



Implementasi Program STBM Pilar Pertama dalam Penanggulangan Praktik Buang Air Besar Sembarangan di Kabupaten Sekadau

Implementation of the First Pillar of the Community-Based Total Sanitation Program in Combating Open Defecation Practices in Sekadau Regency

Mariana*, Universitas Tanjungpura, Indonesia

Sri Maryuni, Universitas Tanjungpura, Indonesia

Pardi, Universitas Tanjungpura, Indonesia

ABSTRACT

Open Defecation (OD) practices remain a public health issue in Indonesia, including in Sekadau Regency, which recorded in September 2024 that 70 households still practiced open defecation and 801 households lacked proper sanitation. This study analyzes the implementation of the Community-Based Total Sanitation (STBM) Program, First Pillar (Stop OD), in Sekadau using Purwanto and Sulistyastuti's policy implementation theory, which covers socialization, execution, and policy outcomes. This descriptive qualitative study involved 6 categories of informants (n=18) through observation, in-depth interviews, and documentation, analyzed with an interactive model and triangulation. The main challenge was the limited number of sanitarians (1 for every 4,515 households). Multi-media communication strategies (print, digital, and face-to-face) effectively reached communities, supported by cross-sector collaboration among government, community leaders, and partners such as World Vision Indonesia. Program success was influenced by five factors: capacity building of sanitarians, contextual communication, innovation in addressing resistance, sustainable collaboration, and adaptive monitoring. The findings highlight the need for an integrated approach in implementing community-based sanitation policies to achieve sustainable Open Defecation Free (ODF) status.

ARTICLE HISTORY

Received 14/08/2025
Revised 30/08/2025
Accepted 28/09/2025
Published 01/10/2025

KEYWORDS

Community-based total sanitation; open defecation; public policy implementation; Sekadau Regency; open defecation free; community-based sanitation; policy implementation.

*CORRESPONDENCE AUTHOR

✉ marianaskd40@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.30743/mkd.v9i2.11900>

PENDAHULUAN

Kesehatan merupakan hak fundamental yang berdasarkan Undang-Undang Kesehatan RI Nomor 23 Tahun 1992 didefinisikan sebagai kondisi optimal mencakup aspek fisik, mental, dan sosial (Soekidjo, 2005). Kondisi lingkungan memberikan dampak paling signifikan terhadap status kesehatan, khususnya ketersediaan air bersih, sistem sanitasi, dan kebersihan lingkungan. Nafsiah (2012) mengungkapkan bahwa kondisi sanitasi tidak memadai berdampak langsung pada kesehatan anak, dengan WHO memperkirakan ketidakamanan akses sanitasi menyebabkan kematian lebih dari 400.000 individu setiap tahunnya. Data Riskesdas 2019 menunjukkan 1 dari 10 balita Indonesia mengalami diare sebagai faktor utama kematian balita. WHO dan UNICEF (2020) memproyeksikan 2,2 miliar penduduk dunia masih mengalami keterbatasan akses air minum aman, lebih dari separuh populasi global tidak memiliki akses sanitasi memadai, dan 673 juta orang masih melakukan buang air besar di tempat terbuka.

Mengingat keterkaitan sanitasi dengan *stunting*, pemerintah Indonesia memasukkan aspek sanitasi sebagai strategi prioritas penurunan *stunting* melalui Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2021 dan menginisiasi Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 3 Tahun 2014. STBM mencakup lima pilar: Stop Buang Air Besar Sembarangan (Stop-BABS), Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS), Pengelolaan Air Minum dan Makanan Rumah Tangga (PAMMRT), Pengamanan Sampah Rumah Tangga (PS-RT), dan Pengamanan Limbah Cair Rumah Tangga (PLC-RT).



Pilar pertama STBM menjadi prioritas utama sebagai gerbang awal sanitasi total dan strategi memutus mata rantai kontaminasi kotoran manusia (Mukherjee et al., [2020](#); Firzah & Susilawati, [2023](#)). Status Open Defecation Free (ODF) tercapai ketika memenuhi empat kriteria: seluruh rumah tangga dan sekolah memiliki jamban standar kesehatan, fasilitas jamban digunakan dan dipelihara dengan baik, serta lingkungan terbebas dari kotoran manusia. Di Kabupaten Sekadau, *monitoring* September 2024 menunjukkan 801 rumah tangga sanitasi belum layak, 3.757 rumah tangga BABS tertutup, dan 70 rumah tangga BABS terbuka, dengan tantangan ketidakseimbangan rasio 1 *sanitarian* untuk 4.515 kepala keluarga yang perlu dibina.

Implementasi kebijakan publik merupakan fase kritis yang menentukan keberhasilan pencapaian tujuan (Subarsono, [2011](#); Wahab, [2006](#)). Purwanto dan Sulistyastuti (2015) mengidentifikasi tiga fase kunci: sosialisasi, pelaksanaan, dan hasil kebijakan. Implementasi STBM Pilar Pertama berlandaskan Peraturan Presiden Nomor 185 Tahun 2014, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2014, dan Peraturan Gubernur Kalimantan Barat Nomor 146 Tahun 2020.

Studi terdahulu menunjukkan tantangan implementasi STBM bervariasi di setiap daerah. Damrin ([2016](#)) di 2Bulungan menemukan komunikasi belum optimal, sumber daya terbatas namun struktur birokrasi efektif. Azizah et al. ([2021](#)) di Palembang mengidentifikasi tidak semua pilar terlaksana optimal karena masyarakat belum mengetahui STBM dan kebiasaan sulit diubah. Partiwi et al. ([2022](#)) di Way Kanan mengidentifikasi permasalahan perilaku, sarana prasarana, dan minimnya kerjasama lintas sektor. Syahrizal ([2023](#)) di Darul Imarah menemukan implementasi pilar pertama belum mencapai target 100% dan belum ada desa ODF. Aulia R dan Wardani ([2023](#)) di Depok menunjukkan capaian pilar pertama 98% namun pilar lain rendah.

Studi dampak kesehatan menunjukkan hasil beragam. Amir ([2023](#)) di Maros menemukan pengaruh lima pilar STBM terhadap stunting kecuali pilar pertama. B et al. (2024) menunjukkan penyuluhan meningkatkan pengetahuan dari 61% menjadi 89%. Rahmuniyati dan Sahayati ([2021](#)) di Sleman menunjukkan implementasi STBM efektif menurunkan *stunting* menjadi 8,38% dengan inovasi memadukan program. Pugesehan et al. ([2024](#)) di Maluku Tengah dan Hasibuan et al. ([2021](#)) di Sibolga menekankan pentingnya keterlibatan lintas sektor dan metode pemecuan.

Penelitian ini melengkapi kajian sebelumnya dengan fokus implementasi STBM Pilar Pertama di Kabupaten Sekadau menggunakan teori Purwanto dan Sulistyastuti untuk mengidentifikasi faktor-faktor keberhasilan program dan memberikan rekomendasi perbaikan implementasi.

METODE

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif deskriptif untuk menganalisis implementasi STBM Pilar Pertama di Kabupaten Sekadau, Kalimantan Barat, yang dilaksanakan selama 4 bulan (Januari-April 2024). Lokasi penelitian ditetapkan di area kerja Dinas Kesehatan, Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana Kabupaten Sekadau.

Penentuan informan menggunakan teknik *purposive sampling* dengan total 18 informan yang terbagi dalam enam kategori:

- 1) Bupati Sekadau (1 orang)
- 2) Tim implementor STBM dari Dinas Kesehatan PP dan KB (3 orang)
- 3) *Stakeholder* pemerintahan: Bapperida, Dinas PUPR, Dinas PMD, Camat (4 orang)
- 4) *Stakeholder* non-pemerintahan: NGO Wahana Visi Indonesia (2 orang)
- 5) Tokoh masyarakat: kepala desa, kader posyandu, tokoh agama (4 orang)

6) Masyarakat sasaran program (4 orang)

Data dikumpulkan melalui tiga teknik:

- 1) Observasi partisipatif terhadap aktivitas penerapan STBM, konstruksi jamban, proses pemicuan, dan kondisi sanitasi.
- 2) Wawancara mendalam terstruktur dengan panduan wawancara yang mencakup aspek sosialisasi, pelaksanaan, dan hasil program.
- 3) Telaah dokumentasi berupa arsip, foto, dan statistik dari lembaga terkait.

Observasi dilaksanakan melalui pengamatan langsung terhadap aktivitas penerapan STBM, konstruksi jamban, proses pemicuan, dan kondisi sanitasi di area penelitian. Wawancara mendalam dilakukan kepada semua informan dengan menggunakan pedoman wawancara untuk memperoleh data komprehensif tentang implementasi STBM Pilar Pertama. Dokumentasi dilakukan dengan mengompilasi data sekunder berupa arsip, foto, dan statistik dari lembaga terkait menggunakan perangkat *smartphone* Android.

Panduan wawancara dalam penelitian ini dirancang dengan merujuk pada teori implementasi kebijakan Purwanto dan Sulistyastuti (2015), yang menekankan tiga fase penting: sosialisasi, pelaksanaan, dan hasil kebijakan. Pada fase sosialisasi kebijakan, pertanyaan diarahkan untuk menggali bagaimana strategi komunikasi program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) Pilar Pertama dilaksanakan di wilayah penelitian. Fokus utama adalah pada bentuk dan jenis media yang digunakan—baik cetak, digital, maupun tatap muka—serta aktor-aktor yang terlibat dalam proses sosialisasi, termasuk pemerintah, tokoh masyarakat, maupun lembaga mitra. Selain itu, wawancara juga menelusuri bagaimana masyarakat merespons berbagai bentuk sosialisasi yang dijalankan.

Selanjutnya, pada fase pelaksanaan kebijakan, wawancara diarahkan untuk memahami sejauh mana koordinasi lintas sektor berjalan dalam implementasi program. Informan diminta menjelaskan ketersediaan dan keterbatasan sumber daya yang memengaruhi pelaksanaan, baik dari sisi tenaga, sarana, maupun pendanaan. Mekanisme pemantauan dan evaluasi program di lapangan juga menjadi bagian penting dalam panduan ini, termasuk strategi yang diterapkan oleh pelaksana program untuk menghadapi resistensi masyarakat terhadap perubahan perilaku.

Fase terakhir adalah hasil kebijakan, yang memfokuskan pertanyaan pada capaian konkret dari program STBM Pilar Pertama di wilayah penelitian. Wawancara menelusuri perubahan perilaku masyarakat yang dapat diamati, dampak nyata terhadap kondisi sanitasi dan kesehatan, serta faktor-faktor yang mendukung maupun menghambat keberhasilan program.

Sebagai pelengkap, panduan wawancara juga menyertakan pertanyaan khusus untuk masyarakat, yang bertujuan menggali pemahaman individu mengenai program Stop Buang Air Besar Sembarangan (BABS), motivasi atau hambatan dalam melakukan perubahan perilaku sanitasi, kondisi fasilitas jamban yang dimiliki, serta saran untuk perbaikan dan keberlanjutan program di masa mendatang.

Proses analisis data mengadopsi model interaktif melalui tiga fase. Fase pertama adalah kondensasi data, yaitu meringkas dan menyeleksi informasi yang sesuai dengan fokus kajian, termasuk hasil wawancara tentang struktur birokrasi, jejaring implementasi, indikator pencapaian, sumber daya, dan sistem *monitoring* dan evaluasi. Fase kedua adalah presentasi data dalam format teks naratif yang tersusun sistematis, dilengkapi dengan tabel, foto, dan ilustrasi berdasarkan kategori spesifik. Fase ketiga adalah formulasi kesimpulan berdasarkan hasil analisis untuk menjawab pertanyaan penelitian.

Validitas data diverifikasi melalui triangulasi sumber dan triangulasi teknik. Triangulasi sumber dilakukan dengan mengomparasi data wawancara dengan observasi, membandingkan informasi antar responden, serta mengkonfirmasi hasil wawancara dengan dokumen pendukung. Triangulasi teknik diterapkan dengan menggunakan berbagai cara pengumpulan data seperti wawancara dan observasi untuk informasi yang sama, guna menjamin akurasi dan konsistensi data penelitian.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Implementasi Program STBM Pilar Pertama di Kabupaten Sekadau

Kabupaten Sekadau dengan luas wilayah 6.275 km² yang terbagi dalam 7 kecamatan dan 94 desa menghadapi tantangan signifikan dalam implementasi program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM). Kondisi geografis yang beragam, dari dataran rendah hingga wilayah berbukit, menciptakan kompleksitas tersendiri dalam pelaksanaan program sanitasi, terutama dalam hal akses dan distribusi sumber daya manusia serta fasilitas sanitasi.

Sosialisasi dan Strategi Komunikasi Multi-Media

Implementasi program STBM di Kabupaten Sekadau menggunakan pendekatan komunikasi komprehensif yang mengintegrasikan media cetak (stiker "Stop BABS"), media digital (*website* resmi), dan media sosial (Instagram dan Facebook). Data dari Dinas Kesehatan menunjukkan keterbatasan signifikan dalam ketersediaan tenaga *sanitarian*, di mana hanya 13 tenaga tersebar di seluruh 94 desa binaan (rasio 1:4.515 KK). Keterbatasan ini sejalan dengan temuan Partiwati et al. (2022) di Way Kanan yang mengidentifikasi permasalahan sarana prasarana dan keterbatasan sumber daya sebagai kendala utama program STBM.

Sebagaimana dinyatakan informan dari Dinas Kesehatan: "Kami menggunakan berbagai media untuk menjangkau masyarakat. Tidak hanya mengandalkan sosialisasi tatap muka, tapi juga memanfaatkan media sosial dan *website* resmi untuk informasi yang lebih luas" (Informan 2, Sanitarian Dinkes). Pendekatan tatap muka melalui kegiatan *door-to-door* dan pertemuan kemasyarakatan dilakukan secara rutin untuk memastikan pesan dapat disampaikan secara langsung. Strategi ini sejalan dengan temuan Hasibuan et al. (2021) di Sibolga yang menekankan pentingnya metode pemicuan (*triggering*) langsung dalam meningkatkan pemahaman masyarakat tentang bahaya BABS melalui elemen *triggering*.

Firzah dan Susilawati (2023) menekankan bahwa pendekatan promosi kesehatan Stop BABS menggunakan metode pemicuan yang bekerja menimbulkan rasa jijik, takut, cemas, dan dosa terhadap perilaku buang air besar sembarangan. Implementasi di Sekadau menunjukkan adaptasi strategi komunikasi kontekstual yang disesuaikan dengan kondisi sosial, budaya, dan ekonomi masyarakat setempat, dengan melibatkan tokoh masyarakat dan tokoh agama sebagai garda terdepan dalam penyampaian pesan.

Pemetaan dan Identifikasi Wilayah Prioritas

Sejak 2020, Dinas Kesehatan telah melakukan pemetaan rutin melalui survei lapangan untuk mengidentifikasi kondisi awal masyarakat terkait perilaku Buang Air Besar Sembarangan (BABS). Proses identifikasi ini melibatkan kolaborasi antara Dinas Kesehatan, Pokja PPKP, puskesmas, tokoh masyarakat, dan mitra pembangunan seperti World Vision Indonesia (WVI). Pendekatan ini sejalan dengan konsep *Community-Led Total Sanitation* yang dikembangkan oleh Mukherjee (2011) dalam mendukung pencapaian *Sustainable Development Goals* (SDGs).

Data pemetaan menunjukkan bahwa desa dengan tingkat praktik BABS tinggi menjadi prioritas utama dalam strategi intervensi. Temuan ini konsisten dengan penelitian Aulia R dan Wardani (2023) di Depok yang menunjukkan pentingnya pemetaan komprehensif, meskipun capaian pilar pertama mencapai 98% namun pilar lain masih rendah, mengindikasikan perlunya pendekatan bertahap dan prioritas yang jelas.

Pelaksanaan dan Kolaborasi Lintas Sektor

Program STBM di Sekadau didukung kolaborasi yang melibatkan pemerintah daerah, tokoh masyarakat, dan mitra pembangunan. World Vision Indonesia berperan sebagai mitra strategis dalam penyediaan dukungan teknis dan fasilitasi kegiatan pemucuan. Kepala Desa menyatakan: "Kerjasama dengan berbagai pihak sangat membantu. Tokoh agama dan adat lebih mudah diterima masyarakat dalam menyampaikan pesan kesehatan" (Informan 12, Kepala Desa).

Temuan ini konsisten dengan penelitian Pugesehan et al. (2024) di Maluku Tengah yang menunjukkan pentingnya pelibatan dinas kesehatan, camat, staf pemerintah desa, tokoh masyarakat, agama, dan pemuda dalam optimalisasi STBM. Kegiatan advokasi dan pembinaan dilakukan secara berkelanjutan melalui pelatihan, bimbingan teknis, dan evaluasi kegiatan yang melibatkan petugas lapangan seperti *sanitarian*, tokoh masyarakat, dan tokoh adat.

Seorang *sanitarian* menjelaskan: "Dengan jumlah desa yang banyak dan tenaga terbatas, kami harus kreatif dalam membagi waktu dan prioritas. Kami fokus pada desa dengan tingkat BABS tertinggi terlebih dahulu" (Informan 3, Sanitarian Puskesmas). Kondisi ini sejalan dengan temuan Hadi dan Supriyono (2019) yang menekankan pentingnya kecukupan tenaga terlatih dalam mendukung sanitasi layak di daerah tertinggal.

Tantangan Sosial dan Budaya

Resistensi masyarakat terhadap perubahan perilaku menjadi hambatan persisten dalam implementasi program STBM. Faktor geografis dan kebiasaan turun-temurun memperkuat praktik BABS. Seorang tokoh masyarakat menjelaskan: "Masyarakat sudah terbiasa buang air di sungai atau kebun. Mereka menganggap itu lebih praktis dan tidak mengganggu. Butuh waktu lama untuk mengubah *mindset*" (Informan 15, Tokoh Agama).

Temuan ini sejalan dengan Azizah et al. (2021) di lingkungan kumuh Palembang yang mengidentifikasi bahwa sanitasi dasar mencakup 5 pilar STBM tidak semuanya dilaksanakan optimal karena masyarakat belum mengetahui STBM dan kegiatan telah menjadi kebiasaan yang sulit diubah. Data menunjukkan bahwa hingga 2024, sebagian desa masih belum memiliki jamban sehat dan penduduknya tetap melakukan praktik BABS meskipun sudah ada berbagai program pemerintah dan lembaga mitra.

Penelitian Syahrizal (2023) di wilayah kerja Puskesmas Darul Imarah menunjukkan bahwa implementasi pilar pertama STBM belum mencapai target 100% dan tidak ada desa yang mencapai kondisi ODF, dengan kejadian diare yang meningkat dari 2020 ke 2021. Hal ini mengindikasikan kompleksitas tantangan implementasi yang memerlukan pendekatan yang lebih persuasif dan edukatif, sebagaimana ditemukan dalam penelitian Heriati dan Yulianti (2021) yang menunjukkan evaluasi program STBM dalam mengurangi perilaku buang air besar sembarangan di wilayah *rural* memerlukan pendekatan yang lebih komprehensif.

Hasil dan Dampak Program

Data *monitoring* September 2024 menunjukkan 70 rumah tangga masih melakukan BABS terbuka, 3.757 rumah tangga BABS tertutup, dan 801 rumah tangga dengan sanitasi belum layak. Meskipun belum mencapai target 100% ODF, terjadi peningkatan signifikan dibanding tahun sebelumnya.

Evaluasi menunjukkan peningkatan kesadaran masyarakat tentang pentingnya sanitasi, meskipun implementasi penuh masih memerlukan waktu.

Temuan ini kontras dengan hasil penelitian Muslimin B et al. (2024) yang menunjukkan bahwa penyuluhan penerapan lima pilar STBM dapat meningkatkan pengetahuan peserta dari 61% menjadi 89%. Perbedaan ini mengindikasikan bahwa peningkatan pengetahuan tidak selalu diikuti dengan perubahan perilaku yang konsisten, sejalan dengan temuan Amir (2023) di Kabupaten Maros yang menemukan pengaruh lima pilar STBM terhadap kejadian *stunting*, kecuali pilar pertama (Stop BABS) yang tidak berpengaruh signifikan.

Penelitian Rahmuniyati dan Sahayati (2021) di Kabupaten Sleman menunjukkan keberhasilan yang lebih optimal dengan implementasi STBM yang efektif menurunkan kasus *stunting* menjadi 8,38% melalui inovasi program yang memadukan STBM dengan program percepatan penurunan *stunting*. Hal ini menunjukkan pentingnya pendekatan terintegrasi dalam implementasi program sanitasi.

Monitoring dan Evaluasi Adaptif

Kegiatan evaluasi dan *monitoring* dilakukan secara rutin di tingkat desa dan kecamatan. Data yang diperoleh dari kegiatan evaluasi digunakan untuk melakukan penyesuaian strategi dan memperkuat dukungan teknis terhadap desa-desa yang masih tertinggal. Sistem *monitoring* yang komprehensif melibatkan berbagai indikator keberhasilan, termasuk perubahan perilaku masyarakat, ketersediaan fasilitas sanitasi, dan tingkat partisipasi komunitas.

Pendekatan ini sejalan dengan *framework* analisis kebijakan publik yang dikembangkan oleh Dunn (2016) dalam memastikan efektivitas implementasi program dan pendekatan WHO/UNICEF *Joint Monitoring Programme* (2017) dalam memantau *progress* sanitasi dan *hygiene*. Partiwati et al. (2022) dalam evaluasi STBM di Way Kanan mengidentifikasi bahwa hampir seluruh indikator pengembangan kapasitas telah dilakukan, namun masih terdapat kekurangan dalam implementasi komunikasi perubahan perilaku dan minimnya kerjasama sinergi dengan SKPD lain.

Faktor-Faktor Keberhasilan dan Keberlanjutan

Berdasarkan analisis komprehensif terhadap implementasi STBM Pilar Pertama di Kabupaten Sekadau, lima faktor utama mempengaruhi keberhasilan program: (1) Peningkatan Kapasitas Sanitarian - perlunya penambahan tenaga dan peningkatan kompetensi *sanitarian* dalam pendekatan *community-based sanitation*; (2) Komunikasi Kontekstual - adaptasi pesan dan metode komunikasi sesuai kondisi sosial, budaya, dan geografis setempat; (3) Inovasi Menghadapi Resistensi - pengembangan strategi kreatif untuk mengatasi hambatan perilaku dan geografis; (4) Kolaborasi Berkelanjutan - penguatan kemitraan lintas sektor dan pelibatan tokoh lokal; (5) *Monitoring* Adaptif - sistem evaluasi yang responsif untuk penyesuaian strategi implementasi.

Kunci keberhasilan terletak pada komunikasi yang efektif dan pemberdayaan masyarakat secara langsung agar mereka merasa memiliki dan bertanggung jawab terhadap keberhasilan program. Dengan pendekatan holistik dan integratif yang melibatkan semua komponen masyarakat dan pemerintah, diharapkan Kabupaten Sekadau dapat mencapai visi menjadi daerah yang bersih, sehat, dan bebas dari praktik BABS, sejalan dengan target nasional RPJMN 2020-2024 dan komitmen Indonesia terhadap SDGs.

SIMPULAN

Implementasi program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) di Kabupaten Sekadau menunjukkan upaya komprehensif dalam mengatasi praktik Buang Air Besar Sembarangan (BABS)

melalui pendekatan multidimensi yang melibatkan berbagai *stakeholder*. Penelitian ini mengidentifikasi beberapa temuan kunci yang relevan dengan teori implementasi kebijakan publik dan praktik sanitasi berbasis masyarakat. Pertama, keterbatasan sumber daya manusia menjadi tantangan utama dalam implementasi program, di mana hanya 13 tenaga *sanitarian* yang tersebar di 94 desa menunjukkan kesenjangan signifikan dalam rasio tenaga terhadap wilayah binaan. Kondisi ini sejalan dengan temuan Hadi & Supriyono (2019) yang menekankan pentingnya kecukupan tenaga terlatih dalam mendukung sanitasi layak di daerah tertinggal.

Kedua, strategi komunikasi multimedia yang mengintegrasikan media cetak, digital, dan tatap muka terbukti efektif dalam menjangkau berbagai segmen masyarakat. Pendekatan kontekstual yang melibatkan tokoh masyarakat dan tokoh agama sebagai garda terdepan komunikasi menunjukkan relevansi dengan konsep *Community-Led Total Sanitation* (Mukherjee, 2011) dan strategi nasional UNICEF Indonesia (2018). Ketiga, resistensi masyarakat dan faktor geografis yang sulit dijangkau menjadi hambatan persisten dalam perubahan perilaku. Temuan ini konsisten dengan penelitian Heriati & Yulianti (2021) yang menunjukkan kompleksitas evaluasi program STBM di wilayah *rural* yang memerlukan pendekatan yang lebih persuasif dan edukatif.

Keempat, kolaborasi lintas sektor yang melibatkan pemerintah daerah, tokoh masyarakat, dan mitra pembangunan seperti World Vision Indonesia menunjukkan pentingnya sinergi dalam mencapai perubahan perilaku berkelanjutan. Hal ini sejalan dengan *framework* analisis kebijakan publik oleh Anderson (2014) yang menekankan pentingnya koordinasi *multi-stakeholder*. Kelima, sistem *monitoring* dan evaluasi yang komprehensif memungkinkan penyesuaian strategi secara adaptif, sesuai dengan pendekatan WHO/UNICEF *Joint Monitoring Programme* (2017) dalam memantau *progress* sanitasi dan *hygiene*.

Penelitian ini memiliki keterbatasan dalam hal cakupan geografis yang terbatas pada satu kabupaten dan durasi observasi yang relatif singkat. Penelitian masa depan sebaiknya menggunakan pendekatan longitudinal untuk menganalisis dampak jangka panjang program STBM.

Upaya penguatan implementasi program STBM di masa mendatang dapat diarahkan pada lima strategi utama. Pertama, penguatan sumber daya manusia melalui rekrutmen dan pelatihan *sanitarian* tambahan diperlukan untuk mencapai rasio ideal antara jumlah tenaga dengan wilayah binaan. Dengan tenaga yang lebih memadai, cakupan pembinaan dan pengawasan dapat berlangsung lebih efektif. Kedua, diperlukan inovasi teknologi berupa pengembangan aplikasi *mobile* yang dapat dimanfaatkan untuk *monitoring* dan pelaporan kegiatan STBM di tingkat desa. Kehadiran teknologi ini diharapkan mempercepat alur informasi sekaligus meningkatkan akurasi data di lapangan.

Ketiga, kolaborasi strategis dengan sektor swasta perlu diperkuat, khususnya dalam penyediaan sarana sanitasi yang lebih terjangkau bagi masyarakat. Kemitraan ini akan membuka akses yang lebih luas terhadap fasilitas yang layak sekaligus mendukung keberlanjutan program. Keempat, penting dilakukan integrasi program antara STBM dengan inisiatif lain seperti penurunan *stunting* serta peningkatan kesehatan ibu dan anak. Pendekatan lintas isu ini akan menciptakan sinergi kebijakan dan memberi dampak lebih komprehensif terhadap kesehatan masyarakat. Terakhir, dibutuhkan evaluasi berkelanjutan dengan sistem *monitoring* berbasis bukti (*evidence-based*), sehingga setiap strategi implementasi dapat disesuaikan secara adaptif sesuai dinamika di lapangan.

REFERENSI

- Amir, A. (2023). The influence of the five pillars of STBM against stunting incidence. *Jurnal Kesehatan Delima Pelamonia*, 7(1), 43–59. <https://doi.org/10.37337/jkdp.v7i1.362>
- Anderson, J. E. (2014). *Public policymaking: An introduction* (8th ed.). Cengage Learning.

- Aulia R., A., & Wardani, R. K. (2023). Gambaran Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) di Kota Depok Jawa Barat Tahun 2023. *Journal of Religion and Public Health*, 5(2), 130–149. <https://doi.org/10.15408/jrph.v5i2.37114>
- Azizah, N., Ardillah, Y., Sari, I. P., & Windusari, Y. (2021). Kajian Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) di lingkungan kumuh Kota Palembang: Studi kualitatif. *Jurnal Kesehatan Lingkungan Indonesia*, 20(2), 65–73. <https://doi.org/10.14710/jkli.20.2.65-73>
- Damrin. 2016. Implementasi Kebijakan Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat Pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bulungan Provinsi Kalimantan Utara. *Skripsi*. Universitas Terbuka.
- Dunn, W. N. (2016). *Public policy analysis: An introduction* (6th ed.). Pearson Education.
- Firzah, N. N., & Susilawati, S. (2023). Promosi kesehatan stop buang air besar sembarangan (BABS) melalui pendekatan STBM pilar pertama. *Sehatmas: Jurnal Ilmiah Kesehatan Masyarakat*, 2(3), 511–521. <https://doi.org/10.55123/sehatmas.v2i3.1804>
- Hadi, S., & Supriyono, B. (2019). Penerapan 5 pilar STBM dalam mendukung sanitasi layak di daerah tertinggal. *Jurnal Pengabdian Masyarakat*, 8(2), 98–105.
- Hasibuan, R., Susilawati, S., & Nanda, M. (2021). Pemicuan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) pilar BABS di Kota Sibolga. *Shihatuna: Jurnal Pengabdian Kesehatan Masyarakat*, 1(1), 1. <https://doi.org/10.30829/shihatuna.viii.9186>
- Heriati, I., & Yulianti, L. (2021). Evaluasi program STBM dalam mengurangi perilaku buang air besar sembarangan di wilayah rural. *Jurnal Kesehatan Lingkungan*, 12(1), 23–32.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). *Pedoman pelaksanaan sanitasi total berbasis masyarakat (STBM)*. Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat.
- Mukherjee, N. (2011). *Community-led total sanitation in rural areas: An approach for achieving sustainable development goals (SDGs)*. The World Bank.
- Muslimin B., Ruqaiyah, R., & Imran, A. (2024). Penyuluhan penerapan lima pilar STBM terhadap kejadian stunting. *Media Implementasi Riset Kesehatan*, 5(2), 116–122. <https://doi.org/10.32382/mirk.v5i2.1099>
- Nafsiah, M. (2012). *East Asia Ministerial Conference on Sanitation and Hygiene*. Kementerian Kesehatan RI.
- Nugroho, R. (2018). *Public policy: Dinamika kebijakan, analisis kebijakan, manajemen kebijakan*. Gramedia.
- Partiwi, D., Nuryani, D. D., & Pradana, A. A. (2022). Manajemen pelaksanaan dan evaluasi Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) pilar stop buang air besar sembarangan (Stop BABS). *Media Informasi*, 18(2), 116–126. <https://doi.org/10.37160/bmi.v18i2.59>
- Peraturan Gubernur Kalimantan Barat Nomor 146 Tahun 2020 tentang Sanitasi Total Berbasis Masyarakat. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2014 tentang Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM).
- Peraturan Presiden Nomor 185 Tahun 2014 tentang Percepatan Penyediaan Air Minum dan Sanitasi.
- Pugesehan, D. J., Tasijawa, F. A., Leutualy, V., Madiuw, D., Lesnussa, R. H., Tupamahu, G. M., Kakiay, M. L., Bartholomeus, Y., Yusak, O., Alfons, S., Huwae, H., Pembuain, D., Setiawan, R., & Sahetapy, F. (2024). Optimalisasi penerapan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) melalui Program Pemberdayaan pada Masyarakat (PPM). *Aksiologi: Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat*, 8(2). <https://doi.org/10.30651/aks.v8i2.12854>
- Purwanto, E. A., & Sulistyastuti, D. R. (2015). *Implementasi kebijakan publik: Konsep dan aplikasinya di Indonesia*. Gava Media.
- Rahmuniyati, M. E., & Sahayati, S. (2021). Implementasi program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) untuk mengurangi kasus stunting di Puskesmas wilayah Kabupaten Sleman. *Prepotif: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 5(1), 80–95. <https://doi.org/10.31004/prepotif.v5i1.1235>
- Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020–2024.
- Soekidjo, N. (2005). *Promosi kesehatan: Teori dan aplikasi*. Rineka Cipta.
- Stone, D. (2012). *Policy paradox: The art of political decision making* (3rd ed.). W. W. Norton & Company.
- Subarsono, A. G. (2011). *Analisis kebijakan publik: Konsep, teori, dan aplikasi*. Pustaka Pelajar.
- Syahrizal, S. (2023). Pengaruh penerapan program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) dengan kejadian diare di wilayah kerja Puskesmas Darul Imarah. *Jurnal SAGO Gizi dan Kesehatan*, 4(2), 319. <https://doi.org/10.30867/gikes.v4i2.1261>
- UNICEF Indonesia. (2018). *STBM: Strategi nasional untuk perubahan perilaku hidup bersih dan sehat*. UNICEF.
- United Nations. (2015). *Transforming our world: The 2030 agenda for sustainable development*. United Nations.
- Wahab, S. A. (2004). *Analisis kebijakan: Dari formulasi ke implementasi kebijakan negara*. Bumi Aksara.

- Wahab, S. A. (2006). *Pengantar analisis kebijakan publik*. Universitas Muhammadiyah Malang Press.
- WHO & UNICEF. (2020). *Progress on household drinking water, sanitation and hygiene 2000–2020: Five years into the SDGs*. WHO.
- WHO/UNICEF Joint Monitoring Programme for Water Supply, Sanitation and Hygiene (JMP). (2017). *Progress on drinking water, sanitation and hygiene: 2017 update and SDG baselines*. WHO.
- Widodo, J. (2001). *Good governance: Telaah dari dimensi akuntabilitas dan kontrol birokrasi pada era desentralisasi dan otonomi daerah*. Insan Cendekia.
- World Health Organization. (2020). *Water, sanitation and hygiene: Key facts*. WHO.