

## RESPON SPESIFIK PUSKESMAS TERHADAP KEBUTUHAN SANITASI PENDUDUK PERMUKIMAN KUMUH DI BANTARAN SUNGAI CODE, KOTA YOGYAKARTA

PRIMARY HEALTH CARE SPECIFIC RESPONSE TO COMMUNITY LED-TOTAL  
SANITATION FOR SLUM DWELLER IN CODE RIVERBANK, YOGYAKARTA

Relmbuss Biljers Fanda<sup>1</sup>, Mubasysyir Hasanbasri<sup>1</sup>, Retna Siwi Padmawati<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan, Fakultas Kedokteran UGM Yogyakarta

Penulis korespondensi: Relmbuss Biljers Fanda, Departemen Kebijakan dan Manajemen  
Pelayanan Kesehatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada Yogyakarta, Jalan  
Farmako, Sekip Utara, Yogyakarta 55281. Email: relmbussbiljers@mail.ugm.ac.id

### ABSTRACT

**Background:** Gondomanan Primary Health Care (PHC) have the toughest slums in the Code River, which Prawirodirjan village, but has made a declaration STBM in 2013.

**Objective:** To understand specific response of PHC to sanitation need of slum dweller in Code riverbank in Yogyakarta.

**Method:** This research used a qualitative method. This study used the case study, and data collection techniques in depth interview. This research held in Prawirodirjan village. The participants of this research were included 16 people, that consist of employees of Gondomanan PHC and Ministry of Health (MOH), infrastructure, environment agency, The Head Prawirodirjan village, cadre of CLTS and slum communities.

**Results:** CLTS that implemented in Gondomanan PHC has reached the stage of the declaration. Gondomanan performs the function of empowerment and coordination with other stakeholders in CLTS with open defecation free (ODF). However, the achievement of the declaration still leaves problems, namely the wrong faeces disposal, the difficulty of access to communal wastewater treatment plant (WWTP), and the source of water around the river polluted.

**Conclusion:** Gondomanan PHC responded to the slums dwellers needs of with implementing CLTS. Gondomanan PHC performed the functions of public health leadership through the main functions of assessment, policy development and assurance. Although there were still weaknesses in the leadership of public health, but cooperation could be improved.

**Keywords:** specific response, PHC, sanitation, CLTS, slum

### ABSTRAK

**Latar Belakang:** Puskesmas Gondomanan memiliki permukiman kumuh terberat di Sungai Code, yaitu Kelurahan Prawirodirjan, namun telah melakukan deklarasi STBM pada tahun 2013.

**Tujuan:** Memahami respon spesifik puskesmas terhadap kebutuhan sanitasi penduduk permukiman kumuh di Bantaran Sungai Code Kota Yogyakarta.

**Metode:** Jenis penelitian ini menggunakan metode kualitatif. Penelitian ini menggunakan fokus studi kasus, dan teknik pengumpulan data wawancara mendalam. Penelitian ini dilakukan di Kelurahan Prawirodirjan. Responden dalam penelitian ini berjumlah 16 orang yang terdiri dari Puskesmas Gondomanan, Dinas Kesehatan, Kimpraswil dan BLH, Kelurahan Prawirodirjan, Kader STBM serta masyarakat permukiman kumuh.

**Hasil:** Program STBM dilaksanakan Puskesmas Gondomanan telah sampai pada tahap deklarasi. Puskesmas Gondomanan

dalam program STBM pilar I melakukan fungsi pemberdayaan dan koordinasi dengan *stakeholder* lainnya. Namun, pencapaian deklarasi tersebut masih menyisakan masalah lain, yaitu pembuangan WC tidak dilakukan dengan benar, dan sumber air di sekitar sungai tercemar.

**Kesimpulan:** Puskesmas Gondomanan merespon kebutuhan sanitasi penduduk dengan melaksanakan program STBM pilar I. Puskesmas Gondomanan melakukan fungsi kepemimpinan kesehatan masyarakat melalui fungsi utama penilaian, pengembangan kebijakan dan asuransi. Walaupun masih terdapat kelemahan dalam kepemimpinan kesehatan masyarakat, namun kerja sama dapat diperbaiki.

**Kata kunci:** Respon Spesifik, Puskesmas, Sanitasi, Permukiman Kumuh, STBM

### PENDAHULUAN

*The United Nation (UN)* – Habitat mengatakan bahwa Permukiman kumuh adalah sebuah area dengan ketidakmampuan untuk mengakses air bersih, ketidakmampuan untuk mengakses sanitasi yang baik dan infrastruktur lainnya, rendah kualitas bangunan perumahan, terlalu padat dan tidak aman untuk ditinggali<sup>1</sup>. *The United Nation (UN)* – Habitat memperkirakan penduduk miskin yang tinggal di daerah kumuh sekitar 800 juta sampai satu miliar penduduk<sup>2</sup>. Pada tahun 2030 penduduk daerah kumuh akan meningkat 2 kali lipat<sup>3</sup>. Direktorat Pengembangan Kawasan Permukiman bersama Pemerintah Daerah pada tahun 2013-2014 telah mengidentifikasi jumlah luasan kawasan perkumuhan di Indonesia sebesar 38.431 Ha<sup>4</sup>. Daerah kumuh mengakibatkan kerusakan kota, peningkatan angka kemiskinan, buta huruf dan sejumlah karakteristik seperti status perumahan yang tidak aman, miskin kualitas struktur perumahan, terlalu ramai, dan ketidakmampuan untuk mendapatkan air bersih, sanitasi, dan infrastruktur lainnya<sup>5</sup>. Pemerintah tidak dapat menyelesaikan

masalah sanitasi itu sendiri, sehingga diperlukan kerja sama dengan masyarakat<sup>6</sup>. Melalui pemberdayaan masyarakat<sup>7</sup>.

Pemerintah Indonesia melakukan intervensi terhadap masalah sanitasi melalui pemberdayaan masyarakat dengan program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM)<sup>8</sup>. Program STBM di Indonesia dilaksanakan oleh puskesmas dan berbagai pihak terkait<sup>9</sup>. STBM memiliki indikator keberhasilan yaitu perubahan perilaku stop buang air besar (BAB) sembarangan<sup>10</sup>. Prinsip utama program STBM terdiri dari pemberdayaan masyarakat melalui pemecuan, sehingga mereka mempunyai inisiatif dan menemukan solusi sendiri<sup>11</sup>. Kota Yogyakarta memiliki jumlah kelurahan yang telah melakukan deklarasi STBM sebanyak 42 kelurahan dan yang belum melakukan deklarasi sebanyak 3 kelurahan<sup>12</sup>. Kota Yogyakarta memiliki luasan permukiman kumuh sebesar 287,7 Ha<sup>2</sup> dan berada pada 206 rukun warga yang tersebar di 13 kecamatan dan 45 kelurahan di kota Yogyakarta<sup>13</sup>. Kota Yogyakarta memiliki 90% permukiman kumuh di bantaran sungai. Sungai Code memiliki luasan permukiman kumuh mencapai 110,98 Ha.

Kecamatan Gondomanan memiliki permukiman kumuh yang cukup luas di bantaran Sungai Code<sup>13</sup>. Dan memiliki daerah dengan kategori kumuh paling berat, meskipun semua kelurahan pada Kecamatan Gondomanan telah melakukan deklarasi untuk program STBM pada tahun 2013<sup>12</sup>. Kelurahan Prawirodirjan Kecamatan Gondomanan memiliki permukiman kumuh terluas yaitu sebesar 9.11 Ha<sup>2</sup>.<sup>4</sup> Berdasarkan latar belakang, penelitian tentang respon spesifik puskesmas terhadap kebutuhan sanitasi penduduk permukiman kumuh di bantaran Sungai Code Kota Yogyakarta penting dilakukan.

## METODE

Jenis penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan fokus utama studi kasus. Penelitian ini menggunakan teknik pengumpulan data secara triangulasi/gabungan melalui wawancara mendalam, dan mengobservasi dokumen. Penelitian ini dilakukan di daerah bantaran sungai Code di wilayah Kota Yogyakarta. Penelitian ini dilakukan pada wilayah kerja Puskesmas Gondomanan. Puskesmas Gondomanan memiliki wilayah permukiman kumuh terluas yaitu Kelurahan Prawirodirjan yang memiliki permukiman kumuh seluas 9.11 Ha<sup>2</sup>. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini dilakukan dengan *non-probability sampling* melalui *snowball sampling*. *Snowball sampling* dimulai pada saat pengambilan data di Dinas Kesehatan tentang laporan kegiatan STBM.

## HASIL

### Pencapaian Program STBM Pilar I

Program STBM mencapai perubahan perilaku masyarakat sasaran secara kolektif dan mampu membangun sarana sanitasi yang mandiri sesuai dengan kemampuan. Program STBM bertujuan untuk mewujudkan perilaku masyarakat

yang higienis dan saniter secara mandiri sehingga derajat kesehatan masyarakat dapat meningkat. Perilaku stop BAB sembarangan diwujudkan melalui perilaku yang terdiri dari membudayakan perilaku buang air besar sehat yang dapat memutus alur kontaminasi kotoran manusia sebagai sumber penyakit secara berkelanjutan, dan menyediakan dan memelihara sarana buang air besar yang memenuhi standar dan syarat kesehatan.

### Deklarasi Kelurahan Stop Buang Air Besar Sembarangan

Pencapaian program STBM pilar I bukan hanya perubahan masyarakat dari yang tidak menggunakan WC menjadi menggunakan WC, tetapi juga perubahan perilaku dari yang pembuangan tidak dikelola dengan baik menjadi baik. Setelah adanya perubahan perilaku stop BAB sembarangan masyarakat diminta untuk berkomitmen terhadap perubahan perilaku tersebut dengan membuat deklarasi. Penelitian menunjukkan perubahan perilaku dari masyarakat akibat dari program STBM pilar I telah sampai pada tahap deklarasi kelurahan stop BAB sembarangan. Masyarakat berkomitmen untuk tidak lakukan praktik BAB sembarangan meskipun harus antri di toilet. Deklarasi memaksa masyarakat untuk mempertahankan komitmen mereka.

### Kecukupan Mandi Cuci Kakus di Bantaran Sungai

Pembangunan sarana sanitasi untuk program STBM pilar I harus memenuhi standar dan persyaratan. Program STBM pilar I dapat terlaksana jika sarana seperti WC (*water closet*) atau mandi cuci kakus (MCK) sudah terpenuhi. MCK umum terdapat di beberapa titik pada setiap rukun warga (RW), adapula yang memiliki lebih dari 1 untuk tiap RW. Peningkatan sarana WC di bantaran Sungai Code membantu masyarakat untuk mengubah perilaku BAB sembarangan. Sarana WC yang tersedia di setiap RW dan dapat diakses kapan saja memerlukannya. Masyarakat sendiri mengelola WC umum di bantaran Sungai Code. Hasil temuan menunjukkan keadaan WC di bantaran Sungai Code cukup bersih, jamban sudah memenuhi standar dan nyaman. Tetapi terdapat beberapa MCK umum yang memiliki masalah kerusakan bangunan dan masih terdapat antrean.

### Kesalahan dalam Pembuangan MCK Akhir.

Bangunan MCK harus memenuhi standar dan persyaratan yang terdiri dari bangunan atas jamban yaitu dinding dan atap, bangunan tengah jamban yaitu lubang membuang kotoran dan lantai jamban, dan bangunan bawah yang terdiri dari tangki septik atau cubluk. Bangunan bawah MCK memiliki beberapa masalah, yaitu MCK hanya memiliki satu tangki yang berfungsi. *Septic tank* yang bermasalah diduga berasal dari berbagai masalah, baik masalah lahan maupun masalah fisik dari *septic tank* tersebut, pada wilayah bantaran Sungai Code Kota Yogyakarta. *Septic tank* harus memiliki 2 buah resapan. Resapan pertama untuk menghancurkan tinja, sedangkan resapan

yang kedua berfungsi untuk mengurangi bakteri atau agen penyakit lain. Hasil wawancara menunjukkan bahwa *septic tank* di bantaran Sungai Code tidak memenuhi syarat. Namun tidak semua MCK umum memiliki *septic tank*. Hasil wawancara lebih mendalam yang dilakukan mendapat beberapa informasi bahwa pembuangan limbah tinja langsung ke sungai oleh penduduk permukiman kumuh di bantaran Sungai Code.

"...Kalau di sini (bantaran sungai) semuanya langsung ke kali, soalnya saya jijik, masa punya septic tank di rumahnya sendiri..." Informan Masyarakat 6.

Pembuangan limbah WC yang langsung ke sungai terjadi di hampir setiap WC yang ada. Masyarakat yang memiliki MCK, masih kurang peduli terhadap pembuangan limbah, bahkan ada yang tidak mengetahui ke mana arah pembuangan limbah toilet. Masyarakat juga tidak mendapatkan pengetahuan tentang pembuatan *septic tank* yang baik. Pembuangan limbah tersebut dilakukan dengan pipa saluran yang dialirkan langsung ke sungai dengan diberi katup pada ujung, sehingga air tidak dapat masuk kembali.

"...Septic tank-nya tetap buangnya ke sungai. Terkait juga dengan limbah domestik air hujan tadi, larinya akhirnya juga ke sungai. Makanya tidak heran ketika akhirnya ketika banjir, naiklah tinja itu. Akhirnya yang sana (masyarakat) mandinya nunut ke puskesmas, kebetulan pegawai sini. "Kenapa mandi sini? Naik (tinja) bu," sudah tau saya..." Informan Petugas Puskesmas.

#### Sumber Air di Sekitar MCK Tercemar

Sumber air bersih untuk penduduk permukiman kumuh di bantaran Sungai Code adalah sumur tradisional, dan sumur bor. Hampir setiap kepala keluarga memiliki sumurnya sendiri. Hasil wawancara membuktikan bahwa air sumur di bantaran Sungai Code sudah tercemar. Hasil wawancara diperkuat dengan hasil observasi langsung ke lokasi dan data hasil laboratorium pengecekan sampel air. Observasi langsung mendapatkan pencemaran tersebut karena posisi sumur yang berada ditepian yang ada di bantaran Sungai Code dan juga berada dalam jarak yang terlalu dekat dengan *septic tank*. Kondisi *septic tank* yang tidak berjarak lebih dari 10 Meter ditemukan pada lokasi penelitian. Sumur pada bantaran Sungai Code merupakan sumur gali dengan perkiraan kedalaman 5 meter. Sumur tersebut mendapatkan air permukaan yang merupakan air yang berasal dari Sungai Code. Sumur di bantaran sungai ini juga tidak dilapisi dengan paralon pada dinding sumur, yang mengakibatkan tembusnya bakteri e-coli ke sumber air. Hasil laboratorium menunjukkan bahwa banyak air sumur di bantaran sungai yang memiliki kadar maksimum MPN Coliform total di atas 2400/100 ml, sedangkan kadar MPN coliform yang diperbolehkan adalah 50/100 ml.

#### Hambatan dalam Program STBM

Keterbatasan Lahan untuk Pembuatan Pengolahan Limbah Tinja

Karakteristik utama perkotaan adalah wilayah yang padat bangunan dan padat penduduk. Masyarakat bantaran Sungai Code umumnya adalah pendatang yang mencari nafkah di Kota Yogyakarta. Karena kedatangan penduduk pendatang yang tidak dikontrol mengakibatkan terbentuknya permukiman kumuh yang mengakibatkan kepadatan penduduk di bantaran sungai. Kepadatan juga terjadi pada bantaran Sungai Code di Kelurahan Prawirodirjan yang mengakibatkan keterbatasan lahan. Keterbatasan lahan juga berkaitan dengan fasilitas-fasilitas yang ada di Kelurahan Prawirodirjan. Fasilitas-fasilitas yang sudah ada sebelumnya membuat IPAL komunal maupun *septic tank* sulit dibuat. Hasil wawancara menunjukkan keterbatasan lahan yang berkaitan dengan fasilitas-fasilitas yang sudah ada, seperti asenering dan sumur. Hasil wawancara juga menunjukkan bahwa keterbatasan lahan berkaitan dengan jalan atau akses untuk masuk ke dalam permukiman juga sulit, harga tanah di perkotaan yang mahal serta keadaan air tanah yang mudah di dapat.

#### Kesulitan dalam Mengakses IPAL Komunal

Instalasi Pengolahan Air Limbah (IPAL) komunal adalah salah satu solusi untuk keterbatasan lahan dan akses dalam untuk *septic tank*. IPAL komunal adalah program terpadu bersama kimpraswil, kelurahan dan puskesmas. IPAL Komunal yang merupakan sarana pendukung program STBM terhadap kebutuhan penduduk permukiman kumuh di bantaran Sungai Code. Hasil temuan menunjukkan bahwa di Prawirodirjan memiliki 2 buah IPAL komunal. IPAL komunal di Prawirodirjan berlokasi di atas lapangan futsal dan di bawah lantai masjid. Hasil wawancara menunjukkan bahwa masyarakat tidak diizinkan oleh pemilik tanah untuk mengakses IPAL komunal karena ketakutan akan dampak apabila terjadi kebocoran. Selain itu, IPAL komunal juga sulit diakses karena masalah kemiringan tanah.

#### Peran Puskesmas dalam Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat Pilar I

Puskesmas sebagai Penanggung Jawab STBM di Wilayah

Puskesmas merupakan instansi pemerintah yang bertanggung jawab terhadap masalah kesehatan yang berada pada wilayah kerjanya. Puskesmas bertanggung jawab atas program STBM secara wilayah, baik pada kelurahan maupun Kecamatan Gondomanan. Puskesmas mempunyai tanggung jawab utama dalam program STBM, dalam upaya preventif, promotif, pemberdayaan masyarakat dan melakukan fungsi koordinasi lintas sektor dan program. Hasil wawancara menunjukkan bahwa puskesmas terlibat dengan aktif dan mendukung pada pelaksanaan program STBM pilar I. Pelaksanaan program STBM pilar I terdapat pembagian tanggung jawab

dari masing-masing *stakeholder*. Puskesmas Gondomanan juga melaksanakan fungsinya dari awal sosialisasi sampai pada pelaksanaan *monitoring* dan evaluasi (*movev*) setiap 6 bulan.

#### Pemberdayaan Kader STBM

Puskesmas sangat bergantung pada kinerja kader STBM. Kader STBM merupakan fasilitator pendukung program STBM dari masyarakat, sehingga kader STBM diharapkan dapat bekerja lebih baik dalam mendukung program STBM. Kader STBM atau fasilitator STBM kelurahan yang terdiri dari tokoh masyarakat, relawan, tokoh agama, dengan dukungan Lurah, dapat dibantu oleh orang lain yang berasal dari dalam ataupun luar kelurahan. Hasil wawancara menunjukkan dukungan kader dalam program STBM Pilar I. Keterlibatan kader STBM sebagai pendata, pendukung maupun motivator untuk program STBM. Kader STBM sangat berperan aktif karena berasal dari masyarakat sehingga mengetahui cara untuk mencapai tujuan yang diinginkan.

Hasil temuan menunjukkan bahwa kader STBM melakukan motivasi dengan cara menakuti warga masyarakat, sebab kader menilai bahwa masyarakat Prawirodirjan sulit mengubah perilakunya. Peraturan Menteri Kesehatan nomor 3 tahun 2014 menyatakan kader harusnya memberikan ruang kepada masyarakat untuk menyadari sendiri, tidak dengan mengatakan hal yang baik maupun hal yang buruk bahkan sampai menakut-nakuti. Dalam peraturan tersebut, juga disebutkan bahwa kader STBM memiliki banyak atribut yang melekat pada dirinya. Kader STBM terus bekerja sama dalam tim untuk memantau dan bertanggung jawab terhadap hasil deklarasi. Kader STBM bertugas melakukan *monitoring* dan evaluasi (*verifikasi*) kemudian dilaporkan kepada Puskesmas Gondomanan. *Monitoring* dan evaluasi yang dilakukan oleh kader juga sangat terbatas karena kendala waktu dan dana. Verifikasi yang dilakukan oleh kader adalah survei ke rumah tangga dengan menanyakan pengolahan sanitasi, seperti kepemilikan WC, sumber air, dan pengolahan limbah WC. Hasil temuan menunjukkan bahwa pemahaman kader tentang perubahan perilaku dilihat dari status kepemilikan pengolahan limbah WC. Pengolahan limbah WC yang dimaksud adalah pembuangan akhir ke IPAL komunal, *septic tank* atau langsung ke sungai. Proses verifikasi yang dilakukan kader dilakukan baik melalui rumah ke rumah maupun pertemuan Pembinaan Kesejahteraan Keluarga (PKK).

#### Dukungan Pihak Lain dalam Program STBM Pilar I

##### Peran Dinas Lain dalam Program STBM Pilar I

Penyelenggaraan STBM didukung oleh berbagai pihak pemerintah. Pemerintah yang terlibat dalam program STBM adalah pemerintah daerah provinsi maupun pemerintah kota. Pemerintah harus melaksanakan koordinasi lintas sektor dan lintas program. Puskesmas hanya dapat

melaksanakan fungsi promotif dan preventif untuk pelaksanaan program STBM. Keterbatasan puskesmas memaksa puskesmas harus bekerja sama dengan sektor lain untuk menyediakan sarana prasarana pendukung program STBM pilar I. Puskesmas telah berhasil melakukan kerja sama dengan sektor lain untuk mencapai tujuan Stop BAB Sembarangan. Hasil wawancara menunjukkan setiap peran dari masing-masing lembaga pemerintah. Hasil wawancara menggambarkan koordinasi antara puskesmas dan kimpraswil:

"...Puskesmas melihatnya (*pembuatan septic tank komunal*) *gak bisa itu septic tank komunal. "mau apa bu," padahal saya lihat bangunannya...*," Informan Petugas Puskesmas.

Hasil wawancara menunjukkan bahwa Puskesmas Gondomanan pernah tidak dilibatkan bahkan pernah tidak diizinkan untuk melihat IPAL komunal yang sedang dikerjakan oleh Kimpraswil. Hasil temuan tersebut diduga karena jalur koordinasi yang seharusnya dikoordinasikan oleh kelurahan. Kimpraswil melakukan pembangunan IPAL komunal berdasarkan kesepakatan dengan kelurahan. Kelurahan Prawirodirjan mengikuti instruksi dari Walikota Yogyakarta untuk mengalihkan sebagian wewenang dari kelurahan ke Kecamatan Gondomanan. Kecamatan Gondomanan melakukan pendataan tentang kondisi MCK umum dan pembangunan fisik terkait MCK umum jika ada MCK umum sudah rusak. Proses pengalihan wewenang ini mempercepat perbaikan apabila ada kerusakan pada sarana prasarana STBM pilar I, sehingga birokrasi yang panjang untuk dapat dihindari.

##### Dukungan Masyarakat dalam Program STBM Pilar I

Masyarakat adalah aktor utama dalam keberhasilan program STBM. Program STBM terdiri dari lima pilar dan menjadi pilar utama adalah Stop Buang Air Besar Sembarangan. Hasil wawancara menunjukkan bahwa masyarakat memiliki antusias untuk program STBM pilar I. Hasil temuan tentang peran masyarakat dalam program STBM melalui pemberdayaan yang dilakukan oleh puskesmas dan kelurahan. Temuan tentang pemberdayaan masyarakat untuk mengelola kebersihan MCK dan retribusi mereka terhadap sarana tersebut. Hasil pendapatan dari MCK umum masuk ke dalam kas RT kemudian dikelola untuk biaya perawatan dan keberhasilan. Besaran pendapatan MCK umum di bantaran Sungai Code, diungkapkan sebagai berikut:

"...Itu juga ada uang masuk untuk kebersihan. Di masjid itu sebulannya ada 1.500.000 untuk masukan (*total penghasilan*)," Informan Masyarakat.<sup>5</sup>

Masyarakat memberikan retribusi untuk pengelolaan WC umum dan sarana pendukung program STBM pilar I. Masyarakat mengelola uang tersebut untuk kepentingan perbaikan sarana apabila ada kerusakan dan pengelolaan kebersihan WC umum. Namun, hasil temuan menunjukkan

pengelolaan sarana yang masih rusak masih menunggu subsidi dari pemerintah, karena keterbatasan dana dari masyarakat. Masyarakat mempunyai peran sebagai partisipan dalam kegiatan STBM.

## PEMBAHASAN

### **Deklarasi versus Pemecahan Masalah**

Perubahan perilaku stop BAB sembarangan sudah dicapai oleh masyarakat Prawirodirjan yang sudah melakukan deklarasi dan berhasil menjaga komitmen untuk tidak BAB sembarangan. Peningkatan status stop BAB sembarangan juga berkaitan dengan peningkatan sarana prasarana seperti peningkatan WC umum<sup>14</sup>. Sebagian besar penduduk Prawirodirjan tidak mempunyai WC dan menjadi penyewa. Masyarakat menggunakan MCK umum dibandingkan dengan MCK sendiri. Hasil temuan ini sesuai dengan penelitian Tumwebaze menyatakan bahwa penggunaan fasilitas umum (WC) pada kepala keluarga di bantaran sungai hampir 3 kali lipat dibandingkan dengan yang menggunakan WC milik swasta<sup>15</sup>. Masyarakat tidak perlu membayar mahal untuk mendapatkan WC yang layak dan bersih kepada pemilik WC umum, karena yang memiliki WC umum adalah pemerintah<sup>16</sup>. STBM bertujuan untuk mewujudkan perubahan perilaku yang komprehensif sampai pada pembuangan akhir MCK. Pembuangan dari MCK di Kelurahan Prawirodirjan, baik umum maupun pribadi, umumnya tidak dilakukan dengan benar yaitu jumlah *septic tank* yang hanya satu unit atau langsung ke sungai. Masyarakat memiliki karakteristik keterbatasan dalam penyediaan air bersih dan penyediaan *septic tank*<sup>17</sup>. Sungai yang tercemar akibat pembuangan limbah WC mengakibatkan jumlah bakteri *Escherichia coli* (E-coli) meningkat. Ketika bakteri e-coli dapat menembus masuk ke dalam tanah dan masuk ke dalam sumber air, maka sumber air di sekitar bantaran Sungai Code sudah tercemar<sup>18</sup>.

Masyarakat Kelurahan Prawirodirjan belum dapat mengatasi pembuangan tinja yang tidak dilakukan dengan benar karena keterbatasan lahan perkotaan. Keterbatasan lahan mengakibatkan masalah dalam pengolahan limbah, sulit mengakses ke IPAL komunal dan tercemarnya air di sekitar WC umum. Keterbatasan lahan menyebabkan masalah WC lainnya, karena kesulitan untuk membuat saluran yang menghubungkan ke IPAL komunal. Keterbatasan lahan yang mengakibatkan masyarakat harus tinggal di sekitar sungai. Masyarakat juga tidak terhubung dengan pengolahan limbah domestik sehingga mengakibatkan saluran pembuangan masyarakat langsung ke sungai<sup>19</sup>. Kehadiran biofilm di Congo mampu mengurangi jumlah bakteri di sumber air akibat pembuangan langsung sebesar 90 persen. Biofilm memerlukan ruang yang kecil sehingga cocok untuk diterapkan di kota<sup>20</sup>.

### **Public Health versus Participant Program**

Puskesmas Gondomanan harus melakukan respon spesifik terhadap kebutuhan sanitasi melalui pelaksanaan program STBM. Puskesmas Gondomanan menjalankan fungsi public health, dalam fungsi inti penilaian, pengembangan kebijakan dan asuransi secara komprehensif. Puskesmas melakukan fungsi inti penilaian dalam praktik organisasi seperti, menilai kebutuhan kesehatan masyarakat, menyelidiki masalah kesehatan dan bahaya kesehatan dalam masyarakat serta menganalisis faktor penentu kebutuhan kesehatan yang diidentifikasi<sup>21</sup>. Puskesmas dapat menjalankan fungsi penilaian dengan mengontrak pihak luar seperti konsultan untuk pemberdayaan petugas kesehatan lingkungan tentang *practice-based research network* (PBRN). PBRN telah berhasil dalam membentuk jaringan luas dari peneliti dan praktisi kesehatan masyarakat dan melibatkan pemangku kepentingan dalam implementasi penelitian dan praktek kesehatan masyarakat<sup>22</sup>.

Upaya Puskesmas Gondomanan melakukan upaya preventif, promotif dan pemberdayaan masyarakat dalam program STBM. Peran puskesmas dalam pemberdayaan masyarakat dalam program STBM akan mampu mendukung untuk penguatan lingkungan dan membangun kepercayaan masyarakat terhadap pemerintah<sup>9</sup>. Puskesmas Gondomanan melaksanakan pengembangan kebijakan dengan melakukan koordinasi dengan lintas sektor dan lintas program. Puskesmas Gondomanan mempunyai fungsi yang sangat terbatas pada upaya preventif, promotif, dan pemberdayaan masyarakat. Puskesmas perlu mengadakan kesepakatan dengan pihak lain, sehingga semua pihak dapat terlibat untuk memecahkan masalah sanitasi pada masyarakat bantaran Sungai Code. Kesepakatan tanggung jawab harus mempertemukan pihak pemerintah, sektor lain, akademisi yang ahli serta organisasi komersil maupun sukarela untuk berkontribusi dalam pemenuhan tujuan kesehatan masyarakat<sup>23</sup>. Puskesmas mempunyai koordinasi dan keakraban yang lemah pada pesan dan pendekatan, sehingga pencapaian program menjadi lambat dan juga kebinngungan antara masyarakat<sup>24</sup>.

Puskemas Gondomanan perlu menyadari bahwa posisi puskesmas sebagai pemimpin dalam upaya pengembangan kebijakan *public health*, sehingga puskesmas dapat mengadvokasi dan mengawal kerja sama yang terjadi. Kelurahan Gondomanan telah melakukan pengalihan sebagian wewenang kepada Kecamatan Gondomanan. Pengalihan wewenang mempersingkat alur birokrasi sehingga kelurahan dapat menyelesaikan masalah sanitasi dengan cepat dan efektif. Puskesmas Gondomanan cukup berkoordinasi dengan Kelurahan Prawirodirjan bagian LPMK. Petugas kesehatan yang melakukan pendekatan kesehatan dalam semua kebijakan harus mengembangkan hubungan yang kuat dengan sektor lainnya sehingga semua pihak terlibat dapat memunculkan ide-ide untuk pemecahan masalah.

Pemerintah Pusat juga mendukung pendekatan kesehatan dalam semua kebijakan<sup>25</sup>. Puskesmas Gondomanan melakukan fungsi asuransi dalam kepemimpinan *public health* dengan mengelola sumber daya berupa kader STBM, mengimplementasikan program STBM, mengevaluasi program STBM dan menginformasikan dan mendidik masyarakat melalui pemberdayaan masyarakat. Organisasi memiliki tantangan bukan hanya pilihan untuk hidup sehat tetapi juga sasaran dapat mendapatkan fasilitas untuk menjalankan pilihan tersebut<sup>26</sup>.

Program STBM oleh puskesmas juga memerlukan fasilitator atau kader STBM untuk mempercepat pencapaian program. Motivasi perubahan perilaku dilakukan oleh kader STBM menunjukkan bahwa kesalahan dengan cara menakut-nakuti tidak sesuai, harusnya dengan cara memicu sehingga masyarakat dapat sadar sendiri. Pemicuan membuat masyarakat mendapatkan rasa malu, jijik dan mengetahui kerugian dari perilaku BAB sembarangan, sehingga masyarakat sadar bahwa penting melaksanakan program STBM. Namun kesalahan tersebut tidak begitu menjadi masalah karena tidak melanggar hak asasi manusia, sehingga masyarakat tetap menghargai motivasi yang diberikan dan program STBM meningkatkan martabat baik perorangan maupun kelompok. Fasilitator mempunyai hubungan dengan peningkatan pengetahuan tentang STBM, hubungan tersebut dipengaruhi oleh perilaku<sup>27</sup>.

### **Bottom Up versus Top Down**

Masyarakat permukiman kumuh di bantaran Sungai Code di kelurahan memiliki antusias terhadap program STBM. Masyarakat mau terlibat dalam program STBM dan meningkatkan perilaku akibat pengertian masyarakat sendiri, inovasi lokal dan pembuatan keputusan<sup>28</sup>. Selanjutnya, Masyarakat yang berada di bantaran Sungai Code di Prawirodirjan juga tidak keberatan untuk memberikan retribusi untuk pengelolaan WC karena retribusi tersebut sangat kecil, sehingga masyarakat membantu dalam pengelolaan MCK umum yang lebih baik sehingga tidak bau dan tetap bisa digunakan keadaan layak<sup>16</sup>. Namun masyarakat di bantaran Sungai Code masih berharap terhadap subsidi yang diberikan oleh pemerintah. Masyarakat yang disubsidi oleh pemerintah menjadi kurang bertanggung jawab terhadap pencapaian STBM agar masyarakat memiliki perilaku sehat yang seutuhnya sampai pada pengolahan limbah WC<sup>11</sup>.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa masyarakat dan kader masih memiliki keterbatasan dalam memahami pengolahan limbah MCK. Masyarakat Gondomanan mempunyai sikap sebagai pengguna yang pasif, karena mereka terlibat dalam proses pemicuan dan penyediaan sarana untuk stop BAB sembarangan sebagai penerima. Fasilitator memiliki keterbatasan dalam menilai program kesehatan lingkungan dan kurang responsif sebagai pelaku pemimpin masyarakat dalam aspek kesehatan<sup>29</sup>. Puskesmas Gondo-

manan perlu menguatkan masyarakat melalui pemberdayaan yang kolektif. Puskesmas perlu melakukan pendidikan tentang pengolahan limbah akhir MCK. Namun, puskesmas terlebih dahulu mengetahui tentang pendekatan faktor-faktor sosial yang berhubungan dengan kesehatan atau *social determinant of health* (SDH). Suatu organisasi kesehatan harus memahami tentang peran alamiah dari organisasi tersebut, tingkatan sosial dari masyarakat dan nilai penting dari masyarakat tersebut. Organisasi kesehatan harus dapat menghubungkan individu, komunitas dan masyarakat dalam pemberdayaan masyarakat<sup>30</sup>. Puskesmas Gondomanan melakukan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan, sehingga prioritas kegiatan puskesmas terbagi. Sistem kesehatan nasional mempunyai upaya kesehatan masyarakat sebagai fondasi utama<sup>31</sup>. Namun dalam pelaksanaan sistem kesehatan, Puskesmas Gondomanan belum melaksanakan upaya kesehatan masyarakat sepenuhnya. Puskesmas Gondomanan masih memiliki masalah kesehatan terkait dengan sanitasi yang belum dapat terselesaikan. Puskesmas juga masih memiliki keterbatasan dalam sumber daya, seperti sumber daya manusia yang masih merangkap jabatan. Petugas kesehatan lingkungan juga memegang jabatan sebagai petugas promosi kesehatan. Kota Yogyakarta juga memiliki ahli program kesehatan lingkungan yang berkaitan dengan sanitasi lingkungan. Sebagian besar organisasi pemerintah yang menjalankan upaya kesehatan masyarakat memiliki kapasitas yang terbatas dalam memastikan ketersediaan sumber daya untuk meningkatkan kesehatan masyarakat<sup>32</sup>.

### **KESIMPULAN**

Pencapaian program STBM pilar I di Gondomanan adalah deklarasi tentang stop buang air besar (BAB) sembarangan pada tahun 2013. Pencapaian program STBM pilar pertama difasilitasi oleh keberadaan WC umum di setiap RW. Namun pencapaian program STBM ini belum dapat berhasil sepenuhnya, karena Puskesmas Gondomanan masih memiliki masalah keterbatasan lahan mengakibatkan seluruh masyarakat tidak dapat mengakses IPAL komunal sehingga masyarakat tetap lebih memilih melakukan pembuangan WC ke sungai dan akibatnya mata air di sekitar Sungai Code tercemar. Puskesmas Gondomanan merespon kebutuhan sanitasi penduduk dengan melaksanakan program STBM pilar I. Puskesmas Gondomanan melakukan fungsi kepemimpinan dalam *public health* melalui fungsi inti penilaian, pengembangan kebijakan dan asuransi. Walaupun masih terdapat kelemahan dalam kepemimpinan *public health* namun kerja sama dapat diperbaiki.

Puskesmas perlu menjalankan praktik kepemimpinan kesehatan masyarakat secara komprehensif. Puskesmas juga harus melaksanakan program PRBN untuk dapat mengatasi permasalahan sanitasi pada masyarakat permukiman

kumuh di bantaran Sungai Code. Puskesmas Gondomanan dan kelurahan Prawirodirjan melakukan penilaian lingkungan untuk melihat lokasi mana yang dapat di letakan biofilm. Biofilm akan lebih efektif untuk kelurahan Prawirodirjan karena hanya memerlukan tempat dengan panjang 2 meter dan lebar 1,5 meter; Puskesmas dalam pengembangan kebijakan dapat berkoordinasi dengan sektor lain untuk mencapai kesempurnaan dalam program STBM pilar I; Setelah melakukan penilaian lingkungan, puskesmas dan kelurahan melakukan kerja sama dengan dinas kimpraswil sehingga dapat menganggarkan dana untuk pembuatan biofilm untuk bantaran sungai serta Puskesmas melatih kembali kader STBM sehingga kader-kader mendapatkan penyegaran kembali tentang program STBM.

## REFERENSI

1. Corburn J, Hildebrand C. *Slum Sanitation and the Social Determinants of Women's Health in Nairobi, Kenya*. J Environ Public Health. 2015; 2015: 209505. <https://doi.org/10.1155/2015/209505>
2. Hacker KP, Seto KC, Costa F, Corburn J, Reis MG, Ko AI, et al. *Urban Slum Structure: Integrating Socioeconomic and Land Cover Data to Model Slum Evolution in Salvador, Brazil*. Int J Health Geogr. 2013; 12 (1): 45. <https://doi.org/10.1186/1476-072X-12-45>
3. Joulaei H, Bhuiyan AR, Sayadi M, Morady F, Kazerooni PA. *Slums' Access to and Coverage of Primary Health Care Services: A Cross-sectional Study in Shiraz, A Metropolis in Southern Iran*. Iran J Med Sci. 2014; 39 (2 Suppl): 184–90.
4. Kementerian Pekerjaan Umum dan Perumahan Rakyat. *Penyusunan Rencana Kawasan Permukiman (RKP) Kumuh Perkotaan Kota Yogyakarta dan Kabupaten Bantul*. Daerah Istimewa Yogyakarta; 2015.
5. Unger A, Riley LW. *Slum Health: From Understanding to Action*. PLoS Med. 2007; 4 (10): e295. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0040295>
6. Ayeni AO. *Domestic Water Source, Sanitation, and High Risk of Bacteriological Diseases in the Urban Slum: Case of Cholera in Makoko, Lagos, Nigeria*. J Environ Pollut Hum Heal. 2014; 2 (1): 12–5. <https://doi.org/10.12691/jephh-2-1-3>
7. Minnery J, Argo T, Winarso H, Hau D, Veneracion CC, Forbes D, et al. *Slum Upgrading and Urban Governance: Case Studies in Three South East Asian Cities*. Habitat Int. 2013; 39: 162–9. <http://doi.org/10.1016/j.habitatint.2012.12.002>
8. Kementerian Kesehatan RI. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2014 Tentang Sanitasi Total Berbasis Masyarakat*. Republik Indonesia; 2014 p. 1–40. [http://www.americanbanker.com/issues/179\\_124/which-city-is-the-next-big-fintech-hub-new-york-stakes-its-claim-1068345-1.html](http://www.americanbanker.com/issues/179_124/which-city-is-the-next-big-fintech-hub-new-york-stakes-its-claim-1068345-1.html)
9. Dwipayanti NMU, Suandi IKR, Akbar S, Zonni H. *The Implementation of Community Led Total Sanitation in Muntigunung, Tiyar Barat Village, Karangasem — Bali*. SEED — Net Reg Conf Glob Environ. 2012; The 5th AU: 11.
10. Sigler R, Mahmoudi L, Graham JP. *Analysis of Behavioral Change Techniques in Community-Led Total Sanitation Programs*. Health Promot Int. 2015; 30(1): 16–28. <https://doi.org/10.1093/heapro/dau073>
11. Sah S, Negussie A. *Community Led Total Sanitation (CLTS): Addressing the Challenges of Scale and Sustainability in Rural Africa*. Desalination. 2009; 248 (1-3): 666–72. <https://doi.org/10.1016/j.desal.2008.05.117>
12. Kisworini FY. *Profil Kesehatan Kota Yogyakarta Tahun 2015*. Yogyakarta; 2015.
13. Badan Perencanaan Pembangunan Daerah Kota Yogyakarta. *Profil Pendataan Perumahan dan Permukiman Kumuh Di Kota Yogyakarta*. Daerah Istimewa Yogyakarta; 2015.
14. Bevan J. *Community Led Total Sanitation (CLTS) in The Gambia, West & Central Africa: Using A Social Norms Perspective to Target and Address Local Disparities in Sanitation Practices to Accelerate Coverage and Reach National "Open Defecation Free" Status by 2015*. 2015.
15. Tumwebaze IK, Orach CG, Niwagaba C, Luthi C, Mosler H-J. *Sanitation Facilities in Kampala Slums, Uganda: Users' Satisfaction and Determinant Factors*. Int J Environ Health Res. 2012; 23 (3): 191–204. <https://doi.org/10.1080/09603123.2012.713095>
16. Kwiringira J, Atekyereza P, Niwagaba C, Günther I. *Descending the Sanitation Ladder in Urban Uganda: Evidence from Kampala Slums*. BMC Public Health. 2014; 14: 624. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-624>
17. Routray P, Schmidt W, Boisson S, Clasen T, Jenkins MW. *Socio-cultural and Behavioural Factors Constraining Latrine Adoption in Rural Coastal Odisha: An Exploratory Qualitative Study*. BMC Public Health. 2015; 15: 880. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2206-3>
18. Vollaard AM 1, Ali S, Smet J, van Asten H, Widjaja S, Visser LG, et al. *A Survey of the Supply and Bacteriologic Quality of Drinking Water and Sanitation in Jakarta, Indonesia*. Southeast Asian J Trop Med Public Heal. 2005; 36 (6): 1552–61.
19. Vollmer D, Grêt-Regamey A. *Rivers as Municipal Infrastructure: Demand for Environmental Services in Informal Settlements Along an Indonesian River*. Glob Environ Chang. 2013; 23 (6): 1542–55. <https://doi.org/10.1016/j.gloenvcha.2013.10.001>
20. Clasen T, Boisson S. *Assessing the Health Impact of Water Quality Interventions in Low-income Settings: Concerns Associated with Blinded Trials and the Need for Objective Outcomes*. Environ Health Perspect. 2015; 24 (7): 886–9. <https://doi.org/10.1289/ehp.1510532>
21. Rimmert DM, O'Rourke T, Notaro SJ, Turnock B. *Determinants of the Core Functions of Local Public Health Agencies*. J Public Heal Manag Pract. 2013; 19 (6): 575–81. <https://doi.org/10.1097/PHH.0b013e318271c713>
22. Mays GP, Hogg RA, Castellanos-Cruz DM, Hoover AG, Fowler LC. *Engaging Public Health Settings in Research Implementation and Translation Activities: Evidence from Practice-Based Research Networks*. Am J Prev Med. 2013; 45 (6): 752–62. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2013.08.011>
23. Petticrew M, Eastmure E, Mays N, Knai C, Durand MA, Nolte E. *The Public Health Responsibility Deal: How Should Such A Complex Public Health Policy be Evaluated?* J Public Heal. 2013; 35 (4): 495–501. <https://doi.org/10.1093/pubmed/ftd064>
24. Mlenga DH, Baraki YA. *Community Led Total Sanitation for Community Based Disaster Risk Reduction: A Case for Non-input Humanitarian Relief*. Jamba. 2016; 8 (2): 183. <https://doi.org/10.4102/jamba.v8i2.183>
25. Delany T, Harris P, Williams C, Harris E, Baum F, Lawless A, et al. *Health Impact Assessment in New South Wales & Health in All Policies in South Australia: differences, similarities and connections*. BMC Public Health. 2014; 14 (1): 699. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-699>
26. Carrera PM. *The Difficulty of Making Healthy Choices and "Health in All Policies."* Bull World Health Organ. 2014; 92 (3): 154. <https://doi.org/10.2471/BLT.13.121673>
27. Rasmusson M. *Empowerment Through Sanitation: A Qualitative Study on Public Participation in Community-Led Total Sanitation*. Lund University; 2012.
28. Gebresilase Y. *Community Led Total Sanitation and Empowerment: The Case of Dorze Hyzo Community, SNNP Region of Ethiopia (A Phenomenological Study)*. OIDA Int J Sustain Dev. 2010; 1 (9): 99–107.
29. Juliano EFGA, Malheiros TF, Marques RC. *The Involvement of Community Leaders in Healthcare, the Environment and Sanitation in Areas of Social Vulnerability*. Cien Saude Colet. 2016; 21 (3): 789–96. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015213.21862015>

30. Naieni HK, Ahmadvand A, Ahmadnezha E, Alami A. *A Community Assessment Model Appropriate for the Iranian Community*. Iran J Public Health. 2014; 43 (3): 323–30.
31. Rowitz L. *Kepemimpinan Kesehatan Masyarakat Aplikasi Dalam Pratik*. Terjemahan. Hadiningsih T, Bariid B, editors. Jakarta: EGC; 2013: 515.
32. Mays GP, Halverson PK, Baker EL, Stevens R, Vann JJ. *Availability and Perceived Effectiveness of Public Health Activities in the Nation's Most Populous Communities*. Am J Public Health. 2004; 94 (6): 1019–26.  
<https://doi.org/10.2105/ajph.94.6.1019>