Peran Fasilitator dan Co-fasilitator dalam Program Sanitasi Total Sanitasi Berbasis Masyarakat (STBM) : Studi Kasus Keberhasilan Program STBM pada Masyarakat Desa Ligarmukti, Kecamatan, Kecamatan Klapanunggal. Kabupaten Bogor, Jawa Barat.* Depok : Universitas Indonesia.

Santoso, Djoko. 2010. *Orang Miskin Boleh Sehat : Potret Layanan Kesehatan.* Jaring Pena : Surabaya

Shah, Meera Kaul. 1999. Chapter 1 Participatory Learning and Action (PLA) : An Overview dalam M.K Shah dkk. *Embracing Aprticipation in Development : Worldwide experience from CARE's Reproductive Health Programs with a step-by-step field guide to participatory tools and techniques.* USA : CARE

Siagian, P. Sondang. 2005. *Administrasi Pembangunan : Konsep, Dimensi, dan Strateginya.* Jakarta : Bumi Aksara

Soejoeti, Sunanti Z. *Konsep Sehat, Sakit dan Penyakit dalam Konteks Sosial Budaya.* Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan RI : Jakarta

Soeranto, Dwityo A. 2004. *Kualitas Manusia Indonesia dan pembangunan Sarana Prasarana Sanitasi*

Soetomo. 2011. *Pemberdayaan Masyarakat : Mungkinkah Muncul Antitesisnya?.* Pustaka Pelajar : Yogyakarta

Sugiyono, 2011. *Metode Penelitian kuantitatif kualitatif dan R&D.* Bandung : Alfabeta.

Suharto, Edi, dkk. 2004. *Membangun masyarakat Memberdayakan Masyarakat : Kajian Strategis Pembangunan Kesejahteraan Sosial & Pekerjaan Sosial.* Refika Aditama : Bandung

_____, Edi, dkk. 2005. *Membangun masyarakat Memberdayakan Masyarakat : Kajian Strategis Pembangunan Kesejahteraan Sosial & Pekerjaan Sosial.* Refika Aditama : Bandung

_____, Edi, dkk. 2009. *Membangun masyarakat Memberdayakan Masyarakat : Kajian Strategis Pembangunan Kesejahteraan Sosial & Pekerjaan Sosial.* Refika Aditama : Bandung

_____, Edi. 2010. *Membangun Masyarakat Memberdayakan Masyarakat : Kajian Strategis Pembangunan Kesejahteraan Sosial & Pekerjaan Sosial.* Refika Aditama : Bandung

- Suhendra. 2006. *Peranan Birokrasi dalam Pemberdayaan Masyarakat*. Bandung : Alfabeta
- Sulistiyani. T. A. 2004. *Kemitraan dan Model-model Pemberdayaan*. Yogyakarta: gava Media
- Suryono, Agus. 2004. *Pengantar Teori Pembangunan*. Malang : Penerbit Universitas Negeri Malang
- _____, Agus. 2004. *Pengantar Teori Pembangunan*. Malang : UMM Press
- Syahyuti, 2006. *30 Konsep penting dalam Pembangunan Pedesaan dan Pertanian*. Jakarta : Bina Rena Pariwara
- Undang Undang No. 11 Tahun 2009 tentang Kesejahteraan Sosial
- Undang Undang No. 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan
- UNICEF. 2012. "Ringkasan Kajian : Air Bersih, Sanitasi dan Kebersihan". <http://www.unicef.org/>
- Wartono, Djoko. 2008. "STBM sebagai Mencapai Target MDG Bidang Sanitasi". Jakarta Pusat : Majalah Percik Pokja AMPL Edisi Bulan Desember
- Wijayadi, I Ketut. 2013. *Laporan Hasil Kegiatan Pemicuan Program STBM Pilar 1 di Kecamatan Rejoso Kab. Nganjuk*. Nganjuk : Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Nganjuk
- Wijayadi, I Ketut. 2013. Materi Slideshow "Kemajuan Pelaksanaan STBM Kab. Nganjuk". Nganjuk : Dinas Kesehatan Daerah Nganjuk
- Wrihatnolo, Randy. R dan Riant Nugroho Dwidjowijoto. 2007. *Manajemen Pemberdayaan : Sebuah Pengantar dan Panduan untuk Pemberdayaan Masyarakat*. Jakarta : PT Elex Media Komputindo.
- WSP. 2011. *Lessons in Urban Sanitation Development : Indonesia Sanitation Sector Development Program 2006-2010*. WSP
- _____. 2013. "Awakening Change : Transformation of Sanitation Behaviour in Rural Indonesia". Australia : WSP

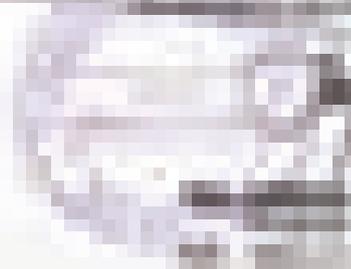
INTERVIEW GUIDE

1. Bagaimanakah awal mula implementasi program STBM di Kabupaten Nganjuk?
2. Apa sajakah kegiatan dalam program STBM?
3. Bagaimanakah persiapan pelaksanaan kegiatan-kegiatan tersebut pada Program STBM Pilar 1 di Kecamatan Nganjuk?
4. Bagaimanakah pelaksanaan kegiatan-kegiatan tersebut pada Program STBM Pilar 1 di Kecamatan Nganjuk?
5. Bagaimanakah kondisi pasca pelaksanaan kegiatan pada program STBM Pilar 1 di Kecamatan Nganjuk?
6. Apa sajakah pencapaian pelaksanaan Program STBM Pilar 1 di Kecamatan Nganjuk?
7. Apa saja faktor pendukung dan penghambat pada lingkup internal pada Dinas Kesehatan yang mempengaruhi selama proses pelaksanaan program STBM Pilar 1?
8. Apa saja faktor pendukung dan penghambat pada lingkup eksternal Dinas Kesehatan yang mempengaruhi selama proses pelaksanaan program STBM Pilar 1?





[Redacted text]



[Redacted text]

[Redacted text]



CURRICULUM VITAE

- Nama : Diana Hariyanti
- Nomor Induk Mahasiswa : 105030101111085
- Tempat dan Tanggal Lahir : Nganjuk, 6 Mei 1992
- Alamat Asal : Perumnas Candirejo Megah U.24, Loceret,
Nganjuk
- Email : dheeha.glitz06@gmail.com
- Pendidikan : 1. SDN Kauman I Nganjuk Tamat Tahun 2004
2. SMP Negeri I Nganjuk Tamat Tahun 2007
3. SMA Negeri I Nganjuk Tamat Tahun 2010
- Publikasi-publikasi
atau karya ilmiah : 1. Laporan Kuliah Kerja Nyata/Magang
“Peran Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten
Nganjuk dalam Program Gerakan Pengentasan
Gizi Buruk (GENTASIBU) sebagai Upaya
Mengurangi Jumlah Balita Gizi Buruk di
Kabupaten Nganjuk.”
2. Skripsi
“Pemberdayaan Masyarakat melalui Program
Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM)
Pilar 1”

