

HUBUNGAN INDIKATOR KEMISKINAN DENGAN KEPEMILIKAN SANITASI LAYAK DI PROVINSI GORONTALO TAHUN 2010 (Data Sekunder Riskesdas Tahun 2010)

Oleh :
Fenny Raharyanti

ABSTRACT

The study explores the determinants of proper sanitation, ownership of various indicators of poverty in the province of Gorontalo, 2010, with the source data comes from the Riset Kesehatan Dasar 2010. Selection of this province based on the highest position in terms of sanitation facilities and the open defecation which is 39.2% and 41.7%, beside it is the fourth lowest poverty line in Indonesia . This is a quantitative research with a cross sectional design. The research concluded that significant poverty indicators relating to the ownership of proper sanitation as multivariable are defecation facilities, drinking water, followed by housing conditions (type of wall and floor type), income, employment and education

Key words: sanitation, poverty, ownership

PENDAHULUAN

Latar Belakang

Pengaruh ekonomi terhadap kesehatan masyarakat, kebijakan ekonomi yang memprioritaskan kesetaraan, dan kesejahteraan sosial dapat meningkatkan taraf kesehatan maupun ekonomi rakyat. Kesehatan merupakan masalah sosial, ekonomi dan politik dan merupakan sumber penyakit dan kematian di antara orang-orang yang miskin dan termarginalisasi. Sementara itu, pembangunan sosioekonomi di negara berkembang diindikasikan pada penilaian Indeks Pembangunan Manusia (IPM), dengan salah satu indikatornya adalah derajat kesehatan dan panjangnya umur yang terbaca dari angka harapan hidup. Derajat kesehatan yang tinggi harus didukung dengan fasilitas kesehatan dan sanitasi yang baik. Namun pembangunan bidang sanitasi di Indonesia selalu menghadapi kendala pada minimnya pendapatan masyarakat. Minimnya

pendapatan masyarakat akan berdampak pada rendahnya kesadaran masyarakat terhadap pembangunan bidang sanitasi kesehatan. Rendahnya tingkat pendapatan masyarakat akan lebih mendorong mereka untuk memberikan prioritas yang lebih besar pada kebutuhan dasar, sedangkan kebutuhan akan pembangunan fasilitas bidang sanitasi kesehatan belum dianggap terlalu penting (Rizki, B dan S. Saleh, 2007).

Indonesia harus kehilangan lebih dari Rp 58 trilyun atau sebanding dengan Rp 265.000 per orang setiap tahun akibat sanitasi yang buruk, menurut "Economic Impacts of Sanitation in Southeast Asia" yang diterbitkan pada bulan November 2007 oleh Water and Sanitation Program (WSP) Bank Dunia.

Dalam lima tahun terakhir, investasi untuk sanitasi sudah meningkat pesat. Dimana alokasi rata-rata adalah Rp. 5.000 dari Rp. 200 per kapita per tahun (rata-rata investasi

1974-2004). Namun angka ini juga masih jauh dari ideal, karena baru 10% dari kebutuhan, yakni Rp. 47.000. Saat ini kita harus mengejar ketertinggalan investasi berpuluh tahun, sehingga mampu menutup kekurangan ketersediaan layanan sanitasi yang cukup besar (Bappenas-WSP,2010)

Rerata persentase di Indonesia berdasarkan hasil dari Riskesdas (Riset Kesehatan Dasar) 2010 menurut penggunaan fasilitas buang air besar, masyarakat yang tidak menggunakan fasilitas sanitasi terdapat 15,8 %, sedangkan persentase rumah tangga menurut akses terhadap pembuangan tinja layak sesuai *Millenium Development Goals* (MDGs) di berbagai provinsi rerata wilayah yang tidak mengakses terhitung sekitar 44,5%. Akses rumah tangga terhadap pembuangan tinja layak, sesuai kriteria MDGs adalah sebesar 55,5%. Sementara itu, masih berdasarkan survey Riskesdas 2010 dalam hal cara buang air besar sesuai JMP WHO-UNICEF 2008, persentase wilayah yang tidak menggunakan sarana pembuangan kotoran atau tidak menggunakan kloset atau buang air besar sembarangan (*open defecation*) adalah 17,2%. Dari 33 provinsi ini, ternyata Gorontalo menempati posisi tertinggi dalam hal rendahnya persentase penggunaan fasilitas sanitasi dan cara buang air besar, yaitu 39,2% dan 41,7%, sementara Provinsi DKI Jakarta terendah (0,3%). (Kemenkes, 2010).

Sebagai data pendukung dari rendahnya presentase kepemilikan sanitasi layak ini, dalam hasil Riskesdas 2007 Provinsi Gorontalo merupakan salah satu di antara 20 provinsi yang berada di bawah prevalensi nasional (60,0%), yaitu proporsi kepemilikan jamban sendiri

yang rendah sebesar 31,0 %, dan akses sanitasi kurang baik sebesar 73,0%. Begitupun halnya pada rendahnya akses terhadap air bersih, provinsi ini termasuk berada di bawah prevalensi nasional juga (16,2%), yaitu 16,9%.

Badan Pusat Statistik (BPS 2009) menetapkan beberapa indikator kemiskinan antara lain kondisi rumah (luas lantai, jenis lantai dan jenis dinding), fasilitas tempat buang air besar, sumber air minum, penerangan yang digunakan, bahan bakar yang digunakan, frekuensi makan dalam sehari, kebiasaan membeli daging/ayam/susu, kemampuan membeli pakaian, kemampuan berobat ke puskesmas/poliklinik, lapangan pekerjaan kepala rumah tangga, pendidikan kepala rumah tangga dan kepemilikan aset. Dalam studi ini, yang menggunakan data dari Riset Kesehatan Dasar 2010, mengelompokkan hal yang bersifat konsumtif seperti frekuensi makan dalam sehari, kebiasaan membeli daging/ayam/susu, kemampuan membeli pakaian, kemampuan berobat ke puskesmas/poliklinik, dan kepemilikan aset dalam perhitungan pengeluaran rumah tangga baik makanan maupun non makanan. Adapun kemiskinan menjadi sebab dalam kepemilikan sanitasi layak adalah sudah atau belumnya terpenuhinya kebutuhan dasar, sebagaimana dalam Teori Hirarki Kebutuhan Maslow, sedangkan kemiskinan utama atau absolut merupakan keadaan yang tidak mampu memenuhi kebutuhan dasar, kelompok masyarakat yang total pendapatannya tidak cukup untuk pengadaan kebutuhan minimum. Dengan adanya pengurangan tingkat kemiskinan, maka kebutuhan dasar terpenuhi dan tersedia kecukupan alokasi pendapatan untuk pembangunan sanitasi dasar.

Saat ini Gorontalo berada pada urutan ke 4 terbawah garis kemiskinan dengan pendapatan Rp. 171.371 dan 23,19% kategori penduduk miskin dari rerata penduduk Indonesia sebesar Rp. 211.726 dan 13,33% penduduk miskin (BPS, 2010).

Perumusan Masalah

Rendahnya persentase penggunaan fasilitas sanitasi (39,2%) dan cara buang air besar (41,7%), serta pemilihan jenis kloset leher angsa tercatat sebesar 92,64%, menggambarkan kesadaran untuk bersanitasi yang baik masih rendah namun terlihat adanya kemampuan untuk membayar dalam hal kepemilikan sanitasi .

Beban Indonesia secara makro atas dampak buruk atau minimnya akses sanitasi yang mencapai kerugian sebesar Rp 58 trilyun atau sebanding dengan Rp 265.000 per orang setiap tahunnya, menggambarkan tingginya ongkos finansial bagi ekonomi Indonesia, tidak hanya bagi individu, namun juga sektor publik dan komersial.

Namun pada umumnya, keterbatasan pendapatan masyarakat yang lebih memprioritaskan kebutuhan mendasar menjadikan pembangunan sanitasi bukanlah menjadi hal teramat penting untuk segera memiliki dan menggunakan sebagaimana mestinya.

Tujuan

Riset ini bertujuan untuk menganalisis determinan kepemilikan sanitasi layak dari berbagai indikator kemiskinan di Provinsi Gorontalo tahun 2010

Ruang Lingkup Penelitian

Mengingat pentingnya kepemilikan sanitasi layak dengan mempertimbangkan kemampuan masyarakat secara finansial untuk membangunnya yang diukur berdasarkan indikator kemiskinan, maka penelitian ini dilakukan menggunakan desain survei, dengan kajian telaah data sekunder dari Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas 2010). Pemilihan lokasi studi adalah provinsi Gorontalo, dengan pertimbangan wilayah ini memiliki angka *open defecation* (buang air besar di tempat terbuka) yang tinggi, yaitu 41,7%. Penelitian ini dilaksanakan selama 4 bulan, terhitung mulai Maret-Juni 2011.

HASIL

Analisis Univariat

Tabel berikut ini merupakan analisis univariat variabel dependen dan independen pada studi mengenai determinan kepemilikan sanitasi layak di Provinsi Gorontalo 2010

Tabel 1.

Distribusi Frekuensi Variabel Kepemilikan Sanitasi Layak,, Pendapatan, Pendidikan, Pekerjaan, Fasilitas Sarana Air Bersih, Sumber Air Minum, Luas Lantai, Jenis Lantai, Jenis Dinding dan Tempat Tinggal di Provinsi Gorontalo 2010

Variabel	Jumlah	Persentase (%)
Kepemilikan Sanitasi Layak		
Tidak memiliki	231	44,1
Memiliki	293	55,9

Variabel	Jumlah	Persentase (%)
Pendapatan		
Kuintil 1	78	14,9
Kuintil 2	132	25,2
Kuintil 3	132	25,2
Kuintil 4	98	18,7
Kuintil 5	84	16,0
Pendidikan		
Tidak lulus wajib 9 tahun	51	9,7
Wajib 9 tahun	378	72,1
> 9 tahun	95	18,1
Pekerjaan		
tidak kerja	74	14,1
instansi	33	6,3
wiraswasta	109	20,8
petani/nelayan/buruh	308	58,8
Fasilitas Buang Air Besar		
Tidak memiliki	191	36,5
Memiliki	53	10,1
	93	17,7
	187	15,7
Sumber Air Minum		
Tidak terlindungi	48	9,2
Terlindungi	476	90,8
Luas lantai		
Tidak layak ($\leq 8m^2$)	2	0,4
Layak ($>8m^2$)	522	99,6
Jenis Lantai		
Tidak layak	301	57,4
Layak	223	42,6
Jenis Dinding		
Tidak layak	229	43,7
Layak	295	56,3
Tempat tinggal		
Pedesaan	296	56,5
Perkotaan	228	43,5

Masyarakat yang tidak memiliki kepemilikan sanitasi layak sebesar 44,1%, sedangkan yang memiliki sanitasi layak adalah 55,9%.

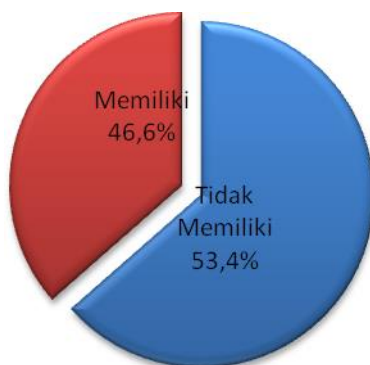
Tingkat pendapatan mayoritas berada pada kuintil 2 dan kuintil 3 dengan persentase yang sama, yaitu 25,2%, sedangkan terkecil pada kelompok kuintil 1 yaitu 14,9%.

Tingkat pendidikan masyarakat terbanyak adalah mereka yang telah menempuh pendidikan wajib belajar 9 tahun sebanyak 378 responden (72,1%), sedangkan kelompok tingkat pendidikan terendah yaitu 51 responden (9,7%).

Jenis pekerjaan petani/nelayan/buruh paling mendominasi (58,8%), menyusul kemudian mereka yang berpecaharian di bidang wiraswasta/layan jasa/dagang (20,8%). Hal ini disebabkan oleh kondisi geografis yang masih mayoritas lahan pertanian dan masih sedikitnya masyarakat yang bekerja di sektor informal.

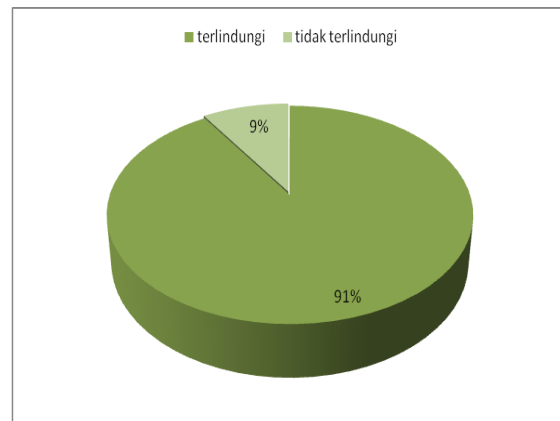
Masyarakat dengan fasilitas buang air besar terbagi menjadi 2 kelompok, yaitu memiliki dan tidak memiliki sendiri fasilitas buang air besar tersebut, maka jumlahnya adalah sebagai berikut:

Gambar 1
Diagram Pie Kepemilikan Fasilitas Buang Air Besar di Provinsi Gorontalo Tahun 2010



Gambar 1 memperlihatkan bahwa masih lebih banyak yang tidak memiliki fasilitas buang air besar (53,4%) dibandingkan dengan yang memiliki (46,6%). Selanjutnya, kategorisasi sumber air minum dikelompokkan berdasarkan sumber air terlindungi dan tak terlindungi sebagai berikut:

Gambar 2.
Diagram Batang Gambaran Sebaran Sumber Air Minum yang Terlindungi dan Tak Terlindungi di Provinsi Gorontalo 2010



Dengan terkuantifikasinya jumlah sebaran penggunaan air minum pada Gambar di atas, maka dapat dikatakan bahwa sebagian besar yarakat di Provinsi Gorontalo 2010 sudah menggunakan sumber air minum yang terlindungi, yaitu 476 rumah tangga (91%).

Masyarakat Gorontalo 2010 telah menempati luas hunian > 8m² 99,6% dari seluruh jumlah rumah tangga yaitu 524 kepala keluarga. Jika hanya ditinjau dari segi penempatan luas hunian, maka karakteristik masyarakat Gorontalo tidak ada yang dikategorikan sebagai kelompok miskin.

Jenis lantai rumah terbanyak digunakan adalah keramik/ubin/marmer/ semen (42,6%), namun dalam pengelompokan kategori lainnya,

sehingga menjadi kategori tidak layak, maka persentase jenis lantai tidak layak menjadi lebih banyak, yaitu 57,4%.

Jenis dinding yang dikategorikan layak adalah sebanyak 295 buah (56,3%), sedangkan termasuk dalam kategori tidak layak sebanyak 229 buah atau 43,7% (gabungan dari jenis kayu/apapn/triplek/, bambu, seng dan lainnya).

Masyarakat yang tinggal di pedesaan lebih banyak daripada di perkotaan, dengan selisih 68 rumah tangga, atau proporsi mereka yang tinggal di pedesaan adalah 56,5%, sedangkan di perkotaan sebesar 43,5%.

Analisis Bivariat

Untuk mengetahui hubungan antara berbagai indikator kemiskinan dengan kepemilikan sanitasi layak di provinsi Gorontalo 2010, dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 2.
Hasil Analisis Bivariat

Variabel	Kepemilikan Sanitasi Layak		OR 95% CI	Nilai P
	Tidak Memiliki	Memiliki		
Pendapatan				
Kuintil 1	45 (57,7%)	33 (42,3%)		0,024*
Kuintil 2	65 (49,2%)	67 (50,8%)		
Kuintil 3	51 (38,6%)	81 (61,4%)		
Kuintil 4	38 (38,8%)	60 (61,2%)		
Kuintil 5	32 (38,1%)	52 (61,9%)		
Pendidikan				
Tidak lulus wajib 9 tahun	16 (31,4%)	35 (68,6%)		0,001*
Wajib 9 tahun	197 (52,1%)	181 (47,9%)		
> 9 tahun	18 (18,9%)	77 (81,1%)		
Fasilitas buang air besar				
Tidak Memiliki	202 (72,1%)	78 (27,9%)	19,200 (12,029- 30,644)	0,001*
Memiliki	29 (11,9)	215 (88,1%)		
Sumber air minum				
Tidak terlindungi	46 (95,8%)	2 (4,2%)	36,178 (8,678- 150,825)	0,001*
Terlindungi	185 (38,9%)	291 (61,1%)		
Luas lantai				
Tidak layak	2 (100%)	0 (0%)		0,194
Layak	229 (43,9%)	293 (56,1%)		
Jenis lantai				
Tidak layak	28 (77,8%)	8 (22,2%)	4,914 (2,195- 11,003)	0,001*
Layak	203 (41,6%)	285 (58,4%)		

Variabel	Kepemilikan Sanitasi Layak		OR 95% CI	Nilai P
	Tidak Memiliki	Memiliki		
<i>Jenis dinding</i> Tidak layak Layak	148 (64,6%) 83 (28,1%)	81 (35,4%) 212 (71,9%)	4,667 (3,220- 6,765)	0,001*
Tempat tinggal Pedesaan Perkotaan	177 (59,8%) 54(23,7%)	119 (60,2%) 174(76,3%)	0,209 (0,142- 0,306)	0,001*

Nilai Odds Ratio (OR) hanya dapat diketahui pada hubungan antara fasilitas buang air besar, sumber air minum, jenis lantai, jenis dinding dan tempat tinggal dengan kepemilikan sanitasi layak dengan masing-masing nilai yaitu 19,200 (12,029-30,644), 36,178 (8,678-150,825), 4,914 (2,195-11,003), 4,667 (3,220-6,765), 0,209 (0,142-0,306). Artinya, kelompok yang tidak memiliki sanitasi layak dan tidak memiliki fasilitas buang air besar berpotensi 19,2 kali dibandingkan dengan kelompok yang memiliki sanitasi layak dan memiliki fasilitas buang air besar dalam pengukuran kemiskinan. Begitu pula pada kelompok yang menggunakan sumber air minum tidak terlindungi dan tidak memiliki sanitasi layak berkejadian

36,18 kali dibandingkan dengan kelompok yang menggunakan sumber air minum terlindungi dan memiliki sanitasi layak untuk mengindikasikan kemiskinan.

Analisis Multivariat

Analisis ini menggunakan pendekatan regresi logistik biner, oleh sebab variabel dependennya berupa data kategorik, yaitu kepemilikan sanitasi layak yang terdiri atas kategori tidak memiliki dan memiliki. Strategi pemodelan yang digunakan bertujuan untuk mencari faktor dominan. Tidak ada variabel independen yang dianggap utama, semua dianggap memiliki kedudukan yang sama.

Tabel 3.
 Pemodelan Analisis Multivariat

Variabel	B	SE	Sig	Exp (B)	95,0% CI untuk Exp (B)	
					Lower	Upper
Pendapatan	0,665	0,267	0,013	1,945	1,153	3,280
Pendidikan	-0,564	0,272	0,038	0,569	0,334	0,969
Pekerjaan	0,339	0,157	0,031	1,404	1,032	1,910
Fasilitas buang air besar	2,556	0,151	0,000	12,887	9,592	17,312

Sumber air minum	2,613	0,415	0,000	13,636	6,049	30,741
Jenis dinding	0,786	0,144	0,000	2,195	1,654	2,913
Jenis lantai	0,672	0,295	0,023	1,957	1,098	3,490

Berdasarkan seluruh proses analisis multivariabel dengan regresi logistik biner, didapatkan hasil bahwa dari 9 variabel yang diduga berhubungan dengan kepemilikan sanitasi layak, ternyata ada 7 variabel yang secara signifikan berhubungan, yaitu status ekonomi, pendidikan, pekerjaan, fasilitas buang air besar, sumber air minum, jenis dinding dan jenis lantai. Interpretasi model tersebut adalah pada variabel paling dominan adalah:

1. Kepemilikan fasilitas buang air besar beresiko 12,887 kali (95% CI: 9,592-17,312) dibandingkan dengan kelompok yang tidak memiliki sanitasi layak
2. Sumber air minum yang terlindungi memiliki resiko sebesar 13,636 (95% CI: 9,592- 17,312) dalam kepemilikan sanitasi layak

Dari hasil analisis pada model tersebut didapatkan nilai *percentage* sebesar 80,5% yang berarti bahwa kepemilikan sanitasi layak sebagian besar dapat dijelaskan oleh model yang terbentuk, hanya 19,5% disebabkan oleh faktor-faktor lain.

PEMBAHASAN

1. Kepemilikan Sanitasi Layak

Dalam evolusi demand sanitasi yang dikutip dari WSP, *Achieving Sustained Sanitation for The Poor*, 2006, terbentuk dalam 3 tahap yang terurut sebagai berikut: pada pengenalan awal, lapisan

masyarakat yang belum tersentuh dengan ketersediaan maupun penggunaan fasilitas sanitasi yang layak, pada umumnya sulit untuk menerima ataupun mengubah kebiasaan dari membuang air besar di tempat terbuka hingga mereka merasakan bahwa sanitasi yang baik merupakan kebutuhan penting. Berikutnya, setelah masyarakat menerima masukan berupa penyuluhan ataupun semacam pemicuan dari petugas kesehatan, maka mereka tergerak untuk turut melaksanakan rencana kerja dan mempertimbangkan berapa hal sehingga mereka bersedia melakukan perubahan atas dasar kemampuan mereka. Namun proses ini terkadang terhenti oleh karena tidak adanya solusi alternatif lain, misalnya kekurangan lahan dan ruang untuk pembuatan jamban dan pemukiman tanah keras. Tahap ini merupakan salah satu proses perubahan kepemilikan sanitasi yang cukup besar, dengan harapan komitmen pada keberlanjutan untuk semua segmen penduduk, bukan sekadar membangun sejumlah fasilitas secara terbatas. Tahap ketiga yaitu situasi di mana kebutuhan terhadap sanitasi dapat terwujud. Hal ini juga dipengaruhi oleh kondisi ekonomi masyarakat dan lingkungan yang lebih luas. Selanjutnya, kondisi ini akan membawa perubahan perilaku yang lebih baik dan berkelanjutan.

Dengan melihat persentase masyarakat yang tidak memiliki fasilitas sanitasi layak di provinsi Gorontalo ini (44,1%), maka dibutuhkan upaya proaktif agar cakupan kepemilikan sanitasi dasar dapat menyeluruh, meskipun pada target MDGs sudah mendekati pencapaian. Kementerian Kesehatan telah mencanangkan program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) yang terdiri atas lima pilar, yaitu tidak buang air besar sembarangan (Stop BABS), mencuci tangan pakai sabun (CTPS), mengelola air minum dan makanan yang aman, mengelola sampah dengan benar dan mengelola limbah cair rumah tangga dengan aman. Stop BABS merupakan langkah awal dalam menciptakan lingkungan sanitasi yang sehat. Artinya, dengan membimbing masyarakat untuk mendapatkan fasilitas sanitasi dasar yang layak terlebih dahulu, maka permasalahan lingkungan lainnya dapat dengan lebih mudah dikondisikan untuk menjadi lebih baik pula.

2. Pendapatan

Pemenuhan kebutuhan dasar sangat dipengaruhi oleh teori Maslow, terutama pada kebutuhan pada tingkat terbawah. Kemiskinan, terutama kemiskinan absolut merupakan permasalahan belum terpenuhinya kebutuhan di tingkat ini. Apabila tahapan ini telah terpenuhi, maka pada umumnya manusia akan memenuhi tingkat kebutuhan hidup lainnya yang tidak terlalu penting, namun harus terpenuhi di suatu saat.

Rizki (2007) pada studi mengenai keterkaitan akses sanitasi dan tingkat kemiskinan yang dilakukan di 35 kabupaten/kota di Jawa Tengah.

Hasil studinya menyimpulkan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat akses sanitasi rumahtangga adalah pendapatan domestik regional bruto (PDRB) per kapita, distribusi pendapatan masyarakat, dan budaya kesadaran terhadap kesehatan/sanitasi. Namun Berdasarkan studi yang dilakukan oleh Water and Sanitation Program (WSP) Bank Dunia, terkait dengan pembiayaan publik untuk sektor air bersih dan sanitasi pada tahun 2006, menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara peningkatan PDRB di daerah dengan peningkatan alokasi pembiayaan untuk sektor air bersih dan sanitasi. (Santono, 2010)

Studi ini mengelompokan tingkat pendapatan berdasarkan kuintil, sebagaimana layak digunakan pada berbagai penelitian untuk pengukuran status ekonomi. Pada hasil disebutkan bahwa modus kuintil berada pada kuintil 2 dan kuintil 3, hal ini menandakan bahwa lebih banyak masyarakat pada kelompok menengah ke bawah. Pengeluaran rumah tangga di Provinsi Gorontalo secara umum telah membaik. Peningkatan pendapatan disertai pengeluaran rumah tangga untuk pendidikan, kesehatan dan perumahan (air dan sanitasi). Kegiatan pengeluaran rumah tangga ini juga telah membantu pembangunan manusia di Gorontalo (Bappenas-Pemprov Gorontalo 2010). Di samping itu, dalam teori ekonomi memiliki kecenderungan adanya peningkatan demand oleh karena peningkatan pendapatan.

3. Pendidikan dan Pekerjaan

Semakin tinggi tingkat pendidikan, semakin tinggi tingkat kepemilikan jamban. Tidak ada keterkaitan antara pekerjaan responden dengan tingkat kepemilikan jamban. (Tirta, 2006)

Dalam studi ini pekerjaan petani/nelayan/buruh dan wiraswasta mendominasi dibandingkan dengan pekerjaan formal atau instansi. Ketersediaan data ini empiris dengan hasil Laporan Pembangunan Provinsi Gorontalo yang menyatakan bahwa tingkat pendidikan pekerja umumnya adalah sekolah dasar (67%). Dilihat dari status pekerjaan, jumlah pengusaha yaitu 49% (4% dibantu buruh tetap/buruh dibayar, 20% dibantu buruh tidak tetap dan tidak dibayar, dan 25% berusaha sendiri), jauh lebih besar dibandingkan dengan buruh/karyawan/pegawai yang hanya 23%. Selebihnya adalah pekerja tak dibayar (20%), pekerja bebas di non pertanian (2%), dan pekerja bebas di sektor pertanian (6%). Hal ini secara garis besar menandakan bahwa hanya 27% (23% + 4%) dari angkatan kerja yang bekerja di sector informal, sedangkan selebihnya bekerja di sektor informal. Kedua variabel inipun merupakan faktor determinan kepemilikan sanitasi layak yang signifikan, baik dalam uji bivariat maupun multivariat.

4. Fasilitas Buang Air Besar

Persentase kepemilikan fasilitas buang air besar di Provinsi Gorontalo masih lebih besar pada kelompok yang tidak memiliki dibandingkan dengan yang memiliki (72,1%), dan dari kelompok yang sudah memiliki fasilitas buang air besar. Dengan demikian, hanya 27,9% saja yang sudah memperhatikan kelayakan fasilitas sanitasi yang baik, sementara lainnya diasumsikan sudah memiliki namun belum memenuhi kriteria fasilitas sanitasi dasar yang layak, seperti yang ditetapkan oleh JMP-WHO. Ketersediaan fasilitas sanitasi pada

tingkat rumah tangga menunjukkan angka yang relatif sama kondisinya dengan akses air bersih. Di tingkat provinsi, hanya 28,9% rumah tangga di Gorontalo yang telah mempunyai jamban sendiri. Persntasi keluarga yang tidak mempunyai akses jamban sangat tinggi (Bappenas-Pemprov Gorontalo 2010). Pada hasil multivariat, indikator atau variabel fasilitas buang air besar ini merupakan salah satu faktor dominan dalam determinan kepemilikan sanitasi layak. Hal ini disebabkan oleh karena pembahasan sanitasi dalam MDGs ditujukan kepada fasilitas sanitasi dasar di samping ketersediaan air bersih.

5. Sumber Air Minum

Air bersih dan sanitasi yang baik merupakan elemen penting yang menunjang kesehatan manusia. Namun sayangnya pemenuhan akan kebutuhan tersebut belum sepenuhnya berjalan dengan baik di beberapa belahan dunia. Menurut temuan terbaru WHO, lebih dari 1,1 milyar orang pada wilayah pedesaan dan perkotaan kini kekurangan akses terhadap air minum dari sumber yang berkembang dan 2,6 milyar orang tidak memiliki akses terhadap sanitasi dasar (www.depkes.go.id)

Mungkasa (2006) menyatakan bahwa peningkatan investasi air minum di DKI Jakarta yang belum bersifat *pro poor* menunjukkan bahwa perhatian pada rumah tangga miskin dalam penyediaan air minum belum mendapat perhatian yang seharusnya.

Penggunaan sumber air minum terlindungi di Provinsi Gorontalo

sudah baik, hanya 8% yang belum memperoleh sumber air minum yang terlindungi. Berdasarkan Laporan Pembangunan Provinsi Gorontalo 2010, pada sisi layanan dasar, baru 42,1% penduduk Provinsi Gorontalo yang telah mengkonsumsi air bersih untuk air minum atau lebih dari setengah penduduknya (57,9%) belum dapat memenuhi kebutuhan air bersih. Air bersih didefinisikan sebagai air sumber minum yang tidak tercemar. Sumber air minum inipun menjadi salah satu determinan kepemilikan sanitasi layak pada uji multivariat.

6. Luas Lantai, Jenis Lantai, Jenis Dinding

Bangunan rumah yang permanen sebagian besar memiliki jamban, dan yang semi permanen dan tidak permanen semakin sedikit memiliki jamban. Semakin luas bangunan rumah maka semakin tinggi juga tingkat kepemilikan jamban. Luas rumah dan lahan tampaknya menjadi faktor penting dalam menentukan kepemilikan jamban. Bila lahan tidak ada, pemilik rumah memilih untuk tidak membangun jamban di rumah. (Tirta, 2006)

Dengan mengacu pada distribusi frekuensi univariat pada luas lantai, jenis lantai dan jenis dinding yang digunakan, yaitu 99,6% bertempat tinggal lebih dari 8 m², 42,6% memilih keramik sebagai jenis lantainya dan 56,3% berjenis dinding tembok, maka ketiga variabel di atas bukan sebagai indikator kemiskinan yang berkaitan dengan determinan kepemilikan sanitasi layak. Hasil uji bivariat tidak memperoleh hasil yang signifikan pada ketiganya dan

tidak diikutsertakan dalam pengujian multivariat. Artinya, meskipun komponen rumah merupakan sebagian penilaian kemiskinan, namun bukan menjadi faktor utama jika dihubungkan dengan kepemilikan sanitasi layak.

7. Tempat tinggal

Sebagian besar masyarakat berpenghasilan rendah perkotaan yang memiliki sumber air memiliki jamban, sedangkan yang memiliki sumber air bersih dan tidak memiliki jamban disebabkan karena keterbatasan lahan. (Tirta, 2006)

Hasil studi memperlihatkan bahwa mayoritas masyarakat bertempat tinggal di perdesaan, dan juga mempengaruhi kepemilikan sanitasi layak.

KESIMPULAN

1. Kepemilikan sanitasi layak yang berparameter pada indikator kemiskinan berhubungan secara signifikan pada variabel pendapatan, pendidikan, pekerjaan, fasilitas buang air besar, sumber air minum, jenis lantai, jenis dinding dan tempat tinggal
2. Variabel yang paling dominan dalam kepemilikan sanitasi layak adalah fasilitas buang air besar, sumber air minum, menyusul kemudian kondisi rumah (jenis dinding dan jenis lantai), pendapatan, pekerjaan dan pendidikan

SARAN

Bagi Institusi

1. Cakupan kepemilikan sanitasi layak yang belum menyeluruh dapat ditingkatkan dengan berbagai cara, antara lain memperkenalkan masyarakat dengan program

- Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM). Hal ini berkaitan pula dengan faktor pendapatan, oleh karena STBM memberikan pilihan kepada masyarakat untuk dapat memiliki sarana sanitasi layak sesuai dengan tingkat pendapatan
2. Kemajuan pendidikan di lokasi studi menggambarkan angka yang prospektif untuk kemajuan masa depan, karena sebagian besar telah melewati masa wajib belajar 9 tahun. Oleh sebab itu, potensi sumber daya manusia ini diharapkan dapat diarahkan dalam menciptakan lingkungan hidup yang sehat dengan bersanitasi yang layak, dengan lebih banyak memberi muatan lokal mengenai kesehatan lingkungan di sekolah, karena semakin tinggi tingkat pengetahuan, diasumsikan seseorang dapat lebih mudah melakukan kepada hal yang lebih baik.
 3. Jenis pekerjaan yang sebagian besar adalah bergolongan pendapatan rendah, hamper separuhnya tidak memiliki sanitasi layak, sehingga Pemerintah ataupun Dnas Kesehatan perlu memperhatikan ketersediaan sanitasi layak pada kelompok pekerja petani, nelayan dan buruh.
 4. Cakupan kepemilikan fasilitas buang air besar yang sudah cukup baik ini bisa lebih ditingkatkan sehingga pencapaiannya dapat meliputi seluruh rumah tangga, dan bagi mereka yang tergolong kurang mampu dapat diarahkan dalam program pemberdayaan masyarakat dalam rangka peningkatan kualitas sanitasi dasar. Kepemilikan fasilitas buang air besar di tingkat masyarakat golongan rendah dapat diakomodir dengan program STBM
 5. Sumber air minum yang tersedia sebagai air terlindungi dapat dipertahankan ketersediaannya bagi masyarakat.
 6. Kondisi rumah sehat akan bersinergi dengan kepemilikan sanitasi layak, sehingga Pemerintah ataupun Dinas Kesehatan sebaiknya melakukan penelusuran kembali keberadaan rumah dan kondisi sanitasi, yang sudah baik dipertahankan, yang belum baik dilakukan pengarahannya ataupun penanganan yang efektif seperti STBM
 7. Himbuan pentingnya bersanitasi layak dilakukan secara menyeluruh di setiap wilayah, terutama di perdesaan, karena persentase tidak memiliki sanitasi layak di perdesaan cukup tinggi

Bagi Masyarakat Setempat

Motivasi yang terlahir dari masyarakat (*bottom up*) dalam upaya tersedianya sanitasi layak akan sangat membantu tercapainya kondisi lingkungan yang baik, dan faktor sosio ekonomi yang rendah (kemiskinan) bukan menjadi penghambat dalam kepemilikan sanitasi layak.

DAFTAR PUSTAKA

- Achmadi, Umar Fahmi. *Manajemen Penyakit Berbasis Wilayah*. Jakarta: UI Press, 2009.
- Agung, I Gusti Ngurah. *Statistika Penerapan Model Rerata-Sel Multivariat dan Model Ekonometri dengan SPSS*. Jakarta: Yayasan SAD Satria Bakti, 2006.
- Badan Perencanaan dan Pembangunan Nasional – United Nations Development Programm. *Kekurangan Akses Terhadap Air*

- Minum dan Sanitasi Dasar*. Jakarta: TARGET MDGs – Indonesia, 2008
<<http://www.targetmdgs.org>>
- Badan Perencanaan dan Pembangunan Nasional-Pemerintahan Provinsi Gorontalo. *Laporan Pembangunan Provinsi Gorontalo: Perencanaan dengan Indeks Pembangunan Manusia*. Jakarta: Bappenas, 2010.
- Badan Pusat Statistik. *Statistik Daerah Provinsi Gorontalo 2010*. Badan Pusat Statistik Provinsi Gorontalo 2010
- _____. *Gorontalo dalam Angka 2010*. Gorontalo: BPS, 2010.
- _____. *Analisis Perhitungan Tingkat Kemiskinan 2009*. Badan Pusat Statistik, Jakarta 2009
- _____. *Statistik Kesejahteraan Rakyat 2009. Survei Sosial Ekonomi Nasional*. Jakarta: Badan Pusat Statistik, 2010.
- Bahrin, et al. *Area of Land Ownership and Farmers Basic Needs (Case Study of Poor Farmers at Hilly Area in Kepahiang District, Province of Bengkulu*. Jurnal Penyuluhan, Vol 4 No 2, September 2008
- Bappenas-WSP. *Urban Sanitation: Potraits, Expectation and Opportunities: It's Not a Private Anymore*, 3rd Edition, ISSDP-AMPL, Jakarta September 2007
- BPS-Statistic Indonesia, Bappenas, and UNDP. 2004. *The Economics of Democracy: Financing Decentralization Support Facility (DSF)-The World Bank. Qualitative Baseline Survey on PNPM*. LP3ES 2007
- Departemen Kesehatan. *Laporan Hasil Riskesdas Indonesia 2007*. Jakarta: Kementrian Kesehatan, 2007.
- Departemen Sosial-BRI-BPS-PT. Pos Indonesia. *Laporan Pelaksanaan Penyaluran Subsidi Langsung Tunai Bagi Rumah Tangga Miskin dalam Rangka Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak Tahap I* (Oktober-Desember 2005)
- Dhohikah, Y.dan DJ. Koesoemawati. *Study on the Availability of Clean Water and Sanitation Infrastructure in Densely Urbanized Area of Jember City*. Jurnal Purifikasi. Vol 8 No 2 Desember 2007: 163-168
- Dwipayanti, NMU, I Gde Herry Purnama. *Sewage Treatment di Pemukiman Kumuh dan Padat Kota Denpasar: Bagaimana Mengoptimalkan Akses?* Prosiding Seminar Nasional Urbanisasi dan Kesehatan Denpasar, 2 Oktober 2010
- Gujarati, D.N. *Basic Econometrics*. New York: McGraw-Hill, 2007
- Gunawan, Indra. *Pengetahuan Masyarakat tentang Pengelolaan Sanitasi Berbasis Masyarakat*. Tesis. Universitas Diponegoro Semarang. 2006
- Health Messenger Team. *World Bank: Poor Sanitation Costs Indonesia US\$ 6 a Year*. Health Messenger, edisi 9 November 2008
- [http://organisasi.org/Teori Hierarki Kebutuhan Maslow / Abraham Maslow - Ilmu Ekonomi Tue, 23/05/2006 - 10:56pm](http://organisasi.org/Teori_Hierarki_Kebutuhan_Maslow_Abraham_Maslow_-_Ilmu_Ekonomi_Tue,23/05/2006-10:56pm)
- Hutton, Guy and Laurence Haller. *Evaluation of the Cost Benefit of Water and Sanitation Improvements at the Level Global*. Water, Sanitation and Health Protection of the Human

- Invorement. Geneva: World Health Organization, 2004.
- Kementrian Kesehatan. *Laporan Hasil Riskesdas Indonesia 2010*. Jakarta: Kementrian Kesehatan, 2010.
- Kompas 20 November 2007. *Enam Menteri Capai Kesepakatan*.
- Lembaga Penelitian dan Pengabdian Masyarakat Unisbank Semarang. *Studi Pemetaan Kemiskinan di Kota Semarang*. Riptek Vol I No 2 Tahun 2008. Hal 35-39
- Lembaga Pengembangan dan Pembinaan Sosial Ekonomi Masyarakat. *Penyediaan Air Bersih dan Sanitasi di Desa Kayuloe Barat, Jeneponto, Sulawesi Selatan*, 2010
- Malau, Y.N. *Analisis Kehidupan Sosial Ekonomi Masyarakat Kawasan Kumuh di Kecamatan Teluk Nibung Kota Tanjung Balai*. Wahana Hijau Jurnal Perencanaan dan Pengembangan Wilayah Vol 2 No 1 Agustus 2006
- Masduqi, A. et al. *Achievement of Rural Water Supply Services According to the Millenium Development Goals-Case Study in the Brantas iver Basin*, Jurnal Purifikasi, Vol 8 No 2, Desember 2007:115-120
- Mungkasa, O.M. *Dampak Investasi Air Minum terhadap Pertumbuhan Ekonomi dan Distribusi Pendapatan di DKI Jakarta*. Disertasi. Program Studi Ilmu Ekonomi. Program Pascasarjana. Fakultas Ekonomi. Universitas Indonesia, 2006
- Nawari. *Analisis Regresi dengan MS Excel 2007 dan SPSS 17*. PT Elek Media Komputindo, Jakarta 2010
- Phipps, Shelley. *The Impact of Poverty on Health. A Scan of Research Literature*. Ottawa: The Canadian Institute for Health Information: June 2003
- Riana, B. *Pengaruh Karakteristik Individu, Pengetahuan, Sikap dan Peran Petugas terhadap Kepemilikan Rumah Sehat di Kecamatan Peurelak Timur Kabupaten Aceh Timur Tahun 2008*. Tesis. Universitas Sumatera Utara Medan 2008
- Rizki, B dan S. Saleh. *Keterkaitan Akses Sanitasi dan Tingkat Kemiskinan. Studi Kasus di Propinsi Jawa Tengah*. Jurnal ekonomi Pembangunan. Kajian Ekonomi Negara Berkembang. Vol 12 No 3 Desember 2007. Hal 223-233.
- Santono, H. *Air Bersih dan Sanitasi sebagai Kebijakan Sosial*. Komunitas Indonesia untuk Demokrasi, Jakarta 2010
- Saputri, D.E. *Hubungan Stres dengan Hipertensi pada Penduduk di Indonesia Tahun 2007* (Analisis Data Riskesdas 2007). Tesis. Depok: Fakultas Kesehaan Masyarakat, 2006
- Tim Penyusunan Laporan Tujuan Pembangunan Milenium (MDGs) Indonesia Tahun 2007. *Laporan Perkembangan Pencapaian Millennium Development Goals Indonesia*. Jakarta: Bappenas, 2007.
- Tirta, Waseco dan Balifokus. *Studi Sanitasi Masyarakat Berpenghasilan Rendah (MBR) di Perkotaan, Gambaran Umum Nasional*. Jakarta: WSP-EAP, 2006.
- Water and Sanitation Program – East Asia and Pacific, *Inisiatif Sanitasi dari Segi Ilmu*

- Ekonomi*. Jakarta: WSP-EAP, 2008.
- _____, *Achieving Sustained Sanitation for The Poor*. Jakarta: WSP-EAP, 2006.
- _____, *Dampak Ekonomi Sanitasi di Indonesia*. Jakarta: WSP-EAP, 2008.
- WHO UNICEF- JMP. *Types of Drinking-Water Sources and Sanitation*. 2010.
<<http://www.wssinfo.org/>>
- Wonderling, D, R. Gruen and Nick Black. *Introduction to Health Economics*. New York: McGraw-Hill, 2005.
- www.depkes.go.id. *Air Secara Teori*. 17 Mei 2008
- www.tearfund.org. *Water and Sanitation: The Economic Case for Global Action*. Joint Monitoring Report, WHO, 2008