

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1. Latar Belakang**

Negara yang baik adalah negara yang memerhatikan tiga aspek kehidupan berlangsungnya negara tersebut, yaitu pendidikan, ekonomi dan kesehatan. Kesehatan merupakan kebutuhan manusia yang utama dan menjadi prioritas mendasar bagi kehidupan karena pembangunan kesehatan merupakan dasar dari pembangunan lainnya.

Definisi sehat menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) adalah suatu keadaan yang meliputi fisik, mental dan sosial yang tidak hanya bebas dari penyakit atau kecacatan. Tahun 1986, dalam Piagam Ottawa untuk Promosi Kesehatan, WHO menyebutkan bahwa pengertian kesehatan adalah “sumber daya bagi kehidupan sehari-hari, bukan tujuan hidup. Kesehatan adalah konsep positif yang menekankan sumber daya sosial dan pribadi, serta kemampuan fisik”. Dengan kata lain, sehat meliputi kesehatan jasmani, rohani serta sosial.

Kesehatan merupakan salah satu hal terpenting yang dimiliki manusia karena dalam keadaan sehat, manusia dapat menjalankan segala aktivitas mereka dengan baik. Menurut Soekidjo (2005: 2), kesehatan merupakan hak asasi manusia yang bersifat universal baik sebagai individu, kelompok, masyarakat

maupun bangsa.<sup>1</sup> Pentingnya kesehatan bagi masyarakat, maka kesehatan juga menjadi tanggungjawab sebuah institusi negara. Institusi kesehatan di Indonesia diharapkan dapat mewujudkan masyarakat Indonesia yang mempunyai kesadaran, kemauan dan kemampuan untuk hidup sehat sehingga tercapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya sebagai salah satu unsur dari pembangunan kesehatan sumber daya manusia Indonesia seutuhnya.

Kesehatan masyarakat Indonesia diatur dalam Undang-Undang Kesehatan RI No.23 Tahun 1992 yang mendefinisikan sehat sebagai keadaan sempurna baik fisik, mental dan sosial. Artinya, masyarakat yang sehat tidak hanya bebas dari penyakit dan cacat, namun produktif secara ekonomi dan sejahtera secara sosial.

Kesehatan dipengaruhi oleh banyak hal, baik yang bersifat internal (dari dalam diri manusia) maupun yang bersifat eksternal (dari luar diri manusia). Blum (1974) dalam (Soekidjo 2005: 19) menyatakan bahwa faktor yang mempengaruhi kesehatan baik individu, kelompok, dan masyarakat dapat dikelompokkan menjadi 4 berdasarkan besarnya pengaruh, yaitu: 1) Lingkungan (*environment*), mencakup lingkungan fisik, sosial, budaya, ekonomi, dan sebagainya; 2) Perilaku (*behavior*); 3) Pelayanan kesehatan (*health services*); 4) Keturunan (*heredity*). Diantara keempat faktor tersebut, faktor lingkungan merupakan faktor yang memberikan pengaruh terbesar. Hal ini diungkapkan oleh Blum (1974) yang menyatakan bahwa lingkungan merupakan akses utama yang langsung

---

<sup>1</sup> Soekidjo Notoatmodjo, *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*, (Jakarta: Rineka Cipta, 2005), hal 2.

berhubungan dengan manusia. Sebagai contoh, pengaruh lingkungan berkaitan dengan akses terhadap air bersih, jamban atau tempat buang air besar, sampah, lantai rumah, polusi, sanitasi tempat umum, bahan beracun berbahaya dan kebersihan TPU (Tempat Pelayanan Umum). Beberapa contoh tersebut, yang menjadi contoh utama adalah akses sanitasi dasar karena merupakan akses kesehatan pertama yang langsung berhubungan dengan setiap rumah tangga. Pada penelitian ini, penulis akan membahas sanitasi yang berhubungan dengan pembangunan jamban sehat. Jamban yang sehat berguna untuk menekan angka Buang Air Besar Sembarangan (BABS). Jamban keluarga yang memenuhi syarat kesehatan merupakan salah satu upaya untuk mencapai lingkungan yang sehat.

Penulis tertarik untuk meneliti permasalahan yang berhubungan dengan jamban sehat karena dilatarbelakangi oleh fakta bahwa sebanyak 47% masyarakat Indonesia masih berperilaku buang air besar di sungai, sawah, kolam, kebun dan tempat terbuka. Fakta ini sesuai dengan hasil penelitian *Indonesian Sanitation Sector Development Program (ISSDP)* yang dilakukan pada tahun 2006. Untuk menanggulangi masalah sanitasi yang berhubungan pula dengan buang air besar sembarangan, pemerintah melaksanakan program yang diberi nama CLTS (*Community Lead Total Sanitation*) yang diselenggarakan di 6 kabupaten di 6 provinsi di Indonesia, diantaranya Muaro Jambi, Jambi; Muara Enim, Sumatera Selatan; Bogor, Jawa Barat; Lumajang, Jawa Timur; Sambas, Kalimantan Barat; Sumbawa, Nusa Tenggara Barat. Program CLTS kemudian berganti nama menjadi STBM (Sanitasi Total Berbasis Masyarakat).

Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) merupakan pendekatan untuk merubah perilaku *higiene* dan sanitasi melalui pemberdayaan masyarakat dengan metode pemucuan. Sanitasi total yang dimaksud adalah ketika suatu komunitas tidak Buang Air Besar Sembarangan (BABS), mencuci tangan pakai sabun, mengelola air minum dan makanan yang aman, mengelola sampah dengan benar dan mengelola limbah cair rumah tangga dengan aman. Program STBM memiliki indikator *outcome* dan *output*. Indikator *outcome* STBM yaitu menurunnya kejadian penyakit diare dan penyakit berbasis lingkungan lainnya yang berkaitan dengan sanitasi dan perilaku. Cara untuk mencapai *outcome* tersebut, STBM memiliki 6 (enam) strategi nasional yang pada bulan September 2008 telah dikukuhkan melalui Kepmenkes No.852/Menkes/SK/IX/2008. Strategi-strategi tersebut menjadi acuan bagi petugas kesehatan dan instansi yang terkait dalam penyusunan perencanaan, pelaksanaan, pemantauan, dan evaluasi terkait dengan sanitasi total berbasis masyarakat. Tahun 2014, naungan hukum pelaksanaan STBM diperkuat dengan dikeluarkannya PERMENKES Nomor 3 Tahun 2014 tentang Sanitasi Total Berbasis Masyarakat. Demikian, secara otomatis Kepmenkes No.852/Menkes/SK/IX/2008 telah tidak berlaku lagi sejak terbitnya PERMENKES ini.

Sebagai bagian dari wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia, Pemerintah Kabupaten Boyolali juga melakukan usaha menjaga kelestarian lingkungan hidup yang sejalan dengan pemerintah pusat, yaitu dengan mengeluarkan Peraturan Bupati (Perbup) Boyolali No. 53 Tahun 2015 tentang Percepatan Pelaksanaan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM). Tujuan

dikeluarkannya Perbup ini adalah untuk mengurangi angka penyakit lingkungan seperti diare, kolera dan cacangan. Penulis tertarik untuk melakukan penelitian di Kabupaten Boyolali dengan tema Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) yang berhubungan dengan penekanan angka Buang Air Besar Sembarangan (BABS) masyarakat. Ketertarikan penulis didasarkan pada fakta bahwa di Kabupaten Boyolali masih banyak warga yang melakukan Buang Air Besar Sembarangan (BABS). Tahun 2016 tercatat terdapat 9,66% keluarga yang buang air besar sembarangan. Permasalahan lainnya adalah, masih banyak rumah tangga yang belum memiliki jamban. Warga masih banyak yang menumpang jamban di rumah tetangga atau satu jamban di satu rumah dipakai sampai tiga kepala keluarga (KK), padahal idealnya satu rumah tangga memiliki satu jamban. Sebanyak 40% rumah tangga belum bisa mengelola limbah dengan baik. Adanya Perbup Boyolali tersebut diharapkan pada Tahun 2019 tidak ada lagi warga yang Buang Air Besar Sembarangan (BABS) dan angka penyakit lingkungan semakin berkurang.

**Tabel 1.1**

**Kemajuan Kepemilikan Jamban dan Angka BABS**

<b>Tahun</b>	<b>JSP</b>	<b>JSSP</b>	<b>Sharing</b>	<b>BABS</b>
Baseline (2015)	37,58%	20,11%	28,95%	40,91%
Kemajuan (2017)	63,62%	16,14%	13,86%	6,38%

*Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Boyolali 2017*

Tabel 1.1 menunjukkan bahwa pemberlakuan Perbup Boyolali No.53 Tahun 2015 tentang Percepatan Pelaksanaan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) menunjukkan hasil yang baik. Pada tahun 2015 sebelum diberlakukannya Perbup tersebut, persentase warga yang memiliki Jamban Sehat Permanen (JSP) sebesar 37,58%. Setelah Perbup diberlakukan, persentase warga yang memiliki Jamban Sehat Permanen (JSP) naik secara signifikan mencapai angka 63,62%. Naiknya persentase Jamban Sehat Permanen (JSP) maka persentase BABS menurun drastis dari angka 40,91% menjadi 6,38%. Hal positif ini menandakan bahwa himbuan dalam Peraturan Bupati (Perbup) Boyolali No. 52 Tahun 2015 untuk meningkatkan kesadaran masyarakat agar berhenti buang air besar sembarangan (BABS) telah berhasil.

**Tabel 1.2**  
**Perbandingan Angka BABS di Kabupaten Lain**

No	Kabupaten/Kota	Persentase BABS
1.	Boyolali	5,50%
2.	Klaten	10,73%
3	Salatiga	7,30%
4.	Surakarta	6,28%
5.	Semarang	11,02%

*Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Boyolali, 2017*

Keberhasilan pelaksanaan Peraturan Bupati (Perbup) Boyolali No. 53 Tahun 2015 tentang Percepatan Pelaksanaan Sanitasi Total Berbasis Lingkungan (STBM) dapat dilihat melalui data pada Tabel 1.2. Berdasarkan tabel 1.2, dari 5 Kabupaten/Kota, Kabupaten Boyolali menjadi Kabupaten yang memiliki

persentase Buang Air Besar Sembarangan (BABS) terendah, yaitu sebesar 5,50%. Beberapa Kabupaten di Jawa Tengah yang sudah *ODF* adalah Kabupaten Grobogan, Wonogiri, Karanganyar dan Boyolali. Kabupaten Grobogan sudah *ODF* pada tahun 2016, namun melalui tahap verifikasi dua kali. Kabupaten Wonogiri, Karanganyar dan Boyolali hanya melalui tahap verifikasi satu kali.

Beberapa wilayah di Kabupaten Boyolali yang angka BABS masih tinggi, yaitu di Kecamatan Sawit dan Kemusu. Satu bulan menjelang verifikasi *ODF*, dua Kecamatan tersebut masih memiliki angka BABS yang tinggi. Berbagai upaya telah dilakukan pemerintah Kabupaten Boyolali dalam mengurangi angka BABS diseluruh wilayah Boyolali termasuk Kecamatan Sawit dan Kemusu. Upaya ini dilakukan Pemerintah Kabupaten Boyolali dalam mewujudkan Kabupaten Bebas Buang Air Besar Sembarangan (*Stop BABS*) atau *Open Defecation Free (ODF)* pada bulan November.

Melihat latar belakang di atas, maka penulis menggunakan “KEBIJAKAN PEMERINTAH KABUPATEN BOYOLALI DALAM MENEKAN ANGKA BUANG AIR BESAR SEMBARANGAN (BABS)” sebagai judul penelitia

## **1.2. Rumusan Masalah**

Dalam sebuah penelitian dibutuhkan rumusan masalah agar peneliti tidak membahas terlalu luas mengenai masalah. Berdasarkan uraian pada latar belakang dan ruang lingkup masalah sebagaimana tersebut di atas, maka peneliti merumuskan masalah sebagai berikut:

1. Bagaimana pelaksanaan kebijakan Pemerintah Kabupaten Boyolali dalam rangka menekan angka Buang Air Besar Sembarangan (BABS)?
2. Bagaimanakah perbedaan perilaku masyarakat di Kecamatan Sawit dengan Kecamatan Kemusu?
3. Faktor-faktor apa yang menghambat Pemerintah Kabupaten Boyolali dalam menekan angka Buang Air Besar Sembarangan (BABS)?

## **1.3. Tujuan Penelitian**

Tujuan yang dicapai penulis dari penelitian ini adalah untuk mendapatkan gambaran tentang kebijakan pemerintah dalam menekan angka penyakit berbasis lingkungan di Kabupaten Boyolali. Selain itu, fokus tujuan yang ingin dicapai penulis adalah sebagai berikut:

1. Untuk mendeskripsikan pelaksanaan kebijakan yang digunakan Pemerintah Kabupaten Boyolali dalam menekan angka Buang Air Besar Sembarangan (BABS).



2. Untuk mengetahui perbedaan perilaku masyarakat di Kecamatan Sawit dengan Kecamatan Kemusu dan untuk mengetahui faktor penyebab tingginya BABS di kecamatan tersebut.
3. Mengetahui faktor-faktor apa saja yang menghambat Pemerintah Kabupaten Boyolali dalam menekan angka Buang Air Besar Sembarangan (BABS).

#### **1.4. Manfaat Penelitian**

##### **1.4.1. Kegunaan Praktis**

1. Memberikan gambaran mengenai pelaksanaan kebijakan yang digunakan Pemerintah Kabupaten Boyolali dalam menekan angka Buang Air Besar Sembarangan (BABS).
2. Memberi gambaran perbedaan perilaku masyarakat di Kecamatan Sawit dengan Kecamatan Kemusu dan untuk mengetahui faktor penyebab tingginya BABS di kecamatan tersebut.
3. Memberikan bahan masukan dan mengakomodir permasalahan yang ditemui di lapangan bagi Pemerintah Kabupaten Boyolali.

##### **1.4.2. Kegunaan Teoritis**

1. Hasil penelitian ini dapat memberikan manfaat dan sumbangsih pemikiran bagi peneliti lain.

2. Memberikan pengetahuan tentang strategi dan kebijakan Pemerintah Kabupaten Boyolali yang berhasil menekan Angka Buang Air Besar Sembarangan (BABS).

## 1.5. Kerangka Teori

### 1.5.1. Konsep Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM)

Pendekatan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) adalah pendekatan untuk mengubah perilaku higienis dan saniter melalui pemberdayaan masyarakat dengan cara pemucuan. Pendekatan partisipatif ini mengajak masyarakat untuk mengalisa kondisi sanitasi melalui proses pemucuan yang menyerang/menimbulkan rasa jijik dan malu kepada masyarakat tentang pencemaran lingkungan akibat BABS<sup>2</sup>.

Dasar pelaksanaan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) adalah Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 852/MENKES/SK/IX/2008 Tentang [Strategi](#) Nasional Sanitasi Total Berbasis Masyarakat. Strategi ini pada dasarnya dilaksanakan dalam rangka memperkuat upaya pembudayaan hidup bersih dan sehat, mencegah [penyebaran](#) penyakit berbasis lingkungan, meningkatkan kemampuan masyarakat serta mengimplementasikan komitmen pemerintah untuk meningkatkan akses air minum dan sanitasi dasar yang berkesinambungan dalam pencapaian *Millenium Development Goals* (MDGs) tahun 2015.

Tujuan program STBM adalah menciptakan suatu kondisi masyarakat (pada suatu wilayah): a) Mempunyai akses dan menggunakan jamban sehat; b) Mencuci tangan pakai sabun dengan benar; c) Mengelola dan menyimpan air minum dan makanan yang aman; d) Mengelola sampah dengan baik; e) Mengelola limbah rumah tangga (cair dan padat). Tujuan akhir dari pendekatan STBM adalah merubah cara pandang dan perilaku sanitasi yang memicu terjadinya pembangunan jamban dengan inisiatif masyarakat sendiri tanpa subsidi dari pihak luar serta menimbulkan kesadaran bahwa kebiasaan BABS adalah masalah

---

<sup>2</sup> Departemen Kesehatan RI, *Strategi Nasional Sanitasi Total Berbasis Masyarakat*, (Jakarta: Depkes RI, 2008), hal 2.

bersama karena dapat berimplikasi kepada semua masyarakat sehingga pemecahannya juga harus dilakukan dan dipecahkan secara bersama.

Konsep STBM dalam pelaksanaannya memiliki prinsip yaitu tanpa subsidi, tidak menggurui, tidak memaksa, mempromosikan jamban, masyarakat sebagai pemimpin, serta membutuhkan totalitas dan keterlibatan seluruh masyarakat.

Tingkat partisipasi masyarakat dalam STBM dimulai tingkat partisipasi yang terendah sampai tertinggi: a) Masyarakat hanya menerima informasi (misalnya melalui pengumuman); b) Masyarakat mulai diajak untuk berunding. Meski begitu, pembuat keputusan adalah orang luar atau orang-orang tertentu; c) Membuat keputusan secara bersama-sama antara masyarakat dan pihak luar; d) Masyarakat mulai mendapatkan wewenang atas kontrol sumber daya dan keputusan. Dari keempat tingkatan partisipasi tersebut, yang diperlukan dalam Sanitasi STBM adalah tingkat partisipasi tertinggi di mana masyarakat tidak hanya diberi informasi, tidak hanya diajak berunding tetapi sudah terlibat dalam proses pembuatan keputusan dan bahkan sudah mendapatkan wewenang atas kontrol sumber daya masyarakat itu sendiri serta terhadap keputusan yang mereka buat.

Pelaksanaan STBM memiliki 5 metode yaitu: a) Alat utama adalah PRA (*Participatory Rural Appraisal*) yang bertujuan untuk mengetahui/melihat peta wilayah BAB masyarakat serta sebagai alat monitoring; b) *Transect Walk* bertujuan untuk melihat dan mengetahui tempat yang paling sering dijadikan tempat BAB. Dengan mengajak masyarakat berjalan ke sana dan berdiskusi di tempat tersebut, diharapkan masyarakat akan merasa jijik dan bagi orang yang biasa BAB di tempat tersebut diharapkan akan terpicu rasa malunya; c) Alur Kontaminasi (*Oral Fecal*) yang mengajak masyarakat untuk melihat bagaimana kotoran manusia dapat dimakan oleh manusia yang lainnya; d) Simulasi air yang telah terkontaminasi,

bertujuan mengajak masyarakat untuk melihat bagaimana kotoran manusia dapat dimakan oleh manusia yang lainnya; e) Diskusi Kelompok (FGD) bersama-sama dengan masyarakat untuk melihat kondisi yang ada dan menganalisisnya sehingga diharapkan dengan sendirinya masyarakat dapat merumuskan apa yang sebaiknya dilakukan atau tidak dilakukan.

### **1.5.2. Konsep *Open Defecation Free (ODF)* atau Bebas Buang Air Besar Sembarangan (*Stop BABS*)**

Perilaku buang air besar sembarangan (*BABS/Open defecation*) termasuk salah satu contoh perilaku yang tidak sehat. *BABS/Open defecation* adalah suatu tindakan membuang kotoran atau tinja di ladang, hutan, semak-semak, sungai, pantai atau area terbuka lainnya dan dibiarkan menyebar mengkontaminasi lingkungan, tanah, udara dan air.

Tinja adalah bahan buangan yang dikeluarkan dari tubuh manusia melalui anus sebagai sisa dari proses pencernaan makanan di sepanjang sistem saluran pencernaan. Dalam aspek kesehatan masyarakat, berbagai jenis kotoran manusia yang diutamakan adalah tinja dan urin karena kedua bahan buangan ini dapat menjadi sumber penyebab timbulnya penyakit saluran pencernaan.

Manusia mengeluarkan tinja rata – rata seberat 100 - 200 gram per hari, namun berat tinja yang dikeluarkan tergantung pola makan. Setiap orang normal diperkirakan menghasilkan tinja rata-rata sehari sekitar 85 – 140 gram kering perorang/ hari dan perkiraan berat basah tinja manusia tanpa air seni adalah 135 – 270 gram perorang/hari. Dalam keadaan normal susunan tinja sekitar  $\frac{3}{4}$  merupakan air dan  $\frac{1}{4}$  zat padat terdiri dari 30% bakteri mati, 10 – 20% lemak, 10 – 20% zat anorganik, 2 – 3% protein dan 30 % sisa – sisa makanan yang tidak dapat dicerna.

Berikut ini adalah permasalahan yang mungkin ditimbulkan akibat buruknya penanganan buangan tinja:

**a. Mikroba**

Tinja manusia mengandung puluhan miliar mikroba, termasuk bakteri koli-tinja. Sebagian diantaranya tergolong sebagai mikroba patogen, seperti bakteri *Salmonella typhi* penyebab demam tifus, bakteri *Vibrio cholerae* penyebab kolera, virus penyebab hepatitis A, dan virus penyebab polio. Tingkat penyakit akibat kondisi sanitasi yang buruk di Indonesia sangat tinggi. BAPENNAS menyebutkan, tifus mencapai 800 kasus per 100.000 penduduk. Sedangkan polio masih dijumpai, walaupun dinegara lain sudah sangat jarang.

**b. Materi Organik**

Kotoran manusia (tinja) merupakan sisi dan ampas makanan yang tidak tercerna. Ia dapat berbentuk karbohidrat, dapat pula protein, enzim, lemak, mikroba dan sel-sel mati. Satu liter tinja mengandung materi organik yang setara dengan 200-300 mg BODS (kandungan bahan organik).

**c. Telur Cacing**

Seseorang yang cacangan akan mengeluarkan tinja yang mengandung telur-telur cacing. Beragam cacing dapat dijumpai di perut kita. Sebut saja, cacing cambuk, cacing gelang, cacing tambang, dan keremi. Satu gram tinja berisi ribuan telur cacing yang siap berkembang biak diperut orang lain. Anak cacangan adalah kejadian yang biasa di Indonesia. Penyakit ini kebanyakan diakibatkan cacing cambuk dan cacing gelang. Prevalensinya bisa mencapai 70 persen dari balita.

**d. Nutrien**

Umumnya merupakan senyawa nitrogen (N) dan senyawa fosfor (P) yang dibawa sisa-sisa protein dan sel-sel mati. Nitrogen keluar dalam bentuk senyawa amonium, sedangkan fosfor dalam bentuk fosfat. Satu liter tinja manusia mengandung amonium sekitar 25 gram dan fosfat

seberat 30 mg. Senyawa nutrisi memacu pertumbuhan ganggang (algae). Akibatnya, warna air menjadi hijau. Ganggang menghabiskan oksigen dalam air sehingga ikan dan hewan lainnya mati.

Open Defecation Free (ODF) adalah kondisi ketika setiap individu dalam komunitas tidak buang air besar sembarangan, Pembuangan tinja yang tidak memenuhi syarat sangat berpengaruh pada penyebaran penyakit berbasis lingkungan, sehingga untuk memutuskan rantai penularan ini harus dilakukan rekayasa pada akses ini. Agar usaha tersebut berhasil, akses masyarakat pada jamban (sehat) harus mencapai 100% pada seluruh komunitas. Desa/Kelurahan ODF (*Open Defecation Free*) adalah Desa atau kelurahan yang 100% masyarakatnya telah buang air besar di jamban sehat, yaitu mencapai perubahan perilaku kolektif terkait Pilar 1 dari 5 pilar Sanitasi Total Berbasis Masyarakat.

Satu komunitas/masyarakat dikatakan telah ODF jika :

- a. Semua masyarakat telah BAB hanya di jamban dan membuang tinja/kotoran bayi hanya ke jamban.
- b. Tidak terlihat tinja manusia di lingkungan sekitar.
- c. Tidak ada bau tidak sedap akibat pembuangan tinja/kotoran manusia.
- d. Ada peningkatan kualitas jamban yang ada supaya semua menuju jamban sehat.
- e. Ada mekanisme monitoring peningkatan kualitas jamban.
- f. Ada penerapan sanksi, peraturan atau upaya lain oleh masyarakat untuk mencegah kejadian BAB di sembarang tempat.
- g. Ada mekanisme monitoring umum yang dibuat masyarakat untuk mencapai 100% KK mempunyai jamban sehat.

- h. Di sekolah yang terdapat di komunitas tersebut, telah tersedia sarana jamban dan tempat cuci tangan (dengan sabun) yang dapat digunakan murid-murid pada jam sekolah.
- i. Analisa kekuatan kelembagaan di Kabupaten menjadi sangat penting untuk menciptakan kelembagaan dan mekanisme pelaksanaan kegiatan yang efektif dan efisien sehingga tujuan masyarakat ODF dapat tercapai.

Kementerian Kesehatan telah menetapkan syarat dalam membuat jamban sehat. Ada tujuh kriteria yang harus diperhatikan. Berikut syarat-syarat tersebut:

- a. Tidak mencemari air.
- b. Saat menggali tanah untuk lubang kotoran, usahakan agar dasar lubang kotoran tidak mencapai permukaan air tanah maksimum. Jika keadaan terpaksa, dinding dan dasar lubang kotoran harus dipadatkan dengan tanah liat atau diplester. Jarak lubang kotoran ke sumur sekurang-kurangnya 10 meter. Letak lubang kotoran lebih rendah daripada letak sumur agar air kotor dari lubang kotoran tidak merembes dan mencemari sumur. Tidak membuang air kotor dan buangan air besar ke dalam selokan, empang, danau, sungai, dan laut.
- c. Tidak mencemari tanah permukaan.
- d. Tidak buang besar di sembarang tempat, seperti kebun, pekarangan, dekat sungai, dekat mata air, atau pinggir jalan. Jamban yang sudah penuh agar segera disedot untuk dikuras kotorannya, atau dikuras, kemudian kotoran ditimbun di lubang galian.
- e. Bebas dari serangga.
- f. Jika menggunakan bak air atau penampungan air, sebaiknya dikuras setiap minggu. Hal ini penting untuk mencegah bersarangnya nyamuk demam berdarah.



- g. Ruang dalam jamban harus terang. Bangunan yang gelap dapat menjadi sarang nyamuk. Lantai jamban diplester rapat agar tidak terdapat celah-celah yang bisa menjadi sarang kecoa atau serangga lainnya Lantai jamban harus selalu bersih dan kering Lubang jamban, khususnya jamban cemplung, harus tertutup.
- h. Tidak menimbulkan bau dan nyaman digunakan.
- i. Aman digunakan oleh pemakainya.
- j. Pada tanah yang mudah longsor, perlu ada penguat pada dinding lubang kotoran dengan pasangan batau atau selongsong anyaman bambu atau bahan penguat lai yang terdapat di daerah setempat.
- k. Mudah dibersihkan dan tak menimbulkan gangguan bagi pemakainya.
- l. Lantai jamban rata dan miring kearah saluran lubang kotoran  
Jangan membuang plastic, puntung rokok, atau benda lain ke saluran kotoran karena dapat menyumbat saluran Jangan mengalirkan air cucian ke saluran atau lubang kotoran karena jamban akan cepat penuh Hindarkan cara penyambungan aliran dengan sudut mati. Gunakan pipa berdiameter minimal 4 inci. Letakkan pipa dengan kemiringan minimal 2:100.
- m. Tidak menimbulkan pandangan yang kurang sopan.
- n. Jamban harus berdinding dan berpintu. Dianjurkan agar bangunan jamban beratap sehingga pemakainya terhindar dari kehujanan dan kepanasan.

### 1.5.3. Konsep Perilaku

Perilaku manusia adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang diamati langsung, maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar.<sup>3</sup> Menurut Skinner, seperti yang dikutip oleh Notoatmodjo (2012), merumuskan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus atau rangsangan dari luar. Oleh karena perilaku ini terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organisme, dan kemudian organisme tersebut merespons, maka teori Skinner ini disebut teori “S-O-R” atau Stimulus – Organisme – Respon.<sup>4</sup>

Menurut Lawrence Green,<sup>5</sup> faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku, antara lain:

- a. Faktor predisposisi, yang terwujud dalam pengetahuan, pendidikan, usia, penghasilan, sikap, kepercayaan, keyakinan dan nilai-nilai.
- b. Faktor pendukung, yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan, misalnya puskesmas, obat-obatan dan jamban.
- c. Faktor pendorong, yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

Disimpulkan bahwa perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi, dan sebagainya dari orang atau masyarakat

---

<sup>3</sup> Soekidjo Notoatmodjo, *Promosi Kesehatan Teori dan Perilaku Kesehatan*, (Jakarta: Rineka Cipta, 2012), hal 131.

<sup>4</sup> Soekidjo Notoatmodjo, *Promosi Kesehatan Teori dan Perilaku Kesehatan*, (Jakarta: Rineka Cipta, 2012), hal 131.

<sup>5</sup> Soekidjo Notoatmodjo, *Promosi Kesehatan Teori dan Perilaku Kesehatan*, (Jakarta: Rineka Cipta, 2012), hal 194-195.

yang bersangkutan. Di samping itu, ketersediaan fasilitas, sikap, dan perilaku para petugas kesehatan terhadap kesehatan juga akan mendukung dan memperkuat terbentuknya perilaku.

### **1.5.3. Teori Implementasi Kebijakan**

Kebijakan publik adalah pilihan kebijakan yang dibuat oleh pejabat atau badan pemerintah dalam bidang tertentu termasuk bidang kesehatan. Kebijakan yang dipilih oleh pembuat kebijakan tidak menjamin bahwa kebijakan tersebut akan berhasil dalam implementasinya. Dalam praktiknya implementasi kebijakan merupakan proses yang kompleks karena seringkali bernuansa politik dan adanya intervensi kepentingan. Implementasi suatu program melibatkan upaya-upaya pembuat kebijakan untuk mempengaruhi perilaku pelaksana program atau implementator agar implementator bersedia memberikan pelayanan kepada kelompok sasaran.<sup>6</sup>

Menurut Van Meter dan Van Horn, implementasi kebijakan adalah tindakan yang dilakukan oleh individu atau pejabat-pejabat atau kelompok-kelompok pemerintah atau swasta yang diarahkan untuk tercapainya tujuan yang telah digariskan dalam keputusan kebijakan.<sup>7</sup> Ada beberapa faktor yang mempengaruhi keberhasilan implementasi kebijakan:

#### **1.5.3.1 Faktor Pendorong Keberhasilan dan Kegagalan Perumusan Kebijakan Publik**

Menurut Ripley dan Franklin, keberhasilan kebijakan atau program dapat dipengaruhi oleh tiga faktor:<sup>8</sup>

---

<sup>6</sup> Subarsono, *Op.cit*, hal 87.

<sup>7</sup> Ismail Nawawi, *Public Policy Analisis, Strategi Advokasi Teori dan Praktek*, (Surabaya: PMN, 2009), hal 131.

<sup>8</sup> Herabudin, *Studi Kebijakan Pemerintahan dari Filosofi ke Implementasi*, (Bandung: Pustaka Setia, 2016), hal 117.

- 1) Perspektif Kepatuhan dengan mengukur keberhasilan implementasi dari kepatuhan kepada atasan.
- 2) Keberhasilan implementasi diukur dari kelancaran rutinitas dan tidak ditemukannya persoalan.
- 3) Keberhasilan implementasi terjadi karena kinerja semua pihak yang memuaskan, terutama kelompok sasaran menerima manfaat yang diharapkan.

Sedangkan kegagalan dalam perumusan kebijakan publik menurut Marse dapat dipengaruhi oleh tiga faktor:<sup>9</sup>

- 1) Isi Kebijakan, kegagalan implementasi kebijakan dikarenakan ketidakjelasan dan ketidaktetapan atau ketidaktegasan dalam isi maupun lingkungan kebijakan.
- 2) Informasi, kurang informasi atau informasi yang kurang efektif antar pelaksana maupun pelaksana dengan kelompok sasaran menjadi salah satu pemicu gagalnya implementasi kebijakan.
- 3) Dukungan, tanpa adanya dukungan terhadap pelaksanaan suatu kebijakan akan mempersulit keberhasilan implementasinya.

Untuk mengetahui bagaimana implementasi program Desa dan Kelurahan Siaga Aktif di Kabupaten Pematang diperlukan pemahaman mengenai teori implementasi kebijakan.

### **1.5.3.2 Teori Donald S. Van Meter dan Carl E. Van Horn**

Menurut Meter dan Horn, ada 5 variabel penting dalam mencapai keberhasilan implementasi, yaitu: (1) standar dan sasaran kebijakan, (2) sumberdaya, (3) komunikasi

---

<sup>9</sup> *Ibid*, hal 118.

antar organisasi dan penguatan aktivitas, (4) karakteristik agen pelaksana, (5) kondisi sosial, ekonomi, dan politik, (6) disposisi implementator.<sup>10</sup> Dari variabel tersebut maka dapat dijelaskan sebagai berikut:

(1) Standar dan sasaran kebijakan

Standar dan sasaran kebijakan harus jelas dan terukur agar kebijakan dapat direalisasikan.

(2) Sumberdaya

Dalam implementasi kebijakan perlu didukung oleh sumberdaya baik sumberdaya manusia maupun non manusia. Dengan adanya kualitas sumberdaya yang baik akan membantu mencapai keberhasilan suatu program.

(3) Hubungan antar organisasi

Dalam sebuah program, implementasi sebuah program perlu dukungan serta koordinasi dengan organisasi lain. Kerjasama antar organisasi diperlukan bagi keberhasilan suatu program.

(4) Karakteristik Agen Pelaksana

Karakteristik agen pelaksana yang dimaksud mencakup struktur birokrasi, norma-norma, dan pola-pola hubungan yang terjadi. Karakteristik tersebut akan mempengaruhi implementasi suatu program.

(5) Kondisi sosial, politik, dan ekonomi

Kondisi ini mencakup sumberdaya ekonomi lingkungan yang dapat mendukung implementasi kebijakan, sejauhmana kelompok kepentingan memberikan dukungan kepada pada implementasi kebijakan, bagaimana karakteristik para partisipan, apakah

---

<sup>10</sup> Subarsono, *Op.cit*, hal 99.

menerima atau menolak. Kemudian bagaimana sifat dari opini publik yang berada pada lingkungan implementasi kebijakan, serta apakah elite politik mendukung implementasi kebijakan.

(6) Disposisi implementator

Disposisi implementator mencakup 3 hal penting dalam implementasi kebijakan, yaitu respon implementator terhadap kebijakan yang akan mempengaruhi kemauannya dalam melaksanakan program, bagaimana pemahaman implementator terhadap kebijakan, dan intensitas disposisi implementator yakni preferensi nilai yang dimiliki oleh implementator.

### 1.5.3.3 Teori George C. Edward III

Model Implementasi kebijakan publik menurut George C. Edward, di pengaruhi oleh 4 variabel yang berperan penting dalam keberhasilan implementasi.<sup>11</sup> Empat variabel tersebut, yaitu:

- (1) Komunikasi, yaitu setiap program akan terlaksana dengan baik jika terjadi komunikasi yang efektif antara pelaksana program dan kelompok sasaran.
- (2) Sumber daya, yaitu setiap program dan kebijakan harus didukung sumber daya yang memadai, baik sumber daya manusia maupun sumber finansial. Kecukupan kualitas dan kuantitas implementator yang dapat melingkupi seluruh kelompok sasaran serta kecukupan modal harus diperhatikan dalam implementasi suatu program.
- (3) Disposisi, yaitu karakter yang dimiliki implementator seperti kejujuran, komitmen dan demokrasi. Komitmen yang tinggi akan membuat implementator bertahan dalam segala hambatan yang ditemui dalam sebuah program atau kebijakan. Implementator

---

<sup>11</sup> Dwiyanto Indiahono, *Kebijakan Publik Berbasis Dynamic Policy Analysis*, (Yogyakarta: Penerbit Gava Media, 2009), hal 31.

jug harus memiliki sikap jujur supaya implementator teteap berada dalam aras program yang telah ditetapkan dalam garis pedoman. Sikap demokratis implementator akan menciptakan kesan yang baik dihadapan kelompok sasaran, sehingga kelompok sasaran percaya dan peduli terhadap implementator dan program atau kebijakan.

(4) Struktur birokrasi, yaitu terdapat dua hal penting dalam struktur birokrasi yang berpengaruh dalam implementasi kebijakan. Aspek penting tersebut adalah mekanisme dan struktur organisasi pelaksana sendiri. Mekanisme implementasi biasanya sudah dicantumkan dalam *Standart Operating procedur (SOP)* dalam garis pedoman program. SOP yang baik seharusnya mencantumkan kerangka kerja yang jelas, tidak berbelit, mudah dipahami siapapun karena sebagai acuan kerja implementator. Struktur organisasi pelaksana harus didesain secara ringkas dan fleksibel supaya dalam mengambil keputusan atas kejadian luar biasa dalam program dapat dilakukan dengan cepat dan tidak berbelit.

## **1.6.Operasionalisasi Konsep**

a) Pendekatan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) secara partisipatif mengajak masyarakat untuk mengalisa kondisi sanitasi melalui proses pemicuan yang menyerang/menimbulkan rasa ngeri dan malu kepada masyarakat tentang pencemaran lingkungan akibat BABS. Tujuan akhir dari pendekatan STBM adalah merubah cara pandang dan perilaku sanitasi yang memicu terjadinya pembangunan jamban dengan inisiatif masyarakat sendiri tanpa subsidi dari pihak luar serta menimbulkan kesadaran bahwa kebiasaan BABS adalah masalah bersama karena dapat berimplikasi kepada semua masyarakat sehingga pemecahannya juga harus dilakukan dan dipecahkan secara

bersama. Pelaksanaan STBM sangat membutuhkan partisipasi tertinggi dari masyarakat, dimana masyarakat tidak hanya diberi informasi, tidak hanya diajak berunding tetapi sudah terlibat dalam proses pembuatan keputusan dan bahkan sudah mendapatkan wewenang atas kontrol sumber daya masyarakat itu sendiri serta terhadap keputusan yang mereka buat.

- b) Perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus atau rangsangan dari luar. Perilaku Buang Air Besar Sembarangan (BABS) dipengaruhi oleh berbagai faktor diantaranya faktor predisposisi, faktor pendukung dan faktor pendorong. Faktor predisposisi terwujud dalam pengetahuan, pendidikan, usia, penghasilan, sikap, kepercayaan, keyakinan dan nilai-nilai yang dimiliki oleh suatu komunitas. Faktor pendukung terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas, misalnya tersedianya jamban. Faktor pendorong terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain, misalnya sikap dan perilaku petugas yang mensosialisasikan pentingnya jamban sehat bagi tiap keluarga.
- c) Implementasi kebijakan merupakan tindakan yang dilakukan baik oleh individu atau pejabat-pejabat atau kelompok-kelompok pemerintah atau swasta yang diarahkan untuk tercapainya tujuan yang telah digariskan dalam keputusan kebijakan. Kebijakan Pemerintah Kabupaten Boyolali untuk melaksanakan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) dituangkan dalam Peraturan Bupati (Perbup) Boyolali No. 52 Tahun 2015 tentang Percepatan Pelaksanaan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM). Salah satu indikator tercapainya STBM adalah masyarakat tidak lagi melakukan Buang Air Besar Sembarangan (BABS). Pemerintah Kabupaten Boyolali telah berupaya untuk menghentikan kebiasaan Buang Air Besar Sembarangan (BABS) masyarakat, sehingga



diharapkan semua wilayah Kabupaten Boyolali mencapai keadaan Open Defecation Free (ODF), yaitu keadaan di mana suatu komunitas tidak lagi Buang air Besar Sembarangan (BABS). Suatu daerah dikatakan telah menjadi daerah ODF apabila memenuhi indikator-indikator sebagai berikut:

**Tabel 1.3**  
**Indikator Keberhasilan ODF (*Open Defecation Free*)**

<b>Indikator</b>	<b>Subindikator</b>
Standar dan sasaran kebijakan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Semua masyarakat telah BAB hanya di jamban yang sehat dan membuang kotoran bayi hanya ke jamban yang sehat.</li> <li>2. Tidak terlihat tinja manusia di lingkungan sekitar.</li> <li>3. Ada penerapan sanksi, peraturan atau upaya lain oleh masyarakat untuk mencegah kejadian BAB di sembarang tempat.</li> <li>4. Adanya mekanisme monitoring umum yang dibuat masyarakat untuk mencapai 100% KK mempunyai jamban sehat.</li> <li>5. Ada upaya atau strategi yang jelas untuk dapat mencapai Kabupaten ODF.</li> </ol>
Sumber daya	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sumber daya manusia (kemampuan melaksanakan tugas, dan keberadaan tenaga fungsional).</li> <li>2. Ketersediaan Dana (Anggaran yang dialokasikan untuk pelaksanaan Program Kabupaten ODF).</li> <li>3. Ketersediaan sarana prasarana yang menunjang pelaksanaan Program Kabupaten ODF.</li> </ol>

<p>Komunikasi antar organisasi</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemicuan ODF kepada kelompok sasaran di seluruh Desa yang berada di Kabupaten Boyolali.</li> <li>2. Koordinasi antara FKD dan Kepala Desa dalam Program Kabupaten ODF di Kabupaten Boyolali.</li> </ol>
<p>Karakteristik agen pelaksana</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Peran Forum Kesehatan Desa dalam pelaksanaan Program Kabupaten ODF.</li> <li>2. Fungsi pemerintah Desa dalam pelaksanaan Program Kabupaten ODF.</li> <li>3. Fungsi Dinas Kesehatan dalam pelaksanaan Program Kabupaten ODF.</li> </ol>
<p>Kondisi sosial, politik dan ekonomi</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kondisi sosial (dukungan publik terhadap pelaksanaan Program Kabupaten ODF).</li> <li>2. Kondisi politik (dukungan pemerintah desa terhadap pelaksanaan Program Kabupaten ODF).</li> <li>3. Kondisi perekonomian di Kecamatan Sawit dan Kecamatan Kemusu.</li> </ol>
<p>Disposisi implementer</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sikap implementator terhadap Program Kabupaten ODF (keinginan untuk melaksanakan Program Kabupaten ODF).</li> <li>2. Pemahaman implementator terhadap Implementasi Program Kabupaten ODF.</li> </ol>

## **1.7. Metode Penelitian**

Metode penelitian secara umum dapat diartikan sebagai jenis-jenis rancangan penelitian yang menetapkan prosedur-prosedur khusus dalam penelitian. Prosedur tersebut berkaitan dengan strategi pengumpulan, analisis dan interpretasi data. Dalam penelitian peneliti perlu mempertimbangkan sejumlah metode pengumpulan data, dan mengaturnya secara sistematis.<sup>12</sup> Pemilihan metode ini haruslah disesuaikan dengan maksud peneliti tentang apa yang akan diteliti. Sehingga data yang diperoleh melalui cara ilmiah dalam penelitian merupakan data yang valid.

### **1.7.1 Desain Penelitian**

Penelitian ini menggunakan metode penelitian gabungan antara kualitatif dan kuantitatif deskriptif dengan pendekatan kualitatif tetap sebagai pendekatan utama. Penggunaan metode penelitian gabungan digunakan dengan memadukan prosedur pengumpulan data kualitatif dan kuantitatif deskriptif secara bersamaan.

Metode kualitatif digunakan karena penelitian ini dilakukan dalam lingkungan alamiah (*natural setting*). Artinya dalam penelitian ini peneliti tidak berusaha untuk membawa para partisipan ke dalam situs penelitian yang telah di-*setting* atau dimanipulasi sebelumnya. Peneliti juga tidak melakukan intervensi terhadap aktivitas subyek penelitian dengan memberikan perlakuan atau instrumen-instrumen tertentu. Dalam lingkungan alamiah inilah peneliti berusaha memahami fenomena yang ada dengan sebagaimana mestinya.

---

<sup>12</sup> John W. Creswell, *Research Design Pendekatan Kualitatif, Kuantitatif, dan Mixed*, Cetakan ke 4, Diterjemahkan oleh: Acmad Fawaid. (Yogyakarta: Pustaka Pelajar, 2014), hal 23-24.

Alasan lain penggunaan metode kualitatif adalah karena metode kualitatif digunakan untuk memahami makna-makna secara mendalam. Menurut Creswell,<sup>13</sup> penelitian kualitatif merupakan metode-metode untuk mengeksplorasi dan memahami makna yang oleh sejumlah individu atau sekelompok orang dianggap berasal dari masalah sosial atau kemanusiaan. Penelitian ini akan mengeksplorasi dan memahami lebih mendalam mengenai fenomena penurunan angka Buang Air Besar Sembarangan (BABS) di Kabupaten Boyolali serta keterlibatan masyarakat terhadap hal tersebut.

Metode penelitian pendekatan kuantitatif secara sederhana digunakan dalam penelitian ini untuk memperkuat fakta melalui data kuantitatif berupa bilangan atau angka. Pendekatan kuantitatif yang digunakan berupa rancangan survey. Rancangan survey dipilih untuk melihat kecenderungan-kecenderungan, perilaku-perilaku serta opini-opini masyarakat Kabupaten Boyolali dalam menurunkan angka Buang Air Besar Sembarangan (BABS) di Kabupaten Boyolali. Data yang diperoleh dari pendekatan kuantitatif melalui survey digunakan untuk memperkuat fakta yang berkaitan dengan tema dan rumusan masalah yang terkait.

### **1.7.2. Populasi dan Sampel**

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek/subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya.<sup>14</sup> Populasi dalam penelitian ini adalah individu-individu yang menjadi

---

<sup>13</sup> *Ibid*, hal 23-24.

<sup>14</sup> Sugiyono, *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*, (Bandung: Alfabeta, 2012), hal 117.

target penelitian, yaitu seluruh rumah tangga di Kecamatan Sawit dan Kecamatan Kemusu Kabupaten Boyolali.

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut. Sampel dalam penelitian ini adalah masyarakat Kecamatan Sawit dan Kecamatan Kemusu Kabupaten Boyolali. Pengambilan sampel digunakan untuk mengetahui persepsi dan perilaku masyarakat Kecamatan Sawit dan Kecamatan Kemusu terhadap kebijakan pemerintah dalam menurunkan angka Buang Air Besar Sembarangan (BABS) di Kabupaten Boyolali. Jumlah populasi rumah tangga di Kecamatan Sawit dan Kecamatan Kemusu ditunjukkan melalui jumlah kepala keluarga di Kecamatan Sawit, yaitu sebanyak 9.328 kepala keluarga dan Kecamatan Kemusu sebanyak 12.474 kepala keluarga sehingga total keseluruhan adalah 21.802 kepala keluarga.

Dalam menentukan sampel peneliti menggunakan teknik *probability sampling* karena peneliti memberikan peluang yang sama bagi setiap unsur (anggota) populasi, dalam penelitian ini adalah rumah tangga di Kecamatan Sawit dan Kecamatan Kemusu Kabupaten Boyolali untuk dipilih menjadi anggota sampel. Teknik *probability sampling* yang digunakan peneliti adalah *proportionate stratified random sampling*. Teknik pengambilan sampel tersebut dipilih karena populasi mempunyai anggota/unsur yang tidak homogen dan berstrata secara proporsional.<sup>15</sup> Dalam penelitian ini populasi tidak homogen dalam jumlah dan kepadatan penduduk yang berbeda-beda (berstrata) di setiap desa dari dua kecamatan. Dari teknik pengambilan sampel tersebut, cara untuk mengambil anggota sampel dalam penelitian ini adalah dengan membagi populasi menjadi sub-sub populasi, yaitu desa di Kecamatan Sawit dan Kecamatan Kemusu. Selanjutnya dari setiap desa diambil sebagian anggota secara

---

<sup>15</sup> *Ibid*, hal 119.

acak dengan jumlah yang sudah ditentukan berdasarkan hitungan yang proporsional. Dan untuk menentukan sampel akan menggunakan rumus Frank Lynch sebagai berikut:<sup>16</sup>

### RUMUS BESARNYA SAMPEL (Frank Lynch)

$$n = \frac{NZ^2 \cdot p(1-p)}{Nd^2 + Z^2 \cdot p(1-p)}$$

Keterangan :

$n$  = Jumlah Sampel

$N$  = Jumlah Populasi

$Z$  = Nilai Variabel Normal

1. Nilai variabel normal (2,58) untuk tingkat kepercayaan 99%
2. Nilai variabel normal (1,96) untuk tingkat kepercayaan 95%
3. Nilai variabel normal (1,65) untuk tingkat kepercayaan 90%

$p$  = harga patokan tertinggi (0,50)

$d$  = sampling error

1. 0,01 untuk  $Z = 2,58$
2. 0,05 untuk  $Z = 1,96$
3. 0,10 untuk  $Z = 1,65$

---

<sup>16</sup> Rahman Ritonga, *Statistika untuk Penelitian Psikologis dan Penelitian*, (Jakarta: Lembaga Penerbit Fakultas Ekonomi UI, 1997) hal 80.

Adapun penentuan jumlah sampel dalam penelitian “Kebijakan Pemerintah Kabupaten Boyolali Dalam Menekan Angka Buang Air Besar Sembarangan” adalah sebagai berikut :

Diketahui :

$$N = 21.802 \text{ kepala keluarga}$$

$$Z = 1,65 \text{ maka } d = 0,10$$

$$p = 0,50$$

$$\begin{aligned}
 n &= \frac{NZ^2 \cdot p(1-p)}{Nd^2 + Z^2 \cdot p(1-p)} \\
 &= \frac{22.371(1,65)^2 \cdot 0,50(1-0,50)}{22.371(0,10)^2 + (1,65)^2 \cdot 0,50(1-0,50)} \\
 &= \frac{22.371(2,7225)(0,25)}{22.371(0,01) + (2,7225)(0,25)} \\
 &= \frac{22.371 \times 0,680625}{22,371 + 0,680625} \\
 &= \frac{15.226,261875}{22,390625} \\
 &= 67,8506051807 \\
 &= 68
 \end{aligned}$$

Setelah didapatkan jumlah sample, peneliti menggunakan teknik *simple random sample* untuk menentukan sample yang akan dipilih pada penelitian. Penggunaan *simple random*

*sample* dikarenakan peneliti telah mengetahui terlebih dahulu keterangan - keterangan atau nama - nama dari semua unit elementer selanjutnya digunakan tabel angka random untuk menarik *simple random sample*.<sup>17</sup>

Berdasarkan hasil perhitungan tersebut maka banyaknya rumah tangga yang akan dijadikan sampel dalam penelitian ini adalah sebanyak 68 kepala keluarga dengan pembagian sampel per kecamatan adalah sebagai berikut:

**Tabel 1.4**  
**Pembagian Sampel per Kecamatan**

No.	Kecamatan	Jumlah Kepala Keluarga	Persentase	Sampel
1.	Sawit	9.626	43%	29
2.	Kemusu	12.745	57%	39
	Total	22.371	100%	68

*Sumber : Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil Kabupaten Boyolali*

### 1.7.3. Situs Penelitian

Dalam penelitian ini, perlu dikemukakan tempat di mana gejala-gejala tersebut akan diteliti. Maka sesuai dengan judul penelitian “Kebijakan Pemerintah Kabupaten Boyolali dalam Menekan Angka Buang Air Besar Sembarangan (BABS)”, penelitian ini akan dilakukan di sekitar Kabupaten Boyolali, yang menjadi sasaran pemerintah dalam upaya

---

<sup>17</sup> Moh. Nazir, *Metode Penelitian*, (Jakarta: Ghalia Indonesia, 2003), hal 280.



menekan angka BABS tersebut. Di mana lokasi yang dimaksud yaitu Kecamatan Sawit dan Kecamatan Kemusu.

#### **1.7.4. Subyek Penelitian**

Subyek penelitian adalah individu atau kelompok yang diharapkan mampu memberikan informasi yang terkait dengan penelitian ini. Dalam menentukan subyek penelitian, peneliti menggunakan teknik *purposive sampling*. Dalam penelitian kualitatif teknik *purposive sampling* menurut Sugiyono adalah teknik pengambilan sampel sumber data dengan pertimbangan tertentu<sup>18</sup>. Pertimbangan tersebut adalah individu-individu yang akan dijadikan sampel/informan diharapkan dapat secara spesifik memberi pemahaman tentang permasalahan dan fenomena dalam penelitian ini. Dalam penelitian ini, subjek penelitian yang akan penulis teliti adalah Pejabat Dinas Kesehatan (DinKes) Kabupaten Boyolali sebagai lembaga yang menyusun kebijakan untuk menekan angka Buang Air Besar Sembarangan (BABS) di Kabupaten Boyolali, Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) sebagai alat sosialisasi, kader kesehatan sebagai fasilitator serta beberapa perwakilan masyarakat di Kabupaten Boyolali.

#### **1.7.5. Jenis dan Sumber Data**

Jenis data yang diperoleh dari penelitian ini adalah data kualitatif dengan data kuantitatif sebagai pendukung. Sedangkan data diperoleh berdasarkan sumber datanya dalam penelitian ini, yaitu:

---

<sup>18</sup> Sugiyono, *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*, (Bandung: Alfabeta, 2012), hal 218

- a. Data primer, yaitu data yang diperoleh secara langsung dari subyek penelitian melalui pengumpulan data langsung berupa wawancara dan pengisian kuesioner dari subyek penelitian.
- b. Data sekunder, yaitu data yang diperoleh dari sumber yang tidak langsung memberikan data kepada pengumpul data. Data ini berupa dokumen, laporan-laporan, buku, jurnal, skripsi/tesis, foto, dan sebagainya yang diperoleh dari pihak-pihak lain, seperti internet dan sebagainya.

Dalam penelitian ini sumber data yang relevan adalah orang-orang atau badan-badan yang dianggap paham dan mengetahui tentang permasalahan yang diteliti dan dipilih berdasarkan kriteria tertentu yang ditentukan oleh peneliti. Dari pihak-pihak yang relevan tersebut maka akan didapatkan sumber data baik berupa angka-angka maupun kata-kata atau penjabarannya. Informan harus tepat guna mencegah kesalahan dalam penelitian.

#### **1.7.6. Teknik Pengumpulan Data**

Teknik pengumpulan data adalah bagian instrument pengumpulan data yang menentukan berhasil atau tidaknya penelitian.<sup>19</sup> Menurut Riduwan (2008),<sup>20</sup> teknik pengumpulan data adalah teknik atau cara peneliti untuk mengumpulkan data. Dalam melakukan penelitian ini teknik pengumpulan data dilakukan dengan cara:

##### **1. Pengumpulan Data Primer**

Pengumpulan data primer data primer yang dilakukan penulis melalui dengan studi

---

<sup>19</sup> Burhan Bungin, *Penelitian Kualitatif*, (Jakarta: Kencana Prenada Media Group, 2010)

<sup>20</sup> Riduwan, *Metode dan Teknik Menyusun Proposal Penelitian*, (Bandung: Alfabeta, 2009)

dokumentasi dan wawancara mendalam (*independent interview*).

a. Studi dokumentasi

Studi dokumentasi/pengumpulan data dalam bentuk dokumen tertulis. Data yang dimaksud dapat berupa undang-undang, peraturan, hasil studi/riset, pernyataan, teori yang relevan, laporan serta bahan lain yang relevan.

b. Wawancara mendalam atau *in depth interview*

Peneliti melakukan wawancara secara mendalam (*in depth interview*) dengan narasumber (*key informan*). Pemberian pertanyaan pada informan dilakukan secara terbuka dan fleksibel sesuai dengan perkembangan yang terjadi selama proses wawancara dalam rangka menyerap informasi mengenai persepsi, pola maupun pendapat-pendapat dari informan tersebut. Wawancara terarah yang dilaksanakan secara bebas dan juga mendalam, namun juga tidak terlepas dari pokok permasalahan yang akan ditanyakan kepada pihak informan dan telah dipersiapkan sebelumnya oleh pewawancara. Wawancara ini digunakan untuk mengetahui hal-hal dari informan secara lebih mendalam tentang seperti apa partisipasi masyarakat dalam program menekan angka Buang Air Besar Sembarangan (BABS) di Kabupaten Boyolali.

Teknik wawancara dilakukan dengan wawancara tidak terstruktur. Wawancara tidak terstruktur dilakukan dengan daftar wawancara sebagai panduan wawancara, namun pertanyaan dapat berkembang sesuai dengan kondisi saat wawancara terjadi. Penentuan narasumber dalam penelitian ini adalah dengan metode *Purposive Sampling*,

pengambilan sampel berdasarkan pertimbangan atau maksud-maksud tertentu sesuai fokus penelitian. Wawancara dalam penelitian ini dilakukan kepada pihak-pihak yang terkait langsung dengan obyek penelitian, yaitu Dinas Kesehatan sebagai pihak pelaksana program pemerintah dalam menekan angka Buang Air Besar Sembarangan (BABS) dan warga sebagai sasaran program pemerintah dalam menekan angka Buang Air Besar Sembarangan (BABS) di Kabupaten Boyolali.

c. Kuesioner (Angket)

Pengumpulan data dengan menggunakan kuesioner dilakukan untuk mendukung data kualitatif yang ada. Kuesioner diberikan kepada responden, yaitu masyarakat Kabupaten Boyolali untuk mengetahui kecenderungan masyarakat di dalam penekanan angka penyakit berbasis lingkungan. Pemberian kuesioner adalah untuk memperoleh data yang terkait persepsi, sikap dan perilaku masyarakat (responden) terhadap penekanan angka buang air besar sembarangan (BABS).

2. Pengumpulan Data Sekunder

Pengumpulan data sekunder dilakukan untuk melengkapi data primer yang diperoleh melalui studi literature melalui buku, artikel, jurnal, maupun berbagai studi yang pernah dilakukan sebelumnya. Adapun data sekunder yang dibutuhkan dalam penelitian ini adalah data gambaran umum Kabupaten Boyolali, data tingkat Buang Air Besar Sembarangan (BABS) lima tahun terakhir, upaya-upaya yang telah dilakukan pemerintah Kabupaten Boyolali lima tahun terakhir, dokumentasi pelaksanaan program Kabupaten Bebas Buang Air Besar Sembarangan (Stop BABS) atau Open Defecation Free (ODF), dokumen-dokumen kebijakan pemerintah dalam menekan angka Buang Air Besar Sembarangan (BABS) di Kabupaten Boyolali.

### **1.7.7. Analisis dan Interpretasi Data**

Analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis model gabungan, yaitu analisis kuantitatif dan kualitatif.

#### **1.7.7.1 Analisis Kuantitatif**

Analisis kuantitatif yang digunakan yaitu statistik deskriptif. Statistik deskriptif adalah statistik yang digunakan untuk menganalisis data dengan cara mendeskripsikan atau menggambarkan data yang telah terkumpul sebagaimana adanya tanpa bermaksud membuat kesimpulan yang berlaku umum atau generalisasi. Hal ini dilakukan karena peneliti hanya ingin mendeskripsikan data sampel mengenai persepsi masyarakat Kabupaten Boyolali terhadap kebijakan Pemerintah Kabupaten Boyolali dalam menekan angka Buang Air Besar Sembarangan (BABS) tanpa ingin membuat kesimpulan atau generalisasi mengenai persepsi masyarakat tersebut.

#### **1.7.7.2. Analisis Kualitatif**

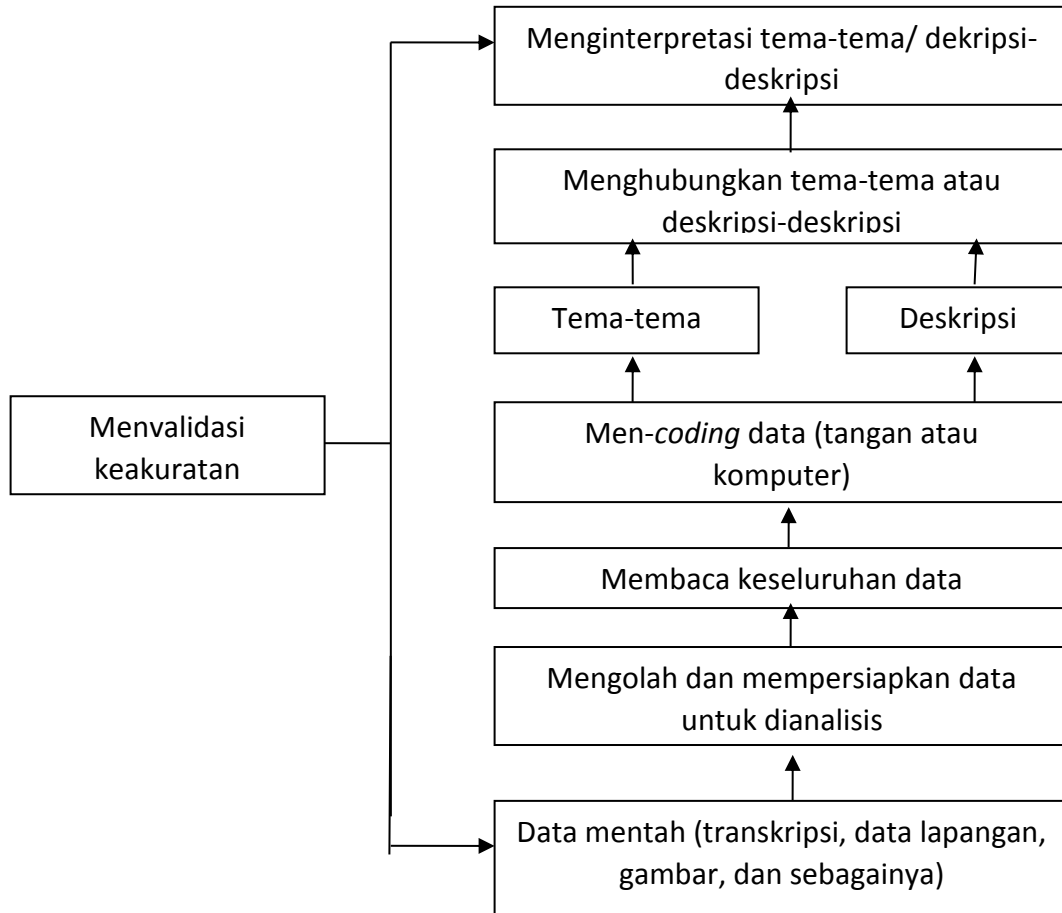
Menurut Creswell,<sup>21</sup> proses analisis data secara keseluruhan melibatkan usaha memaknai data yang berupa teks atau gambar. Untuk itu, peneliti perlu mempersiapkan data tersebut untuk dianalisis, melakukan analisis-analisis yang berbeda, memperdalam pemahaman akan data tersebut, menyajikan data, membuat interpretasi data yang lebih luas akan data tersebut. Analisis dan Interpretasi data dapat dilihat pada bagan 1.2 berikut ini:

---

<sup>21</sup> John W. Creswell, *Research Design Pendekatan Kualitatif, Kuantitatif, dan Mixed*, Cetakan ke 4, Diterjemahkan oleh: Acmad Fawaid. (Yogyakarta: Pustaka Pelajar, 2014)

## Bagan 1.1

### Analisis dan Interpretasi Data



Berdasarkan bagan 1.1 tersebut, kemudian Creswell menjabarkan secara lebih detail dalam langkah-langkah analisis sebagai berikut:<sup>22</sup>

1. Mengolah dan mempersiapkan data untuk dianalisis. Langkah ini melibatkan transkripsi wawancara, *men-scanning* materi, mengetik data lapangan, atau memilah-milah atau menyusun data tersebut ke dalam jenis-jenis yang berbeda tergantung pada sumber informasi.

<sup>22</sup> John W. Creswell, *Research Design Pendekatan Kualitatif, Kuantitatif, dan Mixed*, Cetakan ke 4, Diterjemahkan oleh: Acmad Fawaid. (Yogyakarta: Pustaka Pelajar, 2014)

2. Membaca keseluruhan data. Langkah pertama adalah membangun *general sense* atas informasi yang diperoleh dan merefleksikan maknanya secara keseluruhan.
3. Menganalisis lebih detail dengan meng-*coding* data. *Coding* adalah proses mengolah materi atau informasi menjadi segmen-segmen tulisan sebelum memaknainya. (Rossman & Rallis, 1998)
4. Terapkan proses *coding* untuk mendeskripsikan *setting*, orang-orang, kategori-kategori, dan tema-tema yang akan dianalisis. Deskripsi ini melibatkan usaha penyampaian informasi secara lebih detail mengenai orang-orang, lokasi-lokasi, atau peristiwa-peristiwa dalam *setting* tertentu.
5. Tunjukkan bahwa tema-tema/ dekripsi akan disajikan kembali dalam narasi/ laporan kualitatif.
6. Langkah terakhir dalam analisis data adalah menginterpretasi atau memaknai data. Dalam hal ini peneliti menegaskan apakah hasil penelitian membenarkan atau justru menyangkal informasi sebelumnya.