



IRGSC Policy Brief

No 013, February 2015

Research and analysis from the Institute of
Resource Governance and Social Change (IRGSC)
www.irgsc.org

Menuju Pembangunan Sanitasi yang Berkelanjutan: Pembelajaran dari Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat

Nike Frans

Sanitasi merupakan salah satu fokus pembangunan di wilayah Provinsi Nusa Tenggara Timur dalam beberapa tahun terakhir ini. Hal tersebut disebabkan karena profil sanitasi di NTT masih tergolong rendah. Sebagai contoh, data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 menunjukkan bahwa di NTT, persentase rumah tangga yang memiliki akses terhadap fasilitas sanitasi *improved* sebanyak 30,5 %, sedangkan sisanya 69,5 belum memiliki akses sanitasi *improved*. Angka tersebut cukup jauh jika dibandingkan dengan rata-rata Indonesia, dimana rata-rata sanitasi *improved* sebesar 59,8%, sedangkan sisanya 40,2% *unimproved*.

Yang digolongkan dalam fasilitas sanitasi *improved* adalah rumah tangga yang menggunakan fasilitas Buang Air Besar (BAB) milik sendiri, tempat BAB berjenis leher angsa atau plengsengan, dan tempat pembuangan akhir tinja jenis tangki septik. Sementara kategori fasilitas sanitasi *unimproved* adalah sebaliknya, yakni rumah tangga yang menggunakan fasilitas BAB milik bersama, fasilitas umum, atau BAB sembarangan (*Open Defecation*). Kemudian sarana jamban cemplung, dan pembuangan akhir tinja tidak di tangki septik. Pengenalan sanitasi *improved* maupun *unimproved* selanjutnya dikenalkan kepada masyarakat dengan istilah 'WC sehat' atau 'jamban sehat'.

Sanitasi sendiri tidak hanya menyangkut BAB dan fasilitasnya. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 852/Menkes/IX/2008 menyatakan bahwa sanitasi total adalah kondisi ketika suatu komunitas tidak BAB sembarangan, mencuci makanan pakai sabun, mengelola air minum dan makanan yang aman, mengelola sampah dengan benar, serta mengelola limbah cair rumah tangga dengan aman. Kelima kondisi sanitasi total tersebut merupakan lima pilar sanitasi. Meskipun demikian, BAB dan fasilitasnya mendapat fokus yang lebih intensif dalam bidang sanitasi, atau menjadi indikator utama tanpa mengenyampingkan aspek sanitasi lainnya.

Level sanitasi tidak saja menjadi lambang kemajuan peradaban suatu wilayah. Hal yang lebih penting bahwa sanitasi merupakan indikator ketersediaan sarana kebersihan yang layak untuk menjamin kesehatan masyarakat. Komponen sanitasi terkesan seperti hal-hal sederhana karena berkaitan dengan perilaku sehari-hari. Namun, jika sanitasi total tidak dipraktekkan secara benar, resiko yang akan dihadapi masyarakat tidak bisa diremehkan. Penyakit berbasis lingkungan seperti diare, malaria, demam berdarah, dan kecacangan yang tidak sedikit memakan korban merupakan dampak dari perilaku sanitasi yang buruk.

Tentang Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM)

Menyadari pentingnya pembangunan di bidang sanitasi, pemerintah mencanangkan dan menetapkan pendekatan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) untuk merubah perilaku kebersihan melalui pemberdayaan masyarakat dengan metode pemicuan. Tidak hanya pemerintah, berbagai Lembaga Swadaya Masyarakat nasional maupun internasional dengan berbagai sumber pendanaan bekerja sama dengan pemerintah untuk mengenalkan STBM hingga ke pelosok desa di Indonesia.

Yang berbeda dengan program lainnya adalah program STBM menggunakan pendekatan non-subsidi. Sebelumnya, dalam pembangunan sanitasi nasional, pemerintah menggunakan pendekatan subsidi perangkat keras. Namun karena model pendekatan ini tidak membawa perubahan berarti terhadap perilaku kebersihan sehingga metode yang digunakan beralih kepada STBM dengan pemicuan. Metode pemicuan memberikan penyadaran kepada masyarakat tentang pentingnya memberlakukan gaya hidup sehat. Selain itu, pembentukan fasilitator STBM atau disebut juga dengan relawan STBM melibatkan perangkat desa dan pemerintah.

Karena yang diutamakan dalam program adalah kesadaran pribadi dan juga keterlibatan masyarakat sendiri dalam pengawasan, maka diharapkan praktik STBM akan berhasil mengungkit perilaku hidup bersih dan sehat masyarakat. Yang terpenting adalah, praktik STBM diharapkan terus berlanjut (*sustainable*).

Komponen yang dijelaskan sebelumnya kemudian disebut dengan lima pilar STBM, yaitu

1. Stop buang air besar sembarangan (SBS),
2. Cuci tangan pakai sabun (CTPS),
3. Pengelolaan air minum dan makanan rumah tangga (PAMMRT),
4. Pengamanan sampah rumah tangga (PSRT), dan
5. Pengamanan limbah cair rumah tangga.

Di dalam masing-masing pilar STBM diatas, terdapat aturan-aturan tentang fasilitas dan praktik ideal untuk menjamin perilaku sanitasi masyarakat.

Pembelajaran dari Masyarakat tentang Praktik STBM

STBM bukan merupakan hal baru. Sejak tahun 2008 kementerian kesehatan mencanangkan STBM sebagai program nasional, dan sejak itu, program terus digencarkan dan mengalami beberapa perubahan seiring dengan evaluasi yang terus dilakukan.

Salah satu evaluasi dilakukan oleh South Research di akhir tahun 2014 untuk menilai program STBM dan keberlanjutannya di beberapa wilayah intervensi, salah satunya Provinsi NTT. Di dalam evaluasi ini, terdapat elemen pengkajian kualitatif di 3 kabupaten, yakni Flores Timur, Timor Tengah Selatan (TTS), dan Timor Tengah Utara (TTU). Pengkajian kualitatif menggunakan metode wawancara langsung di level masyarakat tentang pemahaman, praktik, manfaat program, dan berbagai faktor yang mempengaruhi keberlanjutan program.

Dengan metode wawancara langsung kepada pelaku program di level paling dasar, berbagai penemuan dapat menjadi bahan pembelajaran dan diskusi. Wawancara dilakukan di 7 desa yang tersebar di 3 kabupaten, masing-masing 3 desa di Kabupaten Flores Timur, 2 desa di Kabupaten TTS, dan 2 desa di Kabupaten TTU. Penentuan desa yang dijadikan lokasi penelitian mempertimbangkan aspek jarak dari ibukota kabupaten, ketersediaan air, dan tingkat kemudahan pendampingan. Pendampingan STBM di wilayah Flores Timur dilakukan oleh Yayasan Dian Desa (YDD), sedangkan wilayah TTS dan TTU oleh Plan Indonesia. Berikut beberapa temuan yang dapat dijadikan pembelajaran dan diskusi bersama:

1. Pilar-pilar STBM bukan merupakan hal yang baru di beberapa desa yang dikunjungi. Hanya saja, penyebutan 'STBM' baru digunakan dalam 2-3 tahun terakhir setelah dikenalkan oleh pemerintah maupun LSM pendamping program. Sebagian besar responden sudah memiliki jamban sebelum program STBM diperkenalkan. Dari 70 orang responden yang diwawancarai, hanya 4 rumah tangga yang belum memiliki jamban karena baru pindah atau jamban pribadi dalam proses pembangunan. Meskipun angka kepemilikan jamban tinggi, masih banyak yang belum digolongkan sebagai jamban sehat. Tangga sanitasi berlaku, yakni perubahan dari kloset cemplung ke plengsengan atau leher angsa serta penggunaan tangki septik. Perubahan ini terjadi secara berkala setelah pengenalan STBM.

Kepemilikan jamban yang tinggi, meskipun belum mencapai level *improved* atau jamban sehat, tidak lepas dari peran penting kepala desa periode sebelumnya. Sebagai contoh, di Desa Oerinbesi, Kabupaten TTU, di tahun 1980 kepala desa mewajibkan penduduk memiliki jamban. Karena keberhasilannya, pada tahun 1982 desa Oerinbesi dinobatkan Juara Kedua Lingkungan Sehat Se-Provinsi NTT. Hal yang sama juga ditemukan di beberapa desa lainnya. Kepala desa menetapkan sanksi tegas bagi rumah tangga yang belum memiliki jamban pribadi. Kepemilikan jamban menjadi bagian dalam peraturan desa, dan diawasi secara disiplin. Mutu kepemimpinan desa mempengaruhi pembangunan sanitasi masyarakat.

Keberhasilan praktik STBM juga sangat dipengaruhi oleh ketokohan pemimpin desa. Di desa Nualunat, kepala desa bekerja sama dengan pihak Dinas Kesehatan dan LSM pendamping menggalakan program 1000 jamban sehat. Pembangunan sanitasi tidak berhenti sampai pada memiliki jamban saja, tetapi meningkat ke tangga sanitasi tertinggi, yakni jamban sehat. Tidak mudah mencapai tingkat ini terutama di wilayah pedesaan yang jauh dari pusat kabupaten dan akses jalan buruk serta memakan

waktu berjam-jam. Kepala desa turut ambil bagian dalam memasok material seperti pasir, semen, dan seng. Karena komitmen kepala desa yang tinggi dalam pembangunan sanitasi, maka masyarakat berusaha untuk meningkatkan standar kesehatan mereka, meskipun membutuhkan dana yang cukup besar.

Dalam suatu wawancara di Desa Nualunat, Kabuten Timor Tengah Selatan, responden menjabarkan bahwa untuk membuat satu jamban sehat di kampungnya, masing-masing keluarga minimal menyiapkan dana sebesar Rp.1.618.000. Ini dipakai untuk membeli semen, pasir, seng, dan kloset leher angsa. Rumah tangga yang belum bisa mengeluarkan biaya sebesar itu tetap membangun jamban dengan dinding bebak (dari pelepah pohon).

Pelibatan kepala desa dan tokoh-tokoh dalam masyarakat yang visioner dalam aplikasi program STBM terbukti mampu mempercepat pembangunan sanitasi di wilayahnya.

2. Salah satu hal yang menarik untuk didiskusikan bersama adalah kepemilikan jamban tidak selalu berarti bebas buang air besar sembarangan (*open defecation*). Buktinya, di wilayah kabupaten TTS dan TTU, masyarakat yang sudah memiliki jamban tetap melakukan buang air besar di wilayah terbuka atau tidak di jamban.

Penyebab utama ketidakkonsistensian ini adalah karena jarak antara rumah dan kebun yang relatif jauh. Mata pencaharian utama di kabupaten TTS dan TTU adalah petani. Sebagai petani, sebagian besar waktu dihabiskan di kebun. Dari hasil wawancara, para petani, baik perempuan maupun laki-laki berangkat ke kebun setelah makan pagi, dan baru kembali ke rumah saat petang. Jarak dari rumah ke kebun bermacam-macam. Bisa sangat dekat dengan rumah, dengan jarak tempuh sekitar 100m, namun sebagian besar jarak tempuh dari rumah ke kebun cukup jauh, yakni 3 km dengan medan yang tidak mulus, dan hanya dapat dilewati dengan berjalan kaki. Perjalanan ke kebun bisa memakan waktu lebih dari 1 jam perjalanan. Hal ini yang menyebabkan petani, baik perempuan maupun laki-laki mempraktekkan BAB di kebun. Fasilitas jamban tidak tersedia di kebun karena menganut sistem pertanian dimana kebun berpindah-pindah tempat setiap tahun, tidak menetap di satu lokasi saja.

Hasil penelitian menunjukkan tidak ada perubahan angka praktik buang air besar sembarangan antara sebelum dengan sesudah pengenalan program STBM. Sekali lagi, disini penyebabnya bukan karena responden tidak memiliki jamban. Penyebabnya adalah buang air besar di kebun saat bekerja, karena jarak yang jauh antara rumah dengan kebun.

Pelaksanaan program STBM tidak dapat berjalan maksimal jika tidak memperhitungkan aspek kebiasaan, budaya, dan sistem-sistem yang berlaku dalam suatu wilayah. Bahkan di wilayah NTT sendiri, antara satu wilayah dan wilayah yang lainnya tidak homogen. Maka, diperlukan penyesuaian serta modifikasi program tanpa meninggalkan esensi program tersebut.

Sebagai contoh, desa Bahinga di Kabupaten Flores Timur, tidak mengenal 5 pilar STBM, melainkan 6 pilar. Pilar yang keenam merupakan pilar tambahan yakni mengandangkan ternak dengan jarak tertentu dari pemukiman. Hal yang mendasari modifikasi pilar STBM adalah karena masalah yang ditimbulkan oleh ternak yang dibiarkan berkeliaran sembarangan di pemukiman warga. Kotoran ternak

berceceran di jalan-jalan umum sehingga mencemari lingkungan dan air sehingga menimbulkan penyakit bagi masyarakat.

Peraturan menteri kesehatan secara detail mengatur komponen-komponen STBM. Namun, peraturan tersebut tidak dapat dilakukan sebagai bahan baku yang tidak dapat diganggu gugat. Kontradiksi antara kepemilikan jamban dan buang air besar sembarangan perlu dipikirkan solusi yang tepat guna sehingga pembangunan jamban tidak sekedar pemenuhan target pembangunan fisik sanitasi, tetapi juga berbarengan dengan perubahan perilaku menuju keadaan sanitasi yang lebih baik.

3. Faktor utama yang membuat masyarakat tertarik untuk tetap mempraktekkan pilar-pilar STBM adalah berkurangnya penyakit berbasis lingkungan, disusul dengan adanya pemantauan berkala dari pihak puskesmas maupun pendamping program, faktor promosi secara terus menerus oleh tim STBM, dan faktor STBM sudah menjadi kebiasaan.

Adanya perubahan status kesehatan masyarakat menjadi faktor utama yang membuat masyarakat berkomitmen mempraktekkan STBM. Responden di desa Bahinga Kabupaten Flores Timur menyatakan penyakit kolera dan muntaber yang sering menjadi wabah dah bahkan menyebabkan kematian sudah jarang dialami masyarakat. Hal yang serupa diakui responden di desa Nualunat Kabupaten TTS. Responden menyatakan dulunya di desa sering terjadi wabah diare dan malaria, namun dengan masuknya program STBM, penyakit tersebut berkurang.

Pengawasan dan promosi yang dilakukan secara berkala juga menjadi penentu keberlanjutan program STBM. Di tingkat yang lebih tinggi sebanyak 9 orang responden menyatakan bahwa STBM akan terus dilakukan karena sudah menjadi kebiasaan. Di titik ini, praktik sanitasi sudah bukan merupakan 'program', melainkan gata hidup

Satu-satunya yang menjadi faktor penghambat praktik sanitasi yang ideal adalah ketersediaan air bersih. Air bersih dan STBM perlu berjalan berbarengan. Semakin tinggi tingkatan sanitasi, semakin banyak air bersih yang dibutuhkan. BAB di sembarang tempat tidak membutuhkan air untuk cebok maupun menyiram. Sebaliknya, jamban sehat membutuhkan banyak air untuk menyiram kotoran, membersihkan tubuh, dan mencuci tangan. Jamban sehat membutuhkan lebih banyak air dari jamban cemplung. Oleh karena itu, dengan cara memperoleh air yang masih sama, masyarakat membutuhkan usaha yang lebih besar untuk mempertahankan perilaku sanitasi. Komitmen pelaksanaan STBM perlu dasar yang kuat berupa kesadaran dan perubahan pola pikir sehingga komitmen terhadap sanitasi akan berkelanjutan.

Provinsi Nusa Tenggara Timur, meskipun memiliki angka fasilitas sanitasi *improved* yang rendah dan bahkan terendah se-Indonesia, sedang berusaha mencapai standar yang ditetapkan pemerintah. Hal ini terlihat dari contoh-contoh desa yang dengan gigih menjalankan STBM dengan segala keterbatasan sumber dayanya. Keinginan untuk memenuhi standar sanitasi tidak serta merta berjalan dengan percepatan yang sama dengan wilayah lainnya di Indonesia. Pemahaman situasi lokal akan membawa pada aplikasi program yang lebih efektif. Dengan terus belajar dari pengalaman yang sudah dilalui,

program sanitasi seharusnya menjadi lebih unggul di waktu kedepan, bukan untuk sekedar mengejar bangunan fisik yang sesuai standar, tetapi mencapai misi program itu sendiri, yakni menyehatkan masyarakat.