

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM)

1. Pengertian STBM

Sanitasi dasar adalah sanitasi rumah tangga meliputi sarana buang air besar, sarana pengelolaan sampah dan limbah rumah tangga (Kemenkes RI, 2014).

Berbasis masyarakat adalah kondisi yang menempatkan masyarakat sebagai pengambil keputusan dan penanggung jawab dalam rangka menciptakan atau meningkatkan kapasitas masyarakat, untuk memecahkan berbagai persoalan terkait upaya peningkatan kualitas hidup, kemandirian, dan kesejahteraan (Kemenkes RI, 2014).

Sanitasi total berbasis masyarakat merupakan pendekatan untuk merubah perilaku hygiene dan sanitasi melalui pemberdayaan masyarakat dengan metode pemucuan (Permenkes No. 3, 2014).

Program STBM mempunyai indikator *outcome* dan *output*. Indikator *outcome* yaitu menurunkan kejadian penyakit berbasis lingkungan yang berkaitan dengan sanitasi dan perilaku. Sedangkan indikator *output* yaitu setiap individu dan komunitas akses terhadap sarana sanitasi dasar untuk mewujudkan ODF (*Open Defecation Free*), setiap rumah tangga dapat menerapkan pengelolaan air minum dan makanan yang aman, setiap rumah tangga dan sarana pelayanan umum tersedia fasilitas cuci tangan

sehingga semua orang dapat mencuci tangan dengan benar, setiap rumah tangga mengelola limbah dan sampah dengan benar (Kemenkes RI, 2014).

Program sanitasi total berbasis masyarakat (STBM) dilakukan untuk mengubah perilaku *hygiene* dan sanitasi melalui pemberdayaan masyarakat dengan cara pemicuan dalam pelaksanaannya terdapat 5 pilar yaitu stop buang air besar sembarangan, cuci tangan pakai sabun, pengolahan air minum dan makanan rumah tangga, pengamanan sampah rumah tangga, dan pengamanan limbah cair rumah tangga (Kemenkes RI, 2015).

2. Tujuan STBM

Menurut Kasjono, HS (2020), tujuan STBM adalah untuk mencapai kondisi sanitasi total dengan mengubah perilaku *hygiene* dan sanitasi meliputi pemberdayaan masyarakat yang meliputi 3 komponen yaitu penciptaan lingkungan yang mendukung, peningkatan kebutuhan sanitasi, peningkatan penyediaan sanitasi dan pengembangan inovasi dengan konteks wilayah (Kasjono HS, 2020). Tujuan STBM juga yaitu mewujudkan perilaku masyarakat yang *hygiene* dan saniter secara mandiri dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya (Kemenkes RI, 2014).

3. Sasaran STBM

Berdasarkan Permenkes No. 3 Tahun 2014 terdapat sasaran STBM yaitu sebagai berikut:

- a. Semua masyarakat yang belum melaksanakan salah satu atau lima pilar STBM.

- b. Semua keluarga yang telah memiliki fasilitas sanitasi tetapi belum memenuhi syarat kesehatan (Permenkes No.3, 2014).

4. Prinsip STBM

Berdasarkan Permenkes No. 3 Tahun 2014 terdapat Prinsip-prinsip STBM yaitu sebagai berikut:

- a. Tanpa subsidi

Masyarakat tidak menerima bantuan dari pemerintah atau pihak lain untuk menyediakan sarana sanitasi dasarnya, penyediaan sanitasi dasar merupakan tanggung jawab masyarakat.

- b. Masyarakat sebagai pemimpin

Inisiatif pembangunan sanitasi berasal dari masyarakat, fasilitator sanitasi hanya membantu memberikan masukan dan solusi kepada masyarakat untuk meningkatkan akses sanitasi. Semua kegiatan maupun pembangunan sarana sanitasi dibuat oleh masyarakat sendiri.

- c. Tidak memaksa

STBM tidak boleh disampaikan kepada masyarakat dengan cara memaksa mereka untuk mempraktekan budaya hygiene dan sanitasi (Permenkes No 3, 2014).

5. Strategi STBM

Berdasarkan Permenkes No. 3 Tahun 2014 strategi dalam pelaksanaan STBM meliputi beberapa komponen yang saling berhubungan satu sama lain yaitu:

a. Penciptaan lingkungan yang kondusif

Komponen ini meliputi advokasi kepada pemerintah, pemerintah daerah, dan pemangku kepentingan dalam mengembangkan komitmen bersama untuk melembagakan program pembangunan sanitasi pedesaan yang diharapkan akan menghasilkan:

- 1) Komitmen pemerintah daerah untuk menyediakan sumber daya untuk melaksanakan program STBM yang dinyatakan dalam surat kepemimpinan.
- 2) Kebijakan daerah dan peraturan daerah tentang sanitasi seperti keputusan Bupati, peraturan Daerah, Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD), serta Rencana Strategi (Renstra).
- 3) Terbentuknya lembaga koordinasi yang mengutamakan sektor sanitasi yang menghasilkan peningkatan anggaran sanitasi daerah serta koordinasi sumber daya dari pemerintah maupun non pemerintah.
- 4) Adanya tenaga fasilitator, pelatih STBM, dan program peningkatan fasilitas (Permenkes No. 3, 2014).

b. Peningkatan kebutuhan sanitasi

Komponen peningkatan kebutuhan sanitasi merupakan upaya sistematis untuk mendapatkan perubahan perilaku yang higienis dan saniter berupa:

- 1) Pemicuan perubahan perilaku.
- 2) Promosi dan kampanye perubahan perilaku hygiene dan sanitasi.

- 3) Penyampaian pesan melalui media komunikasi.
- 4) Mengembangkan komitmen masyarakat dalam perubahan perilaku.
- 5) Memfasilitasi terbentuknya tim kerja masyarakat dan mengembangkan mekanisme penghargaan terhadap masyarakat maupun institusi (Permenkes No 3, 2014).

c. Peningkatan penyediaan akses sanitasi

Peningkatan penyediaan sanitasi secara khusus diprioritaskan untuk meningkatkan dan mengembangkan percepatan penyediaan akses dan layanan sanitasi yang layak dalam rangka membuka dan mengembangkan pasar sanitasi pedesaan yaitu:

- 1) Mengembangkan opsi teknologi sarana sanitasi yang sesuai kebutuhan dan terjangkau.
- 2) Menciptakan dan memperkuat jejaring pasar sanitasi pedesaan dan mengembangkan mekanisme peningkatan kapasitas pelaku pasar sanitasi (Permenkes No 3, 2014).

d. Pengelolaan pengetahuan

Pengelolaan pengetahuan, pembelajaran, pengalaman, hasil riset agar pihak yang berkepentingan memiliki akses yang murah, cepat, dan mudah.

Sinergi sumber daya untuk mendukung dan menguatkan pendekatan STBM dengan fokus non subsidi untuk membangun sarana individu (Permenkes No 3, 2014).

e. Pemantauan dan evaluasi

Agar dapat mengukur perubahan dalam pencapaian program dan mengidentifikasi pembelajaran yang dipetik selama perubahan. (Permenkes No 3, 2014).

6. Alur Program STBM

Berdasarkan Permenkes No. 3 Tahun 2014 terdapat alur Program STBM

yaitu:

a. Pelaku Pemicuan

- 1) Tim Fasilitator STBM Desa/kelurahan yang terdiri dari sedikitnya relawan, tokoh masyarakat, tokoh agama, dengan dukungan kepala desa, dapat dibantu oleh orang lain yang berasal dari dalam ataupun dari luar desa tersebut.
- 2) Bidan desa, diharapkan akan berperan sebagai pendamping, terutama ketika ada pertanyaan masyarakat terkait medis, dan pendampingan lanjutan serta pemantauan dan evaluasi.
- 3) Posyandu diharapkan dapat bertindak sebagai wadah kelembagaan yang ada di masyarakat yang akan dimanfaatkan sebagai tempat edukasi, pemicuan, pelaksanaan pembangunan, pengumpulan alternatif pendanaan sampai dengan pemantauan dan evaluasi.
- 4) Kader Posyandu diharapkan juga dapat sebagai fasilitator yang ikut serta dalam kegiatan pemicuan di desa.

5) *Natural leader* dapat dipakai sebagai anggota Tim Fasilitator STBM desa untuk keberlanjutan STBM (Permenkes No 3, 2014).

b. Langkah-langkah Pemicuan

Proses Pemicuan dilakukan satu kali dalam periode tertentu, dengan lama waktu Pemicuan antara 1-3 jam, hal ini untuk menghindari informasi yang terlalu banyak dan dapat membuat bingung masyarakat. Pemicuan dilakukan berulang sampai sejumlah orang terpicu. Orang yang telah terpicu adalah orang yang tergerak dengan spontan dan menyatakan untuk merubah perilaku. Biasanya sang pelopor ini disebut dengan *natural leader* (Permenkes No 3, 2014).

c. Pengantar pertemuan

- 1) Memperkenalkan diri beserta semua anggota tim dan membangun hubungan setara dengan masyarakat yang akan dipicu.
- 2) Menjelaskan tujuan keberadaan kader dan atau fasilitator.
- 3) Menjelaskan bahwa kader dan atau fasilitator akan banyak bertanya dan minta kesediaan masyarakat yang hadir untuk menjawab pertanyaan- pertanyaan dengan jujur.
- 4) Menjelaskan bahwa kedatangan kader dan atau fasilitator bukan untuk memberikan bantuan dalam bentuk apapun (uang, semen dan lain-lain), melainkan untuk belajar (Permenkes N. 3, 2014).

d. Pencairan suasana

Pencairan suasana dilakukan untuk menciptakan suasana akrab antara fasilitator dan masyarakat sehingga masyarakat akan terbuka untuk menceritakan apa yang terjadi.

e. Identifikasi istilah-istilah yang terkait dengan sanitasi

Fasilitator dan/atau kader dapat memulai dengan pertanyaan, misalnya “Siapa yang melihat atau mencium bau kotoran manusia pada hari ini?” “Siapa saja yang BAB ditempat terbuka pada hari ini?” (Permenkes No. 3, 2014).

f. Pemetaan sanitasi

- 1) Melakukan pemetaan sanitasi yang merupakan pemetaan sederhana yang dilakukan oleh masyarakat untuk menentukan lokasi rumah, sumber daya yang tersedia dan permasalahan sanitasi yang terjadi, serta untuk memicu terjadinya diskusi dan dilakukan di ruangan terbuka yang cukup lapang.
- 2) Menggunakan bahan-bahan yang tersedia di lokasi (daun, batu, batang kayu, dan lain-lain) untuk membuat peta.
- 3) Memulai pembuatan peta dengan membuat batas kampung, jalan desa, lokasi pemicuan, lokasi kebun, sawah, kali, lapangan, rumah penduduk (tandai mana yang punya dan yang tidak punya jamban, sarana cuci tangan, tempat pembuangan sampah, saluran limbah cair rumah tangga).

- 4) Memberi tanda pada lokasi-lokasi biasanya digunakan untuk membuang tinja, sampah dan limbah cair rumah tangga. Selanjutnya membuat garis dari lokasi pembuangan ke rumah tangga.
- 5) Melakukan diskusi tentang peta tersebut dengan cara meminta peserta untuk berdiri berkelompok sesuai dengan dusun/RT. Minta mereka mendiskusikan dusun/RT mana yang paling kotor? Mana yang nomor 2 kotor dan seterusnya (Permenkes No. 3, 2014).

g. *Transect Walk* (Penelusuran Wilayah)

- 1) Mengajak anggota masyarakat untuk menelusuri desa sambil melakukan pengamatan, bertanya dan mendengar.
- 2) Menandai lokasi pembuangan tinja, sampah dan limbah cair rumah tangga dan kunjungi rumah yang sudah memiliki fasilitas jamban, cuci tangan, tempat pembuangan sampah dan saluran pembuangan limbah cair.
- 3) Penting sekali untuk berhenti di lokasi pembuangan tinja, sampah, limbah cair rumah tangga dan luangkan waktu di tempat itu untuk berdiskusi (Permenkes No. 3, 2014).

h. Diskusi

- 1) Alur kontaminasi
 - a) Menayangkan gambar-gambar yang menunjukkan alur kontaminasi penyakit.
 - b) Tanyakan: Apa yang terjadi jika lalat-lalat tersebut hinggap di makanan anda? Di piring anda? Di wajah dan bibir anak kita?

- c) Kemudian tanyakan: Jadi apa yang kita makan bersama makanan kita?
 - d) Tanyakan: Bagaimana perasaan anda yang telah saling memakan kotorannya sebagai akibat dari BAB di sembarang tempat?
 - e) Fasilitator tidak boleh memberikan komentar apapun, biarkan mereka berfikir dan ingatkan kembali hal ini ketika membuat rangkuman pada akhir proses analisis (Permenkes No. 3, 2014).
- 2) Simulasi air yang terkontaminasi
- a) Siapkan 2 gelas air mineral yang utuh dan minta salah seorang anggota masyarakat untuk minum air tersebut. Lanjutkan ke yang lainnya, sampai mereka yakin bahwa air tersebut memang layak diminum.
 - b) Minta 1 helai rambut kepada salah seorang peserta, kemudian tempelkan rambut tersebut ke tinja yang ada di sekitar kita, celupkan rambut ke air yang tadi diminum oleh peserta.
 - c) Minta peserta yang minum air tadi untuk meminum kembali air yang telah diberi dicelup rambut bertinja.
 - d) Minta juga peserta yang lain untuk meminumnya. Ajukan pertanyaan: Kenapa tidak yang ada berani minum?
 - e) Tanyakan berapa jumlah kaki seekor lalat dan beritahu mereka bahwa lalat mempunyai 6 kaki yang berbulu. Tanyakan:

Apakah alat bisa mengangkut tinja lebih banyak dari rambut yang dicelupkan ke air tadi?

f) Menyusun rencana program sanitasi

(1) Jika sudah ada masyarakat yang terpicu dan ingin berubah, dorong mereka untuk mengadakan pertemuan untuk membuat rencana aksi.

(2) Pada saat Pemicuan, amati apakah ada orang-orang yang akan muncul menjadi *natural leader*.

(3) Mendorong orang-orang tersebut untuk menjadi pimpinan kelompok, memicu orang lain untuk mengubah perilaku.

(4) Tindak lanjut setelah pemicuan merupakan hal penting yang harus dilakukan, untuk menjamin keberlangsungan perubahan perilaku serta peningkatan kualitas fasilitas sanitasi yang terus menerus.

(5) Mendorong *natural leader* untuk bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana aksi dan perubahan perilaku terus berlanjut.

(6) Setelah tercapai status 100% (seratus persen) STBM (minimal pilar 1), masyarakat didorong untuk mendeklarasikannya, jika perlu memasang papan pengumuman.

(7) Untuk menjamin agar masyarakat tidak kembali ke perilaku semula, masyarakat perlu membuat aturan lokal, contohnya

denda bagi anggota masyarakat yang masih BAB di tempat terbuka.

- (8) Mendorong masyarakat untuk terus melakukan perubahan perilaku higiene dan sanitasi sampai tercapai Sanitasi Total (Permenkes No. 3, 2014).

7. Pilar Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM)

Berdasarkan Permenkes No. 3 Tahun 2014, Pilar sanitasi total berbasis masyarakat (STBM) terdapat lima pilar yakni:

a. Stop Buang Air Besar sembarangan (Stop BABs)

Stop Buang Air Besar sembarangan (Stop BABs) merupakan suatu kondisi ketika setiap individu dalam suatu komunitas berperilaku tidak buang air besar di sembarangan tempat, tetapi di sarana jamban sehat. Jamban sehat adalah fasilitas pembuangan tinja yang efektif untuk memutus mata rantai penularan penyakit (Kasjono HS, 2020).

Jamban sehat efektif untuk memutus mata rantai penularan penyakit. Jamban sehat harus dibangun, dimiliki, dan digunakan oleh keluarga dengan penempatan (di dalam rumah atau di luar rumah) yang mudah dijangkau oleh penghuni rumah. Standar dan persyaratan kesehatan bangunan jamban terdiri dari:

1) Bangunan atas jamban (dinding atau atap)

Bangunan atas jamban harus berfungsi untuk melindungi pemakai dari gangguan cuaca dan gangguan lainnya.

2) Bangunan tengah jamban

Terdapat 2 (dua) bagian bangunan tengah jamban yaitu lubang tempat pembuangan kotoran/tinja yang saniter dilengkapi oleh konstruksi leher angsa, pada konstruksi sederhana (semi saniter) lubang dapat dibuat tanpa konstruksi leher angsa tetapi harus diberi tutup. Dan lantai jamban terbuat dari bahan yang kedap air serta tidak licin dan mempunyai saluran untuk pembuangan air bekas ke sistem pembuangan air limbah (SPAL).

3) Bangunan bawah jamban

Terdapat 2 (dua) macam bentuk bangunan bawah jamban yang pertama tangki septik adalah suatu bak kedap air yang berfungsi sebagai penampungan limbah kotoran manusia, bagian padat akan tertinggal dalam tangki septik dan bagian cair akan meresapkan melalui bidang/sumur resapan. Kedua yaitu cubluk merupakan lubang galian yang akan menampung limbah kotoran baik padat maupun cair yang masuk setiap harinya dan akan meresapkan cairan limbah kedalam tanah dengan tidak mencemari tanah, sedangkan bagian padat dari limbah akan diuraikan secara biologis (Permenkes No. 3, 2014).

b. Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS)

Menurut Kasjono (2020), Perilaku cuci tangan secara benar dengan menggunakan sabun dan air bersih yang mengalir.

- 1) Langkah-langkah CTPS yang benar:
 - a) Basahi kedua tangan dengan air bersih yang mengalir.
 - b) Gosokkan sabun pada kedua telapak tangan sampai berbusa lalu gosok kedua punggung tangan, jari jemari, kedua jempol, sampai semua permukaan kena busa sabun.
 - c) Bersihkan ujung-ujung jari dan sela-sela di bawah kuku.
 - d) Bilas dengan air bersih sambil menggosok-gosok kedua tangan sampai sisa sabun hilang.
 - e) Keringkan kedua tangan dengan memakai kain, handuk bersih, atau kertas tisu, atau mengibas-ibaskan kedua tangan sampai kering.
- 2) Waktu penting perlunya CTPS, antara lain:
 - a) Sebelum makan
 - b) Sebelum mengolah dan menghidangkan makanan
 - c) Sebelum menyusui
 - d) Sebelum memberi makan bayi/balita
 - e) Sesudah buang air besar/kecil
 - f) Sesudah memegang hewan/unggas (Permenkes No. 3, 2014).
1. Kriteria Utama Sarana CTPS:
 - a) Air bersih yang dapat dialirkan
 - b) Sabun
 - c) Penampungan atau saluran air limbah yang aman (Permenkes No. 3, 2014).

c. Pengelolaan Air Minum dan Makanan Rumah Tangga (PAMM-RT)

Berdasarkan Permenkes No. 3 Tahun 2014, PAMM-RT merupakan suatu proses pengolahan, penyimpanan, dan pemanfaatan air minum, dan pengolahan makanan yang aman di rumah tangga (Permenkes, 2014). Tahapan kegiatan PAMM-RT meliputi (Permenkes No. 3, 2014):

1) Pengolahan air minum rumah tangga

a) Pengolahan air baku jika keruh meliputi:

- (1) Dilakukan pengendapan dengan gravitasi alami.
- (2) Dilakukan penyaringan dengan kain.
- (3) Dilakukan pengendapan dengan tawas atau bahan kimia.

b) Pengolahan air untuk minum di rumah tangga dilakukan untuk mendapatkan air dengan kualitas air minum yang baik sehingga terhindar dari kuman penyebab penyakit meliputi:

- (1) Filtrasi (penyaringan) contohnya *biosand filter* dan *keramik filter*.
- (2) Koagulasi dan flokulasi (penggumpalan) contohnya bubuk koagulan.
- (3) Klorinasi contohnya klorin cair dan klorin tablet.
- (4) Desinfeksi contohnya dengan cara merebus, *sodis (solar water disinfection)* (Permenkes No. 3, 2014).

c) Wadah Penyimpanan Air Minum

Setelah pengolahan air minum langkah selanjutnya adalah penyimpanan air minum untuk keperluan sehari-hari dengan cara:

- (1) Wadah tertutup, berleher sempit, dan dilengkapi dengan kran.
- (2) Air minum disimpan diwadah tempat pengolahannya.
- (3) Air yang sudah dikelolah sebaiknya disimpan ditempat yang bersih dan selalu tertutup rapat.
- (4) Letakkan wadah air minum ditempat yang bersih dan terjangkau oleh binatang.
- (5) Wadah air minum selalu dicuci setelah 3 hari ataupun saat air habis dan sebaiknya menggunakan air yang sudah diolah pada bilasan terakhir.
- (6) Pada saat minum menggunakan gelas yang bersih dan kering bukan langsung minum air mengenai mulut.

d) Hal penting yang harus diperhatikan dalam PAMM-RT

- (1) Mencuci tangan sebelum mengelolah air minum dan makanan.
- (2) Mengolah air minum sesuai kebutuhan sehari-hari.
- (3) Tidak mencelupkan tangan kedalam air minum yang sudah masak.
- (4) Secara periodik lakukan pengecekan air minum guna pengujian laboratorium (Permenkes No. 3, 2014).

2) Pengelolaan makanan rumah tangga

Makanan harus dikelola dengan baik dan benar agar tidak menyebabkan gangguan kesehatan bagi tubuh, pengelolaan makanan yang baik yaitu dengan menerapkan prinsip hygiene dan sanitasi makanan (Permenkes No. 3, 2014).

d. Pengelolaan sampah rumah tangga

Menurut Kasjono (2020), Proses pengelolaan sampah dengan aman pada tingkat rumah tangga dengan mengedepankan prinsip mengurangi, memakai ulang dan mendaur ulang. Pengelolaan sampah yang aman adalah pengumpulan, pengangkutan, pemrosesan, pendaur ulangan atau pembuangan dari material sampah dengan cara yang tidak membahayakan Kesehatan masyarakat dan lingkungan.

Tujuan pengamanan sampah rumah tangga adalah untuk menghindari penyimpanan sampah dalam rumah agar segera ditangani (Permenkes, 2014). Pengamanan sampah yang aman adalah dengan cara pengumpulan, pengangkutan, pengelolaan dan pemusnahan sampah dengan cara tidak membahayakan kesehatan masyarakat maupun lingkungan (Permenkes No 3, 2014).

e. Pengamanan limbah cair rumah tangga

Berdasarkan Permenkes No. 3 Tahun 2014, Proses pengamanan limbah cair yang aman pada tingkat rumah tangga untuk menghindari terjadinya genangan air limbah yang berpotensi menimbulkan penyakit berbasis lingkungan. Untuk menyalurkan limbah cair rumah tangga

diperlukan sarana berupa sumur resapan dan saluran pembuangan air limbah rumah tangga. Limbah cair rumah tangga yang berupa tinja dan urine disalurkan ke tangki septik yang dilengkapi dengan sumur resapan. Limbah cair rumah tangga yang berupa air bekas yang dihasilkan dari buangan dapur, kamar mandi, dan sarana cuci tangan disalurkan ke saluran pembuangan air limbah (Permenkes No 3, 2014).

8. *Open Defecation Free (ODF)*

a. Pengertian ODF

Open Defecation Free (ODF) adalah kondisi ketika setiap individu dalam komunitas tidak buang air besar sembarangan, Pembuangan tinja yang tidak memenuhi syarat sangat berpengaruh pada penyebaran penyakit 29 berbasis lingkungan, sehingga untuk memutuskan rantai penularan ini harus dilakukan rekayasa pada akses ini. Agar usaha tersebut berhasil, akses masyarakat pada jamban (sehat) harus mencapai 100% pada seluruh komunitas. Sedangkan Desa/Kelurahan ODF (*Open Defecation Free*) adalah Desa/kelurahan yang 100% masyarakatnya telah buang air besar di jamban sehat, yaitu mencapai perubahan perilaku kolektif terkait Pilar 1 dari 5 pilar Sanitasi Total Berbasis Masyarakat.

b. Karakteristik Desa ODF

Satu komunitas/masyarakat dikatakan telah ODF jika:

- 1) Semua masyarakat telah BAB hanya di jamban dan membuang tinja/kotoran bayi hanya ke jamban.

- 2) Tidak terlihat tinja manusia di lingkungan sekitar.
- 3) Tidak ada bau tidak sedap akibat pembuangan tinja/kotoran manusia.
- 4) Ada peningkatan kualitas jamban yang ada supaya semua menuju jamban sehat.
- 5) Ada mekanisme monitoring peningkatan kualitas jamban.
- 6) Ada penerapan sanksi, peraturan atau upaya lain oleh masyarakat untuk mencegah kejadian BAB di sembarang tempat.
- 7) Ada mekanisme monitoring umum yang dibuat masyarakat untuk mencapai 100% KK mempunyai jamban sehat.
- 8) Di sekolah yang terdapat di komunitas tersebut, telah tersedia sarana jamban dan tempat cuci tangan (dengan sabun) yang dapat digunakan murid-murid pada jam sekolah.
- 9) Analisa kekuatan kelembagaan di Kabupaten menjadi sangat penting untuk menciptakan kelembagaan dan mekanisme pelaksanaan kegiatan yang efektif dan efisien sehingga tujuan masyarakat ODF dapat tercapai.

c. Verifikasi ODF

Verifikasi ODF merupakan proses memastikan status ODF suatu komunitas masyarakat yang menyatakan bahwa secara kolektif mereka telah bebas dari perilaku buang air besar sembarangan. Adapun batasan bahwa suatu komunitas masyarakat telah dapat dikatakan ODF apabila:

- 1) Semua masyarakat telah BAB hanya di jamban yang sehat dan membuang tinja/kotoran bayi hanya ke jamban yang sehat (termasuk di sekolah).
- 2) Tidak terlihat tinja manusia di lingkungan sekitar.
- 3) Ada penerapan sanksi, peraturan atau upaya lain oleh masyarakat untuk mencegah kejadian BAB di sembarang tempat.
- 4) Ada mekanisme monitoring yang dibuat masyarakat untuk mencapai 100 persen KK mempunyai jamban sehat.
- 5) Ada upaya atau strategi yang jelas dan tertulis untuk dapat mencapai Total Sanitasi.

B. Peran Puskesmas dalam Pelaksanaan Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM)

Peranan diartikan sebagai suatu proses yang lebih banyak menekankan pada fungsi dan penyesuaian diri. Peranan merupakan aspek yang dinamis dari kedudukan (status) yang mana keduanya tidak dapat terpisahkan dan saling bertentangan. Apabila seseorang melaksanakan hak dan kewajibannya sesuai dengan kedudukannya, maka hal ini berarti ia menjalankan suatu peranan. Setiap orang mempunyai macam-macam peranan yang berasal dari pola-pola pergaulan hidupnya. Sehingga peranan menentukan apa yang diperbuatnya bagi masyarakat (Soekanto S, 2017).

1. Peran Pasif

Peran pasif puskesmas dalam pelaksanaan Program STBM berdasarkan pada modifikasi teori surveilans pasif. Teori surveilans pasif

yaitu kegiatan memantau penyakit secara pasif, dengan menggunakan data penyakit yang harus dilaporkan (*reportable diseases*) yang tersedia di fasilitas pelayanan kesehatan (Gordis, 2004 dalam MR Chandrarini, 2019). Maka yang dimaksud dengan peran pasif puskesmas dalam Program STBM pada penelitian ini adalah melaksanakan rangkaian dari proses program STBM yang masih berada di Puskesmas dan belum turun langsung ke lapangan/masyarakat. Peran pasif puskesmas dalam pelaksanaan Program STBM yang akan diteliti pada penelitian ini diantaranya: persiapan sumber daya yang meliputi sumber daya manusia, sarana dan prasarana, serta pendanaan, penetapan target, dan penetapan teknis pelaksanaan.

a. Persiapan Sumber Daya

Perencanaan sumber daya adalah suatu proses analisis dan identifikasi yang dilakukan organisasi terhadap kebutuhan akan sumber daya manusia, sehingga organisasi tersebut dapat menentukan langkah yang harus diambil guna mencapai tujuannya (Wibowo, 2017 dalam MR Chandrarini, 2019).

1) Perencanaan sumber daya manusia

Menurut James Stoner (2007) dalam (Wibowo, 2017) mengatakan bahwa perencanaan sumber daya manusia adalah suatu prosedur berkelanjutan yang bertujuan untuk memasok organisasi atau perusahaan dengan orang-orang yang tepat untuk ditempatkan pada posisi dan jabatan yang tepat pada saat organisasi memerlukannya. Dengan demikian perencanaan sumber daya

manusia berkaitan dengan kegiatan untuk meramalkan kebutuhan dan persediaan sumber daya manusia di masa mendatang, mengembangkan rencana pengembangannya dan mengidentifikasi kebutuhan jangka pendek dan jangka panjang (Wibowo, 2017 dalam MR Chandrarini, 2019).

Perencanaan ini berkaitan dengan menentukan jumlah dan kualifikasi sumber daya manusia yang dibutuhkan dalam organisasi, oleh karena itu perencanaan sumber daya manusia diawali dengan analisis kebutuhan. Dasar analisis ini akan dibuat perencanaan sumber daya manusia dalam jangka pendek (1 tahun), jangka menengah (5 tahun), dan jangka panjang (di atas 5 tahun). Perencanaan sumber daya manusia diarahkan pada upaya untuk mendapatkan orang yang tepat untuk ditempatkan pada tempat yang tepat, oleh karena itu berbagai kemampuan kognitif, sikap dan keterampilan sangat diperlukan untuk mendukung pelaksanaan tugas dan tercapainya tujuan organisasi (Wibowo, 2017 dalam MR Chandrarini, 2019).

Melalui perencanaan sumber daya manusia yang baik akan diperoleh *standard operating procedure* sebagai pedoman kerja sehingga setiap karyawan semakin menjadi mudah dalam melaksanakan aktivitas dalam lingkungan kerjanya. Perencanaan sumber daya manusia juga dapat menjadi pedoman untuk penentuan kebutuhan tenaga kerja di masa depan, baik dalam arti

jumlah dan kualifikasinya untuk mengisi berbagai jabatan (Wibowo, 2017 dalam MR Chandrarini, 2019).

2) Perencanaan Sarana dan Prasarana

Perencanaan sarana dan prasarana merupakan kegiatan untuk menentukan kebutuhan sarana dan prasarana, penggunaan sarana dan prasarana yang tepat dan bermanfaat. Menurut Mondy dan Noe (1995) dalam Wibowo (2017) mendefinisikan perencanaan sarana dan prasarana sebagai proses yang secara sistematis mengkaji keadaan sarana dan prasarana untuk memastikan bahwa jumlah dan kualitas tersedia dengan tepat sesuai dengan yang dibutuhkan (Wibowo, 2017 dalam MR Chandrarini, 2019).

Pengadaan sarana dan prasarana dilakukan berdasarkan pada analisis kebutuhan, kemudian direkap dan dipilih kebutuhan yang paling diprioritaskan. Penggunaan sarana dan prasarana dilakukan sesuai dengan standard operational procedure (SOP) (Reza Pahlevi, 2016).

3) Perencanaan Dana

Definisi perencanaan keuangan menurut *Financial Planning Standar Board* (FPSB) adalah suatu proses untuk mencapai tujuan-tujuan keuangan seseorang melalui manajemen keuangan secara terintegrasi terencana. Fungsi perencanaan keuangan adalah mengelola keuangan untuk masa depan dalam

mencapai tujuan keuangan, dilakukan secara terencana, teratur dan bijaksana. Direncanakan berarti dapat mengantisipasi yang akan terjadi di masa depan, teratur berarti bahwa kita memiliki cara atau strategi keuangan dengan mempertimbangkan yang prioritas atau yang kurang prioritas, dan bijaksana berarti secara masuk akal atau sesuai nalar, tidak emosional (Gitman, 2014 dalam MR Chandrarini, 2019).

Pendanaan untuk mendukung penyelenggaraan STBM oleh pemerintah dan pemerintah daerah bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara, Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah, dan sumber lain yang tidak mengikat sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan (Menkes RI, 2014)

b. Penentuan Target

Target atau tujuan merupakan penggerak dan acuan dalam semua aktivitas. Salah satu target dalam program STBM adalah tercapainya peningkatan akses sanitasi. Salah satu upaya melalui Kementerian Kesehatan adalah melakukan perubahan arah kebijakan pendekatan sanitasi dari yang sebelumnya memberikan subsidi (*project driven*) menjadi pemberdayaan masyarakat dengan fokus pada perubahan perilaku Stop Buang Air Besar Sembarangan menggunakan metode CLTS (*community led total sanitation*). Belajar dari pengalaman implementasi CLTS, maka pendekatan CLTS selanjutnya dikembangkan dengan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM).

Pendekatan STBM terbukti telah mampu mempercepat akses sanitasi di Indonesia. Berdasarkan data BPS tahun 2013, peningkatan rata-rata akses sanitasi dari tahun 1993-2006 mencapai 0,78% pertahun. Data dari profil nasional STBM sampai dengan awal tahun 2017, dari seluruh total 9.767 puskesmas di Indonesia tahun 2016, sebanyak 8.669 desa/kelurahan (88%) sudah menjalankan program STBM, dan memiliki sumber daya manusia kesehatan khususnya sanitarian sebanyak 8.594 orang, 1.621 orang (18,86%) diantaranya merupakan sanitarian terlatih, dengan 69,20% fasilitator STBM aktif (Kemenkes RI, 2016).

b. Penetapan Teknis Pelaksanaan

Penetapan teknis pelaksanaan program STBM sudah diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 3 tahun 2014. Dalam peningkatan teknis pelaksanaan diperlukan juga peningkatan lingkungan yang kondusif diantaranya dengan advokasi dan meningkatkan kesadaran berkelanjutan bagi pemerintah dan pemangku kepentingan di tingkat provinsi dan kabupaten untuk mengembangkan dan membangun komitmen guna melembagakan pembangunan sanitasi. Serangkaian kegiatan pelatihan juga diperlukan untuk memberikan pemahaman dan keterampilan tenaga kesehatan, petugas sanitasi Puskesmas dan kader desa (promotor kesehatan) tentang pemicuan STBM (MCA Indonesia, 2015).

2. Peran Aktif

Peran aktif puskesmas dalam pelaksanaan Program STBM berdasarkan pada modifikasi teori surveilans aktif. Teori surveilans aktif yaitu kegiatan dimana menggunakan petugas khusus surveilans untuk kunjungan berkala ke lapangan, desa-desa, tempat praktik pribadi dokter dan tenaga medis lainnya, puskesmas, klinik, dan rumah sakit, dengan tujuan mengidentifikasi kasus baru penyakit atau kematian, disebut penemuan kasus (*case finding*), dan konfirmasi laporan kasus indeks. Maka yang dimaksud dengan peran aktif puskesmas dalam Program STBM pada penelitian ini adalah melaksanakan rangkaian dari proses program STBM yang sudah turun langsung ke lapangan/masyarakat. Peran aktif puskesmas dalam pelaksanaan Program STBM yang akan diteliti pada penelitian ini meliputi Pelaksanaan program STBM, Pemicuan program STBM, advokasi, edukasi, pencatatan dan pelaporan, serta kemitraan.

a. Advokasi

Advokasi Menurut KBBI (Kamus Besar Bahasa Indonesia), advokasi adalah pembelaan. Hal-hal inilah yang mendasari lahirnya advokasi keadilan sosial yang kegiatan utamanya adalah memperjuangkan terciptanya keadilan sosial melalui perubahan-perubahan kebijakan publik (LBH Bandung, 2007) dalam (zulyadi, 2014 dalam MR Chandrarini, 2019). Advokasi merupakan usaha yang sistematis dan terorganisir untuk mempengaruhi dan

mendesakkan terjadinya perubahan kebijakan yang berpihak kemasyarakat secara bertahap maju. Oleh karena itu, advokasi lebih merupakan usaha perubahan sosial melalui semua saluran dan alat demokrasi, proses-proses politik dan legislasi yang terdapat dalam sistem demokrasi yang berlaku di suatu negara.

Advokasi merupakan kegiatan yang meletakkan pelaku kebijakan sebagai subjek utama, sehingga kepentingan rakyat harus menjadi agenda pokok dan penentu arah dari kegiatan. Advokasi merupakan upaya untuk mengingatkan dan mendesak negara dan pemerintah untuk selalu konsisten dan bertanggungjawab melindungi dan mensejahterakan seluruh warganya. Ini berarti tanggung jawab para pelaksana advokasi untuk ikut berperanserta dalam menjalankan fungsi pemerintahan dan negara (Zulyadi, 2014 dalam MR Chandrarini, 2019). Advokasi juga diartikan sebagai upaya pendekatan (*approaches*) terhadap orang lain yang dianggap mempunyai pengaruh terhadap keberhasilan suatu program atau kegiatan yang dilaksanakan (Notoatmodjo, 2003). Peran advokat pada satu sisi berpijak pada tradisi pembaruan sosial dan pada sisi lainnya berpijak pada pelayanan sosial. Peran ini merupakan peran yang aktif terarah (*directive*), dimana *community worker* menjalankan fungsi advokasi atau pembelaan yang mewakili kelompok masyarakat yang membutuhkan suatu bantuan ataupun layanan, tetapi institusi

yang seharusnya memberikan bantuan ataupun layanan tersebut tidak memperdulikan (bersifat negative atau menolak tuntutan warga). Dalam menjalankan fungsi advokasi, seorang *community worker* tidak jarang harus melakukan persuasi terhadap kelompok professional ataupun kelompok elit tertentu agar tercapai tujuan yang diharapkan (Adi, 2008 dalam MR Chandrarini, 2019)

b. Edukasi

Edukasi atau pendidikan kesehatan dianggap sebagai komponen promosi kesehatan (Dee Leeuw, 1989). Menurut Tones dalam Dee Leeuw (1989), pendidikan kesehatan berfungsi membangkitkan keinsyafan dalam masyarakat tentang aspek-aspek kerugian kesehatan lingkungan dan sumber-sumber sosial penyakit, yang secara ideal diikuti dengan keterlibatan masyarakat dengan giat. Pendidikan kesehatan berusaha membantu orang-orang mengontrol kesehatan mereka sendiri dengan memengaruhi, memungkinkan, dan menguatkan keputusan atau tindakan sesuai dengan nilai dan tujuan mereka. Pendidikan kesehatan mengacu pada setiap gabungan pengalaman belajar yang dipolakan untuk memudahkan penyesuaian perilaku secara sukarela yang memperbaiki kesehatan individu. Tahap edukasi bertujuan meningkatkan pengetahuan, mengubah sikap, dan mengarahkan perilaku yang diinginkan oleh kegiatan tersebut (Heri D.J Maulana, 2007 dalam MR Chandrarini, 2019).

c. Pelaksanaan Program

Dalam proses pelaksanaan program STBM sudah diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 tahun 2014 dan dalam Buku Pedoman Pelaksanaan STBM. Proses pelaksanaan program STBM dibagi menjadi beberapa tahapan diantaranya:

1) Pra-Pemicuan

Pada proses ini melakukan penilaian awal kondisi desa. Penilaian tersebut dilaksanakan sebelum melaksanakan acara pemicuan. Dalam penilaian awal diharapkan akan menghasilkan informasi sebagai berikut: daftar keluarga dan status sanitasi, perkembangan sanitasi dan higiene desa, geologi kecamatan, peta yang sesuai, profil dan kapasitas bidang usaha bisnis, kepemimpinan dan orang-orang berpengaruh, kegiatan simpan pinjam, teknologi tepat guna dan segmen pasar yang berkembang (MCA Indonesia, 2015).

2) Pemicuan

Pemicuan adalah pertemuan dengan masyarakat selama setengah hari, difasilitasi oleh tim pemicu desa terdiri dari lima (5) orang: *lead fasilitator*, *cofasilitator*, perekam konten, proses fasilitator dan pengatur situasi lingkungan yang didukung oleh tim Puskesmas. Peserta pemicuan adalah semua kepala/anggota rumah tangga utamanya yang tidak mempunyai akses terhadap sanitasi/jamban atau anggota

masyarakat yang terbiasa melakukan BABS, guru/anak sekolah SD terdekat. Kader terlatih STBM (promotor kesehatan) dengan dukungan bidan desa, petugas pos kesehatan terpadu (posyandu) dan kader lainnya (promotor kesehatan), bersama juga dengan petugas pembina dan pengawas dari sanitasi Puskesmas serta kepala desa, akan menjadi bagian dari tim pemicu desa. Untuk mempererat hubungan antara peningkatan kebutuhan sanitasi dan penyediaan suplai jasa dan material sanitasi, pengusaha sanitasi menjadi bagian dari proses paska pemicuan (MCA Indonesia, Pedoman Pelaksanaan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (MCA Indonesia, 2015).

Pelaksanaan pemicuan mengikuti langkah sebagai berikut:

- a) Memulai pemicuan dilakukan terhadap 1 dusun oleh oleh kader dan tim pemicu desa yang didukung oleh tim pemicu puskesmas. Pada saat memicu, mengundang kepala desa, pemimpin informal dan kepala dusun setempat,
- b) Membuat peta sanitasi sederhana dengan masyarakat termasuk wanita, pria dan anak muda yang difasilitasi oleh sanitarian / kader terlatih. Peta harus berisi informasi tentang batas dusun, rumah dengan dan tanpa jamban, jalan, sungai, sumber air untuk minum, mandi dan mencuci, masalah sanitasi yang ada. Dalam peta ditunjukkan/ditandai

tempat yang biasanya digunakan untuk buang air besar, membuang sampah dan air limbah,

- c) Mendiskusikan dan menanyakan isi peta kepada masyarakat tempat/RT/lokasi mana yang nomor satu paling kotor, kemudian kedua kotor dst,
- d) Melakukan transek berjalan kaki sepanjang desa yang dipimpin oleh fasilitator / sanitarian / tim pemicu desa, hal ini dilakukan sambil mengamati lingkungan, menanyakan dan mendengarkan, serta menandai lokasi tempat buang air besar, tempat membuang sampah dan air limbah, juga dilakukan kunjungan ke rumahrumah yang sudah memiliki jamban. Mengunjungi keluarga yang telah mempunyai sumur, menjadi penting untuk mempelajari apakah jamban dan sumur gali yang dibangun mempunyai jarak yang cukup, sehingga sumber air tidak terkontaminasi oleh bakteri dari jamban. Sangat penting untuk berhenti di lokasi masyarakat buang air besar sembarangan, membuang sampah dan air limbah serta meluangkan waktu untuk diskusi dengan masyarakat di tersebut,
- e) Mendiskusikan alur kontaminasi air dari kotoran tinja, dan penting juga membahas air yang sehat dan membahas bagaimana cara memperoleh air minum sehat,

- f) Menujuk 6 peserta yang pertama kali menyatakan keinginan untuk tidak melakukan BAB sembarangan sebagai pimpinan informal mereka atau sebagai “*natural leader*” untuk menggalang dan mempengaruhi masyarakat yang lain di sekitarnya,
- g) Pemimpin informal bersama dengan masyarakat akan membuat rencana kerja, difasilitasi oleh kader desa (promotor kesehatan) dan petugas sanitasi dalam rangka meningkatkan sanitasi lingkungan mereka,
- h) Kader (promotor kesehatan) dan tim pemicu desa kemudian memicu tiga Dusun/RW yang lain, satu per satu. Selama memicu, mereka diharap mengundang kepala desa, pemimpin informal dan kepala serta tokoh dusun/RW,
- i) Mengundang 4-5 orang dari masing-masing dusun yang telah dipicu ke kantor desa untuk presentasi hasil pemicuan sebelumnya. Pemicuan ulang sering bermanfaat dilakukan untuk memperkuat semangat perubahan masyarakat. Dalam pertemuan tersebut, mengundang kepala desa, pemimpin informal dan kepala dusun/RW. Tujuan dari pertemuan ini adalah untuk membuat Rencana Aksi masing-masing dusun dan membentuk komite masyarakat. Panitia yang disebut "Tim Pemberantas Dusun BABS" untuk tingkat dusun dan sekaligus membentuk "Tim

Pemberantas BABS Tingkat Desa " untuk menjadikan desa SBS. Tim Pemberantas BABS Dusun bekerja di dusun/RW mereka dan Tim Pemberantas BABS Desa bekerja dibantu Tim Pemicu STBM Desa,

- j) Kader dan Tim Pemicu Desa bersama dengan dukungan Tim Pemberantas BABS Desa memicu dusun selebihnya sampai menjadi ODF, mereka bisa berbagi pengalaman dan menunjukkan manfaat hidup dilokasi yang sudah SBS, 11. Ditargetkan dalam waktu satu tahun, desa yang sudah dipicu akan menjadi desa SBS, masyarakat tidak ada lagi yang BAB Sembarangan.

3) Pasca Pemicuan

Pasca pemicuan merupakan tindak lanjut kegiatan pemicuan dan harus dilaksanakan segera setelah pemicuan. Tujuan dari kegiatan pasca-pemicuan adalah untuk memastikan dilaksanakannya rencana kerja SBS masyarakat.

c. Pencatatan dan Pelaporan

Pencatatan dan Pelaporan Pencatatan adalah proses dalam mencatat kegiatan pokok puskesmas baik yang dilakukan didalam gedung maupun diluar gedung puskesmas, puskesmas keliling, dan puskesmas pembantu harus dicatat. Dengan demikian perlu adanya mekanisme pencatatan yang baik, formulir yang cukup serta cara isian yang benar dan di teliti. Manfaat pencatatan antara lain yaitu

memberi informasi tentang keadaan masalah, sebagai bukti dari suatu kegiatan, bahan proses belajar dan penelitian, sebagai pertanggungjawaban, bahan pembuatan laporan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi, bukti hokum, alat komunikasi dalam penyampaian peran serta mengingatkan kegiatan peristiwa khusus (Mubarak, 2012 dalam MR Chandrarini, 2019).

Pelaporan adalah suatu proses atau cara dalam melaporkan data tentang sistem pencatatan terpadu puskesmas. Pelaporan terpadu puskesmas ini menggunakan tahun kalender yaitu dari bulan Januari sampai dengan Desember dalam tahun yang sama sesuai dengan keputusan Direktur Jenderal Pembinaan Kesehatan Masyarakat No:590/BM/DJ/V/96 diberlakukan formulir yang baru. Sedangkan untuk kebutuhan Dati 1 dan Dati 11 di berikan kesempatan untuk mengembangkan variabel laporan sesuai dengan kebutuhan, dengan memperhatikan kemampuan, beban kerja petugas puskesmas (Fadilah, 2017 dalam MR Chandrarini, 2019).

d. Kemitraan

Kemitraan dikenal dengan istilah gotong royong atau kerjasama dari berbagai pihak, baik secara individual maupun kelompok. Menurut Notoatmodjo, kemitraan adalah suatu kerja sama formal antara individu-individu, kelompokkelompok atau organisasi-organisasi untuk mencapai suatu tugas atau tujuan tertentu (Notoatmodjo, 2003). Kemitraan yang dimaksud dalam

program STBM adalah salah satu upaya untuk mendukung penyelenggaraan STBM, seperti melakukan koordinasi lintas sektor dan lintas program, jejaring kerja, dan kemitraan dengan para pemangku kepentingan (Menkes RI, 2014).

e. Faktor-faktor yang mempengaruhi peran

Menurut Mahmudi (2007), faktor-faktor yang mempengaruhi peran terdiri dari faktor individu, faktor tim, dan faktor sistem. Faktor personal/individu meliputi pengetahuan, keterampilan, kemampuan, kepercayaan diri, motivasi, dan komitmen yang dimiliki oleh setiap individu. Kemudian, faktor tim meliputi kualitas dukungan dan semangat yang diberikan oleh rekan dalam satu tim, kepercayaan terhadap sesama anggota tim, kekompakan dan keeratan anggota tim. Selanjutnya faktor sistem meliputi sistem kerja, fasilitas kerja atau infrastruktur yang diberikan oleh organisasi, proses organisasi, dan kultur kinerja dalam organisasi (Mahmudi, 2007 dalam MR Chandrarini, 2019).

C. Puskesmas

1. Pengertian Puskesmas

Menurut Herlambang S (2016), Puskesmas adalah suatu kesatuan organisasi Kesehatan fungsional yang merupakan pusat pengembangan Kesehatan masyarakat yang juga membina peran serta masyarakat disamping memberikan pelayanan secara menyeluruh dan terpadu kepada

masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok (Herlambang S, 2016).

Puskesmas didirikan untuk memberikan pelayanan kesehatan dasar, menyeluruh, paripurna, dan terpadu bagi seluruh penduduk yang tinggal di wilayah kerja puskesmas. Program dan upaya kesehatan yang diselenggarakan oleh puskesmas merupakan program pokok (*public health essential*) yang wajib dilaksanakan oleh pemerintah untuk mewujudkan kesejahteraan masyarakat (Herlambang S, 2016).

2. Fungsi Puskesmas

Puskesmas sesuai dengan fungsinya sebagai pusat pembangunan berwawasan Kesehatan, pusat pemberdayaan masyarakat, menyediakan dan menyelenggarakan pelayanan yang bermutu dalam memenuhi kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang berkualitas dalam rangka mencapai tujuan pembangunan Kesehatan nasional yaitu terwujudnya kesehatan yang setinggi-tingginya bagi masyarakat. Fungsi puskesmas dapat dikelompokkan menjadi 3 (tiga), yaitu (Herlambang S, 2016):

- a. Sebagai pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya melalui, sebagai berikut:
 - 1) Upaya menggerakkan lintas sector dan dunia usaha di wilayah kerjanya agar menyelenggarakan pembangunan yang berwawasan kesehatan.
 - 2) Keaktifan memantau dan melaporkan dampak kesehatan dan penyelenggaraan setiap program pembangunan di wilayah kerjanya.

3) Mengutamakan pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit tanpa mengabaikan penyembuhan dan pemulihan (Herlambang S, 2016).

b. Pusat pemberdayaan masyarakat

1) Berupaya agar perorangan terutama pemuka masyarakat, keluarga, dan masyarakat memiliki kesadaran, kemauan, dan kemampuan melayani diri sendiri dan masyarakat untuk hidup sehat serta menetapkan, menyelenggarakan, dan memantau pelaksanaan program kesehatan serta memberikan pelayanan Kesehatan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya.

2) Memberikan bantuan yang bersifat bimbingan teknis materi dan rujukan medi maupun rujukan kesehatan kepada masyarakat dengan ketentuan bantuan tersebut tidak menimbulkan ketergantungan.

c. Pusat pelayanan kesehatan pertama

Menyelenggarakan pelayanan kesehatan tingkat pertama secara menyeluruh, terpadu, dan berkesinambungan, melalui pelayanan Kesehatan perorangan dan pelayanan kesehatan masyarakat (Herlambang S, 2016).

2. Wilayah Kerja Puskesmas

Wilayah kerja puskesmas meliputi satu kecamatan atau sebagian dari kecamatan antara lain faktor kepadatan penduduk, luas daerah, keadaan geografis dan keadaan infrastruktur lainnya. Pembagian wilayah kerja puskesmas ditetapkan oleh Bupati atau Walikota, dengan saran teknis dari

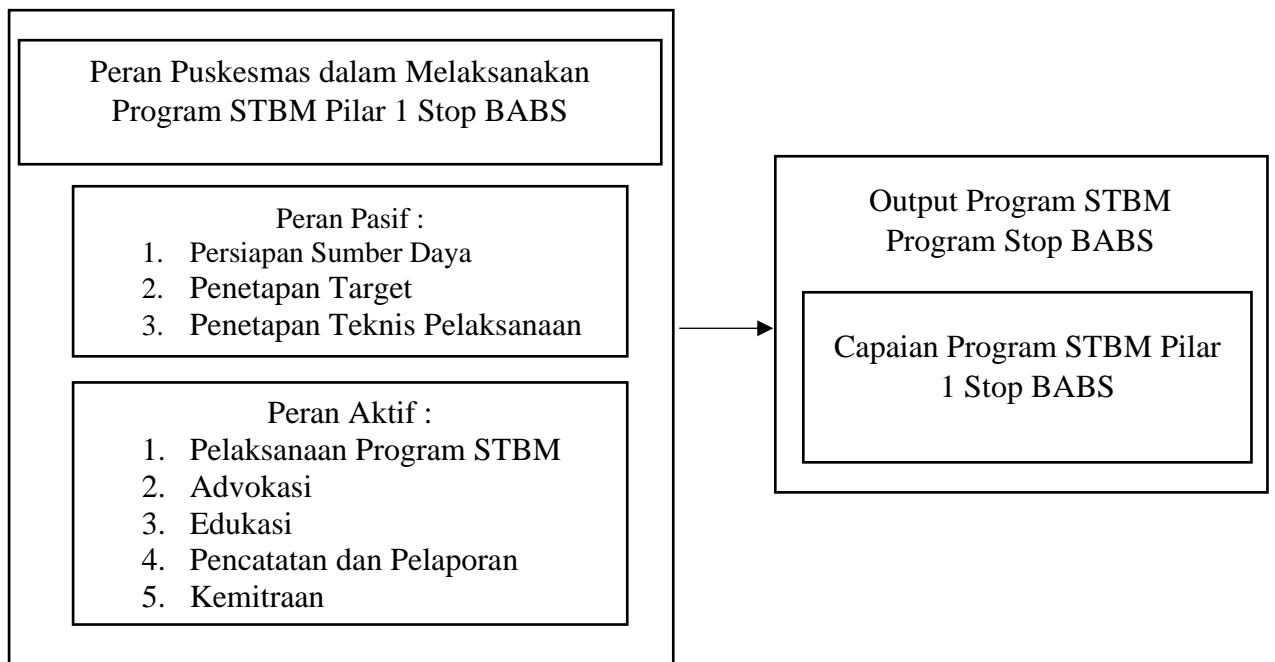
kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Sasaran penduduk yang dilayani puskesmas rata-rata 30.000 penduduk setiap puskesmas (Herlambang S, 2016).

3. Manajemen Puskesmas

Manajemen adalah serangkaian proses yang terdiri dari atas perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan kontrol (*Planning, Organizing, Actuating, Controlling*) untuk mencapai sarana/tujuan secara efektif dan efisien. Efektif berarti bahwa tujuan dapat yang diharapkan dapat dicapai melalui proses penyelenggaraan yang dilaksanakan dengan baik dan benar serta bermutu, berdasarkan atas hasil analisis situasi yang didukung dengan data dan informasi yang akurat (*evidence base*). Sedangkan efisien berarti bagaimana Puskesmas memanfaatkan sumber daya yang tersedia untuk dapat melaksanakan upaya Kesehatan sesuai standar dengan baik dan benar, sehingga dapat mewujudkan target kinerja yang ditetapkan (Permenkes RI No 44, 2016).

D. Kerangka Teori

Kemampuan seorang peneliti dalam mengaplikasikan pola berfikir dalam menyusun secara sistematis teori-teori yang mendukung permasalahan penelitian. Berdasarkan teori yang dikemukakan sebelumnya, maka kerangka teori dalam penelitian ini dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 2.1 Kerangka Teori

Sumber: Teori Peranan (Soekanto, 2002), Modifikasi penelitian (Loveloi

Putri Sihanari, 2018), Modifikasi penelitian (Chandrarini