

**PERAN KADER KESEHATAN DALAM
MEWUJUDKAN PERILAKU HIDUP BERSIH DAN
SEHAT (PHBS)
PADA MASYARAKAT DESA DENGAN STATUS ODF
(*Open Defecation Free*) DI DESA BANDUNG
KECAMATAN KEBUMEN KABUPATEN KEBUMEN**

Tesis



Diajukan Oleh
PUJI RAHAYU
172903850

Kepada
MAGISTER MANAJEMEN
STIE WIDYA WIWAHA YOGYAKARTA
2019

**PERAN KADER KESEHATAN DALAM
MEWUJUDKAN PERILAKU HIDUP BERSIH DAN
SEHAT (PHBS) PADA MASYARAKAT DESA
DENGAN STATUS ODF (*Open Defecation Free*) DI
DESA BANDUNG KECAMATAN KEBUMEN
KABUPATEN KEBUMEN**

Tesis

Untuk memenuhi sebagian persyaratan
Mencapai derajat Sarjana S-2
Program Studi Magister Manajemen



Diajukan Oleh

PUJI RAHAYU

172903850

Kepada

MAGISTER MANAJEMEN

STIE WIDYA WIWAHA YOGYAKARTA

2019

HALAMAN PENGESAHAN

**PERAN KADER KESEHATAN DALAM MEWUJUDKAN PERILAKU
HIDUP BERSIH DAN SEHAT (PHBS) PADA MASYARAKAT DESA
DENGAN STATUS ODF (*Open Defecation Free*) DI DESA BANDUNG
KECAMATAN KEBUMEN KABUPATEN KEBUMEN**

Disusunoleh:
PUJI RAHAYU

172903850

Tesis telah dipertahankan dihadapan Dewan Pembimbing
Pada tanggal September 2019

Dosen Penguji

Dosen Pembimbing

dan telah diterima sebagai salah satu persyaratan
untuk memperoleh gelar Magister

**Kepada
MAGISTER MANAJEMEN
STIE WIDYA WIWAHA YOGYAKARTA
2019**

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam tesis ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk mendapat gelar kesarjanaan pada suatu Perguruan Tinggi, dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Yogyakarta, September 2019

Puji Rahayu

172903850

STIE Widya Wiwaha
Jangan Plagiat

MOTTO

- “Kecerdasan emosi adalah kemampuan merasakan, memahami, dan secara efektif menerapkan daya dan kepekaan emosi sebagai sumber energi, informasi, koneksi, dan pengaruh yang manusiawi.”
- “Bersikaplah kukuh seperti batu karang yang tidak putus-putusnya dipukul ombak. Ia tidak saja tetap berdiri kukuh, bahkan ia menenteramkan amarah ombak dan gelombang itu”
- “Tiadanya keyakinanlah yang membuat orang takut menghadapi tantangan; dan saya percaya pada diri saya sendiri.”

PERSEMBAHAN:

Alhamdulillahirobbil ‘alamin aku bersyukur pada-MuYaa Allah...

Atas ni'mat yang telah Engkau berikan sehingga tesis ini dapat saya selesaikan...

Karya tesis ini kupersembahkan untuk..

Suamiku Tercinta Sugihartana SGz.,MM

Yang selalu mendampingiku dan memberikan semangat dalam hidupku

Anaku Tersayang, Khansa Ananda Evania Hitana, dan Yafi Adiyatma

Tustika Hitana, serta Hilmi Inovasi Atha Hitana

Yang selalu menjadi penyemangatku dan pelita hatiku...

Yamoto SKM, Msi. Selaku Kepala UPTD Puskesmas I Kebumen yang telah memberi ijin dan dukungannya...

Rekan seperjuangan...

Yang selalu bersama membantuku...

Semoga persaudaraan tetap terjalin.

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat melaksanakan penelitian dan menyusun penulisan tesis dengan judul “Peran Kader Kesehatan Dalam Mewujudkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) pada Desa dengan Status ODF (*Open Defecation Free*) di Desa Bandung Kecamatan Kebumen Kabupaten Kebumen”.

Penulis menyadari bahwa dalam menyelesaikan penyusunan tesis ini tidak terlepas dari bimbingan, arahan, dan bantuan serta motivasi dari berbagai pihak. Oleh karena itu, melalui kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Bapak Dr. Syeh Asseri, SE, MM dan Ibu Nur Widiastuti, SE, M.Si, atas bimbingan, arahan, dan waktu yang telah diluangkan kepada penulis selama menjadi dosen pembimbing.
2. Seluruh Dosen Program Magister Manajemen STIE Widya Wiwaha beserta seluruh karyawan yang telah banyak membantu selesainya tesis ini.
3. Kepala Desa Bandung, Bidan Desa, Petugas Sanitarian, Kader Kesehatan dan warga desa Bandung yang menjadi informan.
4. Semua pihak yang telah membantu yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Semoga karya ini memberi manfaat untuk kita semua. Aamiin.

Yogyakarta, September 2019

Penulis

Puji Rahayu
172903850

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
PERNYATAAN KEASLIAN TESIS.....	iii
HALAMAN MOTTO DAN PERSEMBAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR TABEL.....	viii
DAFTAR GAMBAR.....	ix
DAFTAR LAMPIRAN.....	x
ABSTRAK.....	xi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang Masalah.....	1
1.2 Perumusan Masalah.....	6
1.3 Pertanyaan Penelitian.....	7
1.4 Tujuan Penelitian.....	7
1.5 Manfaat Penelitian.....	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	10
2.1 Tinjauan Teori.....	10
2.2 Kerangka Berpikir.....	41
BAB III METODE PENELITIAN.....	43
3.1 Desain Penelitian.....	43
3.2 Setting Penelitian.....	46
3.3 Sumber Data	46
3.4 Teknik Pengumpulan Data	47
3.5 Teknik Cuplikan/Sampling.....	49
3.6 Instrumen Penelitian.....	50
3.7 Analisis Data.....	54
3.8 Validitas Data / Pengujian Keabsahan Data.....	57

BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	59
4.1 Deskripsi Hasil Penelitian.....	59
4.2 Hasil Wawancara	62
4.3 Hasil Triangulasi	75
4.4 Pembahasan dan Hasil Penelitian	77
BAB V PENUTUP.....	80
5.1 Simpulan.....	80
5.2 Saran.....	81
DAFTAR PUSTAKA.....	82
LAMPIRAN.....	85

STIE Widya Wiwaha
Jangan Plagiat

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Hasil PIS PK 2018 Desa Bandung.....	4
Tabel 4.1 Informan Penelitian.....	63
Tabel 4.2 Hasil Wawancara 1 Kader Kesehatan Sebagai Informan.....	62
Tabel 4.3 Hasil Wawancara 2 Kader Kesehatan Sebagai Informan.....	63
Tabel 4.4 Hasil Wawancara 3 Kader Kesehatan Sebagai Informan	63
Tabel 4.5 Hasil Wawancara 4 Kader Kesehatan Sebagai Informan.....	64
Tabel 4.6 Hasil Wawancara 5 Kader Kesehatan Sebagai Informan.....	64
Tabel 4.7 Hasil Wawancara 6 Kader Kesehatan Sebagai Informan.....	65
Tabel 4.8 Hasil Wawancara 7 Kader Kesehatan Sebagai Informan.....	65
Tabel 4.9 Hasil Wawancara 1 Warga Sebagai Informan.....	67
Tabel 4.10 Hasil Wawancara 2 Warga Sebagai Informan.....	67
Tabel 4.11 Hasil Wawancara 3 Warga Sebagai Informan.....	68
Tabel 4.12 Hasil Wawancara 4 Warga Sebagai Informan.....	68
Tabel 4.13 Hasil Wawancara 5 Warga Sebagai Informan.....	69
Tabel 4.14 Hasil Wawancara 6 Warga Sebagai Informan.....	69
Tabel 4.15 Hasil Wawancara 7 Warga Sebagai Informan.....	70
Tabel 4.16 Hasil Wawancara 8 Warga Sebagai Informan.....	70
Tabel 4.17 Hasil Wawancara 9 Warga Sebagai Informan.....	71
Tabel 4.18 Hasil Wawancara 1 Kades Sebagai Informan.....	72
Tabel 4.19 Tabulasi Rangkuman Wawancara Hasil Penelitian.....	79

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1 Skema Kerangka Berpikir.....	42
Gambar 3.1 Analisis Data Miles dan Huberman.....	56

STIE Widya Wiwaha
Jangan Plagiat

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran Foto-foto Kegiatan.....	85
----------------------------------	----

STIE Widya Wiwaha
Jangan Plagiat

ABSTRAK

PERAN KADER KESEHATAN DALAM MEWUJUDKAN PERILAKU HIDUP BERSIH DAN SEHAT (PHBS) PADA MASYARAKAT DESA DENGAN STATUS ODF (*Open Defecation Free*) DI DESA BANDUNG KECAMATAN KEBUMEN KABUPATEN KEBUMEN

Penelitian di lakukan terhadap pemantauan kegiatan Program Indonesia Sehat - Pendekatan Keluarga (PIS-PK) 2018 di Desa Bandung menunjukkan bahwa indikator akses terhadap jamban sehat masih rendah, karena masih ada warga yang buang air besar di sungai. Kurangnya pengetahuan dan sikap masyarakat yang masih Buang Air Besar (BAB) di sungai. Hal itu terkait tentang program kerja Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) pada Desa dengan Status ODF (*Open Defecation Free*) di Desa Bandung menandakan bahwa peran kader tidak berfungsi secara maksimal.

Tujuan yang akan dicapai dari penelitian ini adalah untuk mengetahui bagaimana peran kader dan hambatan kader dalam mewujudkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) pada masyarakat desa dengan status ODF (*Open Defecation Free*) di Desa Bandung Kecamatan Kebumen Kabupaten Kebumen. Desain penelitian menggunakan penelitian kualitatif. Metode pengumpulan data pada penelitian ini adalah dengan wawancara, observasi dan dokumentasi. Teknik analisis data dalam penelitian kualitatif ini dilakukan menggunakan model analisis *interaktif*. Validitas data pada penelitian ini menggunakan uji kredibilitas triangulasi.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa peran kader dalam mewujudkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) pada masyarakat desa dengan Status ODF (*Open Defecation Free*) di Desa Bandung Kecamatan Kebumen belum maksimal karena kader kesehatan belum mempunyai cukup pengetahuan dan dedikasi yang tinggi dalam mewujudkan desa yang berstatus ODF, kader kesehatan juga masih sangat minim dalam pemberian penyuluhan pada warga. Upaya-upaya yang dilakukan kader kesehatan adalah dengan menghimbau dan memberi penyuluhan kepada warga tentang PHBS, mendata dan mengusulkan bantuan pembuatan jamban pribadi bagi warga yang belum punya jamban pribadi kepada pemerintah desa.

Kata kunci: Peran, Kader Kesehatan, dan PHBS

ABSTRACT

THE ROLE OF HEALTH CAREER IN REALIZING CLEAN AND HEALTHY LIFE BEHAVIOR (PHBS) IN VILLAGE COMMUNITIES WITH ODF STATUS (Open Defecation Free) IN BANDUNG VILLAGE, KEBUMEN DISTRICT, KEBUMEN DISTRICT

Research conducted on monitoring the activities of the Healthy Indonesia Program - Family Approach (PIS-PK) 2018 in Bandung Village shows that indicators of access to healthy latrines are still low, because there are still residents who defecate in the river. Lack of knowledge and attitude of the people who are still defecating in the river. This is related to the work program of Clean and Healthy Behavior (PHBS) in villages with ODF (Open Defecation Free) status in Bandung Village indicating that the role of cadres is not functioning optimally.

The purpose of this research is to find out how the role of cadres and cadre obstacles in realizing Clean and Healthy Behavior (PHBS) in rural communities with ODF status (Open Defecation Free) in Bandung Village, Kebumen District, Kebumen Regency. The study design uses qualitative research. Data collection methods in this study were by interview, observation and documentation. Data analysis techniques in this qualitative study were conducted using an interactive analysis model. The validity of the data in this study used a triangulation credibility test.

The results showed that the role of cadres in realizing Clean and Healthy Behavior (PHBS) in rural communities with ODF (Open Defecation Free) Status in Bandung Village, Kebumen District was not optimal because health cadres did not yet have sufficient knowledge and high dedication in realizing village status ODF, health cadres are also very minimal in providing counseling to residents. Efforts made by health cadres are to urge and provide counseling to residents about PHBS, to record and propose assistance to make private latrines for residents who do not have a private latrine to the village government.

Key words: Role, Health Cadres, and PHBS

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai cita-cita bangsa Indonesia. Kesehatan merupakan sebuah kebutuhan yang sangat mendasar bagi setiap orang. Namun, kesehatan seringkali menjadi hilir (dampak) dari berbagai permasalahan yang dialami individu dan lingkungan sekitarnya. Padahal, kesehatan merupakan modal awal bagi perkembangan potensi individu dalam hidup, menurut <http://www.depkes.go.id/article/view/18012900004/together-overcoming-health-problem-.html>.

Derajat kesehatan masyarakat atau individu dipengaruhi oleh faktor genetik, perilaku, lingkungan dan pelayanan kesehatan. Faktor perilaku merupakan faktor yang sangat dominan dalam mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat selain kondisi lingkungan, menurut <http://www.depkes.go.id/article/view/18012900004/together-overcoming-health-problem-.html>.

Dengan diwujudkan perilaku hidup bersih dan sehat melalui penyelenggaraan pembangunan kesehatan diharapkan dapat menurunkan angka kesakitan di masyarakat. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) adalah sekumpulan perilaku yang dipraktikkan atas dasar kesadaran sebagai hasil pembelajaran yang menjadikan seseorang, keluarga, atau masyarakat mampu menolong dirinya sendiri (mandiri) di bidang kesehatan dan berperan

aktif dalam mewujudkan kesehatan. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat terdapat di lima tatanan, yaitu rumah tangga, institusi pendidikan, tempat kerja, tempat umum dan fasilitas kesehatan (Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen, 2013).

Perilaku hidup bersih dan sehat di tatanan rumah tangga memiliki 16 indikator, yakni persalinan ditolong di fasilitas kesehatan, memeriksakan kehamilan minimal 4 kali selama masa kehamilan, memberikan ASI eksklusif, menimbang balita, mengkonsumsi makanan dengan gizi seimbang, menggunakan air bersih, menggunakan jamban sehat, membuang sampah pada tempatnya, menggunakan lantai rumah kedap air, melakukan aktifitas fisik/berolahraga, tidak merokok, cuci tangan pakai sabun, menggosok gigi, tidak menyalahgunakan miras/narkoba, kepesertaan dalam JPK (Jaminan Pemeliharaan Kesehatan), melakukan PSN (Pembrantasan Sarang Nyamuk), menurut (Modul PHBS 2013).

Salah satu pendekatan dan paradigma pembangunan kesehatan untuk mengubah perilaku higienis dan saniter melalui pemberdayaan masyarakat yaitu melalui Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM). STBM merupakan suatu pendekatan yang dianut dalam program Penyediaan Air Minum dan Sanitasi Berbasis Masyarakat (Pamsimas) dalam rangka meningkatkan PHBS, khususnya untuk meningkatkan cakupan jamban keluarga sehingga terwujud target dalam Pamsimas yaitu 80 % penduduk yang memiliki akses terhadap jamban keluarga serta kondisi Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS), menurut (<http://www.ampl.or.id/program/sanitasi-total-berbasis-masyarakat-stbm-4>).

Penerapan STBM dilakukan dalam naungan 5 (lima) pilar STBM, yaitu (1) Stop Buang Air Besar Sembarangan (SBS), (2) Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS), (3) Pengelolaan Air Minum dan Makanan Rumah Tangga (PAMM-RT), (4) Pengelolaan Sampah Rumah Tangga (PS-RT), dan (5) Pengelolaan Limbah Cair Rumah Tangga (PLC-RT). Suatu Desa dikatakan sebagai Desa ODF yaitu apabila sudah mencapai pilar pertama dari 5 (lima) pilar STBM. Indikatornya adalah semua masyarakat telah BAB hanya di jamban yang sehat dan membuang tinja/kotoran bayi hanya ke jamban yang sehat, tidak terlihat tinja manusia di lingkungan sekitar, ada penerapan sanksi/peraturan oleh masyarakat untuk mencegah kejadian BABS di sembarang tempat, ada mekanisme pemantauan umum yang dibuat masyarakat untuk mencapai 100 % KK memiliki jamban sehat, dan ada upaya atau strategi yang jelas untuk mencapai sanitasi total (www.stbm-indonesia.org).

Desa Bandung merupakan salah satu desa di Kecamatan Kebumen yang dilalui sungai, desa ini juga merupakan desa yang letaknya jauh dari Puskesmas. Hasil pemantauan kegiatan Program Indonesia Sehat-Pendekatan Keluarga (PIS-PK) 2018 di Desa Bandung menunjukkan bahwa indikator akses terhadap jamban sehat masih rendah, karena masih ada warga yang buang air besar di sungai.

Berdasarkan survei awal yang telah dilakukan pada pendataan PHBS bulan Maret 2019, masih ada masyarakat Desa Bandung yang belum memiliki jamban mandiri. Dari hasil studi pendahuluan yang telah dilakukan, diperoleh hasil bahwa yang memiliki jamban yaitu 95 % dan 5 % tidak memiliki jamban

atau menumpang. Hasil wawancara terhadap warga yang tidak memiliki jamban mandiri menyatakan melakukan buang air besar disungai. Hal ini menjadi perhatian besar untuk pemerintah desa Bandung, khususnya untuk kader kesehatan yang bertugas di desa Bandung.

Tabel 1.1 Hasil PIS PK 2018 Desa Bandung

Penduduk Desa Bandung			
Memiliki Jamban Sehat		Belum Memiliki Jamban Sehat	
Jumlah	Persentase	Jumlah	Persentase
665 KK (3.900 Jiwa)	95%	35 KK (215 Jiwa)	5%

Sumber : PIS PK 2018 Kab Kebumen

Dari data diatas terlihat bahwa sekitar 665 KK atau kira-kira 3900 jiwa (95%) sudah memiliki jamban sehat, namun masih ada sekitar 35 KK atau kira-kira 215 jiwa (5%) yang belum mempunyai jamban pribadi.

Kurangnya pengetahuan dan sikap masyarakat yang masih BAB di sungai terkait tentang program kerja Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) pada Desa dengan Status ODF (*Open Defecation Free*) di Desa Bandung menandakan bahwa peran kader tidak berfungsi secara maksimal.

Kader kesehatan masyarakat adalah tenaga sukarela baik laki-laki maupun wanita yang dipilih dan tumbuh ditengah-tengah masyarakat dan dilatih untuk menangani masalah-masalah kesehatan perseorangan maupun masyarakat serta untuk bekerja dalam hubungan yang amat dekat dengan tempat-tempat pemberian pelayanan kesehatan.

Para kader kesehatan seyogyanya adalah Sumber Daya Manusia (SDM) yang unggul dan handal yang memiliki latar belakang pendidikan yang cukup sehingga memungkinkan mereka untuk membaca, menulis dan menghitung secara sederhana yang akan merumuskan apa-apa yang menjadi kebutuhan masyarakat dalam hal kesehatan dan melakukan usaha-usaha untuk mewujudkan kebutuhan tersebut.

Masalah sumber daya manusia masih menjadi sorotan bagi organisasi untuk tetap dapat bertahan di era globalisasi. Sumber daya manusia mempunyai peran utama dalam setiap kegiatan organisasi. Walaupun didukung dengan sarana dan prasarana serta sumber dana yang berlebihan, tetapi tanpa dukungan sumber daya manusia yang handal, kegiatan organisasi tidak akan terselesaikan dengan baik. Hal ini menunjukkan bahwa sumber daya manusia merupakan kunci pokok yang harus diperhatikan dengan segala kebutuhannya. Sebagai kunci pokok, sumber daya manusia akan menentukan keberhasilan pelaksanaan kegiatan organisasi. tuntutan organisasi untuk memperoleh, mengembangkan, dan mempertahankan sumber daya manusia yang berkualitas semakin mendesak sesuai dengan dinamika lingkungan yang selalu berubah.

Tidak optimalnya peran kader kesehatan disuatu desa, dapat berpengaruh pada tingkat kesehatan warga desa tersebut. Sebagai contoh Desa Bandung dalam Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) masih kurang optimal pada indikator jamban sehatnya. Kader kesehatan sejatinya merupakan perwujudan dari usaha-usaha secara sadar dan terencana untuk

menumbuhkan prakarsa dan partisipasi masyarakat untuk meningkatkan derajat kesehatan sehingga sebuah desa berstatus ODF (*Open Defecation Free*). Dalam usaha ini maka kader diberikan ketrampilan-ketrampilan tertentu, agar tujuan pembentukan kader untuk menumbuhkan prakarsa dan partisipasi dibidang kesehatan dapat tercapai.

Berdasarkan permasalahan yang telah diuraikan di atas, penelitian tentang Peran Kader Kesehatan Dalam Mewujudkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) pada Desa dengan Status ODF (*Open Defecation Free*) di Desa Bandung Kecamatan Kebumen Kabupaten Kebumen penting untuk dilakukan.

1.2 Perumusan Masalah

Berdasarkan survei awal yang telah dilakukan pada bulan Maret 2019, ternyata menunjukkan masih ada masyarakat Desa Bandung yang belum memiliki jamban mandiri. Dari hasil survey awal, diperoleh hasil bahwa yang memiliki jamban yaitu 95 % dan 5 % tidak memiliki jamban. Hasil wawancara terhadap warga yang tidak memiliki jamban mandiri menyatakan melakukan buang air besar disungai. Hal ini menjadi perhatian besar untuk pemerintah desa Bandung, khususnya untuk kader kesehatan yang bertugas di desa Bandung. Kurangnya pengetahuan dan sikap masyarakat yang masih BAB di sungai terkait tentang program kerja Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) pada Desa dengan Status ODF (*Open Defecation Free*) di Desa Bandung menandakan bahwa peran kader tidak berfungsi secara maksimal.

Dari hal tersebut di atas, maka dapat dirumuskan masalah dalam penelitian ini, yaitu : Kurangnya pengetahuan dan sikap masyarakat yang masih BAB di sungai terkait tentang program kerja Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) pada Desa dengan Status ODF (*Open Defecation Free*) di Desa Bandung menandakan bahwa peran kader tidak berfungsi secara maksimal.

1.3 Pertanyaan Penelitian

Pertanyaan pada penelitian ini adalah :

1. Mengapa peran kader dalam mewujudkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) pada masyarakat desa dengan Status ODF (*Open Defecation Free*) di Desa Bandung Kecamatan Kebumen belum maksimal?
2. Bagaimana upaya-upaya yang dilakukan kader kesehatan untuk meningkatkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) pada masyarakat desa dengan Status ODF (*Open Defecation Free*) di Desa Bandung Kecamatan Kebumen ?

1.4 Tujuan Penelitian

Tujuan dari penelitian ini :

1. Untuk mengetahui bagaimana peran kader dalam mewujudkan Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) pada masyarakat desa dengan status ODF (*Open Defecation Free*) di Desa Bandung Kecamatan Kebumen Kabupaten Kebumen.

2. Untuk mengetahui hambatan kader dalam mewujudkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) pada masyarakat desa dengan Status ODF (*Open Defecation Free*) di Desa Bandung Kecamatan Kebumen Kabupaten Kebumen.

1.5 Manfaat Penelitian

Manfaat dilaksanakannya penelitian ini adalah :

1. Manfaat Praktis

- a. Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai masukan dalam pengambilan kebijakan dan perbaikan pelaksanaan kebijakan pembangunan kesehatan khususnya di pedesaan.
- b. Sebagai bahan evaluasi bagi Pemerintah Daerah Kabupaten Kebumen dalam hal ini Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen dan Puskesmas untuk memperhatikan dan mengevaluasi pelaksanaan program pembangunan kesehatan di daerah pedesaan.
- c. Mewujudkan masyarakat desa yang lebih sehat dan bersih, serta dapat mewujudkan desa dengan status ODF (*Open Defecation Free*).
- d. Meningkatkan kinerja kader dalam menciptakan upaya-upaya untuk meningkatkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) pada masyarakat desa dengan Status ODF (*Open Defecation Free*) di Desa Bandung Kecamatan Kebumen.

2. Manfaat Akademis

Penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan masukan dan dapat memberikan informasi untuk penelitian selanjutnya, terutama penelitian yang berkaitan dengan program Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) pada masyarakat desa dengan Status ODF (*Open Defecation Free*).

STIE Widya Wiwaha
Jangan Plagiat

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Teori

2.1.1 Pengembangan Sumber Daya Manusia (SDM)

1. Definisi Pengembangan Sumber Daya Manusia (SDM)

Manajemen sumber daya manusia adalah ilmu dan seni mengatur hubungan dan peranan tenaga kerja agar efektif dan efisien membantu terwujudnya tujuan perusahaan, karyawan, dan masyarakat, menurut Hasibuan (2014:10). Pengembangan sumber daya manusia adalah setiap usaha untuk memperbaiki pelaksanaan pekerjaan yang sekarang maupun yang akan datang, dengan memberikan informasi, mempengaruhi sikap atau menambah kecakapan. Pengembangan sumber daya manusia adalah suatu upaya untuk mengembangkan kualitas atau kemampuan sumber daya manusia melalui proses perencanaan pendidikan, pelatihan dan pengelolaan tenaga atau pegawai untuk mencapai suatu hasil optimal (Notoadmodjo, 2003:76).

Sumber Daya Manusia (SDM) adalah potensi yang terkandung dalam diri manusia untuk mewujudkan perannya sebagai makhluk sosial yang adaptif dan transformatif yang mampu mengelola dirinya sendiri serta seluruh potensi yang terkandung di alam menuju tercapainya kesejahteraan kehidupan dalam tatanan yang seimbang dan berkelanjutan. Dalam pengertian praktis sehari-hari, SDM lebih

dimengerti sebagai bagian integral dari sistem yang membentuk suatu organisasi. Oleh karena itu, dalam bidang kajian psikologi, para praktisi SDM harus mengambil penjurusan industri dan organisasi. Selain itu, SDM juga merupakan potensi manusiawi sebagai penggerak organisasi dalam mewujudkan eksistensinya yang merupakan aset dan berfungsi sebagai modal (non material/non finansial) didalam organisasi bisnis, yang dapat diwujudkan menjadi potensi nyata secara fisik dan non fisik dalam mewujudkan eksistensi organisasi.

2. Tinjauan Umum Sumber Daya Manusia Kesehatan

Sumber Daya Manusia kesehatan (SDM Kesehatan) merupakan tatanan yang menghimpun berbagai upaya perencanaan. Pendidikan, dan pelatihan, serta pendayagunaan tenaga kesehatan secara terpadu dan saling mendukung guna mencapai derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya. Tenaga kesehatan adalah semua orang yang bekerja secara aktif dan profesional di bidang kesehatan, berpendidikan formal kesehatan atau tidak, yang untuk jenis tertentu memerlukan upaya kesehatan (<https://catatankuliahnya.wordpress.com/2010/01/06/sumber-daya-manusia-kesehatan/>).

Ada 2 bentuk dan cara penyelenggaraan SDM kesehatan, yaitu :

- 1) Tenaga kesehatan, yaitu semua orang yang bekerja secara aktif dan profesional di bidang kesehatan berpendidikan formal kesehatan atau tidak, yang untuk jenis tertentu memerlukan upaya kesehatan.

- 2) SDM Kesehatan yaitu tatanan yang menghimpun berbagai upaya perencanaan, pendidikan dan pelatihan serta pendayagunaan tenaga kesehatan secara terpadu dan saling mendukung guna mencapai derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya.

Tujuan SDM Kesehatan, secara khusus bertujuan untuk menghasilkan sumber daya manusia kesehatan yang memiliki kompetensi sebagai berikut :

- 1) Mampu mengembangkan dan memutakhirkan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang promosi kesehatan dengan cara menguasai dan memahami pendekatan, metode dan kaidah ilmiahnya disertai dengan ketrampilan penerapannya didalam pengembangan dan pengelolaan sumber daya manusia kesehatan.
- 2) Mampu mengidentifikasi dan merumuskan pemecahan masalah pengembangan dan pengelolaan sumber daya manusia kesehatan melalui kegiatan penelitian.
- 3) Mengembangkan/meningkatkan kinerja profesionalnya yang ditunjukkan dengan ketajaman analisis permasalahan kesehatan, merumuskan dan melakukan advokasi program dan kebijakan kesehatan dalam rangka pengembangan dan pengelolaan sumber daya manusia kesehatan. (<http://www.perpustakaan-depkes.>)

3. Perencanaan SDM Kesehatan

Perencanaan SDM Kesehatan adalah proses estimasi terhadap jumlah SDM berdasarkan tempat, keterampilan, perilaku yang

dibutuhkan untuk memberikan upaya kesehatan. Perencanaan dilakukan menyesuaikan dengan kebutuhan pembangunan kesehatan, baik lokal, nasional, maupun global dan memantapkan keterkaitan dengan unsur lain dengan maksud untuk menjalankan tugas dan fungsi institusinya yang meliputi : jenis, jumlah dan kualifikasi (<http://www.perpustakaan-depk.es>).

Dasar dari peningkatan perencanaan mutu SDM kesehatan yaitu kebijakan peningkatan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas, yang dilaksanakan melalui :

- 1) Peningkatan jumlah jaringan dan kualitas Puskesmas, termasuk mengembangkan desa siaga.
- 2) Peningkatan kualitas dan kuantitas tenaga kesehatan.
- 3) Pengembangan jaminan kesehatan bagi penduduk miskin.
- 4) Peningkatan sosialisasi kesehatan lingkungan dan pola hidup sehat.
- 5) Peningkatan pendidikan kesehatan pada masyarakat sejak usia dini.
- 6) Pemerataan dan peningkatan kualitas fasilitas kesehatan dasar.

Perencanaan terdiri dari 3 kelompok yaitu :

- a. Perencanaan tingkat Institusi meliputi : Puskesmas, Rumah Sakit (RS), poliklinik, dan lain sebagainya.
- b. Perencanaan tingkat Wilayah meliputi : institusi + organisasi.
- c. Perencanaan untuk bencana meliputi : pra-persiapan, pada saat dan pasca bencana.

Peningkatan perencanaan SDM Kesehatan yang sedang diupayakan :

- 1) Implementasi Kepmenkes RI No. 81/MENKES/SK/I/2004 tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan SDM Kesehatan di Tingkat Propinsi, Kabupaten/Kota, dan Rumah Sakit.
- 2) Penyusunan rencana kebutuhan SDM kesehatan dalam pencapaian sasaran pembangunan jangka pendek, menengah, dan jangka panjang bidang kesehatan.

Prospek ke depan Perencanaan dan Pendayagunaan SDM Kesehatan

- 1) Peningkatan, pembinaan, dan pengawasan PPSDMK.
- 2) Peningkatan perencanaan SDM kesehatan.
- 3) Peningkatan pendayagunaan SDM kesehatan.
- 4) Peningkatan sumber daya pendukung

Peningkatan Mutu SDM Kesehatan dapat dilakukan dengan cara :

- 1) Pengembangan karir dokter/ dokter gigi/ apoteker
- 2) Pengembangan sistem penilaian kinerja pada unit kerja independent
- 3) Peningkatan kompetensi melalui Tugas Belajar Pendidikan/ Pelatihan

Penyusunan kebutuhan SDM kesehatan mutlak dalam konteks penyusunan pengembangan SDM, namun perlu memperhatikan kekuatan dan kelemahannya. Metode penyusunan rencana kebutuhan SDM kesehatan harus mempertimbangkan kebutuhan epidemiologi, permintaan (demand) akibat beban pelayanan kesehatan, sarana upaya

pelayanan kesehatan yang ditetapkan, dan standar atau nilai tertentu (<http://www.perpustakaan-depkas>).

Metode penyusunan rencana kebutuhan SDM kesehatan antara lain :

- 1) *Health Need Method*, Diperhitungkan keperluan upaya kesehatan terhadap kelompok sasaran tertentu berdasarkan umur, jenis kelamin, dan lain-lain.
 - 2) *Health Service Demand Method*, Diperhitungkan kebutuhan upaya kesehatan terhadap kelompok sasaran menurut umur, jenis kelamin, dll.
 - 3) *Health Service Target Method*, Diperhitungkan kebutuhan upaya kesehatan tertentu terhadap kelompok sasaran tertentu. Misalnya, untuk percepatan penurunan kematian ibu dan bayi.
 - 4) *Ratio Method*, Diperhitungkan berdasarkan ratio terhadap : penduduk, tempat tidur, dan lain-lain.
4. Pendidikan dan Pelatihan SDM Kesehatan

Salah satu cara pengembangan SDM kesehatan agar sesuai dengan tuntutan pekerjaan adalah melalui pendidikan dan pelatihan SDM kesehatan. Fungsi dari pendidikan dan pelatihan ini adalah sebagai investasi SDM dan merupakan tuntutan luar dan dalam organisasi. Selain itu juga bertujuan untuk memperbaiki, mengatasi kekurangan dalam pelaksanaan pekerjaan agar sesuai dengan iptek.

Pendidikan dan pelatihan ini meliputi :

- 1) *Knowledge*
- 2) *Ability*
- 3) *Skill*

Bentuk pelatihan yang biasa dilakukan adalah diklat yang dilaksanakan oleh Pusdiklat (Pusat Pendidikan dan Pelatihan). Pusdiklat adalah suatu unit yang bertugas menyelenggarakan diklat bagi pegawai/ calon pegawai. Fungsinya adalah mendidik dan melatih tenaga kerja dalam rangka pengembangan dan atau peningkatan kemampuan.

Secara khusus program pendidikan dan pelatihan ini bertujuan untuk menghasilkan sumber daya manusia kesehatan yang memiliki kompetensi sebagai berikut : (<https://simkesugm06.wordpress.com>.)

- 1) Mampu mengembangkan dan memutakhirkan ilmu pengetahuan dan teknologi dibidang promosi kesehatan dengan cara menguasai dan memahami pendekatan, metode dan kaidah ilmiahnya disertai dengan ketrampilan penerapannya didalam pengembangan dan pengelolaan sumber daya manusia kesehatan
- 2) Mampu mengidentifikasi dan merumuskan pemecahan masalah pengembangan dan pengelolaan sumber daya manusia kesehatan melalui kegiatan penelitian
- 3) Mampu mengembangkan/meningkatkan kinerja profesionalnya, yang ditunjukkan dengan ketajaman analisis permasalahan

kesehatan, merumuskan dan melakukan advokasi program dan kebijakan kesehatan dalam rangka pengembangan dan pengelolaan sumber daya manusia kesehatan.

5. Pendayagunaan SDM Kesehatan

Prinsip :

- 1) Merata, serasi, seimbang (pemerintah, swasta, masyarakat) lokal maupun pusat.
- 2) Pemerataan : keseimbangan hak dan kewajiban.
- 3) Pendelegasian wewenang yang proporsional.

6. Perkembangan dan Hambatan Situasi SDM Kesehatan

Secara terperinci dapat digambarkan perkembangan dan hambatan situasi sumber daya kesehatan sebagai berikut:

1) Ketenagaan

Tenaga kesehatan merupakan bagian terpenting didalam peningkatan pelayanan kesehatan. Peningkatan kualitas harus menjadi prioritas utama mengingat tenaga kesehatan saat ini belum sepenuhnya berpendidikan D-III serta S-1 sedangkan yang berpendidikan SPK serta sederajat minim terhadap pelatihan teknis, hal ini juga berkaitan dengan globalisasi dunia dan persaingan terhadap kualitas ketenagaan harus menjadi pemicu.

2) Pembiayaan Kesehatan

Pembiayaan terhadap pelayanan kesehatan menjadi salah satu faktor utama didalam peningkatan pelayanan kesehatan, baik untuk

belanja modal maupun belanja barang. Didalam upaya peningkatan pembiayaan terhadap sektor kesehatan dianggarkan melalui dana APBN, APBD Provinsi dan Kabupaten, serta sumber lainnya.

3) Sarana Kesehatan Dasar

Komponen lain didalam sumber daya kesehatan yang paling penting adalah ketersediaan sarana kesehatan yang cukup secara jumlah atau kuantitas dan kualitas bangunan yang menggambarkan unit sarana pelayanan kesehatan yang bermutu baik bangunan utama, pendukung dan sanitasi kesehatan lingkungan. Pembangunan sarana kesehatan harus dilengkapi dengan peralatan medis, peralatan nonmedis, peralatan laboratorium beserta reagensia, alat pengolah data kesehatan, peralatan komunikasi, kendaraan roda empat dan juga kendaraan roda dua, menurut (<https://simkesugm06.wordpress.com>.)

2.1.2 Peran

Peran adalah serangkaian rumusan yang membatasi perilaku-perilaku yang di harapkan dari pemegang kedudukan tertentu. Peran (*role*) adalah perilaku yang diharapkan dari seseorang yang memiliki suatu status. Berbagai peran yang tergabung dan terkait pada satu status ini dinamakan perangkat peran (*role set*). Dalam kerangka besar, organisasi masyarakat, atau yang disebut sebagai struktur sosial, ditentukan oleh hakekat (*nature*) dari peran- peran ini, hubungan antara peran-peran tersebut, serta distribusi

sumberdaya yang langka di antara orang-orang yang memainkannya, menurut Soekanto (2012, 238).

Masyarakat yang berbeda merumuskan, mengorganisasikan, dan memberi imbalan (*reward*) terhadap aktivitas-aktivitas mereka dengan cara yang berbeda, sehingga setiap masyarakat memiliki struktur sosial yang berbeda pula. Bila yang diartikan dengan peran adalah perilaku yang diharapkan dari seseorang dalam suatu status tertentu, maka perilaku peran adalah perilaku yang sesungguhnya dari orang yang melakukan peran tersebut. perilaku peran mungkin berbeda dari perilaku yang diharapkan karena beberapa alasan.

Sedangkan menurut Soekanto, menerangkan bahwa peranan adalah suatu aspek dinamis dari kedudukan (status). Apabila seseorang telah melaksanakan hak-hak dan kewajibannya sesuai dengan kedudukan, maka dia menjalankan suatu peranan.

Peranan yaitu bagian dari tugas utama yang harus di laksanakan. Gross Masson dan Mc Eachem yang di kutip oleh Soekanto mendefinisikan peranan sebagai seperangkat harapan-harapan yang di kenakan kepada individu yang menempati kedudukan sosial tertentu.

Melihat dari pendapat-pendapat yang di kemukakan oleh para ahli di atas, dapat di simpulkan bahwa peran yang di jalankan oleh seorang individu ataupun kelompok merupakan suatu cerminan dari sebuah harapan dan tujuan yang akan di capai terhadap perubahan perilaku yang menyertainya. Peran juga merupakan suatu tugas utama yang di lakukan

oleh individu ataupun organisasi sebagai bagian dalam kehidupan bermasyarakat guna mewujudkan cita-cita dan tujuan hidup selaras bersama. Seperti yang telah di rumuskan tentang peran oleh beberapa ahli, maka peranan merupakan sebuah konsep mengenai apa yang di lakukan oleh individu atau kelompok sebagai organisasi. Unsur-unsur dalam peran merupakan pola perilaku yang dikatakan dengan status atau kedudukan peran ini dapat di ibaratkan dengan yang ada di dalam sandiwara yang pemainnya mendapatkan peranan dalam suatu cerita.

2.1.3 Kader Kesehatan

Kader kesehatan masyarakat adalah laki-laki atau wanita yang dipilih oleh masyarakat dan dilatih untuk menangani masalah-masalah kesehatan perseorangan maupun masyarakat serta untuk bekerja dalam hubungan yang amat dekat dengan tempat-tempat pemberian pelayanan kesehatan, menurut Syafrudin dan Hamidah (2019, h.177). Kader merupakan tenaga masyarakat yang dianggap paling dekat dengan masyarakat Niken, dkk, (2009: 129).

a. Tujuan Pembentukan Kader

- 1) Dalam rangka menyukseskan pembangunan nasional, khususnya di bidang kesehatan, bentuk pelayanan kesehatan diarahkan pada prinsip bahwa masyarakat bukanlah sebagai objek tetapi merupakan subjek dari pembangunan itu sendiri. Pada hakikatnya, kesehatan dipolakan mengikutsertakan masyarakat secara aktif dan bertanggung jawab.

- 2) Keikutsertaan masyarakat dalam meningkatkan efisiensi pelayanan adalah atas dasar pemikiran bahwa terbatasnya daya dan dana dalam operasional pelayanan kesehatan akan mendorong masyarakat memanfaatkan sumber daya yang ada seoptimal mungkin. Pola pikir semacam ini merupakan penjabaran dari karsa pertama yang berbunyi, meningkatkan kemampuan masyarakat untuk menolong dirinya dalam bidang kesehatan.
- 3) Menurut Ferry dan Makhfudli, (2009: 288) kader yang dinamis dengan pendidikan rata-rata tingkat desa ternyata mampu melaksanakan beberapa kegiatan yang sederhana tetapi tetap berguna bagi masyarakat kelompoknya.

b. Dasar Pemikiran

- 1) Dari segi kemampuan masyarakat

Dalam rangka menyukseskan pembangunan nasional, khususnya dibidang kesehatan, bentuk pelayanan kesehatan diarahkan pada prinsip bahwa masyarakat bukanlah sebagai objek tetapi merupakan subjek dari pembangunan itu sendiri.

- 2) Dari segi kemasyarakatan

Perilaku kesehatan pada masyarakat tidak terlepas dari kebudayaan masyarakat itu sendiri. Dalam upaya menumbuhkan partisipasi masyarakat perlu memperhatikan keadaan sosial budaya masyarakat, sehingga untuk mengikutsertakan masyarakat dalam upaya dibidang kesehatan, harus berusaha menumbuhkan

kesadaran untuk dapat memecahkan permasalahan sendiri dengan memperhitungkan sosial budaya setempat R. Fallen dan R. Budi, (2010: 59).

c. Persyaratan menjadi kader

- 1) Para kader kesehatan masyarakat itu seyogyanya memiliki latar belakang pendidikan yang cukup sehingga memungkinkan mereka untuk membaca, menulis dan menghitung secara sederhana Niken, dkk, (2009: 129). Proses pemilihan kader hendaknya melalui musyawarah dengan masyarakat, dan para pamong desa harus juga mendukung R. fallen dan R. Budi, (2010: 59). Hal ini disebabkan karena kader yang akan dibentuk terlebih dahulu harus diberikan pelatihan kader. Pelatihan kader ini diberikan kepada para calon kader di desa yang telah ditetapkan Niken, dkk, (2009: 131).
- 2) Persyaratan umum yang dapat dipertimbangkan untuk pemilihan kader antara lain:
 - a. Dapat baca, tulis dengan bahasa Indonesia.
 - b. Secara fisik dapat melaksanakan tugas-tugas sebagai kader.
 - c. Mempunyai penghasilan sendiri.
 - d. Tinggal tetap di desa yang bersangkutan dan tidak sering meninggalkan tempat untuk waktu yang lama.
 - e. Aktif dalam kegiatan sosial maupun pembangunan desanya.

- f. Dikenal masyarakat, diterima masyarakat dan dapat bekerja sama dengan masyarakat.
- g. Berwibawa.
- h. Sanggup membina paling sedikit 10 kepala keluarga. R. Fallen dan R. Budi, (2010: 59-60).

Dari persyaratan-persyaratan yang diutamakan oleh beberapa ahli di atas, dapatlah disimpulkan bahwa kriteria pemilihan kader kesehatan antara lain sanggup bekerja secara sukarela, mendapat kepercayaan dari masyarakat serta mempunyai kredibilitas yang baik dimana perilakunya menjadi panutan masyarakat, memiliki jiwa pengabdian yang tinggi, mempunyai penghasilan tetap, pandai membaca dan menulis, serta sanggup membina masyarakat sekitarnya menurut Efendi Ferry dan Makhfudli, (2009: 290).

d. Peran dan fungsi kader

Kegiatan kader akan ditentukan, mengingat bahwa pada umumnya kader bukanlah tenaga profesional melainkan hanya membantu dalam pelayanan kesehatan. Dalam hal ini perlu adanya pembatasan tugas yang diemban, baik menyangkut jumlah maupun jenis pelayanan. Efendi Ferry dan Makhfudli, (2009: 289). Tugas-tugas kader meliputi pelayanan kesehatan dan pembangunan masyarakat, tetapi hanya terbatas pada bidang-bidang atau tugas-tugas yang pernah diajarkan kepada mereka. Mereka harus benar-benar menyadari tentang keterbatasan yang mereka miliki. Mereka tidak diharapkan mampu

menyelesaikan semua masalah yang dihadapinya. Namun, mereka diharapkan mampu dalam menyelesaikan masalah umum yang terjadi di masyarakat dan mendesak untuk diselesaikan. Perlu ditekankan bahwa para kader kesehatan masyarakat itu tidak bekerja dalam sistem yang tertutup, tetapi mereka bekerja dan berperan sebagai seorang pelaku sistem kesehatan. Oleh karena itu, mereka harus dibina, dituntun, serta didukung oleh pembimbing yang terampil dan berpengalaman Syafrudin dan Hamidah, (2009: 177).

Peran dan fungsi kader sebagai pelaku pergerakan masyarakat:

- 1) Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS).
- 2) Pengamanan terhadap masalah kesehatan di desa.
- 3) Upaya penyehatan lingkungan.
- 4) Peningkatan kesehatan ibu, bayi dan anak balita.
- 5) Pemasaryatan Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi). Niken, dkk, (2009: 130)

2.1.4 Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)

Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) adalah sekumpulan perilaku yang dipraktikkan atas dasar kesadaran sebagai hasil pembelajaran, yang menjadikan seseorang keluarga, kelompok atau masyarakat mampu menolong dirinya sendiri (mandiri) di bidang kesehatan dan berperan aktif dalam mewujudkan kesehatan masyarakat (PMK Nomor 2269/MENKES/PER/XI/2011). Program Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) telah dilaksanakan oleh Kementerian Kesehatan sejak tahun 1996.

Evaluasi keberhasilan pembinaan PHBS dilakukan dengan melihat indikator PHBS di tatanan rumah tangga.

Sasaran dalam PHBS dikelompokkan dalam lima tatanan (PMK Nomor 2269/MENKES/PER/XI/2011) yaitu: 1) Tatanan Rumah Tangga; 2) Tatanan Institusi Pendidikan (sekolah, madrasah, pondok pesantren); 3) sasaran institusi kesehatan (Puskesmas, Rumah Sakit, Klinik); 4) Sasaran tempat kerja (kantor, pabrik, tempat usaha dan 5) Tatanan Tempat Umum (pasar, tempat ibadah, tempat rekreasi).

PHBS dalam tatanan institusi pendidikan adalah upaya pemberdayaan dan peningkatan kemampuan untuk berperilaku hidup bersih dan sehat di tatanan institusi pendidikan. Sasaran PHBS di tatanan institusi pendidikan adalah seluruh anggota keluarga institusi pendidikan dan terbagi dalam sasaran primer, sasaran sekunder, dan sasaran tersier (Menkes RI, 2011). Sasaran primer adalah sasaran utama dalam institusi pendidikan yang akan dirubah perilakunya atau murid dan guru yang bermasalah (individu atau kelompok dalam institusi pendidikan yang bermasalah). Sasaran sekunder adalah sasaran yang mampu mempengaruhi individu dalam institusi pendidikan yang bermasalah misalnya, kepala sekolah, guru, orang tua murid, kader kesehatan sekolah, tokoh masyarakat, petugas kesehatan dan lintas sektor terkait. Sasaran tersier adalah sasaran yang diharapkan dapat menjadi unsur pembantu dalam menunjang atau mendukung pendanaan, kebijakan, dan kegiatan untuk tercapainya pelaksanaan PHBS di institusi

pendidikan misalnya Kepala Desa, Lurah, Camat, Kepala Puskesmas, Diknas, Guru, Tokoh Masyarakat, Dan Orang Tua Murid.

Indikator PHBS adalah suatu alat ukur untuk menilai keadaan permasalahan kesehatan di institusi pendidikan. Perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) adalah tindakan yang dilakukan oleh perorangan, kelompok, atau masyarakat yang sesuai dengan norma-norma kesehatan, menolong dirinya sendiri dan berperan aktif dalam membangun kesehatan untuk memperoleh derajat kesehatan setinggi-tingginya.

1. Sanitasi

Sanitasi adalah upaya kesehatan dengan cara memelihara dan melindungi kebersihan lingkungan dari subjeknya, misalnya menyediakan air bersih untuk keperluan mencuci tangan, menyediakan tempat sampah agar tidak dibuang sembarangan (Depkes RI, 2004). Sanitasi dasar yaitu sanitasi minimum pada tingkat keluarga yang diperlukan untuk menyetatkan lingkungan pemukiman yang meliputi penyediaan air bersih, sarana pembuangan kotoran manusia (jamban), sarana pembuangan limbah dan pengelolaan sampah rumah tangga. Sebagai indikator untuk menilai baik buruknya sarana pembuangan kotoran manusia adalah penggunaan jamban atau kepemilikan jamban dan jenis jamban yang digunakan.

2. Jenis sanitasi

a. Sanitasi Fisik

a) Jamban

Jamban merupakan tempat yang aman dan nyaman untuk digunakan sebagai tempat buang air besar. Jamban yang 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 dan/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, pertama yaitu lubang tempat pembuangan kotoran (tinja dan urine) yang saniter dilengkapi oleh konstruksi leher angsa dan lantai jamban yang terbuat dari bahan kedap air, tidak licin, dan mempunyai saluran untuk pembuangan air bekas ke Sistem Pembuangan Air Limbah (SPAL).

(3) Bangunan Bawah

Merupakan bangunan penampungan, pengolah, dan pengurai kotoran/tinja yang berfungsi mencegah

terjadinya pencemaran atau kontaminasi dari tinja melalui vektor pembawa penyakit, baik secara langsung maupun tidak langsung. Bangunan bawah jamban memiliki 2 bentuk yaitu tangki septik dan cubluk.

b) Air Bersih

Air adalah air minum, air bersih, air kolam renang, dan air pemandian umum. Air bersih yaitu air yang digunakan untuk keperluan sehari-hari yang kualitasnya memenuhi syarat kesehatan dan dapat diminum apabila telah dimasak, sedangkan air minum adalah air yang kualitasnya memenuhi syarat kesehatan dan dapat langsung diminum (Permenkes No. 416/Menkes/PER/IX/1990). Akses terhadap air bersih dan air minum yang aman dan layak menggambarkan sanitasi rumah tangga yang baik. Manfaat air bersih yaitu menghindarkan dari gangguan penyakit seperti diare, kolera, thypus dan lain-lain. Sumber air bersih dapat dari mata air, sumur atau pompa, ledeng, air hujan atau air kemasan (Kemenkes RI, 2013).

b. Sanitasi Non Fisik

1. Perilaku Buang Air Besar Sembarangan (BABS)

Perilaku buang air besar sembarangan (BABS) termasuk salah satu contoh perilaku yang tidak sehat. BABS adalah suatu tindakan membuang kotoran atau tinja di ladang, hutan, semak-semak, sungai, pantai atau area terbuka lainnya dan

dibiarkan menyebar mengkontaminasi lingkungan, tanah, udara dan air.

2. Perilaku Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS)

Perilaku cuci tangan pakai sabun yaitu perilaku sehat mencuci tangan dengan menggunakan air bersih yang mengalir dan sabun. Mencuci tangan membunuh kuman yang ada di tangan, mencegah penularan penyakit seperti diare, ISPA, penyakit kulit (Kemenkes RI, 2013). Langkah-langkah cuci tangan pakai sabun yang benar yaitu :

- (1) Basahi kedua tangan dengan air bersih yang mengalir.
- (2) Gosokkan sabun pada kedua telapak tangan sampai berbusa lalu gosok kedua punggung tangan, jari jemari, kedua jempol, sampai semua permukaan kena busa sabun.
- (3) Bersihkan ujung-ujung jari dan sela-sela di bawah kuku.
- (4) Bilas dengan air bersih sambil menggosok-gosok kedua tangan sampai sisa sabun hilang.
- (5) Keringkan kedua tangan dengan memakai kain, handuk bersih, atau kertas tisu, atau mengibas-ibaskan kedua tangan sampai kering.

Waktu penting perlunya cuci tangan pakai sabun yaitu :

- (1) Sebelum makan.
- (2) Sebelum mengolah dan menghadirkan makanan.
- (3) Sebelum menyusui.

(4) Sebelum memberi makan bayi/balita.

(5) Sesudah buang air besar/kecil.

(6) Sesudah memegang hewan/unggas.

2.1.5 Open Defecation Free (ODF)

Open Defecation Free (ODF) atau SBS (Stop Buang Air Besar Sembarangan) adalah kondisi ketika setiap individu dalam komunitas tidak buang air besar sembarangan, (<https://lamongankab.go.id/dinkes/odf-open-defecation-free/>). Desa/Kelurahan ODF yaitu Desa/Kelurahan yang 100% masyarakatnya telah buang air besar di jamban yang sehat, yaitu mencapai perubahan perilaku kolektif terkait pilar 1 dari 5 pilar STBM (<http://monev.stbm.kemkes.go.id/>).

Suatu komunitas/atau masyarakat dikatakan telah ODF jika :

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.
3. Ada penerapan sanksi, peraturan atau upaya lain oleh masyarakat untuk mencegah kejadian BAB disembarang tempat.
4. Ada mekanisme monitoring yang dibuat masyarakat untuk mencapai 100 % KK mempunyai jamban sehat.
5. Ada upaya atau strategi yang jelas dan tertulis untuk dapat mencapai Total Sanitasi

Untuk mencapai suatu Desa ODF (*Open Defecation Free*), ada tahapan-tahapan yang harus dilalui, yaitu Pra-pemicuan, Pemicuan, Pasca-pemicuan.

1. Pra-Pemicuan

Dalam Buku Pedoman Strategi dan Langkah Pemicuan Masyarakat Dalam Program Pamsimas (2010), bahwa pelaksanaan pra-pemicuan, dapat ditempuh dengan langkah – langkah sebagai berikut :

a. Pengenalan /Identifikasi Lingkungan

Kondisi lingkungan, suatu daerah yang akan dipicu harus benar-benar dikenal dan dicermati terlebih dahulu oleh seorang fasilitator. Silaturahmi dan menjelajah desa merupakan salah cara untuk mengidentifikasi dan menganalisis kondisi lingkungan suatu desa. Untuk memahami dan mengenal kondisi lingkungan suatu daerah, seorang Fasilitator Kesehatan harus sudah tinggal atau berada dalam kurun waktu yang relatif cukup lama, dan lebih baik kalo seorang Fasilitator telah tinggal menetap di daerah atau desa yang akan dipicu tersebut. Apabila seorang Fasilitator sudah tinggal atau menetap disuatu desa, maka fasilitator akan dianggap sudah sebagai keluarga atau kerabat sendiri, dan bukan dianggap sebagai orang asing, yang masuk desa dan hanya akan membuat masalah atau mengganggu ketenangan desa. Kondisi lingkungan suatu daerah yang harus dikenali meliputi lingkungan geofisik

maupun sosial budaya, karena kondisi kedua aspek tersebut nantinya akan sangat berpengaruh dalam proses pemicuan dan tingkat keberhasilannya. Dari hasil pengenalan atau identifikasi lingkungan geofisik dan sosial-budaya yang ada dimasyarakat maka akan dapat ditarik kesimpulan unsur-unsur mana yang masuk dalam kategori sebagai Kekuatan/Peluang atau sebagai Kendala/Tantangan, yang selanjutnya dapat dijadikan sebagai suatu acuan atau pijakan untuk kegiatan pemicuan.

b. Koordinasi dengan Puskesmas dan Tim Kecamatan Lainnya

Sebelum pelaksanaan pemicuan dilaksanakan, Fasilitator harus sudah melakukan kontak dengan unit lain yang terkait, terutama PUSKESMAS setempat, agar unit tersebut dapat berdampingan dengan Fasilitator dalam pelaksanaan pemicuan. Selain unsur dari Puskesmas, unit lain yang seyogyanya ikut bergabung dalam proses pemicuan adalah unsur Kecamatan (Camat), urusan PMD, PKK dan tokoh masyarakat setempat (misal tokoh agama, pemuda, dll). Dengan bergabungnya petugas Puskesmas diharapkan proses pemicuan akan lebih terarah dan tepat sasaran, karena petugas Puskesmas akan mampu memberikan bantuan informasi/penyuluhan tentang masalah-masalah kesehatan yang dihadapi masyarakat khususnya terkait penyakit berbasis air dan sanitasi. Petugas Puskesmas yang berperan dalam mendampingi Fasilitator dalam proses pemicuan

adalah Sanitarian, karena petugas ini mempunyai tugas pokok dan fungsi yang terkait dengan masalah kesehatan lingkungan, selain Sanitarian perlu juga untuk mengikutsertakan dokter/Kepala Puskesmas dan Bidan Desa setempat. Kehadiran seorang Kepala/dokter Puskesmas, Camat, Ketua PKK dalam proses kegiatan pemicuan maupun kegiatan lain terkait akan memberikan motivasi dan rasa kebanggaan tersendiri bagi seseorang maupun sekelompok masyarakat. Hal ini diharapkan akan memberikan dampak yang positif bagi berlangsungnya proses pemicuan.

c. Peran Masyarakat Sekolah

Sekolah merupakan suatu “laboratorium” yang dapat dijadikan obyek vital sekaligus subyek dalam penerapan STBM. Dalam lingkup sekolah, rantai pemicuan akan berlangsung secara berjenjang dan berkesinambungan, yaitu dari guru ke murid dan kemudian murid dapat berperan ganda dalam proses pemicuan lanjutan, yaitu dari murid ke murid lainnya, dari murid ke orang tua dan dari murid ke masyarakat sebagai suatu group pressure. Efek pemicuanpun dapat diharapkan lebih dahsyat, mengingat anak usia sekolah pada umumnya lebih antusias dalam mengadopsi ide-ide baru.

2. Pelaksana Pemicuan

Pemicuan didasarkan pada rangsangan kolektif terhadap rasa jijik dan malu menghadapi fakta – fakta yang sederhana tentang buang air besar sembarangan yang dilakukan secara bersama dan akibat negatif yang ditimbulkan dan ditanggung oleh seluruh komunitas. Asumsi dasar yang dipakai adalah bahwa tidak ada manusia yang tetap tidak tergerak manakala mereka mengetahui bahwa mereka telah makan tinja orang lain. Tujuan dari yang telah dilakukan fasilitator adalah benar – benar membantu para anggota komunitas agar mereka dapat melihat kelakuan mereka sendiri bahwa buang air besar sembarangan adalah menjijikkan dan berakibat pada lingkungan hidup yang buruk dan tidak sehat. Tentu kemudian semuanya tergantung pada para anggota komunitas untuk mengambil keputusan bagaimana cara menangani masalah dan mencari jalan keluar dan tindakan yang akan diambil.

Adanya berbagai ungkapan diberbagai unsur komunitas ini merupakan penggerak yang kuat untuk mengubah suatu desa menjadi ODF. Mereka yang ada di dalam masyarakat sendiri dapat didorong sebagai kelompok penekan untuk melakukan perubahan bagi yang lainnya yang ada di komunitas. Kuncinya adalah pada sikap dan pendekatan yang dilakukan oleh fasilitator. Selain itu kemahiran dari fasilitator untuk memberikan gambaran jelas bahwa pelatihan ini bukanlah merupakan percobaan orang – orang luar untuk

menghentikan buang air besar sembarangan (BABS) akan tetapi membantu orang – orang dalam komunitas untuk menganalisa dan mengambil keputusan – keputusan mereka sendiri. Apakah keputusan nantinya akan tetap melakukan buang air besar sembarangan (BABS) dengan konsekuensi satu sama lain saling menelan tinjanya. Bagi fasilitator tidak menjadi persoalan, namun akan menjadi catatan pembelajaran bagi fasilitator terhadap desa yang difasilitasi, jika hal itu disetujui oleh komunitas.

Dijelaskan dalam Buku Pedoman Strategi dan Langkah Pemicuan Masyarakat Dalam Program Pamsimas (2010), strategi dan langkah pemicuan masyarakat adalah sebagai berikut :

a. Bina Suasana

Proses awal pemicuan tidak harus dilakukan dalam ruang pertemuan tertutup seperti dalam balai desa, tetapi bisa juga di halaman atau ditanah lapang. Suasana yang riang, santai, penuh keakraban, tidak saling mencurigai dan terbuka merupakan suasana yang sangat dibutuhkan untuk berlangsungnya proses pemicuan. Dengan suasana yang demikian, yaitu suasana yang cair, tidak ada makna perbedaan antara orang kaya dan miskin, antara tua dan muda, laki- laki dan perempuan maka akan terwujud suasana kondusif untuk saling berdialog, saling mengutarakan pendapat tanpa takut akan tidak dihargai dan disalahkan. Perkenalan diri dari seorang fasilitator adalah merupakan upaya pembukaan pintu

masuk untuk berkomunikasi dengan masyarakat. Fase pengenalan merupakan fase yang sensitif, karena bila pada fase ini masyarakat sudah tertarik, sudah percaya akan kedatangan seorang fasilitator, maka mereka akan terhipnotis untuk selalu berperan aktif dalam setiap tahap proses pemicuan.

b. Pemetaan Perilaku BABS

Pemicuan melalui analisis partisipasi dimulai dengan menggambarkan peta wilayah RT/RW/Dukuh oleh masyarakat itu sendiri. Kemudian peserta diminta menggambar sungai, masjid, sekolah, dll yang merupakan sarana umum di wilayah tersebut. Selanjutnya peserta diminta menggambarkan peta lokasi rumah masing-masing, sekaligus tanyakan kepada mereka kemana saat ini mereka buang air besar. Beri kode simbol atau gambarkan rumah dengan warna kuning bagi mereka yang BAB sembarangan, dan warna hijau untuk rumah mereka yang BAB di jamban. Dalam pemicuan bias juga menggunakan bahan-bahan yang ada disekitar lokasi, seperti daun, batu, ranting kayu, dll. Dengan memberi simbol atau warna pada lokasi gambar rumah masing-masing, maka akan terlihat dengan jelas, bagaimana penyebaran tinja yang ada di wilayah tersebut.

c. *Transek Walk*

Pemicuan nyata lapangan dilakukan dengan cara menelusuri wilayah dalam suatu RT/ RW/ Dukuh untuk

mengetahui lokasi-lokasi dimana warga setempat buang air besar sembarang. Semua peserta yang hadir dalam proses pemicuan diajak untuk jalan bersama melihat lokasi tersebut. Bila peserta transek melewati suatu lokasi BABS kepada mereka dilarang untuk menutup hidung, sehingga peserta merasakan betapa bau yang timbul akibat tinja berada diruang terbuka sembarangan. Ingat, dilarang menutup hidung saat transek walk dan tetap berhenti ditempat sekejap untuk diskusi. Ajak peserta untuk mendiskusikan keadaan tersebut, baik dari aspek keindahan dan kebersihan lingkungan, dari aspek penyebaran penyakit, dari aspek keselamatan, dll. Pemicuan dengan melalui transek walk ini akan lebih menyentuh ego seseorang, dengan timbulnya rasa malu dan rasa jijik seseorang apalagi dengan melihat secara nyata tinja yang berserakan ditanah terbuka.

d. Pemicuan Melalui Analisa Kuantitatif Tinja

Untuk lebih memberi gambaran tentang tingkat besaran tinja yang tersebar luas secara sembarangan, masyarakat diminta untuk menghitung sendiri berapa kg/ kwtl/ ton jumlah tinja yang berhamburan. Dengan cara perhitungan tersebut, maka dapat dihitung berapa besar tinja yang berhamburan dalam suatu wilayah, dalam kurun waktu sehari, seminggu, sebulan, setahun dan seterusnya.

e. Pemicuan Melalui Sentuhan Ego, *Humanisme*, Rasa Jijik, Keagamaan

Fasilitator hendaknya punya kemampuan berimprovisasi dalam melakukan pemicuan sesuai dengan kondisi setempat. Misalnya: tanyakan kepada seorang Bapak, bagaimana perasaannya jika isterinya atau anak perempuannya sedang BAB di sungai atau kebun kemudian terlihat orang lain atau tunjukan seekor ikan yang isi perutnya penuh dengan tinja, dan tanyakan perasaan mereka bilamana mereka makan ikan tadi walau sudah dimasak.

f. Pemicuan Melalui Sentuhan Aspek Bahaya Penyakit

Penyakit diare merupakan salah satu penyakit yang erat kaitannya dengan air dan sanitasi. Untuk itu masyarakat diajak melihat bagaimana tinja kotoran manusia dapat dimakan masuk ke mulut manusia itu sendiri dan bahkan manusia lainnya dan akhirnya menimbulkan penyakit diare. Dalam hal ini biarkan masyarakat untuk membuat alur kontaminasi *oral fecal*.

g. Rencana Tindak dan Pendampingan

Pada akhir sesi pemicuan, masyarakat dikumpulkan kembali untuk membuat rencana tindak mereka, sesuai dengan kemampuan dan kesanggupan masing-masing. Namun perlu dipahami, bahwa sesi penyusunan rencana tindak pada hakekatnya adalah sesi masyarakat, maka diharapkan yang memimpin sesi ini

adalah salah satu dari anggota yang hadir dalam proses pemicuan (kelak, mungkin orang tersebut akan menjadi *natural leader*). Rencana tindak pada intinya merupakan kesanggupan seseorang, kapan mereka akan membangun jamban secara swadaya.

3. Pasca Pemicuan

Fase pasca pemicuan menjadi sangat penting, karena dinamika yang terjadi di komunitas dapat berubah dengan cepat dan bisa menuju kearah yang berbeda dibandingkan dengan apa yang telah disepakati sebelumnya. Pengaruh dan dorongan pihak luar sangat sensitif untuk mendorong perubahan. Para fasilitator dan pihak lainnya dalam menjalankan peran dan dukungannya perlu senantiasa siaga terhadap perkembangan yang terjadi di lapangan. Intervensi –intervensi pada waktu yang tepat bisa membuat suatu perbedaan yang besar. Pemicuan yang merupakan bagian dari suatu lokakarya pelatihan adalah tanpa makna dan tanpa hasil apa - apa apabila tanpa adanya tindak lanjut.

a. Pemantauan Proses Dan Kemajuan

Indikator dari proses dan kemajuan yang harus dilihat pada suatu desa yang sudah dipicu yaitu :

- a) Jumlah dan ragam dari pemimpin (*natural leader*) yang muncul, wanita, pria, anak muda, dan lain sebagainya.
- b) Rumah tangga yang membangun jamban bersama .

- c) Penggunaan jamban secara bersama oleh tetangga atau saudara atau kelompok tradisional atau kelompok lainnya.
- d) Pembentukan kelompok – kelompok baru.
- e) Orang – orang yang lebih ekonominya yang tergerak membantu mereka yang lebih lemah dan lebih miskin.
- f) Kebangkitan kelompok kerja sama komunal tradisional. Munculnya bentuk – bentuk jamban yang bervariasi.
- g) Penggunaan bahan non-konvensional untuk jamban.
- h) Timbulnya sanksi komunitas terhadap anggota komunitas yang buang air besar di sembarang tempat.
- i) Komunitas bergotong royong menyediakan bantuan untuk membantu mereka yang kesulitan.
- j) Pengurangan dari penyakit diare dan angka penjualan obat untuk penyakit ini .
- k) Penurunan jumlah pengeluaran untuk biaya kesehatan dan menurunnya pendapatan dari tabib desa.
- l) Berkurangnya lalat.

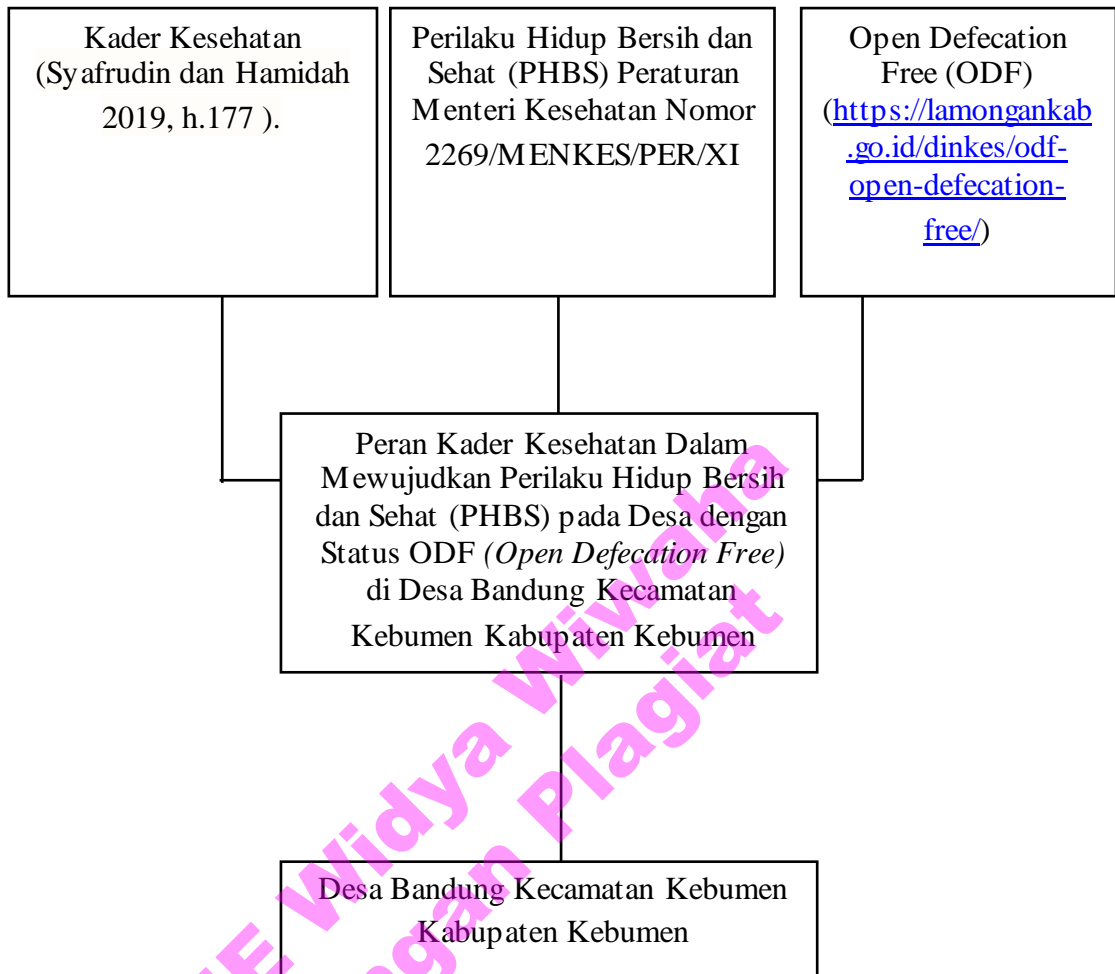
b. Verifikasi Dan Sertifikasi Status ODF

Memverifikasi status Stop BABS merupakan proses memastikan status ODF suatu komunitas masyarakat yang menyatakan bahwa secara kolektif mereka telah bebas dari perilaku buang air besar sembarangan. Indikator keberhasilan tercapainya kondisi *Open Defecation Free* (ODF) yaitu ditandai dengan :

- a) Semua masyarakat telah BAB hanya di jamban yang sehat dan membuang tinja/kotoran bayi hanya ke jamban yang sehat (termasuk di sekolah).
- b) Tidak terlihat tinja manusia di lingkungan.
- c) Ada penerapan sanksi, peraturan atau upaya lain oleh masyarakat untuk mencegah kejadian BAB disembarang tempat.
- d) Ada mekanisme monitoring yang dibuat masyarakat untuk mencapai 100 % KK mempunyai jamban sehat.
- e) Ada upaya atau strategi yang jelas dan tertulis untuk dapat mencapai.

2.2 Kerangka Berpikir

Terciptanya desa yang berstatus ODF (*Open Defecation Free*) sangat ditentukan oleh masyarakat desa tersebut yang menerapkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) salah satunya adalah indikator jamban bersih. Hal tersebut tentunya tak luput dari peran para kader kesehatan yang selalu menciptakan upaya-upaya agar masyarakatnya sadar dalam berkehidupan yang sehat. Kerangka berpikir dalam penelitian ini bisa dilihat pada skema dibawah ini :



Gambar 1.1 Skema Kerangka Berpikir

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah kualitatif. Menurut Sugiyono (2014:9) metode penelitian kualitatif adalah metode penelitian yang berlandaskan pada filsafat postpositivisme, digunakan untuk meneliti pada kondisi obyek alamiah, (sebagai lawannya adalah eksperimen) dimana peneliti adalah sebagai instrumen kunci, teknik pengumpulan data dilakukan secara gabungan, analisis data bersifat induktif/kualitatif, dan hasil penelitian kualitatif lebih menekankan makna dari pada generalisasinya.

Penelitian kualitatif menurut Moleong (2014 : 6) adalah penelitian yang bermaksud untuk memahami tentang apa yang dialami oleh subjek penelitian, misalnya: (1) Perilaku; (2) Persepsi; (3) Motivasi. Menurut Flick dalam Gunawan (2016:81) penelitian kualitatif adalah keterkaitan spesifik pada studi hubungan sosial yang berhubungan dengan fakta dari pluralisasi dunia kehidupan.

Metode ini diterapkan untuk melihat dan memahami subjek dan obyek penelitian yang meliputi orang, lembaga berdasarkan fakta yang tampil secara apa adanya. Melalui pendekatan ini akan terungkap gambaran mengenai aktualisasi, realitas sosial, dan persepsi sasaran sosial. Tujuan penelitian kualitatif adalah menggambarkan dan mengungkap (*to describe and explore*), dan menggambarkan dan menjelaskan (*to describe dan explain*). Kebanyakan penelitian kualitatif bersifat deskriptif dan eksplanatori.

Penelitian kualitatif (*Qualitative research*) adalah suatu penelitian yang ditujukan untuk mendeskripsikan dan menganalisis fenomena, peristiwa, aktivitas sosial, sikap, kepercayaan, persepsi, pemikiran orang secara individu maupun kelompok. Pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini yaitu dengan menggunakan pendekatan secara deskriptif kualitatif. Alasan peneliti melakukan penelitian dengan metode deskriptif karena sesuai dengan sifat dan tujuan peneliti yang ingin diperoleh bukan menguji hipotesis tetapi berusaha mendapat gambaran yang nyata mengenai “Peran Kader Kesehatan Dalam Mewujudkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) pada Desa dengan Status ODF (*Open Defecation Free*) di Desa Bandung Kecamatan Kebumen Kabupaten Kebumen”.

Untuk itu maka peneliti harus terjun langsung ke lapangan sampai memperoleh informasi yang diperlukan. Sejalan dengan definisi diatas, metode ini memberikan gambaran yang lebih mendalam tentang gejala-gejala sosial tertentu, aspek-aspek sosial tertentu pada masyarakat dan mengungkapkan secara hidup kaitan antara berbagai gejala sosial.

Pemilihan metode penelitian kualitatif ini didasarkan pada pertimbangan sebagai berikut :

1. Metode kualitatif lebih mudah apabila berhadapan dengan kenyataan ganda dilapangan.
2. Menyajikan secara langsung hakikat hubungan antara peneliti dengan responden karena penelitian kualitatif adalah kegiatan mengamati responden dengan lingkunganya dan berinteraksi dengan

mereka. Sehingga akan terjalin hubungan yang harmonis dengan responden.

3. Metode ini lebih peka dan lebih dapat menyesuaikan diri dengan banyak penajaman pengaruh bersama terhadap nilai yang dihadapi. dengan metode ini, peneliti memiliki kebebasan dalam mengapresiasi fakta yang ada di lapangan. Keuntungan lainnya adalah peneliti juga memiliki keleluasaan dalam menafsirkan "bahasa" dan sikap responden menjadi sebuah data sekunder. Pendekatan yang dipergunakan penulis dalam penelitian ini adalah metode deskriptif. Pendekatan yang bercirikan deskriptif, lebih bertujuan untuk mengeksplorasi dan mengklarifikasikan mengenai suatu fenomena atau kenyataan, mengungkapkan metode deskripsi sebagai prosedur pemecahan masalah yang diselidiki dengan menggambarkan keadaan subyek atau obyek penelitian (seseorang, lembaga, masyarakat dan lain-lain) pada saat sekarang berdasarkan fakta-fakta yang tampak. Penelitian deskriptif ini dimaksudkan untuk menggambarkan keadaan yang sebenarnya atau apa adanya. Penelitian ini akan mendeskripsikan gambaran tentang bagaimana eksistensi kader kesehatan serta bagaimana peran kader kesehatan dalam mewujudkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) pada desa dengan Status ODF (*Open Defecation Free*) di Desa Bandung Kebumen.

3.2 Setting Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di desa Bandung Kecamatan Kebumen Kabupaten Kebumen. Pelaksanaan penelitian dilakukan dari bulan April sampai dengan Juli 2019. Subjek penelitian ini adalah warga di desa Bandung Kecamatan Kebumen Kabupaten Kebumen.

3.3 Sumber Data

Menurut Moleong (2014), sumber data utama dalam penelitian kualitatif adalah kata-kata dan tindakan, selebihnya adalah data tambahan seperti dokumen dan lain-lain. Namun untuk melengkapi data penelitian dibutuhkan dua sumber data, yaitu sumber data primer dan sumber data sekunder. Adapun jenis sumber data yang digunakan dalam penelitian ini meliputi data primer maupun sekunder, yaitu:

3.3.1 Sumber data primer, yaitu data yang bersumber dari responden dengan cara langsung melalui wawancara dan observasi lapangan dimana penelitian itu dilakukan. Dalam penelitian ini sumber data penelitian diperoleh dari kader Posyandu sebagai kader kesehatan dan juga warga di desa Bandung kabupaten Kebumen.

3.3.2 Sumber data sekunder, menurut Moleong (2014:157) data sekunder adalah sumber data penelitian yang diperoleh peneliti secara tidak langsung melalui media perantara. Sumber data sekunder berupa arsip-arsip dan dokumen-dokumen. Dokumentasi yang dijadikan sumber data adalah dokumentasi-dokumentasi yang mempunyai kaitan dengan penelitian. Dokumen-dokumen dalam penelitian ini berupa observasi,

foto, serta data-data lain jika diperlukan yang berhubungan dengan masalah penelitian.

3.4 Teknik Pengumpulan Data

Instrumen atau alat di sini adalah alat untuk mengumpulkan data. Instrumen dalam penelitian kualitatif adalah peneliti itu sendiri (*human instrumen*) yang disertai alat bantu berupa catatan. Peneliti dalam hal ini menggunakan beberapa metode pengumpulan data dalam penelitian ini, yaitu sebagai berikut :

3.4.1 Teknik Wawancara

Wawancara adalah percakapan dengan maksud tertentu yang dilakukan oleh dua belah pihak yaitu: pewawancara (peneliti) yang mengajukan pertanyaan dan yang akan di wawancara (informan) yang memberikan jawaban atas pertanyaan itu. Atau juga wawancara adalah percakapan langsung dan tatap muka (masyarakat) dengan maksud tertentu. Percakapan ini dilakukan oleh kedua belah pihak yaitu pewawancara (peneliti) dan yang di wawancarai (informan).

Wawancara ini bersifat lentur dan terbuka, tidak terstruktur ketat, tetapi dengan pertanyaan yang semakin terfokus dan mengarah pada kedalaman informasi, dalam hal ini peneliti dapat bertanya pada informan tentang fakta suatu peristiwa disamping opini mereka tentang peristiwa yang ada. Kelebihan mencari data dengan wawancara, dapat diperoleh dengan metode lain, semakin bagus pengertian pewawancara dan semakin halus pengamatanya, semakin besar pula kemampuannya

untuk memberikan dorongan kepada subyeknya, semakin besar bantuan responden dalam wawancara, maka semakin besar perannya sebagai informan, dalam hal ini informan sangat penting sekali bagi keberhasilan studi kasus.

Mereka tidak hanya memberikan keterangan tentang sesuatu kepada peneliti, tetapi juga bisa memberi saran tentang sumber-sumber lain yang mendukung serta menciptakan akses terhadap sumber yang berkaitan. Kelancaran wawancara sangat dipengaruhi oleh adanya masyarakat, yaitu situasi dimana telah terjadi hubungan psikologi antara pewawancara dan responden sehingga terjalin komunikasi yang wajar dan jujur.

3.4.2 Observasi

Pengumpulan data dengan observasi langsung atau dengan pengamatan langsung adalah cara pengambilan data dengan menggunakan alat indera yang dalam hal ini lebih difokuskan pada mata. Atau juga observasi merupakan tehnik pengumpulan data yang sering dipakai dalam penelitian kualitatif. Secara umum, observasi berarti pengamatan dan penglihatan.

Observasi menjadi lebih berharga apabila peneliti bisa mengambil bukti-bukti seperti foto-foto pada situs studi kasus untuk menambah keabsahan penelitian. Dalam penelitian ini hal-hal yang diobservasi adalah peran kader dalam usaha meningkatkan kesehatan masyarakat. Observasi dilakukan dari rumah ke rumah warga desa Bandung, dan saat

warga sedang mengikuti kegiatan penyuluhan-penyuluhan dari tenaga kesehatan.

3.4.3 Dokumentasi

Metode dokumentasi merupakan pencarian data mengenai hal-hal atau variabel yang berupa catatan, transkrip, buku, surat kabar, majalah, notulen rapat, agenda, dan lain sebagainya, menurut Suharsimi Arikunto (2006, h. 231). Adapun dokumen sendiri terdiri dari dua macam, yaitu dokumen pribadi dan dokumen resmi.

Dokumentasi pada penelitian ini diambil saat sedang pelaksanaan program posyandu anak dan saat sedang dilaksanakan penyuluhan-penyuluhan kesehatan.

3.5 Teknik Cuplikan/Sampling

Penentuan sampel dalam penelitian kualitatif sangat tepat jika didasarkan pada tujuan atau masalah penelitian, yang menggunakan pertimbangan -pertimbangan dari peneliti. Dalam rangka memperoleh ketepatan dan kecakupan informasi yang dibutuhkan sesuai dengan tujuan atau masalah yang dikaji. Penarikan sampel yang tepat adalah penarikan sampel yang berdasarkan tujuan *purposive sampling*.

Purposive sampling yaitu salah satu teknik pengambilan sampel yang sering digunakan dalam peneliti secara sengaja. Maksudnya, peneliti menentukan sendiri sampel yang diambil tidak secara acak, tapi ditentukan sendiri oleh peneliti. Pengambilan sampel berdasarkan "penilaian" peneliti

mengenai siapa-siapa saja yang pantas memenuhi persyaratan untuk dijadikan sampel. Oleh karena itu, dalam penelitian ini akan ditarik beberapa orang saja sebagai sampel yang berasal dari :

1. Lurah/Kades (1 orang).

Semua organisasi dan segala kegiatan di desa Bandung semua yang bertanggungjawab adalah kades, maka pada penelitian ini kades dijadikan salah satu *purposive sampling*.

2. Kader Kesehatan (6 orang).

Kader kesehatan merupakan pilar utama penggerak kegiatan kesehatan yang sangat di nantikan peran sertanya untuk mewujudkan desa yang ODF. Maka 6 kader kesehatan akan dijadikan *purposive sampling*.

3. Warga desa Bandung yang tidak punya jamban (5 orang).

Warga desa Bandung yang belum memiliki jamban sendiri juga dijadikan sampel untuk penelitian karena warga ini nantinya akan menjadi subyek penelitian.

3.6 Instrumen Penelitian

Dalam penelitian kualitatif yang menjadi instrument penelitian yaitu peneliti itu sendiri (Sugiyono, 2014: 59). Berdasarkan teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan observasi, wawancara, dan dokumentasi, maka instrumen yang digunakan oleh peneliti adalah sebagai berikut:

3.6.1 Peneliti itu sendiri

Dalam hal ini peneliti sebagai *human instrument*, berfungsi menetapkan fokus penelitian, memilih informan sebagai sumber data, melakukan pengumpulan data, menilai kualitas data, analisis data, menafsirkan data, dan membuat kesimpulan atas temuannya.

3.6.2 Lembar Observasi

Lembar observasi yang digunakan oleh peneliti berupa daftar cek. Daftar cek dibuat untuk mengingatkan pengamat apakah seluruh aspek informasi sudah diperoleh atau belum.

3.6.3 Pedoman Wawancara

Wawancara terstruktur digunakan sebagai teknik pengumpulan data, bila peneliti atau pengumpul data telah mengetahui tentang informasi apa yang akan diperoleh. Oleh karena itu dalam melakukan wawancara, pengumpul data telah menyiapkan instrumen penelitian berupa pertanyaan-pertanyaan tertulis atau pedoman wawancara.

Pada penelitian ini wawancara akan dilakukan pada beberapa informan yaitu : Kades, warga masyarakat, dan kader kesehatan.

Berikut adalah pedoman wawancara yang dilaksanakan pada penelitian ini :

a. Pedoman wawancara dengan warga masyarakat.

- 1) Apakah bapak/ibu dan keluarga disini sudah punya jamban sendiri?

- 2) Jika belum punya jamban sendiri, dimana bapak/ibu dan keluarga biasanya untuk BAB ?
 - 3) Menurut bapak/ibu mempunyai jamban sendiri itu penting atau tidak?
 - 4) Apakah kader kesehatan desa Bandung sudah mengusulkan kepada pemerintah desa agar warga yang belum punya jamban dibuatkan jamban pribadi?
 - 5) Apakah kader kesehatan sudah memberi masukan dampak-dampak apa saja jika warga BAB di sungai?
 - 6) Bersediakah bapak membuat jamban jika ada bantuan dari pemerintah?
 - 7) Apakah kader kesehatan Desa Bandung sudah/pernah mengusulkan kepada PEMDES agar warga yang belum punya jamban dibuatkan jamban pribadi?
 - 8) Apakah kader kesehatan sudah memberi penyuluhan-penyuluhan kesehatan terkait PHBS?
 - 9) Sudah berapa kali mendapatkan penyuluhan-penyuluhan agar warga sadar akan PHBS oleh kader kesehatan?
- b. Pedoman wawancara dengan Kades.
- 1) Apakah masih ada warga desa Bandung yang belum memiliki jamban sendiri ?
 - 2) Apakah kader kesehatan sudah memberi penyuluhan-penyuluhan kesehatan terkait PHBS?

- 3) Bagaimana usaha kader kesehatan agar dapat menciptakan desa yang ODF tanpa ada warga yang tidak punya jamban?
 - 4) Bagaimana tanggapan dan keterlibatan tokoh masyarakat yang belum memiliki jamban pribadi?
- c. Pedoman wawancara dengan kader kesehatan.
- 1) Apakah masih ada warga Desa Bandung yang belum memiliki jamban sendiri?
 - 2) Apakah kader kesehatan sudah menghimbau agar warga yang belum punya jamban sendiri sadar akan pentingnya hidup bersih dan memberimaksud dampak-dampak asajajika BAB di sungai?
 - 3) Bagaimana keterlibatan tokoh masyarakat terkait warga yang belum memiliki jamban pribadi?
 - 4) Upaya-upaya apa saja yang akan dilakukan agar bisa meningkatkan PHBS terkait Desa Bandung yang sudah ODF?
 - 5) Apa hambatan-hambatan yang ditemui, dalam meningkatkan PHBS terkait Desa Bandung yang sudah ODF?
 - 6) Bagaimana antusias warga yang hendak diberi bantuan untuk membauat jamban sendiri di rumahnya?
 - 7) Apa yang Anda lakukan dalam mengatasi masalah untuk warga yang masih BABS?

3.6.4 Catatan lapangan.

Catatan lapangan merupakan catatan yang ditulis secara rinci, cermat, luas, dan mendalam yang diperoleh dari hasil wawancara dan observasi saat penelitian di lapangan. Dengan menggunakan catatan lapangan peneliti berusaha untuk mendeskripsikan secara detail tentang situasi yang diamatinya sejelas mungkin.

3.7 Analisis Data

Teknik analisis data dalam penelitian kualitatif ini dilakukan menggunakan model analisis *interaktif* seperti yang diungkapkan Miles dan Huberman dalam Sugiyono (2012:246), yaitu proses analisis yang dilakukan bersamaan dengan proses pengumpulan data. Proses analisis ini melalui empat tahapan, yaitu tahap pengumpulan data, reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan. Empat tahap dalam proses analisis data ini dijelaskan sebagai berikut :

3.7.1 Pengumpulan Data (*Data Collection*)

Pengumpulan data, yaitu pencarian data yang diperlukan, yang dilakukan terhadap berbagai jenis data dan berbagai bentuk data yang ada pada lapangan penelitian serta melakukan pencatatan di lapangan. Data yang diperoleh dari hasil observasi, wawancara dan dokumentasi dicatat dalam catatan lapangan yang berisi tentang apa yang dilihat, didengar, dirasakan, disaksikan, dialami dan juga temuan tentang apa yang dijumpai selama penelitian dan merupakan bahan rencana

pengumpulan data dan untuk tahap berikutnya. Catatan lapangan dibuat selengkap mungkin oleh peneliti, dalam catatan lapangan dicantumkan penjelasan mengenai setting fisik yakni mengenai dimensi ruang yang diobservasi atau diteliti.

3.7.2 Reduksi Data (*Data Reduction*)

Reduksi data, yaitu proses pemilihan perhatian pada penyederhanaan pengabstrakan dan transformasi data “kasar” yang muncul dari catatan tertulis di lapangan. Reduksi data merupakan suatu bentuk analisis yang menajamkan, menggolongkan, mengarahkan, dan membuang yang tidak perlu dan mengorganisasikan data dengan cara sedemikian rupa sehingga kesimpulan akhirnya dapat ditarik dan diversifikasi.

3.7.3 Penyajian Data (*Display Data*)

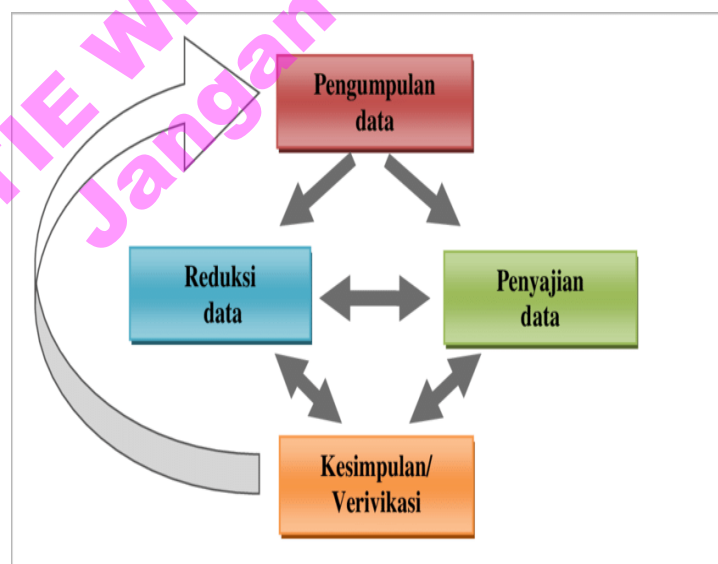
Penyajian data, yaitu sekumpulan informasi yang tersusun yang memberi kemungkinan adanya penarikan kesimpulan dan pengambilan tindakan. Menurut Miles penyajian data merupakan analisis merancang deretan dan kolom-kolom dalam sebuah matrik untuk data kualitatif dan menentukan jenis dan bentuk data yang dimasukkan dalam kotak-kotak matrik. Penyajian data dimaksudkan untuk mempermudah peneliti dalam melihat hasil penelitian. Banyaknya data yang diperoleh menyulitkan peneliti untuk melihat hubungan antar detail yang ada, sehingga peneliti mengalami kesulitan dalam melihat gambaran hasil penelitian maupun proses pengambilan kesimpulan, sebab hasil

penelitian masih berupa data yang berdiri sendiri-sendiri. Melalui penyajian data akan dipahami apa yang seharusnya diperoleh berupa persepsi warga Bandung terhadap eksistensi Posyandu dan juga melihat sejauh mana peran Kader kesehatan yang dirasakan warga desa Bandung Kecamatan Kebumen Kabupaten Kebumen terkait dengan status ODF (Open Defecation Free) tersebut.

3.7.4 Kesimpulan (*Conclusion : Drawing and Verification*).

Merupakan kegiatan akhir dari analisis data. Penarikan kesimpulan berupa kegiatan interpretasi, yaitu menemukan makna data yang telah disajikan.

Model interaktif dalam analisis data model Miles dan Huberman, digambarkan dalam gambar berikut ini :



Gambar 3.1 Analisis Data Miles dan Huberman

Dalam penelitian kualitatif, kesimpulan yang didapat kemungkinan dapat menjawab fokus penelitian yang sudah dirancang sejak awal penelitian.

Ada kalanya kesimpulan yang diperoleh tidak dapat digunakan untuk menjawab permasalahan. Hal ini sesuai dengan jenis penelitian kualitatif itu sendiri bahwa masalah yang timbul dalam penelitian kualitatif sifatnya masih sementara dan dapat berkembang setelah peneliti terjun ke lapangan.

3.8 Validitas Data

Validitas atau keabsahan data adalah data yang tidak berbeda antara data yang diperoleh oleh peneliti dengan data yang terjadi sesungguhnya pada objek penelitian sehingga keabsahan data yang telah disajikan dapat dipertanggungjawabkan. Penelitian kualitatif harus mengungkap kebenaran yang objektif, oleh karena itu keabsahan data dalam sebuah penelitian kualitatif sangat penting. Setiap penelitian harus memiliki kredibilitas sehingga dapat dipertanggungjawabkan.

Keabsahan data dilakukan untuk membuktikan apakah penelitian yang dilakukan benar-benar merupakan penelitian ilmiah sekaligus untuk menguji data yang diperoleh. Uji keabsahan data dalam penelitian kualitatif meliputi uji, *credibility*, *transferability*, *dependability*, dan *confirmability* (Sugiyono, 2012:270).

Penelitian ini menggunakan uji kredibilitas (*credibility*) dengan melakukan triangulasi teknik dan menggunakan bahan referensi.

3.8.1 Kredibilitas (*Credibility*)

Uji *credibility* (kredibilitas) atau uji kepercayaan terhadap data hasil penelitian yang disajikan oleh peneliti agar hasil penelitian yang

dilakukan tidak meragukan sebagai sebuah karya ilmiah dilakukan (Sugiyono, 2012).

Uji kredibilitas meliputi :

- a. Perpanjangan pengamatan
- b. Meningkatkan kecermatan dalam penelitian
- c. Triangulasi
- d. Analisis Kasus Negatif
- e. Menggunakan Bahan Referensi
- f. Mengadakan *Membercheck*.

Namun pada penelitian ini, peneliti hanya menggunakan Triangulasi teknik dan bahan referensi.

1. Triangulasi Teknik

Triangulasi teknik, berarti peneliti menggunakan teknik pengumpulan data yang berbeda-beda untuk mendapatkan data dari sumber yang sama. Peneliti menggunakan observasi partisipatif, wawancara mendalam, dan dokumentasi untuk sumber data yang sama secara serempak. (Sugiyono, 2014: 83).

2. Bahan Referensi

Yang dimaksud bahan referensi di sini adalah adanya pendukung untuk membuktikan data yang telah ditemukan oleh peneliti. Sebagai contoh, data hasil wawancara perlu didukung dengan adanya rekaman wawancara. Data tentang interaksi manusia atau gambaran suatu keadaan perlu didukung oleh foto-foto.

DAFTAR PUSTAKA

- Alamsyah, Dedi, dkk, 2013, *Pilar Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat*, Nuha Medika, Yogyakarta.
- Amaliah, Siti, 2010, *Hubungan Sanitasi Lingkungan dan Faktor Budaya dengan Kejadian Diare pada Anak Balita di Desa Toriyo Kecamatan Bendosari Kabupaten Sukoharjo*, Prosiding Seminar Nasional UNIMUS 2010, ISBN : 978.979.704.883.9.
- Ambar Winarti, Suci Nurmalasari, 2010, *Hubungan Perilaku Buang Air Besar (BAB) dengan Kejadian Diare di Desa Krajan Kecamatan Jatinom Kabupaten Klaten*, Jurnal Involusi Kebidanan, Vol. 7, No.12, Juni 2016.
- Budiman, Juju Juhaeriah, dkk, 2011, *Hubungan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat dengan Kejadian Diare pada Balita di Kelurahan Cibabat Kecamatan Cimahi Utara*, Prosiding SNaPP2011 Sains, Teknologi dan Kesehatan, ISSN : 2089-3582.
- Budioro B, 2001, *Pengantar Ilmu Kesehatan Masyarakat*, Badan Penerbit Universitas Diponegoro, Semarang.
- Departemen Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2013, *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah*, Semarang, Departemen Kesehatan Provinsi Jawa Tengah.
- Dewi Lestari, 2016, *Kontribusi Program Pamsimas Terhadap Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) pada Tingkat Rumah Tangga di Kecamatan Doro Kabupaten Pekalongan*, Skripsi, Universitas Negeri Semarang.
- Ditjen PP & PL Kemenkes RI, 2013, *Road Map Percepatan Program STBM 2013-2015*, Jakarta.
- Effendi, Ferry dan Makhfudli. 2009. *Keperawatan Kesehatan Komunitas Teori dan Praktik dalam Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika
- Fallen, R dan R. Budi Dwi K. 2010. *Catatan Kuliah Keperawatan Komunitas*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Fitriani, Sinta, 2011, *Promosi Kesehatan*, Graha Ilmu, Yogyakarta.
- Iqbal Wahid, Nurul, 2009, *Ilmu Kesehatan Masyarakat Teori dan Aplikasi*, Penerbit Salemba Medika, Jakarta.
- Kader kesehatan.(dilihat 12 juli 2019)
(<http://dr-suparyanto.blogspot.com/2011/07/kader-kesehatan.html>)

Kesehatan, (dilihat 19 Juli 2019),

<http://www.depkes.go.id/article/view/18012900004/together-overcoming-health-problem-.html>

Kemendes RI, 2007, Kepmenkes RI Nomor 585/MENKES/SK/V/2007 tentang *Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan di Puskesmas*, Kemendes RI, Jakarta.

_____, 2008, Kepmenkes RI Nomor 852/MENKES/SK/IX/2008 tentang *Strategi Nasional Sanitasi Total Berbasis Masyarakat*, Kemendes RI, Jakarta.

_____, 2011, Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 2269/MENKES/PER/XI/2011 *Pedoman Pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)*, Kemendes RI, Jakarta.

_____, 2013, Kurikulum dan Modul Pelatihan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) *Bagi Dosen Jurusan Kesehatan Lingkungan dan Politeknik Lingkungan di Indonesia*, Kemendes RI, Jakarta.

_____, 2014, PMK Nomor 3 Tahun 2014 tentang *Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM)*, Kemendes RI, Jakarta.

Kholid, Ahmad, 2012, *Promosi Kesehatan dengan Pendekatan Teori Perilaku, Media, dan Aplikasinya*, PT. RajaGrafindo Persada, Jakarta.

Manajemen Sumber Daya Manusia Kesehatan Masyarakat dikutip dari <http://www.toodoc.com/>. 13 Agustus 2019. 20:35 WIB

Meilani, Niken, dkk. 2009. *Kebidanan Komunitas*. Yogyakarta : Fitramaya

Modul PHBS. https://fk.uns.ac.id/static/filebagian/MODUL_PHBS.pdf

Moelong, L. J., 2010, *Metodologi Penelitian Kualitatif*, Edisi Refisi, PT Remaja Rosdakarya, Bandung.

Mulia, Ricki M, 2005, *Kesehatan Lingkungan*, Graha Ilmu, Jakarta Barat.

Pemanfaatan dan Pemberdayaan Sumber Daya Kesehatan. dikutip dari <http://www.perpustakaan-depkes>. 13 Agustus 2019. 20:00 WIB

ProfilDesabandung, (dilihat 18 agustus 2019). (<https://id.wikipedia.org/wiki/Bandung>, [Kebumen](https://id.wikipedia.org/wiki/Kebumen), [Kebumen](https://id.wikipedia.org/wiki/Kebumen)).

Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM).(dilihat 19 Agustus 2019) (<http://www.ampl.or.id/program/sanitasi-total-berbasis-masyarakat-stbm-/4>.)

Sugiyono, 2012, *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*, Penerbit Alfabeta, Bandung.

Sugiyono, 2016, *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: PT Alfabeta.

Sunyoto, Danang. 2012. *Teori, kuesioner, dan analisis data Sumber Daya Manusia*. Yogyakarta: CAPS (Center for Academic Publishing).

Sumber Daya Manusia Kesehatan (dilihat tgl 14 Agustus 2019) (<https://catatankuliahnya.wordpress.com/2010/01/06/sumber-daya-manusia-kesehatan/>)

Sumber Daya Manusia dalam Pengembangan Sistem Informasi Kesehatan Daerah. dikutip dari <http://simkesugm06.wordpress.com>. 13 Agustus 2019 20:14 WIB

Syafrudin dan Hamidah. 2009. *Kebidanan Komunitas*. Jakarta : EGC

STIE Widya Wiwaha
Jangan Plagiat