

PELAYANAN SANITASI BURUK: AKAR DARI KEMISKINAN

*Dr.sc.agr. Eri Trinurini Adhi**

Abstract

THE POOR quality of sanitation service is another cause of poverty in Indonesia. Poor sanitation has caused financial loss and various environment related diseases. This is a main hindrance in accomplishment of MDGs. To accelerate sanitation development the steps required are: 1) categorization of poverty based on access of sanitation; 2) listing the constraints; 3) prioritizing urban poor, and 4) encouraging local and central government to put more attention on public access of basic sanitation. Prioritizing sanitation development requires a change of paradigm from curative to preventive measure.

(Keywords: Poverty, Public service, Sanitation development)

Pendahuluan

PEMERINTAH Indonesia memiliki reputasi yang baik dalam upaya pengentasan kemiskinan. Pada tahun 2007, misalnya, BPS mengumumkan bahwa pemerintah berhasil menurunkan kemiskinan ke angka 17,75% dari jumlah populasi. Data tersebut diperkuat bukti lainnya seperti: penurunan rata-rata kematian bayi¹, ketersediaan bangunan sekolah

dasar², peningkatan jumlah siswa masuk sekolah dasar³, ketersediaan bangunan dan sarana kesehatan masyarakat⁴, serta peningkatan usia harapan hidup⁵.

Tanpa mengabaikan keberhasilan pemerintah di masa lalu, tulisan ini menyajikan gambaran mengenai kemiskinan di Indonesia dari sisi non-pendapatan lainnya, yaitu rendahnya akses terhadap sarana fisik dan pelayanan sanitasi. Penggambaran dari

*) Aktif di lembaga Jejaring Air Minum dan Penyehatan Lingkungan, kegiatannya saat ini adalah sebagai konsultan berbagai lembaga. Menyelesaikan pendidikan tingkat doktoral di bidang pertanian.

1) Rata-rata kematian balita pertahun menurun dari 200 menjadi 50 pada periode 1960-2005.

2) Pembangunan lebih dari 60.000 sekolah dasar dalam waktu 5 tahun (1974-1979) dengan biaya 1,5% dari GDP, menurut Bank Dunia ini merupakan pembangunan sekolah tercepat di dunia.

3) Jumlah siswa yang masuk sekolah dasar meningkat dari 13,1 juta ke 26,4 juta dari 90% anak-anak usia sekolah (1973-1986).

4) PUSKESMAS dibangun sejumlah 26.000 buah dan tersebar di seluruh Indonesia dalam waktu 12 tahun; malnutrisi menurun dari 40% ke 30% dalam jangka 10 tahun (1987-1990).

5) Usia harapan hidup meningkat dari 53 ke 65 tahun dalam jangka waktu 20 tahun (1977-1997) dan lain-lain.

sisi ini dimaksudkan untuk menunjukkan bahwa dimensi non-pendapatan, khususnya aspek sanitasi lingkungan, merupakan dimensi penting guna memahami kemiskinan di Indonesia. Mengapa demikian?

Persoalan sanitasi lingkungan bukan sekadar masalah kesehatan masyarakat, melainkan masalah pengelolaan ekonomi nasional dan kualitas hidup dalam arti yang lebih luas. Sebagai contoh, akibat dari buruknya sarana fisik dan pelayanan sanitasi masyarakat di Indonesia, Bank Dunia memperkirakan kerugian sebesar 56 triliun rupiah atau 2,3% dari Gross Domestic Product (GDP). Nilai semua kerugian tersebut tidak sepadan dengan nilai perbaikan pendapatan masyarakat miskin. Oleh sebab itu, kami berpendapat bahwa sanitasi dan pelayanan yang buruk merupakan akar dari kemiskinan.

Data yang kami gunakan dalam tulisan ini bersumber dari kajian program Pembangunan Sanitasi (ISSDP) di 6 kabupaten/kota. Keenam kota mitra tersebut adalah Surakarta, Blitar, Denpasar, Banjarmasin, Payakumbuh, dan Jambi. Survei EHRA (Environment Health and Risk Assessment) dimaksudkan untuk menilai kondisi sanitasi di perkotaan, tetapi kota Payakumbuh, Blitar, dan Jambi masih memiliki ciri-ciri perdesaan. Dengan demikian, data EHRA dapat mewakili daerah perdesaan dan perkotaan di Indonesia.

Pengertian sanitasi beragam. Dokumen MDGs membatasi pengertian sanitasi sebagai akses terhadap jamban. Sementara itu lembaga-lembaga internasional seperti WHO dan UNICEF menggunakan konsep sanitasi layak (*improved sanitation*). Menurut WHO, sanitasi layak berarti sebuah

jamban yang memiliki sistem pembuangan limbah dan tidak mencemari lingkungan. Kedua lembaga tersebut menggunakan konsepsi tadi sebagai tolok ukur target MDGs ke-7, tujuan ke-10.

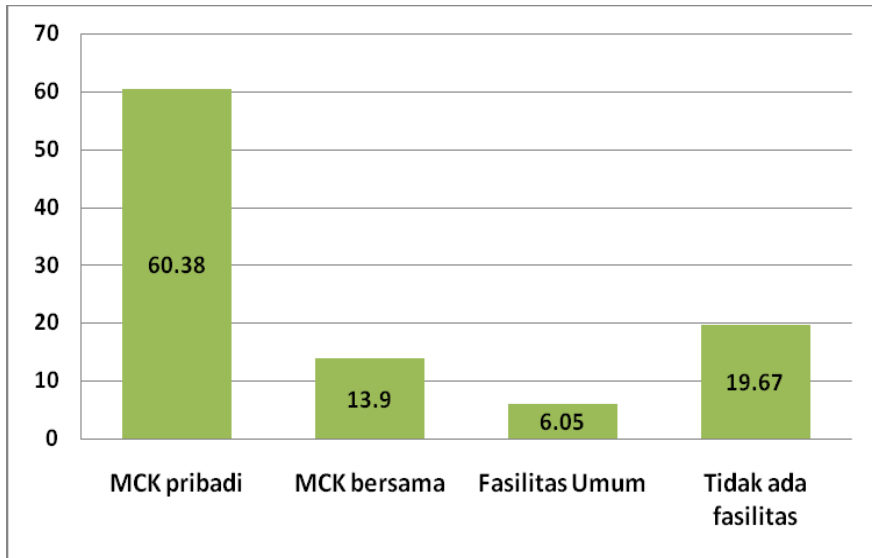
Pengertian sanitasi sangat luas. Dari sisi teknis, sanitasi melingkupi tiga unsur, yaitu: air limbah, persampahan, dan drainase lingkungan. Ketiga unsur sanitasi tersebut memiliki kompleksitas tersendiri. Dalam tulisan ini kami membatasi pengertian sanitasi hanya pada sarana air limbah dan perubahan perilaku menyangkut sarana tersebut.

Sanitasi Buruk di Indonesia

Kondisi sanitasi di Indonesia sudah kritis. Pencapaian target MDGs Indonesia kurang menunjukkan kemajuan yang berarti dan berada di bawah capaian negara tetangga, terutama dalam hal sanitasi. Pada tahun 2004 cakupan pelayanan sanitasi di Indonesia 55%, berarti lebih rendah dari rata-rata cakupan negara-negara di Asia Tenggara (World Bank, 2008). Berdasarkan data BPS tahun 2006 persentase keluarga yang memiliki fasilitas buang air besar secara individu hanya 60,38%; menggunakan fasilitas bersama sebesar 13,90%; menggunakan fasilitas umum sebesar 6,05%; dan tidak memiliki fasilitas buang air besar sama sekali sebesar 19,67% (Gambar 1).

Pada umumnya kelompok miskin di Indonesia tidak memiliki akses terhadap sanitasi dasar atau dengan kata lain melakukan buang air besar di tempat terbuka atau di sungai dan saluran drainase. Kemungkinan besar 17,75% KK miskin yang didata BPS termasuk kelompok yang tidak memiliki akses terhadap sanitasi ini. Secara geografis, 40% populasi di perdesaan dan 73% di

Gambar 1.
Grafik Proporsi Rumah Tangga Menurut Aksesnya ke Fasilitas MCK



Sumber: Analisis Sanitasi Nasional, ISSDP, 2007

perkotaan memiliki akses terhadap sanitasi dasar (Laporan MDGs 2007). Apabila survai nasional menggunakan indikator sanitasi layak yang dikembangkan WHO, angka capaian kemajuan MDGs akan lebih kecil.

Kekurangan akses terhadap jamban

Dari survai Environment Health Risk Assessment (EHRA) yang dilakukan ISSDP di enam kota, sebagian besar rumah tangga memiliki akses terhadap sarana jamban, namun 64% rumah tangga yang memiliki akses terhadap jamban membuang limbah cairnya ke tempat-tempat terbuka. Survai ini menunjukkan pula bahwa 60% penduduk perdesaan tidak memiliki akses terhadap jamban. Dengan kata lain, mereka membuang air besar di lingkungan terbuka. Sedangkan sebesar 40% lainnya

membuang limbahnya ke sarana-sarana pribadi dan umum yang disalurkan ke tempat pembuangan yang kurang baik kualitasnya dan ke tempat terbuka, seperti sungai. Sebagian besar pembuangan air limbah di perdesaan telah mencemari lingkungan.

Membuang air limbah ke tempat terbuka terkait dengan terbatasnya fasilitas pengolahan limbah cair yang tersedia. Kondisi ini ditemukan di perdesaan maupun di perkotaan. Di seluruh Indonesia Instalasi Pengolahan Air Limbah (IPAL) hanya terdapat di 12 kabupaten/kota. Masih banyak Pemerintah Daerah yang belum menyediakan fasilitas pengolahan air limbah. Sementara itu fasilitas IPAL yang tersedia belum berfungsi secara optimal. Padahal pembuangan limbah cair ke sungai dan ke tempat terbuka lainnya akan mengurangi

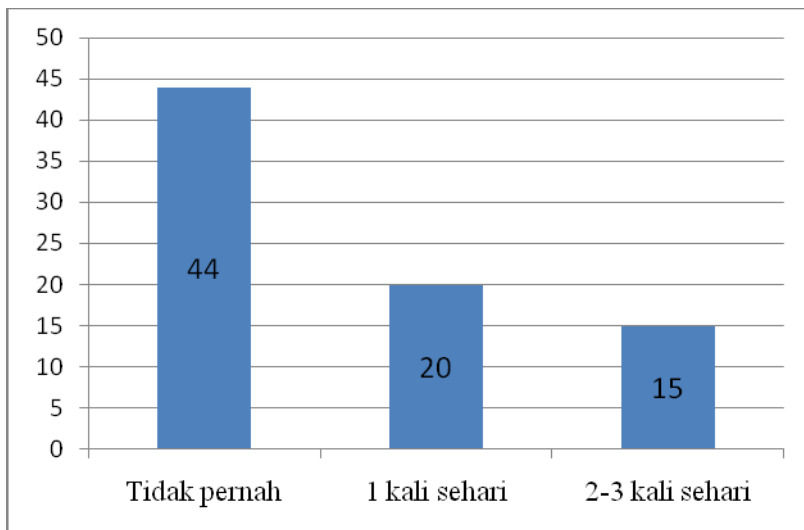
kualitas air tanah, bahkan dapat memicu penyebaran penyakit lingkungan.

Perilaku berisiko terkena penyakit

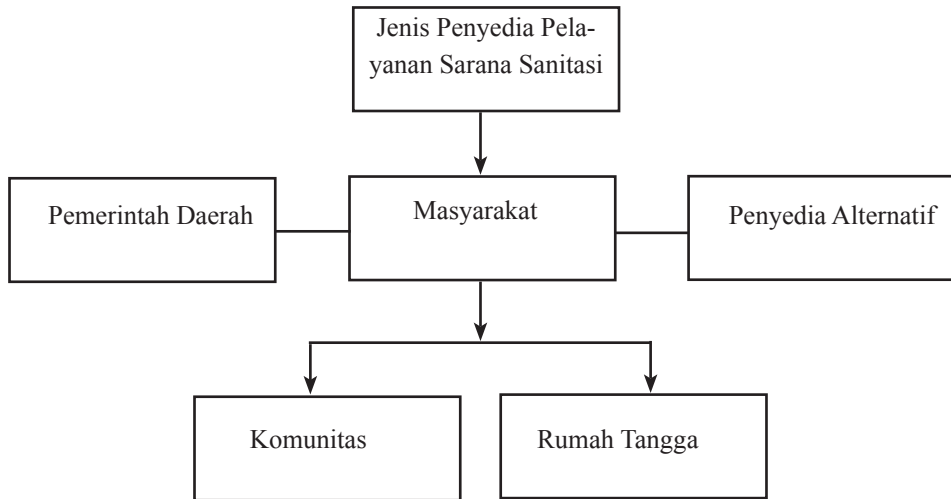
Salah satu tujuan survei EHRA adalah menyediakan informasi mendasar tentang risiko kesehatan lingkungan. Risiko kesehatan lingkungan dapat disebabkan karena perilaku manusia yang tidak melindungi diri dari penyebaran penyakit. Perilaku yang diamati antara lain Cuci Tangan Pakai Sabun (CPTS). Pencucian tangan dengan sabun yang benar dan disaat yang tepat memainkan peranan penting dalam mengurangi kemungkinan adanya bakteri penyebab diare. Waktu yang tepat untuk mencuci tangan dengan sabun adalah ketika sebelum makan, sebelum memberi makan anak, sebelum menyiapkan makanan, setelah buang air besar, dan setelah membantu anak buang air besar.

Hasil survei EHRA di 6 kota menjelaskan bahwa sebagian besar responden (44%) tidak pernah melakukan cuci tangan setiap harinya, 20% menyatakan satu kali sehari mencuci tangan dan 15% antara 2-3 kali sehari. Seandainya pun mereka mencuci tangan, hal itu tidak selalu dilakukan pada waktu yang tepat. Banyak responden yang tidak mencuci tangannya setelah buang air besar (bahkan pencucian tangan dengan sabun pada saat yang penting juga jarang). Rata-rata hanya 40% yang mencuci tangannya dengan sabun sebelum makan. Banyak dari responden juga tidak menyediakan sabun di kamar mandinya dan survei juga menjelaskan bahwa banyak dari mereka yang tidak mencuci tangan dengan sabun pada saat yang tepat seperti pada saat sesudah buang air besar atau saat sebelum makan.

Gambar 2.
Grafik Persentase Responden Mencuci Tangan Perhari



Sumber: Analisis Nasional ISSDP, 2008

Gambar 2. Diagram Jenis Penyedia Pelayanan Sarana Sanitasi

Sumber: ISSDP, 2008

Pelayanan sanitasi buruk

Kekurangan akses terhadap jamban yang dialami kelompok miskin mencerminkan buruknya pelayanan sanitasi di Indonesia. Sampai saat ini, ada tiga jenis pemberi pelayanan sanitasi di Indonesia, yaitu: pemerintah daerah, masyarakat, dan penyedia layanan alternatif (gambar 1.) (ISSDP, 2008).

Pada kenyataannya Pemerintah Pusat maupun Daerah mengabaikan pelayanan sanitasi dasar bagi masyarakat. Di seluruh Indonesia, hanya 2% yang dilayani Pemerintah Daerah melalui sistem perpipaan. Dalam mata anggaran pemerintah, pengeluaran subsektor sanitasi selalu bergabung dengan air, sehingga sulit dilihat besar pengeluaran pemerintah untuk sanitasi. Meskipun demikian, kajian ISSDP menjelaskan bahwa pengeluaran pemerintah kota untuk sanitasi antara 2-3% dari APBD.

Sebagian besar sarana pembuangan air limbah disediakan oleh masyarakat sendiri. Di pedesaan, misalnya, sebesar 40% sarana jamban disediakan oleh pribadi dan komunal (Departemen PU, 2002). Sistem pembuangan limbah sarana jamban yang dibangun sendiri ini tidaklah terlalu baik, umumnya tersambung ke *septic tank* (sanitasi setempat), kolam ikan, lubang besar (cubluk), dan ke sungai.

Selain pemerintah dan masyarakat, sebenarnya ada penyedia sarana sanitasi alternatif. Organisasi kemasyarakatan, seperti Lembaga Swadaya Masyarakat, telah turut serta meningkatkan akses masyarakat ke jamban. Model MCK komunal yang telah digagas misalnya SANIMAS (Sanitasi Berbasis Masyarakat). Model ini telah dilengkapi teknologi pengolahan air limbah. Cara kerjanya menggunakan prinsip *cost recovery*. Prinsip ini diterapkan untuk menjaga keberlanjutan kegiatan

Tabel 1.
Jumlah Fasilitas Sanitasi Berbasis Masyarakat di 6 Kota

Kota	Jumlah Fasilitas	Jumlah Rumah Tangga Pengguna
Surakarta	3	87
Denpasar	4	745
Banjarmasin	0	0
Blitar	4	351
Jambi	0	0
Payakumbuh	0	0

Sumber: ISSDP, 2008

itu sendiri, sehingga akses masyarakat ke jamban dapat terpelihara. Di beberapa tempat, model ini telah mendorong kemauan masyarakat untuk membayar, sebagaimana yang ditemukan di Surakarta. Sayangnya, jumlah MCK kolektif di Indonesia masih sangat sedikit (Tabel 1)

Dari sisi teknologi, selain model MCK SANIMAS, ada upaya mengembangkan model Ecosan (*eco sanitation*). Model ini menerapkan prinsip 3R (*reduce, reuse, recycle*). Di Indonesia, model ini sesuai untuk daerah kering. Mengingat kondisi geografi Indonesia yang beragam, perlu difikirkan berbagai teknologi sanitasi yang sesuai, misalnya untuk daerah pantai, dan lain-lain.

Akibat Sanitasi Buruk

Sanitasi buruk menimbulkan berbagai kerugian. Kerugian finansial diperkirakan mencapai 63 triliun rupiah atau (2% GNP), suatu jumlah yang besar yang seharusnya dapat dimanfaatkan untuk kegiatan pemberdayaan masyarakat miskin. Dari sektor penerimaan devisa, minat wisatawan asing berkunjung ke Indonesia berkurang, ekspor udang terhambat karena produknya mengandung bakteri *e-coli* yang tinggi. Pada tingkat mikro, kerugian lainnya adalah pemborosan waktu, peningkatan biaya kesehatan, dan penurunan produktivitas di tingkat rumah tangga. Bahkan, sanitasi buruk cenderung memicu konflik sosial. Sanitasi buruk berakibat pula pada kerusakan

an lingkungan. Kerusakan lingkungan berpengaruh kepada penurunan kualitas kehidupan seluruh penduduk di Indonesia, baik kelompok miskin maupun kaya.

Pembangunan Sanitasi yang Berpihak kepada Kelompok Miskin

Untuk mencapai target MDGs tahun 2015, diperlukan langkah-langkah yang strategis. Berfikir sanitasi yang layak pada prinsipnya adalah merupakan pemikiran yang mengedepankan pencegahan atau mengurangi resiko daripada hanya sekedar output atau hasil kerja. Berikut ini langkah-langkah hipotetis yang perlu dilakukan guna mempercepat pembangunan sanitasi yang berpihak kepada kelompok miskin.

Mengelompokkan kembali golongan miskin

Saat ini kelompok miskin di Indonesia dikelompokkan berdasarkan pendapatannya, yaitu kelompok dengan pendapatan di bawah US \$1 perhari, di bawah US \$2 perhari, dan kelompok yang berada di bawah garis kemiskinan nasional US \$1.55 perhari. Bank Dunia mengelompokkan penduduk miskin menjadi 2: miskin dan hampir miskin (World Bank, 2006). Perbedaan antara kelompok pertama dan kedua sangat tipis. Jumlah kelompok miskin (di bawah US \$1) sangat sedikit dan jumlah kelompok hampir miskin (> 1\$ < US \$2) dan relatif besar, yaitu sebesar 49% dari jumlah penduduk, dan sangat rentan untuk jatuh ke kelompok miskin.

Menurut aspek pelayanan sanitasi dasar, khususnya sarana pembuangan air limbah, kelompok miskin bukan sebuah kelompok yang homogen. Keberagaman tersebut dapat dirinci berdasarkan kriteria-kriteria penilaian berikut ini:

- Jangkauan rumah tangga ke sistem sanitasi perpipaan
- Jangkauan rumah tangga ke tempat tinggal yang terlindungi hukum
- Status penguasaan bangunan rumah tinggal
- Derajat pengetahuan mengenai manfaat sanitasi layak
- Derajat kemauan bekerja sama dengan pelayanan sanitasi formal (pemerintah)

Kriteria non-pendapatan ini sejalan dengan pendapat Bank Dunia yang menegaskan bahwa kemiskinan yang dihitung dari pendekatan non-pendapatan lebih penting untuk diperhatikan (Bank Dunia, 2006).

Memperhatikan kendala

Studi WSP-EAP⁶ dan ISSDP menemukan beberapa kendala yang akan dihadapi dalam upaya perbaikan kondisi sanitasi umum, antara lain:

- Persepsi umum bahwa buang air besar di tempat terbuka baik di sungai maupun di ladang adalah hal biasa.
- Kurang ada upaya menyediakan sarana alternatif sanitasi dengan harga murah dan salah persepsi bahwa sanitasi itu hal yang mewah.

⁶) Environmental ervice program -USAID

- Kurang ada mekanisme yang efektif untuk mempromosikan sanitasi dan praktik higienitas dan pilihan perbaikan sanitasi murah.
- Perempuan paling sering diabaikan dalam perencanaan pembangunan, padahal usulan perbaikan sanitasi sebagian besar berasal dari perempuan.
- Perempuan dan anak-anak merasa jauh lebih nyaman dan aman dengan adanya sarana jamban dekat rumah.

Tentu banyak kendala lainnya yang menyebabkan tersendatnya pembangunan sanitasi sehingga angka jumlah keluarga yang tidak memiliki fasilitas sanitasi masih tinggi. Kami menggolongkan kendala tersebut menjadi dua, yaitu; *kendala internal* dan *kendala eksternal*.

Kendala internal adalah antara lain:

Kendala pengetahuan, yaitu masih rendahnya pengetahuan masyarakat mengenai sanitasi dan dampaknya terhadap kesehatan dan kesejahteraan masyarakat. Departemen Kesehatan telah memulai dengan program Community Let Total Sanitation (CLTS) yang bertujuan untuk mewujudkan Indonesia bebas dari buang air di tempat terbuka. Dari program ini dipelajari bahwa masalahnya bukan pada mampu dan tidaknya kelompok miskin membangun fasilitas jamban, tetapi pada kesadaran yang rendah terhadap perlunya sanitasi yang baik dan kurangnya pengetahuan akan dampak yang dapat ditimbulkan oleh sanitasi buruk. Oleh karena itu, dalam CLTS pendekatan utama yang digunakan adalah membangun motivasi.

Kendala perilaku, yaitu perilaku masyarakat belum mendukung perilaku hidup bersih dan sehat.

Kendala ekonomi, yaitu keterbatasan kemampuan ekonomi masyarakat yang menyebabkan mereka tidak mampu sama sekali membeli atau membangun fasilitas sanitasi. Dalam hal ini pemerintah kurang berusaha mengubah pandangan bahwa sanitasi itu mahal. Bagi orang miskin membuat jamban dengan harga Rp 750.000,00 -- Rp 2.000.000,00 adalah mahal. Meskipun demikian, ada pilihan untuk membangun jamban dengan harga murah dengan harga Rp 100.000,00 – Rp 300.000,00 sehingga dapat terjangkau oleh kelompok miskin.

Kendala eksternal adalah antara lain:

Kendala kerangka kebijakan, yaitu masih rendahnya kepedulian dan wawasan pemerintah, politisi, bahkan dunia usaha terhadap persoalan sanitasi yang menyebabkan kebijakan sanitasi selalu berada dalam prioritas bawah.

Kendala persepsi, yaitu persepsi keliru yang menyatakan bahwa persoalan sanitasi adalah persoalan individu bukan persoalan masyarakat. Padahal, dengan melihat dampaknya maka sanitasi merupakan tanggung jawab bersama masyarakat bukan tanggung jawab individu.

Kendala gender, yaitu adanya kesenjangan gender dalam proses pengambilan keputusan selalu menempatkan sanitasi pada urutan bawah dalam kebijakan publik.

Kendala teknologi, yaitu beragamnya teknologi dalam sanitasi yang kadangkala menyebabkan munculnya ketidakcocokan antara kebutuhan masyarakat dengan

yang disediakan oleh pemerintah, selain itu varian teknologi tertinggi (yang ideal) masih cukup mahal untuk diterapkan di Indonesia.

Kami memperoleh kesan pula bahwa kondisi dari kendala di atas cenderung mempengaruhi pengambilan keputusan kelompok miskin dalam memenuhi kebutuhan dasar sanitasi.

Prioritas pada masyarakat perkotaan

Memprioritaskan perubahan pada masyarakat miskin perkotaan dalam perbaikan kondisi sanitasi adalah sesuatu yang perlu diperhitungkan. Dengan perbaikan sanitasi pada daerah padat penduduk dan kumuh di perkotaan, maka akan terjaring lebih banyak penerima manfaat dari keluarga miskin. Selama ini terdapat persepsi bahwa masyarakat miskin keberatan untuk membayar biaya untuk sanitasi. Hal ini pada kenyataannya tidak benar seperti ditunjukkan oleh kasus SANIMAS di Surakarta. Masyarakat miskin bersedia membayar iuran pemeliharaan, sejauh manfaatnya telah mereka rasakan. Masyarakat miskin perkotaan terpaksa membayar air yang dijual oleh pedagang air dengan tarif yang lebih mahal dari tarif PDAM. Kebanyakan dari penduduk miskin perkotaan tidak mendapatkan sambungan pipa air dari PDAM, karena mereka umumnya hanya penyewa dan bukan pemilik rumah.

Masyarakat miskin pada umumnya bertindak sama dengan kelompok masyarakat menengah ke atas dalam kebutuhan akan kualitas dan kenyamanan pelayanan sanitasi. Kedua kelompok tersebut sama-sama

menginginkan kualitas sarana sanitasi yang bersih. Kualitas sarana yang buruk tidak akan diterima oleh konsumen dari kedua kelas tersebut. Selain itu di perkotaan, kelompok masyarakat miskin sering dijumpai tinggal dalam satu kawasan dengan kelompok menengah ke atas. Oleh karena itu, pendekatan yang lebih tepat bagi masyarakat miskin perkotaan adalah mengintegrasikan pengentasan kemiskinan dalam setiap kegiatan pembangunan untuk segala lapisan (*poor inclusive*) (ISSDP, 2007)

Mendorong pemerintah pusat dan daerah

Dengan diberlakukannya UU No. 32/2004 tentang Otonomi Daerah, maka pemerintah daerah Kabupaten dan Kota bertanggung jawab terhadap penyediaan pelayanan publik. Pemerintah Pusat sendiri berperan untuk mengembangkan standar pelayanan minimum perkotaan dan melakukan peningkatan kapasitas kelembagaan Pemerintah Daerah dan mencari peluang pendanaan. Upaya pembangunan sanitasi di perkotaan harus dimulai dari kemauan politik pemimpin ke pemerintahan kota (Walikota) yang dituangkan dalam visi dan misi Walikota. Kajian ISSDP membenarkan bahwa visi dan misi Walikota sangat penting agar isu perbaikan sanitasi dapat masuk dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Kota.

Terdapat tiga syarat hipotetis untuk mendorong Pemerintah Daerah maupun Pusat agar mempercepat pembangunan sanitasi bagi masyarakat miskin: kemauan politik, strategi sanitasi kota/kabupaten, dan perubahan perilaku.

Kemauan politik

Sudah seharusnya departemen teknis dan kementerian terkait melakukan upaya terpadu untuk sinkronisasi kegiatan pembangunan sanitasi. Beberapa langkah telah diambil oleh pemerintah seperti telah dilaksanakannya Konferensi Sanitasi Nasional yang pertama pada bulan November 2008 lalu. Namun, tindak lanjut dari konferensi itu terasa sangat lambat. Pada saat ini pihak legislatif di tingkat nasional dan pemerintah cenderung saling menyalahkan dalam hal yang menyangkut kondisi sanitasi di Indonesia. Pemerintah menyalahkan legislatif karena mencoret jumlah anggaran pembangunan sanitasi yang diusulkan. Sementara itu, pihak legislatif menyalahkan pemerintah karena tidak memasukkan isu sanitasi dalam RPJMN dan RKP (Rencana Kerja Pemerintah). Situasi saling menyalahkan ini tidak akan mengatasi masalah.

Secara kultural masyarakat Indonesia adalah paternalistik. Oleh karena itu, diperlukan pemimpin yang secara tegas memprioritaskan pembangunan sanitasi untuk perbaikan kualitas hidup masyarakat. Dalam pidato kenegaraan bulan Januari 2007, Presiden Susilo Bambang Yudhoyono menjelaskan pentingnya pendidikan, kesehatan, air bersih, dan fasilitas sanitasi dalam perang melawan kemiskinan. Namun, pada kenyataannya pelaksanaannya, terutama untuk bidang sanitasi, sangat lambat. Oleh karena itu, dalam jangka pendek kegiatan advokasi harus secara strategis dan intensif dilakukan oleh semua pihak kepada para pengambil keputusan baik di DPR maupun pemerintahan. Pada saat ini, ketika semua partai politik sedang berlomba-lomba

untuk menjelaskan manifestonya, sangat tepat bagi partai politik untuk mengangkat isu pembangunan sanitasi dalam rangka pengentasan kemiskinan dan perbaikan kualitas hidup. Oleh karena itu, dalam jangka panjang perlu penyempurnaan data kemiskinan termasuk sanitasi. Tanpa data akurat, para elite politik lambat menyadari keadaan kritis yang sebenarnya. Setiap pemerintah kota dan kabupaten juga harus melakukan pemetaan permasalahan sanitasi lengkap dengan risiko yang mungkin ditimbulkannya dengan lebih nyata. Diharapkan dengan data yang lebih akurat para elite politik akan lebih tanggap terhadap isu krusial.

Perumusan strategi sanitasi daerah

Kompleksitas permasalahan sanitasi harus dimulai dengan perencanaan yang terpadu. Pemerintah kota dan kabupaten harus memiliki strategi sanitasi kota yang merupakan perencanaan terpadu antara semua Satuan Kerja Pembangunan Daerah (SKPD) yang terkait isu sanitasi. Strategi sanitasi kota ini harus didasarkan pada data yang konkret tentang kondisi sanitasi kota/daerah. Proses penyusunan strategi sanitasi kota/daerah seyogyanya merupakan perpaduan antara pendekatan *top-down* dan *bottom-up*. Untuk memperkuat hasil strategi sanitasi kota/daerah, diperlukan PERDA yang mengatur adopsi usulan-usulan kegiatan yang dihasilkan dari strategi sanitasi kota/kabupaten kedalam usulan kegiatan SKPD. Dengan cara ini, maka usulan kegiatan masing-masing SKPD akan saling terkait dan telah mengacu pada prioritas kebutuhan bersama.

Perubahan perilaku masyarakat dan pemerintah

Berbagai upaya perlu dilakukan oleh semua pihak untuk dapat meningkatkan kesadaran masyarakat terhadap pentingnya sanitasi. Kegiatan tersebut dapat dilakukan melalui kompetisi kota sehat dan penghargaan. Selama ini oleh Kementerian Lingkungan Hidup telah dilakukan ajang kompetisi yang memberikan predikat kota terkotor. Pendekatan ini tampaknya jauh lebih efektif dalam mengubah kebersihan kota dari pada hanya sekadar penghargaan kepada kota terbersih. Hal lain yang dapat dilakukan adalah mengadakan kerjasama dengan pihak swasta untuk melakukan kampanye hidup bersih dan sehat. Produk-produk sabun, misalnya, dapat dimanfaatkan untuk kampanye Cuci Tangan Pakai Sabun. Program CLTS (Community Let Total Sanitation) adalah sebuah pendekatan yang revolusioner, yang memotivasi masyarakat untuk membuat jamban tanpa subsidi pemerintah sedikit pun. Motivasi adalah awal yang penting dari perubahan perilaku. Namun, selanjutnya pemerintah harus siap dengan layanan konsultasi, termasuk penyediaan sarana sanitasi, dengan harga yang terjangkau oleh masyarakat miskin.

Pembangunan sanitasi tidak hanya urusan penyediaan layanan seperti akses terhadap toilet dan pengolahan air limbah, tetapi juga mencakup perubahan perilaku dan kampanye kesadaran masyarakat. Oleh karena itu, dalam perencanaan pembangunan, urusan sanitasi mencakup lintas sektor seperti BAPPENAS, Departemen Dalam Negeri, Departemen Pekerjaan Umum, Departemen Kesehatan, Departemen Perindustrian, Departemen Koordinasi dan

Kesejahteraan Masyarakat. Hampir semua departemen dan kementerian negara terkait dengan isu pembangunan sanitasi. Kompleksitas kelembagaan dan lemahnya koordinasi menyebabkan pembangunan sanitasi di Indonesia berjalan sangat lambat atau bahkan berjalan di tempat. Sebagai salah satu fasilitas publik, sarana sanitasi bukan hanya disediakan pemerintah, tetapi juga oleh swasta dan masyarakat sendiri.

Jika kita sepakat bahwa semua dimensi kesejahteraan seperti cukup konsumsi, menurun tingkat kerentanan, pendidikan, kesehatan, dan akses terhadap infrastruktur dasar, maka hampir semua penduduk Indonesia dapat dikatakan miskin. Meskipun demikian, Indonesia telah melakukan pencapaian yang berarti pada masa lalu dengan perbaikan akses terhadap pendidikan dan meningkatnya cakupan pelayanan kesehatan, terutama dalam hal kelahiran dan imunisasi dan penurunan angka mortalitas bayi.

Penutup

Sumber masalah tersendatnya pembangunan sanitasi di Indonesia adalah tidak adanya kesadaran masyarakat dan elite politik untuk memperbaikinya. Keadaan seperti ini telah berjalan melalui beberapa periode pemerintahan. Dampak dari ketidakpedulian tersebut adalah rendahnya akses terhadap sanitasi dasar, rendahnya kesadaran terhadap dampak yang diakibatkan oleh sanitasi buruk.

Rendahnya tuntutan dari konstituen ini juga yang menyebabkan kemauan politik rendah untuk perbaikan sanitasi. Untuk dapat memotong lingkaran setan ini, para elite politik seharusnya melangkah lebih jauh untuk meningkatkan kualitas hidup

masyarakat dan tidak sekadar berputar-putar pada isu populer.

Selama ini orang cenderung berfikir pada penanganan masalah. Anggaran Departemen Kesehatan pun lebih besar untuk urusan yang kuratif dibanding preventif. Berbagai macam penyakit lingkungan merupakan hambatan utama dalam pencapaian tujuan MDGs. Oleh sebab itu, pemikiran pembangunan sanitasi mengubah paradigma dari mengatasi menjadi mencegah timbulnya masalah. Apabila cara berpikir seperti ini dimiliki oleh kelompok

miskin, maka mereka dapat mengelola kehidupan secara lebih terencana, bukan sekadar mengatasi satu masalah ke masalah berikutnya. Cara berpikir seperti ini akan dapat diterapkan di segala jenis aktivitas baik kegiatan ekonomi, sosial, maupun budaya.

Pada intinya hanya diperlukan perubahan kecil dan tidak mahal yang dapat dilakukan setiap individu dan anggota masyarakat untuk mengubah kondisi sanitasi ke arah lebih baik, yaitu perubahan perilaku.

Daftar Rujukan

- Departemen PU, 2002. *Rencana dan Kebijakan Strategis Air Limbah*. Tidak diterbitkan. Jakarta,
- ISSDP, 2007. *National Strategy for Pro Poor Sanitation*. Mission Report. Un published. Jakarta
- ISSDP, 2008. *Analisa Sanitasi Nasional*. Tidak diterbitkan. Jakarta
- World Bank, 2004. *Indonesia, Averting an Infrastructure Crisis: A Framework for Policy and Action*. Jakarta.
- World Bank. 2006. *Making the New Indonesia Work for the Poor*. Jakarta
- WSP-EAP, 2008. *Economic Impact of Sanitation in Indonesia*. Jakarta.