

PEMETAAN WILAYAH PRIORITAS PENINGKATAN AKSESIBILITAS SANITASI DALAM PERSPEKTIF RENCANA STRATEGIS PEMBANGUNAN SANITASI DI PROVINSI JAWA TENGAH

Maryono¹

¹ Jurusan Teknik Perencanaan Wilayah dan Kota FT. UNDIP, Jl. Prof H. Sudarto SH Tembalang Semarang
Email: m.maryono@undip.ac.id

ABSTRACT

Choosing for priority areas in efforts to improve sanitation usually determined by various considerations such as technical, economic, social, cultural, community empowerment, and physical environment in the study area. Consideration of the technical aspects will formulate about the availability of infrastructure services. Socioeconomic considerations explain poverty, income per capita. Socio-cultural considerations and community empowerment to explain about the culture, habits and the willingness and ability of communities to bersaniter. While the physical environment considerations explain the advantages and disadvantages of natural physical region, including the potential occurrence of natural disasters and disturbances. this study is conducted to analysis on the Priority sanitation improvement that combines of social aspects such as economic considerations and technical aspect such as availability of facilities / infrastructure sanitation

Key words: priority areas, improved sanitation access, Central Java Province

PENDAHULUAN

Penyusunan strategi dan Program pembangunan akan menjadi faktor kunci dalam keberhasilan pelaksanaan rencana strategis Bidang sanitasi di provinsi Jawa Tengah. Untuk dapat menyusun program yang baik diperlukan adanya pertimbangan secara sistematis dan terukur dalam menentukan prioritas program. Pertimbangan tersebut akan menghasilkan alur dan prioritas pelaksanaan program secara berjenjang, mengingat keterbatasan sumber daya dan dana.

Rencana strategis adalah rangkaian pemikiran strategis terhadap suatu usulan penyelesaian masalah yang didasari oleh tujuan yang terukur. Tetapi tujuan yang terukur tersebut harus dijabarkan dalam perumusan program dan kegiatan yang terarah, tersekmentasi atas batasan dan ukuran yang jelas. Jikalau ukuran dan batasan tersebut tidak jelas, maka rencana tinggalah sebuah rencana yang tidak berujung pada penyelesaian yang konkret.

Provinsi Jawa Tengah merupakan salah satu provinsi di Indonesia yang memiliki akses sanitasi yang perlu ditingkatkan. Provinsi Jawa Tengah merupakan salah satu provinsi yang mendapatkan perhatian dalam pembangunan sanitasi pada era tahun 2000-an, khususnya berkaitan dengan upaya implemtasi program

MGD's. Berbagai upaya telah dilakukan untuk meningkatkan akses sanitasi baik melalui program bantuan pemerintah pusat ataupun upaya mandiri yang telah dilakukan sebelumnya. Di provinsi Jawa tengah telah terbentuk Pokja AMPL yang secara khusus menangani dan Mengkoordinasikan pembangunan Air Minum dan sanitasi.

Menurut Dinas Ciptakarya dan Tata Ruang Provinsi Jawa Tengah, terdapat 25 juta orang di Jawa Tengah tidak mendapatkan akses layanan air minum dengan layak. Kondisi ini merupakan salah satu mandat yang mengharuskan Kelompok Kerja AMPL Provinsi Jawa Tengah untuk bertindak dan berinisiatif melalui penyiapan Rencana Strategis Pembangunan AMPL yang nantinya dijadikan acuan dalam penyusunan Rencana Kerja SKPD. Sementara itu, hitungan secara kasar sampai dengan tahun 2015 untuk pemenuhan layanan air minum dan sanitasi secara keseluruhan di perkotaan dan perdesaan diperlukan investasi sebesar 1.7 triliun.

TUJUAN

Kajian penelitian pemetaan wilayah prioritas peningkatan aksesibilitas sanitasi di Provinsi Jawa Tengah ini dimaksudkan sebagai sumbang saran bagi penyusunan rencana strategis Pembangunan Sanitasi di

Provinsi Jawa Tengah. Adapun secara spesifik tujuan dari kajian ini adalah untuk menentukan

wilayah prioritas kabupaten/kota dalam peningkatan akses sanitasi.

Tabel 1. Wilayah Prioritas Peningkatan Aksesibilitas Sanitasi Menurut Variabel PDRB Perkapita dan Tingkat Kemiskinan di Provinsi Jawa Tengah.

Kelompok	Nama Kabupaten/Kota	Deskripsi	Skala Prioritas Pembangunan Sanitasi dan Solusi
A1	Kota Semarang Kota Surakarta Kota Salatiga Kudus	Kelompok Kabupaten/Kota dengan PDRB per kapita diatas rerata dan tingkat kemiskinan di bawah rata rata, serta memiliki akses sanitasi diatas rata rata	Skala Prioritas 9: merupakan kelompok kabupaten/kotadengan klasifikasi mapandangan akses sanitasi baik
A3	Kota Magelang Kota Pekalongan Kota Tegal; Jepara Boyolali, Sukoharjo	Kelompok kabupaten/kota dengan PDRB perkapita di bwah rata rata tingkat kemiskinan dibawah rerata memiliki akses sanitasi diatas rata rata.	Skala Prioritas 8: solusi: perlu adanya pemberdayaan potensi ekonomi daerah;perlu alokasi PDRB perkapita untuk akses sanitasi rumah tangga
B1	Cilacap,Klaten	Kelompok kabupaten/kota denganPDRB perkapita di atas rata rata tingkat kemiskinan diatas reratamemiliki akses sanitasi dibawahrata rata.	Skala Prioritas 6: Solusi:perlu adanya kesadaran terhadap sanitasi& kesehatan; perlu alokasi PDRBper kapita untuk Akses SanitasiRumah Tangga
B2	Kab. Kebumen;Wonogiri;Sragen ;Grobogan;Blora Pati	Kelompok kabupaten/kota denganPDRB perkapita di bwah rata rata tingkat kemiskinan diatas rerata memiliki akses sanitasi diatas rata rata.	Skala Prioritas 4: Solusi:perlu pemberdayaan potensi ekonomi;perlu pemerataan distribusi pendapatan;alokasi PDRB per kapita utkakses sanitasi rumah tangga
C2	Kab. Batang	Kelompok kabupaten/kota dengan PDRB perkapita dibawah rerata & tingkat kemiskinan dibawah rerata serta memiliki akses sanitasi di bw rerata	Skala Prioritas 5: Solusi:perlu pemberdayaan potensi ekonomi;perlu alokasi PDRB per kapita utkakses sanitasi rumah tangga; perlu kesadaran terhdp sanitasi & kes
C3	Kab. Semarang	Kelompok kabupaten/kota denganPDRB perkapita diatas rerata& tingkat kemiskinan dibawah rerataserta memiliki akses sanitasi di bwrrerata	Skala Prioritas 7: Solusi:perlu alokasi PDRB untuk akses sanitasi rumah tangga, perlu kesadaran terhdp sanitasi & kesehatan
C4	Kab. Temanggung Magelang	Kelompok kabupaten/kota denganPDRB perkapita dibawah rerata & tingkat kemiskinan diatas rerata serta memiliki akses sanitasi diatas rerata	Skala Prioritas 3: Solusi:perlu pemberdayaan potensi ekonomi;perlu pemerataan distribusi pendapatan;
D3	Kab. Brebes; Kendal	Kelompok kabupaten/kota denganPDRB perkapita diatas rerata & tingkat kemiskinan diatas rerata serta memiliki akses sanitasi dibawah rerata	Skala Prioritas 2: Solusi:perlu pemberdayaan potensi ekonomi;perlu pemerataan distribusi pendaatan;alokasi PDRB perkapita utk akses;perlu kesadaran thd sanitier
D4	Kab. Banyumas;Purbalingga;Banjarnegara;Purworejo;Wonosobo;Rembang;Demak Pekalongan;Pemalang;Tegal	Kelompok kabupaten/kota denganPDRB perkapita dibawah rerata& tingkat kemiskinan diatas rerataserta memiliki akses sanitasi dibawahrerata	Skala Prioritas 1: Solusi:perlu pemberdayaan potensi ekonomi;perlu pemerataan distribusi pendapatan;alokasi PDRB perkapita utk Akses;perlu kesadaran thd sanitier

Sumber: *Bhimo Rizki dan Samsubar Saleh, 2007*

RUANG LINGKUP KAJIAN

Kajian penelitian tentang aksesibilitas sanitasi di Provinsi Jawa Tengah ini pada prinsipnya melanjutkan dari berbagai kajian yang telah dilakukan baik oleh lembaga/instansi pemerintah, baik oleh dinas instansi, pokja AMPL, akademisi, pemerhati. Demikian halnya dengan cakupan bahasan perencanaan strategis akan berbasis pada model model yang dikembangkan sebelumnya.

KAJIAN PENELITIAN SEJENIS TERKAIT

Beberapa penelitian terkait dengan penentuan prioritis peningkatan akses sanitasi telah dilakukan baik di provinsi Jawa Tengah ataupun di Wilayah lain. Penentuan wilayah prioritas berdasarkan aspek ekonomi dengan variable PDRB perkapita dan tingkat kemiskinan hasilnya dijelaskan dalam Tabel 1 berikut:

Lebih jauh mengatakan bahwa skala priortias 1 adalah kelompok yang paling

diutamakan untuk ditingkatkan. Demikian seterusnya berurutan sampai dengan skala prioritas 9. Kabupaten/Kota dengan tingkat akses yang sudah baik tetap memerlukan pengembangan dan peningkatan akses sanitasi.

Penelitian lain yang memperhatikan faktor fisik kelengkapan sarana sanitasi dilakukan oleh Vita Oktaviyanti dan Sri Pingit Wulandari untuk wilayah Provinsi Jawa Timur. Variable yang dijadikan sebagai dasar penentuan prioritas adalah:

(1) Jarak mata air ke tempat penampungan tinja terdekat;

(2) Fasilitas tempat buang air besar, yang dibedakan atas, fasilitas bersama dan digunakan dengan keluarga lain. Untuk yang digunakan dengan keluarga lain dibedakan atas fasilitas bersama dan fasilitas umum.

(3) Sistem kloset yang digunakan oleh rumah tangga. System kloset dikategorikan menjadi empat kelompok, masing masing adalah leher angsa, plengsengan yaitu system tanpa leher angsa, miring langsung ke penampungan, selanjutnya adalah cubluk,

yaitu jamban yang terletak di lahan dan tertutup memiliki dinding, tempat penampungan tinja dibawah injakan/dibawah bangunan jamban, kategori kloset terakhir adalah tidak memakai alias BABS (buang air besar sembarangan). Pada variable (4) yaitu tempat pembuangan tinja yang dikategorikan menjadi Tanki/Septic Tank dan yang kedua adalah non Tanki, yang bisa terdiri dari kolam, sungai/danau/laut, lumbung tanah, pantai/tanah lapang/kebun.

Selanjutnya berdasarkan variabel fisik tersebut, melalui analisis diskriminan, aksesibilitas sanitasi dibedakan menjadi 3 kelompok, yaitu :

(1) Kelompok 1, merupakan wilayah Kabupaten/Kota dengan Akses sanitasi yang layak masih rendah;

(2) Kelompok 2, merupakan wilayah Kabupaten/Kota dengan Akses Sanitasi layak adalah sedang; dan terakhir

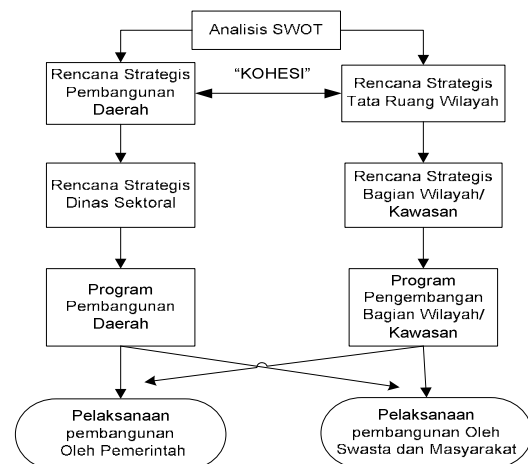
(3) Kelompok 3, merupakan wilayah Kabupaten/kota dengan akses sanitasi layak adalah tinggi.

Penelitian lain terkait dengan akses sanitasi telah dilakukan oleh Joesron Alisyabana, 2003 di Kota Semarang. Dalam penelitian tersebut dikemukakan antara lain bahwa ada faktor kultur sosial budaya yang mendorong masyarakat untuk mau membayar akses sanitasi atau WC umum. Astuti (2008) meneliti program TSSM (*Total Sanitation and Sanitation Marketing*), yang menyebutkan bahwa program tersebut dilihat dari perubahan kualitas jambannya masih dianggap belum efektif di desa Bukek dan Terrak Kabupaten Pamekasan Jawa Timur. Kustantina (2008) melakukan kajian di desa Bukek dan Terrak, bahwa ada kecenderungan perubahan perilaku terhadap program TSSM tersebut.

Jika dilihat dari perspektif program rencana strategis pembangunan sanitasi di Provinsi Jawa Tengah, penentuan wilayah tentunya tidak serta merta didasarkan pada kondisi PDRB dan tingkat kemiskinan saja, tetapi juga faktor lain, seperti aspek kelembagaan dalam arti kesiapan pemerintah daerah, termasuk didalamnya apakah kabupaten/kota tersebut telah mengembangkan pokja AMPL daerah. Tentunya jika pokja AMPL telah berjalan, maka prioritas pengembangan dapat diberikan kepada kabupaten/kota yang lain. Faktor lain adalah faktor fisik alam, dimana adanya berbagai bencana alam di wilayah Kabupaten Kota belakangan ini telah merubah struktur fisik dan fungsi pelayanan sanitasi yang berjalan, dengan demikian hasil penelitian

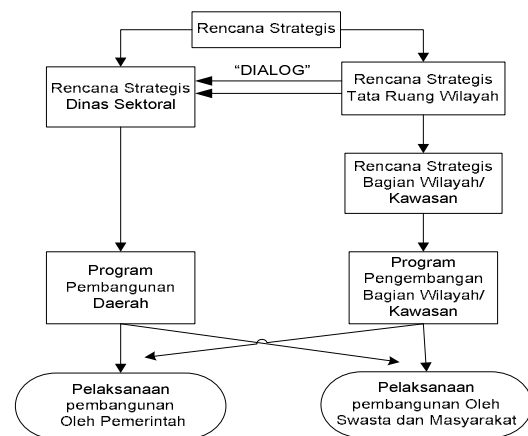
yang telah dilakukan dapat bergeser wilayah prioritasnya.

Pada sisi lain, penyusunan rencana strategis bidang sanitasi melibatkan multi aktor, baik dinas teknis di pemerintah daerah ataupun stakeholder terkait. Djunaedi (2001) menjelaskan bahwa perspektif rencana sratategi dapat diterapkan berdasarkan 2 model (Gambar 1 dan Gambar 2). Model pertama, perencanaan strategis pembangunan daerah berjalan secara kohesif dengan perencanaan strategis tata ruang wilayah. Model kedua, perencanaan strategis menjadi payung bagi rencana pembangunan daerah dan rencana tata ruang wilayah.



Gambar 1. Model 1 Perencanaan Strategis Pembangunan daerah berjalan beriringan secara kohesif dgn perencanaan strategis tata ruang wilayah.

Sumber: Djunaedi Achmad, 2001



Gambar 2. Model 2. Perencanaan Strategis Memayungi rencana pembangunan daerah/ sektoral dan rencana berjalan tata ruang wilayah.

Sumber: Djunaedi Achmad, 2001

Berdasarkan 2 model tersebut, aplikasinya bagi perencanaan strategis pembangunan air minum dan sanitasi akan timbul berbagai kemungkinan terhadap model penyusunan rencana strategis. Setidaknya diprediksikan ada 3 permasalahan yang muncul dalam penyusunan rencana strategis dalam penjabarannya di dinas instansi serta stakeholder terkait. Pertama, tataran hubungan antar dinas di level provinsi, yaitu bagaimana pemerintah provinsi Jawa Tengah sendiri memandang dan mengaplikasikan 2 model tersebut, atau bahkan tidak termasuk dalam 2 model tersebut (model baru). Kedua, bagaimana hubungan pemerintah provinsi dan pemerintah daerah. Ketiga, bagaimana hubungan antar dinas dalam level pemerintah kabupaten/kota dalam menyikapi rencana strategis pembangunan sanitasi di masing masing kabupaten/kota.

METODOLOGI

Metoda Kajian wilayah prioritas peningkatan pelayanan air minum dan Sanitasi di Provinsi Jawa tengah secara umum menggunakan basis analisis *superimpose*. Yaitu sumperimpose antara hasil hasil penelitian yang telah dilakukan, dipadukan dengan penentuan pemetaan berdasarkan kriteria yang disusun disesuaikan perkembangan pelaksanaan program pembangunan AMPL di daerah.

Langkah langkah yang dilakukan dalam penelitian kajian pemetaan wilayah prioritas peningkatan aksesibilitas sanitasi di Provinsi Jawa Tengah adalah sebagai berikut:

- a. Mengidentifikasi dan melakukan pemetaan wilayah prioritas peningkatan sanitasi bagi kabupaten/kota di Jawa Tengah Berdasarkan aspek ekonomi dan Kemiskinan. Pada bagian ini, hal yang dilakukan adalah memindahkan/mentransfer hasil penelitian Bhimo Rizki dan Samsubar Saleh ke dalam peta dengan bantuan program arc view. Kajian lanjutan dijelaskan berdasarkan aspek fisik spasial dan Kebijakan Rencana Tata Ruang Provinsi Jawa Tengah berdasarkan perda No 26 Tahun 2010. Terutama terkait dengan struktur ruang dan system hierarki kota kota di Provinsi Jawa Tengah.
- b. Menentukan Skoring untuk kelompok kabupaten kota berdasarkan aspek Teknis meliputi fisik dan kelengkapan sarana sanitasi, penyusunan program, dan kesiapan pemerintah daerah yang

diwujudkan dengan keberadaan pokja AMPL serta program program yang terkait yang telah dilakukan/dibuat oleh pemerintah daerah.

- c. Melakukan pemetaan dengan program arc view wilayah prioritas peningkatan aksesibilitas sanitasi berdasarkan hasil analisis pada point a dan point b,
- d. Membuat peta superimpose dengan program arc view hasil pemetaan point a dan point b dan point c
- e. Melakukan sintesa hasil pemetaan pada point d, yaitu wilayah prioritas peningkatan akses yang merupakan perpaduan dikaitkan dengan model penerapan perencanaan strategis.

Dalam kajian penelitian ini dikembangkan kriteria baru yang memperhatikan keseluruhan aspek yang menyangkut aspek teknis, kelembagaan/ penyusunan program pembangunan sanitasi dan lingkungan. Kriteria yang digunakan dalam mengelompokkan wilayah sebagai berikut:

Kelompok 1: Kriteria Aksesibilitas Sanitasi baik, ciri ciri kabupaten/kota dalam kelompok ini adalah:

1. Memiliki sarana dan fasilitas sanitasi yang baik, tersebar merata dalam wilayah. Fungsi fasilitas baik dengan kriteria teknis memenuhi standar pelayanan minimal
2. Program pembangunan sanitasi telah dilakukan secara baik. Dalam 4 tahun terakhir memiliki anggaran yang jelas dalam SKPD terkait. Ada pengaturan proporsi penganggaran yang jelas di SKPD terkait
3. Ada keseimbangan pelaksanaan program di seluruh kawasan wilayah.
4. Pelaksanaan kegiatan dan service sanitasi tidak terpengaruh dengan ada/tidaknya Pokja AMPL daerah.

Kelompok 2: Kriteria Aksesibilitas Sanitasi Mendekati baik, ciri ciri kabupaten/kota dalam kelompok ini adalah:

1. Memiliki sarana dan fasilitas sanitasi yang baik, tersebar merata dalam wilayah. Fungsi fasilitas baik dengan kriteria teknis memenuhi standar pelayanan minimal
2. Program pembangunan sanitasi telah dilakukan secara baik. Dalam 4 tahun terakhir memiliki anggaran tetapi belum ada pengaturan proporsi penganggaran yang jelas di SKPD terkait
3. Belum ada keseimbangan pelaksanaan program di seluruh kawasan wilayah.

4. Pelaksanaan kegiatan dan service sanitasi tidak terpengaruh dengan ada/tidaknya Pokja AMPL daerah.

Kelompok 3: Kriteria Aksesibilitas Sanitasi Sedang, ciri ciri kabupaten/kota dalam kelompok ini adalah:

1. Memiliki sarana dan fasilitas sanitasi yang baik, tersebar merata dalam wilayah. Fungsi fasilitas sebagian baik dengan kriteria teknis memenuhi standar pelayanan minimal, tetapi sebagian belum memenuhi standar pelayanan minimal
2. Program pembangunan sanitasi telah dilakukan secara baik. memiliki anggaran tetapi belum fluktuatif, terkadang belum dianggarkan, dan tidak ada pengaturan proporsi penganggaran di SKPD terkait
3. Belum ada keseimbangan pelaksanaan program di seluruh kawasan wilayah.
4. Diperlukan adanya Pokja AMPL daerah untuk mengembangkan program sanitasi yang terstruktur.

Kelompok 4: Kriteria Aksesibilitas Sanitasi Mengarah Buruk, ciri ciri kabupaten/kota dalam kelompok ini adalah:

1. Memiliki sarana dan fasilitas sanitasi yang baik, tersebar merata dalam wilayah. Tetapi Fungsi fasilitas rerata tidak memenuhi kriteria teknis standar pelayanan minimal.
2. Program pembangunan sanitasi telah dilakukan tetapi dalam 4 tahun terakhir cenderung menurun, dan tidak mendapatkan pengelolaan yang sesuai
3. Program program terkait sanitasi cenderung berkurang dan beberapa kawasan tidak tersentuh
4. Diperlukan adanya Pokja AMPL daerah untuk mengembangkan program sanitasi yang terstruktur.

Kelompok 5: Kriteria Aksesibilitas Sanitasi Buruk, ciri ciri kabupaten/kota dalam kelompok ini adalah:

1. Fasilitas sanitasi yang ada mayoritas tidak berfungsi dengan baik, fasilitas yang dikembangkan belum memenuhi standar pelayanan minimal.

2. Program pembangunan sanitasi belum dikembangkan dengan baik dan terstruktur.
3. Program sanitasi belum diarahkan pada masing masing kawasan prioritas pembangunan. Belum ada sinergi antar SKPD
4. Diperlukan adanya Pokja AMPL daerah untuk mengembangkan program sanitasi yang terstruktur.

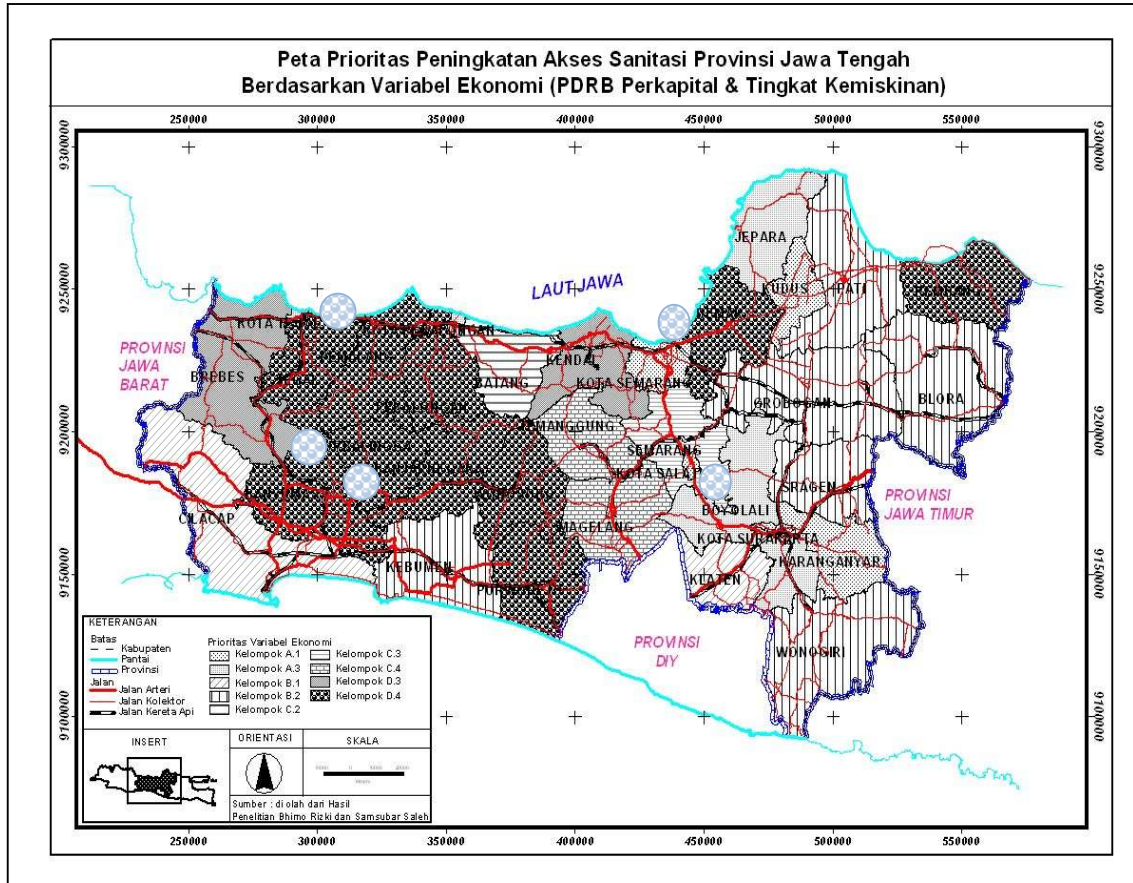
HASIL DAN PEMBAHASAN

Pemetaan Wilayah Prioritas Peningkatan Aksesibilitas Sanitasi berdasarkan Aspek Ekonomi (PDRB dan tingkat Kemiskinan)

Hasil pemetaan terhadap Penentuan Prioritas Peningkatan Aksesibilitas sanitasi di Provinsi Jawa Tengah, berdasarkan hasil penititian Bhimo Rizki, Samsubar Saleh ditunjukkan dalam gambar 3 peta DIBAWAH. Hasil Pemetaan ini pada prinsipnya adalah untuk mengetahui sebaran wilayah aksesibitas sanitasi di Provinsi Jawa Tengah. Pemetaan dimaksudkan sebagai kajian spatial terhadap hasil penelitian yang dilakukan sebelumnya dikaitkan pula dengan system perwilayahan pembanguan tata ruang di Provinsi Jawa Tengah.

Dari sebaran wilayah yang ditemukan menunjukkan bahwa karakteristik wilayah sebaran bersifat acak. Artinya ukuran kota, hierarki kota dan system kota kota yang dikembangkan dalam tata ruang provinsi Jawa Tengah tidak memiliki korelasi dengan prioritas peningkatan aksesebilitas sanitasi. kedekatan letak geografis, tidak memberikan pengaruh pada skala prioritas pelaksanaan pembangunan sanitasi.

Hasil pemetaan tidak menunjukkan bahwa wilayah prioritas tidak mengacu pada model ke 1 (Djunedi, 2001) yaitu perencanaan pembangunan sanitasi sebagai bagian dari perencanaan pembangunan daerah yang berjalan secara kohesif dengan perencanaan tata ruang. Pada model ini baik perencanaan sanitasi ataupun perencanaan tata ruang (infrakstruktur kota) akan tercermin pada hierarki struktur dan system kota kota di Jawa Tengah, baik kota skala Nasional, Wilayah ataupun kota skala lokal.



Gambar 3. Peta Aksesibilitas Sanitasi Berdasarkan Variabel PDRB dan Tingkat Kemiskinan.
 Sumber : Diolah dari Penelitian Bhimo Rizki dan Samsubar Saleh, 2010

Interpretasi dari model perencanaan strategis menurut Djunaedi, Kota dengan sebagai pusat kegiatan Nasional akan lebih aksesibel dibanding dengan kota dengan sebagai pusat kegiatan Wilayah, dan Lokal. Demikian seterusnya secara hierarkhis, dimana kota sebagai pusat kegiatan wilayah akan lebih aksesible dibanding dengan kota yang lebih kecil yaitu kota sebagai pusat kegiatan lokal.

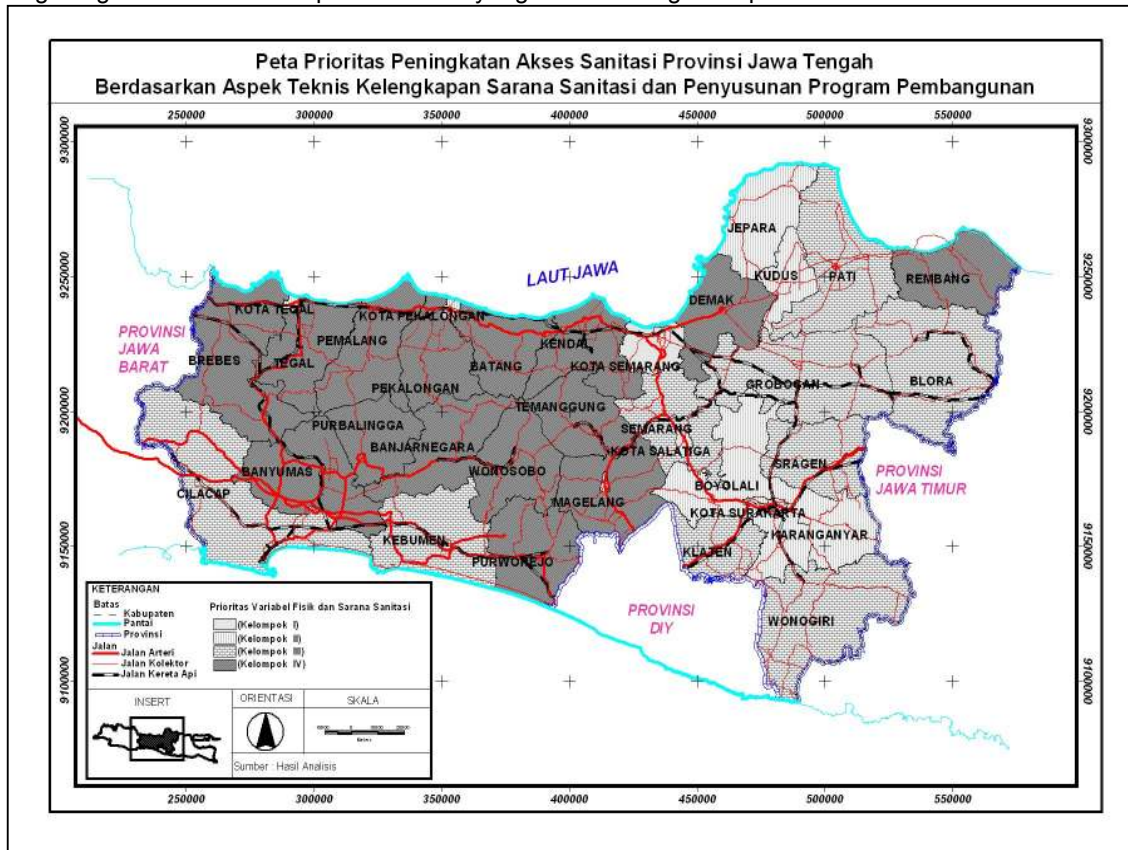
Pemetaan Wilayah Prioritas Berdasarkan Aspek Teknis, dan Penyusunan Program Pembangunan Sanitasi

Hasil Pemetaan yang dilakukan dengan kriteria variabel keberadaan dan fungsi fasilitas sanitasi, penyusunan program pembangunan yang dilakukan daerah, menghasilkan 4 kelompok besar aksesibilitas sanitasi yaitu kelompok kabupaten kota yang memiliki aksesibilis baik sampai pada kelompok kabupaten kota dengan akses cenderung menurun. Tidak ditemukan adanya

kelompok kabupaten kota yang memiliki aksesibilitas sanitasi yang buruk. (lihat gambar 4 di bawah).

Pemetaan yang dilakukan berdasarkan kriteria yang dikembangkan terhadap keberadaan fasilitas sanitasi, penyusunan program pembangunan menunjukkan bahwa kota kota besar dengan skala pelayanan tingkat nasional memiliki aksesibitas baik. Kota tersebut adalah Kota Semarang dan Kota Surakarta. Terdapat 1 kota yaitu kota salatiga yang bukan merupakan kota besar degan tingkat aksesibilitas yang baik. Dari analisis yang dilakukan kota kudus dan kota karanganyar bergeser dari semula berakses baik, turun ke kelompok 2 kabupaten dengan akses yang dianggap baru mendekat kea rah baik. Beberapa kabupaten/kota lain yang mengalami penurunan adalah Kabupaten Blora, Kabupaten Pati. Berdasarkan keberadaan fasilitas sanitasi, dan penyusunan program yang disusun kedua kabupaten ini mengalami penurunan klasifikasi, yaitu

tergolong dalam kabupaten/kota yang mengalami penurunan.



Gambar 4. Peta Aksesibilitas Sanitasi di Provinsi Jawa Tengah Berdasarkan Variabel Teknis Kelengkapan Sarana Sanitasi & Penyusunan Program Pembangunan
Sumber : Analisis, 2010

Kabupaten/kota yang termasuk dalam kelompok 2 yaitu Kabupaten Kudus, Karanganyar, Kota Magelang, Pekalongan, Tegal, Jepara, dan kabupaten Boyolali. Mayoritas permasalahan yang dihadapi dalam kelompok kabupaten kota ini adalah permasalahan perumusan program pembangunan sanitasi. Dimana program yang disusun belum sinergis dan belum sepenuhnya dapat dijabarkan dalam SKPD terkait. Konsistensi pelaksanaan program juga masih menjadi kendala. Potensi yang dapat dikembangkan bagi kelompok ini adalah keberadaan fasilitas sanitasi yang berfungsi dengan baik, memenuhi kaidah dan standar teknis pelayanan minimal serta perhatian pemerintah daerah yang konsisten bagi pelaksanaan pembangunan sanitasi.

Kelompok Kabupaten Kota yang termasuk ke dalam kelompok 3 yaitu Kab Cilacap, Klaten, Kebumen, Wonogiri, Sragen, Grobogan dan Blora. Beberapa kabupaten telah mengembangkan Pokja AMPL untuk

meningkatkan aksesibilitas sanitasi. Permasalahan yang ditemukan dalam kelompok ini adalah mulai tidak berfungsinya sarana dan fasilitas sanitasi yang ada, keterbatasan dukungan dalam penyusunan program pembangunan.

Kabupaten/kota di Jawa Tengah yang tidak masuk dalam kelompok 1,2 dan 3 secara keseluruhan masuk di dalam kelompok 4, dengan kondisi sanitasi yang mengarah pada kondisi yang kurang baik/buruk. Beragam permasalahan yang ada dalam kelompok ini baik yang berkaitan dengan aspek teknis kelengkapan prasarana ataupun konsistensi penyusunan program pembangunan bidang sanitasi. Permasalahan yang terkait dengan aspek teknis sarana contohnya adalah Kabupaten Pemalang, Kabupaten Batang, Kabupaten Pekalongan telah memiliki fasilitas TPA (tempat pengelolaan akhir Sampah) tetapi fungsi fungsi fasilitas teknis yang ada didalamnya belum berjalan dengan optimal. Beberapa kabupaten kota masih menerapkan

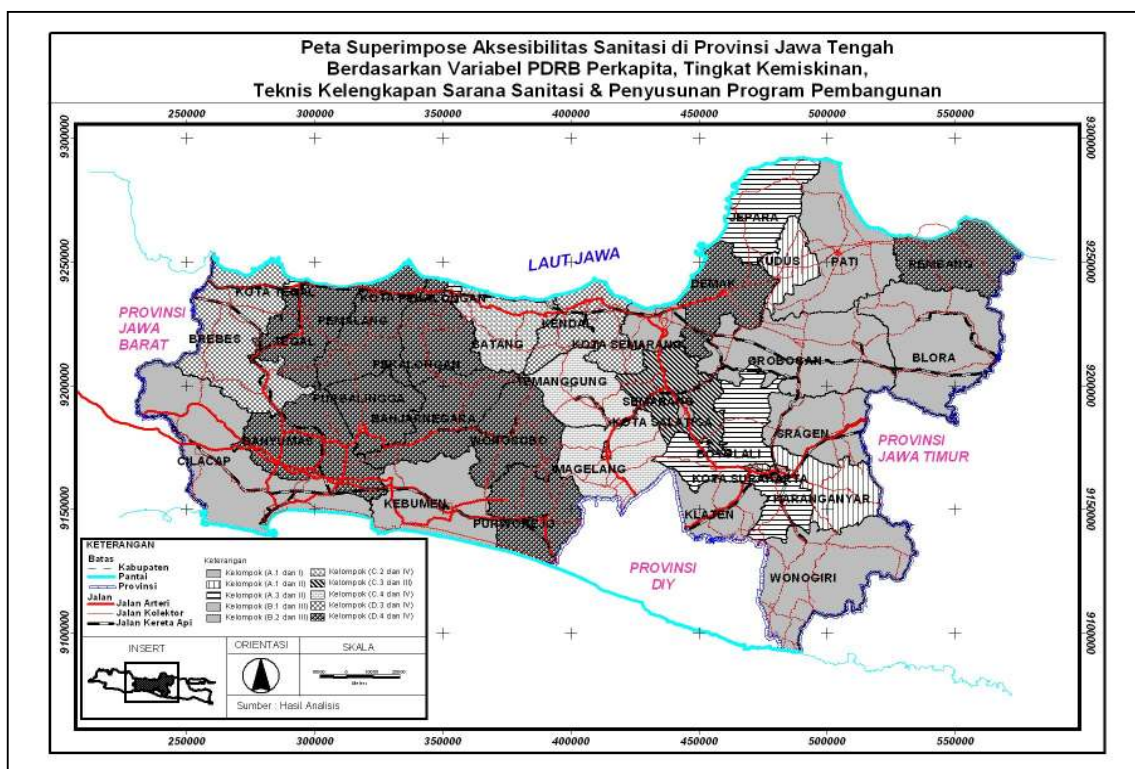
teknik *Open Dumping* dalam pembuangan akhir sampah.

Superimpose Pemetaan Wilayah Prioritas Berdasarkan Aspek Teknis, PDRB perkapita, Tingkat Kemiskinan dan Penyusunan Program Pembangunan Sanitasi

Pemetaan superimpose yang *memadukan* parameter dan variabel pengukur aksesibilitas sanitasi menghasilkan temuan 10 klasifikasi wilayah sebaran aksesibilitas sanitasi. Hasil pemetaan digambarkan dalam Gambar 5 dibawah. Pembahasan terhadap ke sepuluh wilayah sebaran sanitasi tersebut tidak dapat dilepaskan dari hasil penelitian sebelumnya yang dijadikan sebagai acuan.

Karakteristik kabupaten /kota tidak saja didasarkan pada PDRB perkapita dan tingkat kemiskinan, tetapi juga di didasarkan penyusunan program pembangunan sanitasi dan keberadaan pokja. Hasil superimpose pemetaan wilayah dijelaskan sebagai berikut:

1. Kelompok A1 dan I
2. Kelompok A1 dan II
3. Kelompok A3 dan II
4. Kelompok B1 dan III
5. Kelompok B2 dan III
6. Kelompok C2 dan IV
7. Kelompok C3 dan IV
8. Kelompok C4 dan IV
9. Kelompok D3 dan III
10. Kelompok D4 dan IV



Gambar 5. Peta Superimpose Aksesibilitas Sanitasi di Provinsi Jawa Tengah Berdasarkan Variabel PDRB Perkapita, Tingkat Kemiskinan, Teknis Kelengkapan Sarana Sanitasi & Penyusunan Program Pembangunan

Sumber : Analisis, 2010

Secara umum klasifikasi pemetaan ini mengelompokkan kabupaten kota menjadi 4 kelompok utama. Karakteristik yang menonjol adalah bahwa aspek PDRB dan kemiskinan jika dipadukan dengan Aspek teknis secara umum menghasilkan klasifikasi yang tidak jauh berbeda dengan hasil penelitian Bhimo Rizki. Tetapi apabila dikaitkan dengan aspek kelembagaan dan kesiapan daerah dalam

menyusun program sanitasi, beberapa kabupaten kota mengalami pergeseran dan perubahan kelas. Walaupun demikian hasil pemetaan menunjukkan tidak ditemukannya kelompok kabupaten Kota yang memiliki Akses Sanitasi Buruk.

Pemetaan yang dihasilkan juga menemukan adanya dimamika kemungkinan pelaksanaan penyusunan rencana strategis

bagi pembangunan sanitasi Provinsi Jawa Tengah. Mengacu pada pemikiran dan penelitian Bhimo Rizki, dan Samsuber saleh, setidaknya akan terdapat berbagai model dan kemungkinan penanganan untuk masing

masing kabupaten kota, terkait dengan kesiapan dan atau ada tidaknya Pokja AMPL di daerah. Tabel 2 dibawah menjelaskan berbagai kemungkinan itu

Tabel 2. Pengelompokan Aksesibilitas sanitasi di Kabupaten Kota dalam perspektif Penyusunan Rencana Strategis Pembangunan Sanitasi di Provinsi Jawa Tengah

PDRB diatas rata rata dan Kemiskinan diatas rata rata	Kota Semarang, Kota Surakarta, Kota Salatiga	Karanganyar, Kudus	Cilacap, Klaten		
PDRB dibawah rata rata dan kemiskinan dibawah rata rata		Kota Tegal, Kota Magelang, Kota Pekalongan, Boyolali, Jepara	Kab. Semarang, Sragen, Wonogiri, Kebumen, Pati, Grobogan, Bora	Kab. Tegal, Banyumas, Banjarnegara, Batang, Brebes, Demak, Kendal, Pekalongan, Pemalang, Purbalingga, Purworejo, Temanggung, Wonosobo, Magelang, Rembang	
	Akses sanitas dan Program pengembangan Sanitasi Baik	Akses sanitas dan Program pengembangan Sanitasi Mendekati baik	Akses sanitas dan Program pengembangan Sanitasi Sedang	Akses sanitas dan Program pengembangan Sanitasi Mengarah ke Buruk	Akses sanitas dan Program pengembangan Sanitasi Buruk

Sumber: Analisis, 2010

Dalam perspektif perumusan perencanaan strategis bagi pembangunan sanitasi di Provinsi Jawa Tengah, beberapa hal yang dianalisis akan menjadi persoalan diantaranya menyangkut kesiapan pemerintah daerah, sudut pandang/mazab atau anutan model perencanaan pembangunan di daerah, transfer program dan sustainability kegiatan.

Kesiapan pemerintah daerah adalah bahwa bagi daerah kabupaten/kota yang termasuk dalam kelompok 1, dengan akses baik tidak secara otomatis memiliki kesiapan untuk melakukan penyusunan program pembangunan sanitasi secara sinergis dan berkesinambungan. Permasalahan yang dihadapi adalah apakah ada sinkronisasi program dengan pemerintah provinsi. Khusus pada wilayah Kota Semarang, apakah akan tercipta kesinambungan program dalam wilayah KEDUNGSEPUR yang ditetapkan sebagai wilayah dengan pusat pelayanan Nasional.

Persoalan sudut pandang/ mazab, anutan model perencanaan strategis bagi pemerintah daerah kabupaten/kota akan menjadikan fungsi koordinasi dan dialog antar kabupaten/kota menjadi kunci keberhasilan pelaksanaan program. Dalam hal demikian akan timbul masalah manakala kabuapten/kota belum mengembangkan POKJA AMPL. Hal ini akan menyulitkan proses dialog dan koordinasi yang akan dilakukan untuk menyamakan persepsi dalam mengaplikasikan rencana strategis di SKPD terkait.

Transfer program dan sustainability kegiatan maksudnya adalah apakah perencanaan strategis yang tersusun akan

dijabarkan secara berkesinambungan dan menerus oleh SKPD terkait, bagaimana membagi beban kegiatan, membagi kegiatan dimasing masing SKPD tersebut. Seringkali hal ini ini tidak dapat dilaksanakan dengan baik dan seimbang.

KESIMPULAN

Pemetaan Wilayah Prioritas Pembangunan Sanitasi menghasilkan 10 kelompok atau status aksesibilitas menjelaskan bahwa keberadaan fasilitas, tingkat PDRB, kondisi kesejahteraan masyarakat, dan kejelasan program sanitasi yang disusun oleh pemerintah daerah menjadi faktor yang sangat penting untuk diperhatikan dalam merumuskan rencana strategis pembangunan sanitasi di masa mendatang.

Tidak terdapat kelompok kabupaten/kota dengan aksesibilitas sanitasi BURUK. Artinya seluruh kabupaten kota telah memiliki sarana sanitasi tidak terkecuali bagi kabupaten kota dengan tingkat PDRB dan kemiskinan yang rendah. Tetapi pemetaan yang dilakukan menunjukkan bahwa fasilitas sanitasi yang ada besar belum memenuhi standar pelayanan minimal. Pemetaan juga menunjukkan hasil bahwa Setiap kabupaten kota telah menyusun program pembangunan sanitasi walaupun secara mayoritas belum memiliki konsistensi dalam pelaksanaan.

Pemetaan yang dihasilkan menunjukkan bahwa mutu/kualitas aksesibilitas sanitasi tidak memiliki korelasi secara langsung dengan kebijakan tata ruang, dimana kota kota dengan skala pelayanan Nasional, atau wilayah tidak memiliki derajat aksesibilitas sanitasi yang lebih

tinggi dibanding dengan kota-kota berskala pelayanan lokal.

Merujuk pada model perencanaan strategis Djunaedi (2001), penyusunan perencanaan strategis di sektor sanitasi tidak serta-merta dapat mengacu pada salah satu model, dari 2 model yang dikembangkan, apakah perencanaan strategis memayungi perencanaan pembangunan dan tata ruang atau berjalan secara kohesif. Terdapat kemungkinan model lain yang menjelaskan bahwa perencanaan infrastruktur (termasuk sanitasi) akan menjadi penghubung.

DAFTAR PUSTAKA

- Anonim. 2008. *Panduan Penyusunan Rencana Strategis AMPL Daerah*, Bappenas Jakarta. Tidak Diterbitkan. Diakses dari www.ampl.or.id tanggal 01 Maret 2011
- Anonim. 2008: *bahan-bahan Lokakarya Penyusunan Program Strategis Pembangunan AMPL Di Provinsi Jawa Tengah*, Bappeda Provinsi Jawa Tengah. Tidak diterbitkan. Diakses dari www.ampl.or.id tanggal 01 Maret 2011.
- Pokja AMPL Nasional. 2010. *Kumpulan materi pelatihan bagi fasilitator Provinsi: Data dan Fakta*. Tidak diterbitkan, Waspola, Bappenas Jakarta
- BPS. 2011. *Jawa Tengah dalam Angka tahun 2008, 2009, 2010*, Badan Pusat Statistik Provinsi Jawa Tengah.
- Djunaedi, Achmad. 2001. *Alternatif Model Penerapan Perencanaan Strategis dalam penataan ruang kota di Indonesia*, Jurnal Perencanaan Wilayah dan Kota (PWK), ITB, Bandung, Vol.12, No.1, Maret 2001.
- Oktavianti Vita dan Pingit Sri Wulandari. 2010. *Pemetaan Wilayah Jawa Timur Berdasarkan Akses Sanitasi dan Air Bersih yang Layak*, Tugas Akhir S1 Institut Teknologi Sepuluh Nopember (ITS) Surabaya, Tidak diterbitkan
- Rizki Bhimo dan Saleh Samsubar. 2007. *Keterkaitan Akses Sanitasi dan Tingkat Kemiskinan: Studi Kasus Provinsi Jawa Tengah*, Journal ekonomi Pembangunan, Universitas Islam Indonesia, Yogyakarta.