

## **IMPLEMENTASI SANITASI TOTAL BERBASIS MASYARAKAT (STBM) BERSAMA PROGRAM KKN DI DESA TARO GIANYAR**

**DWIPAYANTI, N.M.U., SUTIARI N. K.**

*Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, UNUD*

*Email: udwipayanti@gmail.com*

### **ABSTRACT**

One target of MDG 2015 is to reduce by half the population without access to water and basic sanitation. The Health Ministry of Indonesia has an effort to increase basic sanitation access through National Strategy of Community Based Total Sanitation (STBM) started from 2008. According to data from the local primary health care (Puskesmas) Tegalalang II, the sanitation coverage in some area of Taro Village are low. For that reason, in cooperation with Health Agency of Gianyar, Puskesmas Tegalalang II, the activity of KKN in Taro Village was integrated with STBM program focusing on hygiene behavior change in terms of stop open defecation without any subsidy provided. The preparation was started with training of STBM facilitator participated by KKN students. It was then followed by triggering of stop open defecation as well as promoting hand washing with soap in Banjar Tebuana, Taro, Gianyar. The triggering and promoting activities were conducted through participatory rural appraisal (PRA) method that utilising Participatory Hygiene and Sanitation Transformation (PHAST). In order to have baseline data in sanitation, then verification of sanitation facilities already built in the village was carried out. From the triggering process only 3 families that committed to build toilet. The community always consider that poverty as the main reason why they could not afford for a toilet. From the verification result, only 21,21% families that have toilet, and only 38% of those toilet that categorised as hygiene toilet. Moreover, only 55,55% of families that have facilities for washing hand with soap. Based on the triggering and verification result, it is recommended that facilitating this village to rapidly reduce the number of families without access to basic sanitation is very important to continue. The role of sanitarian at Puskesmas cooperated with village government to facilitate their community in pursuing behavior change is also very crucial.

*Keywords: behavior change, KKN, STBM, triggering*

### **PENDAHULUAN**

Pemutakhiran laporan target MDGs Indonesia tahun 2010 menunjukkan bahwa 45% penduduk Indonesia masih Buang Air Besar (BAB) di sarana jamban yang tidak sehat termasuk BAB di sembarang tempat terutama masyarakat di pedesaan. Pada tahun 2010, hanya 38,4% dari penduduk pedesaan yang memiliki akses terhadap sanitasi yang sehat dan angka cakupan sanitasi tidak bertambah secara berarti dalam tiga puluh tahun terakhir terutama di pedesaan. Pemerintah telah memberikan perhatian terhadap sasaran Pembangunan Millenium (Millenium Development Goals-MDG) Indonesia untuk bidang sanitasi sebagai suatu sasaran yang "memerlukan perhatian khusus" karena belum berada pada jalur. Karena itu diperlukan upaya dan metode yang tepat, murah dan cepat untuk meningkatkan status cakupan sanitasi tersebut.

Sampai saat ini investasi pemerintah dan lembaga donor tidak pernah dirasa cukup untuk meningkatkan akses sanitasi secara cepat. Banyak penelitian juga telah membuktikan bahwa subsidi untuk pembangunan sarana sanitasi justru akan menghambat kemajuan sanitasi karena akan mempengaruhi rumah tangga lainnya untuk tidak menginvestasikan dananya sendiri

dan berharap akan memperoleh bantuan sejenis dari pemerintah. Oleh karena itu diperlukan strategi untuk menggunakan anggaran pemerintah yang terbatas dalam rangka menggalang investasi yang jauh lebih besar dari sumber-sumber dana non pemerintah seperti dana masyarakat dan sektor swasta. Strategi tersebut juga harus dapat mendorong daya pengeluaran konsumen dan kekuatan pasar sehingga dapat menciptakan pasar sanitasi lokal yang pro terhadap kelompok miskin. Dari pembelajaran penerapan Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) di Jawa Timur diperlihatkan bahwa efektifitas pembiayaan yang ditanamkan oleh masyarakat (101.781.500.000 rupiah) adalah 10 kali lipat lebih besar dari investasi yang dikeluarkan pemerintah provinsi (9.348.380.000 rupiah). Ini menunjukkan bahwa gerakan masyarakat sangat tidak terduga kekuatannya dan dapat berdampak lebih cepat. Dalam pelaksanaannya, terdapat tiga komponen pendekatan yang akan dilakukan dalam STBM yaitu 1) penciptaan kondisi lingkungan yang kondusif (enabling environment) untuk menggalang dukungan pembuat kebijakan dan pemangku kepentingan lainnya dalam memotivasi perubahan perilaku kearah yang lebih hygiene dan saniter. Ke dua (2) adalah meningkatkan kebutuhan (increasing demand) yaitu meningkatkan perilaku hidup masyarakat

yang hygiene dan saniter untuk mencapai sanitasi total, dan ketiga (3) adalah peningkatan penyediaan (improving supply) yaitu dengan memperbaiki dan meningkatkan system penyediaan sarana sanitasi yang dibutuhkan oleh masyarakat dengan mekanisme pasar dan bisnis lokal.

Menurut Laporan Riskeddas 2010 (Balitbangkes, 2010), terdapat 13% dari rumah tangga di Bali yang tidak menggunakan sarana Buang Air Besar dan secara umum di Indonesia bahwa 25,5% nya terdapat di pedesaan. Disamping itu terdapat 25% rumah tangga di Bali yang masih membuang tinjanya bukan di tangki septik atau di sarana pengolahan air limbah (SPAL) melainkan di kolam/sawah, di sungai atau danau, di lubang tanah, di pantai/kebun dan lainnya. Berdasarkan criteria kepemilikan sarana, jenis sarana dan jenis tempat pembuangan tinja maka terdapat 28,2 % rumah tangga di Bali yang tidak memiliki akses terhadap sarana pembuangan tinja yang layak. Sedangkan berdasarkan JMP WHO-UNICEF, di Propinsi Bali terdapat 14% rumah tangga yang tergolong memiliki sarana unimproved (menggunakan kloset pelengsengan atau cemplung) dan 23,1% masing melakukan praktek *open defecation* (BAB sembarangan). Bali sebagai daerah tujuan wisata selayaknya dapat memperbaiki kondisi tersebut karena sampai ke pelosok wilayah di Bali diharapkan memiliki kualitas sanitasi dan hygiene yang bertaraf internasional.

Sejak tahun 2012 Dinas Kesehatan Propinsi Bali sudah menyebarluaskan Program STBM ke seluruh Bali yang merupakan strategi nasional berdasarkan KepMenKes No 852.MENKES/SK/IX/2008 tentang Strategi Nasional Sanitasi Total Berbasis Masyarakat. Upaya ini dilakukan untuk meningkatkan akses sarana sanitasi yang layak bagi seluruh masyarakat Bali khususnya di pedesaan. Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat telah berkomitmen untuk bekerjasama dengan Sub Bidang Penyehatan Lingkungan, Dinas Kesehatan Propinsi Bali untuk mendukung penyebarluasan program tersebut di wilayah desa binaan Universitas Udayana. Sebagai langkah awal, desa binaan yaitu Desa Taro akan dijadikan sasaran awal dengan cara mengkapasitasi dan mengerahkan dosen PS IKM dan mahasiswa peserta KKN untuk mengimplementasikan program tersebut. Dalam penerapannya mahasiswa peserta KKN dan dosen PS IKM akan bekerja di bawah koordinasi Sanitarian Puskesmas untuk melakukan pemicuan di banjar yang potensial/siap dipicu. Hal ini diharapkan akan menjamin keberlanjutan program ketika waktu pelaksanaan program KKN berakhir, dimana sanitarian akan terus dapat melakukan monitoring perubahan yang terjadi di masyarakat sebagai dampak kegiatan pemicuan. Sanitarian akan terus berkewajiban memperbaiki perkembangan di wilayah kerjanya sepeninggal kegiatan KKN dan bahkan diharapkan Sanitarian dapat menyebarluaskan program tersebut ke banjar lain di daerahnya.

Desa Taro, Kabupaten Gianyar merupakan desa dari beberapa desa binaan Universitas Udayana. Desa ini termasuk desa yang tergolong perlu dikembangkan untuk mengurangi angka kemiskinan. Menurut Sanitarian yang bertugas di desa Taro, desa ini juga masih banyak terdapat KK yang tidak memiliki jamban. Dengan demikian jumlah KK yang masih melakukan praktek BAB sembarangan masih banyak dan perlu diintervensi. Masalah yang umumnya dihadapi selain kondisi ekonomi adalah ketersediaan air yang terbatas sehingga tidak dapat mendukung penggunaan sarana sanitasi yang cenderung memerlukan air relatif banyak. Namun keterbatasan air tersebut hendaknya tidak menjadi alasan untuk BABS, masih terdapat sarana-sarana yang lebih sederhana dan yang lebih sedikit membutuhkan air namun masih dapat mengurangi resiko kontaminasi oleh tinja di lingkungan.

Melalui kegiatan ini diharapkan dapat memicu perubahan perilaku masyarakat untuk stop buang air besar sembarangan dan selalu mempraktekkan cuci tangan pakai sabun dengan cara yang benar di saat yang memang diperlukan.

## METODE PEMECAHAN MASALAH

### **Implementasi Program STBM di setiap desa dilakukan melalui beberapa tahapan:**

#### *1. Tahap Persiapan sebelum Pemicuan*

Pada tahap awal diperlukan beberapa macam persiapan diantaranya persiapan capacity building untuk fasilitator pemicuan yang dalam hal ini akan melibatkan mahasiswa peserta KKN Unud untuk dilatih. Persiapan lain adalah berkomunikasi dengan stakeholder terkait di desa mengenai tujuan dan prinsip pelaksanaan program STBM. Dinas Kesehatan, Puskesmas setempat, Kepala Desa dan lain- lain merupakan pihak-pihak yang akan diinformasikan untuk memperoleh dukungannya. Koordinasi juga perlu dilakukan dengan Kepala Desa dan Kelian Banjar untuk mempersiapkan masyarakatnya agar dapat mengikuti pertemuan dalam rangka kegiatan Pemicuan. Persiapan lainnya adalah mengetahui kondisi dasar lingkungan di desa terkait seperti jumlah cakupan jamban, ketersediaan air, kondisi sanitasi lingkungan dan tempat-tempat yang biasa digunakan oleh masyarakat untuk BAB.

#### *2. Tahap Pemicuan.*

Pada tahap pemicuan, seluruh komponen masyarakat (pria, wanita, tua muda) dalam satuan terkecil (Banjar) akan dikumpulkan dan diajak menganalisa lingkungannya dengan menggunakan alat-alat Participatory Rural Appriasiel (PRA) dalam STBM seperti pemetaan, transect walk, penghitungan jumlah tinja, simulasi air terkontaminasi, alur kontaminasi dan lain-lain. Ketika masyarakat telah melihat dan menganalisa kondisi lingkungannya, masyarakat akan dipicu dengan

pertanyaan-pertanyaan yang akan memancing rasa jijik, malu dan rasa bersalah dengan kondisi sekitarnya. Masyarakat yang telah terpicu kemudian diajak untuk membangun komitmen perubahan yang disaksikan oleh semua orang dan disepakati bersama. Pada tahap ini diharapkan akan lahir *natural leader* dari masyarakat yang memiliki motivasi dan kapasitas untuk memimpin perubahan di masyarakatnya.

### 3. Tahap Penyusunan Rencana Tindak Lanjut dan Pendampingan

Pada tahap ini, masyarakat yang telah membangun komitmen untuk melakukan perubahan perilaku memerlukan pendampingan untuk dapat menyusun Rencana Tindak Lanjut (RTL) di desanya. RTL tersebut disusun untuk mengawal perubahan tersebut dan mencapai target kondisi *open defecation free* (ODF) di desanya yang mereka sepakati dan siapa yang akan bertugas memonitornya. Keterlibatan dan peran aktif dari tokoh masyarakat dan *natural leader* yang lahir ketika proses pemicuan dan penyusunan RTL ini akan sangat berpengaruh pada keberhasilan program ini. Oleh karena itu pendampingan terhadap para tokoh dan motivator di masyarakat ini penting dilakukan untuk mempertahankan semangat perubahan di masyarakat.

### 4. Tahap Monitoring dan Verifikasi Sarana Sanitasi

Pada tahap ini, pemantauan perkembangan perubahan perilaku dan perkembangan sarana jamban dan sarana sanitasi yang telah dibangun akan dilakukan oleh masyarakat dengan didampingi oleh fasilitator STBM. Mekanisme pemantauan akan direncanakan dan dilaksanakan sendiri oleh masyarakat sesuai dengan indikator-indikator yang mereka sepakati dengan tetap mengacu pada standar kondisi sanitasi yang baik. Dalam tahap monitoring, juga dilakukan proses verifikasi mengenai keadaan sarana sanitasi yang sehat dan terjadinya perubahan perilaku di tingkat rumah tangga, dimana semuanya juga akan dilakukan oleh masyarakat sendiri dengan pendampingan dari fasilitator STBM.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada tahap persiapan, pelatihan diikuti oleh 25 orang peserta dari peserta KKN serta beberapa orang mahasiswa PS IKM Unud. Narasumber yang memberikan pelatihan adalah dari Water and Sanitation Program (WSP) World Bank, Dinas Kesehatan Propinsi Bali, Perkumpulan Mitra Samya (Mataram), Future for Children Foundation dan Dosen PS IKM Unud. Dalam pelatihan tersebut peserta diberikan materi-materi yang mencakup kebijakan nasional mengenai STBM, pendekatan *Community Led Total Sanitation* (CLTS), tingkatan fasilitasi, jendela fasilitasi, metode CLTS (elemen pemicu, tahapan pemicuan, alat utama PRA, alur kontaminasi, simulasi pemicuan, do and don't dalam pemicuan) dan metode pendampingan dan monitoring CLTS (tangga sanitasi

& perubahan perilaku, menu komunikasi, pemetaan sosial sebagai alat monitoring, pembekalan verifikasi, mekanisme monitoring dan pelaporan, konsep jejaring).

Berdasarkan koordinasi dengan kepala desa, kemudian dipilih Banjar Tebuana sebagai banjar yang akan dipicu. Pada tanggal 30 Juli 2012 dilakukan pemicuan di kelompok bapak-bapak pada banjar tersebut yang dihadiri sekitar 30 orang. Pada kegiatan ini dilakukan pemicuan menggunakan alat pemetaan, transect walk dan demo air terkontaminasi dengan hasil 3 KK menyatakan komitmennya untuk membangun jamban setelah hari raya berikutnya. Pada kegiatan tersebut sebagian besar alasan tidak menggunakan jamban karena kondisi ekonomi, sudah biasa di sembarang tempat. Ketika ditanyakan bagaimana perasaannya melihat kondisi penyebaran kotoran tersebut, masyarakat merasa tidak nyaman terutama dengan kenyataan populasi lalat yang relatif banyak di daerah tersebut, sehingga kemungkinan penyebaran kotoran melalui lalat sangat besar. Pemicuan kedua dilakukan pada tanggal 14 Agustus 2012 di kelompok ibu-ibu PKK yang dihadiri sekitar 120 orang. Ibu – ibu memetakan lokasi rumah masing-masing dan kondisi rumah-rumah yang belum memiliki jamban juga melakukan aktivitas menemukan alur kontaminasi. Kesadaran bahwa masih banyak yang buang air besar sembarangan dan saling menyebar kuman mulai tumbuh. Ketika dilakukan demo cuci tangan pakai sabun, tumbuh pemahaman bahwa dengan air mengalir dan sabun maka kotoran tidak akan tertinggal pada tangan. Semua yang hadir berkomitmen untuk menjamin ketersediaan sarana cuci tangan dengan air mengalir dan sabun di rumah masing-masing walaupun dengan bentuk yang sederhana seperti dicontohkan dalam pelatihan.

Pada hari Jumat, 19 Oktober 2012 di Banjar Tebuana, Desa Taro Gianyar dilakukan proses verifikasi terhadap sarana sanitasi yang dimiliki warga. Kegiatan telah dikordinasikan dengan Dinas Kesehatan Kabupaten Gianyar dan sanitarian Puskesmas Tegalalang II. Pada Tabel 1 adalah hasil verifikasi sarana jamban dan sarana cuci tangan di banjar tersebut.

Dari tabel terlihat bahwa masyarakat di Banjar Tebuana hanya 21 KK dari 99 KK (21,21%) yang memiliki jamban, dan dari proses verifikasi ternyata hanya 8 jamban dari 21 (38%) yang memenuhi atau layak disebut sebagai jamban sehat. Sedangkan untuk praktek cuci tangan pakai sabun di keluarga hanya 55 KK dari 99 KK (55,55%) yang memiliki sarana cuci tangan, dan hanya 33 KK dari 55 KK (60%) yang memiliki sarana cuci tangan yang memang benar-benar mempraktekkan cuci tangan pakai sabun secara rutin. Adapun kriteria jamban sehat adalah: lubang kloset memiliki tutup agar serangga tidak bisa menyentuh tinja (jika leher angsa maka tutup tidak diperlukan lagi), jarak pembuangan tinja ke sumur gali > 10 m, tempat jongkok (kloset)

Tabel 1. Hasil verifikasi sarana jamban dan CTPS di Banjar Tebuana, Taro, Gianyar

| No Surve-<br>yor | Jumlah<br>KK | Jml<br>Penguna<br>Jamban | Jml Jam-<br>ban | Jenis<br>Jamban | Jml<br>jamban<br>sehat | Jml<br>Sarana<br>CTPS | Jml<br>CTPS<br>sehat |
|------------------|--------------|--------------------------|-----------------|-----------------|------------------------|-----------------------|----------------------|
| 1                | 3            | 9                        | 1               | leher<br>angsa  | 0                      | 3                     | 0                    |
| 2                | 15           | 15                       | 2               | leher<br>angsa  | 2                      | 8                     | 5                    |
| 3                | 4            | 0                        | 0               | -               | 0                      | 0                     | 0                    |
| 4                | 27           | 14                       | 4               | leher<br>angsa  | 0                      | 3                     | 0                    |
| 5                | 4            | 8                        | 2               | leher<br>angsa  | 0                      | 2                     | 1                    |
| 6                | 6            | 7                        | 1               | leher<br>angsa  | 0                      | 6                     | 2                    |
| 7                | 5            | 26                       | 5               | leher<br>angsa  | 2                      | 5                     | 5                    |
| 8                | 9            | 0                        | 0               | -               | 0                      | 4                     | 3                    |
| 9                | 11           | 8                        | 2               | leher<br>angsa  | 1                      | 10                    | 4                    |
| 10               | 4            | 15                       | 3               | leher<br>angsa  | 2                      | 4                     | 4                    |
| 11               | 11           | 7                        | 1               | leher<br>angsa  | 1                      | 10                    | 9                    |
| Total            | 99           | 109                      | 21              |                 | 8                      | 55                    | 33                   |

terbuat dari bahan yang kuat, tinja bayi atau lansia (jika ada) dibuang kedalam kloset/jamban, setiap orang di dalam rumah menggunakan jamban tersebut, terdapat akses untuk anal cleansing tergantung kebiasaan pengguna, tidak ada tinja manusia terlihat di sekitar rumah. Sedangkan yang menjadi syarat praktek cuci tangan pakai sabun yang sehat adalah: ada perlengkapan cuci tangan pakai sabun dengan air mengalir di dalam rumah, tersedia sabun untuk mencuci tangan, setidaknya setiap anggota keluarga (pengasuh anak, bapak, anak kecil) tahu saat saat penting kapan mencuci tangan yaitu sebelum makan, setelah buang air besar, sebelum memberi makan bayi, setelah membersihkan kotoran bayi dan sebelum menyiapkan makanan.

Terdapat beberapa faktor yang menyebabkan tidak terbangunnya komitmen sebagaimana besar warga untuk berubah perilaku diantaranya karena kurangnya pemahaman kelian banjar mengenai tujuan dan metode pendekatan yang digunakan dalam program ini yaitu totalitas dan non subsidi. Pimpinan masyarakat cenderung membela warganya dengan menggunakan alasan kemiskinan untuk membenarkan praktek buang air besar (BAB) sembarangan tempat.

Dari pengalaman program STBM di daerah Jawa Timur, tingkatan ekonomi tidak menjadi faktor penghambat kepemilikan sarana jamban. Karena untuk membangun jamban yang sehat sebenarnya tidak selalu memerlukan biaya yang besar. Sebagai contoh, di Jawa Timur dapat ditemukan pedagang sarana paket jamban mulai dari 500 ribu rupiah. Bahkan jika jenis jamban yang dibangun adalah jamban cemplung, biaya daat ditekan lebih rendah lagi dengan menggunakan

material-material yang ada di lingkungan sekitar.

Dari hasil verifikasi terlihat bahwa sebagian besar warga Banjar Tebuana (80%) masih melakukan praktek BABS dan masih sedikit yang melakukan cuci tangan pakai sabun, hal ini berarti masyarakat Banjar Tebuana masih memiliki resiko tinggi terhadap penyakit diare dan lainnya yang berbasis lingkungan. Intervensi yang difokuskan pada air bersih, sanitasi dan higiene terbukti memberikan dampak pada menurunnya kejadian diare dari banyak studi yang dilakukan (Fewtrell et al., 2005). Oleh karena itu, penerapan STBM di wilayah ini sangat penting. Dengan demikian sangat dihimbau bahwa Puskesmas dan kegiatan KKN selanjutnya di daerah ini tetap melanjutkan upaya peningkatan akses air bersih dan sanitasi dasar serta perbaikan perilaku higiene di masyarakat desa Taro.

Pada umumnya masyarakat sudah punya keinginan untuk memiliki jamban. Walaupun sering kali hal tersebut ditampik dengan mengatakan sudah biasa melakukan BABS. Kendala yang dihadapi masyarakat untuk merealisasikan keinginan tersebut adalah karena persepsi bahwa jamban adalah benda yang mahal, tidak ada yg memiliki keterampilan untuk membangun, membangun jamban sangat sulit/kompleks karena keterbatasan informasi, permasalahan muka air tanah dan kondisi tanah (Jenkins & Scott, 2007). Oleh karena itu, pengembangan sanitasi marketing untuk memperkenalkan berbagai teknologi jamban sederhana yang sehat, peningkatan keterampilan tukang sanitasi dalam membangun alternatif-alternatif jamban (Jenkins & Scott, 2007), serta gerakan kolektif untuk mendorong komitmen masyarakat perlu dilakukan untuk mengatasi kendala tersebut. STBM telah dibuktikan di luar daerah Bali mampu membangkitkan gerakan masyarakat yang besar dalam menanamkan investasinya di bidang sanitasi. Namun gerakan ini dapat berhasil jika didukung dengan lingkungan yang kondusif dari pimpinan masyarakat dan pengambil kebijakan di daerah.

Demikian pula dengan perilaku higiene cuci tangan pakai sabun yang masih dianggap tidak penting. Masyarakat umumnya sudah memiliki pengetahuan yang cukup baik bahwa cuci tangan itu perlu, namun yang diperlukan adalah memicu agar masyarakat menggunakan kemampuan analisisnya dalam melihat sejauh mana cuci tangan itu perlu, mengapa harus pakai sabun dan kapan saja saat kritis untuk mencuci tangan. Metode ini diharapkan dapat membangkitkan kesadaran dan mengajak gerakan kolektif untuk bersama-sama merubah perilaku kearah yang lebih baik dengan sistem monitoring yang dilakukan sendiri oleh masyarakat.

Ketika masyarakat telah berhasil melakukan perubahan dan mendeklarasikan lingkungannya bebas dari BABS, maka yang menjadi tantangan lebih lanjut adalah mempertahankan kondisi tersebut sehingga menjamin tidak ada satu anggota masyarakatpun yang kembali

melakukan praktek BABS (Kar, 2012). Dalam fase mempertahankan keberlanjutan ini diharapkan masyarakat bergerak mengikuti tangga sanitasi untuk memperbaiki kualitas sarana sanitasinya dan memelihara pengetahuan mengenai sanitasi dan perilaku hygiene di masyarakatnya (Kar, 2012). Hal ini lah memberikan gambaran bahwa penerapan program STBM tidak dapat dilakukan hanya sesaat, tetapi merupakan program yang berkelanjutan yang memberikan kapasitas kepada masyarakat dan pemerintah desanya untuk melanjutkan dan mengelola programnya sendiri. Untuk dapat melakukan hal tersebut, tentu saja dampingan dari pihak ketiga diperlukan untuk beberapa waktu seperti dari puskesmas, LSM ataupun dari universitas dan pihak lainnya yang ingin berkontribusi.

## SIMPULAN DAN SARAN

### Simpulan

Dalam kegiatan pengabdian ini, pemicuan telah dilakukan di Banjar Tebuana dan telah mengajak masyarakat untuk menganalisis lingkungan untuk menimbulkan perasaan tidak nyaman terhadap lingkungan yang kotor. Hanya saja hanya 3 KK yang terpicu saat itu, dan memerlukan monitoring rutin agar keinginannya membangun jamban memang benar terealisasi. Ditambah lagi dengan hasil verifikasi yang menunjukkan cakupan sarana yang sangat rendah (21%), pendampingan STBM ini sangat perlu dilanjutkan sehingga nantinya peningkatan kondisi sanitasi dapat berdampak pada penurunan angka morbiditas akibat sanitasi lingkungan.

### Saran

Melihat dari pengalaman di kegiatan ini, maka terdapat beberapa rekomendasi yang dapat dimasukkan ke dalam rencana tindak lanjut, diantaranya: pertama, perlu direncanakan pertemuan tahap lanjut di Banjar Tebuana yang memaparkan kondisi cakupan sarana sanitasi hasil verifikasi kepada masyarakat dan untuk mengajak masyarakat berkomitmen untuk mencapai ODF serta menyusun rencana upaya perbaikan kondisi tersebut. Kedua, perlu kesepakatan dan komitmen puskesmas dan pemerintah desa untuk mengawal komitmen masyarakat dan memberikan dukungan dalam bentuk pendampingan dan apresiasi atas capaian masyarakat agar target ODF tercapai.

## UCAPAN TERIMAKASIH

Terima kasih kami sampaikan kepada Ka PS IKM Unud yang telah memberikan izin penggunaan ruangan untuk pelatihan mahasiswa, kepada Dinas Kesehatan dan Sanitarian Puskesmas Tegalalang II yang sudah membantu untuk koordinasi dengan pemerintah Desa Taro, Koordinator KKN yang telah mengizinkan program STBM untuk diujicobakan dalam kegiatan KKN, semua peserta KKN yang terlibat serta kepada seluruh masyarakat Banjar Tebuana Taro yang telah berpartisipasi dengan baik kegiatan ini.

## DAFTAR PUSTAKA

- Balitbangkes (2010), Riset Kesehatan Dasar 2010, Kementerian Kesehatan RI, Jakarta
- Fewtrell, L., Kaufmann, R. B., Kay, D., Enanoria, W., Haller, L., & Colford, J. M., Jr. (2005). Water, sanitation, and hygiene interventions to reduce diarrhoea in less developed countries: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Infectious Diseases*, 5(1), 42-52.
- Jenkins, M. W., & Scott, B. (2007). Behavioral indicators of household decision-making and demand for sanitation and potential gains from social marketing in Ghana. *Social Science & Medicine*, 64(12), 2427-2442. doi: 10.1016/j.socscimed.2007.03.010
- Kar, K. (2012). Why not Basics for All? Scopes and Challenges of Community-led Total Sanitation. *IDS Bulletin*, 43(2), 93-96.
- Menkes (2008), Kepmenkes no 852/Menkes/SK/IX/2008 tentang Strategi Nasional Sanitasi Total Berbasis Masyarakat, Kementerian Kesehatan RI, Jakarta
- Minister of Development Planning (2010), "Report On The Achievement Of The Millennium Development Goals Indonesia 2010, Ministry of Development Planning, Jakarta.