



KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA



GERMAS
Gerakan Masyarakat
Hidup Sehat

PEDOMAN PELAKSANAAN SANITASI TOTAL BERBASIS MASYARAKAT (STBM)

PILAR 1 STBM



PILAR 5 STBM



PILAR 2 STBM



PILAR 4 STBM



PILAR 3 STBM



DAFTAR ISI

DAFTAR ISI.....	1
KATA PENGANTAR.....	2
ABSTRAK	3
TIM PENYUSUN.....	4
BAB I PENDAHULUAN	5
LATAR BELAKANG.....	5
TUJUAN.....	7
RUANG LINGKUP	7
SASARAN	8
BAB II PELAKSANAAN	9
2.1. DEFINISI OPERASIONAL DAN INDIKATOR PERILAKU HIGIENE DAN SANITER (STBM).....	9
1. PILAR KE 1 – STOP BUANG AIR BESAR SEMBARANGAN (SBS)	9
2. PILAR KE 2 – CUCI TANGAN PAKAI SABUN (CTPS)	13
3. PILAR KE 3 – PENGOLAHAN AIR MINUM DAN MAKANAN RUMAH TANGGA (PAMMRT)	14
4. PILAR KE 4 – PENGELOLAAN SAMPAH RUMAH TANGGA (PSRT)	20
5. PILAR KE 5 – PENGELOLAAN AIR LIMBAH DOMESTIK RUMAH TANGGA.....	24
2.2. TATA CARA PEMICUAN STBM.....	27
2.3. PENYELENGGARAAN STBM	39
2.4. PENDANAAN	41
BAB III MONITORING DAN EVALUASI.....	43
3.1. TATA CARA MONITORING DAN EVALUASI	43
3.2. VERIFIKASI LIMA PILAR STBM	46
3.3. PENGHARGAAN	66
3.4. PEMBINAAN DAN PENGAWASAN	67

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kita panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas rahmat dan karunia-Nya, Pedoman Pelaksanaan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) ini telah disusun.

Tantangan yang dihadapi Indonesia terkait pembangunan kesehatan, khususnya air, sanitasi dan higiene masih sangat besar. Berbagai penyakit berbasis lingkungan berkaitan erat dengan kualitas air, sanitasi dan higiene. Berdasarkan laporan UNICEF 2015, 30% kasus diare dapat ditekan dengan adanya peningkatan kualitas air dan sanitasi. Oleh karenanya, pencapaian target terhadap air minum dan sanitasi layak serta aman menjadi tujuan yang perlu diupayakan oleh semua pihak. Salah satunya peran dari Kementerian Kesehatan dalam hal pemenuhan perubahan perilaku di masyarakat (*demand creation*) melalui Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM).

STBM menjadi salah satu pendekatan yang dapat mendukung pencapaian pembangunan air minum dan sanitasi. Pasca implementasi STBM yang dimulai tahun 2008, terlihat peningkatan tren akses sanitasi berdasarkan data dari sistem monitoring STBM berbasis elektronik (e-monev STBM). Tren peningkatan akses sanitasi meningkat dari 2,13% per tahun (pada tahun 2009-2014) menjadi 5,94% per tahun (pada tahun 2015-2019).

Dalam penyelenggaraan kegiatan STBM sesuai dengan target RPJMN 2020-2024 tentang penyediaan sanitasi yang aman dan layak, perlu diperhatikan penyelenggaraan kegiatan pasca deklarasi Bebas Buang Air Besar Sembarangan (SBS). Salah satunya dengan mendorong dan meningkatkan akses sanitasi aman di masyarakat dan mencegah masyarakat kembali kepada perilaku lama serta mengembangkan alternatif skema pembiayaan pada masyarakat marginal (miskin).

Terima kasih kami ucapkan kepada semua pihak yang telah berkontribusi dalam penyusunan pedoman ini. Semoga pedoman ini dapat bermanfaat dalam upaya percepatan pencapaian target air minum dan sanitasi layak serta aman.

Jakarta, 23 Juni 2023

Direktur Jenderal Pencegahan dan
Pengendalian Penyakit,



Dr. dr. Maxi Rein Rondonuwu, DHSM, MARS

ABSTRAK

Pedoman ini bertujuan untuk menjelaskan pelaksanaan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) dimana outputnya terdiri dari lima pilar yaitu Stop Buang Air Besar Sembarangan (SBS), Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS), Pengelolaan Air Minum dan Makanan Rumah Tangga (PAMMRT), Pengelolaan Sampah Rumah Tangga (PSRT) dan Pengelolaan Air Limbah Domestik Rumah Tangga. Penjelasan masing-masing pilar STBM tertuang dalam definisi operasional dan indikator perilaku higiene dan saniter, terutama pembaharuan terkait tangga layanan sanitasi menurut Metadata Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (TPB) Pilar Lingkungan untuk Pilar ke 1 yaitu Stop Buang Air Besar Sembarangan (SBS).

Pencapaian pelaksanaan STBM memerlukan monitoring dan evaluasi terhadap program STBM lima pilar dengan mengukur pencapaian pelaksanaan program perubahan perilaku, pengkajian dan pembelajaran yang dapat dipetik selama pelaksanaan. Selanjutnya, diperlukan verifikasi terhadap pelaksanaan STBM dengan tujuan untuk memastikan telah terjadinya perubahan perilaku di masyarakat dalam penyelenggaraan STBM lima pilar. Hal ini dilakukan dengan penilaian atas kondisi perubahan perilaku yang telah terjadi di masyarakat terkait STBM lima pilar.

Kata Kunci: Sanitasi Total Berbasis Masyarakat, Definisi Operasional, Pemicuan, Monitoring dan Evaluasi.

PEDOMAN PELAKSANAAN SANITASI TOTAL BERBASIS MASYARAKAT (STBM)

TIM PENYUSUN

Pengarah

Direktur Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit

Penanggung Jawab

Direktur Penyehatan Lingkungan

Kementerian Kesehatan

A. Direktorat Penyehatan Lingkungan

Tutut Indra Wahyuni, SKM, M.Kes; Ely Setyawati, SKM, MKM; Dra. Cucu Cakrawati Kosim, M.Kes; Ni Nengah Yustina T, SKM, MKM; Aloysia Widyastuti, SKM, M.Si; Widya Utami, SKM, MKM; Sukarmi, SKM, MKM; Muthia Fadhila, S.Tr.KL; Nurlaila, SKM, MKM; Yulita Supriatin, SKM, MKM; Ikha Purwandari, SKM, MKM; Fakhry Muhammad, S.Tr.KL; Muhammad Harris Subianto, SKM; Agustina Widiastuti, SKM; Diana Nurhayati, B.Sc; Asep Suryakusumah, SKM, M.Kes; Diah Wati S, SKM, M.Kes; Wahyuningsih, SKM; Lucky Aris Suryono, SKM, M.Kes; dan Tengku Nazly, ST

B. Setditjen Pencegahan dan Pengendalian Penyakit

Fajar Kurniawan, SH, MH; dan Dewi Nurul Triastuti, SKM, SH

C. Pusat Kebijakan Upaya Kesehatan

Dr. Bambang Setiaji, SKM, M.Kes; Meda Permana, S.Sos, M.Si; dan Totih Ratna Sundari, SKM

Kementerian PPN/Bappenas (Direktorat Perumahan dan Kawasan Permukiman)

Nur Aisyah Nasution, ST, MS; Happy Tesyana Widodo; dan Gary Adam

Kementerian PUPR (Direktorat Sanitasi)

Dian Ariarsianti, ST, MT

Kementerian Lingkungan Hidup dan Kehutanan (Direktorat Penanganan Sampah)

Heny Puspita R, ST, MKM

Kementerian Dalam Negeri (Direktorat Jenderal Bina Pembangunan Daerah)

Jumadi; Gebhy Bamba, S.Si; Agreta Indah Gusumawati, S.Si., MPMA., ME.

Mitra Pembangunan

Herie Ferdian (Yayasan Plan International Indonesia); Muhammad Zaenal dan Maria Katherina Gnadia Liandy, S.T (UNICEF Indonesia); Franz Sinaga (Wahana Visi Indonesia); dr. Agustini Raintung dan Kuwat Karyadi (Yayasan Pembangunan Citra Insan Indonesia); Annisa Pramesti Putrid an Putri Sortaria (SNV); Ahmad Huseiyn (Jejaring AMPL); Wiwit Heris, Dormarigan, Corriaty Mahdalena Sirait, MPH dan Farhan R (SPEAK Indonesia); Isep Saefudin (USAID IUWASH Tangguh); Sri Eko Ananingsih, SKM., MM dan Suprpto, SKM, MS (Himpunan Ahli Kesehatan Lingkungan Indonesia) dan Bayu Erlangga (Pokja PPAS Nasional)

Dinas Kesehatan

Nickolas Fernando P, SKM (Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta) dan Yulia Fitria Ningrum, SKM, MKM (Dinas Kesehatan Kota Depok)

BAB I

PENDAHULUAN

LATAR BELAKANG

Tujuan pembangunan kesehatan menurut Undang Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan pasal 3 adalah untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial ekonomis.

Salah satu tujuan Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJMN) 2020-2024 adalah memperkuat infrastruktur untuk mendukung pembangunan ekonomi dan pelayanan dasar, dimana salah satu kegiatan prioritas pembangunan infrastruktur pelayanan dasar adalah penyediaan air minum dan sanitasi yang layak dan aman. Pemerintah menargetkan akses masyarakat pada perumahan dan permukiman yang layak, aman dan terjangkau meningkat pada tahun 2024. Hal ini termasuk target 90% sanitasi layak, termasuk di dalamnya 15% akses sanitasi aman, dan ketiadaan rumah tangga yang BAB sembarangan di tempat terbuka. Sedangkan untuk akses air minum, 100% akses air minum layak, termasuk di dalamnya 15% akses air minum aman, ditargetkan pada 2024.

Memasukkan isu gender, disabilitas dan inklusi sosial (GEDSI) dalam sektor air minum, sanitasi dan higiene akan memberikan dampak yang positif karena pengalaman perempuan dan laki-laki dapat diintegrasikan dalam desain, implementasi, pemantauan dan evaluasi kebijakan dan program. Untuk mempercepat pencapaian Tujuan Pembangunan Berkelanjutan, isu-isu GEDSI wajib dimasukkan sebagai isu lintas sektoral yang bertujuan untuk memberdayakan perempuan, laki-laki dan kelompok rentan lainnya agar mereka mendapatkan akses layanan kesehatan dan terlibat aktif dalam sektor air minum, sanitasi dan higiene.

Kesetaraan gender dan inklusi sosial memiliki konsekuensi yang luas, tidak hanya untuk pembangunan ekonomi dan sosial, tetapi juga untuk pemerataan kesehatan. Pada konteks kebudayaan kita, perempuan selalu diberikan tanggung jawab utama dalam pengelolaan ketersediaan air minum, sanitasi, dan higiene di tingkat rumah tangga. Hal ini berakibat meningkatkan beban kerja perempuan, tetapi pada sisi lain suara dan partisipasi mereka dalam pengambilan keputusan sering diabaikan sehingga berdampak buruk bagi perempuan itu sendiri.

Perempuan seharusnya memiliki kapasitas yang sama dengan laki-laki, bahkan termasuk dalam hal teknis atau konstruksi, dimana kedua hal tersebut umumnya menjadi fokus pada program air minum dan sanitasi. Berbagai alasan kenapa partisipasi perempuan masih rendah adalah: (i) bahwa konstruksi dianggap sebagai pekerjaan laki-laki yang terampil untuk membangun; (ii) perempuan dianggap tidak memiliki pengetahuan konstruksi; (iii) bahwa perempuan sudah memiliki beban kerja yang tinggi di tingkat rumah tangga; dan (iv) pandangan yang buta dan bias gender sehingga mengkerdikan peran-peran mereka di ruang publik atau di tingkat komunitas.

Akses terhadap air minum dan sanitasi aman dan layak menyumbang pada perbaikan status kesehatan, terutama kesehatan perempuan dan anak. Ketersediaan air minum dan sanitasi aman dan layak mengurangi tingginya angka kematian bayi dan balita, yang umumnya disebabkan karena penggunaan air dan sarana sanitasi yang tidak aman dan layak yang berakibat terjadinya penyebaran penyakit infeksi berbasis lingkungan seperti; diare, disentri, kolera, hepatitis, penyakit kulit dan lain-lain. Kejadian penyakit infeksi yang sering berulang karena sumber penyakitnya tidak dihilangkan dapat menyebabkan gangguan kecukupan gizi kronis untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi dan balita. Jika kekurangan asupan gizi kronis terjadi pada ibu hamil dan bayi maka dapat menyebabkan terjadinya *stunting* pada anak balita. Risiko terberat dari kejadian *stunting* yaitu gangguan perkembangan pada otak dan organ penting lainnya dalam tubuh. Terjadinya gangguan pertumbuhan otak akan menyebabkan rendahnya kemampuan dan fungsi otak. Hal ini akan menjadi ancaman utama terhadap kualitas manusia Indonesia, yang berdampak terhadap kemampuan daya saing bangsa.

Berdasarkan data BPS Tahun 2022, persentase rumah tangga memiliki akses terhadap sanitasi layak sudah mencapai 80,92% di 34 Provinsi seluruh Indonesia. Akses sanitasi berkaitan dengan ketersediaan sarana dan perilaku masyarakat. Upaya tersebut dilakukan melalui program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat yang selanjutnya disingkat STBM dengan pengertian yaitu pendekatan untuk mengubah perilaku higienis dan saniter melalui pemberdayaan masyarakat dengan cara pemicuan, dimana outputnya terdiri dari lima pilar yaitu Stop Buang Air Besar Sembarangan (SBS), Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS), Pengelolaan Air Minum dan Makanan Rumah Tangga (PAMMRT), Pengelolaan Sampah Rumah Tangga (PSRT) dan Pengelolaan Air Limbah Domestik Rumah Tangga.

Desa yang belum melaksanakan STBM sebanyak 10.555 desa (13%). Desa/Kelurahan yang terverifikasi SBS sebanyak 35.732 (44,15%) desa. Perilaku benar dalam cuci tangan pada penduduk umur >10 tahun sebanyak 49,8.%. Indeks kualitas air tahun 2022 belum mencapai target nasional baru sebanyak 55,3%. Sarana air minum yang diawasi/diperiksa kualitas sesuai standar sebanyak 25.918 (73,0%). Penanganan sampah RT tahun 2022 dari 48 Kabupaten/Kota se-Indonesia sebesar 2.051.798,91 ton/tahun (51,94%). Sampah tidak terkelola sebanyak 37,77%. Tempat pembuangan air limbah rumah tangga di perkotaan dan perdesaaan sebanyak 57,42% membuang air limbah mandi, mencuci, dan dapur ke got/selokan/sungai.

Menyadari pentingnya pelaksanaan STBM sebagai layanan intervensi sensitif dalam upaya percepatan penurunan *stunting*, maka Pemerintah dalam Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2021 tentang Percepatan Penurunan *Stunting* yang holistik, integratif, dan berkualitas melalui koordinasi, sinergi, dan sinkronisasi di antara pemangku, kepentingan menetapkan target antara Percepatan penurunan *stunting* dengan indikator sasaran persentase desa/kelurahan stop BABS atau ODF dengan target dan tahun pencapaian 2024 sebesar 90%. Untuk itu perlu kebijakan yang mengatur pelaksanaan program STBM dengan memperhatikan pengarusutamaan Gender Disabilitas dan Inklusi Sosial (GEDSI) serta memperhatikan adaptasi perubahan iklim.

TUJUAN

Penyelenggaraan STBM bertujuan untuk:

1. Mewujudkan perilaku masyarakat yang higienis dan saniter secara mandiri tidak hanya di rumah tangga tetapi juga di kawasan permukiman dan fasilitas umum.
2. Memastikan setiap orang memiliki kesempatan yang sama dalam menikmati akses layanan air minum dan sanitasi dengan mempertimbangkan aspek kesetaraan gender dan inklusi sosial dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

RUANG LINGKUP

1. Definisi operasional dan kriteria perilaku higiene dan saniter
2. Tanggung jawab serta peran pemerintah dan pemerintah daerah
3. Tata Cara Pemicuan
4. Strategi Penyelenggaraan STBM
5. Tata Cara Pemantauan dan Evaluasi
6. Verifikasi

7. Pemberian Tanda Penghargaan
8. Pendanaan
9. Pembinaan dan Pengawasan

SASARAN

1. Sanitarian/Tenaga Sanitasi Lingkungan
2. Petugas Kesehatan Lingkungan Dinas Kesehatan Kab/Kota
3. Petugas Kesehatan Lingkungan Dinas Kesehatan Provinsi
4. Petugas Kesehatan Lingkungan Kementerian Kesehatan dan UPT
5. Petugas terkait pada Kementerian/Lembaga Pendukung
6. Organisasi Profesi Kesehatan Lingkungan
7. Organisasi Masyarakat
8. Mitra Pembangunan
9. Swasta

BAB II

PELAKSANAAN

2.1. DEFINISI OPERASIONAL DAN INDIKATOR PERILAKU HIGIENE DAN SANITER (STBM)

1. PILAR KE 1 – STOP BUANG AIR BESAR SEMBARANGAN (SBS)

Pilar 1 atau stop buang air besar sembarangan terpenuhi jika kondisi ketika setiap individu dalam suatu komunitas menghentikan praktik buang air besar sembarangan di tempat terbuka.

Tangga layanan sanitasi menurut Metadata Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (TPB) Pilar Lingkungan adalah sebagai berikut:

No	Tangga sanitasi/ <i>Sanitation Ladder</i>	Definisi
1	Buang Air Besar Sembarangan Terbuka (BABS terbuka) – <i>Open Defecation</i>	Tidak memiliki toilet; atau Memiliki toilet namun tidak menggunakannya
2	Buang Air Besar Sembarangan Tertutup (BABS tertutup) / Akses sanitasi tidak layak - <i>Unimproved</i>	Rumah tangga menggunakan toilet dengan: (1) kloset non leher angsa; (2) kloset leher angsa dengan lubang tanah di perkotaan, (3) toilet di fasilitas umum (pasar/masjid/sekolah/dll), atau toilet yang pembuangan akhir tinjanya langsung ke sungai/ladang/kebun/laut/dll
3	Akses sanitasi layak bersama – <i>Limited</i>	Toilet dengan kloset leher angsa digunakan bersama rumah tangga tertentu yang: (1) terhubung IPALD; (2) menggunakan tangki septik; atau (3) lubang tanah/cubluk (khusus perdesaan).
4	Akses sanitasi layak sendiri – <i>Basic</i>	Toilet dengan kloset leher angsa yang digunakan sendiri (tidak bersama rumah tangga lain): (1) tangki septik yang tidak disedot lebih dari 5 tahun, atau (2) lubang tanah/cubluk (khusus perdesaan)
5	Akses sanitasi aman - <i>Safely managed</i>	Toilet milik sendiri yang terhubung IPALD atau menggunakan tangki septik yang disedot 1 kali dalam 3-5 tahun

Bangunan jamban/toilet terdiri dari:

a. Bangunan atas jamban (dinding dan/atau atap)

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



Dinding bambu



Dinding bata



Dinding kayu

b. Bangunan tengah jamban

Lubang tempat pembuangan kotoran (tinja dan urin) yang saniter dilengkapi dengan konstruksi leher angsa. Kloset leher angsa adalah kloset yang di bawah dudukannya terdapat saluran berbentuk huruf "U" (seperti leher angsa) dengan maksud menampung air untuk menahan agar bau tinja tidak keluar dan menahan serangga tidak bisa masuk ke dalam.



Kloset leher angsa

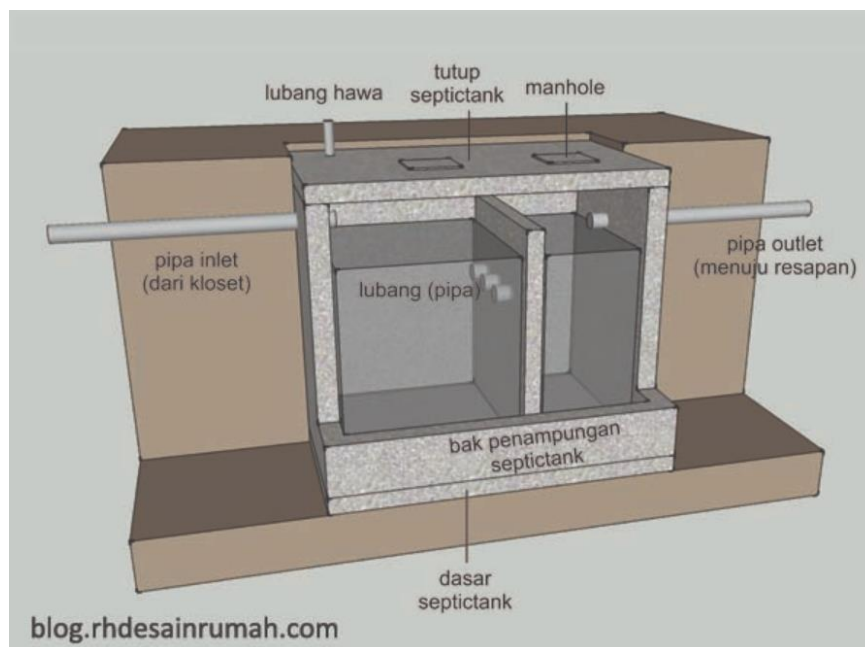
c. Bangunan bawah jamban/toilet

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.

Bentuk bangunan bawah jamban/toilet, antara lain:

1) Tangki septik

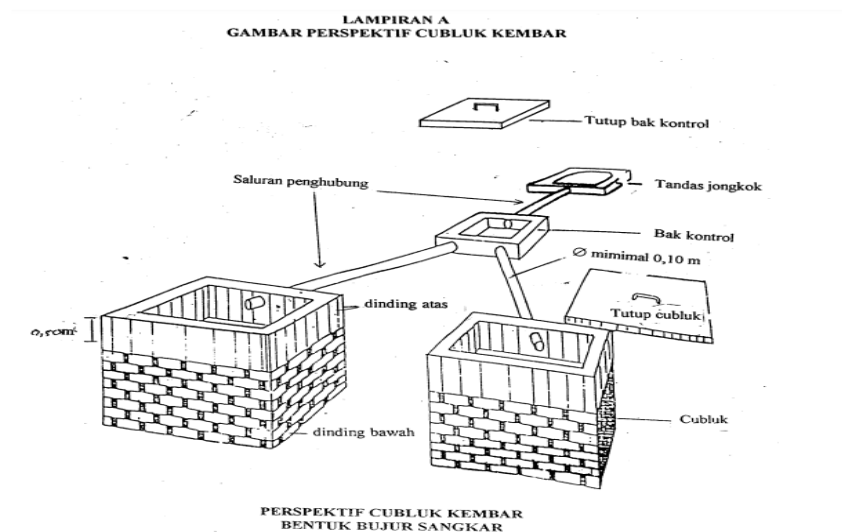
adalah suatu ruangan kedap air terdiri dari satu atau beberapa kompartemen yang berfungsi menampung dan mengolah air limbah rumah tangga dengan kecepatan aliran yang lambat, sehingga memberi kesempatan untuk terjadi pengendapan terhadap suspensi benda-benda padat dan kesempatan untuk penguraian bahan-bahan organik oleh jasad anaerobik membentuk bahan-bahan larut air dan gas (SNI 2398 tahun 2017 tentang Tata Cara Perencanaan Tangki Septik dengan Pengolahan Lanjutan). Tangki septik adalah jenis *on-site sanitation* yang sering disebut dengan sistem pengolahan air limbah domestik – setempat (SPALD-S).



Sumber: <https://blog.rhdesainrumah.com/desain-septic-tank-konvensional/>

2) Cubluk atau lubang tanah

Merupakan lubang galian yang akan menampung limbah padat dan cair dari jamban yang masuk setiap harinya dan akan meresapkan cairan limbah tersebut ke dalam tanah dengan tidak mencemari air tanah, sedangkan bagian padat dari limbah tersebut akan diuraikan secara biologis. Cubluk hanya untuk wilayah dengan kepadatan penduduk 25 jiwa per hektar dengan jarak minimal 10 meter dari sumber air.



Sistem Pengelolaan Air Limbah Domestik (SPALD)

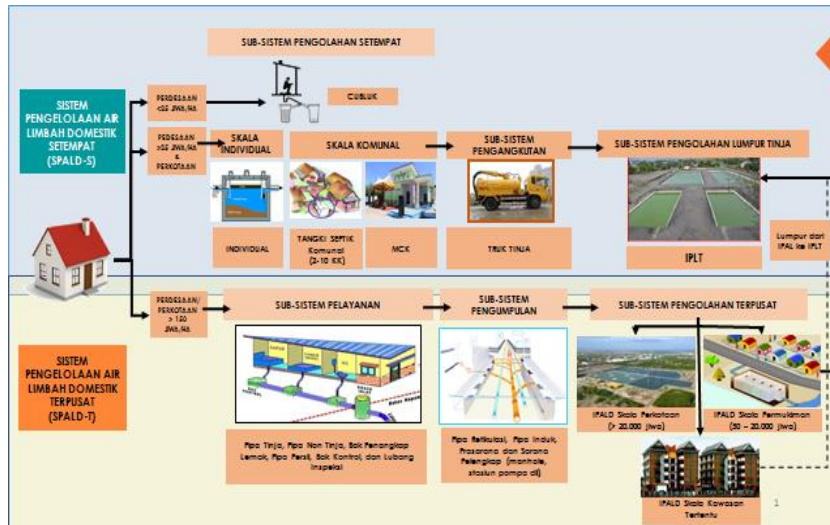
Air limbah domestik adalah air limbah yang berasal dari usaha dan/atau kegiatan pemukiman, rumah makan, perkantoran, perniagaan, apartemen, dan asrama. Sistem Pengelolaan Air Limbah Domestik yang selanjutnya disingkat SPALD adalah serangkaian kegiatan pengelolaan air limbah domestik dalam satu kesatuan dengan prasarana dan sarana pengelolaan air limbah domestik. Air limbah domestik terdiri dari air limbah kakus (*black water*) dan air limbah non kakus (*grey water*). Sistem pengolahan Air Limbah Domestik terdiri dari:

1. Sistem Pengelolaan Air Limbah Domestik Terpusat (SPALD-T)

SPALD-T merupakan sistem pengelolaan air limbah domestik yang terdiri dari sub sistem pelayanan, sub sistem pengumpulan, dan sub sistem pengolahan terpusat. Setiap individu yang mendapatkan akses ke SPALD-T sudah termasuk/dianggap mendapatkan akses sanitasi aman. SPALD-T adalah serangkaian kegiatan dalam melaksanakan pengembangan dan pengelolaan prasarana dan sarana untuk pelayanan air limbah domestik kakus dan non kakus.

2. Sistem Pengelolaan Air Limbah Domestik Setempat (SPALD-S)

SPALD-S merupakan sistem pengelolaan yang dilakukan dengan mengolah air limbah domestik di lokasi sumber, yang selanjutnya lumpur hasil olahan diangkut dengan sarana pengangkut ke sub-sistem pengolahan lumpur tinja.



2. PILAR KE 2 – CUCI TANGAN PAKAI SABUN (CTPS)

Pilar ke 2 atau Cuci tangan pakai sabun dipenuhi ketika setiap individu dalam rumah tangga memiliki dan menggunakan fasilitas cuci tangan dengan sabun dan air mengalir pada waktu-waktu kritis. Terdapat 3 tingkat layanan CTPS, yaitu:

a. Tidak ada layanan

Apabila tidak ada sama sekali baik fasilitas cuci tangan, sabun, ataupun air mengalir.

b. Terbatas

Apabila ada fasilitas tetapi tidak tersedia sabun ataupun air mengalir.

c. Dasar

Memiliki dan menggunakan fasilitas cuci tangan dengan sabun dan air mengalir. Dimana anggota rumah tangga dapat menyebutkan waktu kritis cuci tangan pakai sabun sebagai berikut:

- 1) sebelum makan
- 2) sebelum mengolah dan menghidangkan makanan
- 3) sebelum menyusui dan memberi makan bayi/balita
- 4) sebelum memegang/mengasuh bayi/balita
- 5) sesudah buang air besar/kecil
- 6) sesudah memegang hewan/unggas

serta melakukan langkah-langkah CTPS yang benar dengan mempraktekkan:

- 1) Basahi kedua tangan dengan air bersih mengalir.
- 2) Gunakan sabun pada tangan secukupnya.

- 3) Gosok telapak tangan yang satu ke telapak tangan lainnya
- 4) Gosok punggung tangan dan sela jari
- 5) Gosok telapak tangan dan sela jari dengan posisi saling bertautan
- 6) Gosok punggung jari ke telapak tangan dengan posisi jari saling bertautan
- 7) Genggam dan basuh ibu jari dengan posisi memutar
- 8) Gosok bagian ujung jari ke telapak tangan agar bagian kuku terkena sabun
- 9) Gosok tangan yang bersabun dengan air bersih mengalir
- 10) Keringkan tangan dengan lap sekali pakai atau tisu
- 11) Bersihkan pemutar keran air dengan lap sekali pakai atau tisu



3. PILAR KE 3 – PENGOLAHAN AIR MINUM DAN MAKANAN RUMAH TANGGA (PAMMRT)

Pengolahan Air Minum dan Makanan Rumah Tangga (PAMMRT) dipenuhi apabila setiap individu dalam rumah tangga melaksanakan pengolahan air minum dan makanan yang aman secara berkelanjutan serta menyediakan dan menggunakan tempat pengolahan air minum dan makanan rumah tangga yang aman. Adapun definisi operasional Pilar 3 adalah sebagai berikut:

PAMMRT	Definisi Operasional
Air Minum Aman	<p>Pelaku: Setiap individu anggota rumah tangga</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengonsumsi air minum yang berasal dari sumber air minum layak baik tanpa proses pengolahan yang memenuhi syarat kesehatan atau melalui proses pengolahan (misalnya merebus, klorin cair/klorin padat, UV, sodis, keramik filter, atau RO) 2. Jika air baku keruh dilakukan perbaikan kualitas air, seperti pengendapan atau penyaring. 3. Menyimpan air minum di dalam wadah yang tertutup rapat, kuat, serta terbuat dari bahan <i>stainless steel</i>, keramik, kaca dan jika terbuat dari plastik (tanda gelas dan garpu) dan diambil dengan cara yang aman (tidak tersentuh tangan atau mulut).
Makanan Aman dan Sehat	<p>5 kunci keamanan pangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjaga kebersihan 2. Memisahkan pangan mentah & pangan matang 3. Masaklah dengan benar 4. Jagalah pangan pada suhu aman 5. Gunakan air & bahan baku yang aman <p>Cara menyimpan peralatan pengolahan makanan dengan aman dan menjaga kebersihannya:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Peralatan makan (piring, sendok, garpu, dll) tidak kotor, tidak berdebu dan disimpan di tempat yang terlindung dari tikus, kecoa, dll. 2. Peralatan masak (panci, penggorengan, dll) tidak kotor, tidak berdebu, di simpan di tempat yang bersih 3. CTPS (Cuci Tangan Pakai Sabun) dengan air bersih mengalir 4. Memisahkan daging dan pangan hasil laut mentah dengan pangan lain 5. Memasak dengan benar sampai matang 6. Tidak membiarkan pangan matang pada suhu ruang lebih dari 4 jam 7. Gunakan air yang aman atau beri perlakuan agar air aman

a. Pengolahan air minum aman rumah tangga

1) Akses air minum

Mengacu pada tingkatan (*ladder*) SDGs, terdapat 5 (lima) tingkatan yang perlu diukur dalam mencapai akses universal dan merata terhadap air minum yang aman dan terjangkau bagi semua yaitu:

a) Akses air minum aman

yaitu akses air minum yang memenuhi 4 aspek:

- i. Sumber air minum layak (perpipaan, keran umum, sumur bor/pompa, mata air terlindung dan air hujan)
- ii. Lokasi sumber air minum berada di dalam atau di halaman rumah/*on premises* (selain air minum kemasan bermerek dan air isi ulang)
- iii. Rumah tangga dapat mengakses air minum saat dibutuhkan (tidak mengalami kesulitan pasokan air selama 24 jam)
- iv. Kualitas air minum bebas dari kontaminasi bakteri *faecal* dan kimiawi yang ditetapkan sesuai standar kualitas air minum nasional

b) Akses layak dasar

yaitu sumber air minum berasal dari sumber air minum layak (perpipaan, keran umum, sumur bor/pompa, mata air terlindung dan air hujan) dan waktu tempuh mengumpulkan air dari rumah ke sumber air minum (termasuk antre) sebesar kurang lebih atau sama dengan (\leq) 30 menit.

c) Akses layak terbatas

yaitu sumber air minum berasal dari sumber air minum layak (perpipaan, keran umum, sumur bor/pompa, mata air terlindung dan air hujan) dan waktu tempuh mengumpulkan air dari rumah ke sumber air minum sebesar lebih dari ($>$) 30 menit.

d) Akses tidak layak

yaitu sumber air minum yang berasal dari sumber air tidak terlindungi: sumur tidak terlindung atau mata air tidak terlindung.

e) Tidak ada layanan

yaitu sumber air secara langsung yang berasal dari air permukaan (sungai, danau, waduk, kolam, irigasi).

Berdasarkan dokumen JMP WHO-UNICEF, rumah tangga yang penggunaan air kemasan bisa dikategorikan dalam sumber air layak jika rumah tangga tersebut menggunakan sumber air minum layak untuk keperluan lain seperti mencuci, membersihkan, memasak dan kebersihan pribadi.

2) Pengolahan air

a) Pengolahan air baku (perbaikan kualitas air baku), apabila air baku keruh perlu dilakukan pengolahan awal, antara lain:

i. Pengendapan dengan gravitasi alami



ii. Penyaringan dengan kain



- iii. Pengendapan dengan bahan kimia/tawas.
Koagulasi dan flokulasi (penggumpalan), contoh: bubuk koagulan.



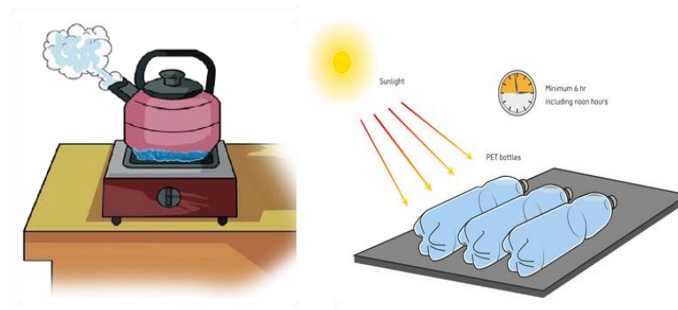
b) Pengolahan air minum

Pengolahan air minum di rumah tangga dilakukan untuk mendapatkan air dengan kualitas air minum. Cara pengolahan yang disarankan yaitu:

- i. Klorinasi, contoh: klorin cair, klorin tablet, dan sebagainya.



- ii. Disinfeksi, contoh: merebus, sodis (*Solar Water Disinfection*)



- iii. Filtrasi (penyaringan), contoh: *biosand* filter, keramik filter, dan sebagainya.



3) Wadah Penyimpanan Air Minum

Setelah pengolahan air, tahapan selanjutnya menyimpan air minum dengan aman untuk keperluan sehari-hari, dengan cara: menggunakan wadah yang bersih dan dibersihkan secara berkala, serta tertutup sehingga terhindar dari potensi kontaminasi dari luar

b. Pengolahan makanan rumah tangga yang aman

Pengolahan makanan rumah tangga yang aman yaitu kondisi ketika setiap rumah tangga (RT) melaksanakan pengamanan pangan (makanan dan minuman), dari gangguan vektor dan binatang pembawa penyakit serta, kontaminasi kuman penyakit dan/atau kontaminan lainnya.

Indikasi RT melakukan pengolahan makanan rumah tangga yang aman yaitu:

- 1) pangan tertutup dengan baik dengan penutup yang bersih
- 2) pangan tidak berdekatan bahan berbahaya dan beracun (deterjen, pestisida, cairan obat nyamuk, dan sejenisnya)
- 3) melakukan praktik penanganan pangan yang baik dan benar, sesuai 5 Kunci Keamanan Pangan sebagai berikut:



Gambar: Lima Kunci Keamanan Pangan

4. PILAR KE 4 – PENGELOLAAN SAMPAH RUMAH TANGGA (PSRT)

Pengelolaan sampah rumah tangga (berdasarkan PP 81 Tahun 2012) yaitu pengelolaan sampah kegiatan yang sistematis menyeluruh, berkesinambungan yang meliputi pengurangan (pembatasan timbulan sampah, pendaurulang sampah, pemanfaatan kembali sampah), dan penanganan (pemilahan, pengumpulan, pengangkutan, pengolahan, pemrosesan akhir sampah), dimana pemrosesan akhir sampah umumnya adalah tanggung jawab dari pengelola TPS/TPA.

Setiap aktivitas manusia pasti menghasilkan buangan atau sampah yang jumlah dan volumenya sebanding dengan tingkat konsumsi terhadap barang atau material yang digunakan sehari – hari. Oleh karena itu perlu dikelola agar tidak menimbulkan dampak negatif terhadap manusia dan lingkungan. Pengelolaan sampah rumah tangga dikelola mulai dari sumbernya yaitu rumah tangga. Pilar ke 4 STBM yaitu kondisi ketika setiap rumah tangga mengelola sampah dengan indikasi minimal:

- Tidak ada sampah berserakan di lingkungan sekitar rumah
- Ada tempat sampah yang tertutup, kuat dan mudah dibersihkan
- Ada perlakuan yang aman (tidak dibakar, tidak dibuang ke sungai/kebun/saluran drainase/tempat terbuka)

Apabila telah tersedia layanan persampahan (bank sampah, TPS3R) maka perilaku dapat ditingkatkan dengan melakukan:

- Memilah sampah organik dan anorganik. Jika memungkinkan memilah sampah organik, anorganik, B3, dan residu.
- Menempatkan sampah di tempat sampah tertutup dan terpilah.
- Melakukan pengolahan sampah organik.
- Mengumpulkan sampah ke tempat penampungan sementara atau Tempat Pengolahan Sampah dengan prinsip 3R mengumpulkan sampah daur ulang ke fasilitas daur ulang seperti bank sampah dan TPS3R, mengumpulkan sampah residu dan B3 ke TPS3R.

Adapun tangga perubahan perilaku dalam pengelolaan sampah dapat dapat tergambar sebagai berikut:



Gambar: Tangga perubahan perilaku pengelolaan sampah

Pengelolaan sampah di tingkat rumah tangga terdiri atas :

- Pengurangan sampah
adalah upaya pengelolaan sampah dengan cara mengurangi volume sampah itu sendiri dan mengurangi pemakaian barang atau benda yang tidak terlalu dibutuhkan yang meliputi kegiatan pembatasan timbulan sampah, pendauran ulang sampah dan pemanfaatan kembali sampah. Cara ini mengarah ke pencegahan dan sangat mudah bila dilakukan di dalam suatu kebiasaan rumah tangga, seperti:

- 1) mengambil makanan secukupnya dan memasak makanan tidak berlebihan sehingga akan mengurangi sisa makanan yang menjadi sampah.
- 2) membeli bahan makanan atau bahan kebutuhan rumah tangga secukupnya.
- 3) mencermati masa penggunaan bahan dengan melihat batas waktu pakai (*expired dated*) sehingga mengurangi sampah dari bahan yang sudah lewat waktu pakainya.

Berikut merupakan penjelasan mengenai kegiatan dalam pengurangan sampah yaitu sebagai berikut:

1) Pembatasan timbulan sampah

Upaya meminimalisasi timbulan sampah yang dilakukan sejak sebelum dihasilkannya suatu produk dan/atau kemasan produk sampai dengan saat berakhirnya kegunaan produk dan/atau kemasan produk. Contoh implementasi pembatasan timbulan sampah di rumah tangga antara lain:

- a) Penggunaan barang dan/atau kemasan yang dapat di daur ulang.
- b) Membatasi penggunaan kantong plastik.
- c) Menghindari penggunaan barang dan/atau kemasan/kantong plastik/tas belanja sekali pakai.

2) Pendaauran ulang sampah

Upaya memanfaatkan sampah menjadi barang yang berguna setelah melalui suatu proses pengolahan terlebih dahulu. Dalam upaya pendaauran ulang sampah ini akan bertujuan dalam menghasilkan produk yang sama atau produk yang lain, atau mendaur ulang barang lama menjadi barang baru, seperti:

- a) sampah organik (yang mudah membusuk) diolah menjadi kompos
- b) plastik diolah menjadi bijih plastik, menjadi barang kerajinan
- c) dikumpulkan melalui Bank Sampah di RT/RW/wilayah setempat

3) Pemanfaatan kembali sampah

Upaya untuk mengguna ulang sampah sesuai dengan fungsi yang sama atau fungsi yang berbeda dan/atau mengguna ulang bagian dari sampah yang masih bermanfaat tanpa melalui suatu proses pengolahan terlebih dahulu.

b. Penanganan sampah

Penanganan sampah di rumah tangga meliputi kegiatan sebagai berikut:

1) Pemilahan sampah

adalah memilah sampah secara terpisah, minimal organik dan anorganik. Tetapi disarankan agar memiliki 4 tempat sampah terpisah untuk organik, daur ulang/anorganik, B3, dan residu.

2) Pengolahan sampah

Pengolahan sampah di rumah tangga meliputi kegiatan pengomposan, pendauran ulang materi dan pengauran ulang energi.

3) Residu/sisa sampah

adalah sampah yang tidak bisa diolah oleh masyarakat akan diangkut oleh petugas dan dibuang ke TPA (Tempat Pengolahan Akhir).

Langkah-langkah pengelolaan sampah dapat dilihat ketersediaan sarana prasarana, akses transportasi dan kondisi geografis yang perlu diperhatikan dalam membuat rencana aksi. Kegiatan pengelolaan sampah di rumah tangga yang diharapkan antara lain:

a. Perilaku memilah sampah

b. Pengurangan timbulan sampah

c. Pemeliharaan sarana dan prasarana persampahan di lingkungan rumah tangga

d. Kemauan membayar retribusi

e. Rumah Tangga terkoneksi dengan sistem layanan persampahan



Gambar: Alur Pengelolaan sampah

5. PILAR KE 5 – PENGELOLAAN AIR LIMBAH DOMESTIK RUMAH TANGGA

Pilar ke 5 yaitu Pengelolaan Air Limbah Domestik Rumah Tangga non kakus (*grey water*) dipenuhi jika:

- Tidak terlihat genangan air di sekitar rumah,
- Dialirkan ke saluran air limbah yang kedap tertutup,
- Air limbah domestik dilakukan pengolahan atau dialirkan ke sumur resapan sebelum dialirkan ke badan air/saluran drainase.



Gambar: Tangga Perubahan Perilaku Pengelolaan Air Limbah Domestik

Air limbah domestik adalah air limbah yang berasal dari usaha dan/atau kegiatan pemukiman, rumah makan, perkantoran, perniagaan, apartemen, dan asrama. Air limbah tentunya merupakan suatu hal yang perlu diperhatikan karena berpotensi mencemari lingkungan yang selanjutnya bisa berdampak buruk bagi makhluk hidup termasuk manusia. Sistem Pengelolaan Air Limbah Domestik yang selanjutnya disingkat SPALD adalah serangkaian kegiatan pengelolaan air limbah domestik dalam satu kesatuan dengan prasarana dan sarana pengelolaan air limbah domestik. SPALD dapat berupa SPALD Setempat dan Terpusat. Air Limbah Domestik Rumah Tangga terdiri dari:

- a. air limbah kakus (*black water*);
limbah kakus yang terdiri dari kotoran manusia dan hewan.
- b. air limbah non kakus (*grey water*).
limbah non-kakus yang berasal dari aktivitas memasak dan mencuci di rumah pemukiman atau industri.

Pengelolaan Limbah Domestik

Pada kawasan permukiman yang sudah tersedia sarana IPAL (Instalasi Pengolahan Air Limbah) komunal atau Sistem Pengelolaan Limbah Domestik Terpusat (SPLD-T) dengan sistem perpipaan dapat langsung tersambung ke rumah tangga. Sistem SPAL pada daerah dengan kepadatan penduduk tinggi dan tidak tersedianya lahan untuk pembangunan SPAL maka dapat dibuat SPAL semi komunal untuk beberapa sambungan rumah tangga dengan memanfaatkan fasilitas umum seperti jalan/gang.

Pada permukiman yang belum memiliki sarana IPAL komunal atau SPLD-T namun memiliki tangki septik yang sesuai standar dilengkapi dengan bidang resapan dan biofilter maka air limbah dari mandi, cuci dan dapur dapat digabung dengan limbah dari jamban/kakus. Sistem Pengolahan Air Limbah (SPAL) sederhana dapat dipakai dalam menangani limbah cair rumah tangga non kakus jika tangki septik belum memenuhi syarat untuk digabung dengan limbah cair kakus. Pada SPAL, dibutuhkan dua buah bak yaitu bak pengumpul dan tangki resapan. Pada bak pengumpul, diberi ruang yang berguna sebagai penangkap sampah, pasir dan minyak. Pada ruangan tersebut, disekat dengan menggunakan kasa setebal satu sentimeter. Kasa tersebut bertugas menyaring air limbah yang masuk, sehingga hanya air limbah saja yang masuk ke dalam tangki resapan. Pada tangki resapan, terdapat arang dan batu koral yang bertugas menyaring zat pencemar.

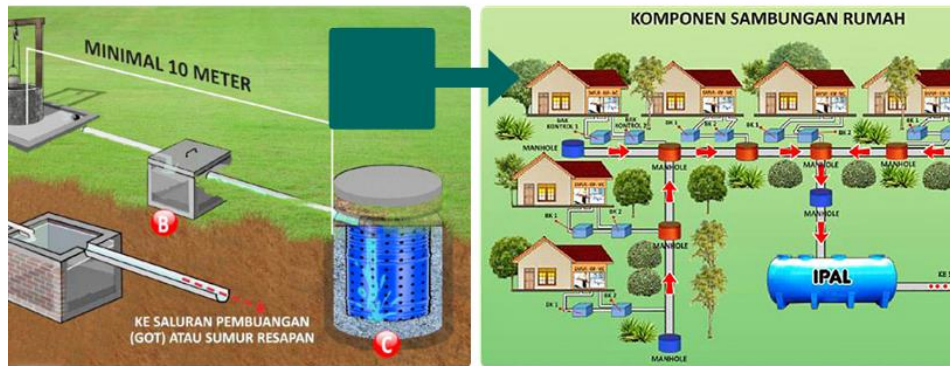
Jarak antara sumur air bersih ke tangki resapan minimum 10 meter supaya air bersih tidak tercemar.

Pengelolaan limbah cair rumah tangga non kakus dapat menggunakan sistem pengolahan limbah sederhana. Pada SPAL, dibutuhkan dua buah bak, yaitu bak pengumpul dan tangki resapan. Pada bak pengumpul, diberi ruang yang berguna sebagai penangkap sampah, pasir dan minyak. Pada ruangan tersebut, disekat dengan menggunakan kasa setebal satu sentimeter. Kasa tersebut bertugas menyaring air limbah yang masuk, sehingga hanya air limbah saja yang masuk ke dalam tangki resapan. Pada tangki resapan, terdapat arang dan batu koral yang bertugas menyaring zat pencemar.



Gambar: Skema Pengolahan Air Limbah Domestik

Tangki resapan dapat terbuat dari anyaman bambu, drum atau susunan batu bata kosong yang diberi lapisan ijuk, kerikil/koral dan arang. Jarak antara sumur air bersih ke tangki resapan minimum 10 meter supaya air bersih tidak tercemar.



Gambar: Sistem Pengolahan Air Limbah atau Sumur Resapan

Terdapat teknologi dimana air limbah rumah tangga non kakus (*grey water*) dapat diolah dalam satu sistem dengan air limbah kakus (*black water*) dipenuhi jika:

- RT dengan akses sanitasi layak dengan tangki septik yang kedap individu atau komunal, atau tersambung dengan sistem terpusat,
- RT dengan sistem setempat melakukan penyedotan tinja 3-5 tahun.

2.2. TATA CARA PEMICUAN STBM

Pemicuan adalah cara untuk mendorong perubahan perilaku higiene dan sanitasi individu atau masyarakat atas kesadaran sendiri dengan menyentuh perasaan, pola pikir, perilaku, dan kebiasaan individu atau masyarakat. Kegiatan ini dilakukan bersama oleh masyarakat untuk membangun pemahaman tentang kondisi lingkungannya dan secara mandiri menyusun rencana aksi untuk memperbaiki kondisi sanitasi dan lingkungannya dengan mempertimbangkan aspek dampak perubahan iklim, kesetaraan gender, disabilitas dan inklusi sosial.

Pemicuan 5 pilar STBM dilakukan oleh fasilitator bersama masyarakat, bertujuan untuk membangun pemahaman masyarakat tentang kondisi lingkungannya dan secara mandiri menyusun rencana aksi untuk mendorong perubahan perilaku dan memperbaiki kondisi sanitasi dan lingkungan.



Pemicuan dan tahapannya harus disesuaikan dengan konteks masyarakat yang dipicu. Perlu dilakukan penyesuaian dalam kegiatan pemicuan di daerah perkotaan dan daerah perdesaan. Pemicuan dapat dilakukan pilar demi pilar, beberapa pilar bersamaan, atau 5 pilar sekaligus.

1. Sasaran Pemicuan

Sasaran Pemicuan adalah masyarakat, termasuk laki-laki, perempuan, penyandang disabilitas, dan kelompok marginal lainnya yang ada dalam komunitas masyarakat (RW/dusun/desa), institusi/tempat fasilitas umum serta lokasi situasi khusus/bencana dengan kriteria sebagai berikut:

- Semua keluarga/komunitas yang belum melaksanakan salah satu atau lima pilar STBM.
- Semua keluarga/komunitas yang telah memiliki fasilitas sanitasi tetapi belum memenuhi persyaratan layak dan aman.
- Tokoh kunci atau institusi yang memiliki pengaruh untuk memobilisasi, memicu, dan mendorong perubahan perilaku di masyarakat.

Lokasi pemicuan:

- desa
- kota
- sekolah
- daerah bencana
- tempat fasilitas umum yang belum memenuhi syarat sanitasi layak, seperti di fasilitas pendidikan, *rest area*, terminal, dan lainnya.
- dll.

2. Topik kunci yang didiskusikan dengan masyarakat dalam pemicuan antara lain:

- a. Stop Buang Air Besar Sembarangan (Pilar 1) antara lain:
 - 1) Buang air besar sembarangan akan mencemari lingkungan dan akan menjadi sumber penyakit.
 - 2) Buang air besar dengan cara yang aman dan sehat berarti telah turut menjaga lingkungan.
 - 3) Membuang popok bayi yang mengandung tinja ke tempat sampah sama dengan buang air besar sembarangan.
 - 4) Dengan membuang tinja yang ada di popok bayi ke jamban aman, berarti orang tua sudah merawat anak dengan cara yang sehat.
 - 5) Orang tua hebat buang tinja di popok bayi ke jamban yang aman.
 - 6) Bangga punya jamban pribadi dirumah karena nyaman, aman dan sehat.
 - 7) Gunakan jamban dengan penampungan yang kedap/tangki septik agar tidak mencemari air tanah dan juga lingkungan.
 - 8) Harus melakukan penyedotan secara berkala untuk untuk tangki septik.
 - 9) Jamban harus aman dan nyaman untuk semua pengguna termasuk anak, perempuan, disabilitas dan lansia.
 - 10) Memastikan jamban dan tempat penampungan tinja aman digunakan di masa-masa bencana, seperti banjir atau kekeringan.
- b. Cuci Tangan Pakai Sabun (Pilar 2) antara lain:
 - 1) Ingin hidup lebih sehat lakukan Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS) di waktu waktu penting.
 - 2) Enam waktu penting cuci tangan adalah sesudah buang air besar dan air kecil, setelah menceboki anak, sebelum menyusui, sebelum menyiapkan makanan, sebelum menyuapi anak, dan setiap kali tangan kotor setelah memegang uang, binatang atau berkebun.
 - 3) Orang tua yang hebat menyediakan sarana CTPS yang mudah diakses oleh semua penghuni rumah.
 - 4) Orang tua yang hebat membiasakan anak dan keluarga melakukan cuci tangan pakai sabun.

- 5) Cukup 20 detik 6 langkah Cuci Tangan Pakai Sabun untuk menghindari penyakit.
- c. Pengolahan Air Minum dan Makanan di Rumah Tangga (Pilar 3) antara lain:
- 1) Memastikan air dan makanan yang akan dikonsumsi memenuhi syarat kesehatan dan aman untuk dikonsumsi.
 - 2) Bila menggunakan air isi ulang, pastikan depot tempat pembelian air minum telah melakukan pemeriksaan kualitas air secara rutin.
 - 3) Menggunakan sumber air yang aman di rumah.
 - 4) Melakukan *treatment* atau pengolahan terhadap air sebelum dikonsumsi misalnya dengan merebus sampai mendidih, klorinasi, penjernihan dan cara-cara lain yang sesuai. Begitu juga dengan pengolahan dan penanganan makanan yang sehat.
 - 5) Merawat dan menjaga kesehatan keluarga dengan menyimpan peralatan pengolahan pangan dengan aman dan menjaga kebersihannya.
 - 6) Pastikan bahan makanan yang digunakan bebas dari bahan berbahaya, pewarna dan pemanis buatan.
 - 7) Jangan lupa menutup makanan dan minuman yang disajikan dengan baik dan benar agar tidak terkontaminasi.
 - 8) Gunakan air dan bahan baku makanan yang aman dan bersih.
- d. Pengelolaan Sampah Rumah Tangga (Pilar 4) antara lain:
- 1) Kurangi, pilah, dan olah sampah mulai dari rumah.
 - 2) Lingkungan sehat bebas sampah yang berserakan.
 - 3) Pilahlah sampah kering, basah dan B3 di rumahmu.
 - 4) Sudahkah rumah dilengkapi tempat sampah yang aman?
 - 5) Sampah terpilah dapat diolah dan menjadi berkah (meningkatkan nilai ekonomi).
 - 6) Pengelolaan sampah terpilah dapat dilakukan dengan pembuatan kompos, menyetorkan sampah daur ulang ke sistem pelayanan persampahan setempat.
 - 7) Sampah pembalut sekali pakai (*menstrual sanitary pad*) merupakan limbah medis dan tidak bisa digabungkan dengan sampah domestik.

- e. Pengelolaan Air Limbah Domestik Rumah Tangga (Pilar 5) antara lain:
- 1) Genangan air limbah menjadi tempat bersarangnya penyakit.
 - 2) Jagalah kebersihan lingkungan dan hindari pencemaran dengan mengelola air limbah dengan aman dan sehat.
 - 3) Banyak penyakit yang dapat dihindari dengan cara membersihkan lingkungan dari pencemaran air limbah rumah tangga.

3. Prinsip Pemicuan

Pemicuan dipimpin oleh seorang pemandu atau fasilitator. Fasilitator pada dasarnya menciptakan suasana yang memfasilitasi proses analisis masalah dan identifikasi solusi oleh masyarakat. Prinsip-prinsip pemicuan disini adalah apa yang boleh dilakukan dan tidak boleh dilakukan oleh fasilitator dalam pemicuan agar hasil yang diharapkan tercapai. Prinsip-prinsip tersebut sebagaimana dalam tabel berikut:

Boleh dilakukan:	Tidak boleh dilakukan:
Memfasilitasi proses, meminta pendapat, dan mendengarkan	Menggurui
Membiarkan individu menyadari sendiri	Mengatakan apa yang baik dan buruk (mengajari)
Biarkan orang-orang menyampaikan inovasi jamban-jamban/kakus	Mempromosikan rancangan/desain jamban/kakus khusus
Tanpa subsidi	Menawarkan subsidi

4. Pelaku Pemicuan

Pada dasarnya pemicuan dapat dilakukan oleh siapa saja asalkan sudah mengetahui dan memahami metode pemicuan (*triggering method*) STBM. Individu atau kelompok yang biasanya melakukan pemicuan adalah sebagai berikut:

- a. Tim Fasilitator STBM Desa/kelurahan yang bisa terdiri dari relawan, kader kesehatan, tokoh masyarakat, tokoh agama, tokoh adat, dengan dukungan kepala

desa/lurah, dapat dibantu oleh orang lain yang berasal dari dalam ataupun dari luar desa atau kelurahan tersebut.

- b. *Natural leader* atau orang yang didengarkan oleh orang lain atau memiliki kapasitas memimpin orang lain, dapat dijadikan sebagai anggota Tim Fasilitator STBM Desa untuk keberlanjutan STBM.
- c. Sanitarian/Tenaga Sanitasi Lingkungan, Bidan desa dan tenaga kesehatan lain di puskesmas
- d. Pihak-pihak lainnya yang bersedia terlibat termasuk pemuda, perempuan dan kelompok disabilitas.

5. Kegiatan pemicuan

Pemicuan dilakukan dalam periode tertentu dan dapat dilakukan lebih dari 1 kali. Orang yang telah terpicu adalah orang yang tergerak dengan spontan dan menyatakan untuk merubah perilaku. Biasanya pelopor perubahan perilaku ini disebut dengan *natural leader*.

Kegiatan pemicuan dilakukan secara bertahap yang terdiri dari 3 kegiatan yaitu Pra Pemicuan, Pelaksanaan Pemicuan dan Pasca Pemicuan adalah sebagai berikut:

a. Kegiatan pra pemicuan

Setiap lokasi daerah yang akan dipicu memiliki karakteristik yang berbeda, sehingga sebelum kita melakukan pelaksanaan pemicuan ada tahapan pra pelaksanaan pemicuan yang harus dilakukan antara lain:

1) **Observasi**

Penting untuk memiliki informasi dan data-data dasar lingkungan tersebut sebelum melakukan pemicuan. Informasi yang perlu dicari adalah jumlah KK, penyandang disabilitas, lansia, ibu hamil, dan kelompok yang teresklusi (marginal) lainnya. Pengamatan hal-hal terkait dengan 5 pilar seperti kepemilikan dan akses sarana sanitasi, akses air, ada tidaknya aliran sungai, dan sebagainya. Kondisi geografis, data bencana, dan dampak perubahan iklim yang bisa mengganggu layanan air minum dan sanitasi perlu diidentifikasi. Informasi terkait tradisi/budaya setempat, sarana dan prasarana yang ada di masyarakat seperti sekolah, tempat ibadah dan lain-lain yang dirasa perlu. Informasi ini penting untuk menentukan bentuk pendekatan yang paling efektif dan mudah diterima oleh masyarakat.

2) **Advokasi**

Kegiatan advokasi diawali terlebih dahulu dengan melakukan analisa stakeholder atau aktor yang bersinggungan dengan isu STBM, seperti melihat siapa saja yang memiliki ketertarikan terhadap atau bersinggungan dengan STBM di wilayah tersebut, siapa yang mungkin mempengaruhi atau dipengaruhi oleh STBM, atau memetakan tokoh yang berpengaruh. Setelah melakukan analisa stakeholder, kegiatan advokasi kepada setiap stakeholder. Advokasi terkait pemicuan yang akan dilakukan perlu dilakukan juga kepada koperasi atau lembaga keuangan mikro sebagai alternatif pembiayaan, dan wirausaha sanitasi sebagai penyedia sarana sanitasi. Hal ini diperlukan sebagai alternatif solusi pencapaian 5 pilar STBM. Advokasi dengan membawa bahan-bahan sebagai berikut:

- a) data analisis
- b) data capaian
- c) kerugian ekonomi

b. **Persiapan teknis dan logistik**

Persiapan teknis logistik seperti tempat pelaksanaan kegiatan, waktu pelaksanaan dan juga penyampaian undangan. Setiap kelompok masyarakat dan stakeholder terkait wajib untuk diundang, termasuk kelompok-kelompok marginal, minoritas, dan disabilitas. Tahapan ini tergantung dari lokasi dan rencana proses pemicuan yang dilakukan oleh tim fasilitator sehingga tidak ada standar baku yang harus disiapkan. Waktu pemicuan juga perlu didiskusikan oleh semua pihak agar sebisa mungkin setiap kelompok atau stakeholder bisa hadir dan terlibat dalam acara tersebut.

c. **Pelaksanaan Pemicuan**

Inti dari pemicuan adalah membantu masyarakat untuk melakukan analisa terhadap kondisi dan permasalahan lingkungan mereka terkait air dan sanitasi. Pemicuan bisa dilakukan di ruang terbuka maupun tertutup. Penting untuk bisa mengoptimalkan elemen pemicuan agar memicu masyarakat untuk berubah. Metode pemicuan yang digunakan disesuaikan dengan kondisi dan karakteristik

dari masyarakat setempat. Untuk memfasilitasi masyarakat dalam menganalisa kondisinya diperlukan beberapa alat partisipasi yaitu:

1) **Pengantar pertemuan**

- a) Memperkenalkan diri beserta semua anggota tim dan membangun hubungan setara dengan masyarakat yang akan dipicu.
- b) Menjelaskan tujuan keberadaan kader dan atau fasilitator. Tujuannya adalah untuk belajar tentang kebiasaan masyarakat yang berhubungan dengan kesehatan lingkungan.
- c) Menjelaskan bahwa kader dan atau fasilitator akan banyak bertanya dan minta kesediaan masyarakat yang hadir untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan dengan jujur.
- d) Menjelaskan bahwa kedatangan kader dan atau fasilitator bukan untuk memberikan bantuan dalam bentuk apapun (uang, semen dan lain-lain), melainkan untuk belajar.

b) **Pencairan suasana**

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

Pencairan suasana bisa dilakukan dengan permainan yang menghibur, mudah dilakukan oleh masyarakat, melibatkan banyak orang.

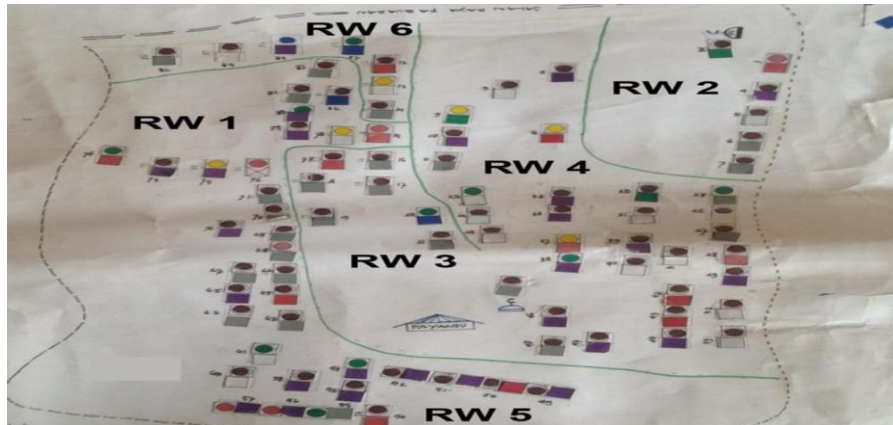
c) **Identifikasi istilah-istilah yang terkait dengan sanitasi**

- a) Fasilitator dan/atau kader dapat memulai dengan pertanyaan, misalnya
“Siapa yang melihat atau mencium bau kotoran manusia pada hari ini?”
“Siapa saja yang BAB di tempat terbuka pada hari ini?”
- b) Setelah itu sepakati bersama tentang penggunaan kata BAB dan kotoran manusia dengan bahasa setempat yang kasar, misal “berak” untuk BAB dan “tai” untuk kotoran manusia. Gunakan kata-kata ini selama proses analisis.

d) **Pemetaan Sosial**

Tujuan dari kegiatan ini adalah untuk mendapatkan gambaran tentang persepsi masyarakat mengenai lingkungannya: sarana, prasarana, perilaku, kondisi, dan sebagainya. mendapatkan gambaran tentang kegiatan sehari-hari masyarakat yang berkaitan dengan kesehatan, sanitasi dan perilaku higiene.

Mendapatkan gambaran tentang partisipasi kelompok dalam kegiatan di lingkungan tersebut. Hasil dari pemetaan sosial ini nantinya juga akan bisa digunakan sebagai salah satu alat monitoring peningkatan akses sanitasi pasca pemicuan.



Gambar: Peta Sanitasi

e) **Penelusuran Lingkungan (*Transect Walk*)**

Kegiatan ini merupakan kegiatan lanjutan dari pemetaan sosial. Penelusuran lingkungan dilakukan untuk mengonfirmasi peta yang sudah dibuat dan dianalisa masyarakat. Dalam kegiatan ini, masyarakat diajak untuk menelusuri lingkungan tempat tinggalnya serta mengamati kondisi perilaku air dan sanitasi secara langsung. Ketika melakukan pengamatan di lapangan, jika ada temuan di sepanjang jalur penelusuran lingkungan, misalkan ada pipa buangan wc yang langsung ke empang/sungai, ajak peserta untuk berdiskusi dan juga melakukan pemicuan. Pemetaan ini dilakukan dengan metode partisipatif oleh peserta/masyarakat yang hadir dan disesuaikan dengan konteks masyarakat yang dipicu.

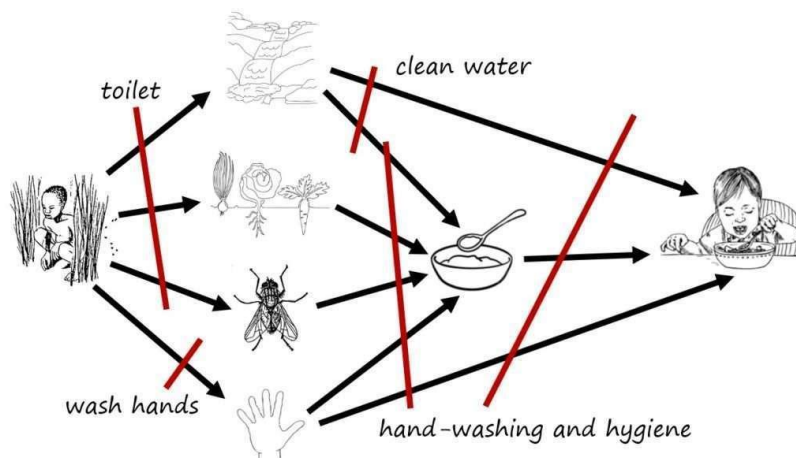


Gambar: Penelusuran Lingkungan

f) **Diskusi kelompok terfokus**

Diskusi kelompok terfokus merupakan puncak pemicuan bertujuan untuk memberikan pemahaman tentang alur penularan kuman atau penyakit, mengenali media atau vektor dan cara penularannya, serta mengetahui cara pencegahannya dengan menyampaikan pesan kunci pelaksanaan 5 pilar STBM dengan media diagram alur kontaminasi dan pencegahannya (*blocking*). Menggugah masyarakat untuk mau berubah, mencari solusi bersama ke akses sanitasi yang aman, kemudian dituangkan ke dalam Rencana Kerja Masyarakat (RKM) yang disusun secara bersama. Proses diskusi ini diikuti oleh seluruh peserta termasuk kelompok disabilitas, lansia, dan perempuan. Diharapkan pada tahap ini dapat memunculkan *natural leader* yang akan memimpin masyarakat dalam perubahan perilaku.

- a) Pada waktu puncak pemicuan ini, gunakan elemen-elemen pemicuan antara lain: rasa jijik, rasa malu, harga diri, takut sakit, takut mati, takut dosa, takut masuk neraka, faktor ekonomi dan elemen lainnya yang sesuai dengan pilar STBM yang sedang dipicu.
- b) Dapat digunakan juga alat lainnya berupa simulasi antara lain: simulasi air terkontaminasi, simulasi cuci tangan dengan zat warna iodine, dan metode simulasi lain yang sesuai.



Sumber: <https://water1st.org/problem/f-diagram/>

d. Pasca Pemicuan

Tahapan ini adalah tahapan paling penting dimana perlu ada pendampingan untuk memastikan terjadinya perubahan perilaku dan keberlanjutannya. Kegiatan yang dilakukan tetap berdasarkan kepada 3 komponen STBM, yaitu *enabling environment*, *increasing demand*, dan *improving supply*. Kegiatan yang dilakukan pada saat pasca pemicuan ini antara lain:

1) *Enabling environment*

- a) Membangun ulang komitmen

Bertujuan untuk meningkatkan motivasi masyarakat untuk melaksanakan RKM yang telah disusun pada diskusi kelompok kemudian melakukan monitoring dan evaluasi terhadap implementasi RKM.

- b) Membangun kerjasama dengan lembaga keuangan

Tidak semua masyarakat yang bersedia merubah prilakunya bisa menyiapkan pembiayaan untuk pengadaan sarana sanitasi secara tunai. Dibutuhkan pilihan lain, dengan mendorong penyedia sarana sanitasi untuk bekerja sama dengan penyelenggara pembiayaan alternatif lainnya seperti lembaga ZISWAF, bank, lembaga keuangan mikro dan lain-lain untuk menyiapkan skema kredit sanitasi.

- c) Pendampingan dan Memastikan Proses Hibah (bila ada)

Apabila ada hibah atau bantuan dari berasal dari pemerintah, swasta, donor atau sumber lainnya pastikan proses penentuan penerima bantuan bersifat partisipatif dan disepakati bersama oleh masyarakat. Pastikan

penerimanya adalah rumah tangga berpenghasilan rendah dengan memperhatikan inklusi sosial.

2) *Increasing demand*

a) Melakukan Promosi di tingkat Rumah Tangga

Promosi di tingkat masyarakat harus terus menerus dilakukan. Target utamanya adalah masyarakat yang belum terpicu dan memastikan agar tidak terjadi perilaku kembali BABS (*Slippage*) pada masyarakat yang sudah terpicu. Media promosi yang digunakan bisa bermacam macam yang disesuaikan dengan karakteristik masyarakat setempat.

b) Monitoring dan Evaluasi Perubahan Perilaku

Tujuan kegiatan ini untuk melihat perubahan perilaku dan peningkatan akses yang terjadi di masyarakat. Monitoring dilakukan dengan melibatkan masyarakat untuk memastikan rencana kerja STBM dilaksanakan, dan perubahan perilaku serta peningkatan akses terjadi.

3) *Improving supply*

a) Pilihan Opsi Teknologi 5 Pilar STBM

Pemilihan opsi Teknologi 5 Pilar STBM harus sesuai dengan standar aman, kondisi lingkungan, memenuhi persyaratan kesehatan dan terjangkau oleh masyarakat. Untuk peningkatan kualitas fasilitas sanitasi dari Teknologi 5 Pilar STBM selanjutnya juga dapat mempertimbangkan responsif gender, inklusi sosial, bencana dan dampak iklim yang dapat mempengaruhi penggunaan fasilitas sanitasi yang dimiliki atau akan dibuat oleh masyarakat.

b) Mengembangkan Wirausaha Sanitasi

Wirausaha sanitasi seperti pencetakan kloset leher angsa, pembuatan sabun organik, pengusahaan alat-alat pengolahan air sederhana, pembuatan kompos, dan kegiatan sanitasi lain yang berpotensi menjadi sumber penghasilan dapat diusahakan untuk mendorong ketersediaan sarana air dan sanitasi yang terjangkau.

c) Membangun jejaring layanan penyedia sarana sanitasi

Setelah masyarakat terpicu dan mau berubah, secara otomatis masyarakat akan membutuhkan sarana sanitasi yang memenuhi standar aman. Disamping itu jejaring layanan penyedia sarana sanitasi perlu

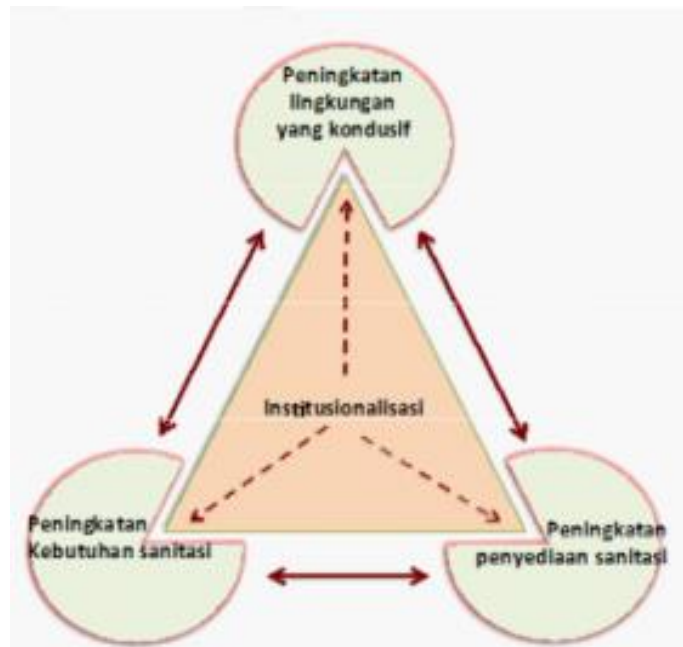
dibangun dan dibina untuk mensinergikan potensi-potensi yang ada dimasyarakat dalam percepatan pencapaian rencana yang sudah disusun masyarakat.

2.3. PENYELENGGARAAN STBM

Strategi Penyelenggaraan STBM

Strategi penyelenggaraan STBM meliputi 3 (tiga) komponen yang saling mendukung satu dengan yang lain yaitu:

1. Penciptaan lingkungan yang kondusif (*enabling environment*);
2. Peningkatan kebutuhan sanitasi (*increasing demand*); dan
3. Peningkatan penyediaan akses sanitasi (*improving supply*).



Gambar: Skema Strategi Penyelenggaraan STBM

1. Penciptaan Lingkungan yang Kondusif

Komponen ini mencakup advokasi kepada Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan pemangku kepentingan dalam mengembangkan komitmen bersama untuk melembagakan program pembangunan sanitasi yang berkelanjutan serta responsif gender dan inklusif sosial yang diharapkan akan menghasilkan:

- a. Komitmen pemerintah daerah untuk penyediaan sarana sanitasi layak dan aman untuk seluruh masyarakat
- b. Kebijakan daerah dan peraturan daerah yang mendukung program sanitasi seperti Keputusan Bupati/Walikota, Peraturan Daerah, Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD), Rencana Strategis (Renstra) Daerah, Peraturan Desa dan lain-lain.
- c. Terbentuknya forum koordinasi perangkat daerah kelompok kerja yang mengarusutamakan sektor sanitasi, yang menghasilkan peningkatan anggaran sanitasi daerah serta koordinasi sumber daya dari Pemerintah maupun non Pemerintah.
- d. Tersedianya tim STBM Desa, tim STBM Kecamatan, tim STBM Kabupaten/Kota, fasilitator STBM beserta program peningkatan kapasitas tentang STBM.
- e. Tersedianya sistem pemantauan hasil kinerja program serta proses pengelolaan pembelajaran (berbasis *online* atau konvensional).

2. Peningkatan Kebutuhan Sanitasi

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

- a. Pemicuan perubahan perilaku 5 pilar STBM; dengan melibatkan perempuan, laki-laki dan kelompok disabilitas hadir dalam kegiatan pemicuan;
- b. Promosi dan kampanye perubahan perilaku higienis dan saniter;
- c. Penyampaian pesan perubahan perilaku melalui semua saluran komunikasi termasuk media massa, mobilisasi masyarakat, komunikasi antar pribadi, penyuluhan, pertemuan ibadah dan media komunikasi lainnya, dan mempromosikan pembangunan sarana sanitasi yang bisa diakses oleh semua orang termasuk penyandang disabilitas fisik;
- d. Menggalang komitmen masyarakat dalam perubahan perilaku;
- e. Memfasilitasi terbentuknya tim STBM Desa, tim STBM Kecamatan, tim STBM Kabupaten/Kota untuk menciptakan kebutuhan sanitasi; dan mempertimbangkan keterwakilan kelompok perempuan dan penyandang disabilitas; dan
- f. Mengembangkan mekanisme pemberian penghargaan terhadap masyarakat/institusi yang berubah perilaku.

3. Peningkatan Penyediaan Akses Sanitasi

Peningkatan penyediaan akses sanitasi secara khusus diprioritaskan untuk meningkatkan dan mengembangkan percepatan penyediaan akses dan layanan sanitasi yang layak, aman, memenuhi syarat kesehatan, bisa digunakan oleh semua orang dan terjangkau, melalui pengembangan teknologi inovatif melalui pengembangan pasar sanitasi dan peningkatan kualitas sarana, yaitu:

- a. Memastikan sarana sanitasi yang terbangun aman dan bisa digunakan semua orang yang dapat diakses secara aman termasuk penyandang disabilitas;
- b. Mengembangkan opsi teknologi sarana 5 pilar STBM yang sesuai kebutuhan dan terjangkau;
- c. Menciptakan dan memperkuat jejaring pasar sarana 5 pilar STBM;
- d. Mengembangkan mekanisme peningkatan kapasitas pelaku pasar sarana 5 pilar STBM;
- e. Mengembangkan mekanisme pendanaan pembangunan dan peningkatan kualitas sarana 5 pilar STBM baik melalui antara lain kredit mikro, hibah, arisan, penggunaan dana ziswaf dll; dan
- f. Mengembangkan wirausaha STBM dan kelembagaannya untuk memastikan keberlanjutan misalnya BUMDes, koperasi, asosiasi, CSR, atau bentuk lainnya.

2.4. PENDANAAN

Prinsip pendanaan dari kegiatan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat mengedepankan kemandirian atau kontribusi masyarakat (tanpa subsidi). Dalam pelaksanaan perubahan perilaku, fasilitator dapat menggali potensi masyarakat untuk membangun sarannya sendiri, menjadikan masyarakat sebagai pemimpin dan mengembangkan solidaritas sosial (Gotong Royong), sehingga seluruh komponen masyarakat terlibat penerapan Lima Pilar STBM ini.

Pendanaan dengan subsidi terbatas pada tahapan intervensi dapat dipertimbangkan sesuai kondisi ekonomi masyarakat. Masyarakat yang miskin dan terabaikan (marginal) termasuk difabel serta membutuhkan pendanaan dapat difasilitasi dari berbagai sumber pembiayaan baik bersumber dari anggaran pemerintah maupun non pemerintah. Hal ini membantu untuk meningkatkan akses sarana masyarakat sangat miskin sehingga membantu percepatan

implementasi lima pilar STBM Kabupaten/Kota. Kebijakan ini mendorong tersedianya mekanisme pembiayaan yang bersumber antara lain dari:

1. Pemerintah (DAK fisik dan non fisik, APBN, APBD, APBDes, ADD, Dana kelurahan, Program Kerjasama TNI, dsb).
2. Hibah (kerjasama luar negeri, lembaga donor, dsb)
3. Swasta dan Mitra (Organisasi profesi, LSM, CSR, Baznas, Koperasi, Yayasan, Perkumpulan, Alumni, Mikro kredit lainnya).
4. Swadaya Masyarakat (Tabungan, Arisan, Iuran dsb).

Kebijakan dan mekanisme pendanaan tersebut diatas dapat digunakan dalam rangka pendampingan, pembinaan, monitoring dan evaluasi.

Catatan:

1. Biaya operasional pengelolaan sampah di tingkat rumah tangga dengan kontribusi masyarakat dan atau dana kelurahan dengan sarana prasarana disediakan oleh Pemerintah kota.
2. Peluang dana desa bagi pemerintah desa menjadi jawaban bagi kebutuhan masyarakat untuk mengelola sampah rumah tangga dengan membuat TPS 3R (Tempat Penyimpanan Sementara *Reduce, Reuse, Recycle*) atau membuat Bank Sampah. Agar mekanisme pengelolaan sampah dapat berjalan seperti mekanisme di atas, perlu ada peran aktif masyarakat dan petugas melalui kegiatan STBM sebagai media jejaring antara masyarakat dan pemerintah serta mitra pembangunan untuk menggerakkan sistem pengelolaan sampah di wilayahnya.

BAB III

MONITORING DAN EVALUASI

3.1. TATA CARA MONITORING DAN EVALUASI

Kementerian Kesehatan telah mengembangkan Sistem Monitoring dan Evaluasi STBM lima Pilar (e-Monev STBM lima Pilar). Sistem ini dikembangkan untuk memudahkan proses mengalirnya data dari desa/kelurahan kepada pengguna informasi tentang STBM lima Pilar di semua lini mulai dari tingkat daerah, pusat, regional sampai dengan global.

Data yang dikumpulkan dalam Sistem Monitoring dan Evaluasi yaitu:

1. Pilar 1 meliputi Sanitasi Aman, Sanitasi Layak, Sharing (layak bersama), Sanitasi Belum Layak, BABS tertutup, BABS di tempat terbuka dan status SBS (sesuai metadata);
2. Pilar 2 meliputi Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS) dan Tidak CTPS;
3. Pilar 3 meliputi Pengolahan Air Minum dan Makanan Rumah tangga (PAMMRT) dan Tidak PAMMRT;
4. Pilar 4 meliputi Pengelolaan Sampah Rumah Tangga (PSRT) dan Tidak PSRT dan;
5. Pilar 5 meliputi Pengelolaan Air Limbah Domestik Rumah Tangga (PALDRT) dan Tidak PALDRT.

Sistem monitoring dan evaluasi STBM lima pilar digunakan untuk membantu melakukan monitoring terhadap capaian STBM lima pilar secara nasional. Sistem ini juga dibuatkan secara terpusat agar mudah dalam melakukan pengelolaan dan manajemen data, namun kabupaten/kota tetap menjadi pemilik otoritas data. Sistem monitoring dan evaluasi STBM lima pilar ini disiapkan dengan dua cara untuk memasukkan dan memperbaharui data, yaitu menggunakan website STBM (www.stbm.kemkes.go.id) yang dapat diakses melalui *personal computer* (PC) atau menggunakan telepon genggam berbasis android dan lainnya. Penyajian dan pengelolaan melalui website STBM diharapkan dapat digunakan secara optimal untuk keperluan evaluasi dan perencanaan serta pengambilan kebijakan terkait implementasi program STBM lima pilar di wilayah masing-masing di seluruh Indonesia. Selain itu, secara tidak langsung mampu menampilkan kontribusi setiap daerah sampai ke tingkat global terkait dengan capaian SDG's.

A. Tujuan

Tujuan umum dari pelaksanaan monitoring dan evaluasi program STBM lima pilar adalah untuk mengukur pencapaian pelaksanaan program perubahan perilaku, pengkajian dan pembelajaran yang dapat dipetik selama pelaksanaan.

Secara khusus tujuan monitoring dan evaluasi dalam STBM lima pilar adalah:

1. Memantau proses dan kemajuan pelaksanaan;
2. Memantau kinerja pelaksana untuk menjamin keberhasilan program;
3. Mengevaluasi hasil untuk menentukan apakah kegiatan atau intervensi yang dilakukan telah mencapai tujuan yang telah ditetapkan bagi penerima manfaat dan pemangku kepentingan lainnya;
4. Menjadi masukan untuk penyusunan rencana dan perbaikan program tahun selanjutnya;
5. Menjadi bahan dasar untuk pengelolaan pengetahuan.

B. Prinsip

Prinsip dalam pelaksanaan e-monev STBM lima pilar sebagai berikut:

1. Keaktifan Masyarakat

Keterlibatan aktif masyarakat (termasuk perempuan dan disabilitas). Masyarakat penting untuk dilibatkan dalam memantau kemajuan dan mengevaluasi hasil, bersama-sama dengan pemerintah daerah.

2. Keterbukaan Masyarakat

Kesediaan masyarakat untuk menyampaikan informasi yang sebenarnya tentang pencapaian lima pilar STBM.

3. Akurat

Informasi yang disampaikan harus menggunakan data yang benar, tepat dan dapat dipertanggungjawabkan.

4. Satu data

Monitoring dan evaluasi diterapkan dalam sistem informasi satu pintu, yaitu kabupaten/kota melalui tim yang telah disepakati untuk bertanggung jawab dalam memverifikasi aliran data dan informasi yang dapat langsung dientri dalam aplikasi e-monev STBM lima pilar.

5. Aktual

Informasi hasil monitoring evaluasi harus tersedia setiap saat dalam upaya melaksanakan perbaikan program dengan segera;

6. Pencapaian Target

Informasi hasil e-monev Lima Pilar STBM digunakan untuk mendorong tercapainya target daerah dan Nasional

7. Analisis

Informasi ini dapat diolah dan dianalisis sesuai dengan kebutuhan masing-masing pengguna;

8. Umpan Balik

Informasi yang ada pada e-monev STBM lima pilar perlu mendapatkan umpan balik dari otoritas pemilik data untuk konfirmasi dan klarifikasi. Umpan balik penting dilakukan agar manfaat dari hasil monitoring dan evaluasi dapat dirasakan oleh setiap pemangku kepentingan yang ada di masing-masing pengguna.

C. Mekanisme

Mekanisme pelaporan monitoring dan evaluasi hasil pelaksanaan STBM lima pilar dilakukan mengikuti alur sebagai berikut:

1. Monitoring dan evaluasi di desa/kelurahan dilakukan oleh kader/fasilitator/tenaga sanitasi lingkungan untuk melihat perkembangan kegiatan pemucuan di masyarakat dan mengumpulkan data dasar STBM lima pilar. Hasil dari monitoring berupa data dasar dan kemajuan akses sanitasi tentang proses pemucuan selanjutnya dicatat dan didokumentasikan dalam bentuk peta sosial masyarakat, dan hasil monitoring dimasukkan langsung ke dalam sistem e-Monev STBM lima pilar.
2. Monitoring dan evaluasi di kecamatan dilakukan oleh tenaga sanitasi lingkungan/penanggungjawab program kesehatan lingkungan Puskesmas, dengan melakukan kompilasi hasil pemucuan, rencana kerja masyarakat. Selanjutnya tenaga sanitasi lingkungan/penanggungjawab program kesehatan lingkungan Puskesmas melakukan pendampingan terhadap masyarakat yang terpicu agar mampu melaksanakan rencana kerjanya dan melaporkan hasil kemajuan akses sanitasi masyarakat di wilayah kerjanya.
3. Monitoring dan evaluasi di kabupaten/kota dilakukan oleh Dinas Kesehatan kabupaten/kota untuk memperoleh gambaran tentang kemajuan pemucuan STBM

lima pilar, implementasi rencana kerja masyarakat yang sudah disusun, aktivitas *natural leader*, kondisi masyarakat yang tidak BABS serta upaya percepatan menuju desa/kelurahan STBM lima pilar.

4. Monitoring dan evaluasi di provinsi dilakukan oleh Dinas Kesehatan Provinsi untuk memperoleh antara lain gambaran tentang upaya dalam percepatan desa/kelurahan STBM pada kabupaten/kota, memantau kinerja kabupaten/kota dalam upaya pencapaian 100% SBS serta upaya percepatan yang sudah dilakukan kabupaten/kota untuk mencapai target STBM lima pilar.
5. Monitoring dan evaluasi di pusat dilakukan oleh Kementerian Kesehatan untuk memperoleh antara lain gambaran tentang kemampuan kabupaten/kota serta provinsi menerapkan pendekatan STBM lima pilar dan upaya percepatan pencapaian 100% SBS serta percepatan untuk mencapai target STBM lima pilar dalam rangka mencegah dan memutus mata rantai penularan penyakit berbasis lingkungan.
6. Sistem e-monev STBM lima pilar akan melakukan cut off/penarikan data dilakukan setiap akhir bulan pada tahun yang berjalan. Sehingga program dapat memanfaatkan data tersebut untuk evaluasi dan perencanaan atau kebutuhan program lainnya.

3.2. VERIFIKASI LIMA PILAR STBM

Verifikasi terhadap desa/kelurahan STBM lima pilar dilakukan untuk memastikan bahwa telah terjadi perubahan perilaku masyarakat dalam penyelenggaraan STBM lima pilar.

A. Tujuan

Tujuan dilakukannya verifikasi adalah:

1. Sebagai langkah untuk melakukan penilaian atas kondisi perubahan perilaku yang telah terjadi di masyarakat terkait dengan STBM lima pilar yaitu:
 - a. Stop BABS
 - b. Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS)
 - c. Pengelolaan Air Minum dan Makanan Rumah Tangga (PAMM RT)
 - d. Pengelolaan Sampah Rumah Tangga (PS RT)
 - e. Pengelolaan Air Limbah Domestik Rumah Tangga (PALD RT).

2. Sebagai alat untuk menyatakan bahwa masyarakat telah mencapai status pilar-pilar STBM dan sebagai acuan bagi pemangku kepentingan untuk memberikan sertifikasi serta dasar bagi masyarakat untuk melaksanakan deklarasi.
3. Sebagai bentuk strategi advokasi bagi pemangku kepentingan untuk keberlangsungan STBM lima pilar, melalui peran pemerintah dalam mengeluarkan regulasi untuk mendorong penganggaran dan perencanaan program berdasarkan data hasil verifikasi.
4. Sebagai langkah dalam menyusun strategi untuk mempertahankan status komunitas, masyarakat, dan institusi yang telah Stop Buang Air Besar Sembarangan (Stop BABS) dan untuk mencapai desa/kelurahan STBM lima pilar.

B. Prinsip Verifikasi

Prinsip verifikasi mengacu pada pembuktian akan kebenaran berdasarkan data yang telah dikumpulkan sebelumnya melalui kegiatan monitoring dan evaluasi STBM lima pilar. Pembuktian tersebut terkait dengan apakah suatu komunitas telah mencapai status Stop BABS dan pilar-pilar lain dalam STBM.

Prinsip dalam pelaksanaan verifikasi antara lain:

1. Transparan: masyarakat mengetahui tentang kondisi air minum dan sanitasi di komunitasnya;
2. Independen: melibatkan unsur dari luar komunitas yang diverifikasi;
3. Obyektif: hasil verifikasi mencerminkan kondisi sebenarnya yang ada di masyarakat;
4. Kesetaraan gender, memperhatikan keterlibatan dan keseimbangan peran antara laki-laki dan perempuan;
5. Inklusi sosial: memperhatikan masyarakat yang berkebutuhan khusus dan kelompok rentan.

C. Verifikasi Berjenjang

Verifikasi dilaksanakan ketika satu wilayah administrasi telah menyatakan:

1. Pilar pertama telah mencapai 100% untuk status Stop Buang Air Besar Sembarangan;
2. Empat pilar lainnya masing masing telah mencapai 50% untuk status telah melaksanakan STBM lima pilar

D. Pelaksanaan Verifikasi

- 1) Pelaksanaan verifikasi dilakukan sebagai berikut :

TINGKAT VERIFIKASI	METODE	KETERANGAN
Desa/ Kelurahan	<i>Stratified Random Sampling</i>	(1) Seluruh dusun/RW/RT di desa/kelurahan yang akan diverifikasi harus sudah terverifikasi 100% terlebih dahulu. (2) Verifikasi desa/kelurahan dilakukan dengan sampling 30% dari jumlah dusun/RW/RT yang ada. Dari masing-masing dusun/RW/RT <i>sampling</i> dipilih 30 % KK yang ada di setiap dusun/RW/RT sebagai <i>sampling</i> . (3) Pemilihan sampel dengan cara membagi populasi ke dalam kelompok-kelompok yang homogen, diutamakan daerah rawan, misalkan bantaran sungai atau lokasi yang biasanya digunakan oleh masyarakat untuk BABS, membuang sampah, mencuci peralatan makan dan minum dan sumber air baku konsumsi. (4) Data hasil verifikasi tingkat dusun/RT/RW dapat digunakan referensi bagi tim verifikator untuk menentukan wilayah yang akan diverifikasi termasuk peta desa/kelurahan dan data primer (digunakan data dari WEB STBM)
Kabupaten/ Kota	Evaluasi hasil Verifikasi	(1) Di setiap kecamatan dalam kabupaten/kota tersebut harus sudah terverifikasi 100% seperti persyaratan verifikasi kecamatan. Dibuktikan dengan berita acara (2) Verifikasi administrasi (memastikan seluruh kecamatan semuanya sudah memiliki berita acara) bisa dilaksanakan secara virtual dengan mengundang tim perwakilan kecamatan dan sanitarian puskesmas untuk menetapkan komunitas sasaran kunjungan lapangan

TINGKAT VERIFIKASI	METODE	KETERANGAN
		<p>(3) Verifikasi lapangan tatap muka dilakukan di kecamatan yang dianggap kritis dengan ditetapkan melalui verifikasi administrasi.</p> <p>(4) Pleno verifikasi secara virtual.</p> <p>(5) Data verifikasi mulai dari tingkat dusun sampai dengan kecamatan akan dievaluasi oleh tim verifikasi STBM tingkat kabupaten/kota, jika masih ditemukan komunitas kritis yang belum memenuhi kriteria STBM, maka tim STBM tingkat kabupaten/kota akan melakukan monitoring dan evaluasi serta verifikasi ulang dengan didampingi oleh tim STBM tingkat kecamatan dan desa/kelurahan.</p> <p>(6) Hasil evaluasi verifikasi yang membutuhkan klarifikasi lanjutan bisa melalui virtual mengundang kecamatan tertentu.</p> <p>(7) Komunitas sasaran kunjungan adalah kecamatan yang terverifikasi SBS paling awal (sudah lama) dan atau berada di daerah aliran sungai dan atau yang akses ke sarana sanitasi belum layak dan atau masyarakat marginal misalnya penyandang disabilitas dan masyarakat miskin serta kelompok minoritas lainnya.</p>
Provinsi	Evaluasi hasil Verifikasi	<p>(1) Di setiap kabupaten/kota dalam provinsi tersebut harus sudah terverifikasi 100% seperti persyaratan verifikasi kabupaten/kota. Dibuktikan dengan berita acara.</p> <p>(2) Data verifikasi mulai dari tingkat dusun, kecamatan dan kabupaten/kota akan dievaluasi oleh tim verifikasi STBM tingkat provinsi, jika masih ditemukan komunitas kritis yang belum memenuhi kriteria STBM, maka tim STBM tingkat provinsi akan melakukan monitoring dan evaluasi serta verifikasi ulang dengan didampingi oleh tim STBM tingkat desa/kelurahan, kecamatan dan kabupaten/kota.</p> <p>(3) Verifikasi administrasi (memastikan seluruh kabupaten/kota sudah memiliki berita acara) bisa dilakukan secara virtual dengan mengundang tim perwakilan Kabupaten/Kota dan Dinas Kesehatan ditetapkan lokasi kunjungan lapangan (komunitas kritis)</p>

TINGKAT VERIFIKASI	METODE	KETERANGAN
		<p>(4) Verifikasi lapangan tatap muka dilakukan di kabupaten/kota yang dianggap kritis yang ditetapkan melalui verifikasi administrasi</p> <p>(5) Pleno verifikasi secara virtual.</p> <p>(6) Hasil evaluasi verifikasi yang membutuhkan klarifikasi lanjutan bisa melalui virtual mengundang kabupaten/kota tertentu</p>

2) Permohonan verifikasi

a. Verifikasi desa/kelurahan

- 1) Verifikasi dilaksanakan ketika satu tingkatan komunitas telah menyatakan pilar pertama 100% untuk status Stop Buang Air Besar Sembarangan dan empat pilar lainnya telah mencapai 50% untuk status telah melaksanakan STBM lima pilar berdasarkan hasil data monitoring (e-Monev STBM). Kepala Desa/Lurah akan membuat permohonan verifikasi kepada Kepala Puskesmas yang ditembuskan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.
- 2) Puskesmas memfasilitasi dengan membentuk tim verifikasi desa/kelurahan.

b. Verifikasi kabupaten/kota

- 1) Verifikasi dilaksanakan ketika satu tingkatan komunitas telah menyatakan pilar pertama 100% untuk status Stop Buang Air Besar Sembarangan dan keempat pilar lainnya telah mencapai 50% untuk status telah melaksanakan STBM lima pilar berdasarkan hasil data monitoring (e-Monev STBM). Bupati/Wali Kota akan membuat permohonan verifikasi kepada Kepala Dinas Kesehatan Provinsi yang ditembuskan kepada Gubernur dan Dinas kesehatan Kabupaten/Kota.
- 2) Dinas Kesehatan Provinsi memfasilitasi dengan membentuk tim verifikasi kabupaten/kota.

c. Verifikasi provinsi

- 1) Verifikasi dilaksanakan ketika satu tingkatan komunitas telah menyatakan pilar pertama 100% untuk status Stop Buang Air Besar Sembarangan dan empat pilar lainnya telah mencapai 50% untuk status telah melaksanakan STBM lima pilar berdasarkan hasil data monitoring (e-Monev STBM). Dinas Kesehatan Provinsi akan membuat permohonan verifikasi kepada Direktur Penyehatan Lingkungan yang ditembuskan Menteri Kesehatan dan Gubernur.
- 2) Kementerian Kesehatan memfasilitasi dengan membentuk tim verifikasi provinsi.

3. Tahapan Verifikasi

Tahapan proses dalam verifikasi terdiri dari 5 (lima tahap) yang harus dilalui oleh tim verifikasi untuk memastikan keberhasilan kegiatan verifikasi dengan kualitas yang baik. Adapun tahapan proses verifikasi sebagai berikut:

a. Persiapan

Proses persiapan merupakan kegiatan penting dalam rangkaian verifikasi. Bobot persiapan adalah 75% menentukan keberhasilan verifikasi.

Tujuan:

- 1) Menyamakan persepsi antar tim verifikasi terkait dengan strategi pelaksanaan verifikasi dan alur verifikasi.
- 2) Meningkatkan keterampilan dalam menggunakan form-form verifikasi.
- 3) Menyiapkan berbagai kebutuhan pelaksanaan verifikasi.
- 4) Membagi peran dan tugas dalam melakukan verifikasi berdasarkan wilayah administrasi yang akan diverifikasi.

Langkah-langkah:

- 1) Mengidentifikasi dan memastikan pelaku verifikasi siap melakukan kegiatan pembekalan dan penyamaan persepsi serta dapat hadir dalam satu kesatuan waktu yang ditetapkan bersama.
- 2) Meminta penjelasan dari pihak perwakilan komunitas yang akan diverifikasi sehingga tim verifikasi memiliki pemahaman tentang wilayah

yang akan diverifikasi. Penjelasan didasarkan pada data yang dapat diambil dari peta sanitasi.

- 3) Pembahasan strategi, tahapan verifikasi, tingkatan wilayah, dan pilar STBM yang akan diverifikasi.
- 4) Memperbanyak format verifikasi sesuai dengan kebutuhan.
- 5) Penyamaan persepsi tentang format verifikasi yang akan digunakan (tergantung pilar yang akan diverifikasi). Form dibahas secara rinci dan jika memungkinkan tim verifikasi membuat catatan-catatan penting dalam form tersebut untuk memudahkan tim dalam menggunakannya.
- 6) Membagi tim verifikasi menjadi sub tim berdasarkan titik wilayah yang akan diverifikasi. Tim dapat dibagi berdasarkan *clustering* wilayah dengan melihat peta sosial atau peta desa/kelurahan yang menggambarkan sebaran rumah-rumah penduduk yang akan diverifikasi.
- 7) Menyepakati jadwal dan estimasi waktu yang diperlukan untuk semua titik yang akan diverifikasi serta pelaksanaan proses *review* dan rekap data.
- 8) Verifikasi dapat dilaksanakan bersamaan dengan kegiatan monitoring yang dilaksanakan secara berkala. Hal ini juga merupakan kegiatan pemicuan lanjutan kepada masyarakat yang sudah memiliki komitmen untuk merubah perilakunya
- 9) Verifikasi juga dapat dilaksanakan atas permintaan dari komunitas yang telah mencapai status salah satu pilar atau pilar lainnya
- 10) Adanya dukungan dari stakeholder mulai dari tingkat desa/kelurahan sampai dengan tingkat kabupaten/kota.

b. Pengumpulan data dan informasi

Pengumpulan data dan informasi dilaksanakan berdasarkan peta sanitasi dari hasil pemicuan untuk melihat kondisi perubahan perilaku hygiene, air minum, dan sanitasi masyarakat. Data primer yang dapat dipergunakan dimiliki oleh kader/tenaga sanitasi lingkungan serta data dari halaman Web Monev STBM.

Tujuan:

- 1) Melihat kondisi sarana dan prasarana pilar-pilar STBM secara langsung yang akan diverifikasi berbekal data primer, peta, dan data web untuk pilar 1 dan keempat pilar lainnya.

- 2) Mengetahui kondisi perubahan perilaku warga masyarakat yang akan diverifikasi.

c. Rekapitulasi data

Tahapan ini dilaksanakan setelah tim verifikasi melakukan kegiatan verifikasi. Pada tahap ini tim verifikasi melakukan *review* untuk mengevaluasi kegiatan verifikasi. Semua data yang diperoleh tim verifikasi direkap menjadi dengan menggunakan format yang ada.

Tujuan:

- 1) Mengkaji ulang dan mengevaluasi hasil verifikasi yang telah dilaksanakan oleh tim verifikasi.
- 2) Melakukan rekapitulasi data bersama tim verifikasi yang dipergunakan dalam proses pleno.

Setiap tim melakukan rekapitulasi data hasil verifikasi. Hasil rekapitulasi data semua tim dikumpulkan menjadi satu data hasil verifikasi.

d. *Review* hasil verifikasi

Kegiatan ini dilaksanakan untuk peningkatan kualitas data e-monev STBM lima pilar, dengan menggali informasi dan pembelajaran dari tim verifikasi terkait kegiatan verifikasi di lapangan, termasuk validasi data. Dari hasil *review* verifikasi akan diberikan rekomendasi untuk perbaikan dan peningkatan kualitas data

Tujuan:

Mengidentifikasi pembelajaran dan tantangan dari hasil verifikasi. Hasil *review* dan refleksi pelaksanaan verifikasi menjadi bahan perbaikan dalam pelaksanaan verifikasi berikutnya dengan harapan akan ada peningkatan kualitas verifikasi baik dari sisi proses maupun hasil.

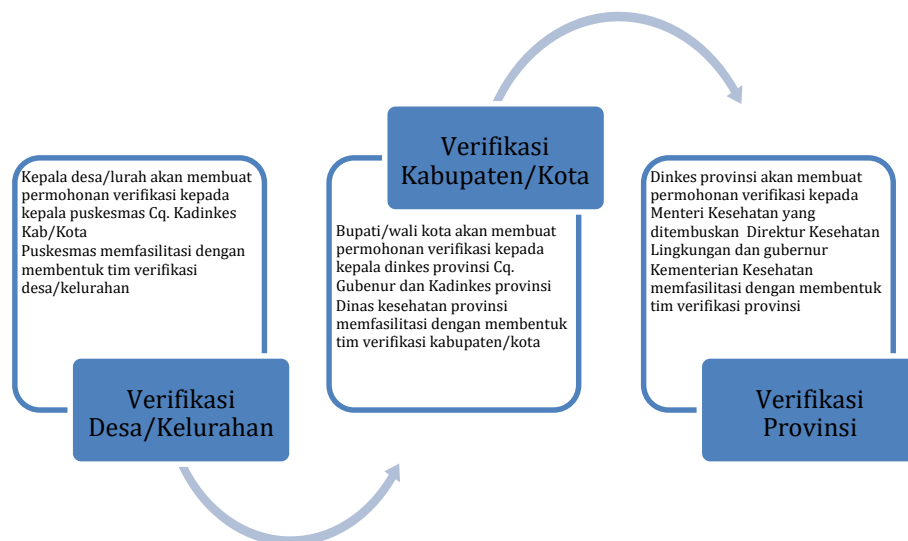
e. Pleno hasil verifikasi

Pleno merupakan alat pembuktian kepada masyarakat tentang seberapa besar capaian dan kualitas perubahan perilaku yang terjadi terhadap pilar-pilar STBM atas hasil verifikasi. Pleno dilaksanakan melalui proses analisa

bersama antara masyarakat, tokoh masyarakat, Tim STBM dan pemegang kebijakan. Kegiatan pleno ini akan menghasilkan berita acara hasil verifikasi.

Jika dari hasil pleno masyarakat telah memenuhi salah satu atau pilar- pilar STBM lainnya maka komunitas tersebut berhak mendapatkan sertifikasi dari *stakeholder* terkait dan dapat digunakan sebagai dasar bagi masyarakat untuk melaksanakan deklarasi. Jika belum memenuhi, maka akan dirancang bersama tentang strategi kongkrit untuk perbaikan dan perubahan perilaku.

Hasil dari proses pleno juga dapat dipergunakan sebagai media advokasi kepada Kepala Desa atau Lurah, kecamatan, puskesmas dan kabupaten/kota untuk memberikan dukungan terhadap upaya perubahan perilaku yang sudah dilakukan oleh masyarakat. Lima proses tersebut merupakan satu rangkaian dan alur yang saling berkesinambungan. Sebagai gambaran berikut alur proses pelaksanaan verifikasi.



Gambar: Alur Verifikasi

4. Tim Verifikasi

Tim verifikasi disesuaikan dengan kebutuhan pada tingkatan mana verifikasi dilakukan. Tabel berikut menunjukkan tim verifikasi pada setiap tingkatan:

Tingkatan	Anggota Tim Verifikasi	Pendamping	Alat Verifikasi
Desa/ kelurahan	(1) Tenaga sanitasi lingkungan puskesmas; (2) Promkes puskesmas (3) UPTD kecamatan (4) PKK kecamatan (5) Tim STBM dari desa/ kelurahan lain dalam 1 (satu) kecamatan (6) Perwakilan disabilitas dan kelompok rentan	(1) Staff/aparat (2) Desa/ Kelurahan (3) Kader desa/ kelurahan (4) PKK desa/ kelurahan (5) Kepala Desa/Lurah lokasi verifikasi	(1) Data primer (2) Peta sosial (3) Data Web STBM (4) Format verifikasi dan rekap (menggunakan form monev 5 pilar STBM)
Kabupaten/ Kota	(1) Dinas Kesehatan Provinsi (2) Tim STBM Provinsi (3) POKJA AMPL/PKP Provinsi (4) Perwakilan dari kabupaten lain (5) Dinas di provinsi yang terkait dengan sarana air minum dan sanitasi (6) Perwakilan disabilitas dan kelompok rentan	(1) Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota (2) Tim STBM Kabupaten/Kota (3) PKK Kabupaten/Kota (4) Organisasi yang bergerak di bidang kesehatan (Forum Kabupaten/ Kota Sehat, jika ada)	(1) Data primer (2) Data Web STBM (3) Format verifikasi dan rekap (menggunakan form monev 5 pilar STBM)
Provinsi	(1) Kementerian Kesehatan (2) Kementerian/ Lembaga terkait dengan sanitasi dan air minum (3) POKJA AMPL/PKP Provinsi (4) Mitra STBM (5) Perwakilan disabilitas dan kelompok rentan	(1) Dinas Kesehatan Provinsi (2) Tim STBM Provinsi (3) PKK Provinsi (4) Organisasi yang bergerak di bidang kesehatan (Forum Kabupaten/ Kota Sehat, jika ada)	(1) Data Primer (2) Data Web STBM (3) Format verifikasi dan rekap (menggunakan form monev 5 pilar STBM)

5. Pemanfaatan data hasil verifikasi untuk advokasi

- a. Dokumen hasil verifikasi dijadikan media, referensi dan bahkan sebagai data dasar bagi lintas program dan lintas sektor dalam melakukan kajian-kajian *outcome* dan perencanaan program serta kajian dampak kesehatan yang lebih luas.
- b. Data dan informasi hasil verifikasi menjadi dasar advokasi untuk anggaran dan kebijakan pemerintah daerah. Data tersebut juga dapat dipergunakan pemerintah setempat dalam kegiatan sosialisasi peningkatan peran swasta dalam mendukung STBM melalui CSR (*Corporate Social Responsibility*).
- c. Data hasil verifikasi akan mendorong peran pemerintah pusat maupun setempat dalam mengeluarkan regulasi. Hal ini untuk mendorong komunitas yang sudah mencapai status pilar STBM verifikasi akan terjaga karena adanya *enabling environment* termasuk kelembagaan yang memadai.
- d. Sebagai dasar dalam pemberian penghargaan dan penerapan sanksi sebagai upaya untuk menjaga status pilar-pilar STBM yang telah dicapai dan tidak kembali lagi pada perilaku lama
- e. Sebagai bahan dalam menyusun atau perbaikan Strategi Sanitasi Kabupaten/Kota (SSK).

6. Pendokumentasian hasil verifikasi

Pendokumentasian hasil verifikasi perlu dilakukan sebagai data dalam pelaksanaan monitoring dan evaluasi. Pendokumentasian dilakukan secara berjenjang sesuai tingkatan dimana verifikasi dilakukan. Data akhir verifikasi yang berupa berita acara dikumpulkan di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan diinput melalui Web STBM Lima Pilar dan atau *smart* STBM.

Adapun format Berita Acara verifikasi 5 pilar STBM sebagai berikut:

BERITA ACARA VERIFIKASI SBS/ODF/LIMA PILAR		
Nomor :		
Pada hari ini jumat tanggal dua puluh bulan April tahun Dua ribu dua puluh satu, Kami yang bertanda tangan dibawah ini :		
1. Nama	:	
Instansi	:	
Jabatan	:	
2. Nama	:	
Instansi	:	
Jabatan	:	
3. Nama	:	
Instansi	:	
Jabatan	:	
Berdasarkan :		
1. Surat Perintah Tugas Kepala	..... Nomor.....	Tanggal.....
2. Surat Perintah Tugas Kepala	..... Nomor.....	Tanggal.....
3. Surat Perintah Tugas Kepala	..... Nomor.....	Tanggal.....
Telah melakukan verifikasi teknis selama (satu) hari terhitung mulai tanggal s.d		
Dengan hasil sebagai berikut :		
1.....		
2.....		
Demikian Berita Acara ini dibuat dengan sebenar benarnya untuk digunakan sebagai mestinya.		
Tim Verifikasi Teknis		
1.....	(.....)	
2.....	(.....)	

7. Komitmen Pemerintah Daerah

Komitmen pemerintah di tingkat Provinsi/Kabupaten/Kota/Desa/Kelurahan Mengingatkan kembali dalam Undang-Undang No 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah bahwa Pelayanan Air Minum dan Sanitasi telah menjadi Urusan Wajib Pemerintah Daerah. Dalam percepatan pencapaian Stop Buang Air Besar Sembarangan (SBS) dan lima pilar STBM dibutuhkan dukungan dan komitmen politis Pemerintah ditingkat Provinsi/Kabupaten/Kota/Desa/Kelurahan. Berikut format komitmen untuk menuntaskan akses sanitasi sampai ke aman dan

sanitasi berkelanjutan yang terdiri atas tingkat Desa/Kelurahan dan tingkat Provinsi/Kabupaten/Kota. Adapun format komitmen dapat dikembangkan di wilayah masing-masing.

a. Komitmen Tuntaskan Akses Sanitasi sampai ke Aman

1) Tingkat Desa/Kelurahan

<p style="text-align: center;">KOP SURAT</p> <hr/> <p style="text-align: center;">KOMITMEN KEPALA DAERAH TINGKAT DESA/KELURAHAN(*) TUNTASKAN AKSES SANITASI SAMPAI KE AMAN</p> <p>Saya yang bertanda tangan dibawah ini</p> <p>Nama :</p> <p>Jabatan :</p> <p>Alamat :</p> <p>Berkomitmen untuk menuntaskan akses sanitasi sampai ke aman di Desa/Kelurahan (*)</p> <p>yaitu :</p> <p>a. KK BABS Tertutup sebesar..... pada tahun .....menggunakan anggaran.....</p> <p>b. KK Akses belum layak sebesar..... pada tahun .....menggunakan anggaran.....</p> <p>c. KK Akses layak Bersama sebesar pada tahun .....menggunakan anggaran.....</p> <p>Demikian pernyataan ini saya buat sebagai komitmen dalam menuntaskan akses sanitasi sampai ke aman</p> <p style="text-align: right;">.....20... Kepala Desa/Lurah(*)</p> <p style="text-align: right;">ttd</p> <p style="text-align: right;">.....</p> <p>(*) Coret yang tidak dipilih</p>

2) Tingkat Provinsi/Kabupaten/Kota

KOP SURAT	
KOMITMEN KEPALA DAERAH TINGKAT PROVINSI/KABUPATEN/KOTA (*) TUNTASKAN AKSES SANITASI SAMPAI KE AMAN	
Saya yang bertanda tangan dibawah ini	
1. Nama	.....
Jabatan	.....
2. Nama	.....
Jabatan	.....
3. Nama	.....
Jabatan	.....
4. Nama	.....
Jabatan	.....
5. Nama	.....
Jabatan	.....
6. Nama	.....
Jabatan	.....
Berkomitmen untuk menuntaskan akses sanitasi sampai ke aman di Provinsi/Kabupaten/Kota (*)	
.....	
yaitu :	
a. KK BABS Tertutup sebesar	pada tahun .....menggunakan anggaran.....
b. KK Akses belum layak sebesar	pada tahun .....menggunakan anggaran.....
c. KK Akses layak Bersama sebesar	pada tahun .....menggunakan anggaran.....

(halaman pertama)

Demikian pernyataan ini kami buat sebagai komitmen dalam menuntaskan akses sanitasi sampai ke aman

..... Perangkat Daerah yang membidangi Perencanaan Provinsi/Kabupaten/Kota (**) Ttd .....	..... Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota (**) Ttd
..... Dinas Pekerjaan Umum Provinsi/Kabupaten/Kota (**) Ttd .....	..... Dinas Perumahan dan Kawasan Permukiman Provinsi/Kabupaten/Kota (**) Ttd
..... Dinas Pemberdayaan Masyarakat dan Desa Provinsi/Kabupaten/Kota (**) Ttd .....	..... Dinas Lingkungan Hidup Provinsi/Kabupaten/Kota (**) Ttd
..... Provinsi/Kabupaten/Kota (**) Ttd	
<p style="text-align: center;">Mengetahui, Gubernur/Bupati/Walikota (*) Ttd</p>	

(*) Coret yang tidak dipilih

(**) Semua Organisasi Perangkat Daerah yang membidangi Sanitasi di Provinsi/Kabupaten/Kota

(halaman kedua)

b. Komitmen Tuntaskan Sanitasi Berkelanjutan

1) Tingkat Desa/Kelurahan

KOP SURAT	
KOMITMEN KEPALA DAERAH TINGKAT DESA/KELURAHAN(*) TUNTASKAN SANITASI BERKELANJUTAN	
Saya yang bertanda tangan dibawah ini	
Nama	:
Jabatan	:
Alamat	:
Berkomitmen untuk menuntaskan akses sanitasi sampai ke aman di Desa/Kelurahan (*)	
yaitu :	
a.	KK BABS Tertutup sebesar..... pada tahun .....menggunakan anggaran.....
b.	KK Akses belum layak sebesar..... pada tahun .....menggunakan anggaran.....
c.	KK Akses layak Bersama sebesar pada tahun .....menggunakan anggaran.....
d.	KK Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS) sebesar pada tahun .....menggunakan anggaran.....
e.	KK Pengelolaan Air Minum dan Makanan Rumah Tangga (PAMMRT) sebesar pada tahun .....menggunakan anggaran.....
f.	KK Pengelolaan Sampah Rumah Tangga (PSRT) sebesar pada tahun .....menggunakan anggaran.....
g.	KK Pengelolaan Air Limbah Domestik Rumah Tangga (PALDRT) sebesar pada tahun .....menggunakan anggaran.....
Demikian pernyataan ini saya buat sebagai komitmen dalam menuntaskan sanitasi berkelanjutan.	
.....20...	
Kepala Desa/Lurah(*)	
ttd	
.....	
(*) Coret yang tidak dipilih	

2) Tingkat Provinsi/Kabupaten/Kota

KOP SURAT	
KOMITMEN KEPALA DAERAH TINGKAT PROVINSI/KABUPATEN/KOTA (*) TUNTASKAN SANITASI KEBERLANJUTAN	
Saya yang bertanda tangan dibawah ini	
1. Nama	:
Jabatan	:
2. Nama	:
Jabatan	:
3. Nama	:
Jabatan	:
4. Nama	:
Jabatan	:
5. Nama	:
Jabatan	:
6. Nama	:
Jabatan	:
Berkomitmen untuk menuntaskan sanitasi berkelanjutan di Provinsi/Kabupaten/Kota (*)	
yaitu :	
a.	KK BABS Tertutup sebesar..... pada tahun .....menggunakan anggaran.....
b.	KK Akses belum layak sebesar..... pada tahun .....menggunakan anggaran.....
c.	KK Akses layak Bersama sebesar pada tahun .....menggunakan anggaran.....
d.	KK Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS) sebesar pada tahun .....menggunakan anggaran.....
e.	KK Pengelolaan Air Minum dan Makanan Rumah Tangga (PAMMRT) sebesar pada tahun .....menggunakan anggaran.....
f.	KK Pengelolaan Sampah Rumah Tangga (PSRT) sebesar pada tahun .....menggunakan anggaran.....
g.	KK Pengelolaan Air Limbah Domestik Rumah Tangga (PALDRT) sebesar pada tahun .....menggunakan anggaran.....

(halaman pertama)

Demikian pernyataan ini kami buat sebagai komitmen dalam menuntaskan sanitasi berkelanjutan.

Perangkat Daerah yang membidangi Perencanaan Provinsi/Kabupaten/Kota (**)	Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota (**)
Ttd	Ttd
Dinas Pekerjaan Umum Provinsi/Kabupaten/Kota (**)	Dinas Perumahan dan Kawasan Permukiman Provinsi/Kabupaten/Kota (**)
Ttd	Ttd
Dinas Pemberdayaan Masyarakat dan Desa Provinsi/Kabupaten/Kota (**)	Dinas Lingkungan Hidup Provinsi/Kabupaten/Kota (**)
Ttd	Ttd
Provinsi/Kabupaten/Kota (**)	
Ttd	
Mengetahui, Gubernur/Bupati/Walikota (*)	
Ttd	

(*) Coret yang tidak dipilih

(**) Semua Organisasi Perangkat Daerah yang membidangi Sanitasi di Provinsi/Kabupaten/Kota

(halaman kedua)

2. Peran Institusi di Pusat dan Daerah

a. Peran institusi di pusat dalam percepatan akses sanitasi:

- 1) Kementerian dan Lembaga terkait yang tergabung dalam Kelompok Kerja Pembangunan Perumahan, Permukiman, Air dan Sanitasi (Pokja PPAS) dibawah koordinasi Direktorat Perumahan dan Kawasan Permukiman Kementerian PPN/Bappenas dengan lingkup peran diantaranya sebagai berikut;

- a) Koordinasi dalam perencanaan percepatan SBS dan akses sanitasi,
 - b) Dukungan penyediaan/pembangunan infrastruktur dalam pemenuhan akses sanitasi masyarakat,
 - c) Pengendalian pelaksanaan, monitoring dan evaluasi kegiatan percepatan SBS dan pemenuhan akses sanitasi masyarakat,
 - d) Penyediaan dukungan (*enabling environment*) yang dibutuhkan untuk percepatan SBS dan pemenuhan akses sanitasi.
- 2) BUMN dan swasta mitra melalui kegiatan CSR, untuk memberikan dukungan pendanaan yang dibutuhkan untuk promosi percepatan SBS dan pemenuhan akses sanitasi masyarakat.
 - 3) Badan amal mitra (Baznas dan Lembaga amal sejenis termasuk Lembaga filantropi) untuk memberikan dukungan pendanaan dalam percepatan SBS dan pemenuhan akses sanitasi masyarakat.
 - 4) Ormas mitra untuk memberikan dukungan aksi promosi perubahan perilaku untuk percepatan SBS dan pemenuhan akses sanitasi masyarakat.
 - 5) Kementerian dan Lembaga lainnya selain anggota Pokja PPAS yang memiliki program/aksi yang relevan untuk mendukung percepatan SBS dan pemenuhan akses sanitasi masyarakat.
- b. Peran institusi di daerah dalam percepatan akses sanitasi:
- 1) Sekretaris Daerah yang berperan dalam penyiapan dukungan Pemerintah Daerah dalam bentuk regulasi dan dukungan sumber daya yang dibutuhkan dari Pemerintah Daerah.
 - 2) Bappeda yang berperan dalam koordinasi Rencana Aksi percepatan pencapaian Stop Buang Air Besar Sembarangan (SBS) dan lima pilar STBM untuk selanjutnya ditindaklanjuti dalam perencanaan kegiatan tahunan daerah melalui OPD teknis masing-masing.
 - 3) Dinas Kesehatan sebagai penanggung jawab kegiatan dan pengkoordinasian secara teknis dalam pelaksanaan kegiatan SBS.
 - 4) Dinas Pekerjaan Umum sebagai penanggungjawab dalam penyediaan akses sarana sanitasi melalui alokasi dana APBD.

- 5) Dinas Pemberdayaan Masyarakat sebagai penanggungjawab kegiatan pemberdayaan masyarakat dalam pelaksanaan percepatan pencapaian Stop Buang Air Besar Sembarangan (SBS) dan lima pilar STBM.
 - 6) Dinas Lingkungan Hidup yang berperan dalam monitoring dan evaluasi kualitas lingkungan dan baku mutu.
 - 7) Puskesmas sebagai penanggungjawab pelaksanaan percepatan pencapaian Stop Buang Air Besar Sembarangan (SBS) dan lima pilar STBM di wilayah kecamatan melalui peran sanitarian.
 - 8) Pemerintah Kecamatan sebagai penanggungjawab wilayah dalam percepatan pencapaian Stop Buang Air Besar Sembarangan (SBS) dan lima pilar STBM tingkat kecamatan.
 - 9) Pemerintah Desa/Kelurahan sebagai penanggungjawab pencapaian target SBS tingkat desa/kelurahan.
- c. Peran institusi lain diluar pemerintah sebagai mitra
- Disamping institusi di daerah pelaksanaan SBS juga melibatkan institusi lain di luar pemerintah sebagai mitra yaitu:
- 1) Lembaga keagamaan yang mendukung kegiatan promosi dalam membangun kepedulian masyarakat terhadap sanitasi.
 - 2) Lembaga amal dari CSR dan lembaga sosial/keagamaan antara lain; BAZNAS dan lembaga amal lainnya dalam mendukung dan penggalangan dana bantuan pembangunan sarana sanitasi bagi masyarakat yang kurang mampu.
 - 3) Lembaga pembiayaan (mikro kredit, koperasi, BUMDA, BUMDES) dalam menyediakan akses pembiayaan dengan skema kredit untuk masyarakat dalam pembangunan sarana sanitasi.
 - 4) Wirausaha sanitasi dalam penyediaan produk sanitasi yang bisa diakses oleh masyarakat dengan harga yang terjangkau dengan skema *cash* maupun kredit.
 - 5) Tim Penggerak PKK Kabupaten/Kota, Kecamatan dan Desa/Kelurahan dalam mempromosikan gerakan percepatan pencapaian Stop Buang Air Besar Sembarangan (SBS) dan lima pilar STBM melalui peran perempuan.

9. Pencabutan Status Pencapaian pada pilar-pilar STBM

Pencabutan status dimungkinkan untuk dilakukan jika pada pasca verifikasi ditemukan bahwa komunitas tersebut kembali pada perilaku yang tidak memenuhi kriteria pilar-pilar STBM. Proses pencabutan status dilakukan dengan mekanisme sebagai berikut:

- a. Pasca verifikasi, pendampingan kepada masyarakat harus dilakukan berkala setiap enam bulan sekali oleh tim verifikasi.
- b. Jika ditemukan permasalahan (perilaku yang tidak memenuhi kriteria pilar STBM) pada saat pendampingan pasca verifikasi, Dinas Kesehatan menindaklanjuti dengan mengirimkan surat kepada Puskesmas dengan tembusan kepada Camat. Surat ini kemudian ditindak lanjuti oleh pihak kecamatan dengan mengirimkan surat pemberitahuan kepada desa/kelurahan terkait.
- c. Perbaikan perilaku yang tidak memenuhi kriteria pilar STBM dilakukan dalam kurun waktu 3 bulan. Jika tidak ada perbaikan dalam kurun waktu 3 bulan maka desa/kelurahan akan dicabut status SBS atau desa/kelurahan STBM oleh pihak kecamatan atau puskesmas.
- d. Jika desa/kelurahan menginginkan status SBS atau desa/kelurahan STBM diperoleh kembali maka harus dilakukan verifikasi ulang dengan mengikuti metode verifikasi STBM berjenjang
- e. Desa/Kelurahan yang sudah memiliki status SBS atau desa/kelurahan STBM harus dilakukan verifikasi ulang setiap 5 tahun.

Form monitoring dan evaluasi serta verifikasi STBM lima pilar dapat diakses pada Sistem Informasi Monitoring dan Evaluasi STBM berbasis *Web*.

3.3. PENGHARGAAN

Penghargaan diberikan sebagai bentuk apresiasi atas upaya yang dilakukan oleh masyarakat dan pemerintah daerah dalam mencapai target STBM. Kriteria dan proses penilaiannya akan diatur lebih lanjut di dalam Pedoman Pelaksanaan STBM *Award* yang di *update* setiap tahunnya. Periode pemberian Penghargaan di tingkat Kabupaten/Kota atau Provinsi dilakukan pada saat Hari-Hari Besar atau *event-event* lainnya. Pada tingkat Pusat penghargaan diberikan satu tahun sekali.

3.4. PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Pembinaan dan Pengawasan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat Lima Pilar STBM dilakukan secara berjenjang dari tingkat Pusat sampai ke Desa. Di pusat, pembinaan dan Pengawasan Pelaksanaan STBM Lima Pilar dilakukan oleh Kementerian Kesehatan c.q. Direktorat Penyehatan Lingkungan, yang merupakan menjadi bagian dari Tugas Pokok dan Fungsinya. Pembinaan dan Pengawasan Lima Pilar STBM dilakukan secara berjenjang dari tingkat Pusat sampai ke tingkat Desa secara berkesinambungan.

Pembinaan adalah usaha, tindakan dan kegiatan yang ditujukan untuk mewujudkan tercapainya implementasi lima pilar STBM. Pengawasan adalah usaha, tindakan dan kegiatan yang ditujukan untuk menjamin penyelenggaraan lima pilar STBM berjalan secara efisien dan efektif sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Tujuan Pembinaan dan Pengawasan STBM Lima Pilar terutama diarahkan kepada:

1. Penyelenggaraan STBM Lima Pilar oleh masyarakat
2. Pelaksanaan dukungan penyelenggaraan STBM Lima Pilar;
3. Pengelolaan sumber daya manusia dalam rangka mendukung penyelenggaraan STBM Lima Pilar.

Pembinaan STBM diarahkan terutama kepada:

1. Pengaturan, bimbingan dan pengembangan Lima Pilar STBM
2. Pelaksanaan dukungan dalam penyelenggaraan Lima Pilar STBM
3. Peningkatan sumber daya manusia dalam rangka mendukung penyelenggaraan STBM
4. Pengembangan kerjasama dan kemitraan untuk dukungan penyelenggaraan Lima Pilar STBM
5. Pelaksanaan kajian, penelitian, survei terkait Lima Pilar STBM
6. Pemberian penghargaan

Pengawasan STBM diarahkan terutama kepada:

1. Pencapaian kinerja pelaksanaan lima Pilar STBM, sejak perencanaan, pelaksanaan dan monitoring evaluasi
2. Sumber dan peruntukan pendanaan pelaksanaan lima Pilar STBM

3. Memastikan agar Penghargaan atas status ODF dan/atau STBM Keberlanjutan dan/atau Lima Pilar STBM tidak dicabut

Pembinaan dan pengawasan dilakukan secara berjenjang sebagai berikut:

1. Pada tingkat pusat, pembinaan dan pengawasan pelaksanaan 5 pilar STBM dilakukan oleh Menteri Kesehatan berkoordinasi dengan Kementerian/Lembaga terkait lainnya.
2. Pemerintah Propinsi melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pemerintah Kabupaten/Kota yang dalam penyelenggaraan lima pilar STBM. Pembinaan dan pengawasan yang dilakukan dalam rangka mendorong tercapainya standar di wilayah Provinsi terkait dengan imlementasi STBM.
3. Pemerintah Kabupaten/Kota melakukan pembinaan dan pengawasan terkait penyelenggaraan lima pilar STBM yang dilakukan oleh perangkat daerah sesuai kewenangannya.

Pelaksanaan pembinaan dan pengawasan sebagai berikut:

1. Pembinaan dan pengawasan pelaksanaan STBM dilakukan minimal satu kali setahun.
2. **Status sebagai wilayah SBS/ODF** yang sudah diterima dapat ditarik kembali apabila terbukti masih ada masyarakat yang buang air besar sembarangan (BABS) dan atau tidak memenuhi persyaratan verifikasi selama 1 (satu) tahun.