

IMPLEMENTASI KEBIJAKAN PEMBANGUNAN DAN PENATAAN SANITASI PERKOTAAN MELALUI PROGRAM SANITASI LINGKUNGAN BERBASIS MASYARAKAT DI KABUPATEN TULUNGAGUNG

Sri Wahyuni *, Onny Setiani **, Suharyanto ***

*Magister Ilmu Lingkungan Undip, Jl Imam Bardjo No 5 Semarang, saha_rui@yahoo.co.id

** Fakultas Kesehatan Masyarakat Undip, Jl Prof Sudharto Semarang

*** Fakultas Teknik Undip, Jl Prof Sudharto Semarang

ABSTRAK

Perkembangan dan pertumbuhan di wilayah kota yang begitu pesat menjadikan munculnya bermacam-macam permasalahan, salah satu masalah pokok yang sampai saat ini belum tuntas adalah masalah sanitasi perkotaan. Kebijakan terkait dengan sanitasi telah dilaksanakan di Kabupaten Tulungagung, salah satunya melalui Program sanitasi Lingkungan Berbasis Masyarakat (SLBM) yang dilaksanakan pada tahun 2011 di 5 lokasi pada 4 Kelurahan yaitu Kampungdalem, Karangwaru, Sembung dan Beji. Penelitian tentang Implementasi Kebijakan Pembangunan dan Penataan Sanitasi Perkotaan melalui Program SLBM bertujuan untuk menganalisis implementasi kebijakan Program SLBM, menganalisis tingkat keberhasilan program dan merumuskan strategi pembangunan dan penataan sanitasi perkotaan berbasis masyarakat. Penelitian ini menggunakan metode penelitian diskriptif kualitatif yang dikombinasikan dengan pendekatan kuantitatif. Program SLBM di Kabupaten Tulungagung secara umum belum optimal pelaksanaannya karena ditemukan kelemahan dari sisi penentuan lokasi, pelaksanaan RPA dan operasional dan pemeliharaan yang kurang. Apabila dilihat dari tingkat keberhasilan masing-masing lokasi maka pelaksanaan Program SLBM yang masuk kategori berhasil di wilayah Kelurahan Kampungdalem, Karangwaru, Sembung, Beji Kategori cukup. Rekomendasi yang disampaikan untuk peningkatan akses sanitasi masyarakat melalui pembangunan dan penataan sanitasi berbasis masyarakat perlunya menyusun Perda Pengelolaan Limbah, Strategi Sanitasi Kabupaten, mengoptimalkan koordinasi/kerjasama antar lembaga, penguatan Pokja sanitasi, Adanya Perdes/Perlur tentang Pengelolaan dan Penguatan Fasilitator.

Kata Kunci : Implementasi kebijakan, sanitasi, SWOT, AHP

ABSTRACT

Urban development and growth have caused many problems. Among others, urban sanitation. Policies related to sanitation has actually been implemented in Tulungagung Regency, for example, through Community-based Environmental Sanitation Program (SLBM), which began in 2011 and took place in five locations of four villages: Kampungdalem, Karangwaru, Sembung and Beji. The evaluation of the Urban Sanitation Development and Management policy implementation by the SLBM Program has an objective to analyze the implementation, factors, and rate of success, and to formulate the strategy of the community-based sanitation program development and management. This study applied a qualitative-descriptive method combined with a quantitative approach. The SLBM Program in Tulungagung Regency has not been implemented properly due to some weaknesses such as failure in selecting locations/ activities, poor participation in operational and maintenance aspects in some locations, and poor village selection. According to the perceived rate of success, the implementation of the SLBM Program was successfully managed in Kampung Dalem, Karangrawu village. In the two remaining villages, Sembung and Beji. The study recommended an improvement of accessible sanitation for the community through analysis shall includes Local Act on Waste Management, Local Sanitation Strategy, optimized coordination/cooperation between concerned agencies, strengthened sanitation working groups, and strengthened facilitators.

Keywords: policy implementation, sanitation, SWOT, AHP

1. PENDAHULUAN

Perkembangan dan pertumbuhan di wilayah kota yang begitu pesat menjadikan munculnya bermacam permasalahan, salah satu masalah pokok

yang sampai saat ini belum tuntas adalah masalah sanitasi perkotaan. Berdasarkan Laporan Pencapaian tujuan pembangunan Milenium di Indonesia tahun 2010

menunjukkan bahwa, akses sanitasi layak di wilayah perkotaan masih pada angka 69,51 % dari target yang hendak dicapai di 2015 sebesar 76,82 %, sedangkan capaian akses sanitasi layak di wilayah perdesaan sebesar 33,96 % dari target 55,55 % (Bappenas, 2010) Penelitian lainnya menunjukkan bahwa 17 persen penghuni kawasan kumuh di perkotaan melakukan aktifitas buang air besar (BAB)nya tanpa menggunakan jamban (WSP). Kesakitan diare yang merupakan kesakitan Karena lingkungan di Indonesia Tahun 2000-2010 cenderung fluktuatif, dan Provinsi Jawa Timur merupakan daerah kedua terbanyak frekuensi KLB diare (Buletin Diare Kemenkes RI)

Pemerintah sebagai pembuat kebijakan tentunya menjadi salah satu pihak yang bertanggungjawab atas permasalahan sanitasi yang tidak layak termasuk di wilayah perkotaan. Menurut Parker sebagaimana dikutip oleh Abdul Wahab & Solichin (2008), kebijakan adalah suatu tujuan tertentu atau serangkaian tindakan yang dihasilkan oleh pemerintah pada waktu tertentu dalam kaitan dengan subyek atau sebagai respon terhadap keadaan yang kritis. Menurut Thomas Dye dalam Subarsono (2009) Kebijakan publik adalah apapun pilihan Pemerintah untuk melakukan atau tidak melakukan.

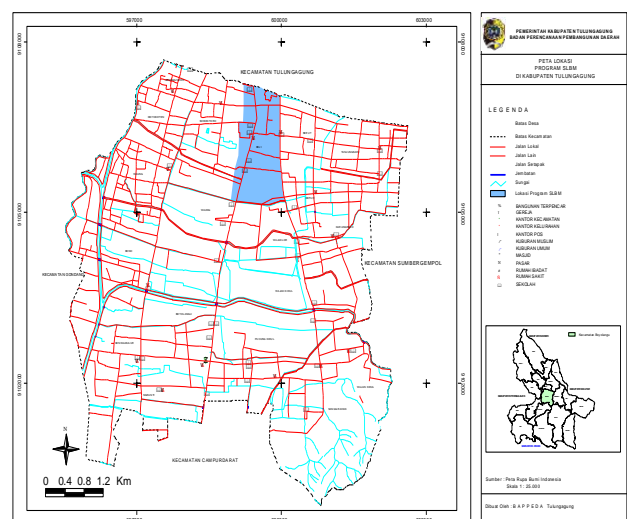
Kebijakan sanitasi berbasis masyarakat di Tulungagung dilaksanakan di tahun 2011 melalui program SLBM. Pelaksanaan Program sanitasi Lingkungan Berbasis Masyarakat tersebut tentunya dalam implementasinya harus secara tepat, namun Kenyataan yang terjadi implementasinya sering tidak berjalan dengan baik karena untuk melakukan kegiatan pemberdayaan cenderung membutuhkan waktu yang cukup lama, masing-masing stakeholder memiliki kepentingan masing-masing yang tidak jarang mengesampingkan kepentingan sektor lain, sehingga kebijakan seringkali tidak berjalan terpadu (sejalan) dengan kebijakan lainnya.

Berdasarkan hal-hal tersebut diatas dan Lembaga publik yang melaksanakan kegiatan/program SLBM belum pernah melakukan kajian mengenai implementasi kebijakan tentang Pembangunan dan Penataan Sanitasi kota di Tulungagung, maka penting dilakukan kajian mengenai implementasi kebijakan pembangunan dan penataan sanitasi perkotaan melalui Program sanitasi Lingkungan Berbasis Masyarakat, mengingat pentingnya upaya meningkatkan akses sanitasi sebagai upaya pencapaian tujuan pembangunan.

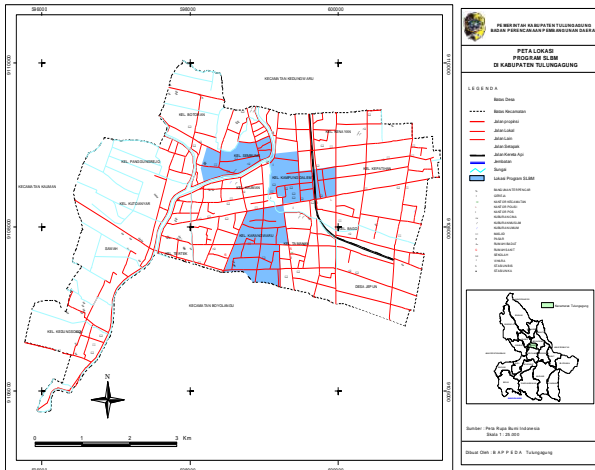
Tujuan dari penelitian ini adalah menganalisis implementasi kebijakan pembangunan dan penataan sanitasi perkotaan melalui Program SLBM, menganalisis tingkat keberhasilan Program SLBM di Kabupaten Tulungagung serta merumuskan strategi dalam meningkatkan akses sanitasi masyarakat perkotaan di Kab Tulungagung

2. METODE PENELITIAN

Pendekatan yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah pendekatan deskriptif karena data yang diteliti sudah ada, bukan sengaja ditimbulkan, Arikunto (2006). Sedangkan metode penelitian ini adalah metode kualitatif yang dilengkapi pendekatan kuantitatif. Ruang lingkup spasial sebagaimana gambar 2.1 dan 2.2 :



Gambar 2.1 Peta Lokasi SLBM (Ds Beji)



Gvambar 2.2 Peta Lokasi SLBM (Kampungdalem, Karangwaru, Sembung)

Analisis dilakukan secara kualitatif, skala likert untuk melihat tingkat pengetahuan, perilaku, tingkat keberhasilan sebagaimana disampaikan Riduwan (2004) bahwa dengan menggunakan Skala Likert, variabel yang akan diukur dijabarkan menjadi dimensi, dimensi dijabarkan menjadi sub variabel kemudian sub variabel dijabarkan lagi menjadi indikator-indikator,

Penentuan strategi peningkatan akses sanitasi menggunakan analisis SWOT yang dilanjut dengan AHP (*Analisis Hierarcy Process*).

Pengukuran tingkat pengetahuan dan perilaku dilakukan dengan skala likert tiga strata yang diperoleh dari setiap item jawaban responden, dimana kategori untuk skoring perilaku dan pengetahuan sebagaimana tabel 2.1 :

Tabel 2.1 Kategori untuk skoring aspek pengetahuan dan perilaku kesehatan

Katego ri	Aspek Pengetahuan	Aspek Perilaku
Baik	MCK ++ : >13.34 IPAL kom : >16.67	MCK ++ : >9.34 IPAL kom : >11.34
Sedang	MCK ++ : 6.67-13.34 IPAL kom : 8.33-16.67	MCK ++ : 4.67-9.34 IPAL kom : 5.67-11.34
Kurang	MCK ++ : 0-6.67 IPAL kom : 0-8.33	MCK ++ : 0 - 4.67 IPAL kom : 0-5,67

Sumber : data diolah peneliti

Pengukuran tingkat keberhasilan merupakan skoring secara total dari aspek

perilaku, pengetahuan, keberlanjutan, kejadian diare dan pencapaian sasaran dengan bobot. Masing-masing indikator pada tingkat keberhasilan diberi bobot, untuk Perilaku 23 %, pencapaian sasaran 22 %, keberlanjutan 23 %, diare 16 %, pengetahuan 16 %, pemberian bobot ini berdasarkan hasil wawancara kuesioner dengan pakar/ahli di bidang perencanaan dan sanitasi yang selanjutnya diolah dengan AHP. Selanjutnya sebagai dasar penilaian, diketahui skor maksimum adalah 507, dan skor minimum 169, maka intervalnya $(507-169)/3$ adalah 113, sehingga dengan dasar dimaksud dapat diklasifikasikan bahwa skor kurang pada interval < 282 ($169 + 113 = 282$), sedang pada interval 282 sampai dengan $(282+113 = 395)$, dan skor berhasil > 395 , secara rinci kategori sebagaimana tabel 2.2

Tabel 2.2 Kategori untuk skoring tingkat keberhasilan

Kategori	Skor
Baik	> 282
Sedang	282 - 395
Kurang	< 282

Sumber : Data diolah peneliti

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

3.1 Implementasi Kebijakan

Implementasi kebijakan merupakan salah satu aktivitas dalam proses kebijakan publik yang menentukan apakah sebuah kebijakan itu bersentuhan dengan kepentingan publik serta dapat diterima oleh publik.

Implementasi kebijakan SLBM di Tulungagung dilakukan mulai dari perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, pengawasan, tahapan ini merupakan tahapan manajemen sebagaimana yang disampaikan oleh Notoatmodjo (2003a). Implementasi kebijakan SLBM dijabarkan lebih lanjut pada tahap-tahap antara lain : seleksi lokasi, sosialisasi, seleksi kampung,

pembentukan KSM, penyusunan RKM, pelaksanaan konstruksi, operasional dan pemeliharaan sampai pengawasan.

Tahapan awal Program SLBM di Tulungagung adalah seleksi lokasi, yang dilakukan oleh Dinas Penanggungjawab (Dinas PU Bina Marga dan Cipta Karya) dengan melaksanakan penawaran langsung ke daerah perkotaan yang sekiranya memenuhi syarat. Tahapan seleksi lokasi ini banyak memerlukan peran Pemerintah, karena kesuksesan awal program sangat ditentukan proses perencanaan salah satunya adalah pemilihan lokasi, hal ini sesuai yang disampaikan Aneta (2010) dalam penelitiannya yang menyampaikan bahwa Peran Birokrasi Pemerintah dalam menyukseskan program memiliki kedudukan strategis dan menentukan kelancaran dan kesinambungan program.

Berdasarkan petunjuk pelaksanaan DAK Sanitasi bahwa seleksi Lokasi dimulai dengan Pemerintah Kota/Kabupaten menetapkan calon lokasi penerima Sanitasi Lingkungan Berbasis Masyarakat (SLBM) dalam bentuk daftar-panjang, daftar pendek, yang dimaksudkan untuk mempermudah TFL dalam menentukan lingkup lokasi, survey, identifikasi lokasi dan sosialisasi awal, sehingga efektifitas dan target sasaran dapat tercapai. Atas uraian diatas, menunjukkan bahwa Pemerintah telah memodifikasi upaya seleksi, hal ini dikarenakan kendala pada keberadaan lahan yang dipersyaratkan untuk setiap calon lokasi.

Tahapan selanjutnya dari implementasi kebijakan SLBM adalah, sosialisasi. Sosialisasi dilaksanakan pada masing-masing Kelurahan lokasi program. Sebagaimana hasil wawancara dengan informan dari Dinas PU Bina Marga dan Cipta Karya dan dari masyarakat bahwa sosialisasi dilakukan dengan mengundang masyarakat sasaran program, perangkat desa maupun tokoh masyarakat/tokoh agama setempat. sosialisasi juga merupakan ajang untuk kampanye kesehatan, namun demikian

kampanye/sosialisasi belum menggandeng Dinas/Lembaga yang berkompeten dibidang kampanye kesehatan yaitu Dinas Kesehatan dan jajarannya.

Tahapan yang vital dalam SLBM selanjutnya adalah Kegiatan seleksi kampung dilakukan dengan metode *Rapid Participatory Assessment (RPA)* dan *Community Self Selection Stakeholders Meeting*. RPA merupakan salah tahapan penting layaknya pondasi utama yang outputnya adalah teridentifikasinya masalah sanitasi dan keinginan masyarakat untuk memecahkannya atas dasar kemampuan sendiri yang dilakukan secara partisipatif, sistematis, dan cepat. Idealnya Waktu yang dibutuhkan untuk implementasi RPA adalah 390 menit (6,5 jam), namun kenyataannya RPA di Tulungagung dilakukan 1,5 jam dan dilakukan terpusat pada satu lokasi, dengan hanya mengundang beberapa wakil masyarakat. sehingga keinginan masyarakat luas dianggap telah terwakili oleh segelintir orang, untuk itu kesan yang ada bahwa kegiatan RPA merupakan bentuk kegiatan formalitas, padahal pada dasarnya kegiatan ini merupakan pondasi dari Program SLBM. RPA merupakan aktualisasi wujud partisipasi masyarakat dalam perencanaan, yang seyogyanya itu harus ada di program berbasis Penelitian yang dilakukan Dokhikah dan Dewi menyebutkan bahwa untuk penyelesaian masalah sanitasi kota, maka pendekatan yang perlu digunakan adalah pendekatan partisipasi masyarakat (Dokhikah & Dewi, 2007)

Proses perencanaan lainnya yang merupakan rangkaian implementasi SLBM adalah pembentukan KSM dan penyusunan RKM. Berdasarkan hasil wawancara dengan pengelola Program di Desa dan Fasilitator menunjukkan KSM di masing-masing lokasi telah terbentuk namun relatif jarang melakukan pertemuan secara resmi dan rutin, terkecuali untuk Kelurahan Kampungdalem, demikian pula untuk RKM telah tersusun, namun untuk

penyusunannya masih difasilitasi secara dominan oleh Fasilitator meskipun data berasal dari masyarakat.

Proses implementasi selanjutnya adalah pelaksanaan kegiatan pelatihan, yang telah dilaksanakan namun pada proses pelaksanaannya tidak ada sistem simulasi atau pelatihan langsung dilapangan (*on the job training*), padahal OJT perlu untuk menghasilkan tenaga terampil dibidangnya, khususnya untuk hal-hal teknis yang awam bagi tukang masyarakat.

Pelaksanaan Konstruksi Program SLBM relatif berjalan dengan baik, dilihat dari partisipasi masyarakat diproses pelaksanaan fisik dan partisipasi dana meskipun relatif kecil, swadaya ini selain dipergunakan untuk pembangunan MCK juga dimanfaatkan untuk pavingisasi, namun dari sisi waktu mengalami sedikit keterlambatan karena faktor terlambatnya pencairan dana dan material

Pelestarian prasarana dan sarana Sanitasi Lingkungan Berbasis Masyarakat (SLBM) sangat bergantung pada kemauan dan kemampuan masyarakat dalam mengoperasikan, memanfaatkan, dan memelihara prasarana dan sarana yang ada. Kondisi operasional dan pemeliharaan di masing-masing Kelurahan ditinjau dari keberadaan lembaga pengelola, adanya kesepakatan dan biaya pemeliharaan sesuai tabel 3.1 .

Tabel 3.1 Kondisi kegiatan operasional dan pemeliharaan di lokasi Program SLBM

	Lembaga	Kesepakatan / Pedoman	Biaya Pemeliharaan
Kampungdalem	Ada	Ada & dilaksanakan	Iuran Masyarakat
Karangwaru	Ada	Ada & Tidak dilaksanakan	Kas RT
Sembung	Ada	Ada & Tidak dilaksanakan	Direncanakan
Beji 1 (MCK)	Ada	Ada & Tidak dilaksanakan	Kas RT
Beji 2 (IPAL)	Ada	Ada & Tidak dilaksanakan	Direncanakan bila ada masalah

Sumber : Data Primer

Sistem pemantauan perkembangan pelaksanaan kegiatan memerlukan rencana

kegiatan yang terstruktur dengan baik. Selain pemantauan dilakukan melalui pencatatan dan pelaporan secara berjenjang dan sistematis, monitoring kegiatan dapat juga dilakukan dengan cara supervisi untuk melakukan pengawasan langsung, baik terhadap administrasi kegiatan maupun kegiatan di lapangan. Berdasarkan hasil wawancara pada Implementor maupun masing-masing pelaksana lapangan menunjukkan bahwa upaya pemantauan dan pengawasan termasuk diantaranya sistem pelaporan telah dilakukan dengan baik, dilakukan secara rutin setiap bulan dan insidental bila diperlukan.

3.2 Analisis Tingkat Keberhasilan

Pengukuran tingkat keberhasilan, pada penelitian ini menggunakan indikator output berupa aspek pencapaian sasaran, PHBS (yang dilihat dari pengetahuan dan perilaku) masyarakat, aspek keberlanjutan (partisipasi pemeliharaan), kondisi fisik saat ini, dan juga pada indikator *outcome* yaitu pada angka diare.

a. Pencapaian sasaran

Program SLBM memiliki target sasaran untuk masing-masing Kelurahan, dimana sasaran ini adalah dilihat dari kepemilikan sarana sanitasi dan kelayakan/tidaknya sarana yang dimiliki. Pencapaian sasaran di masing-masing Kelurahan, sebagaimana tabel 3.2

Tabel 3.2 Perbandingan antara pengguna sarana sanitasi terhadap sasaran program SLBM

Lokasi	Sasaran Program	Pengguna	Capaian
Kampungdal em	21 KK	13 KK	61 %
Karangwaru	27 KK	12 KK	45 %
Sembung	41 KK	12 KK	29 %
Desa Beji1	24 KK	8 KK	33 %
Desa Beji2	65 KK	26 KK	40 %

Sumber : Data Primer

Berdasarkan pada uraian diatas menunjukkan bahwa pemanfaat tertinggi

adalah di Kelurahan Kampungdalem sebesar 61 %, dilanjutkan Pemanfaat IPAL Desa Beji sebesar 40 %, dan pemanfaat MCK ++ Karangwaru sebesar 45 %, pemanfaat MCK Beji 33 %, dan yang paling kecil adalah pemanfaat IPAL Sembung sebesar 29 %, namun demikian penggunaan yang kurang tepat sasaran adalah pada penggunaan IPAL di Desa Beji, yang menunjukkan bahwa IPAL Beji hanya dimaksudkan untuk menyambungkan dan membuang limbah rumah tangga (mandi, cuci saja), tanpa adanya penghubung dengan Septic tank. Adapun yang menjadi alasannya, sebagian besar adalah karena memang masing-masing sudah ada septic tank.

b. Aspek pengetahuan

Aspek Pengetahuan merupakan salah satu indikator yang berpengaruh pada keberhasilan program, dimana apabila dilihat dari pengetahuan masyarakat ditinjau dari aspek PHBS yaitu manfaat jamban, cuci tangan , diare termasuk upaya pemeliharaan jamban atau IPAL, dimasing-masing Kelurahan sesuai tabel 3.3 sebagai berikut :

Tabel 3.3 Tingkat Pengetahuan Masyarakat sasaran Program SLBM kab Tulungagung

Lokasi	Pengguna		
	Baik	Sedang	Kurang
Kampungdalem	53,85	46,15	0
Karangwaru	66,67	33,33	0
Sembung	58,33	41,6	0
Beji (MCK)	62,5	37,5	0
Beji (IPAL)	68	32	0

Sumber : Data Primer

Berdasarkan tabel diatas menunjukkan bahwa masyarakat sasaran (pengguna) cenderung/mayoritas memiliki pengetahuan yang baik. Kecenderungan yang ada pengetahuan ini terkait dengan tingkat pendidikan formal masing-masing orang dimana pengguna yang memiliki tingkat pendidikan rendah (Tamat SD/tidak tamat SD) cenderung memiliki pengetahuan dengan skor yang cukup.

c. Aspek Perilaku

Perilaku Hidup Bersih merupakan salah satu sasaran pokok dari Program SLBM, dimana apabila dilihat dari indikator PHBS khususnya untuk perilaku yang terkait dengan sanitasi yaitu buang air besar di jamban, perilaku cuci tangan, perilaku pengolahan makanan/minuman, dan perilaku pemeliharaan sarana sanitasi, maka berdasarkan hasil penelitian di 5 lokasi penelitian menunjukan hasil sebagaimana tabel 3.4 :

Tabel 3.4 Tingkat Perilaku Masyarakat sasaran Program SLBM di kabupaten Tulungagung

Lokasi	Pengguna		
	Baik	Sedang	Kurang
Kampungdalem	92	8	0
Karangwaru	92	8	0
Sembung	83	17	0
Beji (MCK)	100	0	0
Beji (IPAL)	85	15	0

Sumber : Data Primer

Masyarakat sasaran (pengguna) cenderung atau mayoritas memiliki perilaku yang baik. Perilaku baik ini ditinjau dari orientasi buang air besar, cuci tangan, upaya memelihara sarana sanitasi yang dibangun maupun dalam pengolahan makanan minuman

Menurut green dalam Notoatmodjo (2003b) bahwa perilaku seseorang dipengaruhi 3 faktor utama yaitu faktor predisposisi yang mencakup pengetahuan dan kepercayaan masyarakat terhadap hal-hal dalam hal ini kesehatan, tingkat pendidikan, sistem nilai yang dianut masyarakat, faktor pemungkin (*enabling* faktor). Faktor ini meliputi sarana prasarana dan fasilitas yang tersedia di masyarakat, dan faktor yang ketiga adalah penguat (*reinforcing factor* meliputi perilaku tokoh masyarakat, tokoh agama). Dalam konteks tingkat perilaku pada masyarakat sasaran yang menunjukkan bahwa sebagian besar baik,

dapat dipengaruhi beberapa hal antara lain pada keberadaan tokoh masyarakat atau aparat pemerintah dan pelaksana program yang selalu memberikan pendampingan dan khususnya untuk Kepala Desa/Lurah selalu mendorong masyarakat, dan bisa dikarenakan pada adanya nilai yang menganggap bahwa kebersihan sebagian dari iman pada beberapa masyarakat tertentu, sesuai dengan hasil penelitian menunjukkan bahwa masyarakat melakukan buang air besar di jamban sebagian besar dikarenakan alasan agar tidak bau/bersih 43 %, agar terhindar dari penyakit/sehat sebanyak 57 %, artinya dari sisi kesadaran sudah cukup bagus.

d. Keberlanjutan

Pelestarian prasarana dan sarana Sanitasi Lingkungan Berbasis Masyarakat (SLBM) sangat bergantung pada kemauan dan kemampuan masyarakat dalam mengoperasikan, memanfaatkan, dan memelihara prasarana dan sarana yang ada, dan ntuk pengoperasian, maupun pemeliharaan aspek dana merupakan salah satu faktor utama, dan sarana sanitasi yang terbangun akan berlanjut dan lestari apabila partisipasi masyarakat dalam pemeliharaan cukup baik, sehingga tidak mengandalkan dari dana Pemerintah, pelaksanaan operasional di masing-masing Kelurahan sebagaimana table 3.5

Tabel 3.5 Kondisi pelaksanaan operasional dan pemeliharaan Lokasi Program SLBM

	Badan Pengelola	Kesepakatan / Pedoman	Biaya
Kampungdalem	Ada	Ada & dilaksanakan	Iuran Masyarakat
Karangwaru	Ada	Ada & Tidak dilaksanakan	Kas RT
Sembung	Ada	Ada & Tidak dilaksanakan	Direncanakan bila ada masalah
Beji 1 (MCK)	Ada	Ada & Tidak dilaksanakan	Kas RT
Beji 2 (IPAL)	Ada	Ada & Tidak dilaksanakan	Direncanakan

Sumber : Data Primer

Kondisi sarana sanitasi yang dibangun di masing-masing Kelurahan, apabila dilihat dari kondisi fisik dan kebersihannya sebagaimana tabel 3.6

Nama KSM	Kegiatan	Kondisi
"Podho Nggawe"	Pembangunan sarana MCK +	Baik, bersih
"Estu"	Pembangunan sarana MCK ++	Baik, Kurang Bersih
"Kalisong Guyub Rukun"	Pembangunan sarana IPAL	Baik, lingkungan bersih
Karya Bersama"	Pembangunan sarana MCK	Baik, Kurang Bersih,
"Guyub Rukun"	Pembangunan sarana IPAL	Baik, lingkungan kurang bersih

sebagai berikut :

Tabel 3.6 Kondisi Fisik sarana sanitasi pada Lokasi Program SLBM

Sumber : Data Primer

e. Kejadian Diare

Angka kejadian diare dimasing-masing Kelurahan/Desa lokasi program SLBM sebagaimana tabel 3.7 :

Tabel 3.7 Kasus Diare Lokasi Program SLBM

Lokasi	Tahun 2011 (s/d Juni)	Tahun 2012 (s/d Juni)
Kampungdalem	42	28
Karangwaru	52	39
Sembung	146	113
Beji	38	47

Sumber : Profil Kesehatan

Berdasarkan tabel 3.7 menunjukkan bahwa kenaikan angka diare ditemukan di Desa Beji dari ttang sebelumnya 38 menjadi 47, sedangkan untuk Kelurahan lainnya menunjukkan penurunan

f. Tingkat Keberhasilan

Pengukuran tingkat keberhasilan menggunakan indikator pengetahuan, pencapaian sasaran, keberlanjutan, kondisi fisik sarana sanitasi, perilaku dan indikator *outcome* berupa kejadian diare. Adapun hasil rekap untuk masing-masing indikator, sesuai tabel 3.8 sebagai berikut :

Tabel 3.8 Tingkat Keberhasilan Program SLBM

Lokasi	Skor	Kategori
Kampungdalem	507	Berhasil
Karangwaru	439	Berhasil
Sembung	394	Cukup
Beji (MCK)	368	Cukup
Beji (IPAL)	361	Cukup

Sumber : Data Primer

Berdasarkan perhitungan diatas, dapat diketahui bahwa skor tertinggi untuk perhitungan tingkat keberhasilan adalah pada Kelurahan Kampungdalem yaitu skor 507, dilanjutkan Kelurahan Karangwaru 439, Kelurahan Sembung 394, Desa Beji 368 dan Beji untuk IPAL 361 khususnya untuk Kelurahan Kampungdalem, tingkat pencapaian sasaran tinggi, angka diare turun, perilaku dan pengetahuan pengguna baik, disamping itu dari sisi operasional pemeliharaan telah tertata dengan bagus dalam bentuk kesepakatan yang telah dilakukan dan ditaati bersama. Adapun untuk Desa Beji kurang keberhasilan dapat dilihat dari pencapaian sasaran yang rendah untuk MCK, dan kejadian diare yang cenderung meningkat, disamping itu apabila dilihat dari kualitas air bersih secara bakteriologis juga belum memenuhi syarat.

3.3 Strategi Peningkatan Akses Sanitasi Masyarakat Melalui Program Sanitasi Berbasis Masyarakat

Kondisi masyarakat hidup sehat dan sejahtera dalam lingkungan yang bebas dari pencemaran air limbah permukiman (domestik) di masa yang akan datang, baik yang berada di daerah perkotaan maupun yang tinggal di daerah perdesaan, memerlukan pengelolaan air limbah permukiman yang memadai yang dapat melindungi sumber air baku bagi air minum dari pencemaran pembuangan air limbah baik yang berasal dari aktifitas rumah tangga maupun industri rumah tangga yang berada di tengah-tengah permukiman, sehingga diperlukan strategi

kebijakan untuk perbaikan sekaligus peningkatan akses sanitasi masyarakat perkotaan yang tepat sasaran dan tepat kebutuhan. Untuk penentuan strategi, peneliti menggunakan analisis SWOT yang kemudian untuk penentuan prioritasnya dilakukan melalui AHP. Terdapat beberapa tahapan untuk analisis SWOT sebagaimana yang disampaikan oleh Rangkuti (2009) yaitu Analisis Kondisi Internal dan Eksternal, merumuskan alternatif strategi, dengan membuat matrik *SWOT* dan matrik *Space*. Secara rinci evaluasi atas kondisi internal dan eksternal dijabarkan pada table 3.10, Selanjutnya dari matrik evaluasi faktor internal dan eksternal, dicari kuadran strategi peningkatan akses sanitasi masyarakat melalui pembangunan sanitasi berbasis masyarakat, dengan cara :

1. Skor kekuatan (S) 0.57, sedangkan skor kelemahan (W) 0.82, sehingga bila S-W yang merupakan sumbu x, maka -0.25
2. Skor peluang (O) adalah sebesar 0.66, sedangkan skor ancaman (T) 0.64, sehingga O-T yang merupakan sumbu y maka 0.02

Koordinat sumbu x dan y ditetapkan pada diagram analisis SWOT, sehingga dapat diketahui strategi peningkatan akses sanitasi masyarakat melalui program sanitasi berbasis masyarakat pada kuadran IV (Strategi WO) yaitu pengurangan kelemahan dengan memanfaatkan peluang, sebagaimana yang tergambar pada gambar 3.1.

Strategi yang bisa diterapkan untuk pengurangan kelemahan dengan memanfaatkan peluang, antara lain (1) Penyusunan Perda Pengelolaan Air Limbah, 2) Penyusunan Strategi Sanitasi Kabupaten, 3) Koordinasi/Kerjasama antar lembaga, 4) Optimalisasi kinerja Pokja Sanitasi 5) Perdes/Perlur Air limbah dan 6) Penguatan Fasilitator. Setelah menggunakan SWOT, maka selanjutnya Peneliti merumuskan Prioritas strategi kebijakan berdasarkan hasil analisis AHP

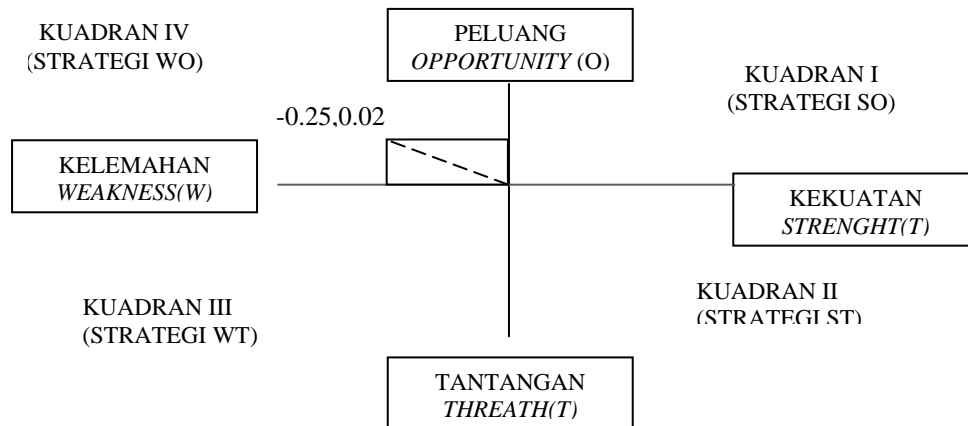
(Analysis Hierarchy Process) dengan Keypersons yang dijadikan responden berjumlah 5, terdiri dari : Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung, Dinas PU Bina

marga dan Cipta Karya, Bappeda Kabupaten Tulungagung, akademisi dari Universitas Jember dan Tenaga konsultan WSP.

Tabel 3.9 Matrik Evaluasi Kondisi Internal dan Eksternal

No	Uraian Kondisi Eksternal Internal	Bobot	Kekuatan		Kelemahan		Peluang		Ancaman	
			R	S	R	S	R	S	R	S
1	Kemampuan SDM yang memadahi di bidang teknis	4	2	0.08						
2	Adanya dukungan pendanaan dari APBD	5	3	0.15						
3	Adanya fasilitator yang telah dibentuk baik teknis maupun di tingkat masyarakat	5	2	0.10						
4	Adanya Juknis DAK Sanitasi yang telah terlegalisasi	4	3	0.12						
5	Adanya komitmen pimpinan pada pelaksanaan DAK Sanitasi	4	3	0.12						
6	Belum adanya Perda Pengelolaan Air limbah/Sanitasi	8			3	0.24				
7	Belum adanya Strategi sanitasi Kabupaten	7			3	0.21				
8	Kurang koordinasi/kerjasama antar instansi terkait	7			3	0.21				
9	Kurangnya transfer ilmu mengenai pengelolaan lingkungan dan kampanye kesehatan dari pemerintah kepada masyarakat	4			2	0.08				
10	Belum optimalnya kinerja fasilitator	4			2	0.08				
11	Adanya kelembagaan Pokja Sanitasi	3					3	0.09		
12	Adanya KSM di tingkat Masyarakat yang dapat menjadi penghubung antara masyarakat dan Pemerintah, yang termasuk didalamnya Badan Pengelola	5					3	0.15		
13	Adanya keinginan masyarakat untuk melakukan pengelolaan lingkungan	5					3	0.15		
14	Tingkat partisipasi masyarakat dalam melakukan kegiatan-kegiatan bersama masih cukup tinggi ditunjukkan dengan gotong royong dalam pelaksanaan kegiatan.	5					3	0.15		
15	Komitmen dari Kepala Desa/Lurah lokasi SLBM	4					3	0.12		
16	Masih ditemukannya Perilaku Masyarakat yang belum menerapkan PHBS secara baik	7							3	0.21
17	Kesediaan masyarakat untuk berpartisipasi dalam bentuk pembiayaan masih rendah belum mandiri dalam menyelesaikan permasalahan yang timbul pada saat rapat warga, pelaksanaan kegiatan, dan pemeliharaan.	6							2	0.12
18	Masih adanya Intervensi pemerintah dalam perencanaan dan pelaksanaan kegiatan.	5							2	0.10
19	Masih berlakunya/adanya konsep Pembangunan sanitasi yang sifatnya top down, untuk kepentingan tertentu	3							2	0.06
20	Masih tingginya masyarakat dengan akses sanitasi yang tidak/kurang layak	5							3	0.15
		100		0.57		0.82		0.66		0.64

Sumber : Analisis peneliti



Gambar 3.1 Kuadran Strategi peningkatan akses sanitasi masyarakat perkotaan melalui pembangunan sanitasi berbasis masyarakat.

Berdasarkan hasil analisis AHP menggunakan software Expert Choice Versi 11 yang memasukan semua strategi didapatkan strategi yang menjadi prioritas pertama adalah Penyusunan Perda Pengelolaan Air Limbah dengan bobot 0.442. Alternatif strategi tersebut merupakan yang paling rasional untuk diterapkan di Kabupaten Tulungagung dikarenakan Kebijakan yang secara khusus mengatur mengenai pengelolaan air limbah belum ada, dengan menerapkan strategi tersebut diharapkan akan menjadi pondasi upaya pembangunan sanitasi di Tulungagung. Alternatif strategi prioritas yang kedua adalah Penyusunan Strategi Sanitasi Kabupaten/Kota dengan bobot 0,224, alternatif ini juga perlu sebagai arah perencanaan sanitasi di setiap tahunnya agar lebih tepat sasaran dan kebutuhan. Alternatif strategi yang ketiga adalah koordinasi/kerjasama antar lembaga dengan bobot 0.164, karena selama ini Dinas/Instansi yang terkait dengan sanitasi masih belum terpadu (berjalan sendiri-sendiri), strategi berikutnya adalah penguatan Pokja Sanitasi dengan bobot 0.077, strategi penguatan fasilitator dan perdes/perlur tentang pengelolaan sarana

sanitasi di peringkat selanjutnya dengan bobot masing-masing 0.056 dan 0.039.

4. PENUTUP

4.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisis dan pembahasan, maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Implementasi Kebijakan SLBM di Tulungagung belum dilaksanakan secara optimal, ditinjau Dari berbagai kelemahan antara lain : indikasi kesalahan penentuan lokasi atau bentuk kegiatan khususnya di Desa Beji yang kesannya dipaksakan karena tidak ada wilayah lain yang memiliki lahan, belum optimalnya pelaksanaan seleksi kampung dengan RPA karena komponen peserta yang hadir dan waktu yang singkat, penyelesaian konstruksi yang terlambat di Kelurahan Sembung dan Karangwaru karena alasan terlambatnya pencairan dana dan material, Pelatihan dan Kampanye kesehatan yang masih belum menggandeng jajaran kesehatan, Operasional dan pemeliharaan yang belum optimal khususnya di Kelurahan

Karangwaru, Beji dan Sembung Karena pembiayaan pemeliharaan belum sepenuhnya dari masyarakat.

menunjukkan bahwa Kelurahan Kampungdalem dan Karangwaru pada kategori implementasi baik, sedangkan Kelurahan Sembung, Beji pada kategori cukup, hal ini dikarenakan aspek keberlanjutan belum optimal/belum adanya iuran dari masyarakat, pencapaian sasaran yang rendah, kasus diare masih tinggi.

3. Berdasarkan hasil analisis SWOT, yang selanjutnya dilakukan analisis AHP untuk penentuan prioritas strategi menggunakan software Expert Choice Versi 11 didapatkan strategi yang menjadi prioritas pertama adalah Penyusunan Perda Pengelolaan Air Limbah dengan bobot 0,442, alternatif strategi prioritas yang kedua adalah Penyusunan Strategi Sanitasi Kabupaten/Kota dengan bobot 0,224, alternatif strategi yang ketiga adalah koordinasi/kerjasama antar lembaga dengan bobot 0.164, strategi berikutnya adalah penguatan Pokja Sanitasi dengan bobot 0.077, strategi penguatan fasilitator dan perdes/perlur tentang pengelolaan sarana sanitasi di peringkat selanjutnya dengan bobot masing-masing 0.056 dan 0.039.

4.2 Rekomendasi

Dalam rangka peningkatan akses sanitasi masyarakat melalui implementasi Program Sanitasi Berbasis Masyarakat, maka perlu dilakukan hal-hal sebagai berikut :

1. Penentuan lokasi Program perlu kerjasama dan koordinasi/komunikasi dengan Dinas Kesehatan, untuk melihat tingkat kebutuhan masyarakat atau tingkatan kerawanan masyarakat dari sisi sanitasi
2. Penguatan Fasilitator Pemberdayaan untuk meningkatkan kemampuan menggerakkan masyarakat untuk berpartisipasi dalam proses

2. Berdasarkan hasil analisis tingkat keberhasilan berdasarkan skoring likert

perencanaan, pelaksanaan maupun Pembangunan.

3. Dukungan pemerintah daerah dalam pembangunan sarana dan prasarana perkotaan yang berkelanjutan, khususnya terhadap prasarana sanitasi diharapkan dapat terus berjalan dan berkelanjutan juga, tidak hanya sampai pada tahap pelaksanaan pembangunan, namun diharapkan sampai dengan tahap pemeliharaan dan pengawasan untuk menjamin terpeliharanya fungsi fungsi prasarana yang sudah terbangun.
4. Seleksi lokasi didasarkan pada hasil Musrenbang Desa atau Kecamatan, sehingga lokasi yang terpilih merupakan lokasi yang tepat sesuai tingkat kebutuhan masyarakat akan sanitasi

DAFTAR PUSTAKA

- Abdul Wahab, Solichin. 2008. *Analisis Kebijaksanaan, Dari Formulasi Ke Implementasi Kebijaksanaan Negara*. Jakarta: PT. Bumi Aksara.
- Aneta, A. 2010. Implementasi Kebijakan Program Penanggulangan Kemiskinan di Perkotaan. *Jurnal Administrasi Publik*. Vol 1 No1
- Arikunto, Suharsini. 2006. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Bappenas RI. 2010. *Laporan Pencapaian Tujuan Pembangunan Millenium Indonesia*. Jakarta.
- Dhokikah, Y. dan Dewi, J. 2007. Studi Ketersediaan Prasarana Air Bersih dan Sanitasi di Permukiman Padat Kota Jember. *Jurnal Purifikasi*. Vol 8 No 2 : 163-168
- Kemenkes RI. 2011. Situasi Diare Indonesia. *Buletin Jendela Data dan Informasi Kesehatan*. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2003a. *Prinsip-prinsip Dasar Ilmu Kesehatan*

Masyarakat. Jakarta: Rineka Cipta.

Notoatmodjo, Soekidjo. 2003b. Pendidikan dan Perilaku Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta.

Pedoman Pelaksanaan DAK Bidang sanitasi tahun 2010

Rangkuti. Freddy. 2009. *Analisis SWOT : Teknik Membedah Kasus Bisnis*. Jakarta : Gramedia Pustaka Utama

Riduwan. 2004. *Metode dan Teknik Menyusun Tesis*. Bandung: Alfabeta.

Subarsono, AG. 2009. *Analisis Kebijakan Publik, Konsep, Teori dan Aplikasi*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

WSP. 2008. *Dampak Ekonomi Sanitasi di Indonesia*. Jakarta : WSP