

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Kejadian Stunting**

##### **1. Definisi *Stunting***

###### a. Definisi menurut WHO

*Stunting* adalah gangguan perkembangan pada anak yang disebabkan oleh gizi buruk, infeksi yang berulang dan stimulasi psikososial yang tidak memadai. Apabila seorang anak memiliki tinggi badan lebih -2 standar deviasi median pertumbuhan anak yang telah ditetapkan oleh WHO, maka ia dikatakan mengalami stunting.

###### b. Definisi *stunting* menurut BKKBN

*Stunting* adalah kekurangan gizi pada bayi 1000 hari pertama kehidupan yang berlangsung lama dan menyebabkan terhambatnya perkembangan otak dan tumbuh kembang anak. Karena mengalami kekurangan gizi menahun, bayi stunting tumbuh lebih pendek dari standar tinggi balita seumurannya.

###### c. Definisi *stunting* menurut Kemenkes

*Stunting* merupakan gangguan pertumbuhan yang dialami oleh balita yang mengakibatkan keterlambatan pertumbuhan anak yang tidak sesuai dengan standarnya sehingga mengakibatkan dampak dalam jangka panjang maupun

jangka pendek.

d. Definisi *stunting* menurut parah ahli

Menurut UNICEF, *stunting* didefinisikan sebagai presentase anak-anak usia 0-59 bulan, dengan tinggi di bawah minus (stunting sedang dan berat) dan minus tiga (stunting kronis) diukur dari standar pertumbuhan anak.

## 2. Epidemiologi

Prevalensi stunting di Indonesia lebih tinggi daripada negara di Asia Tenggara, seperti Myanmar (35%), Vietnam (23%), dan Thailand (16%) dan menduduki peringkat ke-5 dunia. 10 Prevalensi kejadian stunting pada balita usia 24-59 bulan di Provinsi Aceh, Sumatera Utara, Sumatera Selatan, dan Lampung adalah 44.1%.

## 3. Klasifikasi Status Gizi

Klasifikasi Status gizi berdasarkan indikator TB/U yang di sajikan dalam Z-score.

TABEL 1  
Klasifikasi *Stunting*

No.	Kategori Status Gizi	Ambang Batas (Z-score)
1	Sangat Pendek	< -3 SD
2	Pendek	-3 SD sampai dengan < -2
3	Normal	-2 SD sampai dengan 2 S
4	Tinggi	>2 SD

Sumber: Permenkes RI, 2020

## 4. Faktor Penyebab *Stunting*

a. Praktek pengasuhan yang kurang baik

Kurangnya pengetahuan ibu mengenai kesehatan dan gizi sebelum dan pada masa kehamilan, setelah ibu melahirkan. Beberapa informasi menunjukkan

bahwa 60% dari anak usia 0-6 bulan tidak mendapatkan ASI secara eksklusif dan 2 dari 3 anak usia 0-24 bulan tidak menerima Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI). MP-ASI diberikan atau mulai diperkenalkan ketika balita berusia diatas 6 bulan. Selain berfungsi untuk mengenalkan jenis makanan baru pada bayi, MPASI juga dapat mencukupi kebutuhan nutrisi tubuh bayi yang tidak lagi dapat disokong oleh ASI, serta membentuk daya tahan tubuh dan perkembangan sistem imunologis anak terhadap makanan atau minuman.

- b. Masih terbatasnya layanan kesehatan termasuk layanan ANC (*antenatal care*), post natal dan pembelajaran dini yang berkualitas

Menurunnya tingkat kehadiran anak di Posyandu. Posyandu dapat dimanfaatkan oleh masyarakat sebagai sarana untuk memantau pertumbuhan anak. Penimbangan bulanan yang dilaksanakan diposyandu merupakan sarana melakukan aksi koreksi secara dini jika terjadi gangguan pertumbuhan terhadap anak sehingga tidak berkembang menjadi gizi kurang atau gizi buruk. Kebanyakan anak yang tidak mendapat akses yang memadai kelayanan imunisasi.

- c. Masih kurangnya akses rumah tangga/ keluarga terhadap makanan bergizi.

Hal ini dikarenakan harga makanan bergizi di Indonesia masih tergolong mahal. Selain itu, terbatasnya akses ke makanan bergizi di Indonesia juga mempengaruhi kebutuhan gizi pada ibu hamil.

- d. Kurangnya akses air bersih dan sanitasi

Air bersih dan sanitasi yang baik merupakan elemen penting yang

menunjang kesehatan manusia. Dampak kesehatan dari tidak terpenuhinya kebutuhan dasar terhadap air bersih dan sanitasi diantaranya nampak pada anak-anak sebagai kelompok usia rentan. Faktor lingkungan yang beresiko terhadap angka kejadian stunting pada balita adalah sanitasi lingkungan. Balita yang berasal dari keluarga yang mempunyai fasilitas air bersih memiliki prevalensi stunting lebih rendah dari pada balita yang memiliki keluarga yang tidak mempunyai fasilitas air bersih. Selain fasilitas air bersih yang kurang baik ada faktor yang lain seperti, ventilasi dan pencahayaan kurang, tidak adanya tempat pembuangan sampah tertutup dan kedap air, dan tidak memiliki jamban keluarga.

e. Tingkat kemiskinan

Masalah kemiskinan akan berdampak pada kurangnya akses masyarakat terhadap pemenuhan kebutuhan pangan maupun pelayanan kesehatan. Jumlah orang miskin mencerminkan kelompok yang tidak mempunyai akses pangan, jika persentasenya lebih dari 20%, maka akses pangannya termasuk dalam kategori rendah. Kemiskinan merupakan indikator ketidakmampuan untuk mendapatkan cukup pangan, karena rendahnya kemampuan daya beli atau hal ini mencerminkan ketidakmampuan untuk memenuhi kebutuhan dasar, seperti, makanan, pakaian, perumahan, pendidikan, dan lain-lain.

## 5. Dampak *Stunting*

*Stunting* merupakan dampak dari beberapa faktor risiko, antara lain yaitu *hygiene* sanitasi yang kurang, asupan makanan yang tidak tercukupi, dan beberapa determinan sosial. Dapat menyebabkan rendahnya kemampuan

kognitif motorik dan meningkatkan risiko penyakit degeneratif (Helmyati dkk., 2019). *Stunting* memberikan dampak terhadap kelangsungan hidup anak. Dampak yang diakibatkan stunting terdiri dari jangka panjang dan jangka pendek. Dampak jangka pendek dari *stunting* yaitu terganggunya perkembangan otak, pertumbuhan fisik, kecerdasan, dan gangguan metabolisme pada tubuh. Dampak jangka pendek dari *stunting* di bidang kesehatan dapat menyebabkan mortalitas dan morbiditas, dibidang perkembangan berupa penurunan perkembangan kognitif, motorik, dan Bahasa (Nurlinda dkk., 2021).

*Stunting* menyebabkan efek jangka panjang pada ekonomi, salah satunya kapasitas kerja yang rendah sehingga pendapatan lebih rendah dan produktivitas ekonomi rendah. Dampak negatif tersebut disebabkan oleh postur tubuh yang tidak sesuai, yang berkaitan dengan stamina fisik dan kemampuan kognitif yang rendah sehingga menghasilkan produktivitas ekonomi yang rendah sehingga menyebabkan orang yang mengalami stunting menerima upah 8-46% lebih rendah dan memiliki 66% lebih sedikit aset berharga. Penurunan 1.0 standar deviasi tinggi badan per berat badan berdampak penurunan 21% pendapatan dan aset rumah tangga serta peningkatan 10% kemungkinan hidup dalam kemiskinan saat usia 25-42 tahun (Helmyati dkk., 2019).

*Stunting* dapat mengakibatkan penurunan intelegensia (IQ), sehingga prestasi pelajar menjadi rendah dan tidak dapat melanjutkan sekolah. Anak yang menderita *stunting* berdampak tidak hanya pada fisik yang lebih pendek saja, tetapi juga pada kecerdasan, produktivitas dan prestasinya setelah dewasa. Gagal tubuh yang terjadi berakibat buruk pada kehidupan berikutnya dan sulit

diperbaiki. Masalah *stunting* menunjukkan ketidak cukupan gizi dalam jangka panjang yaitu kurang energi dan protein, serta beberapa zat gizi mikro. *Stunting* menjadi salah satu faktor risiko utama buruknya pertumbuhan, kurangnya stimulasi kognitif, defisiensi iodin, dan anemia defisiensi zat besi terhadap pencapaian perkembangan otak. Anak yang mengalami *stunting* sebelum usia dua tahun diprediksi akan memiliki performa kognitif dan kemampuan psikologis yang buruk pada kehidupan selanjutnya. Hal ini disebabkan tidak maksimalnya perkembangan otak sehingga mempengaruhi kemampuan berpikir emosi anak (Kurniati dan Sunarti, 2020).

## **B. Sanitasi Total Berbasis Masyarakat**

### **1. Definisi Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM)**

Sanitasi Total Berbasis Masyarakat yang selanjutnya disingkat STBM adalah pendekatan untuk mengubah perilaku higienis dan saniter melalui pemberdayaan masyarakat dengan cara pemicuan. Pemicuan adalah cara untuk mendorong perubahan perilaku hygiene dan sanitasi individu atau masyarakat atas kesadaran sendiri dengan menyentuh perasaan, pola pikir, perilaku, dan kebiasaan individu atau masyarakat (Permenkes No. 3 Tahun 2014). Pendekatan STBM terdiri dari tiga komponen yang harus dilaksanakan secara seimbang dan komprehensif, yaitu: 1) peningkatan kebutuhan sanitasi, 2) peningkatan penyediaan akses sanitasi, dan 3) peningkatan lingkungan yang kondusif (Kemenkes RI, 2014).

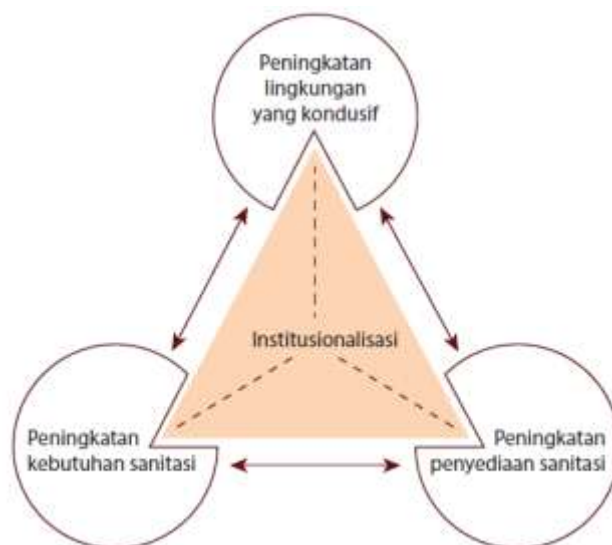
### **2. Tujuan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM)**

Tujuan dilaksanakannya STBM adalah untuk mewujudkan perilaku

masyarakat yang higienis dan saniter secara mandiri dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya (Permenkes No. 3 Tahun 2014)

### 3. Strategi Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM)

Strategi penyelenggaraan STBM mencakup tiga komponen yang sinergis satu dengan yang lain yaitu penciptaan lingkungan yang kondusif, peningkatan kebutuhan sanitasi, dan peningkatan penyediaan akses sanitasi. Apabila salah satu dari komponen STBM tersebut tidak ada maka proses pencapaian lima Pilar STBM tidak maksimal (Permenkes No. 3 Tahun 2014).



Sumber : Kemenkes, 2014

Gambar 2.1 Komponen Strategi Pokok STBM

Adapun, perincian ketiga strategi pokok STBM untuk mencapai sanitasi total adalah sebagai berikut :

a. Penciptaan lingkungan yang kondusif (*enabling environment*)

1) Prinsip : Meningkatkan dukungan pemerintah dan pemangku kepentingan lainnya dalam meningkatkan perilaku higienis dan saniter.

2) Pokok Kegiatan :

- a) Melakukan advokasi dan sosialisasi kepada pemerintah dan pemangku kepentingan lainnya secara berjenjang,
- b) Mengembangkan kapasitas lembaga pelaksana di daerah,
- c) Meningkatkan kemitraan antara pemerintah, pemerintah daerah, organisasi masyarakat, lembaga swadaya masyarakat dan swasta.

b. Peningkatan kebutuhan sanitasi (*demand creation*)

1) Prinsip : Menciptakan perilaku komunitas yang higienis dan saniter untuk mendukung terciptanya sanitasi total.

2) Pokok Kegiatan :

- a) Meningkatkan peran seluruh pemangku kepentingan dalam perencanaan dan pelaksanaan sosialisasi pengembangan kebutuhan
- b) Mengembangkan kesadaran masyarakat tentang konsekuensi dari kebiasaan buruk sanitasi (buang air besar) dan dilanjutkan dengan pemicuan perubahan perilaku komunitas,



- c) Meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memilih teknologi, material dan biaya sarana sanitasi yang sehat.
  - d) Mengembangkan kepemimpinan di masyarakat (*natural leader*) untuk memfasilitasi pemicuan perubahan perilaku masyarakat.
  - e) Mengembangkan sistem penghargaan kepada masyarakat untuk meningkatkan dan menjaga keberlanjutan sanitasi total.
- c. Peningkatan penyediaan suplai (*supply improvement*)
- 1) Prinsip : Meningkatkan ketersediaan sarana sanitasi yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat.
  - 2) Pokok Kegiatan :
    - a) Meningkatkan kapasitas produksi swasta lokal dalam penyediaan sarana sanitasi

#### **4. Pilar Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM)**

Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) disebut juga *Community Led-Total Sanitation* (CLTS) adalah pendekatan yang dilakukan untuk merubah pola pikir dan perilaku *hygiene* dan sanitasi dengan metode pemicuan. STBM merupakan salah satu konsep untuk mencapai target SDG'S (*Sustainable Development Goal's*) pada point enam yaitu air bersih dan sanitasi. STBM merupakan program nasional di bidang sanitasi berbasis masyarakat yang bersifat lintas sektor (Kasjono, 2021).

*Community Led-Total Sanitation* (CLTS) adalah pendekatan yang terintegrasi digunakan untuk mencapai keberhasilan dan mendukung status

*Open Defecation Free (ODF)*. Strategi Nasional STBM memiliki indikator *outcome* yaitu menurunnya kejadian *stunting* dan penyakit berbasis lingkungan lainnya yang berhubungan dengan sanitasi dan perilaku.

Upaya pencegahan agar tidak terjadi sanitasi yang buruk kepada masyarakat melakukan penerapan 5 Pilar STBM (Sanitasi Total Berbasis Masyarakat), diantaranya yaitu :

a. Stop buang air besar sembarangan

Buang air besar sembarangan akan mencemari lingkungan dan akan menjadi sumber penyakit. Cara hidup sehat dengan membiasakan keluarga buang air besar yang aman dan sehat berarti menjaga generasi untuk tetap sehat. Gunakan jamban yang sehat dengan cara membangun jamban sendiri dengan penempatan di dalam rumah atau di luar rumah yang mudah terjangkau oleh penghuni rumah.

b. Cuci tangan menggunakan sabun

Cuci tangan menggunakan sabun Banyak penyakit yang dapat dihindari cukup dengan cuci tangan menggunakan sabun. Langkah-langkah cuci tangan pakai sabun yang benar :

- 1) Basahi kedua tangan dengan air bersih yang mengalir
- 2) Gosokan sabun pada kedua telapak tangan sampai berbusa lalu gosok kedua punggung tangan, jari jemari, kedua jempol, sampai semua permukaan terkena busa sabun
- 3) Bersihkan ujung-ujung jari dan sela-sela dibawah kuku.
- 4) Bilas dengan air bersih sambil menggosok-gosok kedua tangan hingga

sampai sisa sabun hilang.

- 5) Keringkan kedua tangan dengan menggunakan kain, handuk bersih atau kertas tisu, atau mengibas-ibaskan kedua tangan sampai kering.

c. Pengelohan air minum dan makanan rumah tangga

Cara mengelolah air minum sebelum dikonsumsi adalah dengan merebus hingga mendidih, klorinasi, penjernihan dan cara-cara lain yang sesuai. Makanan harus dikelola dengan baik dan benar agar tidak menyebabkan gangguan kesehatan dan bermanfaat bagi tubuh. Cara pengolahan makanan yang baik yaitu dengan menerapkan prinsip hygiene dan sanitasi makanann. Adapun prinsip higiene sanitasi makanan yaitu:

- 1) Pemilihan bahan makanan
- 2) Penyimpanan bahan makanan
- 3) Pengolahan makanan
- 4) Penyimpanan makanan matang
- 5) Pengangkutan makanan
- 6) Penyajian makanan

d. Pengamanan sampah rumah tangga

Tujuan pengamanan sampah rumah tangga adalah untuk menghindari penyimpanan sampah dalam rumah dengan segera menangani sampah. Pengamanan sampah yang aman adalah pengumpulan, pengangkutan, pemrosesan, pendaurulangan atau pembuang dari material sampah dengan cara yang tidak membahayakan kesehatan masyarakat.

e. Pengamanan limbah cair rumah tangga

Proses pengamanan limbah cair yang aman pada tingkat rumah tangga untuk menghindari terjadinya genangan air limbah yang berpotensi menimbulkan penyakit berbasis lingkungan. Untuk menyalurkan limbah cair rumah tangga diperlukan sarana berupa sumur resapan dan saluran pembuangan air limbah rumah tangga. Limbah cair berupa tinja dan urin disalurkan ke tangki septik yang dilengkapi dengan sumur resapan. Limbah cair rumah tangga yang berupa air bekas yang dihasilkan dari buangan dapur, kamar mandi, dan sarana cuci tangan disalurkan ke saluran pembuangan air limbah. Ada beberapa prinsip pengamanan limbah cair rumah tangga adalah:

- 1) Air limbah kamar mandi dan dapur tidak boleh tercampur dengan air jamban
- 2) Tidak boleh menjadi tempat perindukan vector
- 3) Tidak boleh menimbulkan bau
- 4) Tidak boleh ada genangan yang menyebabkan lantai licin dan rawan kecelakaan
- 5) Terhubung dengan saluran limbah umum/got atau sumur resapan

#### **5. Penerapan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) pada keluarga dengan kejadian *stunting***

Status gizi balita adalah keadaan kurang gizi yang disebabkan oleh rendahnya konsumsi energi dan protein dalam makanan sehari-hari sehingga tidak memenuhi angka kecukupan gizi. Beberapa faktor penyebab status gizi balita dapat digolongkan menjadi penyebab langsung yaitu konsumsi makanan dan penyakit infeksi sedangkan penyebab tidak langsung yaitu ketersediaan

pangan di tingkat rumah tangga, pola asuh anak, sanitasi lingkungan, pelayanan kesehatan, pendidikan ibu, pekerjaan ibu, pengetahuan gizi ibu, jumlah anggota keluarga, pendapatan keluarga dan kemiskinan (Augsburg dan Lesmes, 2018). Sanitasi lingkungan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi status gizi. Gizi kurang dan infeksi kedua-duanya bermula dari kemiskinan dan lingkungan yang tidak sehat dengan sanitasi buruk (Fregonese dkk., 2016).

Partisipasi anggota keluarga terutama ibu sangat berperan besar dalam mengambil keputusan rumah tangga, 88,7% ibu berpartisipasi dalam keputusan rumah tangga tentang makanan, 89,5% pada makanan apa yang dimasak untuk rumah tangga, 95,2% pada makanan apa yang diberikan kepada anak; dan 86,4% mencari perawatan kesehatan untuk anak (Torlesse dkk., 2016). Menurut penelitian Torlesse (2016) juga menjelaskan bahwa perilaku higiene yang baik yang dilakukan ibu atau pengasuh balita dapat memberikan efek protektif terhadap kejadian *stunting*.

Schmidt (2014) menyatakan dalam penelitiannya, rendahnya sanitasi dan kebersihan lingkungan memicu gangguan pencernaan, yang membuat energi untuk pertumbuhan teralihkan kepada perlawanan tubuh terhadap infeksi (Schmidt, 2014). Sanitasi dan kebersihan lingkungan yang buruk memicu risiko gangguan saluran pencernaan pada anak karna nutrisi sulit diserap oleh tubuh. Nafsu makan seorang anak yang berkurang akan membuat asupan gizi lebih rendah dan berdampak pertumbuhan otak yang buruk. Selanjutnya dalam penelitian Kavosi dkk. (2014) juga menyatakan ketersediaan air bersih berhubungan dengan kebiasaan buang air besar. Air yang bersih mencegah

perkembangan penyakit yang secara bersama-sama dengan sanitasi dan kebersihan mempengaruhi kesehatan status gizi terutama gizi kurang (Kavosi dkk., 2014). Balita yang meminum air tanpa di olah peluang terjadinya *stunting* tiga kali lebih besar daripada balita dengan lingkungan sanitasi jamban yang buruk (Hammer dan Spears, 2016).

### C. Teori Perilaku *Lawrence Green*

Menurut teori Lawrence Green (2000) menyatakan bahwa perilaku manusia dipengaruhi oleh dua faktor pokok, yaitu faktor perilaku (*behaviour causes*) dan faktor diluar perilaku (*non behaviour causes*). Selanjutnya perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari 3 faktor yaitu:

1. Faktor predisposisi (*predisposing factors*), yang mencakup pengetahuan, sikap, nilai-nilai, keyakinan, kepercayaan dan sebagainya.
2. Faktor pemungkin (*enabling factor*), yang mencakup lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana keselamatan kerja, misalnya ketersedianya APD, pelatihan dan sebagainya.
3. Faktor penguat (*reinforcement factor*), faktor-faktor ini meliputi undang- undang, peraturan-peraturan, pengawasan dan sebagainya(Notoatmodjo,2003).

### D. Faktor yang dapat mendukung Implementasi Sanitasi Total Berbasis Masyarakat berdasarkan Teori Perubahan Perilaku Lawrence Green

#### 1. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui

pencaendera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2003). Dalam pengertian lain, pengetahuan yang lebih menekankan pengamatan dan pengalaman inderawi dikenal sebagai pengetahuan empiris atau pengetahuan aposteriori. Pengetahuan ini bisa didapatkan dengan melakukan pengamatan dan observasi yang dilakukan secara empiris dan rasional. Pengetahuan empiris tersebut juga dapat berkembang menjadi pengetahuan deskriptif bila seseorang dapat melukiskan dan menggambarkan segala ciri, sifat, dan gejala yang ada pada objek empiris tersebut. Pengetahuan empiris juga bisa didapatkan melalui pengalaman pribadi manusia yang terjadi berulang kali. Misalnya, seseorang yang sering dipilih untuk memimpin organisasi dengan sendirinya akan mendapatkan pengetahuan tentang manajemen organisasi (Meliono, dkk. 2007).

Apabila penerimaan perilaku baru atau adopsi perilaku melalui proses yang didasari oleh pengetahuan, kesadaran dan sikap yang positif, maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng (*long lasting*) daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang dalam hal ini pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan (Notoadmojo, 2003).

## **2. Sikap**

Sikap adalah determinan perilaku, karena mereka berkaitan dengan persepsi, kepribadian, dan motivasi. Sebuah sikap merupakan suatu keadaan

sikap mental, yang dipelajari dan diorganisasi menurut pengalaman, dan yang menyebabkan timbulnya pengaruh khusus atas reaksi seseorang terhadap orang-orang, objek-objek, dan situasi-situasi dengan siapa ia berhubungan (Winardi,2004).

Menurut Zimbardo dan Ebbesen, sikap adalah suatu predisposisi (keadaan mudah terpengaruh) terhadap seseorang, ide atau obyek yang berisi komponen- komponen *cognitive*, *affective* dan *behavior* (Ahmadi, 2002). Terdapat tiga komponen sikap, sehubungan dengan faktor-faktor lingkungan kerja, sebagai berikut:

- a) Afeksi (*affect*) yang merupakan komponen emosional atau perasaan.
- b) Kognisi adalah keyakinan evaluatif seseorang. Keyakinan-keyakinan evaluatif, dimanifestasi dalam bentuk impresi atau kesan baik atau buruk yang dimiliki seseorang terhadap objek atau orang tertentu.
- c) Perilaku, yaitu sebuah sikap berhubungan dengan kecenderungan seseorang untuk bertindak terhadap seseorang atau hal tertentu dengan cara tertentu (Winardi, 2004)

### **3. Dukungan Sarana Prasarana**

Sarana adalah segala jenis peralatan, perlengkapan kerja dan fasilitas yang berfungsi sebagai alat utama atau pembantu dalam pelaksanaan pekerjaan, dan juga dalam rangka kepentingan yang sedang berhubungan dengan organisasi kerja (Moenir, 1992). Berdasarkan definisi tersebut dapat memberi petunjuk sarana merupakan seperangkat alat yang digunakan dalam suatu proses kegiatan baik alat tersebut. Sementara prasarana adalah peralatan pembantu atau juga



peralatan utama, dan kedua alat tersebut berfungsi untuk mewujudkan suatu tujuan yang ingin dicapai (Fatimah, 2019).

Sarana dan prasarana yang dapat mendukung terselenggaranya STBM antara lain adanya jamban sehat, adanya sarana CTPS yang lengkap, adanya peralatan dan pengingat informasi pengelolaan air minum dan makanan rumah tangga yang aman dan sehat, sistem pengelolaan sampah rumah tangga dan juga sarana pengolahan limbah cair rumah tangga baik secara pribadi maupun komunal.

#### **4. Dukungan Tenaga Kesehatan**

Tenaga Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memiliki kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan (UU No. 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan).

Sementara itu, dalam suksesnya terselenggara STBM di masyarakat perlu dilakukan pemicuan sebagai strategi utama dari STBM. Kegiatan ini dilakukan oleh tenaga kesehatan dengan spesifikasi tenaga kesehatan lingkungan/sanitarian. Definisi Tenaga Sanitasi Lingkungan sendiri menurut Kepmenkes 4788 Tahun 2021 tentang Standar Kompetensi Tenaga Sanitasi Lingkungan adalah seseorang yang telah lulus pendidikan tinggi bidang sanitasi, sanitasi lingkungan atau kesehatan lingkungan baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Adapun upaya yang dapat dilakukan petugas sanitasi lingkungan dapat berupa pelayanan sanitasi lingkungan, inspeksi sanitasi lingkungan, penyehatan media lingkungan, pengamanan dan pengendalian faktor risiko lingkungan serta konseling sanitasi. Semua upaya penyehatan lingkungan tersebut sangat berkaitan dengan terlaksananya STBM, baik secara strategi utama yang berbentuk pemicuan maupun monitoring dan evaluasi dalam pelaksanaannya.

Deskripsi dan definisi dari setiap tugas sesuai kompetensinya antara lain yaitu pelayanan sanitasi lingkungan dimaksudkan sebagai bagian dari pelayanan kesehatan lingkungan yang berupa kegiatan atau serangkaian kegiatan yang ditujukan untuk mewujudkan kualitas lingkungan yang sehat baik dari aspek fisik, kimia, biologi, maupun sosial guna mencegah penyakit dan/atau gangguan kesehatan yang diakibatkan oleh faktor risiko lingkungan (Kemenkes, 2021). Sementara itu, definisi inspeksi sanitasi merupakan kegiatan pemeriksaan dan pengamatan secara langsung terhadap media lingkungan dalam rangka pengawasan berdasarkan standar, norma, dan baku mutu yang berlaku untuk meningkatkan kualitas lingkungan yang sehat (Kemenkes, 2021). Adapun penyehatan media lingkungan didefinisikan sebagai upaya pencegahan penurunan kualitas media lingkungan dan upaya peningkatan kualitas media lingkungan (Kemenkes, 2021).

Dalam hal ini, penting juga diketahui definisi dari faktor risiko lingkungan yang bermakna sebagai hal, keadaan, peristiwa yang berkaitan dengan kualitas media lingkungan yang mempengaruhi atau berkontribusi

terhadap terjadinya penyakit dan/atau gangguan kesehatan. Sementara itu, pengamanan faktor risiko lingkungan didefinisikan sebagai upaya perlindungan terhadap kesehatan masyarakat dari faktor risiko atau gangguan. Sementara untuk pengendalian faktor risiko lingkungan terhadap vektor dan binatang pembawa penyakit adalah upaya untuk mengurangi atau melenyapkan faktor risiko lingkungan terhadap terjadinya penyakit dan/atau gangguan kesehatan yang disebabkan oleh vektor dan binatang pembawa penyakit. Terakhir, sebagai upaya yang dapat dilakukan oleh tenaga sanitasi lingkungan sesuai kompetensinya adalah konseling sanitasi yang merupakan komunikasi antara Tenaga Sanitasi Lingkungan dengan pasien/klien yang melakukan konsultasi masalah kesehatan untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan, baik secara langsung maupun tidak langsung dengan tujuan mengenali dan memecahkan masalah sanitasi lingkungan yang dihadapi (Kemenkes, 2021).

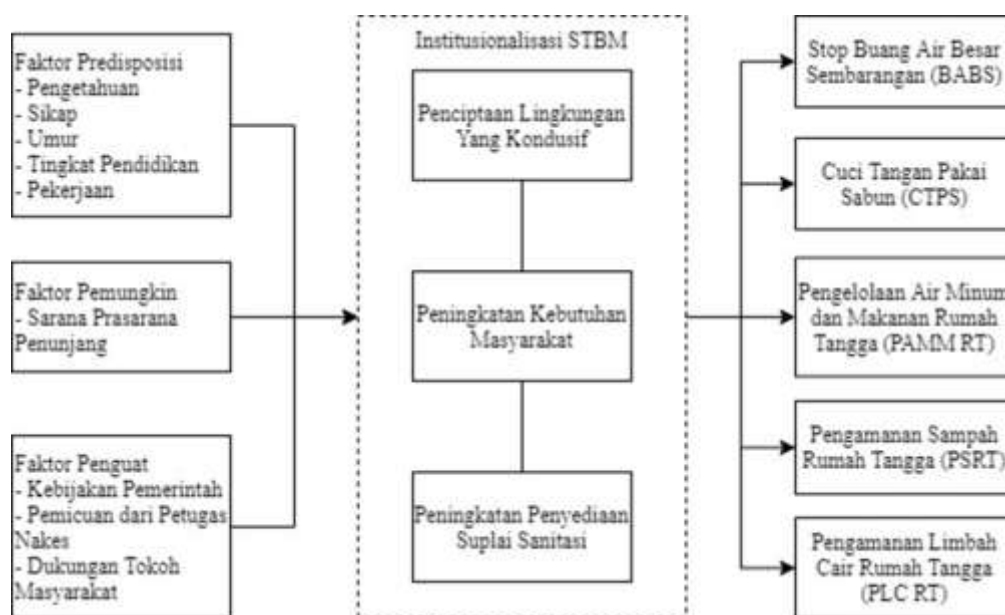
## **5. Dukungan Pemerintah Daerah**

Berdasarkan UU No. 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah, Pemerintahan Daerah adalah penyelenggaraan urusan pemerintahan oleh pemerintah daerah dan dewan perwakilan rakyat daerah menurut asas otonomi dan tugas pembantuan dengan prinsip otonomi seluas-luasnya dalam sistem dan prinsip Negara Kesatuan Republik Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Undang- Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.

Peran dapat didefinisikan sebagai serangkaian perilaku yang teratur, yang timbul karena suatu jabatan tertentu (Thoha,2009). Peran menjawab pertanyaan apa yang sebenarnya dilakukan oleh seseorang dalam menjalankan

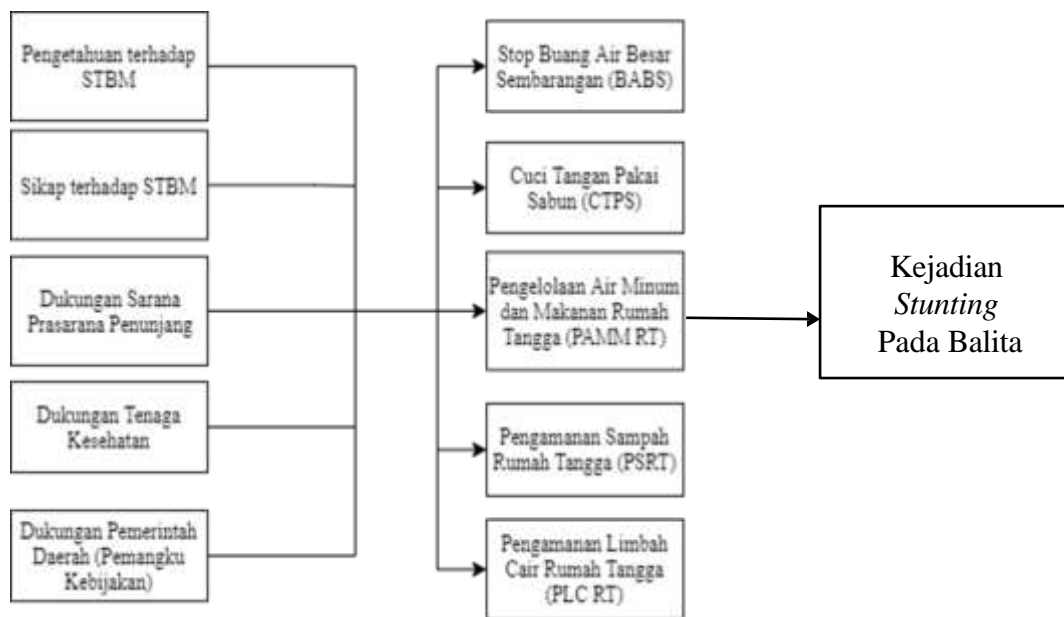
kewajibankewajibannya. Pada hakikatnya peran timbul karena seseorang memahami bahwa ia tidak dapat bekerja sendirian. Adanya lingkungan yang setiap saat diperlukan untuk berinteraksi. Sebagai pelaksana penyelenggaraan urusan pemerintahan yang juga diamanatkan UUD 1945 agar dapat menjamin kesejahteraan masyarakatnya yang termasuk dalam kualitas kesehatannya, maka pemerintah daerah juga tidak terlepas dari tanggung jawabnya dalam suksesnya implementasi sanitasi total berbasis masyarakat. Dukungan dari Pemerintah Daerah dapat berupa kebijakan yang sebagai landasan hukum dalam bertindak, program kerja yang dapat berkaitan dengan komunikasi, kemitraan dan pelaksanaan. Selain itu dukungan berupa anggaran sebagai stimulus di masyarakat maupun penciptaan institusionalisasi sanitasi total berbasis masyarakat di masyarakat melalui program tematik bersama elemen lainnya.

### E. Kerangka Teori



Sumber: Kemenkes, 2014 (diolah kembali, dengan modifikasi);  
Lawrence Green, 2000; Notoatmodjo, 2003.

Gambar 2.2 Kerangka Teori

**F. Kerangka Konsep**

Gambar 2.3 Kerangka Konsep

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Jenis dan Rancangan Penelitian**

Penelitian ini, penulis menggunakan pendekatan deskriptif kualitatif. Penelitian deskriptif kualitatif, deskriptif yaitu suatu rumusan masalah yang memandu penelitian untuk mengeksplorasi atau memotret situasi sosial yang akan diteliti secara menyeluruh, luas dan mendalam. Menurut Bogdan dan Taylor yang dikutip oleh Lexy.J. Moleong, pendekatan kualitatif adalah prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis atau lisan dari orang-orang dan perilaku yang diamati. Husaini (2011:78), menyebutkan bahwa penelitian kualitatif berusaha memahami dan menafsirkan suatu peristiwa interaksi tingkah laku manusia dalam situasi tertentu menurut perspektif peneliti sendiri.

Tujuan utama penelitian yang menggunakan pendekatan kualitatif yaitu mengembangkan pengertian, konsep-konsep yang pada akhirnya menjadi teori. Tahap ini dikenal sebagai *grounded theory research* (Sarwono, 2003).

Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan informasi lengkap tentang “Penerapan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) Pada Keluarga Balita *Stunting* di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Bandung Baru Kecamatan Adiluwih Kabupaten Pringsewu Tahun 2024”.

## B. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja UPTD Puskesmas Bandung Baru Kecamatan Adiluwih Kabupaten Pringsewu yang terdiri dari lima desa diantaranya Desa Waringinsari Timur, Bandung Baru, Bandung Baru Barat, Sinar Waya dan Totokarto. Pengambilan data dilakukan di rumah masing-masing keluarga balita *stunting*. Penelitian dilakukan selama bulan April 2024.

## C. Informan Penelitian

Menurut Bagong (Suyanto 2005:172) informan penelitian meliputi beberapa macam, yaitu :

1. Informan kunci (*key informan*) merupakan mereka yang mengetahui dan memiliki berbagai informasi pokok yang diperlukan dalam penelitian. Pada penelitian ini yang menjadi informan kunci yaitu tokoh masyarakat/ aparatur desa dan petugas kesehatan (bides, sanitarian, ahli gizi) di wilayah kerja UPTD Puskesmas Bandung Baru Kecamatan Adiluwih Kabupaten Pringsewu.
2. Informan sumber merupakan mereka yang terlibat langsung dalam interaksi sosial yang diteliti. Pada penelitian ini yang menjadi informan sumber adalah 19 orang tua balita *stunting* di wilayah kerja UPTD Puskesmas Bandung Baru Kecamatan Adiluwih Kabupaten Pringsewu.
3. Informan tambahan merupakan mereka yang dapat memberikan informasi walaupun tidak langsung terlibat dalam interaksi sosial yang dimiliki.

#### **D. Metode Penelitian**

Penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif dengan tehnik *Purposive Sampling* yaitu ditentukan dengan menyesuaikan pada tujuan penelitian atau tujuan tertentu dengan menggunakan pertimbangan pribadi yang sesuai dengan topik penelitian. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara secara mendalam (*indepth interview*), pengamatan (observasi) dan dokumentasi. Analisis data diawali dengan transkrip dari hasil wawancara, kedua dilakukan reduksi data, ketiga melakukan koding data, berikutnya verifikasi dengan membuat kesimpulan dari hasil temuan penelitian

Informan sumber dalam penelitian ini terdiri dari 19 orang tua balita *stunting* yang ada di wilayah kerja UPTD Puskesmas Bandung Baru Kecamatan Adiluwih Kabupaten Pringsewu yang akan di wawancara mendalam dan observasi. Kemudian akan dilakukan *Focus Group Discussion* (FGD) dengan petugas kesehatan serta tokoh masyarakat dan kader kesehatan yang terlihat pada tabel berikut :



TABEL 2  
DAFTAR INFORMAN

No	Informan	Status	Jumlah	Cara Pengumpulan Data	Informasi yang ingin diperoleh
1	Orang tua balita <i>stunting</i>	Informan sumber	19 orang tua balita <i>stunting</i>	Wawancara mendalam	1.Penerapan STBM di rumah keluarga balita <i>stunting</i> 2.Dukungan petugas kesehatan
2	Tokoh masyarakat/ kepala desa dan petugas kesehatan	Informan kunci	4 orang tomat/ kepala desa 4 orang bidan desa 1 orang kepala puskesmas 1 orang tenaga gizi 1 orang tenaga sanitarian 1 orang kader kesehatan	Wawancara mendalam Telaah dokumen FGD	1.Penerapan STBM di rumah keluarga balita <i>stunting</i> 2.Dukungan tokoh masyarakat 3.Dukungan petugas kesehatan 4.Dukungan pemerintah daerah
3	Keluarga dari orang tua balita <i>stunting</i>	Triangulasi Sumber	19 orang dari keluarga orang tua balita <i>stunting</i>	Wawancara mendalam	1.Penerapan STBM di rumah keluarga balita <i>stunting</i> 2.Dukungan tokoh masyarakat 3.Dukungan petugas kesehatan 4.Dukungan pemerintah daerah

## **E. Sumber Data**

Sumber data dalam penelitian adalah subjek darimana data diperoleh (Suharsimi Arikunto, 2010:172). Sumber data yang utama dalam penelitian kualitatif adalah kata-kata dan tindakan, selebihnya adalah data tambahan seperti dokumen dan literature lain (Lexy Moleong, 2005:157). Peneliti menggunakan dua sumber data untuk mencari dan mengumpulkan sumber data dalam penelitian ini, dan hasil data yang akan diolah, yaitu :

### **1. Sumber data primer**

Data primer adalah data yang diambil secara langsung oleh peneliti kepada sumbernya tanpa ada perantara. Peneliti mencari dan menemukan data kepada informan baik wawancara maupun pengamatan langsung di lapangan. Kata-kata dan tindakan orang yang diamati atau diwawancarai merupakan sumber data yang utama (Lexy Moleong, 2005: 157). Sumber data primer merupakan sumber data yang diperoleh dengan cara menggali sumber asli langsung dari informan, pencatatan sumber data utama melalui wawancara atau pengamatan diperoleh melalui hasil usaha gabungan dari kegiatan melihat, mendengarkan dan bertanya.

### **2. Sumber data sekunder**

Sumber data sekunder adalah sumber data tidak langsung yang mampu memberikan tambahan serta penguatan terhadap data penelitian. Sumber data dalam penelitian kualitatif ini selain berupa kata-kata, bahasa dan tindakan dari informan juga dapat diperoleh

melalui studi kepustakaan dengan media buku dan media internet untuk mendukung analisis dan pembahasan. Selain itu juga akan mengambil data dari arsip-arsip dan foto-foto pada saat penelitian berlangsung. Agar penelitian ini dapat dipertanggungjawabkan, maka sumber data menjadi sangat penting sehingga akan didapatkan hasil penelitian yang benar-benar mendetail.

#### **F. Langkah-Langkah Pengumpulan Data**

1. Sebelum informasi dikumpulkan, peneliti melakukan pencarian informasi melalui petugas sanitarian UPTD Puskesmas Bandung Baru untuk memperoleh keterangan mengenai data dan penerapan sanitasi total berbasis masyarakat (STBM) pada keluarga balita *stunting* di wilayah kerja UPTD Puskesmas Bandung Baru
2. Setelah mendapatkan data dan informasi dari sanitarian, peneliti melakukan wawancara tidak terstruktur untuk memperoleh gambaran di lapangan dalam upaya memperoleh informasi penerapan sanitasi total berbasis masyarakat (STBM) pada keluarga balita *stunting* di wilayah kerja UPTD Puskesmas Bandung Baru
3. Informasi yang didapat akan menjadi acuan bagi peneliti untuk membina hubungan yang dekat dengan informan, peneliti akan menjelaskan maksud dan tujuan dari penelitian. Setelah informan memahami peneliti akan memberikan *Informed Consent* kepada informan untuk ditanda tangani.
4. Peneliti bersama informan mengadakan perjanjian pertemuan selanjutnya untuk wawancara mendalam.

## G. Teknik Pengumpulan Data

### 1. Wawancara Mendalam

Suatu tehnik pengumpulan data untuk mendapatkan informasi yang digali dari sumber data langsung melalui percakapan atau tanya jawab. Wawancara mendalam penelitian kualitatif sifatnya mendalam karena ingin mengeksplorasi informasi secara holistic dan jelas dari informan (Satori.2014)

Wawancara mendalam dengan menggunakan pedoman wawancara yang memuat pertanyaan terbuka. Wawancara dilakukan sendiri oleh peneliti dan dibantu oleh pembantu peneliti untuk mencatat hasil wawancara dan membantu merekam pembicaraan .

#### a. Alat bantu penelitian

##### 1) Pedoman Wawancara

Sebelum pedoman wawancara dibuat, terlebih dahulu peneliti mencari informasi terhadap informan yang dalam wawancara bersifat terbuka dan tidak terstruktur bertujuan untuk akurasi instrument penelitian.

##### 2) Lembar Catatan

Dalam lembar catatan yang perlu dicatat adalah, identitas responden, suasana tempat saat dilakukan wawancara, tempat dan lamanya wawancara, aspek-aspek yang memperjelas saat wawancara, topic pembicaraan yang terputus kerana suatu hal yang akan dilanjutkan pada pertemuan berikutnya.

##### 3) Alat Perekam

Informasi akan dikumpulkan menggunakan alat perekam menggunakan

*handphone*, sebelumnya peneliti menjelaskan terlebih dahulu maksud dan tujuan, selanjutnya minta izin kepada informan untuk dilakukan perekaman suara.

#### **H. Validitas Data**

Validitas data dalam penelitian kualitatif adalah sebagai usaha meningkatkan derajat kepercayaan data. Dalam penelitian kualitatif, pemeriksaan terhadap keabsahan data selain digunakan untuk menyanggah baik apa yang dituduhkan terhadap penelitian kualitatif yang tidak ilmiah, juga merupakan sebagai unsur yang tidak terpisahkan dari tubuh pengetahuan penelitian kualitatif (Lexy Moleong, 2005:320).

Penelitian kualitatif validitas yang digunakan adalah triangulasi data yang memanfaatkan sesuatu yang lain di luar data itu untuk keperluan pengecekan atau sebagai pembanding terhadap data tersebut (Lexy Moleong, 2005:330). Uji keabsahan melalui triangulasi ini dilakukan karena untuk menguji keabsahan data dan informasi tidak dapat dilakukan dengan alat-alat statistik. Begitu pula materi kebenaran yang tidak diuji berdasarkan kebenaran alat, sehingga substansi kebenaran tergantung kepada kebenaran intersubjektif. Oleh karena itu, sesuatu dianggap benar apabila kebenaran itu mewakili kebenaran orang banyak atau kebenaran stakeholder (Burhan Bungin, 2012:205). Dalam penelitian ini, metode triangulasi yang digunakan peneliti adalah pemeriksaan melalui sumber. Membandingkan dan mengecek balik derajat kepercayaan suatu informasi yang diperoleh dari sumber yang berbeda.

## I. Teknik Analisa Data

Teknik analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis interaktif menurut Miles dan Hubberman. Menurut Miles dan Hubberman, mengemukakan bahwa aktivitas dalam analisis data kualitatif dilakukan secara interaktif dan berlangsung secara terus menerus sampai tuntas, sehingga datanya sudah jenuh. Berikut ini teknik analisis data interaktif menurut Miles dan Hubberman, yaitu (Sugiyono, 2009:337- 345) :

### 1. Pengumpulan Data

Pengumpulan data pertama-tama dimulai dengan menggali data dari berbagai sumber, yaitu dengan wawancara, pengamatan, yang kemudian dituliskan dalam catatan lapangan dengan memanfaatkan dokumen pribadi, dokumen resmi, gambar, foto dan sebagainya. Dalam penelitian ini pengumpulan data dilakukan dengan tiga teknik yaitu dengan wawancara, observasi dan dokumentasi.

### 2. Reduksi Data

Reduksi data berarti merangkum, memilih hal-hal yang pokok, memfokuskan pada hal-hal yang penting, dicari tema dan polanya dan membuang yang tidak perlu. Dengan demikian, data yang telah direduksi akan memberikan gambaran yang jelas, dan mempermudah peneliti untuk melakukan pengumpulan data selanjutnya, dan mencarinya bila diperlukan. Reduksi data dapat dibantu dengan peralatan elektronik seperti komputer, dengan memberikan kode-kode pada aspek tertentu.

### 3. Penyajian Data

Setelah data direduksi, tahap selanjutnya adalah menyajikan data. Dalam penelitian kualitatif, penyajian data bisa dilakukan dalam bentuk uraian singkat, bagan, hubungan antarkategori, *flowchart* dan sejenisnya. Milles dan Hubberman menyatakan bahwa yang paling sering digunakan untuk menyajikan data dalam penelitian kualitatif adalah dengan teks yang bersifat naratif.

#### 4. Penarikan Kesimpulan

Langkah terakhir dalam analisa data kualitatif menurut Milles dan Hubberman adalah penarikan kesimpulan dan verifikasi. Kesimpulan awal yang dikemukakan masih bersifat sementara, dan akan berubah bila tidak ditemukan bukti-bukti yang kuat yang mendukung pada tahap pengumpulan data berikutnya. Tetapi apabila kesimpulan yang dikemukakan pada tahap awal, didukung oleh bukti-bukti yang valid dan konsisten saat peneliti kembali ke lapangan mengumpulkan data, maka kesimpulan yang dikemukakan merupakan kesimpulan yang kredibel atau dapat dipercaya.