

**UNIVERSITAS INDONESIA**

**ANALISIS KEBERLANGSUNGAN  
PENGELOLAAN SARANA AIR BERSIH DAN SANITASI  
(PASCA WSLIC-2) BERBASIS PEMBERDAYAAN MASYARAKAT  
DI DESA KARANGSUKO - KABUPATEN MALANG TAHUN 2012**

**TESIS**

**UTAMA PRANATA**

**1006747422**

**PROGRAM MAGISTER ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
DEPOK 2012**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**ANALISIS KEBERLANGSUNGAN  
PENGELOLAAN SARANA AIR BERSIH DAN SANITASI  
(PASCA WSLIC-2) BERBASIS PEMBERDAYAAN MASYARAKAT  
DI DESA KARANGSUKO - KABUPATEN MALANG TAHUN 2012**

**TESIS**

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar  
Magister Kesehatan Masyarakat**

**UTAMA PRANATA**

**1006747422**

**PROGRAM MAGISTER ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
DEPOK 2012**

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,  
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk  
telah saya nyatakan dengan benar.**

**Nama : Utama Pranata**

**NPM : 1006747422**

**Tanda Tangan** 

**Tanggal : 13 Juli 2012**

## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : UTAMA PRANATA

NPM : 1006747422

Mahasiswa Program : Ilmu Kesehatan Masyarakat

Peminatan : Ekonomi Kesehatan

Tahun Akademik : 2010/2011 – 2011/2012

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul :

Analisis Keberlangsungan dalam Pengelolaan Sarana Air Bersih dan Sanitasi (Pasca WSLIC-2) Berbasis Pemberdayaan Masyarakat Di Desa Karangsono - Kabupaten Malang Tahun 2012

Apabila suatu saat terbukti saya melakukan plagiat maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar – benarnya.

Depok, 13 Juli 2012



(Utama Pranata)

## HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh

Nama : Utama Pranata  
NPM : 1006747422  
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Judul Tesis : Analisis Keberlangsungan Dalam Pengelolaan Sarana Air Bersih dan Sanitasi (Pasca WSLIC-2) Berbasis Pemberdayaan Masyarakat Di Desa Karangsuko - Kabupaten Malang Tahun 2012

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

### DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Dr. drg. Jaslis Ilyas, MPH

Penguji dalam: Dr. Ede Surya Darmawan, SKM,MDM

Penguji dalam: Dr. drg. Mardiaty Nadjib, MSc

Penguji luar : Imam Syahbandi, SKM,M.Kes

Penguji luar : Suprpto, SKM,M.Kes

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : Juli 2012

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI**  
**TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

---

Sebagai civitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Utama Pranata  
NPM : 1006747422  
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Departemen : Administrasi dan Kebijakan Kesehatan  
Fakultas : Kesehatan Masyarakat  
Jenis Karya : Tesis

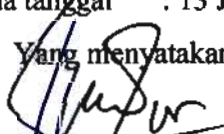
demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul:

**Analisis Keberlangsungan dalam Pengelolaan Sarana Air Bersih dan Sanitasi (Pasca WSLIC-2) Berbasis Pemberdayaan Masyarakat Di Desa Karangsono - Kabupaten Malang Tahun 2012**

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalih media atau memformatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis atau pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok  
Pada tanggal : 13 Juli 2012

Yang menyatakan  
  
(Utama Pranata)

## KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Allah SWT, karena atas berkat dan rahmat-nya, saya dapat menyelesaikan sehingga dapat menyelesaikan penulisan tesis yang berjudul ” **Analisis Keberlangsungan Dalam Pengelolaan Sarana Air Bersih dan Sanitasi (Pasca WSLIC-2) Berbasis Pemberdayaan Masyarakat Di Desa Karangsono - Kabupaten Malang Tahun 2012**”. Adapun maksud dan tujuan penulis dalam penelitian ini untuk mengetahui keberlangsungan program pengelolaan sarana air bersih dengan pendekatan pemberdayaan masyarakat di Desa Karangsono Tahun 2012.

Dalam penelitian dan penyusunan tesis ini penulis mendapatkan bantuan moral, spirit, tenaga serta material dari berbagai pihak. Untuk itu tidak lupa penulis mengucapkan banyak terimakasih kepada :

1. Dr.drg. Jaslis Ilyas,MPH, selaku dosen pembimbing yang telah dengan sabar membimbing dan mengarahkan penulis sejak awal hingga akhir penulisan tesis.
2. Bapak Dr. Ede Surya Darmawan, SKM,MDM, Ibu Dr. drg. Mardiaty Nadjib, MSc, Bapak Imam Syahbandi, SKM,M.Kes dan Bapak Suprpto, SKM,M.Kes, yang telah menyempatkan waktu menjadi penguji dan memberikan saran dalam penulisan untuk menyempurnakan penelitian ini.
3. Bapak Sayid Muhammad, SE, selaku Ketua Badan Pengelola Sarana Air Bersih dan Sanitasi “Sumber Maron”, atas bimbingan, izin dan bantuannya dalam penyusunan Tesis ini.
4. Seluruh masyarakat Desa Karangsono Kabupaten Malang, yang telah membantu penelitian ini.
5. Kedua orang tua ku, mak dan bak, Ibu dan Bapak, kedua abangku dan keluarganya, terima kasih atas bantuan, dorongan semangat, moril maupun materilnya serta tidak lupa untuk keponakan-keponakan yang selalu membuatku tersenyum dan tertawa.

6. Istriku tercinta Dian Pratiwi Andini dan anak cantikku Farah Naila Pranata atas doa, senyum dan semangatnya sehingga memberikan motivasi lebih pada penulis.
7. Keluarga Besar di Bangka dan Karanganyar atas dukungan doa dan morilnya.
8. Teman-teman di kantor yang telah direpotkan selama kuliah ini.
9. Teman-teman se FKM program studi IKM angkatan 2010 yang telah berjuang bersama dan semua pihak yang tidak mungkin disebut satu persatu yang membantu penulis selama kuliah dan penelitian ini.

Mungkin dalam penulisan tesis ini masih terdapat banyak kekurangan dan kesalahan. Semoga bermanfaat di kemudian hari sebagai suatu pembelajaran bagi pembaca sekalian. Saya berharap ALLAH SWT berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Amien YRA

Depok, 13 Juli 2012

Penulis



## ABSTRAK

Nama : Utama Pranata

Program Studi : Kesehatan Masyarakat

Judul : Analisis Keberlangsungan dalam Pengelolaan Sarana Air Bersih dan Sanitasi (Pasca WSLIC-2) berbasis Pemberdayaan Masyarakat di Desa Karangsono - Kabupaten Malang Tahun 2012

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui keberlangsungan program pengelolaan sarana air bersih dan sanitasi dengan pendekatan pemberdayaan masyarakat di Desa Karangsono Tahun 2012. Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif menggunakan analisis isi melalui wawancara mendalam, telaah dokumen dan observasi. Keberlangsungan program pengelolaan sarana air bersih dan sanitasi dapat dilihat dengan terpeliharanya manfaat sarana air bersih dan sanitasi sampai dengan penelitian ini berlangsung, terlembaganya Badan Pengelola Sarana Air Bersih dan Sanitasi “Sumber Maron” menjadi organisasi yang berbadan hukum dengan bukti Akte pendirian Badan Pengelola Sarana Air Bersih dan Sanitasi Sumber Maron Nomor AHU-0462.AH.02.01 Tahun 2010 tanggal 28 Januari 2010, dan meningkatnya cakupan layanan dan akses sarana air bersih menjadi 4 Desa yaitu Desa Karangsono, Desa Sukosari, Desa Panggungrejo dan Desa Gondanglegi Kulon dengan total layanan 1.225 Kepala Keluarga (KK). Munculnya dorongan menjaga kesinambungan sarana air bersih dan sanitasi disebabkan rasa memiliki terhadap program WSLIC-2 yang sepenuhnya melibatkan partisipasi masyarakat dalam tahapan pembangunannya.

Kata kunci : Keberlangsungan Program, Sarana Air Bersih dan Sanitasi, Pemberdayaan Masyarakat

## ABSTRACT

Name : Utama Pranata  
Program of Study : Public Health  
Title : Analysis of Sustainability in the Management of Water Supply and Sanitation (Post WSLIC-2) based on Community Empowerment in Karangsono - Malang 2012

This research aims to determine the sustainability of the program management of water supply and sanitation through community empowerment approach in Karangsono 2012. This research used a qualitative approach through content analysis through in-depth interviews, document review and observation. Sustainability of management program of water supply and sanitation can be seen within the maintenance of the benefits of water supply until now, organization Badan Pengelola Sarana Air Bersih dan Sanitasi “Sumber Maron” into an organization with legal status in fact of establishment of the Certificate No: AHU-0462.AH.02.01 Tahun 2010 tanggal 28 Januari 2010 and increased service coverage and access to clean water became four villages, Desa Karangsono, Desa Sukosari, Desa Panggungrejo dan Desa Gondanglegi Kulon with total service 1.225 families. Encouragement to maintain continuity of management of water supply and sanitation was caused by sense of belonging to WSLIC-2 is fully involves community participation in its development stages.

Keywords: Sustainability Programs, Water Supply and Sanitation, Community Empowerment

## DAFTAR ISI

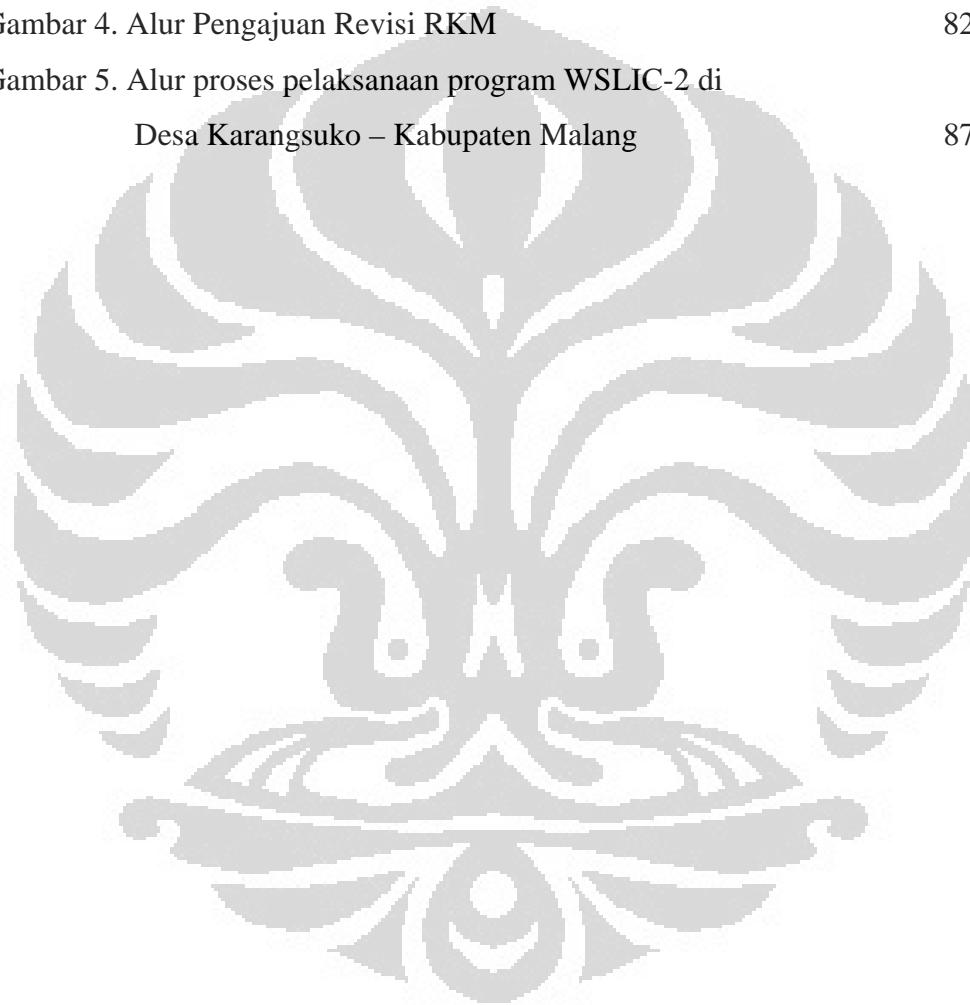
HALAMAN SAMPUL	
HALAMAN JUDUL	
SURAT PERNYATAAN	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS	vii
ABSTRAK	viii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR TABEL	xiv
<b>BAB I. PENDAHULUAN</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Pertanyaan Penelitian	5
1.4 Tujuan Penelitian	5
1.4.1 Tujuan Umum	5
1.4.2 Tujuan Khusus	5
1.5 Manfaat Penelitian	6
1.6 Ruang Lingkup Penelitian	6
<b>BAB II. TINJAUAN PUSTAKA</b>	<b>7</b>
2.1 Sejarah Program Pembangunan Air Minum di Indonesia	7
2.2 Pemberdayaan Masyarakat	10
2.2.1 Proses Pemberdayaan Masyarakat	10

2.2.2 Lingkup dan Tingkatan Pemberdayaan	15
2.2.3 Faktor yang Mempengaruhi Pemberdayaan Masyarakat	15
2.3 Pengembangan Kapasitas	16
2.3.1 Pengembangan Masyarakat	16
2.3.2 Pengembangan Masyarakat Melalui Partisipasi	18
2.4 Keberlangsungan (Sustainability) Program	20
2.5 Pengertian WSLIC-2	24
2.6 Tujuan WSLIC-2	24
2.7 Sasaran WSLIC-2	24
2.8 Kebijakan Strategis	25
2.9 Komponen Program WSLIC-2	25
2.10 Metode MPA/PHAST	27
2.11 Ciri-ciri WSLIC-2	29
2.12 Jenis dan Sasaran Program Kesehatan Dan Hygiene Sanitasi	30
2.13 Opsi Kegiatan Program Kesehatan	31
2.14 Strategi Pembangunan Sarana Sanitasi	34
2.15 Cara Pelaksanaan Dana Bergulir	35
2.16 Pembangunan Sarana Air Bersih	36
2.17 Opsi Teknis Sanitasi	40
2.18 Pilihan Teknologi Sistem Sarana Penyehatan Lingkungan	42
<b>BAB III. KERANGKA PIKIR</b>	<b>43</b>
3.1 Kerangka Pikir	43
3.2 Pengertian Istilah	45
<b>BAB IV. METODE PENELITIAN</b>	<b>48</b>
4.1 Jenis Penelitian	48
4.2 Informan Penelitian	48

4.3 Pengumpulan Data	48
4.4 Validasi Data	49
4.5 Metode Pengolahan dan Analisis Data	49
<b>BAB V. GAMBARAN UMUM DESA KARANGSUKO</b>	<b>50</b>
Keadaan Geografis dan Demografi	50
<b>BAB VI. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN</b>	<b>54</b>
6.1 Keterbatasan Penelitian	54
6.2 Gambaran Umum Informan	54
6.3 Potensi Upaya Pemberdayaan Masyarakat Di Desa Karangsuko	55
6.4 Faktor dalam Lingkungan - Partisipasi Masyarakat	68
6.5 Bentuk Program dan proses pengimplementasian	70
6.6 Pembentukan Organisasi	89
6.7 Keberlangsungan Upaya Pemberdayaan Masyarakat	91
<b>BAB VII. KESIMPULAN DAN SARAN</b>	<b>101</b>
7.1 Kesimpulan	101
7.2 Saran	102
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	

**DAFTAR GAMBAR**

Gambar 1. Bagan keberlangsungan program	22
Gambar 2. Komponen WSLIC-2	27
Gambar 3. Struktur Organisasi Tim Kerja Masyarakat	61
Gambar 4. Alur Pengajuan Revisi RKM	82
Gambar 5. Alur proses pelaksanaan program WSLIC-2 di Desa Karangsono – Kabupaten Malang	87



## DAFTAR TABEL

Tabel 1. Jenis <i>community development Approach</i>	18
Tabel 2 Wilayah kerja Program WSLIC-2	29
Tabel 3 Persyaratan untuk perencanaan teknis cubluk	41
Tabel 4 Persyaratan untuk perencanaan teknis septik tank	41
Tabel 5 Pilihan-pilihan Teknologi Sistim Sarana Penyehatan Lingkungan	42
Tabel 6 Macam-macam Pekerjaan dan Jumlahnya	51
Tabel 7 Tingkat Pendidikan Masyarakat Karangsono	52
Tabel 8 Karakteristik informan dalam penelitian ini di Desa Karangsono	55
Tabel 9 Penyakit Diare Desa Karangsono Tahun 2005 - Mei 2012	92
Tabel 10 Penyakit Kulit Desa Karangsono Tahun 2005 - Mei 2012	93
Tabel 11 Akses Jamban Desa Karangsono Tahun 2005-2011	93
Tabel 12 Data konsumen Badan Pengelola SAB S & S "Sumber Maron"	98
Tabel 13 Struktur Tarif air Badan Pengelola SAB S & S "Sumber Maron"	99

## BAB I PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Tujuan Sistem Kesehatan Nasional Tahun 2009 adalah terselenggaranya pembangunan kesehatan oleh semua potensi bangsa, baik masyarakat, swasta, maupun pemerintah secara sinergis, berhasil guna dan berdaya guna, sehingga terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Dalam rangka mewujudkan pembangunan kesehatan diperlukan upaya percepatan pencapaian indikator kesehatan dalam lingkungan strategis baru, dengan perbaikan Sistem Kesehatan Nasional. (Depkes RI, SKN 2009).

Salah satu upaya perbaikan dalam sistem kesehatan nasional adalah pemberdayaan masyarakat. Pembangunan kesehatan harus mampu membangkitkan dan mendorong peran aktif masyarakat. Pembangunan kesehatan dilaksanakan dengan berlandaskan pada kepercayaan atas kemampuan dan kekuatan sendiri serta kepribadian bangsa dan semangat solidaritas sosial serta gotong-royong. (Depkes RI, SKN 2009).

Sejalan dengan visi yang ingin dicapai Kementerian Kesehatan di Indonesia tahun 2010 – 2014 adalah untuk mencapai masyarakat sehat yang mandiri dan berkeadilan. Untuk mencapai visi tersebut, dibuatlah rencana strategi untuk mencapai visi tersebut yaitu: meningkatkan pemberdayaan masyarakat, swasta dan masyarakat madani dalam pembangunan kesehatan melalui kerjasama nasional dan global (Kemkes RI, 2010).

Pemberdayaan masyarakat adalah sebuah konsep pembangunan ekonomi yang merangkum nilai-nilai sosial. Konsep ini mencerminkan paradigma baru pembangunan, yakni yang bersifat “*people centred, participatory, empowering, and sustainable*” (Chambers, 1995). Konsep ini lebih luas dari hanya semata-mata memenuhi kebutuhan dasar (*basic needs*) atau menyediakan mekanisme untuk mencegah proses pemiskinan lebih lanjut (*safety net*).

Menurut Kartasmita (1996) yang mengacu pada pendapat Chambers, pemberdayaan masyarakat adalah sebuah konsep pembangunan ekonomi yang menerangkan nilai-nilai sosial. Konsep ini mencerminkan paradigma basis pembangunan yang bersifat *people centered, participatory, empowering* dan *sustainable*. Dari definisi diatas, pemberdayaan masyarakat dimengerti sebagai konsep yang lebih luas daripada hanya sekedar pemenuhan kebutuhan dasar manusia. pemberdayaan masyarakat lebih diartikan sebagai upaya menjadikan manusia sebagai sumber, pelaku dan yang menikmati hasil pembangunan. dengan kata lain pembangunan dari, oleh dan untuk masyarakat indonesia.



Pembangunan partisipatif merupakan pendekatan pembangunan yang sesuai dengan hakikat otonomi daerah yang meletakkan landasan pembangunan yang tumbuh berkembang dari masyarakat, diselenggarakan secara sadar dan mandiri oleh masyarakat dan hasilnya dinikmati oleh seluruh masyarakat (Sumaryadi,2005: 87). Melalui program-program pembangunan partisipatif tersebut diharapkan semua elemen masyarakat dapat secara bersama-sama berpartisipasi dengan cara mencurahkan pemikiran dan sumber daya yang dimiliki guna memenuhi kebutuhannya sendiri.

Pemberdayaan masyarakat merupakan upaya untuk memandirikan masyarakat lewat perwujudan potensi kemampuan yang mereka miliki. Adapun pemberdayaan masyarakat senantiasa menyangkut dua kelompok yang saling terkait, yaitu masyarakat sebagai pihak yang diberdayakan dan pihak yang menaruh kepedulian sebagai pihak yang memberdayakan (Sumodiningrat,1999).

Sistem Kesehatan Nasional akan berfungsi optimal apabila ditunjang oleh pemberdayaan masyarakat. Masyarakat termasuk swasta bukan semata-mata sebagai sasaran pembangunan kesehatan, melainkan juga sebagai subjek atau penyelenggara dan pelaku pembangunan kesehatan. Oleh karenanya pemberdayaan masyarakat menjadi sangat penting, agar masyarakat termasuk swasta dapat mampu dan mau berperan sebagai pelaku pembangunan kesehatan. Dalam pemberdayaan masyarakat meliputi pula upaya peningkatan lingkungan sehat oleh masyarakat sendiri (Depkes RI, SKN 2009).

Pemerintah RI melalui Peraturan Presiden No. 7 Tahun 2005 menetapkan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (Tahun 2004-2009). Dalam Program Lingkungan Sehat pemerintah bermaksud untuk mewujudkan mutu lingkungan hidup yang lebih sehat, melalui beberapa pokok kegiatan antara lain :

- a) **Penyediaan sarana air bersih dan sanitasi dasar;**
- b) Pemeliharaan dan pengawasan kualitas lingkungan;
- c) Pengendalian dampak resiko pencemaran lingkungan; dan
- d) Pengembangan wilayah sehat.

Salah satu upaya kesehatan yang dilakukan pemerintah dalam rangka peningkatan lingkungan sehat adalah melalui program pelayanan penyehatan air dan sanitasi di Indonesia. Program pelayanan penyehatan air dan sanitasi di Indonesia sudah dilaksanakan sejak Pelita I sampai sekarang, Namun demikian, hasil program tersebut masih belum menjamin secara keseluruhan masyarakat baik di perkotaan dan perdesaan menikmati pelayanan air bersih dan sanitasi.

Di daerah pedesaan masih banyak penduduk yang tergantung pada sumber air minum tradisional, dengan kondisi, tidak memenuhi persyaratan kualitas untuk dapat dikonsumsi secara langsung, sulit dijangkau, dan secara kuantitas tidak dapat mencukupi kebutuhan akan air bersih bagi masyarakat desa. Kondisi kualitas air minum dan sanitasi yang dari segi kuantitas tidak cukup dan dari segi kualitas tidak memenuhi syarat menyebabkan peningkatan angka penyakit berbasis lingkungan. Akses sumber air bersih yang sulit dijangkau juga merupakan hambatan bagi wanita dan anak-anak, biasanya waktu mereka banyak tersita untuk mendapatkan air untuk keperluan mencuci, memasak dan minum.

Berdasarkan data survey Depkes Tahun 2001, angka penyakit diare sebesar 301 per 1000 penduduk, terutama menyerang pada umur balita, yaitu 55% dari jumlah penderita. Hal tersebut disebabkan oleh rendahnya cakupan air bersih dan sanitasi serta kesadaran masyarakat tentang perilaku hidup bersih dan sehat masih rendah. Cakupan jamban didaerah pedesaan sebesar 54,2% dan daerah perkotaan 85,9% (rata-rata 66,03%). Sedangkan cakupan air bersih didaerah pedesaan 67,4% dan perkotaan 91,8% (rata-rata 67,4%). Angka cakupan air bersih dan jamban didesa berpenghasilan rendah jauh dibawah angka cakupan minimal tersebut diatas.

Kurangnya sarana air bersih juga berakibat langsung terhadap rendahnya jumlah keluarga yang mempunyai jamban. Sehingga banyak keluarga/masyarakat pedesaan yang membuang kotoran di tempat yang terbuka atau di sungai (di sembarang tempat). Kebiasaan buruk ini juga mengakibatkan peningkatan kejadian penyakit diare atau penyakit berbasis lingkungan lainnya bagi masyarakat. (Kementerian Kesehatan RI, 2009).

Pada tahun 2005, masih terdapat 864 KK di Desa Karanguko yang tidak punya akses terhadap jamban. Sehingga banyak keluarga /masyarakat membuang kotoran disembarang tempat. Kejadian penyakit diare juga sebanyak 210 kasus dan penyakit kulit sebanyak 132 kasus yang disebabkan oleh air yang tidak bersih. (Data bidan desa Karanguko, 2012)

Untuk mengatasi hal tersebut Pemerintah Indonesia telah bekerja sama dengan Bank Dunia, dan AusAids melalui kegiatan Program Penyediaan Air Bersih dan Penyehatan Lingkungan bagi Masyarakat berpenghasilan rendah (*Water and Sanitation for Low Income Communities/WSLIC-2*). Pelaksanaan kegiatan WSLIC-2 berkerja sama dengan sektor terkait, lembaga pemerintah dan non pemerintah (Bina Swadaya, bidan Desa, BORDA dll) yang bergerak di bidang air bersih, negara/lembaga donor internasional dan masyarakat. Pola dan metode pelaksanaan WSLIC-2 menggunakan dengan pendekatan pemberdayaan masyarakat

secara aktif sejak pengambilan keputusan menerima bantuan program, perencanaan, pelaksanaan, pengoperasian, pemeliharaan dan pengembangan pada tahap paska konstruksi.

Melalui WSLIC-2 tersebut diharapkan dapat mengatasi masalah di daerah pedesaan, dimana masih terjadi pendapatan perkapita yang masih rendah, tingginya insidens penyakit yang ditularkan melalui air dan lingkungan, banyak kehilangan waktu untuk bekerja karena sakit dan mengurus untuk mendapatkan air, tidak bisa menabung untuk pembangunan karena banyak pengeluaran biaya untuk pengobatan. Lokasi kegiatan WSLIC-2 di 37 Kabupaten terbagi di 8 Propinsi, dengan perincian Propinsi Jawa Timur 14 Kabupaten, Jawa Barat 3 Kabupaten, Propinsi Nusa Tenggara Barat 6 Kabupaten, Propinsi Sulawesi Selatan 3 Kabupaten, Sulawesi Barat 2 Kab, Sumatera Selatan 4 Kabupaten, Sumatera Barat 4 Kabupaten, dan Kepulauan Bangka Belitung 1 Kabupaten.

Wilayah studi dalam penelitian ini adalah Desa Karanguko Wilayah Kecamatan Pagelaran Kabupaten Malang Provinsi Jawa Timur. Desa Karanguko adalah salah satu desa yang menerima program WSLIC-2 yang pelaksanaannya pada tahun 2005. Desa Karanguko merupakan salah satu lokasi yang dianggap cukup berhasil dalam pelaksanaan WSLIC-2 karena memiliki progress yang cukup baik dilihat dari pelaksanaan kegiatan yang sesuai agenda-agenda yang telah direncanakan baik dalam kegiatan pemberdayaan masyarakatnya maupun dalam kegiatan pembangunan fisik lingkungannya.

Dari permasalahan-permasalahan tersebut di atas, penulis tertarik untuk meneliti sampai sejauh mana pencapaian keberlangsungan pemberdayaan masyarakat ditinjau dari proses pengembangan kapasitas potensi masyarakat dalam kegiatan pengelolaan air bersih. Penelitian ini dipandang perlu untuk mendapatkan analisis keberlangsungan pemberdayaan masyarakat dalam pengelolaan sarana air bersih dan sanitasi (Pasca WSLIC-2) yang sebenarnya, karena selama ini laporan-laporan pelaksanaan pemberdayaan masyarakat lebih banyak didominasi oleh penyajian data-data keberhasilan yang diukur dari tingkat partisipasi atau keikutsertaan masyarakat dan keberhasilan program pembangunan fisik lingkungan dilihat dari kuantitasnya. Keluaran dari penelitian ini diharapkan bisa menjadi bahan masukan bagi pelaksanaan pengembangan kapasitas dalam kerangka pemberdayaan masyarakat selanjutnya.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang permasalahan yang ada, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah belum diketahuinya keberlangsungan (sustainability) upaya

pemberdayaan masyarakat dalam pelaksanaan pengelolaan air bersih di Desa Karangsono Kabupaten Malang Tahun 2012.

### **1.3 Pertanyaan Penelitian**

Dari rumusan masalah tersebut, selanjutnya dikemukakan pertanyaan penelitian dalam penelitian ini sebagai berikut:

1. Bagaimana gambaran perencanaan program pengelolaan sarana air bersih dengan pendekatan pemberdayaan masyarakat di Desa Karangsono?
2. Bagaimana gambaran pengimplementasian program pengelolaan air bersih dengan pendekatan pemberdayaan masyarakat di Desa Karangsono?
3. Bagaimana gambaran keberlangsungan (sustainability) program pengelolaan air bersih di Desa Karangsono dengan pendekatan pemberdayaan masyarakat ?

### **1.4 Tujuan Penelitian**

#### 1.4.1 Tujuan Umum

Mengetahui keberlangsungan program pengelolaan air bersih dengan pendekatan pemberdayaan masyarakat di Desa Karangsono Tahun 2012.

#### 1.4.2 Tujuan Khusus

1. Diketahui gambaran perencanaan program pengelolaan sarana air bersih dengan pemberdayaan masyarakat di Desa Karangsono.
2. Diperolehnya gambaran keberlangsungan (sustainability) program pengelolaan air bersih di Desa Karangsono dengan pendekatan pemberdayaan masyarakat.
3. Diketahui gambaran pengimplementasian program pengelolaan sarana air bersih dengan pemberdayaan masyarakat di Desa Karangsono.

### **1.5 Manfaat Penelitian**

Manfaat dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Bagi pemerintah Pusat khususnya Kementerian Kesehatan dapat memberikan masukan yang bermanfaat bagi perencanaan program, pengambilan kebijakan dan keputusan yang berkaitan dengan pengembangan pemberdayaan masyarakat tahun berjalan.
2. Manfaat bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Malang mendapat gambaran, masukan dan saran tentang program upaya pemberdayaan masyarakat di wilayah kerjanya, juga menjadi

masukannya bagi perencanaan, kebijakan yang berkaitan dengan pelaksanaan pengelolaan air yang sedang dikembangkannya.

3. Sarana untuk meningkatkan pengetahuan dan pengalaman penelitian dibidang kesehatan, khususnya tentang teori keberlangsungan upaya pemberdayaan masyarakat.

### **1.6 Ruang Lingkup**

Penelitian ini dilakukan untuk menganalisis keberlangsungan pemberdayaan masyarakat dalam pelaksanaan pengelolaan air bersih di Kabupaten Malang dengan pendekatan kualitatif. Peneliti memilih Desa Karangsono Kabupaten Malang Jawa Timur untuk melihat potensi pemberdayaan masyarakat di desa tersebut serta mengamati keberlangsungannya. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif analitik, dalam pengumpulan data primer dilakukan dengan wawancara mendalam dan observasi. Data sekunder dari telaah dokumen yang berkaitan dengan pengelolaan air bersih dan sanitasi di Desa tersebut. Data dikumpulkan dari informan yaitu pengelola program pusat, pengelola program daerah, badan/yayasan yang mengelola program pengelolaan air, bidan desa, masyarakat pengguna air dan masyarakat pelaku ekonomi pemanfaat program air dengan menggunakan pedoman wawancara dan dibantu alat perekam. Hasil penelitian ini dimaksudkan akan mendapat gambaran tentang keberlangsungan pemberdayaan masyarakat dalam pengelolaan Sarana Air Bersih dan Sanitasi di Desa Karangsono Kabupaten Malang Tahun 2012. Pengumpulan data ini dilakukan oleh peneliti pada bulan Mei dan Juni 2012.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Sejarah Program Pembangunan Air minum di Indonesia (1970 – 2000)

Menurut Bappenas dalam kebijakan nasional pembangunan air minum dan penyehatan lingkungan berbasis masyarakat tahun 2003, sejarah singkat pembangunan prasarana dan sarana penyediaan Air Minum dan Penyehatan Lingkungan (AMPL) selama 30 tahun yang terbagi dalam tiga dekade, yaitu :

##### a. Era Tahun 1970 – 1980

###### 1). Penyediaan air minum di perkotaan

Pelayanan air minum di perkotaan pada saat Pelita I (1969 – 1974) dan Pelita II (1974 – 1979) masih mengandalkan jaringan yang dibangun pada masa penjajahan dan investasi tambahan setelah kemerdekaan dengan jumlah yang sangat terbatas. Kondisi tersebut tidak mampu mengimbangi laju pertumbuhan penduduk. Investasi prasarana dan sarana air minum beserta operasi dan pemeliharannya dilaksanakan oleh Departemen Pekerjaan Umum. Biaya pembangunan prasarana dan sarana air minum berasal dari APBN, APBD, maupun bantuan luar negeri bilateral dan multilateral yang berasal dari Bank Dunia atau Bank Pembangunan Asia. Pembangunan prasarana dan sarana air minum berskala kecil biasanya dikaitkan dengan program pembangunan lainnya, seperti *Kampung Improvement Project I (KIP)*.

###### 2). Penyediaan air minum di Perdesaan dan Kota Kecil

Dalam Pelita I dan Pelita II, pembangunan prasarana dan sarana air minum belum menyentuh masyarakat perdesaan dan perkotaan skala kecil (IKK), yaitu wilayah permukiman dengan jumlah penduduk kurang dari 20 ribu jiwa. Pada umumnya, masyarakat perdesaan mendapat air dari sarana tradisional, seperti sumur, mata air, sungai dan sebagainya. Pada waktu itu, pembangunan prasarana dan sarana air minum di perdesaan sebagian dilaksanakan oleh Departemen Kesehatan. Selain itu, pembangunan prasarana dan sarana air minum di perdesaan oleh LSM, Unicef, serta bantuan teknis WHO dan UNDP. Pembangunan prasarana dan sarana air minum di perdesaan seringkali ditujukan untuk uji coba penerapan teknologi tepat guna, misalnya pompa tangan atau uji coba perangkat lunak seperti konsep peran serta masyarakat dan konsep pembentukan lembaga pengelola. Prasarana dan sarana air minum yang telah dibangun seringkali tidak berlanjut atau mengalami kegagalan, karena prasarana dan sarana yang dibangun tidak terpelihara dengan baik.

## **b. Era Tahun 1980 – 1990**

### **1) Penyediaan air minum di perkotaan**

Selama Pelita III (1979 – 1984), pemerintah menyediakan investasi cukup besar di bidang penyediaan prasarana dan sarana air minum di perkotaan, termasuk untuk meningkatkan kemampuan aparat pemerintah dalam bidang perencanaan dan pelaksanaan. Model pendekatan pembangunan dan standar teknis pengelolaan dirumuskan oleh pemerintah pusat, termasuk untuk pembangunan prasarana dan sarana air minum di Ibu Kota Kecamatan (IKK). Dampak dari pelaksanaan standar tersebut adalah terkonsentrasinya investasi prasarana dan sarana air minum namun laju investasi tidak dapat mengimbangi laju pertumbuhan penduduk sehingga cakupan pelayanan sulit untuk dinaikkan secara signifikan.

### **2) Penyediaan air minum di Perdesaan dan Kota Kecil**

Pembangunan prasarana dan sarana air minum di kota kecil (dengan jumlah penduduk kurang dari 50.000 jiwa) dilaksanakan oleh Departemen Pekerjaan Umum. Sebagai pengelolaannya di bentuk Badan Pengelola Air Minum (BPAM) yang bersama-sama dengan pemerintah daerah dikembangkan menjadi Perusahaan Daerah Air Minum (PDAM). Sedangkan pembangunan prasarana dan sarana air minum di pedesaan di laksanakan oleh Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan (PPM-PL), Departemen Kesehatan dibantu oleh Direktorat Jenderal Pembangunan Masyarakat Desa (PMD), Departemen Dalam Negeri. Pola perencanaan, pelaksanaan, dan pengelolaan ditentukan oleh pemerintah pusat melalui departemen teknis yang menangani.

## **c. Era Tahun 1990 – 2000**

### **1). Penyediaan air minum di perkotaan**

Investasi prasarana dan sarana air minum pada masa itu banyak berasal dari hutang lembaga keuangan bilateral maupun multilateral. Keberhasilan konsep Program Pembangunan Prasarana Kota Terpadu (P3KT) yang mengintegrasikan seluruh infrastruktur perkotaan kedalam satu paket pinjaman menarik perhatian lembaga keuangan bilateral dan multilateral. Banyaknya paket pekerjaan yang harus diselesaikan dan terbatasnya sumber daya manusia menjadi kendala dalam peningkatan kualitas prasarana dan sarana permukiman yang dibangun. Hal ini terjadi karena pembinaan teknis, supervise ng dan pengawasan kualitas pekerjaan konstruksi menjadi sangat terbatas dan tidak dapat dilaksanakan dengan baik.

Cakupan pelayanan masih merupakan tujuan pembangunan, sehingga konstruksi prasarana dan sarana baru menjadi kegiatan utama, sedangkan kegiatan pemeliharaan dan rehabilitasi cenderung terabaikan. Pengelolaan PDAM belum dapat dilaksanakan sesuai standar perusahaan, kendala yang dihadapi adalah rendahnya kemampuan mengelola suatu perusahaan (masih terdapat PDAM yang dikelola oleh birokrat bukan profesional dibidangnya), tidak adanya kebebasan dalam menentukan tarif mahal nya investasi baru, dan terbatasnya sumber daya manusia. Selain kendala tersebut terdapat kendala alam yaitu semakin menipisnya air baku (disebabkan oleh rusaknya lingkungan) yang dapat dimanfaatkan dan ketiadaan sumber air yang dapat dimanfaatkan. Kondisi ini menyebabkan sebagian besar PDAM masih bergantung kepada subsidi dari pemerintah pusat.

## **2). Penyediaan air minum di Perdesaan dan Kota Kecil**

Pelita IV merupakan titik awal dimulainya partisipasi masyarakat dan terlibatnya LSM ditingkat daerah dan nasional dalam pelaksanaan program-program pemerintah yang didanai oleh lembaga keuangan internasional. Konsep kepemilikan masyarakat dan pendekatan yang didasarkan kepada kebutuhan (*Demand Responsive Approach* = merupakan suatu pendekatan yang menempatkan kebutuhan masyarakat sebagai faktor yang menentukan dalam pengambilan keputusan termasuk didalamnya pendanaan) mulai diterima secara luas, walaupun pelaksanaannya masih dilakukan secara terbatas.

Program pembangunan prasarana dan sarana, termasuk didalamnya prasarana dan sarana air minum dan penyehatan lingkungan, diterima sebagai pendekatan pembangunan alternatif dengan hasil yang cukup bervariasi. Pada pendekatan ini dilakukan terobosan baru dalam penyaluran anggaran pemerintah dengan member kesempatan kepada masyarakat untuk terlibat secara langsung dalam pembangunan prasarana dan sarana. Pemerintah daerah berperan sebagai fasilitator dan Pembina teknis. Namun demikian, cakupan pelayanan ternyata tidak sesuai dengan yang direncanakan. Persoalan lama selalu berulang dalam prasarana dan sarana air minum yaitu kurang optimalnya pemanfaatan prasarana dan sarana air minum yang telah dibangun karena ketidakmampuan masyarakat untuk mengoperasikan dan memeliharanya.



## 2.2 Pemberdayaan Masyarakat

Pemberdayaan bukan hanya meliputi penguatan individu anggota masyarakat, tetapi juga pranata-pranatanya. Menanamkan nilai-nilai budaya modern, seperti kerja keras, hemat, keterbukaan, dan kebertanggungjawaban adalah bagian pokok dari upaya pemberdayaan ini. Demikian pula pembaharuan institusi-institusi sosial dan pengintegrasian ke dalam kegiatan pembangunan serta peranan masyarakat di dalamnya. Yang terpenting disini adalah peningkatan partisipasi rakyat dalam proses pengambilan keputusan yang menyangkut diri dan masyarakatnya. Oleh karena itu, pemberdayaan masyarakat amat erat kaitannya dengan pemantapan, pembudayaan, pengamalan demokrasi. Friedman (1992) menyatakan *“The empowerment approach, which is fundamental to an alternative development, places the emphasis on autonomy in the decision making of territorially organized communities, local self-reliance (but not autarchy), direct (participatory) democracy, and experiential social learning”*.

Pengalaman pembangunan di Indonesia yang dijalankan selama beberapa puluh tahun dengan menggunakan pola sentralistik terbukti memiliki banyak kekurangan, terutama dalam memberdayakan masyarakat dan menempatkan masyarakat sebagai pelaku dalam pembangunan, dari mulai perencanaan, pelaksanaan dan pengawasannya, sehingga berkembanglah otonomi daerah di Indonesia yang dimulai sejak tahun 1999. Hakikat otonomi adalah meletakkan landasan pembangunan yang tumbuh dan berkembang dari rakyat, diselenggarakan secara sadar dan mandiri oleh rakyat, sehingga dalam program pembangunan masyarakat tidak lagi dianggap sebagai objek dari pembangunan, tetapi menjadi subjek/pelaku dari pembangunan (Sumaryadi, 2005: 84).

### 2.2.1 Proses Pemberdayaan Masyarakat

Ife dalam Alfitri (2011: 22-23), mengemukakan bahwa proses pemberdayaan masyarakat dapat dilakukan yang dapat disingkat menjadi 5P, yaitu : Pemungkinan, Penguatan, Perlindungan, Penyokongan dan Pemeliharaan.

- 1) Pemungkinan: menciptakan suasana atau iklim yang memungkinkan potensi masyarakat berkembang secara optimal. Pemberdayaan harus mampu membebaskan masyarakat dari sekat kultural dan struktural yang menghambat.
- 2) Penguatan: memperkuat pengetahuan dan kemampuan yang dimiliki masyarakat dalam memecahkan masalah dan memenuhi kebutuhannya. Pemberdayaan harus mampu menumbuhkembangkan segenap kemampuan dan kepercayaan diri masyarakat yang menunjang kemandirian mereka.

- 3) Perlindungan: melindungi masyarakat terutama kelompok lemah agar tidak tertindas oleh kelompok kuat, menghindari terjadinya persaingan yang tidak seimbang (apalagi tidak sehat) antara yang kuat dan lemah dan mencegah terjadinya eksploitasi kelompok kuat terhadap kelompok lemah.
- 4) Penyokongan: memberikan bimbingan dan dukungan agar masyarakat mampu menjalankan peranan dan tugas kehidupannya. Pemberdayaan harus mampu menyokong masyarakat agar tidak terjatuh ke dalam keadaan dan posisi yang semakin lemah dan terpinggirkan.
- 5) Pemeliharaan: memelihara kondisi yang kondusif agar tetap terjadi keseimbangan distribusi kekuasaan antara berbagai kelompok dalam masyarakat. pemberdayaan harus mampu menjamin keselarasan dan keseimbangan yang memungkinkan setiap orang memperoleh kesempatan berusaha.

Konferensi internasional di Rio de Janeiro pada tahun 1991 yang dihadiri pakar air minum telah menghasilkan kesepakatan untuk menerapkan prinsip Dublin dalam upaya pembangunan sektor air minum, yang kemudian dikenal dengan Prinsip Dublin-Rio.

Prinsip Dublin-Rio yang dihasilkan dari konferensi internasional tersebut memiliki komponen sebagai berikut :

- 1) Air adalah sumber daya yang terbatas dan rentan, penting untuk menyokong kehidupan, pembangunan dan lingkungan.
- 2) Pembangunan dan pengelolaan air harus berdasarkan partisipatif, menyertakan pengguna, perencana dan pembuat kebijakan pada semua tingkatan
- 3) Perempuan memainkan peran utama dalam penyediaan, pengelolaan, dan perlindungan air
- 4) Air memiliki nilai ekonomi dalam seluruh penggunaannya dan harus dianggap sebagai benda ekonomi.

Dalam kaitannya dengan pembangunan sarana air minum dan penyehatan lingkungan di Indonesia, makna dari prinsip-prinsip tersebut adalah:

- 1) Perlu adanya penekanan bahwa penyehatan lingkungan sangat penting bagi manusia. Disamping itu, perlu ditekankan pula bahwa aspek teknis dan social (perangkat keras dan lunak) adalah sama pentingnya.
- 2) Air tidak boleh dipandang hanya sebagai barang “Cuma-Cuma” atau barang yang tuna nilai. Air mempunyai nilai, untuk memilikinya orang harus menyumbangkan sesuatu.

- 3) Perencanaan, konstruksi, operasi dan pengelolaan air memiliki implikasi yang luas. Oleh karena itu, keputusan akhir sebaiknya dibuat oleh para pengguna secara partisipatif.
- 4) Semakin besar keterlibatan perempuan dalam pengambilan keputusan, semakin terjamin kelestarian pelayanan air.

Menurut Wilson (1996) terdapat 7 tahapan dalam siklus pemberdayaan masyarakat. Tahap pertama yaitu keinginan dari masyarakat sendiri untuk berubah menjadi lebih baik. Pada tahap kedua, masyarakat diharapkan mampu melepaskan halangan-halangan atau faktor-faktor yang bersifat resistensi terhadap kemajuan dalam dirinya dan komunitasnya. Pada tahap ketiga, masyarakat diharapkan sudah menerima kebebasan tambahan dan merasa memiliki tanggungjawab dalam mengembangkan dirinya dan komunitasnya. Tahap keempat lebih merupakan kelanjutan dari tahap ketiga yaitu upaya untuk mengembangkan peran dan batas tanggungjawab yang lebih luas, hal ini juga terkait dengan minat dan motivasi untuk melakukan pekerjaan dengan lebih baik. Pada tahap kelima ini hasil-hasil nyata dari pemberdayaan mulai kelihatan, dimana peningkatan rasa memiliki yang lebih besar menghasilkan keluaran kinerja yang lebih baik. Pada tahap keenam telah terjadi perubahan perilaku dan kesan terhadap dirinya, dimana keberhasilan dalam peningkatan kinerja mampu meningkatkan perasaan psikologis di atas posisi sebelumnya. Pada tahap ketujuh masyarakat yang telah berhasil dalam memberdayakan dirinya, merasa tertantang untuk upaya yang lebih besar guna mendapatkan hasil yang lebih baik. Siklus pemberdayaan ini menggambarkan proses mengenai upaya individu dan komunitas untuk mengikuti perjalanan kearah prestasi dan kepuasan individu dan pekerjaan yang lebih tinggi.

Prinsip pemberdayaan masyarakat (Depkes-Unicef, Pedoman Umum Pemberdayaan Masyarakat)

- 1) Menumbuh kembangkan potensi masyarakat

Artinya segala potensi ditumbuhkan dan atau dikembangkan seoptimal mungkin untuk mengatasi masalah kesehatan dan memelihara serta meningkatkan status kesehatan masyarakat/keluarga. Bila ada bantuan dari luar sifatnya hanya simultan untuk menumbuhkan potensi masyarakat.

- 2) Kontribusi masyarakat dalam pembangunan kesehatan

Prinsip pemberdayaan meningkatkan kontribusi masyarakat dalam pembangunan kesehatan baik secara kuantitatif maupun kualitatif.

3) Mengembangkan gotong royong dan kerjasama masyarakat

Pengembangan potensi masyarakat melalui fasilitasi dan motivasi diupayakan agar selalu berpegang teguh pada prinsip memperkuat dan mengembangkan budaya gotong royong yang telah membudaya dikalangan masyarakat.

4) Bekerja bersama masyarakat

Prinsip yang harus dipegang adalah bekerja untuk dan bersama masyarakat, karena dengan kebersamaan inilah terjadi proses fasilitasi, motivasi, alih pengetahuan dan alih ketrampilan dari petugas kepada kader pada khususnya dan masyarakat pada umumnya.

5) KIE berbasis masyarakat

Selain model KIE yang konvensional harus dikembangkan KIE berbasis masyarakat yang berprinsip sebanyak mungkin menggunakan dan memanfaatkan potensi local, bila mungkin gunakan penyuluh local, contoh-contoh perilaku masyarakat local, bahan makanan yang banyak ada disetempat dll.

6) Kemitraan dengan LSM dan ormas lain

Kemitraan dengan pemerintah, LSM dan ormas setempat dan berbagai kelompok organisasi masyarakat lainnya akan memudahkan kerjasama di lapangan sehingga potensi dapat dilaksanakan secara optimal.

7) Desentralisasi

Segala bentuk pengambilan keputusan harus diserahkan ke tingkat operasional agar tidak berbenturan dengan kultur budaya setempat, dengan kata lain keputusan yang diambil bukan merupakan perintah langsung dari atas tetapi disesuaikan dengan keadaan masalah dan kebiasaan serta social budaya setempat.

Potensi pemberdayaan masyarakat (Depkes-Unicef, Pedoman Umum Pemberdayaan Masyarakat-1999). Kegiatan masuk kedalam kategori pemberdayaan bila kegiatan tersebut bersifat fasilitatif non instruktif dan dapat memperkuat, meningkatkan atau mengembangkan potensi masyarakat setempat, guna mencapai tujuan yang diharapkan. Potensi masyarakat itu dikenalkan dengan sebutan "7Cs" (seven c) yaitu:

1) Kepemimpinan dalam masyarakat (*community leader*)

Dapat diartikan sebagai para pemimpin masyarakat baik yang bersifat formal maupun nonformal, tokoh masyarakat, kader dan sebagainya. Contoh pemberdayaan yang mengoptimalkan komponen *community leadership* adalah advokasi kepada pimpinan masyarakat, sarasehan pemimpin masyarakat (baik formal maupun informal) dan pelatihan tokoh masyarakat.

2) Lembaga Masyarakat (*community organization*)

Adalah organisasi/lembaga/kelompok masyarakat yang telah ada dioptimalkan untuk menumbuh kembangkan upaya kesehatan bersumber masyarakat contohnya Polindes, Posyandu, bank donor darah dan ambulan desa. Contoh lain adalah menumbuhkembangkan Dasa Wisma oleh Tim Penggerak PKK di suatu wilayah.

3) Dana masyarakat (*community fund*)

Adalah mengoptimalkan dana yang dimiliki masyarakat untuk kegiatan pemberdayaan masyarakat, misalnya dahulu pernah terdapat Jaminan pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM), dana sehat, tabulin (tabungan ibu bersalin), tabumas (tabungan masyarakat) meskipun dengan premi kecil tetapi apabila dikelola dengan profesional memiliki bukti turut meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

4) Sarana Masyarakat (*community material*)

Adalah sarana yang dimiliki masyarakat, contoh kegiatan pemberdayaan masyarakat yang memanfaatkan komponen *community material* adalah upaya pembangunan sumur dan jamban keluarga desa yang dilakukan dengan kerja gotong royong memanfaatkan batu dan pasir di sungai yang ada didesa tersebut.

5) Pengetahuan (*community knowledge*)

Bahwa pemberdayaan masyarakat harus dilakukan dengan pendekatan yang disesuaikan dengan tingkat pengetahuan bahasa maupun kemampuan penduduk setempat, contohnya adalah Lomba membuat poster yang berisi pesan kesehatan didesa. Dengan demikian akan terjadi interaksi antar penduduk melalui berbagai bentuk pesan yang disampaikan dalam bahasa, bahan dan kemampuan seni penduduk setempat.

6) Teknologi masyarakat (*Community Technology*)

Berupa penyederhanaan berbagai pengetahuan atau pesan yang bersifat teknis kedalam bentuk pengetahuan atau pesan yang mudah dikenal oleh masyarakat, contohnya adalah penyederhanaan deteksi dini penyakit ISPA dari tanda-tanda klinis medis ke tanda-tanda yang bisa diukur masyarakat. Bila ditemukan gejala klinis bayi dispnoe atau sesak napas pada pneumonia diterjemahkan oleh masyarakat kedalam bayi sakit batuk pilek disertai peningkatan frekuensi napas menjadi > 50 kali/menit (bayi usia 2-12 bulan) dan masyarakat harus segera merujuknya kepada petugas kesehatan. (kini tersedia teknologi tepat guna untuk mendeteksi kejadian ISPA sehingga setiap orang bisa melakukannya).

7) Pengambilan Keputusan oleh masyarakat (*community decision making*)

Adalah model perencanaan yang mengikutsertakan masyarakat dimana pengambilan keputusan oleh masyarakat melalui proses menemukan masalah, merencanakan dan melakukan pemecahannya.

### 2.2.2 Lingkup dan Tingkatan Pemberdayaan

Menurut Alshop dan Heinshon (2005) menggambarkan 3 hal dalam lingkup pemberdayaan, yaitu pemberdayaan politik, pemberdayaan ekonomi dan pemberdayaan sosial, sedangkan Ndraha (dalam Sumaryadi, 2005) menyebutkan satu lingkup lainnya pemberdayaan lingkungan.

Pemberdayaan politik lebih mengarah kepada upaya untuk menyadarkan masyarakat untuk berpartisipasi dalam politik dan meningkatkan posisi tawar masyarakat terhadap pemerintah atau pihak-pihak lainnya, yang meliputi aspek-aspek penegakan keadilan, kepemimpinan politik, dan pelayanan publik.

Pemberdayaan ekonomi adalah pendekatan yang diutamakan kepada masyarakat kelas bawah untuk mampu beraktifitas dalam bidang ekonomi dan memiliki penghasilan yang lebih baik, sehingga mampu menanggung dampak negatif dari pertumbuhan yang terjadi.

Pemberdayaan sosial lebih merupakan upaya untuk meningkatkan kemampuan sumber daya manusia dan menyadarkan posisi dan peran seseorang dalam kaitannya dengan kehidupan sosial dalam komunitasnya.

Pemberdayaan lingkungan adalah upaya yang dimaksudkan untuk menjaga kelestarian lingkungan dan menjain hubungan baik dalam interaksi manusia dengan lingkungannya.

Tingkatan pemberdayaan adalah semacam batasan luasan wilayah dalam proses pemberdayaan. Alshop dan Heinshon (2005) menjabarkan tingkatan pemberdayaan menjadi tiga tingkatan yaitu *local level*, *intermediary level*, dan *macro level*. Fujikake (2008) mengemukakan tingkatan pemberdayaan yang serupa dengan Alshop dan Haeinshon yaitu sebagai berikut: *micro level*, *mesolevel* dan *macro level*. Maksud dari tingkatan *micro* atau lokal yaitu dalam batasan wilayah lingkungan sekitar masyarakat tersebut atau pada tataran desa atau sekitar tempat tinggal. Tingkatan *meso* atau *intermediary* meliputi wilayah kota, jaringan atau hubungan antar organisasi dan pihak eksternal lain. Tingkatan *macro* adalah tingkatan yang lebih luas dari tingkatan-tingkatan sebelumnya, yaitu setingkat pengambilan keputusan dalam lingkup nasional. (Zaki Mubarak, 2010 : 50-51).

### 2.2.3 Faktor yang Mempengaruhi Pemberdayaan Masyarakat

Menurut Sumaryadi (2005: 154-158) beberapa faktor-faktor yang mempengaruhi pemberdayaan masyarakat sebagai berikut:

- 1) Kesiediaan suatu komunitas untuk menerima pemberdayaan bergantung pada situasi yang dihadapinya.
- 2) Pemikiran bahwa pemberdayaan tidak untuk semua orang, dan adanya persepsi dari pemegang kekuasaan dalam komunitas tersebut bahwa pemberdayaan dapat mengorbankan diri mereka sendiri.
- 3) Ketergantungan adalah budaya, dimana masyarakat sudah terbiasa berada dalam hirarki, birokrasi dan kontrol manajemen yang tegas sehingga membuat mereka terpolat dalam berpikir dan berbuat dalam rutinitas.
- 4) Dorongan dari para pemimpin setiap komunitas untuk tidak mau melepaskan kekuasaannya, karena inti dari pemberdayaan adalah berupa pelepasan sebagian kewenangan untuk diserahkan kepada masyarakat sendiri.
- 5) Adanya batas pemberdayaan, terutama terkait dengan siklus pemberdayaan yang membutuhkan waktu relatif lama dimana pada sisi yang lain kemampuan dan motivasi setiap orang berbeda-beda.
- 6) Adanya kepercayaan dari para pemimpin komunitas untuk mengembangkan pemberdayaan dan mengubah persepsi mereka tentang anggota komunitasnya.
- 7) Pemberdayaan tidak kondusif bagi perubahan yang cepat.
- 8) Pemberdayaan membutuhkan dukungan sumber daya (*resource*) yang besar, baik dari segi pembiayaan maupun waktu.

Berdasarkan faktor-faktor tersebut di atas, maka hasil dari sebuah upaya pemberdayaan akan sangat tergantung dari kondisi masyarakat dan peran serta semua stakeholder yang terlibat dalam program pemberdayaan tersebut.

Dalam pengembangan kapasitas di suatu komunitas masyarakat, harus disadari bahwa setiap masyarakat berbeda-beda. Mereka memiliki karakteristik budaya, geografi, sosial, politik, dan demografi yang unik, sehingga pengalaman pengembangan kapasitas di suatu komunitas masyarakat belum tentu dapat berjalan di masyarakat yang lain bahkan sangat beresiko mengalami kegagalan dan melemahkan pengalaman orang-orang dari masyarakat tersebut karena hal itu bukan proses yang cocok untuk mereka (Ife dan Tesoriero, 2008: 342).

## **2.3 Pengembangan Kapasitas**

### **2.3.1 Pengembangan Masyarakat**

Tahapan pengembangan masyarakat sangat ditentukan oleh persiapan dan strategi perencanaan yang baik, sehingga program aksi pengembangan masyarakat dapat mencapai

sasaran. Ada tiga pendekatan untuk perencanaan pengembangan masyarakat (*community development approach*) yaitu :

- 1) *Development for community*. Pencetus kegiatan pengembangan masyarakat adalah perusahaan yang mempunyai status sebagai pendonor, sedangkan kedudukan dari komunitas target adalah sebagai obyek kegiatan pengembangan masyarakat. Efek dari kegiatan ini adalah ketergantungan dari komunitas terhadap perusahaan untuk mencapai hasil akhir. Oleh karena itu tujuan akhir adalah menghasilkan sesuatu, maka jangka waktu program ini relatif pendek. Karakteristik dari program ini adalah berorientasi pada perusahaan atau dikenal dengan program inkind.
- 2) *Development with community*. Dalam program ini kegiatan dirumuskan bersama-sama antara perusahaan dan masyarakat. Kedudukan perusahaan adalah sebagai agen pembangunan, sedangkan komunitas adalah sebagai subyek sekaligus sebagai obyek program pengembangan masyarakat. Tujuan dari program ini adalah berorientasi pada hasil dan memberikan sumbangan pada proses pembangunan. Dampak positifnya, komunitas tidak sepenuhnya tergantung pada perusahaan, akan tetapi mereka dilatih untuk berswadaya. Jangka waktu program ini biasanya cukup lama dan berkelanjutan. Karakteristik program ini adalah berorientasi untuk memenuhi kebutuhan komunitas sekaligus tujuan perusahaan.
- 3) *Development of community*. Karakteristik utama program ini adalah berorientasi pada pemenuhan kebutuhan komunitas. Tujuan akhirnya adalah pembangunan yang berproses. Disini yang menjadi pencetus ide adalah komunitas sendiri, jadi komunitas yang mengidentifikasi kebutuhan dan program. Dengan demikian komunitas berkedudukan murni sebagai subyek sedangkan perusahaan sebagai agen pembangunan. Dampak positifnya adalah membuat komunitas menjadi *self-reliance* oleh karena mereka terlibat langsung sepenuhnya pada program dan mereka sendiri yang menentukan keberhasilan atau kegagalan usahanya. Oleh karena karakteristik tersebut, maka program semacam ini biasanya mempunyai jangka waktu yang panjang. Biasanya program ini bentuknya dikenal dengan kemitraan, yakni pelatihan dan pendampingan. Gambaran rinci ketiga pendekatan *community development* dapat dilihat pada tabel 1. berikut :



Tabel 1. Jenis *community development Approach*

	<i>Development for Community</i>	<i>Development with community</i>	<i>Development of community</i>
<i>Inisiator</i>	Perusahaan	Perusahaan dan masyarakat	Masyarakat
<i>Status of Corporate</i>	Pendonor	Agen pembangunan	Agen pembangunan
<i>Status of society</i>	Objek	Objek atau subjek	Sebagai subjek
<i>Goal</i>	Berorientasi pada hasil	Berorientasi pada hasil pembangunan berproses	Pembangunan berproses
<i>Side effect/impact</i>	Tergantung	Tergantung dan swadaya	Swadaya
<i>Time frame</i>	Jangka pendek atau tujuan tertentu	Jangka menengah atau terus menerus	Jangka menengah atau panjang/ Berkelanjutan

Sumber : Nindita dalam Dr. Alfitri, M.Si (2011: 34-36)

### 2.3.2 Pengembangan Masyarakat melalui Partisipasi

Menurut Dr. Alfitri, M.Si (2011:36-37), dalam pengembangan masyarakat, partisipasi menjadi salah satu bagian penting dalam pencapaian tujuan, karena perlu dilibatkan dalam tiap proses pembangunan, yaitu :

- 1) Identifikasi masalah, yang masyarakat bersama dengan perencana ataupun pemegang otoritas kebijakan tersebut identifikasi persoalan dalam diskusi kelompok (*brain storming*), identifikasi peluang, potensi dan hambatan;
- 2) Proses perencanaan, yang masyarakat dilibatkan dalam penyusunan rencana dan strategi dengan berdasar pada hasil identifikasi;
- 3) Pelaksanaan program pembangunan;
- 4) Evaluasi, masyarakat dilibatkan untuk memberikan hasil guna (manfaat bagi masyarakat) ataukah justru masyarakat dirugikan dalam proses yang telah dilakukan, merupakan inti dari proses evaluasi;
- 5) Mitigasi, yakni kelompok masyarakat dapat terlibat mengukur sekaligus mengurangi dampak negatif pembangunan;

6) Monitoring tahap yang dilakukan agar proses pembangunan yang dilakukan dapat berkelanjutan. Dalam tahap ini, juga dimungkinkan adanya penyesuaian berkaitan dengan situasi dan informasi terakhir dari program pembangunan yang telah dilaksanakan.

Konsep pembangunan yang berpusat pada rakyat merupakan suatu pendekatan pembangunan yang memandang inisiatif kreatif dari rakyat sebagai sumber daya pembangunan yang utama dan memandang kesejahteraan material dan spiritual mereka tujuan yang ingin dicapai oleh proses pembangunan. (Korten, 1988:261).

Menurut Bickman, et al (dalam Ife & Tesoriero, 2008:333), partisipasi masyarakat dapat diukur melalui lima dimensi yaitu: pengelolaan, organisasi, kepemimpinan, identifikasi kebutuhan dan menggerakkan sumber daya. Kelima dimensi ini dapat digunakan untuk menciptakan suatu profil partisipasi masyarakat yang mengacu kepada indikator kualitatif berikut: a) suatu kapasitas masyarakat yang tumbuh untuk mengorganisasi aksi, b) dukungan yang tumbuh dalam masyarakat dan jaringan yang bertambah kuat, c) peningkatan pengetahuan masyarakat tentang keuangan dan manajemen program, d) keinginan masyarakat untuk terlibat dalam pembuatan keputusan, e) peningkatan kemampuan dari mereka yang berpartisipasi dalam mengubah keputusan menjadi aksi, f) meningkatkan jangkauan partisipan melebihi program untuk mewakilinya dalam organisasi lain, g) pemimpin yang muncul dari masyarakat, h) meningkatnya jaringan dengan program, masyarakat dan organisasi lain, i) mulai mempengaruhi kebijakan.

Mendorong partisipasi merupakan bagian kritis dari proses pengembangan masyarakat. Kondisi yang mendorong partisipasi menurut Jim Ife & Frank Tesoriero (2008:314) adalah berikut: Pertama, orang akan berpartisipasi apabila mereka bahwa isu atau aktifitas tersebut penting. Cara ini dapat secara efektif dicapai jika masyarakat sendiri telah mampu menentukan isu atau aksi, dan telah mendominasi kepentingannya, bukan berasal dari orang luar yang memberikan mereka apa yang harus dilakukan. Kedua, orang yang harus merasa bahwa aksi mereka akan membuat perubahan terhadap prospek peluang kerja loka, akan kecil insentif untuk berpartisipasi. Perlu dibuktikan bahwa masyarakat dapat memperoleh sesuatu yang akan membuat perbedaan dan akan menghasilkan perubahan. Ketiga, berbagai bentuk partisipasi harus diakui dan dihargai. Keempat, orang harus bisa berpartisipasi dan didukung dalam partisipasinya. Hal ini berarti bahwa isu-isu seperti keamanan waktu, lokasi kegiatan, dan lingkungan tempat kegiatan akan dilaksanakan sangat penting dan perlu diperhitungkan dalam perencanaan proses berbasis masyarakat.

Chowdhury menyatakan bahwa kondisi ideal kontribusi terhadap partisipasi yang berarti dapat dibahas dari tiga aspek:

- 1) Apa jenis partisipasi sedang dipertimbangkan?
- 2) Siapa yang berpartisipasi di dalamnya?
- 3) Bagaimana pengaruh keikutsertaan terjadi?

Evens (1974) juga menunjukkan pentingnya masalah berikut untuk menilai sejauh mana partisipasi masyarakat:

- 1) Siapa yang berpartisipasi?
- 2) Apa yang orang kerjakan dalam berpartisipasi?
- 3) Mengapa orang berpartisipasi? Dapat dilihat dari:
  - a) Budaya penjelasan (nilai, norma dan peran dll)
  - b) Penjelasan kognitif (kemampuan verbal dan pengetahuan tentang organisasi)
  - c) Penjelasan structural (alternatif, sumber daya tersedia dan manfaat yang dicari)
  - d) Implikasi (bagaimana benefit memberikan kontribusi ke akhir atau prinsip-prinsip yang mereka nilai).

Oakley dan Marsden (1987) mendefinisikan partisipasi masyarakat sebagai proses individu, keluarga atau masyarakat bertanggungjawab untuk kesejahteraan mereka sendiri dan mengembangkan kemampuan untuk berkontribusi pada mereka sendiri dan pengembangan masyarakat.

## 2.4 Keberlangsungan (*Sustainability*) Program

Definisi keberlangsungan program (*Sustainability*)

Mampu menyampaikan tingkat manfaat, manfaat dalam waktu yang diperluas setelah keuangan yang utama, manajerial dan teknik asistensi dari donor luar dihentikan (*US Agency for International Development, 1988*).

Menurut Goodman, 1988, menemukan beberapa program inovasi kesehatan perencanaan dini dan aktif, adalah mempertinggi kesempatan untuk *sustain* lebih lama dan mengusulkan perencanaan dini untuk menggaji pekerja dan bergabung organisasi dengan institusi kesehatan setempat).

Kemampuan suatu program untuk terus menyampaikan manfaatnya yang dimaksud dalam kurun waktu yang lama (Bamberger and Cheema, 1990).

Shediac-Rizkallah (1998) mengembangkan sebuah *framework* untuk mengukur keberlangsungan (*sustainability*) bagi kesinambungan program kesehatan. Sebagaimana

dilihat dalam bagan keberlangsungan (*sustainability*) dapat dipakai juga sebagai indikator operasional memonitor program yang sudah berjalan berupa :

1) Terpeliharanya manfaat kesehatan setelah selesainya program awal

Konsep dan pendekatan dari kesehatan masyarakat member pandangan tentang metode untuk melacak hubungan antara kesehatan, kebiasaan dan masalah kesehatan dalam rangka menjamin kelanjutan control terhadap penyakit. Banyak program yang berhenti secara dini menghasilkan *oucome* bidang kesehatan yang buruk. Kerumitan dalam intervensi yang bersifat preventif yang bertujuan untuk mengontrol baik masalah penyakit infeksi maupun penyakit kronik, adalah bahwa keberlangsungan berjalan lambat dan sukar untuk merubah kebiasaan.

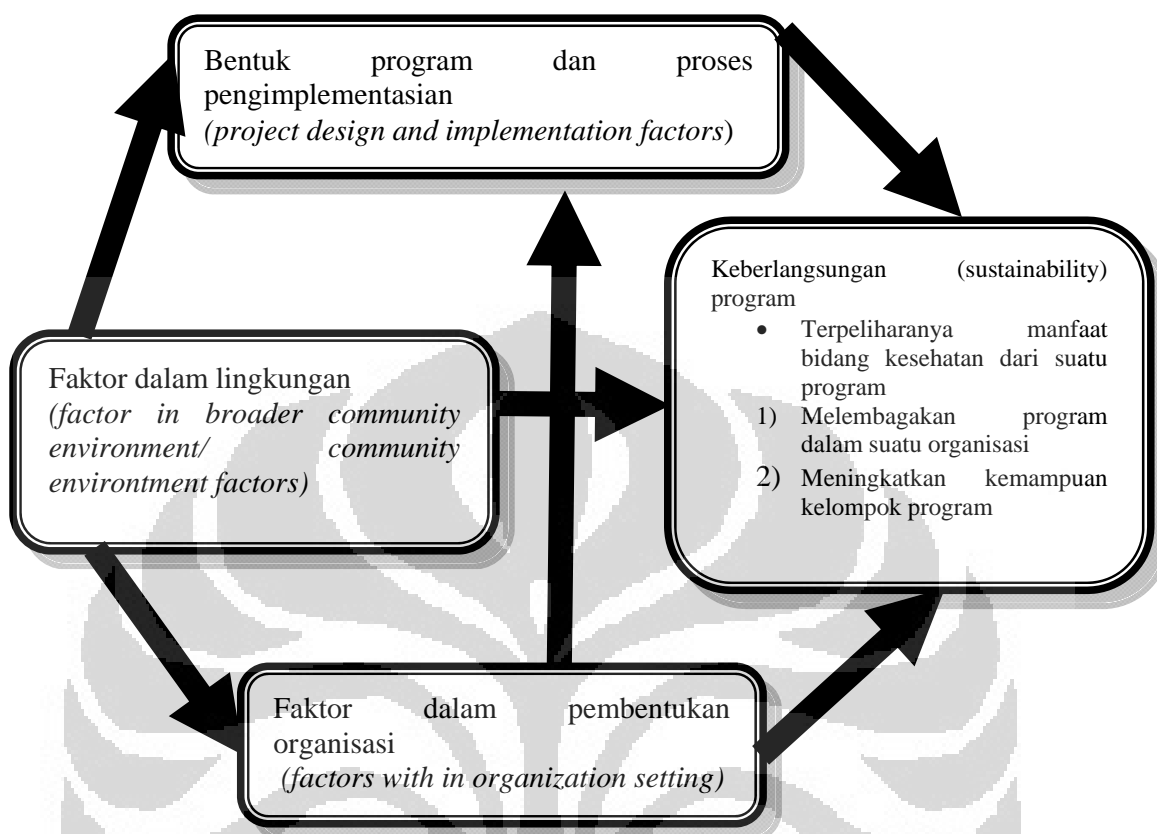
2) Melembagakan sebuah program menjadi bagian dari organisasi

Teori dari perubahan organisasi dan inovasi memberikan pendekatan tentang konsep bagaimana sebuah program baru bisa masuk dalam sebuah organisasi dan institusi. Bagaimana sebuah program baru bisa masuk dalam sebuah organisasi dan institusi. Keberlangsungan dipandang sebagai sebuah proses hasil akhir dari program pengimplementasian yang muncul kemudian, inovasi kehilangan sebagai identitasnya dan menjadi aktifitas rutin sebuah organisasi. Hal ini sering disebut rutinitas. Kondisi yang menyebabkan sebuah inovasi berubah menjadi rutinitas yang khusus bagi organisasi induk.

3) Meningkatkan kemampuan kelompok penerima program

Meningkatkan kemampuan masyarakat penerima dalam arti pelatihan terhadap penerima program untuk menjadi sumber informasi dan penasehat dalam masalah promosi kesehatan bagi masyarakat.

**Gambar 1. Bagan keberlangsungan program**



Sumber : M.C Shediak Rizkallah and L.R. Bone

*Planning for sustainability of community based health program: conceptual framework and future directions for research, practice and policy .Journal, 1998*

#### **2.4.1 Keberlangsungan (Sustainability) dipengaruhi oleh 3 (tiga) kelompok faktor utama**

##### **1) Proses pengimplementasian program (project design and implementation factors)**

Faktor ini berhubungan dengan tersedianya sumber daya yang dimiliki termasuk pegawai, uang, dan waktu dan bagaimana sumber daya itu dipergunakan dalam implementasi. Perencanaan program membutuhkan saling pengertian antara pencari dana dan kebutuhan dari kelompok.

Menurut Bossert (1990), sebuah program akan sustain merupakan hasil proses negoisasi yang dilaksanakan secara saling menguntungkan dan saling menghormati antara pencari dana, organisasi induk, kelompok masyarakat dan pemerintah dalam hal menentukan tujuan, sasaran, dan batas waktu perencanaan.

a) Proses negoisasi program

Bahwa pendekatan dan tujuan program dibicarakan bersama sebagai mitra dengan anggota kelompok penerima program, dan konsensus bersama itu dalam upaya memenuhi kebutuhan semua anggota kelompok, dan kebutuhan kelompok yang mendorong program bukan karena dorongan donor dari luar atau atas saran seseorang ahli sekalipun.

b) Efektifitas program

Bahwa program yang dilaksanakan itu efektif memenuhi kebutuhan kelompok, sangat mungkin dilaksanakan dan sudah diketahui efek yang diharapkan dan tidak diharapkan.

c) Lamanya program

Jangka waktu lamanya program akan dilaksanakan merupakan program baru atau program yang sudah ada sebelumnya dan membutuhkan dana tambahan

d) Keuangan program

Diketaui dari mana sumber dana program (internal, eksternal atau gabungan), sumber daya local yang dimiliki.

Harus ada biaya pemeliharaan

Besarnya biaya yang bisa dan mau dibayar oleh anggota masyarakat. Strategi yang akan dicapai untuk menanggulangi kekurangan dana yang berangsur-angsur menyusut

e) Jenis program

Program yang akan dilaksanakan harus dapat dibedakan apakah bersifat preventif atau kuratif.

f) Komponen pelatihan

Pada program yang dilakukan pelatihan akan bertahan lebih lama, karena para peserta yang dilatih akan meneruskan hasil pelatihannya kepada yang lainnya dan akan mendukung kelangsungan program.

2) Faktor dalam pembentukan organisasi (*factors within organization setting*)

Segala sesuatu yang berhubungan dengan organisasi induk yang ada, termasuk struktur organisasi, proses politik yang menghambat atau mendukung kelanjutan dari program.

- a) Kekuatan institusi: adalah mengetahui bentuk program seperti apa yang akan diimplementasikan, dengan mempertimbangkan tentang kemungkinan perkembangannya program di waktu yang akan datang menjadi baik, stabil, atau berkembang lebih besar dibandingkan saat awal pengimplementasian.

- b) Program yang dilaksanakan menyeluruh dan terpadu dengan program yang ada (program induk), identifikasi kedudukan program yang akan dilaksanakan baik secara vertical atau horizontal dalam keorganisasian induk yang ada.
  - c) Kepemimpinan: merupakan faktor yang berpengaruh penting sehubungan dengan kecakapan untuk dapat memimpin, memiliki keterlibatan yang besar dalam pelaksanaan program serta memiliki dukungan dari atasan yang lebih tinggi dalam organisasi induk.
- 3) Faktor dalam lingkungan (*factor in broader community environment / community environment factors*)

Pertimbangan sosioekonomi dan politik adalah bagaimana lingkungan sosioekonomi dan politik menguntungkan untuk keberlangsungan program sebagai tujuan yang realistis. Dengan kata lain seberapa besar dan seberapa jauh keterlibatan masyarakat dalam kegiatan yang dilakukan.

## 2.5 Pengertian WSLIC-2

*Water & Sanitation for Low Income Communities (WSLIC)* adalah kegiatan di bidang air bersih dan sanitasi yang ditujukan bagi masyarakat berpenghasilan rendah di pedesaan yang kurang/ tidak mendapat akses air bersih dan sanitasi dasar

## 2.6 Tujuan WSLIC-2

WSLIC-2 bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan, produktivitas dan kualitas hidup masyarakat yang berpenghasilan rendah melalui:

- 1) Perubahan perilaku;
- 2) Pelayanan kesehatan berbasis lingkungan;
- 3) Penyediaan air bersih dan sanitasi yang aman, cukup dan mudah dijangkau;
- 4) Kesiambungan dan efektivitas program melalui partisipasi masyarakat.

## 2.6 Sasaran WSLIC-2

Sasaran WSLIC-2 adalah desa-desa yang memenuhi prasyarat:

- 1) Indeks kemiskinan tinggi,
- 2) Insidens/prevalensi penyakit yang ditularkan melalui air (*water-borne*) tinggi,
- 3) Akses masyarakat terhadap air bersih dan sanitasi dasar rendah,
- 4) Ada sumber air, dan
- 5) Tidak ada kegiatan pemberdayaan sejenis.

## 2.7 Kebijakan strategis WSLIC-2

Kebijakan strategis yang diterapkan dalam pelaksanaan WSLIC-2 sebagai berikut:

- 1) WSLIC-2 dilaksanakan secara lintas sektor dalam wadah Forum Koordinasi Pusat (Tim Pengarah dan Tim Teknis), Tim Koordinasi Propinsi (TKP), Tim Koordinasi Kabupaten (TKK), dan Tim Koordinasi Kecamatan (TKKc). Sektor/Instansi yang terkait adalah Bappeda, Kesehatan, Kimpraswil/PU, PMD dan Dindik.
- 2) Desentralisasi pelaksanaan Program pada Kabupaten dan masyarakat;
- 3) Perencanaan dari bawah dengan berorientasi pada DRA (*Demand Responsive Approach*);
- 4) Pemberdayaan masyarakat dilakukan dengan menggunakan metoda *MPA/PHAST (Methodology for Participatory Assessment/Participatory Hygiene and Sanitation Transformation)*;
- 5) Bentuk partisipasi masyarakat antara lain berupa kontribusi uang tunai 4% biaya konstruksi (Cash) dan material lokal dan tenaga 16% biaya konstruksi (*in-kind*);
- 6) Penyerahan asset sarana ABPL pada masyarakat untuk dikelola dan dikembangkan oleh masyarakat secara mandiri;

Pada tahap pasca-konstruksi dan tahap pasca-program masyarakat melakukan kegiatan untuk mencapai tujuan program (peningkatan derajat kesehatan, peningkatan produktifitas, dan peningkatan kualitas hidup) dengan fasilitator dari Pemerintah daerah dan LSM Lokal.

## 2.8 Komponen Program WSLIC-2

### 2.8.1 Komponen A : Peningkatan Kapasitas Kelembagaan dan Masyarakat

Komponen A mencakup:

- a. Peningkatan kemampuan TFM, TKM, masyarakat, melalui pelatihan-pelatihan untuk mengembangkan keterampilan dalam hal:
  - a.1) Identifikasi masalah dan persiapan pemberdayaan masyarakat dibidang air bersih dan penyehatan lingkungan;
  - a.2) Pelaksanaan tanggungjawab manajemen organisasi dan keuangan;
  - a.3) Pengoperasian dan pemeliharaan sarana air bersih dan penyehatan lingkungan permukiman.
- b. Pelatihan bagi Aparat Kabupaten dan Kecamatan serta LSM dalam upaya mengembangkan keterampilan teknis dibidang pengelolaan pelayanan kesehatan, penyuluhan kesehatan, perencanaan dan pemeliharaan sarana air bersih dan



penyehatan lingkungan permukiman serta pemberdayaan masyarakat agar dapat berinisiatif.

- c. Bantuan teknis (Konsultan) untuk pelaksana tingkat Kabupaten dan Kecamatan dalam meningkatkan kapasitas sumber daya manusia dan menyusun prosedur pengoperasian yang tepat sehingga dengan mudah dapat tanggap terhadap kebutuhan dan pemberdayaan masyarakat tentang program air bersih dan penyehatan lingkungan permukiman.
- d. Bantuan teknis (Konsultan) kepada pemerintah daerah tingkat Kabupaten mengenai program air bersih dan penyehatan lingkungan permukiman guna meningkatkan kemampuan dibidang perencanaan program, pelaksanaan dan monitoring, termasuk pengembangan mekanisme dalam pengambilan keputusan dan proses keuangan secara transparan.

### **2.8.2 Komponen B: Peningkatan Program Kesehatan dan Sanitasi**

- a. Pengadaan Konsultan, pelatihan dan materi bagi guru dan Kepala Sekolah Dasar guna pengembangan program promosi kesehatan di sekolah dan penyehatan lingkungan permukiman serta penggabungan beberapa program lainnya untuk dijadikan materi pendidikan sekolah.
- b. Pengadaan konsultan dan pelatihan bagi petugas kesehatan, guru, Aparat dan LSM untuk pengembangan dan pelaksanaan kegiatan promosi hygiene dan sanitasi serta kegiatan yang lain yang tidak terjangkau oleh masyarakat.
- c. Ketersediaan dana bantuan bagi Tim Kerja Masyarakat untuk melaksanakan program kesehatan dan sanitasi melalui partisipasi masyarakat dan program-program di Puskesmas lainnya.
- d. Pengadaan konsultan untuk membantu Departemen Kesehatan dalam melakukan monitoring dampak terhadap kesehatan sebagai akibat dari intervensi program.

### **2.8.3 Komponen C: Pembangunan Sarana Air Bersih**

- a. Bantuan teknis (pendamping) bagi masyarakat untuk pengembangan berbagai opsi teknis dan tingkat pelayanan serta biaya untuk pembangunan dan pemeliharaan sarana air bersih.
- b. Pendamping teknis untuk membantu keluarga/kelompok sasaran dan berpartisipasi dalam melakukan evaluasi terhadap opsi dan rencana pembangunan sarana air bersih.

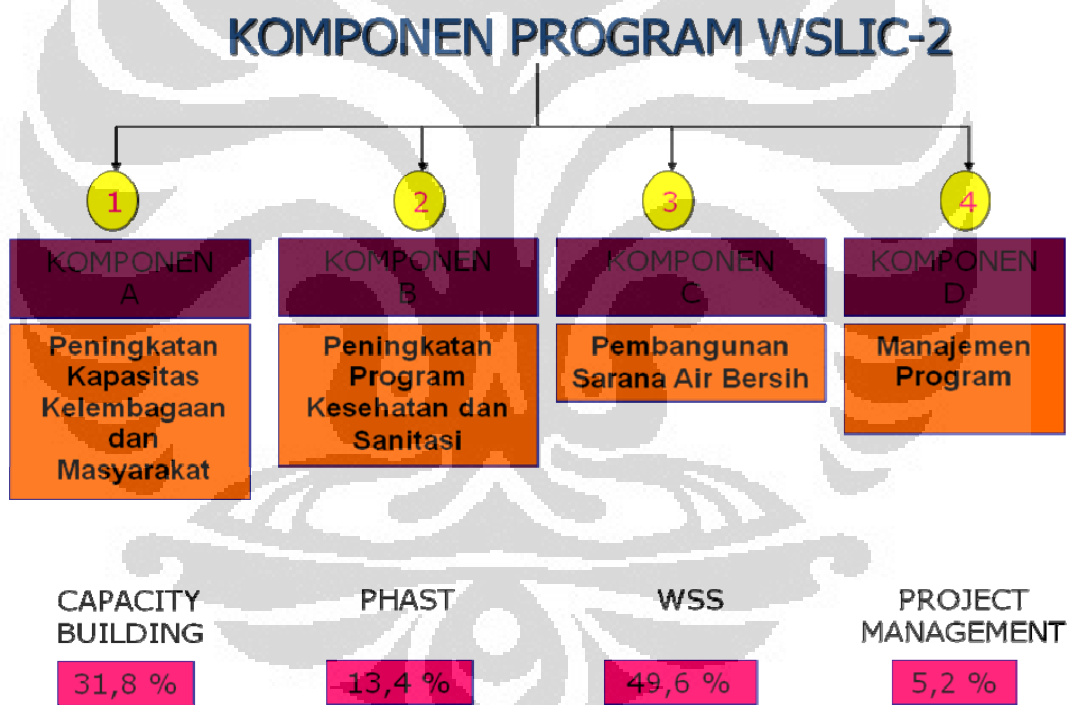
- c. Penyediaan bantuan bagi Tim Kerja Masyarakat untuk membuat rancang bangun, membangun sarana air bersih serta program kesehatan ditingkat masyarakat melalui proses partisipasi.
- d. Penyediaan pelatihan dan pendamping untuk kegiatan pengoperasian dan pemeliharaan terhadap sarana yang telah dibangun.

#### 2.8.4 Komponen D : Komponen Manajemen Program

Komponen Manajemen Program meliputi kegiatan pengelolaan program yang mencakup: administrasi keuangan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan program serta penyediaan peralatan dan fasilitas kantor, supervisi, pembinaan, gaji upah, honorarium, uang lembur, perjalanan, peralatan, biaya operasional kantor, bahan, dan lain sebagainya.

Secara singkat komponen program WSLIC-2 dapat dilihat pada gambar dibawah ini:

**Gambar 2. Komponen WSLIC-2**



#### 2.9 Metode MPA/ PHAST

Kegiatan WSLIC-2 merupakan kegiatan kemitraan antara masyarakat, pemerintah, swasta dan LSM serta melibatkan lembaga internasional. Dalam pelaksanaannya kegiatan WSLIC-2 menggunakan pendekatan pemberdayaan masyarakat dengan menggunakan metoda MPA/ PHAST. Pendekatan metoda ini menempatkan masyarakat sebagai pemeran utama dalam pelaksanaan program di tingkat desa. Metoda ini pada dasarnya menitikberatkan

pada pelibatan seluruh masyarakat (laki-laki-perempuan, kaya-miskin) dalam berbagai kegiatan, mulai dari pengambilan keputusan, perencanaan, pelaksanaan, pengoperasian dan pemeliharaan sarana serta monitoring dan evaluasi. **MPA** (*Methodology for Participatory Assessments*) digunakan sebagai pendekatan dalam membuat rencana kerja di tingkat masyarakat, khususnya pada penilaian kebutuhan terhadap sarana air bersih dan sanitasi. Sedangkan **PHAST** (*Participatory Hygiene And Sanitation Transformation*) digunakan dalam menyusun rencana kerja khususnya dalam melakukan perubahan perilaku hidup sehat di kalangan masyarakat dan sekolah.

Isu gender dan kemiskinan adalah *mainstreamed* dalam proses perencanaan masyarakat dengan metoda MPA/PHAST, sehingga memastikan bahwa laki-laki-perempuan, kaya-miskin, terlibat dalam menentukan kebutuhan mereka sendiri dan dalam pengambilan keputusan terhadap perencanaan dan pelaksanaan kegiatan. Aspek kebutuhan masyarakat menjadi panduan dalam pengambilan keputusan.

#### **2.10 Pelaksanaan Program WSLIC-2**

Program WSLIC-2 dilaksanakan secara nasional yang tersebar di :

- 1) 7 Provinsi dan 1 provinsi pemekaran (Sulawesi Barat).
- 2) 34 Kabupaten dan 1 Kabupaten pemekaran (Mamas)
- 3) 2.000 desa (kurang lebih).

Wilayah kerja Program WSLIC-2 seperti tabel dibawah ini:

Tabel 2. Wilayah kerja Program WSLIC-2

NO	PROPINSI	KABUPATEN	PROPINSI	KABUPATEN
I.	Sumatra Barat	1. Pesisir Selatan 2. Solok 3. Swl/Sijunjung 4. Pasaman	V.	Jawa Barat 16. Ciamis 17. Cirebon 18. Bogo
II.	Sumatra Selatan	5. Lahat 6. Muara Enim 7. Musi 8. Banyuasin	VI.	Jawa Timur 19. Ponorogo 20. Blitar 21. Kediri 22. Malang 23. Lumajang 24. Jember 25. Bondowoso 26. Probolinggo 27. Mojokerto 28. Bojonegoro 29. Lamongan 30. Sampang 31. Sumenep 32. Pamekasan
III.	Kep. Bangka-Belitung	9. Belitung		
IV.	Nusa Tenggara Barat	10. Lombok Barat 11. Lombok Tengah 12. Lombok Timur 13. Sumbawa 14. Dompu 15. Bima	VII.	A. Sulawesi Selatan 33. Bone B. Sulawesi Barat 34. Polewali Mandar 35. Mamasa *)

\*) mulai tahun 2006

### 2.11 Ciri-Ciri Program WSLIC-2

Ciri- ciri WSLIC-2 sebagai berikut:

#### a. Dari segi proses

- 1) Peka terhadap kelompok masyarakat yang berpenghasilan rendah
- 2) Kesetaraan gender, peka terhadap keterlibatan perempuan dalam setiap kegiatan.
- 3) Transparansi, terbuka disetiap rumusan kegiatan dan pengelolaan
- 4) Masyarakat pemeran utama program, sehingga dalam merencanakan, memutuskan, melaksanakan dan melakukan monitoring dan evaluasi adalah masyarakat sendiri yang disepakati secara musyawarah, dan diwadahi oleh TKM<sup>1</sup>.

#### b. Dari segi kesinambungan

Pelaksanaan pengelolaan air bersih dikatakan sinambung bila hasil kegiatan memenuhi 5 aspek kesinambungan yakni:

<sup>1</sup> TKM: Tim Kerja Masyarakat

**a. Kestinambungan Teknis**

Perencanaan yang dilakukan oleh masyarakat mempertimbangkan jenis teknologi sesuai dengan kondisi masyarakat setempat.

**b. Kestinambungan Financial**

Semua kelompok masyarakat (Kaya/Miskin, Laki/Perempuan) mampu menyediakan biaya operasi dan pemeliharaan secara mandiri melalui iuran.

**c. Kestinambungan Lingkungan**

Pemanfaatan dan pemeliharaan sarana AMPL<sup>2</sup> memperhatikan aspek lingkungan baik terhadap sarana itu sendiri maupun terhadap lingkungan sekitar sarana.

**d. Kestinambungan Institusi**

Masyarakat membentuk badan pengelola dengan memperhatikan kesetaraan gender dan keterlibatan kelompok miskin dalam pengelolaan sarana. serta mewujudkan nilai-nilai demokrasi dan transparansi. Selain itu dalam kaitannya dengan pengembangan kemampuan melalui pelatihan juga harus melibatkan kelompok miskin dan kesetaraan gender, baik dalam menentukan jenis pelatihan maupun peserta pelatihan.

**e. Kestinambungan Sosial**

Seluruh kelompok masyarakat (miskin/kaya, laki-laki/perempuan) ikut dalam menentukan dan merencanakan kebutuhan berdasar *Demand Responsive Approach*.

**c. Dari segi dampak**

Setelah 1 tahun serah terima hasil pembangunan fisik, dilakukan evaluasi terhadap:

- 1) Perubahan perilaku masyarakat setelah 1 tahun sarana digunakan
- 2) Dampak terhadap kasus diare
- 3) Produktifitas masyarakat
- 4) Perubahan tingkat kesejahteraan masyarakat

**2.12 Jenis dan Sasaran Program Kesehatan Dan *Hygiene Sanitasi***

**2.12.1 Jenis Kegiatan**

Sesuai dengan “*Levels of application of preventive measures*” terhadap penyakit yang ditularkan melalui air dan lingkungan, kegiatan kesehatan yang utama adalah promosi kesehatan dan pencegahan penyakit, agar interaksi antar bibit penyakit – lingkungan – manusia tidak menimbulkan stimulus penyakit.

---

<sup>2</sup> AMPL: Air Minum dan Penyehatan Lingkungan

Jenis kegiatan tersebut meliputi:

a. Promosi kesehatan dan hygiene sanitasi.

Tujuannya untuk meningkatkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)

- 1) Penggunaan dan pemeliharaan sarana air bersih
- 2) Penggunaan dan pemeliharaan sarana sanitasi (jamban)
- 3) Cuci tangan dengan air dan sabun sebelum makan dan sesudah buang air besar
- 4) Pembuangan sampah yang saniter
- 5) Penyehatan makanan dan minuman

b. Pencegahan penyakit

- 1) Pencegahan dan pemberantasan penyakit cacing pada sekolah disertai pemeriksaan tinja sebelum dan sesudah pengobatan
- 2) Pencegahan dan pemberantasan penyakit lain dalam skala kecil oleh masyarakat
- 3) Pembersihan sarang nyamuk

c. Peningkatan kualitas air dan lingkungan, melalui kegiatan:

- 1) Pemeriksaan kualitas air dengan metoda  $H_2S$
- 2) Pemeriksaan kontaminasi tangan oleh kuman dengan *fecal contamination test kit*
- 3) Perbaikan kualitas air dengan sodis

d. Peningkatan akses penggunaan jamban

- 1) Sistem dana bergulir
- 2) Sistem pembangunan sendiri oleh masyarakat tanpa bantuan

### 2.12.2 Sasaran Kegiatan

a. Program Kesehatan Masyarakat.

Sasarannya ialah individu, keluarga dan masyarakat

b. Program Kesehatan Sekolah

Sasarannya masyarakat sekolah, murid, guru, pegawai sekolah, dan orang tua murid.

### 2.13. Opsi Kegiatan Program Kesehatan

Berdasarkan opsi program kesehatan yang telah disusun dalam RKM, masyarakat melaksanakan kegiatan sesuai dengan perencanaan yang telah dibuat oleh masyarakat sendiri.

### 2.13.1. Peningkatan kualitas air

Dilaksanakan inspeksi sanitasi terhadap sarana yang telah dibangun.

- 1) Inspeksi sanitasi sederhana untuk mengetahui resiko pencemaran
- 2) Pemeriksaan kualitas air secara bakteriologis dengan metoda H<sub>2</sub>S dapat dilakukan di sekolah oleh murid.
- 3) Perbaikan sarana air bersih oleh masyarakat berdasarkan hasil pengawasan kualitas air.
- 4) Penyuluhan dengan metoda partisipatori tentang cara pengambilan air, cara transportasi air, cara penyimpanan dan cara penggunaan air.

### 2.13.2. Peningkatan kualitas lingkungan

- 1) Inspeksi sanitasi sederhana untuk mengetahui resiko pencemaran jamban
- 2) Perbaikan sarana jamban yang tidak memenuhi syarat
- 3) Penyuluhan tentang penggunaan dan pemeliharaan jamban dengan metoda partisipatori
- 4) Penyuluhan tentang cuci tangan sebelum meninggalkan jamban (sesudah BAB) dan sebelum makan

### 2.13.3. PHBS tentang cuci tangan dengan air dan sabun

#### a. Di Sekolah

- 1) Pendidikan kesehatan dengan modul
- 2) Penyediaan tempat cuci tangan (swadaya atau dana hibah)
- 3) Monitoring kebiasaan cuci tangan dengan air dan sabun oleh murid dan guru
- 4) Pemeriksaan dengan *fecal contamination test kit* untuk mengetahui apakah terjadi kontaminasi terhadap tangan.

#### b. Di Masyarakat

- 1) Penyuluhan dengan metoda partisipatori melalui kelembagaan yang ada (pengajian, arisan)
- 2) Penyediaan air bersih, sabun dan sarana lain oleh masyarakat

### 2.13.4. Pembuangan Sampah

#### a. Di Sekolah

- 1) Pengadaan sarana / tempat sampah (swadaya atau dari dana hibah desa)
- 2) Pendidikan kesehatan dengan modul

- 3) Monitoring kepadatan lalat
- b. Di Masyarakat
- 1) Pengadaan tempat pembuangan sampah (swadaya)
  - 2) Penyuluhan dengan metoda partisipatori
  - 3) Monitoring kepadatan lalat

#### **2.13.5. Pengobatan penyakit kecacingan terhadap murid sekolah**

Dengan cara massal atau selektif tergantung tingkat endemisitas penyakit.

- 1) Didahului dengan pemeriksaan sampel tinja (murid dibagikan pot, pagi harinya membawa sampel tinja, pemeriksaan telur cacing oleh PUSKESMAS). Setelah pengobatan juga dilaksanakan pemeriksaan tinja.
- 2) Pengobatan penyakit kecacingan terhadap kepada murid secara selektif atau massal, oleh petugas PUSKESMAS dibantu oleh guru dan CF bidang kesehatan.
- 3) Sebelum pengobatan murid sekolah mengisi tentang perilaku, kebiasaan dan kondisi lingkungan rumah dengan menggunakan formulir.
- 4) Pengobatan setiap 6 bulan
- 5) Penyediaan obat oleh Kabupaten / Propinsi

#### **2.13.6. Penyehatan Makanan dan Minuman**

- a. Di Sekolah
- 1) Pendidikan kesehatan pada murid kelas 4 dan 5 dengan modul
  - 2) Monitoring / Implementasi sanitasi, tempat jajan, kantin dan warung sekolah
- b. Di Masyarakat
- 1) Penyuluhan tentang pemilihan bahan, cara mencuci bahan makanan, cara memasak dan penyimpan makanan.
  - 2) Penggunaan SODIS untuk meningkatkan kualitas air minum

#### **2.13.7. Pembersihan Sarang Nyamuk (PSN)**

- a. Di Sekolah
- 1) Pendidikan kesehatan dengan menggunakan modul
  - 2) Pemeriksaan jentik oleh murid di lingkungan sekolah dan di sekitar rumah murid



b. Di Masyarakat

- 1) Pemeriksaan jentik berkala
- 2) Penggerakan masyarakat dengan tujuan bebas jentik di rumah dan lingkungannya

**2.13.8. Peningkatan Perilaku Penggunaan dan Pemeliharaan Sarana Air Bersih**

a. Di Sekolah

- 1) Pendidikan kesehatan dengan menggunakan modul
- 2) Pengawasan kualitas air

b. Di Masyarakat

- 1) Pengawasah kualitas air dengan inspeksi sanitasi sederhana
- 2) Cara pengambilan air, transportasi dan penyimpanan air
- 3) Cara pemanfaatan air (misal menggunakan sodis untuk disinfektan air)
- 4) Cara pemeliharaan sarana

**2.13.9. Peningkatan Perilaku Penggunaan dan Pemeliharaan Sarana Sanitasi**

a. Di Sekolah

- 1) Pendidikan kesehatan dengan menggunakan modul
- 2) Cara penggunaan jamban
- 3) Cara pemeliharaan jamban
- 4) Pengawasan kualitas jamban dengan inspeksi sanitasi sederhana

b. Di Masyarakat

- 1) Penyuluhan cara penggunaan dan pemeliharaan jamban
- 2) Pengawasan kualitas jamban dengan inspeksi sanitasi sederhana

**2.14. Strategi Pembangunan Sarana Sanitasi**

Dua langkah strategi untuk pembangunan sarana penyehatan lingkungan adalah pertama penyuluhan kesehatan dan pemasaran sosial akan dilaksanakan dahulu dan disusul langkah kedua melatih masyarakat untuk memasarkan dan membangun berbagai tipe konstruksi sarana penyehatan lingkungan. Sarana penyehatan lingkungan akan mudah dipasarkan dengan motif prestige, kenyamanan dan kebutuhan pribadi serta dapat meningkatkan kesehatan keluarga.

Melalui kader desa yang sudah dilatih tentang konstruksi sarana khususnya pembangunan jamban sesuai dengan kondisi di wilayah, mereka akan membantu masyarakat untuk membangun jamban. Mekanisme pembangunan antara kader dengan masyarakat sesuai kesepakatan kedua belah pihak dan mengingat sifat bantuan pada keluarga itu bersifat stimulan maka cara penyebarannya sesuai kesepakatan antara mereka dapat melalui pengguliran maupun arisan. Village Grant dapat dimanfaatkan pula untuk pengadaan material dan instrumen penyuluhan, kegiatan pemberantasan kecacingan disekolah, pengadaan alat yang sangat selektif untuk surveilans.

Semua sumber daya manusia yang ada seperti sanitarian, guru, bidan desa dan kader kesehatan (posyandu) dilibatkan dalam proses pelaksanaan kegiatan yang berkaitan dengan kesehatan. Semua rencana pelaksanaan harus masuk kedalam rencana kerja masyarakat (RKM).

### **2.15. Cara Pelaksanaan Dana Bergulir**

Salah satu cara pembangunan sarana sanitasi dilakukan dengan menggunakan dana bergulir sebagai stimulan bagi masyarakat yang akan dikembalikan secara berangsur dalam waktu tertentu. Dana bergulir tersebut berasal dari dana pembangunan sarana sanitasi dan kesehatan. Apabila masyarakat menginginkan dana bergulir maka keinginan tersebut harus dituangkan dalam RKM (Rencana Kerja Masyarakat). Dana bergulir akan dikelola oleh Unit Administrasi Keuangan dari TKM yang akan mendapat pelatihan dan pendampingan dari CFT bidang pemberdayaan masyarakat. TKM harus membuat format sederhana tentang tata cara pelaksanaan dana bergulir. Format tersebut mencakup antara lain:

- 1) Jumlah maksimum dana bergulir yang dapat dipinjam oleh tiap keluarga untuk membangun sarana sanitasi tersebut. Jumlah maksimum ini dapat berbeda dari satu daerah dengan daerah lain tergantung dengan harga material dan tenaga setempat.
- 2) Untuk menjamin bahwa dana tersebut akan digunakan untuk membangun sarana jamban, dana bergulir tersebut harus berupa bahan-bahan (semen, landasan toilet/WC, pipa ventilasi), sehingga masing-masing keluarga dapat memilih sesuai dengan kebutuhan mereka.
- 3) Fasilitator Masyarakat bidang Pemberdayaan dan TKM akan memonitor pelaksanaan dana bergulir selama waktu proyek, untuk mengetahui apakah material yang disediakan dimanfaatkan untuk pembangunan jamban.

- 4) Rencana pembayaran kembali dana bergulir dan sanksi-sanksi yang akan diterapkan bila tidak dapat mengembalikan dana tersebut harus tercantum dalam persetujuan tertulis yang dibuat oleh peminjam.

Disarankan agar perempuan lebih berperan dalam pelaksanaan dana bergulir ini.

Bagian Administrasi dan Keuangan TKM dibantu oleh CFT bidang Pemberdayaan Masyarakat akan menyiapkan laporan secara berkala. Laporan tersebut mencakup:

- 1) Jumlah dana bergulir yang telah disetujui, dan
- 2) Prosentase (%) dari pengembalian dana yang dipinjam.
- 3) Penjelasan Pengelolaan Dana Bergulir pada Petunjuk Teknis Dana Bergulir

## **2.16. Pembangunan Sarana Air Bersih**

Opsi teknis sarana air bersih mencakup Sarana Perpipaan dan Sarana Non-Perpipaan.

### **2.16.1 Sarana Perpipaan**

Pada daerah tertentu, sarana perpipaan dapat menjadi pilihan utama masyarakat, mengingat sarana ini sangat membantu mempermudah masyarakat untuk memperoleh air bersih. Sistem sarana perpipaan mempunyai tipe bangunan:

- a. Perlindungan mata air yang dilengkapi dengan pipa transmisi dan pipa distribusi dengan sistem gravitasi.
- b. Air permukaan yang terlindungi yang dapat dialirkan melalui gravitasi.
- c. Sumur bor dengan pemompaan kedalam tangki air dan didistribusikan secara gravitasi.
- d. Pengambilan air permukaan yang membutuhkan pemompaan dan pengolahan air.

Dari ke empat tipe tersebut, sistem perpipaan dengan mengambil air dari mata air dapat dialirkan melalui gravitasi merupakan pilihan utama dengan pertimbangan masyarakat akan mudah mengoperasikan dan memeliharanya.

Apabila terdapat 2 pilihan sumber air yaitu air tanah dengan pemompaan dan mata air dengan jarak antara 3-5 km namun dapat dialirkan secara gravitasi, maka pilihan ke-2 yang perlu dipertimbangkan.

Jalur pipa diutamakan untuk jalur pelayanan umum (kran umum) dan sambungan rumah dapat diperhitungkan tidak lebih 50% dari kapasitas pelayanan. Biaya sambungan rumah akan sepenuhnya ditanggung oleh masyarakat. Untuk sumber energi sistem pompa apabila tidak ada listrik dapat digunakan diesel, namun perlu dipertimbangkan di daerah yang terpencil akan mengalami kesulitan untuk memperoleh bahan bakar sehingga dapat menimbulkan masalah. Pengolahan air yang memanfaatkan air permukaan dengan menggunakan sistem saringan pasir lambat (slow sand filter) perlu dipertimbangkan hasil produksi sarana tersebut sehingga sesuai dengan persyaratan kesehatan.

### **2.16.2 Sarana Non-perpipaan**

Sarana non-perpipaan dapat dibangun dengan mempertimbangkan sumber air yang dapat digunakan di wilayah tersebut sehingga dapat memenuhi kebutuhan masyarakat sesuai syarat kesehatan. Beberapa tipe sarana air bersih non perpipaan antara lain:

- 1) Sumur gali yang dilindungi dengan atau tanpa dilengkapi pompa tangan
- 2) Perlindungan mata air
- 3) Penampungan air hujan
- 4) Sumur resapan yang dilengkapi dengan pompa tangan.
- 5) Pengambilan langsung dari air permukaan yang diolah.

Pembangunan sarana sumur gali yang kurang dari 7 meter dilengkapi dengan pompa tangan, dangkal dan kedalaman air tanah lebih dari 7 meter dilengkapi dengan pompa tangan dalam, namun perlu dipertimbangkan ketersediaan suku cadang pada waktu operasional dan pemeliharaan.

Pemasangan pompa tangan banyak mengalami kegagalan disebabkan masyarakat pengguna harus memenuhi kondisi:

- 1) Masyarakat harus tahu secara tepat tentang struktur dan konstruksi pompa tangan yang digunakan.
- 2) Kualitas pompa tangan harus memenuhi standard SII
- 3) Biaya pengoperasian dan pemeliharaan ditanggung oleh masyarakat
- 4) Pendistribusian suku cadang yang tepat.

Dalam upaya memasyarakatkan pompa tangan, perlu dipertimbangkan tentang peralatan, seperti alat bor dan pemasangan pompa, rancang bangun konstruksi sumur, supervisi tentang kualitas dan pelatihan.

## Kriteria Rancang Bangun Sarana Non Perpipaan

Kriteria untuk pembangunan sarana air bersih non perpipaan sebagai berikut:

- 1) Jarak maksimum dari tempat tinggal : 100 m
- 2) Jumlah penduduk yang dilayani per unit : 50-100 orang
- 3) Maksimum kedalaman : 20 m
- 4) Konsumsi per orang : 20 l/or/hr

## Spesifikasi Sarana Non Perpipaan

### a. Sumur Gali

Sumur gali adalah suatu bangunan untuk mengambil air tanah dengan cara menggali sampai mendapatkan muka air tanah.

Syarat teknis yang berkaitan dalam pembuatan sumur gali :

- 1) Jarak sumur ke sumber limbah minimum 10 m.
- 2) Untuk menghindari kontaminasi dari air permukaan dibuat pasangan batu yang kedap air sedalam 2-3 meter, bagian atas dari sumur diberi tembok pengaman setinggi 0,8-1 meter dan dibuat penutup sumur sebagai pelengkap.
- 3) Diameter sumur antara 1-2 meter.
- 4) Kedalaman sumur harus di bawah muka air, pada musim kemarau biasanya kedalaman sumur maksimum adalah 20 meter.
- 5) Diberi saringan untuk mendapatkan kualitas air yang lebih baik.
- 6) Lantai sumur dibuat kedap air dengan radius 2-3 m dan mempunyai kemiringan sekitar 1-5%, kearah saluran pembuangan agar air tidak tergenang.
- 7) Saluran pembuangan harus dibuat kedap air dan licin dengan kemiringan 2% kearah sarana pengolahan air buangan dan badan penerima
- 8) Bila badan penerima air buangan tidak ada, perlu dibuat sarana pengolahan limbah (SPAL/resapan), supaya tidak terjadi genangan untuk tempat biakan bibit penyakit.
- 9) Bila menggunakan pompa listrik atau pompa tangan maka kecepatan pompa sesuai dengan kecepatan penurunan muka air yang paling kecil agar pasir tidak terhisap ke dalam pompa.
- 10) Sebelum sumur digunakan sebaiknya diberi disinfektan paling sedikit 50 mg/lit khlor dan memberikan kesempatan larutan khlorine untuk membersihkan dinding sumur. Setelah waktu kontak selama 24 jam, buang air dari sumur sampai bau khlor hilang.

### **b. Sumur Pompa Tangan**

Syarat teknis penggunaan pompa tangan dangkal:

- 1) Dibangun di daerah yang mempunyai sumber air tanah dangkal dengan kedalaman mluka air tanah maksimal 7-30 meter dari permukaan tanah
- 2) Tidak terlalu dekat sumber limbah seperti kakus, comberan (rminimal 10 rmeter), bila sumur terletak lebih rendah dari sumber pencemaran maka jarak harus diusahakan lebih dari 15 meter dari sumber pencemar
- 3) Diberi saringan untuk mendapatkan kualitas air yang lebih baik.
- 4) Lantai sumur dibuat kedap air dengan radius 2-3 m dan mempunyai kemiringan sekitar 1-5%, kearah saluran pembuangan agar air tidak tergenang.
- 5) Saluran pembuangan harus dibuat kedap air dan licin dengan kemiringan 2% kearah sarana pengolahan air buangan dan badan penerima
- 6) Bila badan penerima air buangan tidak ada, perlu dibuat sarana pengolahan limbah (SPAL/resapan), supaya tidak terjadi genangan untuk tempat biakan bibit penyakit.
- 7) Pipa hisap dan pipa selubung yang dipergunakan mengikuti standar SII dan SNI
- 8) Kepala dan badan pompa mengikuti standar SII atau standar yang sejenis kualitasnya
- 9) Radius pelayanan kurang dari 200m atau melayani 2 – 5 kepala keluarga untuk SPT dangkal, 5 – 15 kk untuk SPT sedang dan dalam.

### **c. Penampungan Air Hujan**

Air hujan merupakan sumber air bersih yang sangat penting di suatu daerah jika sumber-sumber air yang lain seperti air tanah, air permukaan atau pelayanan PDAM di daerah tersebut tidak ada.

Persyaratan teknis pembuatan penampungan air hujan

- 1) Curah hujan mencukupi kebutuhan minimal pada musim kemarau
- 2) Pelayanan untuk pribadi sekitar 5-10 jiwa, sedangkan untuk komunal sarnpai sekitar 100 jiwa dengan kebutuhan air sebesar 5 lt/org/hari.
- 3) Luas atap minimal 15 m<sup>2</sup>.
- 4) Konstruksi bak harus kedap air. Bak dapat dibuat dari fibre glass, pasangan bata, beton bertulang atau ferrosemen.

### **d. Embung embung**

Adalah penangkap air hujan yang ditempatkan di tanah yang prinsipnya sama dengan penampungan air hujan. Digunakan di daerah yang tidak mernpunyai sumber air tetapi potensi

curah hujan cukup.

Syarat teknis:

- 1) Melayani penduduk antara 200-500 jiwa
- 2) Volume bak diperhitungkan untuk kebutuhan 3 bulan
- 3) Tersedia lahan untuk tempat penampungan air, tanah bersifat lempung.
- 4) Bak penampungan diletakkan di daerah datar
- 5) Sebaiknya daerah sekitar berbukit-bukit sehingga air dapat dialirkan secara gravitasi dengan luas tangkapan 100 m<sup>2</sup>.
- 6) Bentuk bak bulat persegi panjang.
- 7) Jangan dibuat terlalu dalam untuk menghindari berkembangnya senyawa organik.
- 8) Konstruksi bak kedap air, pemilihan bahan dapat disesuaikan dengan ketersediaan material di lokasi

## **2.17 Opsi Teknis Sanitasi**

### **2.17.1 Pilihan Opsi Teknis**

Pembangunan sarana penyehatan lingkungan pemukiman yang akan dikerjakan oleh masyarakat secara swakelola, opsi pilihan teknologi yang disediakan sangat sederhana sesuai dengan kapasitas masyarakat sehingga dapat dipelihara dan dikembangkan oleh masyarakat. Pembangunan sarana lebih diutamakan untuk memenuhi kebutuhan individu keluarga dan tidak untuk sarana umum. Pilihan opsi teknis yang tersedia meliputi; jamban cemplung, jamban plengsengan, jamban leher angsa, septic tank, sumur resapan untuk limbah rumah tangga.

### **Kriteria Rancang Bangun**

- a. Penggunaan untuk 1 unit sarana : 5 orang
- b. Konstruksi sederhana, namun memenuhi syarat kesehatan.
- c. Jarak sumber air dan jamban minimal 10 meter, tergantung pada topografi permukaan tanah atau aliran air tanah.
- d. Cakupan penduduk 100% pada periode tertentu secara bergulir.
- e. Daya resap batuan di lokasi proyek.
- f. Permukaan air tanah di lokasi Proyek.

## Spesifikasi Teknis

Tabel 3. Persyaratan untuk perencanaan teknis cubluk

Persyaratan	Ketentuan
Jumlah Pemakai	Melayani 1 KK max. 6 orang
<i>Pemakaian Air</i>	5-10 l/orang/hari
Daya Resap Tanah	permeable ( diatas 15l/m <sup>2</sup> /hari)
Kedalaman muka air tanah	lebih 1.5 m
Periode Pengurasan	2-3 tahun
Produksi Lumpur	25 l/orang/tahun
Luas Dinding Resapan	min 3,7 m <sup>2</sup>
jarak Sumur dengan cubluk	min 10m

Tabel 4. Persyaratan untuk perencanaan teknis septik tank

Persyaratan	Ketentuan
Jumlah Pemakai	Melayani maximum 5 KK
<i>Pemakaian Air</i>	minimum 10 l/orang/hari
Daya Resap Tanah	permeable, semi
Kedalaman muka air tanah	lebih 1.5 m kurang dari 1,5m menggunakan resapan yang ditinggikan
Periode Pengurasan	2-3 tahun
Produksi Lumpur	25 l/orang/tahun
Mobil Lumpur tinja	Tersedia mobil Lumpur tinja dalam jumlah tertentu yang mampu melayani septik tank yang ada di wilayah tersebut max. 3 thn sekali. Atau menggunakan septik tank kembar untuk dapat dikuras manual
Sarana pengolah Lumpur tinja	Tersedia sarana pengolah Lumpur tinja komunal yang melayani dua kecamatan



## 2.18 Pilihan Teknologi Sistem Sarana Penyehatan Lingkungan

Pilihan teknologi sistem sarana penyehatan lingkungan dan estimasi biaya kasar untuk masing-masing pilihan ditunjukkan pada tabel berikut.

**Tabel 5. Pilihan-pilihan Teknologi Sistem Sarana Penyehatan Lingkungan**

<b>Tipe</b>	<b>Deskripsi</b>	<b>Layanan</b>	<b>Perkiraan Biaya (Rp.)</b>
Cubluk	Digunakan pada desa dimana air hujan sebagai sumber utama air bersih	1 unit untuk 1 keluarga	<b>100.000.</b>
Cubluk dengan penutup	Sistem yang dapat terjangkau oleh masyarakat miskin	1 unit untuk 1 keluarga	<b>350.000.</b>
Cubluk tunggal dengan sistem ventilasi	Digunakan pada ketersediaan air bersih terbatas,	1 unit untuk 1 keluarga	<b>500.000.</b>
Cubluk dengan penggelontor	Harus mendapatkan layanan air bersih memadai	1 unit untuk 1 keluarga	<b>600.000.</b>
Septik Tank	Digunakan pada sistem penyediaan air bersih dengan sambungan rumah	1 unit untuk 1 keluarga	<b>900.000.</b>
Sewerage Komunal	Biaya tinggi, digunakan untuk daerah dengan kepadatan tinggi	Pengguna tidak terbatas tergantung topografi	<b>200-400.000 untuk sistem pengolah, plus 600.000 untuk jamban</b>

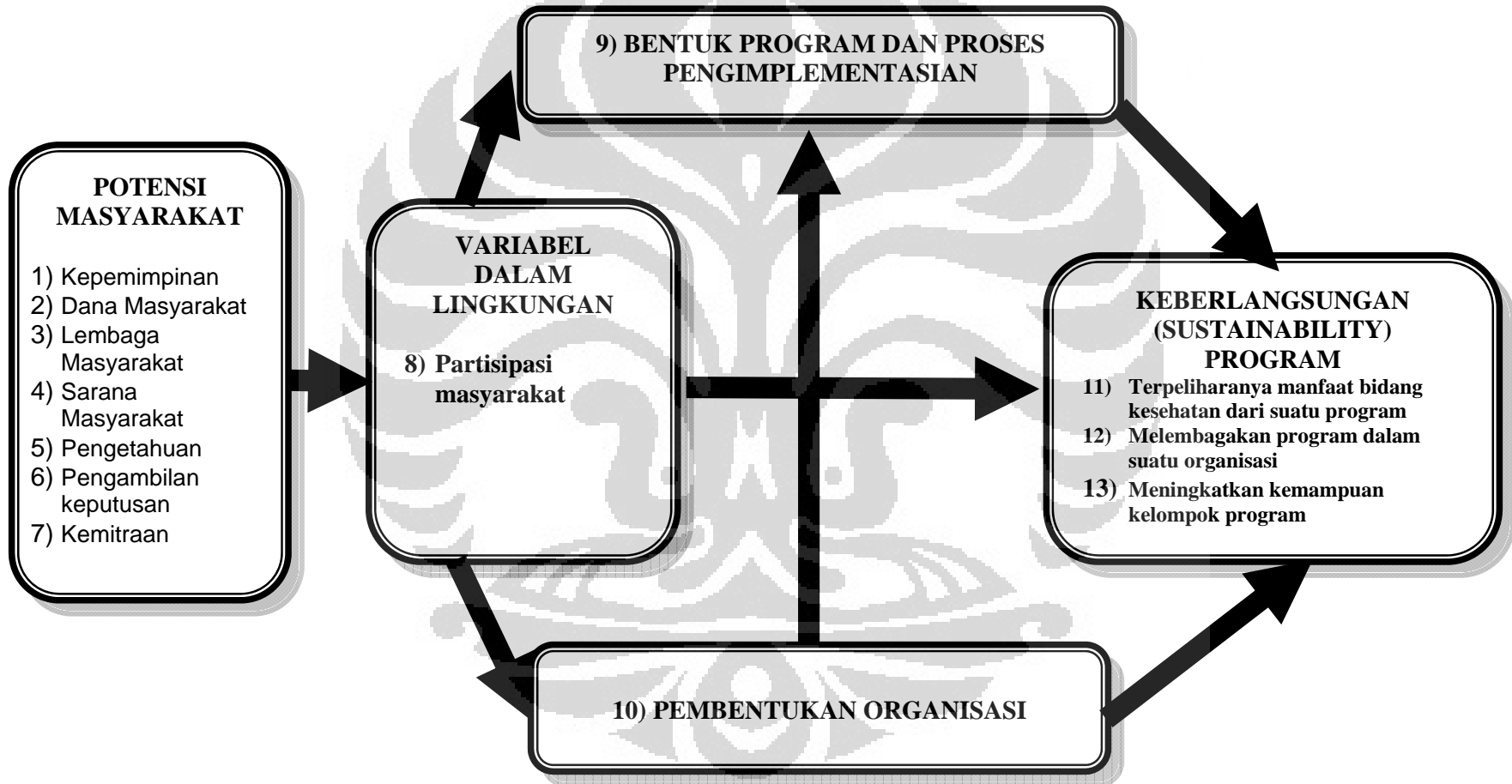
## BAB III

### KERANGKA PIKIR

#### 3.1 Kerangka Pikir

Dari teori-teori tinjauan pustaka yang dipaparkan dalam bab sebelumnya, maka penelitian ini menggunkan teori dari Shediac Rizkallah and L.R. Bone (1998) dan dari Depkes-Unicef mengenai variable potensi pemberdayaan masyarakat yang terdapat dalam pedoman umum pemberdayaan masyarakat (1999). Shediac-Rizkallah and L.R. Bone (1998) mengembangkan sebuah *framework* untuk mengukur keberlangsungan (*sustainability*) bagi kesinambungan program kesehatan dan digunakan peneliti dalam penelitian yang berjudul analisis keberlansungan dalam pengelolaan sarana air bersih dan sanitasi (pasca WSLIC-2) berbasis pemberdayaan masyarakat di Desa Karanguko Kabupaten Malang Tahun 2012. Untuk mengukur keberlangsungan program, peneliti menggunakan indikator operasional untuk memonitor program berupa terpeliharanya manfaat kesehatan setelah selesainya program awal, melembagakan sebuah program menjadi bagian dari organisasi dan meningkatkan kemampuan kelompok penerima program dengan faktor yang mempengaruhi adalah proses pengimplementasian program (*project design and implementation factors*), faktor dalam pembentukan organisasi (*factors within organization setting* dan faktor dalam lingkungan – partisipasi masyarakat. Proses partisipasi masyarakat dipengaruhi oleh potensi pemberdayaan masyarakat yang ada di Desa Karanguko Kabupaten malang yaitu kepemimpinan, dana masyarakat, lembaga masyarakat, sarana masyarakat, pengetahuan, pengambilan keputusan dan kemitraan.

**ANALISIS KEBERLANGSUNGAN PENGELOLAAN SARANA AIR BERSIH DAN SANITASI (PASCA WSLIC-2)  
BERBASIS PEMBERDAYAAN MASYARAKAT DI DESA KARANGSUKO - KABUPATEN MALANG TAHUN 2012**



### 3.2 Pengertian Istilah

#### 1. Kepemimpinan

Adalah orang yang di pilih oleh masyarakat melalui rembug desa yang bertugas sebagai pengelola sarana air bersih dan sanitasi.

Cara mendapat informasi dilakukan dengan wawancara yang mendalam terhadap informasi kepemimpinan dalam masyarakat.

#### 2. Dana masyarakat

Adalah uang atau barang yang disediakan atau dihimpun oleh masyarakat (Swadaya masyarakat) yang digunakan dalam pengeloan sarana air bersih dan sanitasi.

Cara mendapat informasi dilakukan dengan wawancara yang mendalam terhadap informan dan telaah dokumen.

Informasi yang didapat adalah tentang data anggaran kegiatan.

#### 3. Lembaga Masyarakat

Adalah suatu bentuk organisasi/ kelompok/ ikatan yang secara bersama-sama dibuat oleh masyarakat dalam mencapai tujuan yang sama yaitu pengelolaan air bersih.

Cara mendapat informasi dilakukan dengan wawancara yang mendalam terhadap informan dan telaah dokumen.

Informasi yang didapat adalah tentang data lembaga yang ada.

#### 4. Sarana Masyarakat

Adalah sarana yang ada di masyarakat, yang dapat digunakan sebagai wadah atau tempat menyampaikan informasi dalam program pengelolaan sarana air bersih dan sanitasi.

Cara mendapat informasi dilakukan dengan wawancara yang mendalam terhadap informan dan telaah dokumen.

Informasi yang didapat adalah tentang data sarana dan alat yang dimiliki.

#### 5. Pengetahuan

Adalah metode dalam penyampaian informasi program WSLIC-2 ke masyarakat sehingga adanya ketepatan informasi yang sama yang dimiliki responden tentang pemahaman pengelolaan air bersih.

Cara mendapatkan informasi dilakukan dengan wawancara mendalam terhadap informan.

Informasi tentang pengertian tentang program pengelolaan air bersih.

#### 6. Musyawarah/Pengambilan keputusan

Adalah suatu cara dalam menyelesaikan masalah yang dilakukan dengan berunding dalam rapat bersama untuk mendapatkan keputusan bersama mengenai perencanaan, pelaksanaan pengelolaan air bersih.

Cara mendapatkan informasi dilakukan dengan wawancara mendalam terhadap informan.  
Informasi tentang tata cara pengambilan keputusan yang ada dimasyarakat.

#### 7. Kemitraan

Adalah suatu hubungan kerjasama yang dilakukan oleh dua pihak atau lebih, melakukan kegiatan bersama dalam mencapai tujuan yang ditetapkan bersama dalam melaksanakan kegiatan pengelolaan air bersih, dapat berupa kerjasama dengan badan usaha, koperasi, dll.

Cara mendapat informasi dilakukan dengan wawancara mendalam terhadap informan.

Informasi tentang pengertian tentang kerjasama dengan kelompok lain di masyarakat dalam melaksanakan program pengelolaan air bersih.

#### 8. Partisipasi masyarakat

Adalah bentuk keterlibatan masyarakat dalam program WSLIC-2 dimulai dari perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi program.

Cara mendapatkan informasi dilakukan wawancara yang mendalam dengan informan.

Informasi yang didapat adalah tentang besarnya partisipasi masyarakat.

#### 9. Bentuk Program dan Implementasian Program

Adalah proses penerapan program yang dibicarakan bersama-sama masyarakat desa mulai dari keputusan penetapan desa, penyusunan Rencana Kerja Masyarakat (RKM) dan implementasi dari RKM dengan memanfaatkan sumber daya yang ada.

Cara mendapatkan informasi dilakukan wawancara yang mendalam dengan informan.

Informasi yang didapat adalah tentang proses negoisasi implementasi program.

#### 10. Pembentukan organisasi

Adalah proses pemilihan ketua dan staf pengelola sarana air bersih yang bertugas mengelola program WSLIC-2 yang telah memiliki struktur organisasi pengelola sarana air bersih dan sanitasi.

Cara mendapatkan informasi dilakukan wawancara yang mendalam dengan informan.

Informasi yang didapat adalah tentang program yang sudah ada sebelumnya.

Untuk melihat keberlangsungan pengelolaan sarana air bersih dan sanitasi pada Desa Karanguko, peneliti menggunakan ketiga indikator yang digunakan oleh Shediac-Rizkallah and L.R. Bone (1998) untuk mengukur keberlangsungan program, yaitu terpeliharanya manfaat sarana air bersih dan sanitasi setelah selesainya program awal, melembagakan sebuah program menjadi bagian dari organisasi dan meningkatkan kemampuan kelompok penerima program.

11. Terpeliharanya manfaat sarana air bersih dan sanitasi setelah selesainya program awal  
Adalah terjaga dengan baik sarana air bersih dan sanitasi di Desa Karangsono sejak sarana dibangun (Tahun 2005) sampai dengan waktu penelitian.

Cara mendapatkan informasi dilakukan wawancara yang mendalam dengan informan, observasi dan telaah dokumen.

Informasi yang didapat adalah tentang keberadaan manfaat dari sarana air bersih.

12. Melembagakan program dalam suatu organisasi

Adalah perubahan organisasi pengelola program WSLIC dari struktur organisasi pengelola menjadi badan atau yayasan yang berbadan hukum (legal formal) dalam mengelola sarana air bersih dan sanitasi

Cara mendapatkan informasi dilakukan wawancara yang mendalam dengan informan dan telaah dokumen.

Informasi yang didapat adalah tentang kelembagaan program menjadi organisasi

13. Meningkatkan kemampuan kelompok program

Adalah Meningkatkan kemampuan masyarakat Desa Karangsono baik dari jumlah cakupan layanan sarana air bersih dan sanitasi dan akses air bersih.

Cara mendapatkan informasi dilakukan wawancara yang mendalam dengan informan dan telaah dokumen.

Informasi yang didapat adalah tentang peningkatan kemampuan kelompok program

## **BAB IV**

### **METODE PENELITIAN**

#### **4.1 Jenis Penelitian**

Penelitian ini adalah penelitian yang dilakukan secara kualitatif dengan menggunakan analisis isi melalui wawancara yang mendalam dan observasi. Alasan pendekatan penelitian kualitatif (Hadi,2000) adalah alasan konseptual dan praktis. Alasan konseptual adalah penelitian kualitatif memberikan informasi yang mendalam sehingga mendapatkan pemahaman yang lebih besar dibandingkan penelitian kuantitatif. Alasan praktis, karena pada penelitian kualitatif, rancangan dapat dimodifikasi selama penelitian berlangsung. Pada penelitian ini sangat tepat dilakukan penelitian kualitatif, karena memungkinkan kita mendapatkan hal-hal yang tersirat, sikap dan persepsi para informan, sehingga dapat diperoleh informasi yang mendalam. Diharapkan akan diperoleh cakupan yang luas sehingga dapat menjawab pertanyaan penelitian secara lengkap.

#### **4.2 Informan Penelitian**

Informan pada wawancara mendalam ditetapkan peneliti untuk mendapatkan informasi yang lengkap dan memadai. Pemilihan informan dalam penelitian kualitatif dilakukan berdasarkan prinsip kesesuaian (*appropriateness*) dan kecukupan (*adequancy*). Informan dipilih secara sengaja sesuai dengan kebutuhan penelitian. Dalam pengumpulan informasi bila tidak ditemukan lagi informasi baru maka pengumpulan informasi sudah dianggap selesai (Bungin, 2003). Adapun Informan dalam penelitian ini adalah :

- a) Pengelola Program Pusat (Informan 1)
- b) Konsultan Fasilitator Kesehatan (Informan 2)
- c) Ketua Badan Pengelola Sarana Air Bersih dan Sanitasi (Informan 3)
- d) Bidan Desa (Informan 4)
- e) Masyarakat Pengguna Air yang dibagi konsumen rumah tangga dan konsumen sosial (Informan 5,6,7,8, dan 9)
- f) Masyarakat Pelaku Ekonomi Pemanfaatan Program Air (Informan 10,11,12,13,14 dan 15)

#### **4.3 Pengumpulan Data**

Jenis data yang dikumpulkan adalah primer dan sekunder. Data primer dikumpulkan oleh peneliti dengan wawancara mendalam dengan informan dan observasi, sedangkan data sekunder dari telaah dokumen di desa dan puskesmas.

Instrumen yang digunakan berupa daftar pertanyaan yang berisi pertanyaan terbuka untuk mendapatkan informasi yang mendalam mengenai masalah yang diteliti. Pertanyaan tersebut ditujukan kepada Pengelola Program Pusat, Pengelola Program Daerah (Konsultan Fasilitator Kesehatan) , Pengelola Air / Badan atau yayasan yang mengelola program pengelolaan air, Bidan Desa, Masyarakat Pengguna Air yang dibagi konsumen rumah tangga, konsumen usaha dan konsumen sosial dan Masyarakat Pelaku Ekonomi Pemanfaat Program Air

Observasi dilakukan untuk mengumpulkan informasi lain yang terkait dengan tujuan penelitian. Observasi dilakukan dengan antara lain melihat langsung kondisi sarana air bersih dan sanitasi desa dan lingkungan desa. Instrumen yang digunakan adalah catatan penelitian, dengan maksud agar peneliti dapat mengumpulkan data dan informasi yang sebanyak-banyaknya terhadap obyek yang diteliti.

#### **4.4 Validasi Data**

Untuk menguji data yang ada adalah valid melalui triangulasi sumber dan triangulasi metode. Triangulasi sumber dilakukan dengan wawancara mendalam dengan informan yang berbeda yaitu Pengelola Program pusat, Pengelola Program Daerah (Konsultan Fasilitator Kesehatan), Pengelola Air / Badan atau yayasan yang mengelola program pengelolaan air, Masyarakat Pengguna Air, Masyarakat Pelaku Ekonomi Pemanfaat Program Air. Triangulasi metode dengan menggunakan wawancara mendalam, observasi dan telaah pada dokumen.

#### **4.5 Metode Pengolahan dan Analisis Data**

Menurut Patton (1980) yang dikutip Moleong (1999), analisa data merupakan proses mengatur urutan data, mengorganisasikannya kedalam suatu pola, kategori dan suatu uraian dasar sehingga dapat ditemukan tema dan dapat dirumuskan hipotesis kerja seperti yang disarankan oleh data.

Data yang sudah terkumpul diolah secara manual membentuk transkrip data dan disusun dalam bentuk matriks (dikelompokkan ke masing-masing variable untuk memperoleh data-data yang sejenis) serta menginterpretasikan data sesuai dengan variable yang diteliti dan selanjutnya dianalisis dengan metode isi .



## BAB V

### GAMBARAN UMUM DESA KARANGSUKO

#### **Keadaan Geografis dan Demografi**

Desa Karangsono adalah sebuah desa di Kecamatan Pagelaran, dengan jarak sekitar 27 km arah selatan dari pusat pemerintahan kabupaten Malang. Secara umum kondisi geografis dan topografis Desa Karangsono adalah daerah yang cukup tinggi, dengan ketinggian rata-rata 374 meter dari permukaan laut (dpl). Wilayah desa sebagian memiliki dengan kondisi berbukit-bukit. Hutan hanya sedikit ditemukan di wilayah desa. Sebagian wilayah berupa kebun, tegalan dan sedikit sawah. Desa Karangsono mempunyai suhu udara sedang cenderung sejuk dengan temperatur suhu udara rata-rata 20 - 35 °C.

Kondisi geografis Desa Karangsono terletak diantara :

- Sebelah Utara : Desa Sukosari Kecamatan Gondanglegi
- Sebelah Selatan : Desa Brongkal Kecamatan Pagelaran
- Sebelah Barat : Desa Sukorejo Kecamatan Gondanglegi
- Sebelah Timur : Desa Gondanglegi Kulon Kecamatan Gondanglegi

Luas Wilayah Desa Karangsono adalah 399 Ha. Luas lahan yang ada terbagi ke dalam beberapa peruntukan, yang dikelompokkan seperti untuk fasilitas umum, pemukiman, pertanian, perkebunan, kegiatan ekonomi dan lain-lain. Luas lahan yang diperuntukkan untuk pemukiman adalah 16.5 Ha, untuk pertanian adalah 280 Ha, untuk ladang tegalan dan perkebunan adalah 80 Ha. Sedangkan luas lahan untuk fasilitas umum adalah sebagai berikut: untuk perkantoran 0,25 Ha, sekolah 0,5 Ha, lapangan olah raga 1 Ha, dan tempat pemakaman umum 1,5 Ha.

Wilayah Desa Karangsono secara umum mempunyai ciri geologis berupa lahan tanah hitam yang sangat cocok sebagai lahan pertanian dan perkebunan. Secara prosentase kesuburan tanah Desa Karangsono terpetakkan sebagai berikut : sangat subur 120 Ha, subur 160 Ha, sedang 80 Ha, tidak subur 20 Ha. Hal ini memungkinkan tanaman padi dapat dipanen dengan hasil 8 ton/Ha. Disamping tanah subur, jenis tanah hitam Desa Karangsono ini sangat bagus sebagai lahan pemukiman dan jalan, karena tanahnya tidak labil. Karena itu masyarakat Desa Karangsono lebih menyukai rumah tinggal dari bangunan tembok. Dari 1.149 buah rumah yang ada, hanya sekitar 126 buah rumah saja yang terbuat dari bambu dan semi permanen.

Dengan kondisi topografi yang berada di dataran tinggi, masyarakat Desa Karanguko kesulitan mendapatkan air bersih untuk kebutuhan sehari-hari. Sebelum keberadaan BP-SAB & S Sumber Maron, masyarakat Desa Karanguko mengambil air dari mata air yang cukup jauh dari tempat tinggal itupun hanya dilakukan oleh orang kaya saja sedangkan sebagian besar masyarakat menggunakan air irigasi untuk kebutuhan sehari-hari akibatnya tingkat penyakit (Diari dan kulit) tinggi, pengaruh social yang sangat dirasakan adalah perkelahiyan yang disebabkan perebutan ait, peristiwa ini rutin terjadi setiap musin kemarau.

Tentang asal usul Desa Karanguko, tidak ditemukan adanya sejarah permulaan kapan dan siapa yang menamakan Desa Karanguko, beserta nama-nama dusunnya, yang diketahui Desa Karanguko terdiri dari 2 Dusun yaitu Dusun Krajan yang mayoritas penduduknya adalah Suku Madura dan Dusun Adiluwih yang mayoritas penduduknya Suku Jawa, serta mayoritas beragama Islam.

Secara umum mata pencaharian warga masyarakat Desa Karanguko dapat teridentifikasi ke dalam beberapa sektor yaitu pertanian, jasa/perdagangan, industri dan lain-lain. Di sektor pertanian umumnya yang ditanam masyarakat adalah padi, tanaman jenis palawija seperti cabe, tomat, kacang panjang, jagung, dan tanaman buah yaitu pepaya. Untuk tanaman perkebunan, jenis tanaman tebu merupakan tanaman andalan.

Berdasarkan data Tahun 2010, masyarakat yang bekerja di sektor pertanian berjumlah 1.454 orang, yang bekerja disektor jasa berjumlah 379 orang, yang bekerja di sektor lain-lain 657 orang. Dengan demikian jumlah penduduk yang mempunyai mata pencaharian berjumlah 2.490 orang. Berikut ini adalah tabel jumlah penduduk berdasarkan mata pencaharian.

**Tabel 6. Macam-macam Pekerjaan dan Jumlahnya**

No	Macam Pekerjaan	Jumlah	Prosentase
1	Pertanian	1.454 orang	55%
2	Jasa/Perdagangan	379 orang	14%
3	Sektor lain	657 orang	27%
<b>Jumlah</b>		<b>2.490 orang</b>	

Data : Profil BP. SAB & S "Sumber Maron", 2011

Dengan melihat data di atas maka angka pengangguran di Desa karangsuko masih cukup tinggi. Berdasarkan data lain dinyatakan bahwa jumlah penduduk usia 15-55 yang belum bekerja berjumlah 451 orang dari jumlah angkatan kerja sekitar 2.941 orang. Angka-angka inilah yang merupakan kisaran angka pengangguran di Desa Karangsuko. Rata-rata tingkat pendapatan perbulan penduduk Desa Karangsuko adalah sebesar Rp. 600.000,- s/d 750.000,- /bulan.

Jumlah Penduduk Tahun 2010 adalah sebagai berikut :

1. Laki-laki : 2.424 jiwa
2. Perempuan : 2.488 jiwa
3. Jumlah : 4.914 jiwa
4. Jumlah Kepala Keluarga (KK) : 1.238 KK

Dari penilaian tingkat kesejahteraan melalui pemetaan sosial yang telah dilakukan, sebanyak 10 % penduduk dapat digolongkan sebagai golongan kaya, 45 % golongan menengah, serta 45 % dikelompokkan dalam kelompok masyarakat miskin.

Dari tingkat pendidikan masyarakat Desa Karangsuko tercatat tabel yang menunjukkan tingkat rata-rata pendidikan warga Desa Karangsuko.

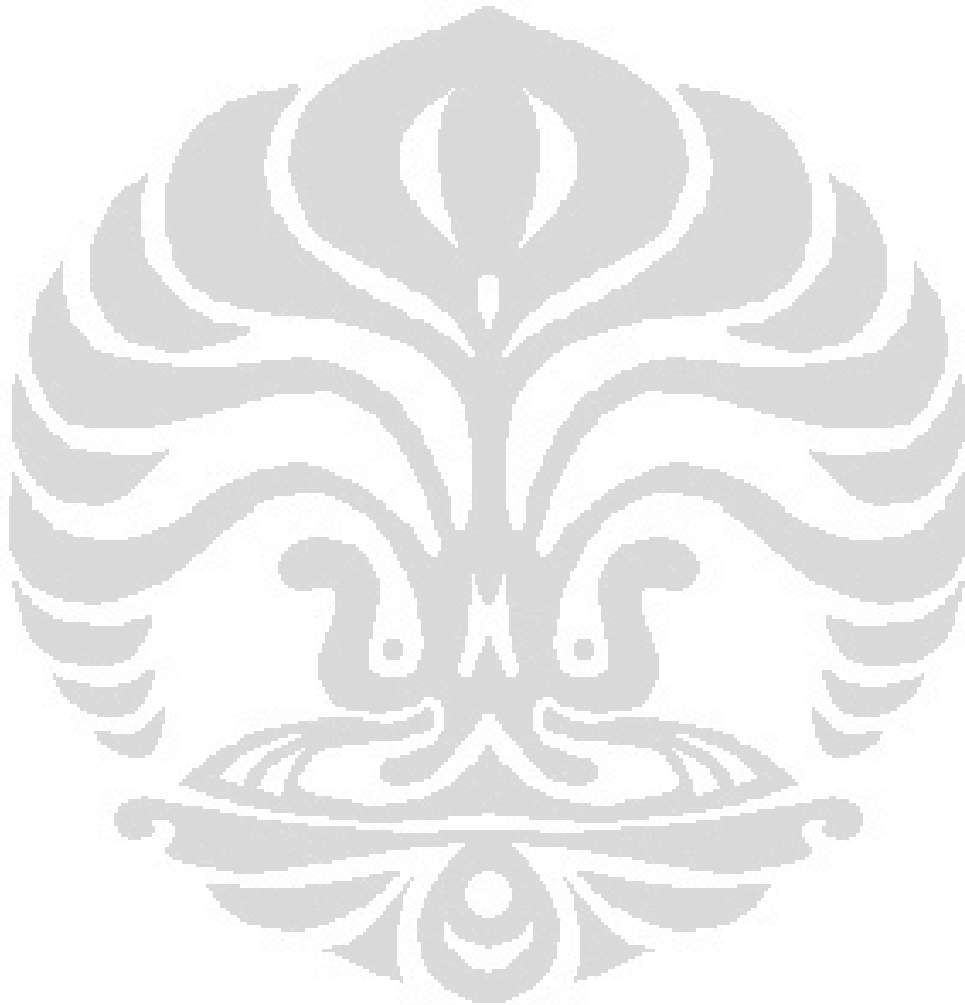
**Tabel 7. Tingkat Pendidikan Masyarakat Karangsuko**

No	Keterangan	Jumlah	Prosentase
1	Buta Huruf Usia 10 tahun ke atas	180	20%
2	Tidak Tamat SD	380	30%
3	Tamat Sekolah SD	631	45%
4	Tamat Sekolah SMP	303	27%
5	Tamat Sekolah SMA	149	17%
6	Tamat Sekolah PT/ Akademi	24	5%
<b>Jumlah Total</b>		<b>1.667</b>	

Data : Profil BP. SAB & S "Sumber Maron", 2011

Data kualitatif di atas menunjukkan bahwa mayoritas penduduk Desa Karangsuko hanya mampu menyelesaikan sekolah di jenjang pendidikan wajib belajar sembilan tahun (SD dan

SMP). Dalam hal ketersediaan sumber daya manusia (SDM) yang memadai dan mumpuni, masih kurang. Rendahnya kualitas pendidikan di Desa Karangsuko, tidak terlepas dari terbatasnya sarana dan prasarana pendidikan yang ada, di samping tentu masalah ekonomi dan pandangan hidup masyarakat. Sarana pendidikan di Desa Karangsuko baru tersedia di level pendidikan dasar 9 tahun (SD dan SMP), sementara akses ke pendidikan menengah ke atas berada di kota.



## **BAB VI**

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

#### **6.1 Keterbatasan Penelitian**

Kendala yang dihadapi peneliti adalah mendapatkan waktu para informan untuk wawancara sehingga peneliti perlu menunggu jadwal yang kosong disela-sela kepadatan jadwal dan kesibukan informan. Terkadang waktu yang dijadwalkan dapat berubah sehingga peneliti harus membuat jadwal janji untuk wawancara kembali. Tempat penelitian yang jauh dan transport yang jarang menuju desa Karangsono sehingga sedikit mengganggu peneliti dalam melakukan penelitian ini.

Penelitian ini dilaksanakan untuk melihat kegiatan sebelum dan sesudah kegiatan WSLIC-2 di Desa Karangsono. Penelitian ini diharapkan masih dapat digunakan sebagai masukan dalam pengelolaan air bersih dan sanitasi dalam proses perencanaan program, pengambilan kebijakan dan keputusan yang berkaitan dengan pengembangan pemberdayaan masyarakat, kebijakan yang berkaitan dengan pelaksanaan pengelolaan air yang sedang dikembangkannya dan sarana untuk meningkatkan pengetahuan dan pengalaman penelitian dibidang kesehatan, khususnya tentang teori keberlangsungan upaya pemberdayaan masyarakat.

#### **6.2 Gambaran Umum Informan**

Informan dalam penelitian ini adalah pengelola program pusat, pengelola program daerah, badan pengelola air bersih, masyarakat pengguna air dan masyarakat pelaku ekonomi pemanfaatan air. Informan sebanyak 15 orang yaitu : CPMU WSLIC-2, Consultan Fasilitator (CF), 1 orang bidan desa, Ketua Badan Pengelola Sarana Air Bersih dan Sanitasi, 5 orang masyarakat pengguna air dan 6 orang pelaku ekonomi pemanfaatan air. Karakteristik informan dalam penelitian ini dapat dilihat pada tabel berikut:

**Tabel. 8 Karakteristik informan dalam penelitian ini di Desa Karangsono**

No	Informan	Umur	Jenis Kelamin	Pendidikan	Pekerjaan
1	CPMU WSLIC-2 (I 1)	48 TH	Laki-laki	S2	PNS
2	Konsultan Fasilitator Kesehatan (I 2)	33 TH	Laki-laki	D3	PNS
3	Ketua Badan Pengelola Sarana Air Bersih dan Sanitasi (I 3)	38 TH	Laki-laki	S1	Swasta
4	Bidan Desa (I 4)	39 TH	Perempuan	D4	PNS
5	Masyarakat Pengguna Air (RT) – (I 5)	41 TH	Laki-laki	SMP	Swasta
6	Masyarakat Pengguna Air (RT) - (I 6)	53 TH	Perempuan	Tidak Sekolah	Ibu RT
7	Masyarakat Pengguna Air (Sosial-Orang Miskin) – (I 7)	44 TH	Perempuan	Tidak Sekolah	Ibu RT
8	Masyarakat Pengguna Air (Sosial-Orang Miskin) – (I 8)	39 TH	Laki-Laki	Tidak Sekolah	Petani
9	Masyarakat Pengguna Air (Sosial-Musholah) – (I 9)	56 TH	Laki-laki	Tidak Sekolah	Petani
10	Masyarakat Pelaku Ekonomi Pemanfaatan Air (Pengusaha batu bata) – (I 10)	28 TH	Laki-laki	SD	Pemilik usaha batako
11	Masyarakat Pelaku Ekonomi Pemanfaatan Air (Pengusaha batu bata) – (I 11)	39 TH	Laki-laki	SD	Pemilik usaha batako
12	Masyarakat Pelaku Ekonomi Pemanfaatan Air (Pedagang-warung) – (I 12)	33 TH	Perempuan	SD	Pedagang warung
13	Masyarakat Pelaku Ekonomi Pemanfaatan Air (Pedagang-warung) – (I 13)	33 TH	Perempuan	SD	Pedagang warung
14	Masyarakat Pelaku Ekonomi Pemanfaatan Air (Pedagang-warung di lokasi SAB) – (I 14)	33 TH	Perempuan	Tidak Sekolah	Pedagang warung
15	Masyarakat Pelaku Ekonomi Pemanfaatan Air (Penyewa Ban-Pelampung) – (I 15)	43 TH	Perempuan	SD	Penyewa Ban

### 6.3. Potensi Upaya Pemberdayaan Masyarakat Di Desa Karangsono-Kabupaten Malang

Untuk mengetahui wujud potensi upaya pemberdayaan masyarakat di Desa Karangsono-Kabupaten Malang dapat dilihat dari ciri dan potensi yang ada di masyarakat seperti kepemimpinan, dana masyarakat, lembaga masyarakat, sarana masyarakat, pengetahuan, pengambilan keputusan dan kemitraan.

### 6.3.1 Kepemimpinan dalam masyarakat

Dalam melaksanakan Program WSLIC-2, diperlukan pihak-pihak yang merencanakan dan melaksanakan kegiatannya. Menurut sebagian besar narasumber, kepemimpinan dalam masyarakat diperlukan dalam melaksanakan program WSLIC-2. Hal ini dapat dilihat dari beberapa informasi dari informan sebagai berikut:

*“Pemilihan pemimpin atau ketua diawali dibentuk Tim Kerja Masyarakat (TKM) atau bahasa sederhananya panitia program. TKM ini dibentuk berdasarkan pleno atau musyawarah masyarakat desa” (I 3)*

*“Masyarakat desa yang menentukan siapa-siapa yang akan dijadikan ketua dan pengurus berdasarkan musyawarah mufakat tidak melalui voting di Desa Karangsono. Ketua dan pengurus TKM ini dianggap masyarakat mempunyai kapasitas untuk menjalankan program ini” (I 3)*

*“ ... Pemimpin atau ketua TKM yang dipilih oleh masyarakat harus memiliki komitmen untuk mendorong serta melaksanakan kegiatan program” (I 1)*

Terkait isu gender, program WSLIC-2 juga mengangkat isu tersebut dalam kepengurusan TKM. Semua narasumber memberikan informasi terkait isu tersebut sebagai berikut:

*“ ... dalam program WSLIC-2 ini keterlibatan perempuan disyaratkan (sensitive gender)” (I 1)*

*“TKM ini mempunyai proposisi gender untuk kuantitas dan kualitas. Disyaratkan 30% dari anggota TKM adalah perempuan” (I 2)*

*“ Perempuan harus dilibatkan dalam kepengurusan TKM minimal 30% dan itu disyaratkan dalam program WSLIC-2” (I 3)*

Menurut Prinsip Dublin-Rio (1991), yang dihasilkan dari konferensi internasional tersebut memiliki komponen sebagai berikut :

1. Air adalah sumber daya yang terbatas dan rentan, penting untuk menyokong kehidupan, pembangunan dan lingkungan.
2. Pembangunan dan pengelolaan air harus berdasarkan partisipatif, menyertakan pengguna, perencana dan pembuat kebijakan pada semua tingkatan
3. Perempuan memainkan peran utama dalam penyediaan, pengelolaan, dan perlindungan air
4. Air memiliki nilai ekonomi dalam seluruh penggunaannya dan harus dianggap sebagai benda ekonomi.

Berdasarkan prinsip Prinsip Dublin-Rio, perempuan memainkan peran utama dalam penyediaan, pengelolaan, dan perlindungan air. Berdasarkan hasil informasi dari nara sumber diatas, program WSLIC-2 telah menerapkan isu gender, dimana perempuan dilibatkan dan disyaratkan dalam kepengurusan TKM. Perempuan dilibatkan mulai dari identifikasi masalah, perencanaan, implementasi dan evaluasi kegiatan. Perempuan diberikan kebebasan berpendapat dalam semua kegiatan program WSLIC-2. Menurut Pedoman Umum Pemberdayaan Masyarakat, potensi pemberdayaan masyarakat yang harus ada adalah Kepemimpinan dalam masyarakat yang dapat diartikan sebagai para pemimpin masyarakat baik yang bersifat formal maupun nonformal, tokoh masyarakat, kader dan sebagainya yang dapat dioptimalkan dalam rangka pemberdayaan masyarakat.

### 6.3.2 Dana Masyarakat

Mengoptimalkan dana yang dimiliki masyarakat untuk kegiatan pemberdayaan masyarakat, misalnya dahulu pernah terdapat Jaminan pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM), dana sehat, tabulin (tabungan ibu bersalin), tabumas (tabungan masyarakat) meskipun dengan premi kecil tetapi apabila dikelola dengan profesional memiliki bukti turut meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Dua dari tiga informan, memberikan informasi sebagai berikut:

*" Dana Program ini berasal dari Pinjaman /kredit dari World Bank, Hibah AusAid, GOI dan Masyarakat. Perhitungan Tiap Desa Rata-Rata Rp. 250 juta dengan Rincian PHLN 72% = 180 Juta, Dekon 8% = 20 Juta dan masyarakat (Cash 4%, Inkind 16 %) = 50 Juta" (I 1)*

*"plafon waktu 2005 kalau tidak salah 200 juta, yang berasal dari pinjaman dari world bank, APBN, Hibah AusAid dan masyarakat, rinciannya saya lupa,..." (I 2)*

Sedangkan informan lain, memberikan informasi sebagai berikut:

*"Bisa dijabarkan untuk dana pendamping 10% diperoleh dari APBN sedangkan untuk dana swadaya 20% terdiri dari Incash 4% dan Inkind 16%. Untuk hibah dari World Bank. Incash atau dana kas sebagai syarat untuk memperoleh dana hibah maka masyarakat harus mengumpulkan dana sebesar 4% dari 250 juta dan itu harus disimpan direkening bank Jatim atas nama TKM". Klasifikasi dana incash yang dikumpulkan oleh masyarakat yaitu klasifikasi pertama adalah golongan miskin yaitu Rp.5.000,-. Klasifikasi kedua golongan sedang yaitu Rp. 25.000,- sedangkan klasifikasi ketiga adalah golongan kaya sebesar Rp. 50.000,-. Proses penarikannya dilakukan oleh TKM dibantu oleh pemerintahan desa melalui RT dan RW"(I 3)*

Pengalokasian dana untuk proyek ini, seperti yang dikatakan informan sebagai berikut:

*"Sebelum dilakukan penarikan dilakukan dulu pengklasifikasian golongan masyarakat. Pengklasifikasian golongan masyarakat berdasarkan kesepakatan di*



*desa berdasarkan musyawarah desa antara pemerintah desa, BPD dan tokoh-tokoh masyarakat. Barometernya adalah tingkat pendapatan, kepemilikan harta dan masukan-masukan dari RT dan RW yang mereka lebih paham kesehariannya tentangarganya masing-masing. Setelah itu disebarkan TKM dibantu oleh RT dan RW. Ada yang langsung “ (I 3)*

Semua informan memberikan informasi mengenai *inkind* sebagai berikut:

*“ inkind berupa tenaga atau barang yang disumbangkan warga untuk kegiatan WSLIC-2 ” (I 1)*

*“... menghitung tenaga setara dikonfersikan kebentuk rupiah dengan biaya setarah dengan harga kuli bukan tukang. Harga kuli pada waktu itu (2005) kisaran Rp.30.000-40.000,- untuk sekali hadir” (I 2)*

*“ ... inkind 16% merupakan tenaga dan barang-barang yang disumbangkan oleh masyarakat. Tenaga ini bisa berupa kerja bakti waktu penggalian pipa, pembangunan tandon. Barang-barang bisa berbentuk material, pasir, batu pecah dan batu bata yang totalnya 16% dari nilai proyek”(I 3)*

Pengalokasian untuk kegiatan operasional TKM telah tersedia, berdasarkan Rincian Kerja Masyarakat (RKM) yang dibuat. Dua dari tiga informan memberikan informasi sebagai berikut:

*“ Tiap Desa Rata-Rata Rp. 250 juta, 80% untuk air bersih, 16% kesehatan dan sanitasi, 4% peningkatan kelembagaan dan biaya operasional” (I 1)*

*“... biaya operasional TKM 2% dari nilai program. untuk menyelesaikan program misalnya biaya transport, mencairkan dana dll”(I2)*

Menurut Bossert (1990), sebuah program akan *sustain* merupakan hasil proses negoisasi yang dilaksanakan secara saling menguntungkan dan saling menghormati antara pencari dana, organisasi induk, kelompok masyarakat dan pemerintah dalam hal menentukan tujuan, sasaran, dan batas waktu perencanaan. Sesuai teori tersebut untuk keuangan program harus diketahui dari mana sumber dana program (internal, eksternal atau gabungan), sumber daya lokal yang dimiliki, harus ada biaya pemeliharaan, besarnya biaya yang bisa dan mau dibayar oleh anggota masyarakat dan strategi yang akan dicapai untuk menanggulangi kekurangan dana yang berangsur-angsur menyusut.

Berdasarkan telaah dokumen, program WSLIC-2 anggarannya berasal dari Pinjaman /kredit dari World Bank, Hibah AusAid, GOI (*Government of Indonesia* - Pemerintah Pusat dan Daerah) dan Masyarakat dengan rincian Anggaran (dana) tersebut berasal dari dana PHLN (pinjaman dan hibah luar negeri) 72%, dana pendamping 8%, dan masyarakat 20%. dan anggaran Tahun 2005 untuk Desa Karanguko sebesar Rp. 250.000.000,-. Dana yang

berasal dari masyarakat atau swadaya masyarakat berupa *Inkind* dan *Incash*. Komposisi *Inkind* dan *Incash* sebesar 16% untuk *inkind* dan 4 % untuk *incash* dari nilai program, untuk Desa Karangsono berarti minimal dana yang harus dikumpulkan adalah sebesar Rp. 40.000.000,- untuk *inkind* dan Rp. 10.000.000,- untuk *incash*. Klasifikasi dana *incash* yang dikumpulkan oleh masyarakat yaitu klasifikasi pertama adalah golongan miskin yaitu Rp.5.000,-. Klasifikasi kedua golongan sedang yaitu Rp. 25.000,- sedangkan klasifikasi ketiga adalah golongan kaya sebesar Rp. 50.000,-. Proses penarikan dana masyarakat dalam bentuk *incash* dilakukan oleh TKM dibantu oleh pemerintahan desa melalui RT dan RW. Sebelum dilakukan penarikan dilakukan dulu pengklasifikasian golongan masyarakat. Pengklasifikasian golongan masyarakat berdasarkan kesepakatan di desa berdasarkan musyawarah desa antara pemerintah desa, BPD dan tokoh-tokoh masyarakat. Barometernya adalah tingkat pendapatan, kepemilikan harta dan masukan-masukan dari RT dan RW yang mereka lebih paham kesehariannya tentang warganya masing-masing. Setelah itu disebarkan TKM dibantu oleh RT dan RW. Dana *incash* yang dikumpulkan oleh TKM yang dibantu oleh RT dan RW disimpan direkening bank Jatim atas nama TKM. Untuk swadaya masyarakat dalam bentuk *inkind* merupakan tenaga dan barang-barang yang disumbangkan oleh masyarakat. Tenaga ini bisa berupa kerja bakti waktu penggalian pipa, pembangunan tandon. Barang-barang bisa berbentuk material, pasir, batu pecah dan batu bata. Untuk menghitung tenaga dikonversikan ke bentuk rupiah dengan biaya setarah dengan harga kuli bukan tukang. Harga kuli pada waktu itu (2005) kisaran Rp.30.000-40.000,- untuk sekali hadir. Biaya operasional TKM adalah 2 % dari nilai program yang digunakan untuk transport dan operasional lainnya dalam rangka menjalankan program WSLIC-2 ini.

Menurut modul Pergerakan dan Pemberdayaan Masyarakat melalui Kemitraan (Depkes RI, 2006), pada golongan masyarakat tertentu, penggalangan dana masyarakat merupakan upaya yang penting. Tetapi pada golongan masyarakat yang tidak ekonominya pra-sejahtera, penggalangan dana masyarakat hendaknya dilakukan sekedar agar mereka merasa ikut memiliki dan bertanggung jawab terhadap upaya pemeliharaan dan peningkatan derajat kesehatannya. Cara lain yang dapat ditempuh adalah dengan model tabungan-tabungan atau sistem asuransi yang bersifat subsidi silang.

### **6.3.3 Lembaga Masyarakat**

Organisasi berbasis masyarakat seperti posyandu dan puskesmas sudah ada. Untuk menjalankan proyek WSLIC-2, dibentuklah struktur organisasi mulai dari tingkat pusat,

propinsi, kabupaten, kecamatan sampai dengan desa. Untuk tingkat desa, masyarakat melalui pleno masyarakat membentuk Tenaga Kerja Masyarakat (TKM).

Kesemua informan memberikan informasi yang sama terkait pembentukan TKM sebagaimana yang dikatakan informan sebagai berikut:

*" Team Pengelola dan Pemelihara Prasarana dicalonkan dan dipilih melalui Musyawarah Desa dan Team Pengelola tidak dapat dijabat oleh Aparat atau Perangkat Pemerintah" (I 1)*

*"... Struktur organisasi minimal TKM terdiri dari Ketua, Wakil Ketua, Sekretaris, Unit Pengelola Keuangan (minimal 2 orang), Unit Pelaksana Teknis (minimal 2 orang) dan Unit Pelayanan Kesehatan (minimal 2 orang). TKM ini menjalankan tugas pokok dan fungsinya yang sudah digariskan oleh proyek WSLIC-2 sampai nantinya terbentuknya Badan Pengelola Sarana Air Bersih dan Sanitasi. Masa jabatan TKM itu adalah satu tahun sesuai masa anggaran proyek WSLIC-2 yaitu Tahun 2005." ( I 2)*

*"...TKM tidak dijabat oleh pejabat pemerintahan desa. Murni berasal dari masyarakat. Jadi ketua TKM dulunya itu dipilih oleh masyarakat Desa Karangsono melalui forum pleno masyarakat dengan SK Bupati untuk TKM nya." (I 3)*

Dalam melaksanakan kegiatannya, TKM ini melakukan laporan pertanggungjawaban secara berkala kepada masyarakat. Semua informan (2 dari 2) memberikan informasi yang sama seperti berikut:

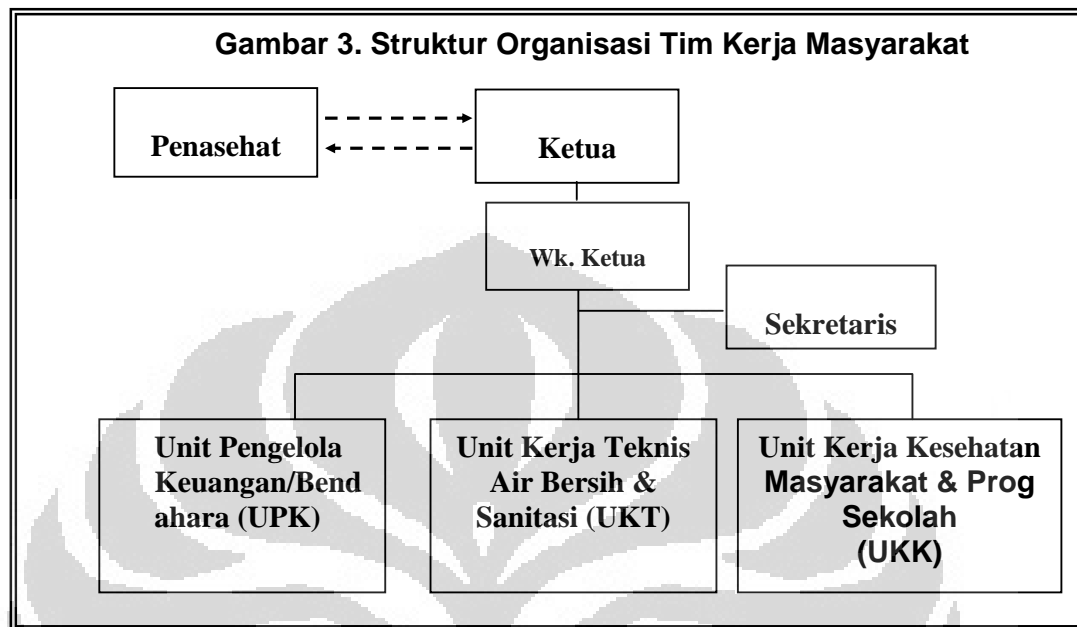
*"Team Pengelola secara periodik mempertanggung-jawabkan status pelaksanaan tugasnya kepada Musyawarah Desa" (I 1)*

*"... tiap bulan, TKM harus membuat laporan pertanggungjawaban ke masyarakat. Apa saja yang telah dilakukan, berapa besar biaya yang sudah dipake. juga untuk mengetahui kontribusi masyarakat dalam bentuk inkind sudah masuk berapa persen" (I 3)*

Berdasarkan petunjuk operasional desa WSLIC-2, masyarakat selaku pemilik dan pelaksana pekerjaan membentuk organisasi Tim Kerja Masyarakat (TKM) untuk menjalankan fungsi manajemen di lapangan. TKM terdiri dari anggota masyarakat yang dipilih dari desa bersangkutan secara demokratis dengan memperhatikan keterwakilan perempuan dan laki-laki dalam setiap proses pelaksanaan kegiatan, termasuk proses pengambilan keputusan. Proses pemilihan serta pembentukan TKM tersebut akan dilakukan selama proses pemberdayaan masyarakat yang dikenal dengan proses MPA/PHAST dilakukan di desa.

Struktur organisasi dari TKM disusun sesuai dengan berbagai aspek kultural dan tradisi setempat. Sekurang-kurangnya terdapat satu orang ketua ,seorang sekretaris, seorang bendahara, seorang unit tekhnis yang menguasai keseluruhan pekerjaan lapangan serta

seorang yang membidangi kegiatan kesehatan dan pemberdayaan, Secara garis besar susunan TKM terlihat pada gambar berikut.



Penasehat merupakan orang yang dianggap tokoh atau dituakan oleh masyarakat setempat yang bertugas untuk memberikan wawasan terhadap perkembangan pelaksanaan kegiatan dilapangan termasuk manajemen kegiatan yang meliputi:

- a) Memberikan masukan untuk perencanaan yang diusulkan oleh masyarakat.
- b) Memberi wawasan terhadap setiap kegiatan yang akan dilaksanakan oleh proyek.
- c) Memberi masukan kepada TKM dalam setiap pengambilan keputusan yang berkaitan dengan pengelolaan proyek.

Ketua dipilih oleh masyarakat secara langsung dan dianggap mampu untuk memimpin dalam pengelolaan dana dan pelaksanaan kegiatan dilapangan yang meliputi:

- a) Menyusun, melaksanakan dan bertanggung jawabkan terhadap rencana kegiatan masyarakat.
- b) Memimpin setiap pertemuan yang diselenggarakan oleh TKM.
- c) Memeriksa dan menyetujui pengajuan pencairan dan pengeluaran yang diajukan oleh UPK.

- d) Melakukan inspeksi / pengawasan terhadap setiap kegiatan yang dilakukan oleh masyarakat / pihak III.
- e) Bertanggung jawab melaporkan hasil kemajuan kegiatan yang telah dilaksanakan kepada masyarakat melalui forum yang telah disepakati dan mengirim laporan kepada PMU Kabupaten setiap bulan.

Wakil ketua adalah dipilih langsung oleh masyarakat yang bertugas membantu ketua dalam operasional kegiatan dilapangan dan monitoring administrasi keuangan yang meliputi:

- a) Membantu ketua dalam melakukan pemantauan dan evaluasi terhadap semua kegiatan yang dilakukan oleh masyarakat / pihak III.
- b) Menyusun laporan bulanan berdasarkan data yang telah dikumpulkan oleh masing-masing unit.
- c) Membantu ketua dalam merumuskan dan mengembangkan terobosan baru (inovasi) dalam upaya meningkatkan aset yang dimiliki oleh TKM.

TKM memiliki 3 unit kerja yaitu: Unit Kerja Teknis, Unit Pengelola Keuangan / Bendaharawan dan Unit Kerja Kesehatan dengan tugas dan tanggungjawab sebagai berikut:

**Unit Kerja Teknis:**

- a) Menyiapkan dan melaksanakan pembuatan RKM (terutama yang menyangkut bidang teknis);
- b) Membantu dalam pelaksanaan RTA dan desain sarana air bersih dan sanitasi;
- c) Membelanjakan material dan peralatan yang dibutuhkan untuk pembangunan konstruksi sarana air bersih dan sanitasi;
- d) Mengorganisir tukang yang akan disewa untuk pelaksanaan konstruksi proyek;
- e) Mengorganisir tenaga gotong royong dalam pembangunan konstruksi proyek;
- f) Mengawasi jalannya pelaksanaan konstruksi sarana air bersih dan sanitasi;
- g) Mengoperasikan, memelihara dan memperbaiki sarana air bersih dan sanitasi;
- h) Membantu masyarakat yang ingin membangun sarana sanitasi;
- i) Memonitor pelayanan air bersih pada masyarakat;

- j) Membuat laporan kondisi dan pelayanan sarana air bersih dan sanitasi;
- k) Melakukan tender secara terbuka bagi pekerjaan yang memerlukan bantuan pihak III;
- l) Mengorganisir pengumpulan bahan / material sejumlah 16% dari total biaya konstruksi.

**Unit Pengelola Keuangan / Bendaharawan:**

- a) Mengorganisir terkumpulnya kontribusi masyarakat dalam bentuk tunai sebesar 4% dari biaya konstruksi;
- b) Bersama unit teknis membelanjakan dan membayar kebutuhan material untuk konstruksi;
- c) Membayar tenaga tukang ahli yang disewa untuk pembangunan;
- d) Membuat catatan pembukuan seluruh pengeluaran;
- e) Membuat laporan keuangan bulanan;
- f) Melaksanakan pekerjaan administrasi proyek sebagaimana diperlukan;
- g) Mengatur dan mengelola penggunaan “Dana bergulir untuk sanitasi” termasuk pengembaliannya.

**Unit Kerja Kesehatan:**

- a) Menyiapkan dan melaksanakan pembuatan RKM khususnya yang menyangkut perubahan perilaku dan peningkatan kesehatan masyarakat;
- b) Melaksanakan promosi higiene dan sanitasi pada masyarakat;
- c) Memonitor dan membuat laporan tentang pelaksanaan program promosi higiene dan sanitasi yang dilaksanakan di desa dan juga di sekolah sekolah;
- d) Monitor Kualitas air dan lingkungan;
- e) Bekerjasama dengan guru sekolah dasar dalam upaya PHBS.

Menurut Soetomo (2011:103), pelaksanaan pemberdayaan pada masyarakat lokal termanifestasikan dalam bentuk berbagai tindakan kolektif dalam rangka melakukan perubahan kondisi kehidupannya. Tindakan kolektif tersebut merupakan cerminan kapasitas masyarakat dalam melakukan pengelolaan pembangunan secara mandiri, sejak identifikasi kebutuhan dan masalah, perencanaan, pelaksanaan, dan monitoring serta evaluasi

pembangunan. Tindakan bersama dalam pengelolaan pembangunan tersebut sudah merupakan rutinitas sehingga kemudian merupakan perilaku masyarakat yang terpolakan dan terlembagakan. Oleh sebab itu, pada tingkat masyarakat lokal instrumen terpenting dalam proses pemberdayaan adalah kehadiran institusi lokal.

Lembaga masyarakat yang dibentuk dalam program WSLIC-2 adalah Tenaga Kerja Masyarakat atau dikenal dengan nama TKM. TKM inilah yang nantinya akan menjalankan Program WSLIC-2 ini dan tentu saja di dampingi dan difasilitator oleh konsultan dan pimpro. TKM ini secara periodik mempertanggung jawabkan status pelaksanaan tugasnya kepada musyawarah desa. Apa saja yang telah dilakukan, berapa besar biaya yang sudah digunakan serta memberikan informasi mengenai kontribusi masyarakat dalam bentuk inkind dan incash yang sudah terkumpulkan berapa jumlahnya.

#### **6.3.4 Sarana Masyarakat**

Dalam rangka mengumpulkan masyarakat untuk mensosialisasikan kegiatan program WSLIC-2 dapat memfungsikan sarana balai desa dan Posyandu. Sarana tempat itulah sebagai media bagi masyarakat untuk membuat perencanaan, implementasi dan evaluasi program. Hasil keputusan baik berupa Rencana Kerja Masyarakat (RKM) dalam rembug desa merupakan kesepakatan bersama yang harus dilaksanakan dengan bantuan pimpro dan konsultan sebagai fasilitator program.

Semua informan (3 dari 3), memberikan informasi yang sama tentang sarana masyarakat dalam program WSLIC-2, seperti yang dikatakan sebagai berikut:

*" dalam penyampaian informasi terkait program WSLIC-2 bisa memanfaatkan sarana desa misalnya balai desa, puskesmas, posyandu, sekolah, lapangan, masjid, dll" (I 1)*

*" biasanya kita menggunakan balai desa atau puskesmas untuk menyampaikan informasi terkait program ini" (I 2)*

*"... dalam rembug desa yang biasanya dilakukan dibalai desa. Disitulah tempat masyarakat membuat RKM berdasarkan kesepakatan bersama di bantu oleh tim fasilitator"(I 3)*

Pemanfaatan sarana yang ada dalam masyarakat, baik berupa balai desa, puskesmas, posyandu dan lain-lain dalam mensosialisasikan kegiatan program WSLIC-2 ke masyarakat juga digunakan dalam proses identifikasi masalah, perencanaan, implementasi dan evaluasi kegiatan program WSLIC-2. Sarana lain juga bisa digunakan seperti sekolah, tempat ibadah dan lapangan terbuka dapat digunakan. Kesemua media tentu saja masyarakat desa yang menentukan dimana dilaksanakan dan kapan waktunya.

Menurut Pedoman Umum Pemberdayaan Masyarakat (Depkes-Unicef), sarana masyarakat adalah sarana yang dimiliki masyarakat, contoh kegiatan pemberdayaan masyarakat yang memanfaatkan komponen *community material* adalah upaya pembangunan sumur dan jamban keluarga desa yang dilakukan dengan kerja gorong royong memanfaatkan batu dan pasir di sungai yang ada didesa tersebut.

### 6.3.5 Pengetahuan terhadap Program WSLIC-2

Program WSLIC-2 harus diketahui oleh masyarakat sebagai penerima dan pelaksana kegiatan. Tujuan program WSLIC-2 adalah peningkatan status kesehatan, produktivitas serta kualitas hidup masyarakat berpendapatan rendah melalui perbaikan perilaku hidup sehat, peningkatan pelayanan kesehatan masyarakat, tersedianya fasilitas air bersih dan sanitasi yang memadai dan kesinambungan pembangunan masyarakat partisipatif. Kesemua informan (3 dari 3) memberikan informasi yang sama, sesuai hasil wawancara didapat hasil sebagai berikut:

*“Sosialisasi Program WSLIC-2 untuk para staf manajemen Program dan Dinas/Lembaga terkait untuk meningkatkan pemahaman dan komitmen terhadap program. Pelatihan keterampilan khusus diperlukan bagi staf manajemen program/staf pemerintah terkait antara lain mengenai keuangan, administrasi dan pengadaan. Dalam melaksanakan kegiatan WSLIC-2, pimpro dan Fasilitator Konsultan (CF) melakukan roadshow dan workshop untuk memperkenalkan program WSLIC-2 ke masyarakat. Pelatihan khusus bagi masyarakat dan tenaga terdidik setempat, dalam proses pemberdayaan masyarakat dengan metode MPA/PHAST serta berbagai aspek Teknis dan Manajemen” (I1)*

*“..sebelum kegiatan ini ada sosialisasi dari Tim Pusat tentang program ini . (I 2)*

*“..adanya pelatihan khusus misalnya bidang keuangan administrasi dan pengadaan yang dilakukan oleh tim pusat” (I 2)*

*“ sosialisasi dan pendampingan oleh Konsultan terkait program ini sering dilakukan. Konsultan dan pimpro membantu kami dalam merencana dan melaksanakan kegiatan. Mereka sifatnya sebagai fasilitator”(I 3)*

*“ sebelum kegiatan ini dilaksanakan sering dilakukan sosialisasi oleh pemda” (I 3)*

Sosialisasi dan *road show* baik di tingkat pusat, daerah sampai dengan desa berguna memberikan informasi dan pengetahuan buat setiap tingkatan. Pelatihan dan pendampingan baik dari aspek Teknis dan manajemen selalu dilaksanakan agar tujuan yang diharapkan dari program ini dapat dilaksanakan dengan baik.

Menurut Soetomo (2011:90), dalam pemberdayaan masyarakat sering dikenal pula institusi yang mengembangkan misi untuk memberikan advokasi kepada masyarakat. Advokasi perlu diberikan oleh karena masyarakat khususnya masyarakat lokal yang posisinya



marginal, seringkali karena ketidakberdayaannya tidak mampu bersuara lantang meskipun untuk menyuarakan aspirasi dan kepentingannya sendiri. Oleh sebab itu, agar aspirasi, kepentingan dan hak-haknya diperhatikan termasuk untuk perumusan kebijakan, pada awal gerakan pemberdayaan masih diperlukan perantara yang memberikan advokasi atau sosialisasi. Dengan demikian fungsi perantara tersebut sebagai alat pendengar sekaligus penguat suara. Selanjutnya, aspirasi dan kepentingan tersebut dengan bantuan alat penguat suara dapat disampaikan lebih keras dan lantang sehingga terdengar dan diperhatikan dalam pengambilan keputusan dan perumusan kebijakan.

### 6.3.6 Pengambilan Keputusan

Pengambilan keputusan dalam Program WSLIC-2 dilakukan oleh masyarakat. Masyarakatlah yang mengambil keputusan dengan fasilitator konsultan dan pimpro. Kesemua informan (3 dari 3) memberikan informasi yang sama bahwa pengambilan keputusan dalam program WSLIC-2, sebagaimana hasil wawancara sebagai berikut:

*"...pengambilan keputusan melalui musyawarah desa. Masyarakat desa lah yang mengambil keputusan untuk setiap kegiatan, baik dalam hal perencanaan, waktu pelaksanaan dll" (I 1)*

*" ... pengambilan keputusan sepenuhnya ditangan masyarakat, kami hanya sebagai fasilitator program ini" (I 2)*

*" ... pengambilan keputusan terkait operasional diputuskan oleh rapat pengurus Badan Pengelola Sarana Air Bersih dan Sanitasi. Keputusan terkait dengan pelanggan misalnya kenaikan tarif, kerjasama dengan pihak luar, mengembangkan ke desa lain yang belum diputuskan ini diputuskan awalnya diputuskan ditingkat rapat Badan Perwakilan Konsumen (BPK). BPK ini dibentuk oleh masyarakat untuk mewakili hak-hak masyarakat dalam mengambil keputusan. Perjalanan waktu BPK berubah menjadi yayasan. Yayasan ini dibentuk oleh dan untuk konsumen. Keputusan-keputusan penting yang tidak terkait dengan operasional untuk memutuskan badan pengelola harus meminta persetujuan yayasan. Contoh : ketika badan pengelola mau ikut serta program generasi kedua harus disetujui oleh yayasan, kenaikan tarif air atau menambah anggaran ketika anggaran perawatan melebihi yang disetujui maka kelebihan anggaran itu harus diminta persetujuan yayasan" (I 3)*

Dalam pengambilan keputusan program WSLIC-2, keterlibatan masyarakat desa yang berperan. Masyarakat desa melalui forum desa, mengambil keputusan dari setiap kegiatan. Pimpro dan konsultan hanya sebagai fasilitator dalam keputusan tersebut.

Menurut Pedoman Umum Pemberdayaan Masyarakat, Pengambilan Keputusan oleh masyarakat (*community decision making*) adalah model perencanaan yang mengikutsertakan

masyarakat dimana pengambilan keputusan oleh masyarakat melalui proses menemukan masalah, merencanakan dan melakukan pemecahannya.

### 6.3.7 Kemitraan

Pihak-pihak yang terlibat dalam pembangunan sarana air bersih dan sanitasi , pada saat perencanaan di level desa adalah pemerintahan desa, TKM, masyarakat desa, konsultan atau Fasilitator masyarakat (*Community Fasilitator*).

Kesemua informan memberikan informasi terkait kemitraan dalam program WSLIC-2 sesuai tingkatannya, sebagaimana hasil wawancara sebagai berikut:

*"..program ini melibatkan 3 dep, yaitu depdagri, PU dan Depkes sebagai leading sector dan Bappenas serta tentu saja Bank Dunia dan AusAid yang memberikan pinjaman dan hibah terhadap program ini" (I 1)*

*" yang terlibat adalah Bappeda, PU dan Dinkes sebagai pimpro" (I 2)*

*"...pada saat pelaksanaan yang terlibat pemerintahan desa, masyarakat dan Badan Pengelola. Pada saat perencanaan dilevel pemerintah daerah yaitu Dinas Kesehatan Kabupaten Malang sebagai leading sector, Bappeda, PU – Cipta Karya, Badan Pemberdayaan Masyarakat (BPM). Dilevel pemerintah daerah disebut Tim Kerja Kabupaten (TKK). Pada level Pemerintah Pusat, adanya kerjasama dengan Bappenas, Kementerian Pekerjaan Umum, Kementerian Dalam Negeri dan Kementerian Kesehatan (Leading Sector) serta Bank Dunia"(I 3)*

Kemitraan dalam program ini begitu *kental* terlihat. Mulai dari keterlibatan dari beberapa pihak misalnya Bappenas, Kementerian PU, Depdagri dan Kementerian Kesehatan serta lembaga donor Bank Dunia dan AusAid. Pihak-pihak tersebut berperan sesuai tugas pokok dan fungsinya bekerja sama (kemitraan) menjalankan Program WSLIC-2..

Berdasarkan Pedoman Umum Pemberdayaan Masyarakat yang dikembangkan oleh Depkes-Unicef, potensi pemberdayaan masyarakat dalam rangka meningkatkan atau mengembangkan potensi masyarakat setempat, guna mencapai tujuan yang diharapkan berupa kepemimpinan dalam masyarakat, dana masyarakat, lembaga masyarakat, sarana, pengetahuan, pengambilan keputusan masyarakat dan teknologi masyarakat. Pemanfaatan potensi yang ada di masyarakat harus dioptimalkan dan dipadupadankan dengan kearifan lokal setempat. Pemilihan teknologi yang digunakan untuk program disesuaikan dengan kemampuan dan sumber daya yang ada dilokasi.

## 6.4 Faktor dalam lingkungan – Partisipasi Masyarakat

Partisipasi masyarakat untuk kegiatan proyek WSLIC-2 sudah dimulai dari proses perencanaan sampai dengan evaluasi kegiatan. Kesemua informan (3 dari 3) memberikan informasi sesuai hasil wawancara sebagai berikut:

*" Keterlibatan masyarakat merupakan ruh dari program ini. Mulai dari perencanaan yang tertuang dalam RKM, pelaksanaan dan evaluasi program. Program ini berangkat dari masyarakat, untuk masyarakat dan oleh masyarakat. Partisipasi masyarakat berperan penting terhadap kesuksesan program. Konsultan dan pimpro hanya sebagai fasilitator" (I 1)*

*"masyarakat sangat berperan penting dalam program ini. Mulai dari perencanaan, pengumpulan dana dalam bentuk incash dan inkind. Implementasi RKM dan lain-lain"(I 2)*

*" ... dalam proses penyusunan RKM dan implementasinya yang diputuskan oleh pleno masyarakat. Masyarakat berpartisipasi dalam penyusunan tersebut, konsultan dan pimpro hanya sebagai fasilitator"(I 3)*

Berdasarkan profil BP SAB&S "Sumber Maron", peran serta masyarakat dalam pengelolaan Sarana Air Bersih (SAB) secara singkat dikelompokkan ke dalam beberapa bagian:

1. **Tehnik dan non tehnik**, misalnya:
  - a) **Perencanaan Tehnik :**
    - 1). Pembangunan SAB "Sumber Maron" direncanakan oleh masyarakat dalam pleno di Desa yang tertuang dalam Rencana Kerja Masyarakat (RKM), yang berisi : RAB, Rencana kerja, dan Opsi pengerjaan.
    - 2). Pekerjaan mendesain, menentukan besar bangunan
  - b) Perencanaan Non tehnik
    - 1). Masyarakatlah yang menentukan atau yang menyetujui anggaran berjalan dan rencana anggaran serta rencana kegiatan yang akan datang
2. **Dalam pemeliharaan opsi pengelolaan Sarana Air Bersih (SAB)**, misalnya:
 

Pemeliharaan opsi pengelolaan SAB berada di tangan masyarakat melalui rapat pleno yang diadakan di Desa.
3. **Kontribusi masyarakat (incash dan inkind)**
4. **Dalam operasi dan pemeliharaan** berupa:
  - 1). Membayar iuran bulan (rekening air)
  - 2). Mengangkat Ketua pengurus melalui Yayasan
  - 3). Menerima atau menolak laporan pertanggungjawaban pengurus

- 4). Mengesahkan rencana anggaran pendapatan dan belanja (RAPB) dan rencana kegiatan (RK)
5. **Dalam pengembangan SAB** berupa:
  - 1). Mengesahkan rencana anggaran pendapatan dan belanja (RAPB) dan rencana kegiatan (RK)
  - 2). Menyetujui atau tidak kerja sama dengan pihak luar.
6. **Dalam pemilihan opsi teknologi SAB** berupa:
 

Pemilihan opsi teknologi SAB berada di tangan masyarakat melalui rapat pleno yang diadakan di Desa
7. **Peran perempuan secara khusus dalam kelembagaan SAB** berupa:
  - 1). Keterlibatan dalam kepengurusan
  - 2). 17 kader PHBS, 16 diantaranya perempuan
  - 3). Terlibat dalam pengambilan keputusan

Berdasarkan Alfitri (2011:36-37) yang diterapkan dalam pengelolaan sarana air bersih dan sanitasi, proses pemberdayaan masyarakat melalui metode partisipasi masyarakat menjadi penting dalam pencapaian tujuan program WSLIC-2. Masyarakat dilibatkan dalam tiap proses pembangunan, yaitu:

1. Identifikasi masalah, yang masyarakat bersama dengan perencana ataupun pemegang otoritas kebijakan tersebut identifikasi persoalan dalam diskusi kelompok (*brain storming*), identifikasi peluang, potensi dan hambatan. Konsultan, pimpro dan pemerintah daerah hanya sebagai fasilitator. Identifikasi ini dilakukan pada pleno desa.
2. Proses perencanaan, masyarakat dilibatkan dalam penyusunan rencana dan strategi dengan berdasar pada hasil identifikasi dalam hal ini dituangkan dalam Rencana Kerja Masyarakat.
3. Pelaksanaan program pembangunan,
4. Evaluasi, masyarakat dilibatkan untuk memberikan hasil guna (manfaat bagi masyarakat) ataukah justru masyarakat dirugikan dalam proses yang telah dilakukan, merupakan inti dari proses evaluasi.
5. Mitigasi, yakni kelompok masyarakat dapat terlibat mengukur sekaligus mengurangi dampak negatif pembangunan. Kegiatan ini dilakukan pada saat pleno desa dalam pengambilan keputusan.

6. Monitoring tahap yang dilakukan agar proses pembangunan yang dilakukan dapat berkelanjutan. Dalam tahap ini, juga dimungkinkan adanya penyesuaian berkaitan dengan situasi dan informasi terakhir dari program pembangunan yang telah dilaksanakan.

Kesemua tahapan dalam teori tersebut dilaksanakan dalam program WSLIC-2 di Karangsuko ini.

Menurut Bickman, et al (dalam Community Development Teori dan Aplikasi, 2011:40), partisipasi masyarakat dapat diukur melalui lima dimensi yaitu: pengelolaan, organisasi, kepemimpinan, identifikasi kebutuhan dan menggerakkan sumber daya. Kelima dimensi ini dapat digunakan untuk menciptakan suatu profil masyarakat yang mengacu pada indikator kualitatif berikut: a) suatu kapasitas masyarakat yang tumbuh untuk mengorganisasi aksi, b) dukungan yang tumbuh dalam masyarakat dan jaringan yang bertambah kuat, c) peningkatan pengetahuan masyarakat tentang keuangan dan manajemen program, d) keinginan masyarakat untuk terlibat dalam pembuatan keputusan, e) peningkatan kemampuan dari masyarakat yang berpartisipasi dalam mengubah keputusan menjadi aksi, f) meningkatkan jangkauan partisipan melebihi program untuk mewakilinya dalam organisasi lain, g) pemimpin yang muncul dari masyarakat, h) meningkatkan jaringan dengan program, masyarakat dan organisasi lain, i) mulai mempengaruhi kebijakan.

### **6.5. Bentuk program dan proses pengimplementasian (*project design and implementation factors*)**

Faktor ini berhubungan dengan tersedianya sumber daya yang dimiliki termasuk pegawai, uang, dan waktu dan bagaimana sumber daya itu dipergunakan dalam implementasi. Perencanaan program membutuhkan saling pengertian antara pencari dana dan kebutuhan dari kelompok.

#### **6.5.1 Proses Perencanaan dan Implementasi Program**

Tahapan pengembangan masyarakat sangat ditentukan oleh persiapan dan strategi perencanaan yang baik, sehingga program aksi pengembangan masyarakat dapat mencapai sasaran. Perencanaan pembangunan sarana air bersih dan sanitasi yang ada pada program WSLIC-2 ini sepenuhnya diserahkan kepada masyarakat melalui pleno desa.

Kesemua informan (3 dari 3) memberikan informasi terkait perencanaan program WSLIC-2, sesuai hasil wawancara sebagai berikut:

*“ ..Pada saat program ini akan dimulai, pemerintah pusat dalam hal ini depkes melakukan road show. Road show ini dilakukan terkait program WSLIC-2. Dinkes diminta membantu mengidentifikasi desa sasaran di wilayah nya dengan kriteria yang ada, longlist desa, shortlist desa dan yang paling penting kesiapan desa untuk menjalankan program ini dengan menggunakan pendekatan partisipatory atau MPA-PHAST” (I 2).*

*“... Pada saat perencanaan dan pelaksanaan ada beberapa pelatihan-pelatihan yang dilakukan diantaranya pelatihan tentang kelembagaan, keuangan, pelatihan tentang teknis dilakukan pada saat pra pelaksanaan (2005) difasilitasi pimpro, konsultan dan CF dan pasca pelaksanaan proyek di fasilitasi oleh dinas kesehatan” (I 1)*

*“...Di saat pleno tersebut masukan-masukan dari masyarakat tentang perencanaan-perencanaan yang akan dikerjakan kedepan atau dikenal dengan Rencana Kerja Masyarakat (RKM). Sementara Pimpro yang berasal dari Dinas Kesehatan dan dibantu oleh konsultan hanya sebagai fasilitator-fasilitator sementara keputusan perencanaannya berada ditangan masyarakat” (I 3)*

*"Proses implementasi RKM ini dibuat dan disusun oleh masyarakat desa, sedangkan konsultan yang terdiri dari konsultan kesehatan, keuangan dan pemberdayaan membantu dalam hal pendampingan sesuai keilmuannya dan memfasilitasi keputusan yang diambil" (I 2)*

*“...Pada saat pengimplementasian dari perencanaan itu sepenuhnya berada keputusan itu di pleno masyarakat desa. Pihak-pihak dalam hal ini pemerintah lebih banyak sebagai mediator terhadap pengimplementasian perencanaan tersebut. Yang dimaksud adalah apa yang menjadi opsi atau pilihan, apa yang akan dikerjakan kapan waktunya, berapa biayanya dari masing-masing pekerjaan ini ditentukan oleh masyarakat melalui oleh pleno masyarakat. Pimpro, konsultan dan CF hanya sebagai fasilitator. Keputusan mutlak ada ditangan masyarakat”(I 3)*

Berdasarkan telaah dokumen juklak operasional tingkat desa – WSLIC-2, Program WSLIC-2 dilaksanakan dengan pendekatan tanggap terhadap kebutuhan dan dengan partisipatif. Pertama-tama bantuan ini diberikan untuk Kabupaten yang membutuhkan, dan Pemerintah Tingkat II Kabupaten tersebut bersedia untuk ikut mendanai Biaya Pengelolaan (Manajemen) program. Biaya Pengelolaan Program sebagian terbesar dibiayai dengan anggaran Pemerintah Pusat, namun untuk kegiatan tertentu Pemda Tingkat II juga ikut mendanai. Disamping itu, Pemda Tingkat II juga diminta ikut mendanai sebagian dana Pendamping sebesar 10% dari jumlah bantuan desa, sepanjang keuangan Pemerintah Daerah mampu. Apabila keuangan Pemerintah Daerah tidak mampu, dana pendamping seluruhnya akan dibiayai dari Pemerintah Pusat. Bantuan Program WSLIC-2 hanya diberikan kepada Pemda Tingkat II yang mengajukan. Karena ikut mendanai walaupun relatif kecil, Pemda harus mendapat persetujuan dari DPRD (yang mengesahkan APBD).

Setelah ada pengajuan dari Kabupaten, Program WSLIC-2 Pusat bersama tim dari Daerah meneliti keadaan desa-desa berdasarkan data yang ada di Kabupaten apakah masih banyak desa-desa di Kabupaten yang bersangkutan yang memenuhi syarat-syarat desa untuk dapat menerima bantuan Program WSLIC-2. Syarat tersebut antara lain cakupan air di desa rendah, banyak penyakit diare, desa tersebut sebagian masyarakatnya tidak mampu, dan lain-lain.

Karena Pemda Tingkat II mengajukan permintaan bantuan dan bersedia ikut mendanai program dan ternyata banyak desa-desa yang diperkirakan memenuhi syarat menerima bantuan, maka permintaan Pemda Tingkat II dapat diterima oleh Program WSLIC-2 Pusat sebagai Kabupaten calon lokasi Program.

Setelah Kabupaten ditetapkan sebagai kabupaten lokasi program maka di Kabupaten tersebut diangkat atau ditetapkan tim yang tugasnya antara lain menetapkan desa terpilih, yaitu : Kepala *DPMU (District Project Management Unit)* di Kabupaten oleh Kantor Pusat. Kepala DPMU ini bisa juga diangkat oleh Bupati Kepala Daerah sebagai Pemimpin Bagian Program WSLIC-2 di Kabupaten tersebut sehingga jabatannya Ketua DPMU/Pimbagpro. Ketua DPMU dipilih dari pegawai Dinas Kesehatan Kabupaten Tingkat II. Ketua DPMU/Pemimpin Bagian Program yang bertugas mengelola semua kegiatan program. DPMU akan berperan aktif dalam memilih desa lokasi program. Untuk pelaksanaan tugasnya, DPMU/Pimbagpro dibantu Konsultan dan fasilitator yang tugasnya antara lain membantu DPMU dalam memilih desa lokasi program. Disamping itu dari Pusat juga ditempatkan Konsultan Monitoring yang tugasnya juga akan membantu DPMU memilih desa lokasi program.

Dari Pemerintah Daerah juga dibentuk Tim, yaitu :

- a) Tim Koordinasi Kabupaten (TKK) yang diketuai oleh Ketua Bappeda, yang tugas dan tanggung jawabnya antara lain mengendalikan kegiatan pelaksanaan Program WSLIC-2
- b) Tim Koordinasi Kecamatan (TKKc) yang diketuai Camat dengan Sekretaris Kepala Puskesmas, TKKc akan menyelenggarakan sosialisasi Program di tingkat desa dalam rangka pemilihan desa lokasi kerja Program WSLIC-2

Untuk lebih mudah menjelaskan, prosedur pemilihan desa dapat dibagi menjadi 4 tahap, yaitu :

### **Tahap I Diadakan sosialisasi (road show) tingkat kabupaten**

Pesertanya adalah:

- a. Seluruh TKKc di Kabuapten yang bersangkutan
- b. Wakil masing-masing desa dari kecamatan yang bersangkutan yang terdiri dari :
  - a) Kepala Desa
  - b) Tokoh masyarakat
  - c) Tokoh agama/tokoh adat
  - d) Perwakilan wanita (PKK, Bidan Desa, Kelompok Pengajian, dan lain-lain)
  - e) Kepala Sekolah (guru)
- c. Materi yang disosialisasikan adalah konsep dasar Program WSLIC-2 s/d penyusunan Rencana Kerja Mayarkat dan peran serta tanggung jawab masyarakat.  
Tempat penyelenggaraan bisa di Kabupaten atau di Kecamatan

### **Tahap II Sosialisasi di tingkat desa yang ada di kecamatan**

Sosialisasi ini diselenggarakan oleh TKKc dibantu Tim Fasilitator Masyarakat. Peserta adalah seluruh masyarakat desa (laki-laki/perempuan, kaya/miskin). Tujuan sosialisasi tingkat desa adalah menjelaskan tentang gambaran umum Program WSLIC-2, syarat-syarat agar desa dapat ikut dalam Program WSLIC-2 dan lain-lain.

### **Tahap III Rembug desa**

Setelah Kepala Desa, Tokoh Masyarakat, Tokoh Agama/Adat, Perwakilan Wanita dan seluruh masyarakat desa laki-laki atau perempuan, kaya-miskin mengerti tentang Program WSLIC-2 serta persyaratannya, mungkin ada masyarakat desa yang berminat namun juga mungkin ada yang tidak misalnya diakibatkan harus ikut mendanai program.

Apabila masyarakat desa berminat maka aparat desa dibantu tokoh masyarakat/bila perlu bisa juga dibantu TFM mengadakan rembug desa yang dihadiri masyarakat desa dan dusun yang ada.

Dalam rembug desa dibahas lagi tentang keuntungan kalau menerima bantuan program, namun dilain pihak masyarakat juga dijelaskan bahwa program ini diutamakan untuk masyarakat tidak mampu, dan masyarakat juga harus mendanai berupa kontribusi uang dan material lokal serta upah yang tidak dibayar.

Apabila diputuskan dalam rembug desa tersebut bahwa masyarakat menghendaki menerima Program WSLIC-2, harus membuat “Surat Pernyataan Kesanggupan Menerima Bantuan (SPKMB)”.



Untuk mencapai kesepakatan menerima atau menolak mungkin diadakan rembug desa berkali-kali, namun tidak boleh lebih dari 1 (satu) bulan. Formulir SPKMB akan diberikan oleh Program. SPKMB yang telah diisi dikirimkan ke Bappeda Kabupaten sebagai Ketua TKK dan tembusan DPMU.

Program WSLIC-2 dilaksanakan dengan pendekatan tanggap terhadap kebutuhan, sehingga hanya desa-desa yang mengirimkan SPKMB yang akan diproses lebih lanjut, apakah desa tersebut memenuhi persyaratan sebagai desa lokasi program atau tidak.

#### **Tahap IV Proses Pemilihan Desa di DPMU (Kabupaten)**

Setelah batas waktu yang ditetapkan terlewati, maka TKK bersama PMU Kabupaten dan dibantu Konsultan Kabupaten, atas dasar SPKMB yang diterima membuat daftar nama desa.

Langkah selanjutnya, berdasarkan data yang ada di Bappeda, Dinas Kesehatan, Puskesmas, dan lain-lain, maka untuk masing-masing desa diadakan penilaian sebagai berikut:

1) Angka penyakit diare di desa

Berdasarkan data dari Puskesmas dapat diketahui jumlah penduduk desa yang kena penyakit diare, kemudian diadakan perbandingan jumlah kasus diare terhadap jumlah penduduk.

2) Indek Kemiskinan

Berdasarkan data Potensi Desa di kabupaten, dapat diketahui apakah desa tersebut termasuk desa swakarya, swadaya atau swa sembada, masing-masing diberikan nilai 15, 10 dan 5.

3) Pemerataan pelayanan air bersih dan sanitasi

Indikator yang digunakan adalah Cakupan sarana air bersih dan sanitasi.

Data yang digunakan adalah data sekunder dari kabupaten atau dari pengamatan langsung cakupan air bersih dan sanitasi dibandingkan jumlah penduduk.

4) Hasil peninjauan lapangan

TKKc atau Fasilitator Masyarakat akan datang ke desa untuk melihat langsung mengenai :

a) Jumlah sarana air bersih baik yang berfungsi maupun tidak berfungsi

b) Dipertimbangkan kemungkinan adanya program lain yang sejenis di daerah tersebut dan potensi sumber air yang ada.

- c) Faktor lain yang mempengaruhi kelancaran pelaksanaan di lapangan, seperti faktor situasi, kondisi lokasi, daya jangkau, keamanan dan sebagainya.

Data-data dari no 1 – 4 nanti akan dicocokkan dengan data yang diperoleh saat dilakukan MPA/PHAST. Berdasarkan data –data no 1 s/d 4 dibuat susunan ranking atas dasar skoring masing-masing desa. Hasil skoring tersebut diumumkan di masing-masing kecamatan. Pemilihan desa dimulai dari desa yang skoringnya paling tinggi.

Setelah desa diumumkan masuk dalam daftar pendek desa dan ditetapkan dengan surat keputusan Bupati, maka sebelum melakukan perencanaan secara partisipatif perlu dilakukan persiapan:

- a. Tim Fasilitator Masyarakat melakukan koordinasi dan konsultasi dengan Tim Koordinasi Kecamatan, untuk menyusun jadwal kunjungan ke desa-desa dalam rangka perencanaan masyarakat secara partisipatif.
- b. Tim Fasilitator Masyarakat melakukan koordinasi dan konsultasi dengan Pemimpin PUSKEMAS dan staff, untuk memperoleh gambaran masalah kesehatan, fasilitas kesehatan dan kondisi kesehatan lingkungan di desa-desa calon lokasi program.
- c. Pertemuan Kepala Desa, Aparat desa, LKMD, BMD, tokoh masyarakat, tokoh agama dan Tim Fasilitator Masyarakat, membahas kerangka kesinambungan, hambatan masyarakat dalam berpartisipasi, serta strategi untuk melaksanakan proses perencanaan partisipatif masyarakat.
- d. Dalam program WSLIC-2, jender dan kemiskinan adalah isu utama di dalam proses perencanaan masyarakat dengan menggunakan “Buku Perencanaan Partisipatif Masyarakat” (field book) yang memastikan bahwa perempuan, laki-laki, golongan miskin dan kaya terlibat dalam setiap kegiatan proses perencanaan.

Proses perencanaan pada “Identifikasi dan analisis situasi” terdiri dari **14 kegiatan** seperti tersebut dibawah ini:

#### **6.5.1.1. Inventaris Data Komunitas.**

Dilaksanakan oleh TFM bersama aparat desa dan badan pengelola sarana air bersih (bila ada) menggunakan data sekunder monografi desa. Hasil informasi / data di gunakan untuk membandingkan / konfirmasi dengan data / informasi hasil kegiatan lain.

#### **6.5.1.2. Klasifikasi Kesejahteraan.**

Dilaksanakan melalui diskusi kelompok campuran (perempuan-laki-laki, kaya-miskin) dengan mempertimbangkan keterwakilan semua dusun dalam desa. Digunakan untuk

mengetahui tingkat kesejahteraan,serta memetakan akses keluarga (rumah) miskin dan kaya terhadap pelayanan air bersih sanitasi, serta fungsi keluarga dalam masyarakat.

#### **6.5.1.3. Pemetaan Sosial**

Dilakukan oleh kelompok kurang lebih 15 orang yang mewakili masyarakat (perempuan, laki-laki, kaya-miskin dan mewakili semua dusun dalam desa). Hasil pemetaan sosial ini, digunakan untuk pengembangan pelayanan air bersih dan sanitasi, dasar pembuatan sketsa pengembangan sarana air bersih dan sanitasi, menentukan lokasi diskusi kelompok terfokus (kelompok kaya atau kelompok miskin). Perencanaan transect walk (RTA, Inspeksi Sanitasi, pengamatan penyakit).

#### **6.5.1.4. Perencanaan Transect Walk dan Diskusi Kelompok Terfokus**

Untuk merencanakan *rapid technical assessment* (RTA), *transect walk* dan merencanakan diskusi kelompok terfokus atau diskusi kelompok campuran.

#### **6.5.1.5. Masalah Kesehatan Masyarakat (Suster Tanaka)**

Dilakukan melalui diskusi kelompok campuran (15 – 40 Orang). Hasil kegiatan ini masyarakat dapat mengidentifikasi jenis penyakit yang menjadi masalah bagi masyarakat, faktor – faktor yang mempengaruhi terjadinya penyakit, fasilitas kesehatan yang sering di manfaatkan oleh masyarakat. Manfaat dari hasil kegiatan ini ialah masyarakat dapat merencanakan cara pencegahan penyakit, merencanakan perubahan perilaku terhadap kesehatan, serta memanfaatkan fasilitas kesehatan dalam menyusun rencana kerja masyarakat.

#### **6.5.1.6. Alur Penularan Penyakit (Lintasan Kontaminasi)**

Dilakukan melalui diskusi kelompok terfokus, digunakan agar masyarakat dapat mengetahui bagaimana alur penularan penyakit terjadi dari sumber infeksi kepada orang lain. Untuk penyakit diare, masyarakat dapat mengetahui bagaimana alur kuman penyakit yang ada dalam tinja sehingga dapat masuk kedalam tubuh orang lain melalui mulut (*fecal-oral*).

#### **6.5.1.7. Menghambat Alur Penularan Penyakit (Cara Memutuskan Lintasan Kontaminasi)**

Dilakukan melalui diskusi kelompok terfokus, dengan tujuan agar masyarakat dapat mengetahui cara memutuskan lintasan kontaminasi hasil diskusi sebelumnya, baik dengan kegiatan fisik (pembangunan sarana) maupun non fisik (perubahan perilaku).

#### **6.5.1.8. Perilaku Baik dan Buruk Terhadap Kesehatan (Tiga Pilihan Kartu)**

Dilakukan melalui diskusi kelompok terfokus, melalui kegiatan ini masyarakat dapat menggolongkan perilaku buruk, perilaku baik dan perilaku yang tidak berpengaruh terhadap

kesehatan, terutama yang berkaitan dengan penyakit yang masih merupakan masalah bagi masyarakat.

#### **6.5.1.9. Pemilihan Perilaku Baik**

Dilakukan melalui diskusi kelompok terfokus, masyarakat menyusun urutan-urutan mulai perilaku yang paling baik dan perilaku paling buruk yang biasa terjadi di masyarakat, serta alasan – alasan mengapa di katakan perilaku paling baik dan perilaku yang buruk, sebagai awal langkah selanjutnya dalam pemilihan opsi perubahan PHBS.

#### **6.5.1.10. Efektivitas Penggunaan Sarana Air Bersih**

Dilakukan melalui diskusi kelompok terfokus dan melalui kegiatan ini masyarakat dapat mengetahui kebiasaan penggunaan air bersih, serta proporsi masyarakat yang menggunakan sarana air bersih yang memenuhi syarat.

#### **6.5.1.11. Efektivitas Penggunaan Sarana Sanitasi (Kantong Suara)**

Dilakukan melalui diskusi kelompok terfokus dan melalui kegiatan ini masyarakat dapat mengetahui kebiasaan buang air besar, serta proporsi masyarakat yang menggunakan jamban keluarga yang saniter (memenuhi syarat).

#### **6.5.1.12. Pengelolaan Sumber Air (Transect Walks)**

Dilakukan oleh kelompok kecil kurang lebih 10 orang yang terdiri dari badan pengelola dan anggota masyarakat yang memperhatikan sensitif jender. Caranya ialah dengan pengamatan dan diskusi. Melalui kegiatan ini masyarakat dapat menilai jenis kontaminasi melalui inspeksi sanitasi atau melalui membaca hasil pemeriksaan laboratorium (apabila ada pemeriksaan laboratorium) serta kuantitas (debit) air.

#### **6.5.1.13. Penilaian Tingkat Kualitas Kerja (Transect Walks)**

Dilakukan seperti pada “Pengelolaan Sumber Air” dan dilakukan apabila ada system air bersih untuk umum serta ada jamban keluarga dan jamban sekolah.

Melalui kegiatan ini masyarakat dapat mengetahui sistim drainase, kualitas konstruksi, operasional dan pemeliharaan jamban keluarga dan jamban sekolah.

#### **6.5.1.14. Penilaian Pelayanan Sarana Air Bersih (Transect Walks dan Rating Scale)**

Dilakukan seperti pada “pengelolaan Sumber Air” dan dilakukan kalau ada system air bersih. Melalui kegiatan ini masyarakat dapat mengidentifikasi tingkat kepuasan tentang kecukupan air, kualitas air, kesadaran terhadap pemeriksaan kualitas air, sistim drainase dan kebocoran air.

#### **6.5.1.15. Rapid Technical Assessment (RTA)**

Dilakukan oleh kelompok kecil yang memperhatikan sensitif gender. Caranya ialah dengan kunjungan lapangan ketempat/ lokasi potensi air. Melalui kegiatan ini masyarakat dapat mengidentifikasi sumber air yang biasa di gunakan oleh masyarakat dan sumber air yang ingin di kembangkan untuk pembangunan sistim air bersih.

Dengan kegiatan ini masyarakat dapat mengidentifikasi tentang jarak, kedalaman, kualitas dan kuantitas serta posisi sumber air, kemungkinan sistim dan tingkat pelayanan, perkiraan biaya pembiayaan, operasional dan pemeliharaan.

Hasil identifikasi dan analisis tersebut di atas dicatat pada “Lembar catatan MPA – PHAST“ dan dirangkum dalam laporan yang nantinya merupakan bagian dari “Gambaran Umum“ pada dokumen RKM.

Hasil identifikasi dan analisis situasi ini disampaikan kepada masyarakat melalui rembug desa (Pertemuan Pleno Masyarakat).

Penyaji : Perwakilan masyarakat (sebaiknya lebih dari satu orang ada perempuan dan laki-laki mewakili golongan orang kaya dan miskin)

Bahan penyajian : Peta Sosial;  
Informasi tentang identifikasi dan analisis situasi yang dilaksanakan oleh masyarakat;  
Diagram batang kesinambungan.

Peserta : Semua anggota masyarakat.

Tujuan : Masyarakat dapat memberikan ulasan tentang hasil identifikasi dan analisis situasi;  
Masyarakat mampu mengidentifikasi tindakan – tindakan selanjutnya sehingga sebagai bahan masukan dalam pemilihan opsi sarana dan opsi perilaku dan cara pembentukan TKM.

Setelah melalui rembug desa masyarakat memahami tentang masalah kesehatan dan kondisi lingkungan desa, maka dengan bantuan fasilitator, masyarakat melanjutkan proses perencanaan secara partisipatif tentang pemilihan opsi untuk mengatasi masalah kesehatan yang dihadapinya.

#### **6.5.2.1. Pemilihan Opsi Sarana Air Bersih (Tangga Air Bersih)**

Melalui kegiatan yang dilakukan oleh masyarakat dengan bantuan fasilitator (menggunakan tool tangga air bersih), masyarakat dapat mengetahui keadaan sarana air bersih

yang ada saat ini, jenis sarana air bersih yang ingin dibangun dalam rangka memutus lintasan kontaminasi/alur penyakit, serta masyarakat mengetahui tentang usaha-usaha yang harus dilakukan dalam rangka membangun jenis sarana air bersih yang telah dipilih tersebut. Opsi pembangunan Sarana Air Bersih di Desa Karangsono menggunakan opsi perpipaan dengan mengambil air dari mata air yang dapat dialirkan melalui gravitasi merupakan pilihan utama. Pertimbangannya adalah masyarakat akan mudah mengoperasikan dan memeliharanya. Sarana perpipaan dapat menjadi pilihan utama masyarakat, mengingat sarana ini sangat membantu mempermudah masyarakat untuk memperoleh air bersih dan akan mudah mengoperasikan dan memeliharanya.

#### **6.5.2.2. Pemilihan Opsi Sarana Sanitasi (Tangga Sanitasi)**

Melalui kegiatan yang dilakukan oleh masyarakat dengan bantuan fasilitator (menggunakan tool tangga sanitasi), masyarakat dapat mengetahui keadaan sarana sanitasi yang ada saat ini, jenis sarana sanitasi yang ingin dibangun dalam rangka memutus lintasan kontaminasi/alur penyakit, serta masyarakat mengetahui tentang usaha-usaha yang harus dilakukan dalam rangka membangun jenis sarana sanitasi yang telah dipilih tersebut.

#### **6.5.2.3. Pemilihan Opsi Perubahan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat**

Melalui kegiatan masyarakat yang dibantu oleh fasilitator masyarakat dapat mengetahui perilaku buruk yang sering / masih terjadi di masyarakat, mendiskusikan pemilihan Opsi PHBS yang efektif dan mudah dikerjakan serta mendiskusikan usaha-usaha yang harus dilakukan dalam rangka melaksanakan perubahan PHBS yang diinginkan.

#### **6.5.2.4. Penilaian Kebutuhan Pelatihan**

Setelah masyarakat memutuskan pemilihan jenis sarana air bersih, jenis sarana sanitasi serta opsi perubahan PHBS serta usaha-usaha untuk mencapai tujuan tersebut, salah satu kebutuhan penting adalah rencana pelatihan.

Dengan bantuan fasilitator masyarakat mendiskusikan jenis pelatihan yang dibutuhkan berkenaan pelaksanaan pembangunan sesuai dengan opsi yang dipilih, meliputi aspek teknis konstruksi, kesehatan, organisasi dan financial.

#### **6.5.2.5. Pembentukan TKM**

Pembentukan TKM dilakukan secara musyawarah sesuai pilihan dari masyarakat. Anggota TKM merupakan perwakilan dari seluruh dusun yang merupakan gabungan unsur dari masyarakat yaitu kaya/miskin/laki-laki/perempuan. Agar suara perempuan terakomodasi secara baik maka dalam mobilisasi masyarakat, perempuan perlu mendapat perhatian dimana

pertemuan disesuaikan dengan kapan mereka bisa terlibat aktif. Pada pertemuan pembentukan TKM, jika perempuan yang sudah menikah tidak dapat hadir sebaiknya diundang juga perempuan yang belum menikah sehingga suara bisa terwakili. Untuk bisa membuat keputusan sebaiknya perempuan menduduki posisi sebagai pengurus TKM. Misalnya sebagai bendahara TKM dipilih perempuan yang pernah menjadi bendahara PKK ataupun biasa berdagang. Perempuan dapat juga menjadi ketua unit kesehatan ataupun wakil ketua. Untuk memotivasi keterlibatan perempuan, bidan desa atau kader kesehatan dapat dijadikan sebagai anggota TKM.

Hasil pemilihan opsi sarana air bersih, opsi sanitasi, opsi perubahan PHBS dan kebutuhan pelatihan dicatat dalam lembar pencatatan MPA-PHAST. Berdasarkan catatan tersebut, TFM menyusun laporan dan laporan tersebut merupakan bagian dari laporan Gambaran Umum RKM. Laporan ini disajikan kepada masyarakat melalui rembuk desa.

- Penyaji : Perwakilan Masyarakat (sebaiknya lebih dari satu orang ada perempuan dan laki-laki mewakili golongan orang kaya dan miskin)
- Peserta : Semua anggota masyarakat

Melalui rembuk desa ini masyarakat dapat memberikan ulasan tentang opsi sarana air bersih, opsi sanitasi dan opsi perubahan PHBS. Setelah masyarakat menyetujui opsi tersebut masyarakat dapat menentukan tindakan selanjutnya dalam rangka menyusun RKM.

Setelah masyarakat memutuskan pemilihan opsi sarana air bersih, sarana sanitasi, PHBS di masyarakat dan di sekolah, kebutuhan pelatihan, serta telah membentuk TKM, maka TKM tersebut bersama masyarakat dan dibantu fasilitator berkewajiban menyusun RKM. TKM bersama masyarakat dibantu oleh fasilitator menyusun:

- 1) Rancangan Rincian Kegiatan (RRK) tentang pembangunan sarana air bersih, sarana sanitasi, PHBS masyarakat dan sekolah, pemberdayaan & pelatihan.
- 2) Gambar teknis sarana air bersih dan sanitasi
- 3) Rencana biaya pembangunan sarana air bersih, sanitasi, PHBS masyarakat dan sekolah, pemberdayaan dan pelatihan.
- 4) Rencana biaya operasional dan pemeliharaan
- 5) Rencana kontribusi masyarakat, pengumpulan, jadwal, tanggung jawab, penyimpanan kontribusi.
- 6) Rencana administrasi keuangan.

Setelah TKM bersama masyarakat dengan bantuan fasilitator menyusun RKM, maka konsep RKM tersebut diinformasikan kepada masyarakat melalui rembuk desa. Melalui kegiatan ini masyarakat dapat memberikan ulasan konsep RKM yang telah disusun untuk perbaikan sebelum dikirim kepada DPMU.

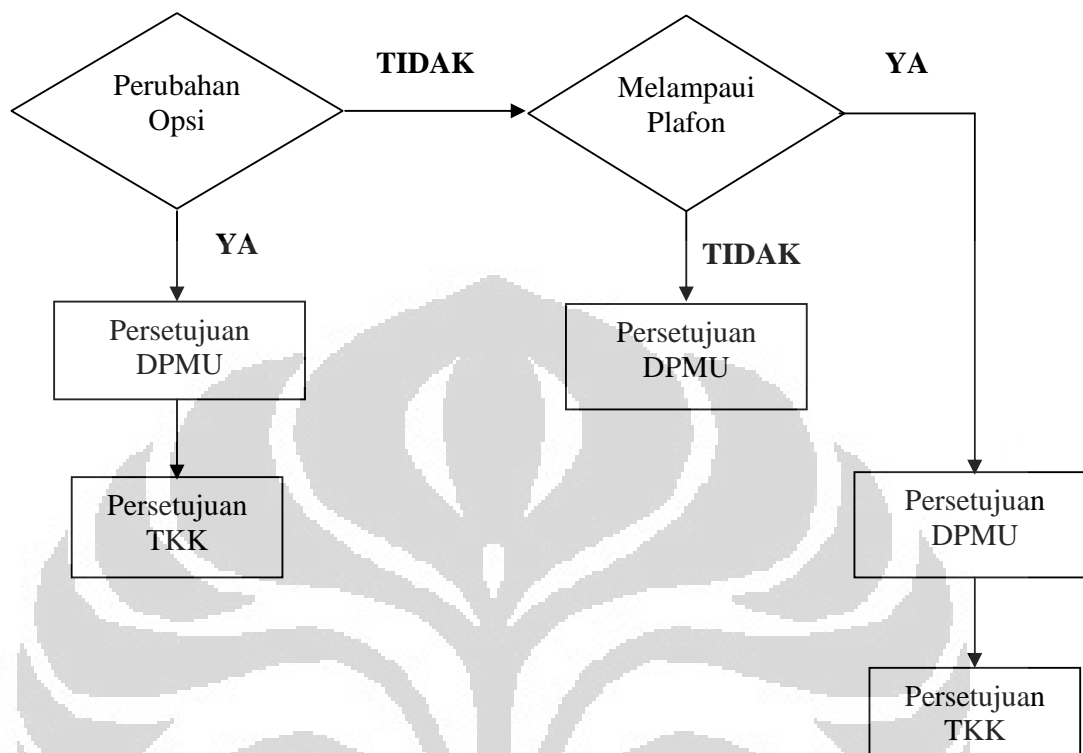
Hasil perencanaan partisipatif masyarakat yang telah disetujui oleh masyarakat melalui rembuk desa, disusun dalam bentuk dokumen RKM. Rencana Kerja Masyarakat (RKM) yang disusun oleh Tim Kerja Masyarakat (TKM) dan diketahui oleh Koordinator CFT, diajukan kepada DPMU dengan surat pengantar Ketua TKM. Dokumen RKM terdiri dari tiga buku, yaitu:

1. Buku Pertama: Rencana Kerja Masyarakat,  
Dalam buku ini diuraikan rencana kegiatan pemberdayaan masyarakat, rencana biaya, Usulan Sub Kontraktor / Pemasok, Struktur Organisasi TKM disertai lampiran Peta Lokasi Program; Status Tanah yang akan digunakan sebagai lokasi pembangunan; Pernyataan pengumpulan dana kontribusi masyarakat 4% tunai dari Bank dimana TKM membuka rekening; Pernyataan dan bukti kontribusi dari masyarakat. In cash 4% dan In kind 16%.
2. Buku Kedua : Rancangan Rinci Kegiatan (RRK),  
Merupakan lampiran buku pertama dan merupakan bagian yang tidak terpisahkan. Dalam buku ini diuraikan tentang rancangan rinci kegiatan komponen pemberdayaan dan pelatihan, komponen kesehatan dan sanitasi, komponen pembangunan sarana air bersih dan komponen administrasi program.
3. Buku Ketiga : Laporan MPA-PHAST  
Merupakan data hasil proses perencanaan secara partisipatif oleh masyarakat dengan menggunakan buku pedoman (field book MPA-PHAST).

RKM yang dikirim di evaluasi oleh Tim Evaluasi RKM. Evaluasi RKM meliputi kelengkapan dokumen, proses perencanaan dan kualitas perencanaan, kewajaran harga dan evaluasi terhadap sub kontraktor yang diusulkan. Berdasarkan evaluasi tersebut, RKM yang diajukan dapat diterima tanpa perbaikan atau diterima dengan catatan perlu perbaikan untuk komponen yang direkomendasikan untuk diperbaiki. Alur Pengajuan Revisi RKM sesuai dengan gambar di bawah ini:



**Gambar 4. Alur Pengajuan Revisi RKM**



Catatan:

***Untuk persiapan DPMU diperlukan pengecekan PMC dan kabupaten di dukung oleh Berita Acara Revisi***

Setelah RKM mendapatkan persetujuan dan Surat Perjanjian Pemberian Bantuan (SPPB) di tanda tangani oleh kedua belah pihak, maka sebagai pihak kedua yaitu TKM berhak untuk melaksanakan pekerjaan tersebut dalam RKM. Persiapan pelaksanaan dilakukan oleh TKM dibantu TFM pada forum rembug desa meliputi:

1. Mengecek dan merubah bila perlu Jadwal Pelaksanaan yang telah disusun didalam RKM dengan kondisi terkini.
2. Melakukan pengecekan kembali rekening TKM untuk memastikan bahwa kontribusi masyarakat berupa uang di rekening TKM minimal sebesar 4% dari kebutuhan dana di RKM yang disetujui.
3. Memeriksa dan menyiapkan kontribusi masyarakat berupa tenaga dan material (in-kind) sebesar 16% dari kebutuhan dana di RKM yang disetujui.
4. Identifikasi tenaga terampil dan pendaftaran calon pekerja untuk pekerjaan yang akan dilaksanakan sendiri. Calon pekerja harus digolongkan menurut jenis kelamin. Orang

yang tergolong kurang mampu harus mendapatkan prioritas. Pendaftaran tenaga kerja dapat diteruskan selama pelaksanaan bila terdapat calon tenaga kerja baru.

#### 5. Menyusun organisasi pelaksanaan pembangunan

Proses pelaksanaan yang didanai swadaya masyarakat ini semaksimal mungkin dapat dilaksanakan secara swakelola oleh masyarakat desa. Dalam pelaksanaannya ada bagian pekerjaan yang ditinjau dari jenis dan sifat pekerjaannya ada yang tidak memungkinkan untuk dilaksanakan sendiri oleh masyarakat, maka perlu dilakukan klarifikasi dengan CFT untuk mendapatkan pertimbangan suatu pekerjaan dapat dikerjakan oleh pihak ketiga sebagai sub pemasok/sub kontraktor terhadap TKM.

##### 1. Pelaksanaan Kegiatan dengan Partisipasi Masyarakat

Dalam hal pelaksanaan ini TKM akan dibantu oleh Tim Fasilitator Masyarakat (FM) yang dalam waktu periodik akan ditentukan jadwal pertemuan pelaksanaan yang akan membahas kemajuan-kemajuan pekerjaan dan menyelesaikan permasalahan yang timbul di lapangan. Dalam pertemuan-pertemuan tersebut sekali waktu perlu dihadiri oleh pihak DPMU dan konsultan kabupaten terutama yang berkaitan dengan kemungkinan adanya perubahan atau revisi pekerjaan menyangkut teknis maupun keuangan.

Setiap kontrak yang selesai dilakukan oleh TKM akan dievaluasi oleh Tim penerima barang / jasa yang dibentuk oleh DPMU kabupaten. Panitia Penerima bertugas melakukan evaluasi atau pengecekan pekerjaan (Cek List Pekerjaan) yang dikerjakan oleh pihak kedua sesuai dengan spesifikasi teknis atau Kerangka Acuan Kerja dalam kontrak.

Dengan kemampuan panitia yang terbatas untuk melakukan evaluasi terhadap pekerjaan tersebut maka Program dapat mengundang tenaga ahli PMC dan Konsultan Kabupaten untuk melaksanakan evaluasi atau pengecekan tersebut.

##### 2. Pelaksanaan Kegiatan dengan Sub Kontraktor/Pemasok

Pelaksanaan pekerjaan yang dianggap oleh masyarakat tidak mampu dikerjakan oleh masyarakat sendiri karena memerlukan keahlian khusus atau pekerjaan yang memerlukan modal yang besar dengan dievaluasi secara bersama-sama dengan pihak FM, maka pihak kedua diperbolehkan untuk melaksanakan pekerjaan dengan di sub kontrakkan melalui pihak ketiga.

Dalam pelaksanaannya TKM akan melakukan pengawasan terhadap kinerja Sub kontraktor dengan di bantu oleh Tim Fasilitator Masyarakat. Dalam melakukan pengawasan,

TKM juga akan melakukan pertemuan-pertemuan rutin secara berkala dalam rangka memantau kemajuan pekerjaan yang telah dicapai oleh sub kontraktor/Pemasok serta permasalahan-permasalahan yang timbul di lapangan. Disamping melaksanakan pelaksanaan pekerjaan sendiri oleh masyarakat, TKM juga dapat sekaligus secara langsung melakukan teguran-teguran dilapangan baik lisan maupun tertulis kepada sub kontraktor terhadap kualitas pekerjaan maupun kemampuan tukang yang tidak memadai.

### 3. Pelaksanaan Kegiatan Pemberdayaan

Untuk meningkatkan kapasitas masyarakat dalam melaksanakan kegiatan program dapat dilakukan dengan cara melakukan pelatihan yang dilakukan oleh TFM, konsultan kabupaten ataupun pihak ketiga. Laki-laki dan perempuan memperoleh hak yang sama untuk mendapatkan pelatihan ini.

Usaha lain untuk meningkatkan kapasitas masyarakat dapat dilakukan dengan cara pendampingan secara terus menerus oleh TFM selama proses pelaksanaan program.

Pelatihan pada tahap pelaksanaan diperlukan sesuai dengan kebutuhan TKM dan masyarakat, sehingga mampu dan terampil melakukan kegiatan sesuai dengan kebutuhan yang tertuang didalam RKM. Pelatih untuk TKM berasal dari Konsultan Kabupaten, TFM maupun Pihak Ke-3. Sistem pelatihan dapat dilakukan dikelas atau dengan yang lebih mudah untuk dapat dimengerti oleh masyarakat desa adalah orang dilatih sambil bekerja (*on the job training*). Pelatihan teknis untuk TKM, mandor dan masyarakat yang berminat yang dilakukan oleh Konsultan Kabupaten dan TFM secara *on the job* sesuai dengan kebutuhan TKM dan masyarakat paling tidak sebagai berikut:

- a) Cara-cara membaca gambar teknis
- b) Pengetahuan tentang spesifikasi teknis dan batasan-batasannya
- c) Tata cara pengawasan pekerjaan (quality control) dan perhitungan progres fisik
- d) Administrasi dan keuangan
- e) Bersama-sama dengan tukang yang terampil membangun jamban beserta leher angsa yang dapat dijadikan uji coba masyarakat sehingga mereka dapat membangun jamban sendiri sebagai dukungan terhadap pembangunan jamban dengan menggunakan dana bergulir.

Selain pelatihan tersebut diatas, pelatihan untuk TKM dapat dilakukan melalui pendanaan yang berasal dari Hibah Desa sesuai dengan kebutuhan masyarakat yang

dituangkan didalam RKM maupun yang berasal dari Non Hibah Desa yang telah dirancang sebelumnya. Pelatihan dengan sumber dana Non Hibah Desa adalah:

- a) Teknik Konstruksi /Pekerja Desa
- b) DRA
- c) Pelatihan SODIS dan Wanita
- d) Administrasi dan Keuangan
- e) Pelatihan guru dan Komite sekolah

Pelatihan dengan sumber dana Hibah Desa tidak terbatas pada :

- a. Penyuluhan kesehatan dengan PHAST
- b. Administrasi dan Keuangan
- c. Pengelolaan dan Pemeliharaan

Dalam pelaksanaan kegiatan program, baik laki-laki maupun perempuan dapat terlibat aktif selama pembangunan konstruksi. Perempuan dapat terlibat dalam pelaksanaan konstruksi sebagai tenaga terampil ataupun kurang terampil. Perempuan dapat berperan sesuai kapasitasnya sebagai tenaga terampil (sesuai jabatan di TKM, baik sebagai ketua, bendahara dan sebagainya) dalam pelaksanaan konstruksi. Perempuan dapat terlibat sebagai tenaga kurang terampil seperti membawakan batu bata atau pasir. Perempuan dapat menyediakan konsumsi sehingga pelaksanaan pekerjaan konstruksi dapat berjalan lancar. Perempuan dapat melakukan monitoring pada saat pekerjaan konstruksi.

#### **4. Pelaksanaan Kegiatan PHBS**

##### **4.1 Kegiatan PHBS di Masyarakat**

Pelaksanaan kegiatan PHBS di masyarakat dilaksanakan oleh organisasi pelaksana yang telah dibentuk dalam tahap persiapan pelaksanaan. Pelaksanaan kegiatan PHBS dengan metode partisipatori, sesuai dengan kegiatan yang diusulkan kedalam RKM. Tahap pelaksanaan kegiatan PHBS disesuaikan dengan tahap pelaksanaan konstruksi, misal kegiatan yang menyangkut kegiatan penanggulangan pencemaran sumber air dan lingkungan harus dimulai sejak membangun sarana air bersih.

##### **4.2 Kegiatan PHBS di sekolah (Usaha Kegiatan Sekolah)**

Pelaksanaan Kegiatan PHBS di sekolah (Usaha Kegiatan Sekolah) harus terkait /ada interaksi dengan usaha kesehatan masyarakat, dilaksanakan oleh guru UKS dibantu oleh TFM

dan Staf Puskesmas. Pengobatan penyakit cacangan didahului oleh pemeriksaan sampel tinja dan pendidikan kesehatan pada murid.

Tahap kegiatan PHBS disekolah (UKS) disesuaikan dengan tahap pelaksanaan/pembangunan konstruksi sarana air bersih dan sanitasi, misal sebelum di mulai pembangunan konstruksi perlu pendidikan kesehatan dalam rangka operasional dan pemeliharaan lebih dahulu kepada murid sekolah.

## **5. Pelaksanaan Konstruksi**

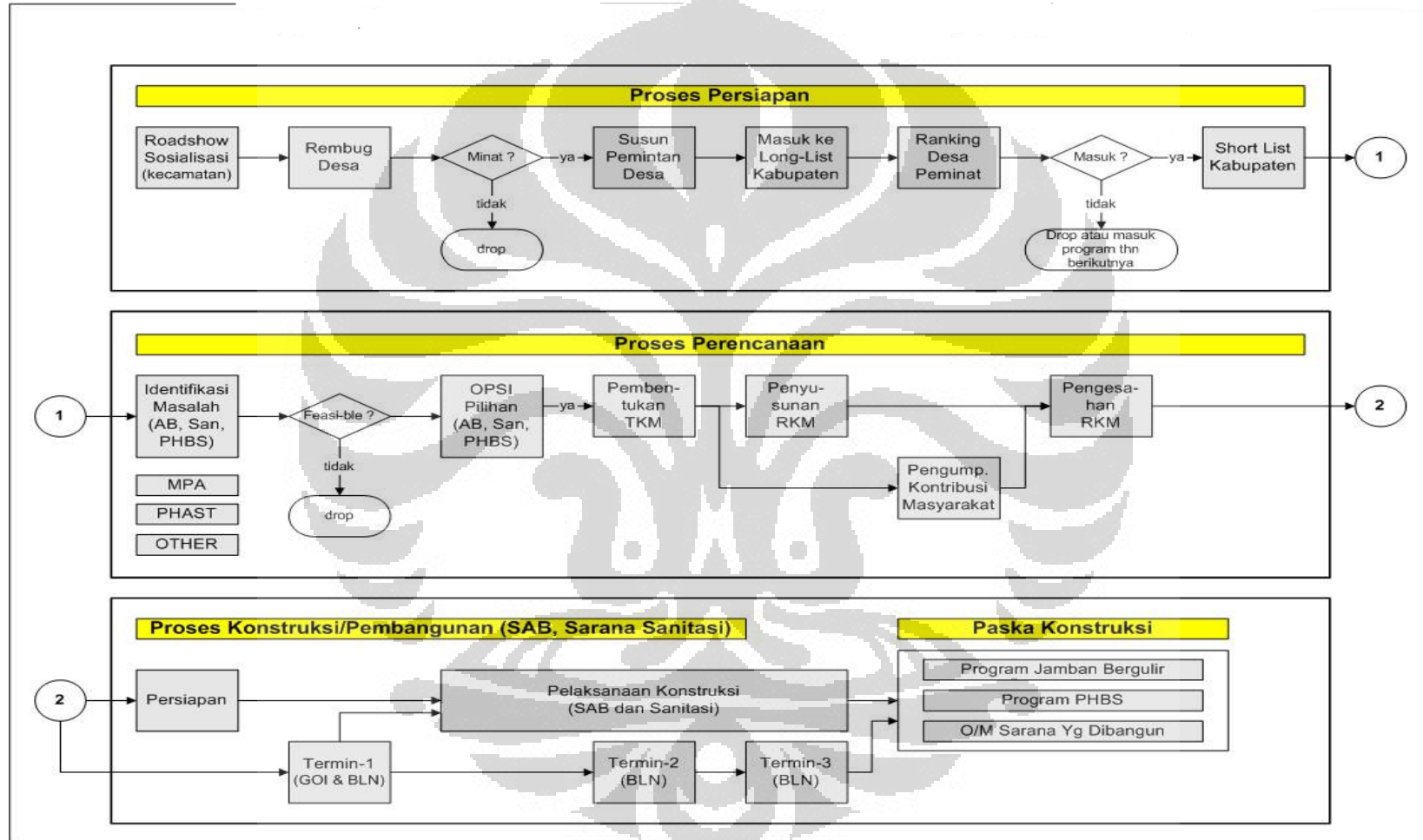
Pelaksanaan konstruksi dilaksanakan setelah pencairan dana Tahap I dan dilaksanakan pelatihan-pelatihan bagi TKM dan masyarakat. Pelaksanaan konstruksi dapat dilakukan oleh masyarakat sendiri atau oleh pihak ke III bila secara teknik dan resiko masyarakat mengalami kesulitan.

Pelaksanaan Konstruksi oleh masyarakat mempergunakan organisasi, dan sumber daya yang telah disusun dalam rembug desa, langsung dapat melaksanakan pekerjaan dengan sumber pendanaan dari Rekening TKM dan penggunaannya dibukukan sesuai aturan yang ada. TFM mendampingi, memberikan bimbingan teknis dan persetujuan terhadap kegiatan yang telah dan sedang dilaksanakan.

TKM dan masyarakat, dan dukungan/arahan TFM, secara terus menerus melakukan monitoring kemajuan pembangunan selama pelaksanaan pekerjaan: seperti pembelian bahan, kualitas pekerjaan, periode pembayaran, administrasi keuangan dan sebagainya. Sehingga langkah-langkah dapat segera diambil bila terdapat penyimpangan dari Perencanaan Rinci.

Berdasarkan data dan informasi, secara singkat alur pelaksanaan program WSLIC-2 di Desa Karangsuko Kabupaten Malang seperti bagan dibawah ini:

Gambar 5. Alur proses pelaksanaan program WSLIC-2 di Desa Karangosuko – Kabupaten Malang



Menurut Sumaryadi (2005: 154-158) beberapa faktor-faktor yang mempengaruhi pemberdayaan masyarakat diantaranya kesediaan suatu komunitas untuk menerima pemberdayaan bergantung pada situasi yang dihadapinya. Pada program WSLIC-2, kesediaan desa untuk melaksanakan program WSLIC-2 telah ada. Dengan bersedianya masyarakat menerima program WSLIC-2, maka tahap selanjutnya adalah dilakukan sosialisasi program WSLIC-2.

Menurut Bossert (1990), sebuah program akan *sustain* merupakan hasil proses negoisasi program yaitu pendekatan dan tujuan program dibicarakan bersama sebagai mitra dengan anggota kelompok penerima program, dan konsensus bersama itu dalam upaya memenuhi kebutuhan semua anggota kelompok, dan kebutuhan kelompok yang mendorong program bukan karena dorongan donor dari luar atau atas saran seseorang ahli sekalipun. Program WSLIC-2 juga mengakomodir pendapat Bossert, bahwa setelah ditetapkan desa yang menerima program WSLIC-2, dalam hal penelitian ini Desa Karangsono, maka disiapkan Rencana Kerja Masyarakat (RKM) yang dibuat dan disusun oleh masyarakat berdasarkan identifikasi masalah yang dibuat oleh masyarakat itu sendiri. Pimpro yang berasal dari Dinas Kesehatan dan dibantu oleh konsultan hanya sebagai fasilitator sementara keputusan perencanaannya berada ditangan masyarakat melalui pleno desa. Menurut Dr. Alfitri, M.Si (2011:36-37), dalam pengembangan masyarakat, partisipasi menjadi salah satu bagian penting dalam pencapaian tujuan, karena perlu dilibatkan dalam tiap proses pembangunan termasuk identifikasi masalah dan proses perencanaan yang masyarakat dilibatkan dalam penyusunan rencana dan strategi dengan berdasar pada hasil identifikasi

Pada saat pengimplementasian dari perencanaan itu sepenuhnya berada keputusan itu di pleno masyarakat desa. Pihak-pihak dalam hal ini pemerintah lebih banyak sebagai mediator terhadap pengimplementasian perencanaan tersebut. Yang dimaksud adalah apa yang menjadi opsi atau pilihan, apa yang akan dikerjakan kapan waktunya, berapa biayanya dari masing-masing pekerjaan ini ditentukan oleh masyarakat melalui oleh pleno masyarakat. Pimpro, konsultan dan CF hanya sebagai fasilitator. Keputusan mutlak ada ditangan masyarakat. Menurut Alfitri (2011:36-37), dalam pengembangan masyarakat, partisipasi menjadi salah satu bagian penting dalam pencapaian tujuan, karena perlu dilibatkan dalam tiap proses pembangunan termasuk implementasi atau pelaksanaan program.

## 6.6 Pembentukan Organisasi WSLIC-2

Kelompok kerja atau tim kerja masyarakat dalam program WSLIC-2 dibentuk untuk menjalankan program. Struktur organisasinya terpadu, dimana ketua dan pengurusnya mempunyai tugas yang jelas dan bertanggung jawab menjalankan tugasnya.

Tiga dari tiga informan memberikan informasi berdasarkan hasil wawancara sebagai berikut:

*" Pembentukan Tim Kerja Masyarakat (TKM) yang beranggotakan masyarakat desa sendiri disyaratkan dalam program. Masa kerja mereka selama 1 Tahun (2005). Pasca Program TKM berkembang menjadi badan atau yayasan diserahkan ke masyarakat desa itu sendiri. Konsultan dan Pemerintah daerah hanya memfasilitasi kelembagaan kepengurusan program" (I 1)*

*"Pembentukan TKM yang masa kerjanya satu tahun disyaratkan dalam program WSLIC-2. Tim inilah yang bekerja menjalankan RKM yang disusun berdasarkan hasil keputusan rembug desa" (I 2)*

*"... Proses terpilihnya Ketua Badan Pengelola Sarana Air Bersih dan Sanitasi ini tidak ada bedanya dengan proses pemilihan ketua TKM. Dimana ketua Badan Pengelola Sarana Air Bersih dan Sanitasi ini dipilih oleh masyarakat Desa Karangsono melalui forum pleno masyarakat desa. Disitulah masyarakat yang menentukan siapa yang dipercaya atau yang diberikan amanah kedepan untuk melakukan pengelolaan Sarana Air Bersih dan Sanitasi. Didalam pemilihan ini tidak ada intervensi dari pemerintah desa, intervensi kecamatan, intervensi dari pemerintah daerah. Ini murni semua ditentukan oleh masyarakat Karangsono pada waktu itu" (I4)*

Proses pengorganisasian program WSLIC-2 dimulai dengan dibentuknya TKM oleh masyarakat. Pemilihan pengurus dan anggota TKM berdasarkan pleno desa. Masyarakat yang menentukan siapa yang dipercaya atau yang diberikan amanah kedepan untuk melakukan pengelolaan Sarana Air Bersih dan Sanitasi. Didalam pemilihan ini tidak ada intervensi dari pemerintah desa, intervensi kecamatan, intervensi dari pemerintah daerah. Ini murni semua ditentukan oleh masyarakat Karangsono pada waktu itu. Masa jabatan TKM satu tahun. Pasca program, TKM berkembang menjadi badan atau yayasan diserahkan ke masyarakat desa itu sendiri. Badan atau yayasan ini mempunyai AD dan ART yang mengurus masa jabatan ketua dan pengurus serta aturan dan prinsip-prinsip pengelolaan badan atau yayasan.

Menurut Bickman, et al (dalam Community Development Teori dan Aplikasi,2011:40), partisipasi masyarakat dapat diukur melalui lima dimensi yaitu: pengelolaan, organisasi, kepemimpinan, identifikasi kebutuhan dan menggerakkan sumber daya.

Menurut Alfitri (2011:74), kecendruangan suatu entitas sosial dengan masyarakatnya untuk membentuk perkumpulan akan sangat menentukan kuat tidaknya modal sosial mereka.



Gerakan sosial yang terorganisir dalam suatu grup atau perkumpulan dengan maksud mensejahterakan dan memberi keuntungan bagi anggotanya akan menentukan kecepatan perkembangan masyarakat dimana perkumpulan itu tumbuh. Prinsip pengorganisasian yang dianut didasarkan pada prinsip universal tentang persamaan, kebebasan, nilai kemajemukan dan kemanusiaan terbuka dan mandiri.

Prinsip pertama yaitu persamaan bahwasanya setiap anggota dalam suatu kelompok memiliki hak dan kewajiban yang sama. Setiap keputusan kelompok berdasarkan kesepakatan yang egaliter dari setiap anggota kelompok. Pimpinan kelompok hanya menjalankan kesepakatan yang telah ditentukan oleh para anggota kelompok.

Prinsip kedua adalah kebebasan, bahwasannya setiap anggota kelompok bebas berbicara, mengemukakan pendapat dan ide yang dapat mengembangkan kelompok tersebut. Kebebasan merupakan jati diri kelompok dan anggota kelompok.

Prinsip ketiga adalah kemajemukan dan humanitarian. Bahwasannya nilai kemanusiaan, penghormatan terhadap hak-hak asasi setiap anggota dan orang lain merupakan prinsip dasar dalam pengembangan asosiasi, group, kelompok masyarakat tertentu. Kehendak kuat untuk membantu orang lain, merasakan penderitaan orang lain, berempati terhadap situasi yang dihadapi oleh orang lain merupakan dasar ide humanitarian.

Menurut Shediak Rizkallah and L.R. Bone (1998), Faktor dalam pembentukan organisasi adalah segala sesuatu yang berhubungan dengan organisasi induk yang ada, termasuk struktur organisasi, proses politik yang menghambat atau mendukung kelanjutan dari program.

- a) Kekuatan institusi: adalah mengetahui bentuk program seperti apa yang akan diimplementasikan, dengan mempertimbangkan tentang kemungkinan perkembangannya program di waktu yang akan datangkan menjadi baik, stabil, atau berkembang lebih besar dibandingkan saat awal pengimplementasian.
- b) Program yang dilaksanakan menyeluruh dan terpadu dengan program yang ada (program induk), identifikasi kedudukan program yang akan dilaksanakan baik secara vertical atau horizontal dalam keorganisasian induk yang ada.
- c) Kepemimpinan: merupakan faktor yang berpengaruh penting sehubungan dengan kecakapan untuk dapat memimpin, memiliki keterlibatan yang besar dalam pelaksanaan program serta memiliki dukungan dari atasan yang lebih tinggi dalam organisasi induk.

## 6.7 Keberlangsungan Upaya Pemberdayaan Masyarakat

### 6.7.1 Terpeliharanya Manfaat Kesehatan Setelah Selesainya Program Awal

Manfaat dari penyediaan SAB dan Sanitasi dapat dilihat dari hasil wawancara berikut ini. Tiga dari tiga informan memberikan informasi berdasarkan hasil wawancara sebagai berikut:

*"tersedianya sarana air bersih setiap waktu dan sanitasi yang sangat diperlukan warga desa" (I 1)*

*"Program WSLIC-2 ini banyak memberikan manfaat kewarga desa, mulai dari tersedianya air bersih, perubahan perilaku hidup bersih, akses untuk memperoleh air bersih dapat dengan mudah ditempuh dan dapat digunakan setiap waktu" (I 2)*

*"Program ini memberikan banyak manfaat ke masyarakat desa misalnya 1) Perempuan sebagai pengguna air terbesar, sebelum ada SAB harus berjalan kaki ke mata air yang jarak jauh baik untuk mandi, cuci, kakus dan masak atau harus membeli dengan harga lebih mahal dengan adanya SAB lebih cepat dan hemat 2) Sebelum adanya SAB perempuan mandi dan BB dengan membuka aurot 3) Anak-anak yang sebelumnya mengkonsumsi air yang tidak hegeinis setelah SAB dapat mengkonsumsi air bersih 4) Anak-anak sebelum adanya SAB sehari mandi 1 kali sekarang bisa 2 kali sehari" (I 3)*

Berdasarkan hasil penelitian, pembangunan SAB pada Desa Karanguko dilaksanakan pada tahun 2005 dengan dana yang berasal dari GOI, PHLN dan swadaya masyarakat berupa *inkind* dan *incash*. Sampai dengan penelitian ini berlangsung SAB yang dibangun masih ada bahkan BP SAB & S "Sumber Maron" mengembangkan Pembangkit Listrik Tenaga Mikro Hidro (PLTMH). Pembangkit Listrik Tenaga Mikro Hidro (PLTMH) dengan dibangun dengan beberapa alasan :

- 1) Tingginya Tarif Dasar Listrik (TDL), menurut perhitungan dan analisa BP SAB & S "Sumber Maron" akan gulung tikar dalam waktu 10 tahun kedepan. Kenaikan TDL tidak mungkin diikuti kenaikan tarif air karena konsumennya banyak buruh tani..
- 2) Buruknya pelayanan dari PLN mengakibatkan biaya operasional meningkat, misalnya voltase yang tidak stabil mengakibatkan cepat rusaknya alat elektronik misalnya pompa.

Pembangkit Listrik Tenaga Mikro Hidro (PLTMH) dibangun 12 September 2012 sampai bulan April 2012. PLTMH bersumber dari 3 pendanaan yaitu hibah dari INDI sebesar 10%, 20% berasal dari swadaya dan 70% berasal dari pinjaman perbankan (BPR). Total anggaran berdasarkan RAB sebesar Rp. 408.000.000,- menjadi Rp.505.360.100,- (realisasinya). Kenaikan biaya disebabkan karena adanya kenaikan volume baik dari volume di bendungan maupun *powerhouse* dan dibebankan ke swadaya (Badan Penegelola). Dengan

adanya pembangkit tenaga listrik ini, pengelola telah melakukan efisiensi sampai mencapai sebanyak 94%. Sebelum adanya PLTMH, biaya operasional untuk biaya listrik mencapai 67% dari total biaya operasional, dirupiahkan sebesar Rp 9.500.000 – Rp. 11.000.000,- dengan adanya PLTMH, pengelola mengeluarkan biaya listrik sebesar Rp. 400.000 – Rp. 450.000 itu juga sebagai biaya abodemen. Selain itu, melakukan kerjasama dengan MLD untuk pengembangan jaringan sambungan-sambungan rumah dan perluasan jaringan diluar desa. Ditujukan untuk menambah jumlah sambungan rumah.

Sebelum adanya SAB penyakit kulit dan diare sangat tinggi, tapi setelah adanya SAB sangat menurun. Selain itu kebiasaan buang air besar sembarang tempat dan mandi di tempat umum dengan telanjang (perempuan) semakin kecil. Ini dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

**Tabel 9. Penyakit Diare Desa Karanguko Tahun 2005 - Mei 2012**

NO	KEJADIAN PENYAKIT (USIA)	TAHUN							
		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Jan- Mei 2012
1	0-1 TH	19	15	13	14	11	10	8	0
2	>1-9 TH	28	25	14	13	16	14	9	7
3	10-19 TH	30	25	18	17	15	12	12	6
4	20-44 TH	45	41	30	25	21	24	16	5
5	45-54 TH	30	28	20	17	13	13	12	4
6	55-59 TH	24	19	14	15	13	11	12	5
7	60-64 TH	19	15	12	11	11	7	10	0
8	>70 TH	15	11	10	9	8	7	10	0
	<b>JUMLAH</b>	<b>210</b>	<b>179</b>	<b>131</b>	<b>121</b>	<b>108</b>	<b>98</b>	<b>89</b>	<b>27</b>

Data berdasarkan : Laporan dari Bidan Desa Karanguko, Juni 2012

Berdasarkan tabel diatas, dapat dilihat bahwa pada Tahun 2005 angka kejadian penyakit diare sebanyak 210 kasus dan menurun sampai dengan bulan Mei 2012 menjadi 27 kasus. Penurunan angka kejadian penyakit diare dilihat juga dari kelompok umur yang ada di Desa Karanguko. Untuk kelompok umur 0-9 Tahun terjadi penurunan juga dimulai tahun 2005 angka kejadian 47 kasus menurun sampai dengan bulan Mei 2012 menjadi 7 kejadian saja.

**Tabel 10. Penyakit Kulit Desa Karangsono Tahun 2005 - Mei 2012**

NO	KEJADIAN PENYAKIT (USIA)	TAHUN							
		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Jan-Mei 2012
1	0-1 TH	13	13	14	11	10	9	8	4
2	>1-9 TH	14	14	13	15	14	14	9	3
3	10-19 TH	18	18	17	12	12	12	12	0
4	20-44 TH	31	23	25	26	24	24	16	3
5	45-54 TH	20	22	17	16	13	12	12	0
6	55-59 TH	14	14	15	12	11	11	12	4
7	60-64 TH	12	12	11	9	9	9	9	2
8	>70 TH	10	9	8	7	7	5	9	0
	<b>JUMLAH</b>	<b>132</b>	<b>125</b>	<b>120</b>	<b>108</b>	<b>100</b>	<b>96</b>	<b>87</b>	<b>16</b>

Data berdasarkan : Laporan dari Bidan Desa Karangsono, Juni 2012

Berdasarkan tabel diatas, dapat dilihat angka penyakit kulit Tahun 2005 terjadi sebanyak 132 kasus dan menurun setiap tahunnya sampai dengan bulan Mei 2012 menjadi 16 kasus. Untuk kelompok usia 0-9 Tahun juga terjadi penurunan angka kejadian penyakit kulit dari Tahun 2005 sebanyak 27 kasus menjadi 17 kasus di Tahun 2011 dan 7 Kasus di s.d bulan Mei 2012.

**Tabel 11. Akses Jamban Desa Karangsono Tahun 2005-2011**

Tahun	WC SWADAYA	JUMBLENG	JAMBAN BERGULIR	JAMBAN UMUM	TIDAK PUNYA AKSES
2005	150	207			864
2006	267	229			751
2007	324	258			662
2008	497	281	100	3	548
2009	602	297			441
2010	769	302			301
2011	808	317			181

Data berdasarkan : Laporan dari Bidan Desa Karangsono, Juni 2012

Berdasarkan data diatas, dapat dilihat akses jamban, WC Swadaya pada Tahun 2005 sebanyak 150 unit, Jumbleng 207 Unit sedangkan yang tidak punya akses sebanyak 864. Ditahun-tahun berikutnya terjadi kenaikan jumlah jamban sampai dengan Tahun 2011 WC Swadaya sebanyak 808 unit, 317 jumbleng, 100 jamban bergulir, 3 jamban umum dan yang tidak punya akses terhadap jamban sebanyak 181.

Dalam rangka penurunan angka penyakit diare dan kulit, BP SAB dan S “Sumber Maron” melakukan beberapa program antara lain :

1. Pembentukan Kader PHBS (Prilaku Hidup Bersih dan Sehat);
2. Pelaksanaan program Monitoring Kartu Rumah (MKR);
3. Pengadaan pos yandu lansia WSLIC-2;

Kegiatan yang dilakukan adalah pemeriksaan umum (timbang, tensi, menanyakan keluhan), pemeriksaan gula darah, asam urat dan kolestrol serta pengobatan gratis. Kegiatan dilakukan satu bulan sekali. Sasarannya sebanyak 20-30 lansia per pos. posyandu Lansia ini ada 3 pos (tempat) yaitu : posyandu Bougenfile 2, Bougenfile 2 dan Bougenfile 4. Kegiatan ini sepenuhnya gratis (dibiayai Badan Pengelola Sarana Air Bersih dan Sanitasi “Sumber Maron” melalui iuran dari konsumennya).

4. Pengadaan pos yandu remaja WSLIC-2;

Kegiatan yang dilakukan adalah pemeriksaan umum dan pengobatan gratis. Kegiatan dilakukan satu bulan sekali. Sasarannya sebanyak 150 orang dengan usia dari 14-20 Tahun. Posyandu Remaja ini ada 1 pos (tempat) yaitu di pondok putri Alhoiro. Kegiatan ini sepenuhnya gratis (dibiayai Badan Pengelola Sarana Air Bersih dan Sanitasi “Sumber Maron” melalui iuran dari konsumennya).

5. Pembangunan WC umum;
6. Pengadaan program ASKES WSLIC-2.

Dalam rangka untuk memenuhi standar syarat air berkualitas dan memenuhi syarat untuk digunakan, Badan Pengelola SAB dan Sanitasi “Sumber Maron” melakukan pemeriksaan kualitas air bersih. Berdasarkan hasil pemeriksaan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Malang dengan kode Lab 051/A/Labkes/V/12 tanggal 15 Mei 2012 bahwa Sumber air Desa Karanguko memenuhi syarat sebagai air bersih.

Menurut Shediak-Rizkallah (1998) mengembangkan sebuah *framework* untuk mengukur keberlangsungan (*sustainability*) bagi kesinambungan program kesehatan, dapat dipakai juga sebagai *indicator* operasional memonitor program yang sudah berjalan, antara lain terpeliharanya manfaat kesehatan setelah selesainya program awal, merupakan konsep dan pendekatan dari kesehatan masyarakat memberi pandangan tentang metode untuk melacak hubungan antara kesehatan, kebiasaan dan masalah kesehatan dalam rangka menjamin kelanjutan control terhadap penyakit. Banyak program yang berhenti secara dini menghasilkan *oucome* bidang kesehatan yang buruk. Kerumitan dalam intervensi yang bersifat preventif yang bertujuan untuk mengontrol baik masalah penyakit infeksi maupun penyakit kronik, adalah bahwa keberlangsungan berjalan lambat dan sukar untuk merubah kebiasaan.

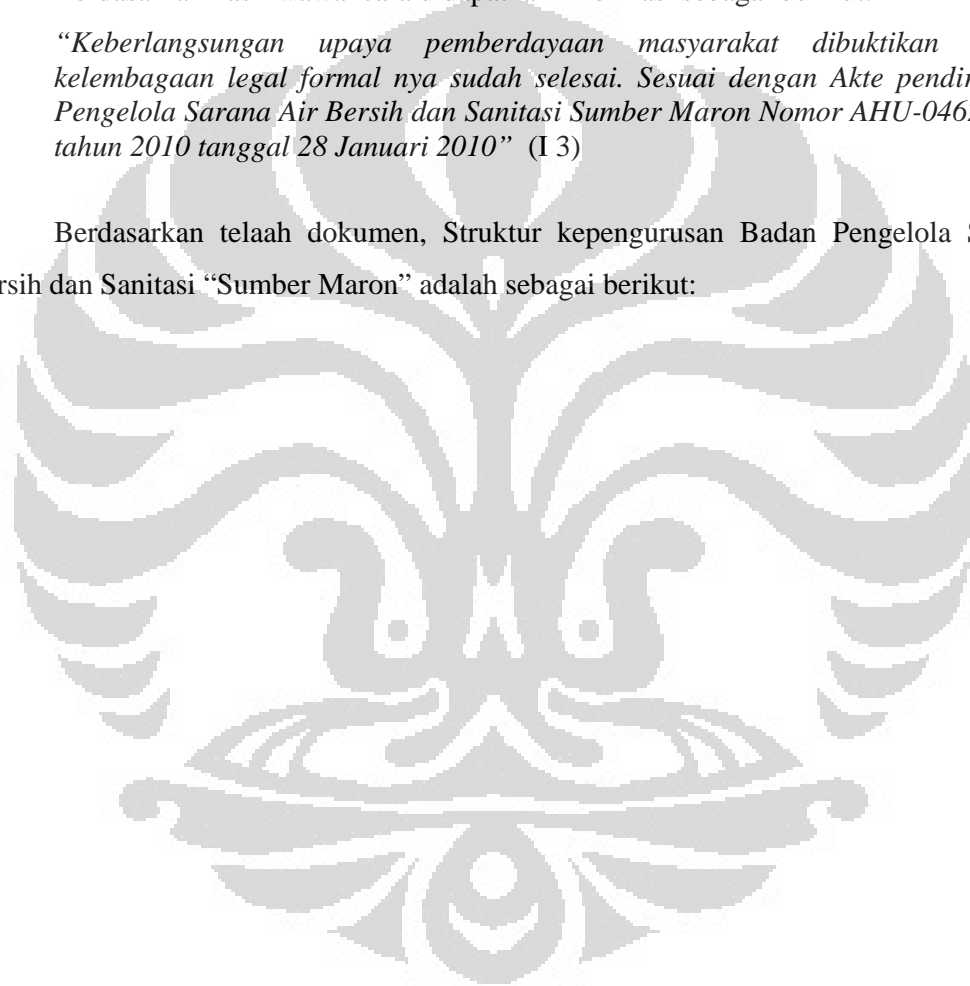
### 6.7.2 Melembagakan sebuah program menjadi bagian dari organisasi

Institusi lokal dalam pengelolaan Sarana Air Bersih dan Sanitasi, awalnya bernama TKM dan berkembang menjadi Badan Pengelola Sarana Air Bersih dan Sanitasi Sumber Maron, berfungsi untuk memfasilitasi tindakan bersama yang sudah terpola, sehingga fungsinya bukan semata-mata sebagai suatu organisasi melainkan juga pranata sosial. Institusi lokal terutama dalam kedudukannya sebagai pranata sosial didewasakan melalui proses belajar sosial yang intinya bekerja sambil belajar.

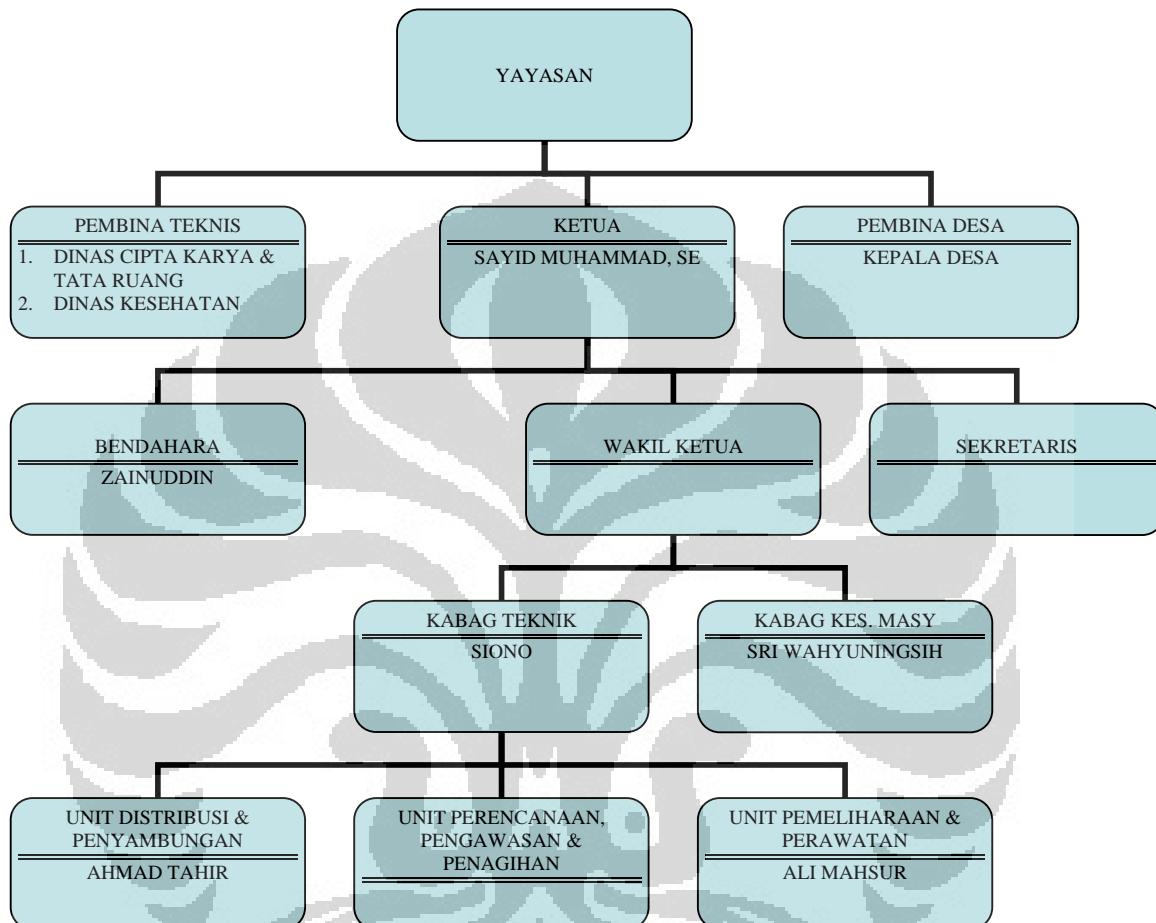
Berdasarkan hasil wawancara didapatkan informasi sebagai berikut:

*“Keberlangsungan upaya pemberdayaan masyarakat dibuktikan dari segi kelembagaan legal formal nya sudah selesai. Sesuai dengan Akte pendirian Badan Pengelola Sarana Air Bersih dan Sanitasi Sumber Maron Nomor AHU-0462.AH.02.01 tahun 2010 tanggal 28 Januari 2010” (I 3)*

Berdasarkan telaah dokumen, Struktur kepengurusan Badan Pengelola Sarana Air Bersih dan Sanitasi “Sumber Maron” adalah sebagai berikut:



**STRUKTUR KEPENGURUSAN**  
**BADAN PENGELOLA SARANA AIR BERSIH & SANITASI**  
**(BP. SAB & S) “SUMBER MARON”**  
**DESA KARANGSUKO KEC. PAGELARANG KAB. MALANG 2012**



Ketua badan pengelola dan stafnya bertanggung jawab melaporkan pengelolaannya secara berkala kepada yayasan melalui pleno desa. Di dalam organisasi yang baik juga diatur masa jabatan pengurusnya. Sebagaimana yang dikatakan oleh informan sebagai berikut:

*“...Masa jabatan Ketua Badan Pengelola Sarana Air Bersih dan Sanitasi berdasarkan revisi Anggaran Dasar dan Anggaran Rumah Tangga Badan Pengelola Sarana Air Bersih dan Sanitasi untuk ketua masa jabatannya 6 tahun sementara untuk staf-stafnya masa jabatannya 12 tahun. Kenapa ada perbedaan antara ketua dengan staf-stafnya, ini berangkat dari pengalaman pada periode pertama. Periode pertama dari february tahun 2006 - 2011 karena Anggaran Dasar dan Anggaran Rumah Tangga sebelum direvisi jabatan ketua dan staf-stafnya sama-sama 5 tahun. Sehingga ketika ketua dan stafnya itu berakhir masa jabatan terjadi kekosongan pengelola pada badan pengelola sehingga dilakukan revisi. Menurut Anggaran Dasar dan Anggaran Rumah Tangga Badan Pengelola Sarana Air Bersih dan Sanitasi “Sumber Maron” belum mengakomodasi tentang batasan berapa kali dia bisa menjabat. Sepanjang ketua*

*masih diperlukan untuk menjabat untuk kesekian kalinya Anggaran dasar dan Anggaran Rumah Tangga memperbolehkan”(I 3)*

Badan yang di bentukan berdasarkan akte dari notaris, dalam pengelolaan keuangannya harus membuat laporan keuangan. Seperti informasi dibawah ini:

*“Dari segi keuangan telah melakukan tertib keuangan dibuktikan dengan adanya laporan keuangan yang terdiri dari neraca, laporan rugi laba dan laporan arus kas.” (I 3)*

Menurut Soetomo (2011:91), arti penting institusi lokal ini adalah sebagai sarana yang dapat memfasilitasi tindakan bersama dan meningkatkan *power*. Kedalam institusi lokal dapat menjadi sarana pengambilan keputusan bersama dan kontrol terhadap sumber daya, sedangkan keluar sebagai sarana dan media dalam menjalin hubungan dengan berbagai stakeholder baik pemerintah maupun non pemerintah. Apabila kedua fungsi tersebut dapat terwujud, maka ini merupakan indikasi peningkatan kapasitas masyarakat dalam menguasai masa depannya. Keduanya merupakan bagian dari kapasitas masyarakat untuk mengelola kehidupannya sendiri termasuk mengelola proses pembangunan pada level lokal dan juga kapasitas dalam membangun jaringan.

Menurut Bank Dunia dalam Soetomo (2011:173), pemerintah dalam hal institusi penyelenggara program WSLIC-2 sebagai *service provider*, masyarakat lokal yang direpresentasikan dalam *Community Based Organization* yang dalam program WSLIC-2 diwujudkan dalam institusi TKM dan berkembang menjadi badan pengelola dan berbagai stakeholder yang diharapkan dapat terlibat dalam program yang berfungsi sebagai *Demand Responsive Organization*. *Community Based Organization* yang terbentuk diharapkan kedalam berfungsi sebagai media yang dapat memfasilitasi partisipasi masyarakat dalam proses pengambilan keputusan dan membuat perencanaan, memfasilitasi tumbuh dan berkembangnya modal sosial yang mampu menjadi energi pendorong berbagai aktivitas dari, oleh dan untuk masyarakat, sedangkan keluar dapat menjadi representasi komunitas dalam menjalin hubungan dengan *service provider* maupun dalam membangun jaringan dengan berbagai stakeholder sebagai *Demand Responsive Organization*.

Menurut Shediak-Rizkallah (1998), teori dari perubahan organisasi dan inovasi memberikan pendekatan tentang konsep bagaimana sebuah program baru bisa masuk dalam sebuah organisasi dan institusi. Bagaimana sebuah program baru bisa masuk dalam sebuah organisasi dan institusi. Keberlangsungan dipandang sebagai sebuah proses hasil akhir dari program pengimplementasian yang muncul kemudian, inovasi kehilangan sebagai identitasnya



dan menjadi aktifitas rutin sebuah organisasi. Hal ini sering disebut rutinitas. Kondisi yang menyebabkan sebuah inovasi berubah menjadi rutinitas yang khusus bagi organisasi induk.

### 6.7.3 Meningkatkan Kemampuan Kelompok Penerima Program

Kesinambungan program WSLIC-2 jika dilihat dari cakupan layanan SAB dapat dilihat berdasarkan hasil wawancara sebagai berikut:

*“Cakupan layanan SAB diperluas dari 1 desa menjadi 4 desa yaitu Desa Karangsono (Kec. Pagelaran), Desa Sukosari (Kec. Gondanglegi), Desa Panggungrejo (Kec. Gondanglegi) dan Desa Gondanglegi Kulon (Kec. Gondanglegi) dengan melayani 32 Rukun Tetangga (RT), 6 Rukun Warga (RW), 6 Dusun dengan total layanan 1225 Kepala Keluarga atau melayani 5.500 jiwa” (I 3)*

Berdasarkan telaah dokumen, diperoleh data konsumen Badan Pengelola Sarana Air Bersih dan Sanitasi “Sumber Maron” seperti tabel dibawah ini:

**Tabel 12. Data konsumen Badan Pengelola Sarana Air Bersih dan Sanitasi “Sumber Maron”**

DESA	KONSUMEN			JUMLAH
	RT	USAHA	SOSIAL	
DESA KARANGSUKO	646	12	62	720
DESA SUKOSARI	289	10	10	309
DESA GONDANGLEGI KULON	166	0	3	169
DESA PANGGUNG REJO	22	2	3	27
<b>JUMLAH</b>	<b>1123</b>	<b>24</b>	<b>78</b>	<b>1225</b>

Data : Laporan BP SAB&S “Sumber Maron”, Juni 2012

Berdasarkan data diatas, Badan Pengelola Sarana Air Bersih dan Sanitasi “Sumber Maron” mengklasifikasikan konsumennya kedalam 3 kelompok, yaitu kelompok Rumah Tangga (RT), Usaha (U) dan Sosial. Kelompok RT adalah konsumen RT. Kelompok Usaha merupakan konsumen yang menggunakan airnya untuk usahanya misalnya pabrik batu bata. Kelompok Sosial merupakan orang miskin (tidak mampu) dan fasilitas umum misalnya musholah, masjid, balai desa dan sekolah. Konsumen terbesar ada di Desa Karangsono sebanyak 720 layanan, sedangkan konsumen yang paling sedikit ada di Desa Panggung Rejo sebanyak 27 Layanan. Hal itu disebabkan karena Desa Panggung Rejo layanannya baru diberikan pada Tahun 2011.

Kepada konsumen tadi, Badan Pengelola Sarana Air Bersih dan Sanitasi “Sumber Maron” menerapkan pola tarif yang berbeda sesuai jenis konsumennya. Untuk Desa Karangsono ada tarif khusus karena masyarakatnya yang membangun Sarana Air Bersih dan Sanitasi dalam program WSLIC-2 dengan bentuk *inkind* dan *incash* nya. Berikut tarif air yang dipungut Badan Pengelola Sarana Air Bersih dan Sanitasi “Sumber Maron”:

**Tabel 13. Struktur Tarif air Badan Pengelola Sarana Air Bersih dan Sanitasi “Sumber Maron”**

NO	URAIAN	KONSUMEN	
		DESA KARANGSUKO	DI LUAR DESA KARANGSUKO
1	SYSTEM	PROGRESIF	PROGRESIF
2	GOLONGAN		
	<b>A. RUMAH TANGGA</b>		
	- 0 - 10 M3	Rp 850	Rp 1,000
	- 11 - 20 M3	Rp 900	Rp 1,150
	- 21 - dst M3	Rp 950	Rp 1,250
	<b>B. USAHA</b>		
	- 0 - 10 M3	Rp 1,400	Rp 1,750
	- 11 - 20 M3	Rp 1,600	Rp 2,000
	- 21 - dst M3	Rp 1,800	Rp 2,200
	<b>C. SOSIAL</b>	Rp 500/M3	
	- 0 - 10 M3		Rp 800
	- 11 - 20 M3		Rp 850
	- 21 - dst M3		Rp 900
3	<b>BEBAN</b>	Rp 1,500	Rp 2,500

Data : Laporan BP SAB&S “Sumber Maron”, Juni 2012

Keberlangsungan Badan Pengelola Sarana Air Bersih dan Sanitasi “Sumber Maron” didukung oleh:

- 1) Dukungan tokoh masyarakat yang *full* dalam bentuk dukungan moral, spirit untuk terus maju dan maju dan memberikan pendapat dan pandangan untuk solusi-solusi pemecahan masalah.
- 2) Semangat kerja badan pengelola
- 3) Perhatian pemerintah daerah misalnya sering dilibatkan dalam pelatihan-pelatihan pengembangan kapasitas pengelolaan HPPam Pedesaan, memfasilitasi adanya program generasi kedua sehingga tercipta PLTMH.
- 4) Peranan masyarakat sebagai pembayar iuran rutin bulanannya.

Dengan diperluasnya cakupan layanan SAB berpengaruh terhadap kesejahteraan masyarakat dapat kita lihat dari munculnya usaha-usaha yang bahan pokoknya ada air. Salah satunya kemajuan yang sangat pesat dalam perusahaan batu bata di ke empat desa layanan (Karangsuko, Sukosari, Gondanglegi Kulon, dan Panggungrejo), tidak kurang dari 40 perusahaan batu bata yang muncul karena pengaruh keberadaan pengelolaan air dari program WSLIC-2 (Profil BP SAB dan S “Sumber Maron, 2011).

Selain usaha batu bata, SAB dan S “Sumber Maron” juga membawa dampak positif lainnya yaitu terdapat warung-warung kecil sebanyak 3 buah yang menyediakan makanan dan minuman ringan di lokasi air bersih Desa Karangsuko dan tempat penyewaan ban (pelampung) sebanyak 1 buah untuk pengunjung berenang. Usaha-usaha tersebut menambah kesejahteraan buat pelaku usaha tersebut.

Hal yang terpenting dari keberlangsungan upaya pemberdayaan masyarakat pada pengelolaan sarana air bersih dan sanitasi adalah terciptanya kesinambungan dalam beberapa aspek. Hal ini sesuai dengan teori dari Shediac-Rizkallah (1998) yang menyatakan bahwa untuk mengukur keberlangsungan (*sustainability*) dapat dipakai juga sebagai indikator operasional untuk memonitor program yang sudah berjalan berupa terpeliharanya manfaat kesehatan setelah selesainya program awal, melembagakan sebuah program menjadi bagian dari organisasi dan meningkatkan kemampuan kelompok penerima program baik jumlah maupun aktivitasnya.

## **BAB VII**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **7.1 Kesimpulan**

Berdasarkan hasil penelitian tentang analisis keberlangsungan pengelolaan sarana air bersih dan sanitasi (Pasca WSLIC-2I) berbasis pemberdayaan masyarakat di Desa Karangsono Kabupaten Malang Tahun 2012 dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Program WSLIC-2 dilaksanakan dengan pendekatan tanggap terhadap kebutuhan dan dengan partisipatif masyarakat dalam semua tahapan pembangunan. Hasil perencanaan partisipatif masyarakat yang telah disetujui oleh masyarakat melalui rembug desa, disusun dalam bentuk dokumen Rencana Kerja Masyarakat (RKM) oleh Tim Kerja Masyarakat (TKM) dan diketahui oleh Koordinator diajukan kepada DPMU dengan surat pengantar Ketua TKM untuk dievaluasi. Setelah RKM mendapatkan persetujuan dan Surat Perjanjian Pemberian Bantuan (SPPB) di tanda tangani oleh kedua belah pihak, maka sebagai pihak kedua yaitu TKM berhak untuk melaksanakan pekerjaan tersebut dalam RKM.
2. Pada saat pengimplementasian dari RKM itu sepenuhnya berada keputusan di pleno masyarakat desa, apa yang menjadi opsi atau pilihan, apa yang akan dikerjakan kapan waktunya dan berapa biayanya dari masing-masing pekerjaan ini ditentukan oleh masyarakat melalui oleh pleno masyarakat. Sosialisasi, pelatihan dan pendampingan dilakukan oleh pimpro dan konsultan fasilitator ke TKM dan masyarakat dalam rangka peningkatan kapasitas SDM dalam mengelola sarana air bersih dan sanitasi di desanya.
3. Keberlangsungan program pengelolaan sarana air bersih dan sanitasi di Desa Karangsono dapat dilihat dengan :
  - a) Terpeliharanya manfaat sarana air bersih dan sanitasi sejak dibangun Tahun 2005 sampai dengan penelitian ini berlangsung. Bahkan BP SAB & S “Sumber Maron” membangun Pembangkit Listrik Tenaga Mikro Hidro (PLTMH) pada tahun 2012. PLTMH ini dibangun dengan alasan meningkatnya biaya operasional badan pengelola akibat kenaikan TDL dan buruknya layanan PLN misalnya voltase yang tidak stabil.
  - b) Terlembaganya Badan Pengelola Sarana Air Bersih dan Sanitasi “Sumber Maron” menjadi organisasi yang berbadan hukum dengan bukti Akte pendirian Badan Pengelola Sarana Air Bersih dan Sanitasi Sumber Maron Nomor AHU-0462.AH.02.01 Tahun 2010 tanggal 28 Januari 2010.

- c) Meningkatnya cakupan layanan dan akses sarana air bersih yang pada awal pembangunannya hanya melayani 1 Desa yaitu Desa Karangsono sampai dengan penelitian ini berlangsung menjadi 4 Desa yaitu Desa Karangsono (Kec. Pagelaran), Desa Sukosari (Kec. Gondanglegi), Desa Panggungrejo (Kec. Gondanglegi) dan Desa Gondanglegi Kulon (Kec. Gondanglegi) dengan melayani 32 Rukun Tetangga (RT), 6 Rukun Warga (RW), 6 Dusun dengan total layanan 1225 Kepala Keluarga atau melayani 5.500 jiwa.

Muncul dorongan menjaga kesinambungan sarana air bersih dan sanitasi disebabkan rasa memiliki terhadap program WSLIC-2 yang sepenuhnya melibatkan partisipasi masyarakat dalam tahapan pembangunannya.

## 7.2 Saran

### Bagi Kementerian kesehatan RI

1. Dalam rangka penguatan kelembagaan pengelolaan air yang merupakan komponen keberlanjutan program yang sangat penting dan harus dilakukan adalah pelatihan dan pendampingan perlu ditingkatkan baik dalam hal keuangan, teknik perpipaan, kelembagaan dan bidang kesehatan.
2. Pengembangan program sejenis harus melibatkan masyarakat dalam pengelolaannya, mulai dari perencanaan, implementasi kegiatan, pengawasan dan evaluasi program. Sehingga “**rasa memiliki**” program dirasakan oleh masyarakat dan keberlanjutan program dapat terus dilaksanakan. Administrasi keuangan dalam pelaksanaan program sebaiknya dapat disederhanakan dan disesuaikan dengan SDM di pedesaan serta memperhatikan kearifan lokal setempat.
3. Untuk mendukung keberlangsungan program, pemilihan jenis teknologi harus disesuaikan dengan kemampuan dan sumber daya yang dimiliki masyarakat. Pemilihan teknologi yang tidak tepat dan mahal akan dapat berpengaruh pada ketergantungan dan kemandirian. Untuk itu, pelatihan tidak cukup dilaksanakan tetapi harus ditambah pendampingan yang cukup oleh Tim Teknis.
4. Pemilihan Tenaga kerja Masyarakat (TKM) yang baik dan memiliki pengertian dan pengetahuan akan program pemberdayaan masyarakat merupakan kunci sukses keberhasilan suatu program pemberdayaan masyarakat.

**Bagi Pemerintah Daerah Kabupaten Malang**

Perlunya dukungan Pemerintah daerah untuk peningkatan kapasitas dalam hal keuangan, teknis dan kelembagaan dalam pengelolaan Sarana Air Bersih dan Sanitasi. Dalam bidang keuangan misalnya kerjasama dengan badan pengelola untuk mengembangkan pembangkit listrik Tenaga Mikro Hidro (PLTMH) yang ada sehingga bisa melayani kebutuhan masyarakat yang lebih luas lagi. Dalam bidang ekonomi misalnya dukungan pemerintah daerah untuk membetuk konsep Desa terpadu yang mengedepankan konsep pariwisata (adanya potensi pariwisata yang luar biasa), pelayanan kesehatan, ilmu pengetahuan dan ekonomi kerakyatan di Desa Karangsono. Dalam bidang teknis misalnya: kerjasama dalam hal pemeliharaan sarana air bersih dan Sanitasi. Dalam bidang kelembagaan misalnya berupa pembinaan dan pendampingan dalam membantu pengelolaan kelembagaan Sarana Air Bersih dan Sanitasi “Sumber Maron”.

**Bagi Masyarakat Desa Karangsono**

Keberlangsungan Badan Pengelola Sarana Air Bersih dan Sanitasi “Sumber Maron” dalam menyediakan sarana air bersih ke masyarakat perlu didukung oleh masyarakat dalam bentuk membayar iuran secara rutin tiap bulannya. Pengembangan cakupan layanan air bersih yang diperluas wilayahnya perlu didukung oleh masyarakat Desa Karangsono. Hal ini akan berdampak positif terhadap perekonomian masyarakat di Desa Karangsono.

## DAFTAR PUSTAKA

Azwar, Azrul, 1996, Pengantar administrasi Kesehatan, Edisi Ketiga, PT. Bina Rupa Aksara, Jakarta.

Bappenas, 2003. Kebijakan nasional pembangunan air minum dan penyehatan lingkungan berbasis masyarakat. Bappenas. 2003.

Bahan Kuliah PPS SP ITB. Konsepsi pemberdayaan Masyarakat.

Dr. Alfitri, M.Si. 2011. Community Development Teori dan Aplikasi. 2011. Jakarta: Pustaka Pelajar.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2000. Petunjuk Pelaksanaan Manajemen Program WSLIC-2 II Revisi I.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2005. Petunjuk Pelaksanaan Manajemen dan Operasional Desa di Lokasi Kegiatan WSLIC-2 II Amandement II.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2001. PHAST Pedoman langkah demi langkah.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2009. Sistem Kesehatan Nasional.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2009. Success story Pelaksanaan Penyediaan Air Minum, Penyehatan Lingkungan dan Peningkatan Perilaku Hygienis Berbasis Masyarakat Sebuah Pembelajaran.

Fakultas Kesehatan Masyarakat, 2007. Modul Metodologi Penelitian Kesehatan. FKM-UI, 2007.

Feldstein, Paul,J.,1983,*Health Care Economic*, John Wiley and Sons, New York Second edition

Olsen Theo Ingvar,1998, Sustainability of health care a framework for analysis, Journal, Oxford Univ. Press.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.2010. Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2010-2014.

Notoatmojo, Soekidjo (2002), *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Edisi Revisi, Bineka Cipta, Jakarta.

Rizkallah Shediak M.C, Bone L.R. 1998, *Planning for sustainability of community based health program: conceptual framework and future directions for research, practice and policy*, *Health Education Research, Journal*, 1998

Soetomo.2011.Pemberdayaan Masyarakat : Mungkinkah Muncul Antitesisnya? Jakarta: Pustaka Pelajar.

Undang Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan.

Wonderling David, Reinhold Gruen and Nick Black, 2005, *Introduction to Health Economics*, Bell & bain Ltd, Glasgow,UK.

Zaki Mubarak.2010. Evaluasi pemberdayaan masyarakat ditinjau dari proses pengembangan kapasitas pada kegiatan PNPM Mandiri Perkotaan di Desa Sastrodirjan Kabupaten Pekalongan.



## FOTO-FOTO



KANTOR BP SAB &amp; S "SUMBER MARON"



## PENJELASAN WAWANCARA MENDALAM

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Utama Pranata  
Usia : 29 Tahun  
Pekerjaan : PNS Sekretariat Ditjen PP dan PL – Kementerian Kesehatan RI  
Status : Mahasiswa Pasca Sarjana Program Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Fakultas Kesehatan Masyarakat – UI

Dengan ini mengajukan permohonan kepada Bapak/Ibu untuk bersedia menjadi informan pada kegiatan penelitian mengenai Analisis Keberlangsungan Dalam Pengelolaan Sarana Air Bersih dan Sanitasi (Pasca WSLIC-2) Berbasis Pemberdayaan Masyarakat Di Desa Karangsono - Kabupaten Malang Tahun 2012, dalam rangka menyelesaikan program studi Pendidikan Pasca Sarjana di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Kegiatan wawancara ini bertujuan untuk memahami secara mendalam hal-hal yang terkait dalam penelitian. Informasi yang Bapak/Ibu berikan akan saya jaga kerahasiaannya dan hanya akan digunakan untuk kepentingan pendidikan. Jika selama wawancara ini Bapak/Ibu merasa tidak nyaman, diperbolehkan untuk tidak meneruskan partisipasi dalam wawancara ini.

Demikian permohonan ini saya sampaikan, atas kesediaan Bapak/Ibu saya ucapkan terima kasih.

Jakarta, 2012

Hormat Saya

Utama Pranata

**IDENTITAS INFORMAN**

- 1. NAMA : .....
- 2. UMUR : .....
- 3. JENIS KELAMIN : .....
- 4. JABATAN : .....
- 5. PENDIDIKAN : .....

**KETERANGAN WAKTU WAWANCARA**

- 1. TANGGAL/HARI WAWANCARA : .....
- 2. JAM MULAI/JAM SELESAI : .....

**PETUGAS WAWANCARA**

**INFORMAN**

(.....)

(.....)

## **LAMPIRAN 2**

### **PETUNJUK WAWANCARA MENDALAM**

#### **I. PETUNJUK UMUM**

1. Sampaikan terima kasih atas kesediaannya diwawancara
2. Jelaskan tentang maksud dan tujuan diwawancara
3. Minta izin kepada informan menggunakan alat perekam selama wawancara

#### **II. PETUNJUK WAWANCARA MENDALAM**

1. Wawancara langsung dilakukan oleh peneliti
2. Wawancara menggunakan daftar pertanyaan yang telah disiapkan dalam pedoman wawancara yang mendalam
3. Pewawancara mencatat gambaran situasi, tingkah laku, dan ekspresi informan secara tepat dan benar
4. Informan bebas menyatakan pendapat
5. Pendapat, pengalaman, saran dan komentar informan sangat bernilai
6. Jawaban informan tidak ada yang salah atau benar, karena semata-mata hanya untuk penelitian
7. Semua keterangan akan dijamin kerahasiaannya
8. Wawancara akan dibantu alat rekam guna membantu ingatan peneliti

#### **III. PELAKSANAAN WAWANCARA**

1. Perkenalan dari peneliti
2. Perkenalan dari informan

### LAMPIRAN 3

#### **PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM UNTUK PENGELOLA PROGRAM DI PUSAT (CPMU WSLIC)**

Nama : Tanggal wawancara :

Jenis kelamin : Pewawancara :

Pendidikan :

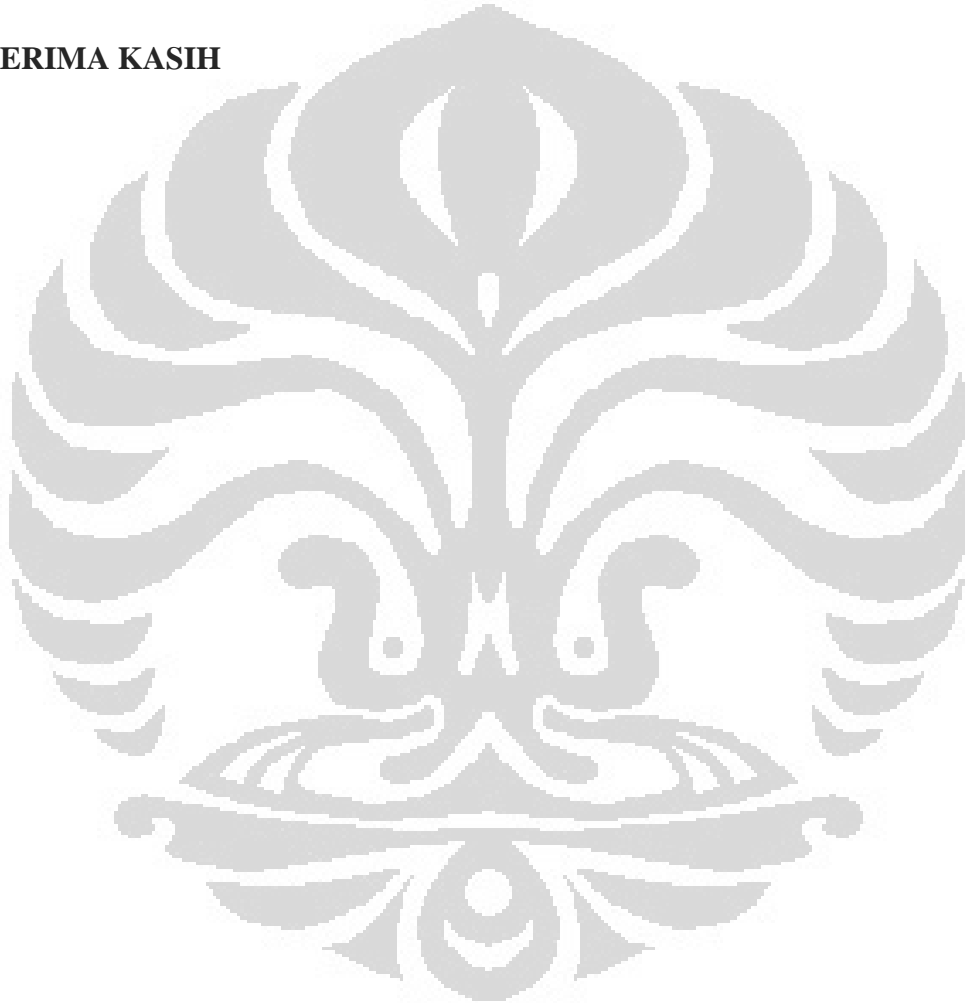
Lama bertugas:

#### **DAFTAR PERTANYAAN**

1. Apa yang anda ketahui tentang pengelolaan air bersih?
2. Dana apa saja yang dikumpulkan masyarakat?
3. Organisasi kemasyarakatan apa yang ada di bisa digunakan dalam proyek WSLIC?
4. Bagaimana cara memutuskan masalah dalam pengambilan keputusan dalam pengelolaan sarana air bersih dan Sanitasi?
5. Siapa saja yang terlibat dalam pemberdayaan masyarakat pengelolaan sarana air bersih dan Sanitasi dasar? Baik saat perencanaan dan pelaksanaan program?
6. Bagaimana proses perencanaan dan pengimplementasian upaya pemberdayaan masyarakat dalam pelaksanaan pengelolaan sarana air bersih dan Sanitasi dasar?
7. Apakah selama perencanaan dan pelaksanaan kegiatan ada pelatihan-pelatihan yang dilakukan oleh pihak terkait?
8. Bagaimana gambaran keberlangsungan program pemberdayaan masyarakat dalam pelaksanaan pengelolaan sarana air bersih dan Sanitasi ?

9. Faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi keberlangsungan program pemberdayaan masyarakat dalam pelaksanaan pengelolaan sarana air bersih dan Sanitasi ?
10. Bagaimana manfaat pengelolaan sarana air bersih dan Sanitasi?

**TERIMA KASIH**



## LAMPIRAN 4

### **PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM UNTUK KONSULTAN FASILITATOR KESEHATAN DINAS KESEHATAN KABUPATEN MALANG**

Nama : Tanggal wawancara :

Jenis kelamin : Pewawancara :

Pendidikan :

Lama bertugas:

#### **DAFTAR PERTANYAAN**

1. Bagaimana gambaran umum kemampuan masyarakat di Desa Karangsono sebelum ada pengelolaan air?
2. Apa yang anda ketahui tentang pengelolaan air bersih?
3. Dana apa saja yang dikumpulkan masyarakat?
4. Organisasi kemasyarakatan apa yang ada di masyarakat Desa Karangsono?
5. Bagaimana cara memutuskan masalah dalam pengambilan keputusan dalam pengelolaan sarana air bersih dan Sanitasi dasar di Desa Karangsono?
6. Siapa saja yang terlibat dalam pemberdayaan masyarakat pengelolaan sarana air bersih dan Sanitasi dasar di Desa Karangsono? Baik saat perencanaan dan pelaksanaan program?

7. Bagaimana proses perencanaan dan pengimplementasian upaya pemberdayaan masyarakat dalam pelaksanaan pengelolaan sarana air bersih dan Sanitasi dasar di Desa Karangsuko?
8. Apakah selama perencanaan dan pelaksanaan kegiatan ada pelatihan-pelatihan yang dilakukan oleh pihak terkait?
9. Bagaimana gambaran keberlangsungan program pemberdayaan masyarakat dalam pelaksanaan pengelolaan sarana air bersih dan Sanitasi dasar di Desa Karangsuko?
10. Bagaimana kesehatan masyarakat di Desa Karangsuko dilihat dari prevalensi balita untuk penyakit diare? Apakah ada penurunan atau peningkatan jumlah kasus diarenya? Dan apa penyebabnya?
11. Faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi keberlangsungan program pemberdayaan masyarakat dalam pelaksanaan pengelolaan sarana air bersih dan Sanitasi dasar di Desa Karangsuko?
12. Bagaimana manfaat pengelolaan sarana air bersih dan Sanitasi dasar di Desa Karangsuko yang dirasakan masyarakat?
13. Adakah peningkatan kemampuan masyarakat baik jumlah ataupun jenis aktivitas ekonomi masyarakat dengan adanya program pengelolaan sarana air bersih dan Sanitasi dasar di Desa Karangsuko?

**TERIMA KASIH**



## LAMPIRAN 5

### **PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM UNTUK PENGELOLA AIR (KETUA BADAN PENGELOLA SAB & S “SUMBER MARON) DI DESA KARANGSUKO- KABUPATEN MALANG**

Nama : Tanggal wawancara :

Jenis kelamin : Pewawancara :

Pendidikan :

Lama bertugas:

#### **DAFTAR PERTANYAAN**

1. Bagaimana gambaran umum kemampuan masyarakat di Desa Karangsuko sebelum ada pengelolaan air?
2. Apa yang anda ketahui tentang pengelolaan air bersih?
3. Bagaimana memilih pemimpin dalam mengelola program pengelolaan air bersih?
4. Dana apa saja yang dikumpulkan masyarakat?
5. Organisasi kemasyarakatan apa yang ada di masyarakat Desa Karangsuko?
6. Bagaimana cara memutuskan masalah dalam pengambilan keputusan dalam pengelolaan sarana air bersih dan Sanitasi dasar di Desa Karangsuko?
7. Siapa saja yang terlibat dalam pemberdayaan masyarakat pengelolaan sarana air bersih dan Sanitasi dasar di Desa Karangsuko? Baik saat perencanaan dan pelaksanaan program?

8. Bagaimana proses perencanaan dan pengimplementasian upaya pemberdayaan masyarakat dalam pelaksanaan pengelolaan sarana air bersih dan Sanitasi dasar di Desa Karangsuko?
9. Apakah selama perencanaan dan pelaksanaan kegiatan ada pelatihan-pelatihan yang dilakukan oleh pihak terkait?
10. Bagaimana proses pelembagaan pengelolaan sarana air bersih dan Sanitasi dasar di Desa Karangsuko ?
11. Bagaimana gambaran keberlangsungan program pemberdayaan masyarakat dalam pelaksanaan pengelolaan sarana air bersih dan Sanitasi dasar di Desa Karangsuko?
12. Bagaimana kesehatan masyarakat di Desa Karangsuko dilihat dari prevalensi balita untuk penyakit diare? Apakah ada penurunan atau peningkatan jumlah kasus diarenya? Dan apa penyebabnya?
13. Faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi keberlangsungan program pemberdayaan masyarakat dalam pelaksanaan pengelolaan sarana air bersih dan Sanitasi dasar di Desa Karangsuko?
14. Bagaimana manfaat pengelolaan sarana air bersih dan Sanitasi dasar di Desa Karangsuko yang dirasakan masyarakat?
15. Bagaimana memelihara /*maintenance* sarana air bersih?
16. Adakah peningkatan kemampuan masyarakat baik jumlah ataupun jenis aktivitas ekonomi masyarakat dengan adanya program pengelolaan sarana air bersih dan Sanitasi dasar di Desa Karangsuko?

**TERIMA KASIH**

## LAMPIRAN 6

### **PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM MASYARAKAT PENGGUNA AIR DI DESA KARANGSUKO- KABUPATEN MALANG**

Nama : Tanggal wawancara :

Jenis kelamin : Pewawancara :

Pendidikan :

Lama bertugas:

#### **DAFTAR PERTANYAAN**

1. Bagaimana gambaran tentang pengelolaan air bersih sebelum kegiatan sampai saat ini?
2. Berapa besarnya iuran bulanan yang bapak/ibu bayar tiap bulan untuk jasa air yang ibu gunakan? Apakah ibu merasa keberatan dengan pembayaran tersebut (terlalu besar/kecil)?
3. Apakah Bapak/ibu ada masukan atau kritik terhadap pengelolaan air di Desa Karangsono?
4. Bagaimana manajemen pengelolaan air menurut Bapak/Ibu?
5. Bagaimana manfaat pengelolaan sarana air bersih dan Sanitasi dasar di Desa Karangsono yang dirasakan masyarakat?
6. Adakah peningkatan kemampuan masyarakat baik jumlah ataupun jenis aktivitas ekonomi masyarakat dengan adanya program pengelolaan sarana air bersih dan Sanitasi dasar di Desa Karangsono?

**TERIMA KASIH**

## LAMPIRAN 7

### **PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM UNTUK MASYARAKAT PELAKU EKONOMI PEMANFAATAN AIR BERSIH DI DESA KARANGSUKO- KABUPATEN MALANG**

Nama : Tanggal wawancara :

Jenis kelamin : Pewawancara :

Pendidikan :

Lama bertugas:

#### **DAFTAR PERTANYAAN**

1. Apakah usaha bapak/ibu sekarang ini (pekerjaannya)?
2. Sudah berapa lama usaha tersebut dijalankan?
3. Bagaimana prospek usaha bapak saat ini?
4. Berapakah omzet per bulan usaha Bapak?
5. Bagaimana ketersediaan air terhadap kecukupan usaha bapak?
6. Apakah iuran yang selama ini bapak bayar sesuai dengan manfaat yang bapak dapatkan? Kalau terlalu mahal/murah, bagaimana menurut bapak masukan ke pengelola air agar dapat menurunkan harga air per m<sup>3</sup> nya?
7. Bagaimana manfaat pengelolaan sarana air bersih dan Sanitasi dasar di Desa Karangsono yang dirasakan masyarakat?
8. Adakah peningkatan kemampuan masyarakat baik jumlah ataupun jenis aktivitas ekonomi masyarakat dengan adanya program pengelolaan sarana air bersih dan Sanitasi dasar di Desa Karangsono?

**TERIMA KASIH**

## LAMPIRAN 8

### **PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM UNTUK BIDAN DESA KARANGSUKO – KABUPATEN MALANG**

Nama : Tanggal wawancara :

Jenis kelamin : Pewawancara :

Pendidikan :

Lama bertugas:

#### **DAFTAR PERTANYAAN**

1. Bagaimana gambaran umum kemampuan masyarakat di Desa Karangsono sebelum ada pengeloaan air?
2. Bagaimana kesehatan masyarakat di Desa Karangsono dilihat dari prevalensi balita untuk penyakit diare? Apakah ada penurunan atau peningkatan jumlah kasus diarenya? Dan apa penyebabnya?

**TERIMA KASIH**

**MATRIKS ANALISIS KONFIRMASI HASIL PENELITIAN**  
**EVALUASI KESINAMBUNGAN UPAYA PEMBERDAYAAN MASYARAKAT DALAM PENGELOLAAN SARANA AIR BERSIH DAN SANITASI (PASCA WSLIC II) DI DESA KARANGSUKO KABUPATEN MALANG TAHUN 2012**

NO	POKOK - POKOK PERTANYAAN	JAWABAN INFORMAN 1 (I 1)	JAWABAN INFORMAN 2 (I 2)	JAWABAN INFORMAN 3 (I 3)
1	Komentar terhadap Kepemimpinan Masyarakat	" ... Pemimpin atau ketua TKM yang dipilih oleh masyarakat harus memiliki komitmen untuk mendorong serta melaksanakan kegiatan proyek"	"TKM ini mempunyai proposisi gender untuk kuantitas dan kualitas. Disyaratkan minimal 30% dari anggota TKM adalah perempuan"	"Pemilihan pemimpin atau ketua diawali dibentuk Tim Kerja Masyarakat (TKM) atau bahasa sederhananya panitia proyek. TKM ini dibentuk berdasarkan pleno atau musyawarah masyarakat desa"
		" ... dalam proyek WSLIC ini keterlibatan perempuan disyaratkan (sensitive gender) "		"Masyarakat desa yang menentukan siapa-siapa yang akan dijadikan ketua dan pengurus berdasarkan musyawarah mufakat tidak melalui voting di Desa Karangsono. Ketua dan pengurus TKM ini dianggap masyarakat mempunyai kapasitas untuk menjalankan proyek ini"
				" Perempuan harus dilibatkan dalam kepengurusan TKM minimal 30% dan itu disyaratkan dalam proyek WSLIC"

NO	POKOK - POKOK PERTANYAAN	JAWABAN INFORMAN 1 (I 1)	JAWABAN INFORMAN 2 (I 2)	JAWABAN INFORMAN 3 (I 3)
2	Komentar terhadap Dana Masyarakat	<p><i>" Dana Proyek ini berasal dari Pinjaman /kredit dari World Bank, Hibah AusAid, GOI dan Masyarakat. Perhitungan Tiap Desa Rata-Rata Rp. 250 juta dengan Rincian PHLN 72% = 180 Juta, Dekon 8% = 20 Juta dan masyarakat (Cash 4%, Inkind 16 %) = 50 Juta"</i></p>	<p><i>"plafon waktu 2005 kalau tidak salah 200 juta, yang berasal dari pinjaman dari world bank, APBN, Hibah AusAid dan masyarakat, rinciannya saya lupa,..."</i></p>	<p><b>"Bisa dijabarkan untuk dana pendamping 10% diperoleh dari APBN sedangkan untuk dana swadaya 20% terdiri dari Incash 4% dan Inkind 16%. Untuk hibah dari World Bank. Incash atau dana kas sebagai syarat untuk memperoleh dana hibah maka masyarakat harus mengumpulkan dana sebesar 4% dari 250 juta dan itu harus disimpan direkening bank Jatim atas nama TKM". Klasifikasi dana incash yang dikumpulkan oleh masyarakat yaitu klasifikasi pertama adalah golongan miskin yaitu Rp.5.000,-. Klasifikasi kedua golongan sedang yaitu Rp. 25.000,- sedangkan klasifikasi ketiga adalah golongan kaya sebesar Rp. 50.000,- . Proses penarikannya dilakukan oleh TKM dibantu oleh pemerintahan desa melalui RT dan RW"</b></p>

NO	POKOK - POKOK PERTANYAAN	JAWABAN INFORMAN 1 (I 1)	JAWABAN INFORMAN 2 (I 2)	JAWABAN INFORMAN 3 (I 3)
		<p>' Tiap Desa Rata-Rata Rp. 250 juta, 80% untuk air bersih, 16% kesehatan dan sanitasi, 4% peningkatan kelembagaan dan biaya operasional"</p>	<p>" 2 - 4 % dari nilai proyek digunakan untuk biaya operasional"</p>	<p>"Sebelum dilakukan penarikan dilakukan dulu pengklasifikasian golongan masyarakat. Pengklasifikasian golongan masyarakat berdasarkan kesepakatan di desa berdasarkan musyawarah desa antara pemerintah desa, BPD dan tokoh-tokoh masyarakat. Barometernya adalah tingkat pendapatan, kepemilikan harta dan masukan-masukan dari RT dan RW yang mereka lebih paham kesehariannya tentang warganya masing-masing. Setelah itu disebarkan TKM dibantu oleh RT dan RW. Ada yang langsung Sedangkan inkind 16% merupakan tenaga dan barang-barang yang disumbangkan oleh masyarakat. Tenaga ini bisa berupa kerja bakti waktu penggalian pipa, pembangunan tandon. Barang-barang bisa berbentuk material, pasir, batu pecah dan batu bata yang totalnya 16% dari nilai proyek"</p>
		<p>" inkind berupa tenaga atau barang yang disumbangkan warga untuk kegiatan WSLIC "</p>	<p>"... menghitung tenaga setara dikonfersikan kebentuk rupiah dengan biaya setarah dengan harga kuli bukan tukang. Harga kuli pada waktu itu (2005) kisaran Rp.30.000-40.000,- untuk sekali hadir dibuktikan dengan bukti hadir"</p>	



NO	POKOK - POKOK PERTANYAAN	JAWABAN INFORMAN 1 (I 1)	JAWABAN INFORMAN 2 (I 2)	JAWABAN INFORMAN 3 (I 3)
3	Komentar terhadap Lembaga Masyarakat	" Team Pengelola dan Pemelihara Prasarana dicalonkan dan dipilih melalui Musyawarah Desa dan Team Pengelola tidak dapat dijabat oleh Aparat atau Perangkat Pemerintah"	"... Struktur organisasi minimal TKM terdiri dari Ketua, Wakil Ketua, Sekretaris, Unit Pengelola Keuangan (minimal 2 orang), Unit Pelaksana Teknis (minimal 2 orang) dan Unit Pelayanan Kesehatan (minimal 2 orang). TKM ini menjalankan tugas pokok dan fungsinya yang sudah digariskan oleh proyek WSLIC sampai nantinya terbentuknya Badan Pengelola Sarana Air Bersih dan Sanitasi. Masa jabatan TKM itu adalah satu tahun sesuai masa anggaran proyek WSLIC yaitu Tahun 2005."	"...TKM tidak dijabat oleh pejabat pemerintahan desa. Murni berasal dari masyarakat. Jadi ketua TKM dulunya itu dipilih oleh masyarakat Desa Karangsono melalui forum pleno masyarakat dengan SK Bupati untuk TKM nya."
		"Team Pengelola secara periodik mempertanggung-jawabkan status pelaksanaan tugasnya kepada Musyawarah Desa"		"... tiap bulan, TKM harus membuat laporan pertanggungjawaban ke masyarakat. Apa saja yang telah dilakukan, berapa besar biaya yang sudah dipake. juga untuk mengetahui kontribusi masyarakat dalam bentuk inkind sudah masuk berapa persen dan berapa rupiah untuk kegiatan ini"
4	Komentar terhadap Sarana Masyarakat	" dalam penyampaian informasi terkait program WSLIC bisa memanfaatkan sarana desa misalnya balai desa, puskesmas, posyandu, dll"	" biasanya kita menggunakan balai desa atau puskesmas untuk menyampaikan informasi terkait proyek ini"	"... dalam rembug desa yang biasanya dilakukan di balai desa. Disitulah tempat masyarakat membuat RKM berdasarkan kesepakatan bersama di bantu oleh tim fasilitator"
5	Komentar terhadap Pengetahuan akan Proyek WSLIC	"Sosialisasi Proyek WSLIC-2 untuk para staf manajemen Proyek dan Dinas/Lembaga terkait untuk meningkatkan pemahaman dan komitmen terhadap proyek. Pelatihan keterampilan khusus diperlukan bagi staf manajemen proyek/staf pemerintah terkait antara lain mengenai keuangan, administrasi dan pengadaan"	"...sebelum kegiatan ini ada sosialisasi dari Tim Pusat tentang proyek ini"	" sosialisasi dan pendampingan oleh Konsultan terkait proyek ini sering dilakukan. Konsultan dan pimpro membantu kami dalam merencana dan melaksanakan kegiatan. Mereka sifatnya sebagai fasilitator"

NO	POKOK - POKOK PERTANYAAN	JAWABAN INFORMAN 1 (I 1)	JAWABAN INFORMAN 2 (I 2)	JAWABAN INFORMAN 3 (I 3)
		<p>"Dalam melaksanakan kegiatan WSLIC, pimpro dan Fasilitator Konsultan (CF) melakukan roadshow dan workshop untuk memperkenalkan proyek WSLIC ke masyarakat. Pelatihan khusus bagi masyarakat dan tenaga terdidik setempat, dalam proses pemberdayaan masyarakat dengan metode MPA/PHAST serta berbagai aspek Teknis dan Manajemen"</p>	<p>"..adanya pelatihan khusus misalnya bidang keuangan administrasi dan pengadaan yang dilakukan oleh tim pusat"</p>	<p>" sebelum kegiatan ini dilaksanakan sering dilakukan sosialisasi oleh pemda"</p>
6	Komentar terhadap Pengambilan Keputusan	<p>"...pengambilan keputusan melalui musyawarah desa. Masyarakat desa lah yang mengambil keputusan untuk setiap kegiatan, baik dalam hal perencanaan, waktu pelaksanaan dll"</p>	<p>" ... pengambilan keputusan sepenuhnya ditangan masyarakat, kami hanya sebagai fasilitator proyek ini"</p>	<p>" ... pengambilan keputusan terkait operasional diputuskan oleh rapat pengurus Badan Pengelola Sarana Air Bersih dan Sanitasi. Keputusan terkait dengan pelanggan misalnya kenaikan tarif, kerjasama dengan pihak luar, mengembangkan ke desa lain yang belum diputuskan ini diputuskan awalnya diputuskan ditingkat rapat Badan Perwakilan Konsumen (BPK)"</p>
				<p>"BPK ini dibentuk oleh masyarakat untuk mewakili hak-hak masyarakat dalam mengambil keputusan. Perjalanan waktu BPK berubah menjadi yayasan. Yayasan ini dibentuk oleh dari dan untuk konsumen. Keputusan-keputusan penting yang tidak terkait dengan operasional untuk memutuskan badan pengelola harus meminta persetujuan yayasan. Contoh : ketika badan pengelola mau ikut serta proyek generasi kedua harus disetujui oleh yayasan, kenaikan tarif air atau menambah anggaran ketika anggaran perawatan melebihi yang disetujui maka kelebihan anggaran itu harus diminta persetujuan yayasan"</p>

NO	POKOK - POKOK PERTANYAAN	JAWABAN INFORMAN 1 (I 1)	JAWABAN INFORMAN 2 (I 2)	JAWABAN INFORMAN 3 (I 3)
7	Komentar terhadap Kemitraan	<p>"..proyek ini melibatkan 3 dep, yaitu depdagri, PU dan Depkes sebagai leading sector dan Bappenas serta tentu saja Bank Dunia dan AusAid yang memberikan pinjaman dan hibah terhadap proyek ini"</p>	<p>" yang terlibat adalah Bappeda, PU dan Dinkes sebagai pimpro"</p>	<p>"...pada saat pelaksanaan yang terlibat pemerintahan desa, masyarakat dan Badan Pengelola. Pada saat perencanaan dilevel pemerintah daerah yaitu Dinas Kesehatan Kabupaten Malang sebagai leading sector, Bappeda, PU – Cipta Karya, Badan Pemberdayaan Masyarakat (BPM). Dilevel pemerintah daerah disebut Tim Kerja Kabupaten (TKK). Pada level Pemerintah Pusat, adanya kerjasama dengan Bappenas, Kementerian Pekerjaan Umum, Kementerian Dalam Negeri dan Kementerian Kesehatan (Leading Sector) serta Bank Dunia"</p>
8	Komentar terhadap Proses Perencanaan dan Implementasi Program	<p>"... Pada saat perencanaan dan pelaksanaan ada beberapa pelatihan-pelatihan yang dilakukan diantaranya pelatihan tentang kelembagaan, keuangan, pelatihan tentang teknis dilakukan pada saat pra pelaksanaan (2005) difasilitasi pimpro, konsultan dan CF dan pasca pelaksanaan proyek di fasilitasi oleh dinas kesehatan"</p>	<p>"pada saat proyek ini akan dimulai, pemerintah pusat dalam hal ini depkes melakukan road show. Road show ini dilakukan terkait program WSLIC. Dinkes diminta membantu mengidentifikasi desa sasaran di wilayah nya dengan kriteria yang ada, longlist desa, shortlist desa dan yang paling penting kesiapan desa untuk menjalankan proyek ini dengan menggunakan pendekatan partisipatory atau MPA-PHAST"</p>	<p>"...Di saat pleno tersebut masukan-masukan dari masyarakat tentang perencanaan-perencanaan yang akan dikerjakan kedepan atau dikenal dengan Rencana Kerja Masyarakat (RKM). Sementara Pimpro yang berasal dari Dinas Kesehatan dan dibantu oleh konsultan dan CF sebagai fasilitator-fasilitator sementara keputusan perencanaannya berada ditangan masyarakat"</p>

NO	POKOK - POKOK PERTANYAAN	JAWABAN INFORMAN 1 (I 1)	JAWABAN INFORMAN 2 (I 2)	JAWABAN INFORMAN 3 (I 3)
			<p>" saat terpilih desa sebagai penerima proyek WSLIC. Pimpro, konsultan sebagai fasilitator masyarakat membuat RKM"</p>	<p>"...Pada saat pengimplementasian dari perencanaan itu sepenuhnya berada keputusan itu di pleno masyarakat desa. Pihak-pihak dalam hal ini pemerintah lebih banyak sebagai mediator terhadap pengimplementasian perencanaan tersebut. Yang dimaksud adalah apa yang menjadi opsi atau pilihan, apa yang akan dikerjakan kapan waktunya, berapa biayanya dari masing-masing pekerjaan ini ditentukan oleh masyarakat melalui oleh pleno masyarakat. Pimpro, konsultan hanya sebagai fasilitator. Keputusan mutlak ada ditangan masyarakat"</p>
			<p>"Proses implementasi RKM ini dibuat dan disusun oleh masyarakat desa, sedangkan konsultan yang terdiri dari konsultan kesehatan, keuangan dan pemberdayaan membantu dalam hal pendampingan sesuai keilmuannya dan memfasilitasi keputusan yang diambil"</p>	

NO	POKOK - POKOK PERTANYAAN	JAWABAN INFORMAN 1 (I 1)	JAWABAN INFORMAN 2 (I 2)	JAWABAN INFORMAN 3 (I 3)
9	Komentar terhadap proses organisasi	<p>" Pembentukan Tim Kerja Masyarakat (TKM) yang beranggotakan masyarakat desa sendiri disyaratkan dalam proyek. Masa kerja mereka selama 1 Tahun (2005). Pasca Proyek TKM berkembang menjadi badan atau yayasan diserahkan ke masyarakat desa itu sendiri. Konsultan dan Pemerintah daerah hanya memfasilitasi kelembagaan kepengurusan proyek"</p>	<p>"Pembentukan TKM yang masa kerjanya satu tahun disyaratkan dalam proyek WSLIC. Tim inilah yang bekerja menjalankan RKM yang disusun berdasarkan hasil keputusan rembug desa"</p>	<p>"... Proses terpilihnya Ketua Badan Pengelola Sarana Air Bersih dan Sanitasi ini tidak ada bedanya dengan proses pemilihan ketua TKM. Dimana ketua Badan Pengelola Sarana Air Bersih dan Sanitasi ini dipilih oleh masyarakat Desa Karangsuko melalui forum pleno masyarakat desa. Disitulah masyarakat yang menentukan siapa yang dipercaya atau yang diberikan amanah kedepan untuk melakukan pengelolaan Sarana Air Bersih dan Sanitasi. Didalam pemilihan ini tidak ada intervensi dari pemerintah desa, intervensi kecamatan, intervensi dari pemerintah daerah. Ini murni semua ditentukan oleh masyarakat Karangsuko pada waktu itu"</p>

NO	POKOK - POKOK PERTANYAAN	JAWABAN INFORMAN 1 (I 1)	JAWABAN INFORMAN 2 (I 2)	JAWABAN INFORMAN 3 (I 3)
				<p>“...Masa jabatan Ketua Badan Pengelola Sarana Air Bersih dan Sanitasi berdasarkan revisi Anggaran Dasar dan Anggaran Rumah Tangga Badan Pengelola Sarana Air Bersih dan Sanitasi untuk ketua masa jabatannya 6 tahun sementara untuk staf-stafnya masa jabatannya 12 tahun. Kenapa ada perbedaan antara ketua dengan staf-stafnya, ini berangkat dari pengalaman pada periode pertama. Periode pertama dari february tahun 2006 - 2011 karena Anggaran Dasar dan Anggaran Rumah Tangga sebelum direvisi jabatan ketua dan staf-stafnya sama-sama 5 tahun. Sehingga ketika ketua dan stafnya itu berakhir masa jabatan terjadi kekosongan pengelola pada badan pengelola sehingga dilakukan revisi. Menurut Anggaran Dasar dan Anggaran Rumah Tangga Badan Pengelola Sarana Air Bersih dan Sanitasi “Sumber Maron” belum mengakomodasi tentang batasan berapa kali dia bisa menjabat. Sepanjang ketua masih diperlukan untuk menjabat untuk kesekian kalinya Anggaran dasar dan Anggaran Rumah Tangga memperbolehkan”</p>
10	Komentar terhadap partisipasi masyarakat	<p>" Keterlibatan masyarakat merupakan ruh dari proyek ini. Mulai dari perencanaan yang tertuang dalam RKM, pelaksanaan dan evaluasi proyek. Proyek ini berangkat dari masyarakat, untuk masyarakat dan oleh masyarakat. Partisipasi masyarakat berperan penting terhadap kesuksesan proyek. Konsultan dan pimpro hanya sebagai fasilitator"</p>	<p>"masyarakat sangat berperan penting dalam proyek ini. Mulai dari perencanaan, pengumpulan dana dalam bentuk incash dan inkind. Implementasi RKM dan lain-lain"</p>	<p>“ ... dalam proses penyusunan RKM dan implementasinya yang diputuskan oleh pleno masyarakat. Masyarakat berpartisipasi dalam penyusunan tersebut, konsultan dan pimpro hanya sebagai fasilitator”</p>

NO	POKOK - POKOK PERTANYAAN	JAWABAN INFORMAN 1 (I 1)	JAWABAN INFORMAN 2 (I 2)	JAWABAN INFORMAN 3 (I 3)
11	Komentar terhadap kesinambungan proyek WSLIC	<p>"tersedianya sarana air bersih setiap waktu dan sanitasi yang sangat diperlukan warga desa"</p>	<p>"Proyek WSLIC ini banyak memberikan manfaat kewarga desa, mulai dari tersedianya air bersih, perubahan perilaku hidup bersih, akses untuk memperoleh air bersih dapat dengan mudah ditempuh dan dapat digunakan setiap waktu"</p>	<p>"Keberlangsungan upaya pemberdayaan masyarakat dibuktikan dari beberapa segi, yang pertama segi kelembagaan legal formal nya sudah selesai dibuktikan dengan Akte pendirian Badan Pengelola Sarana Air Bersih dan Sanitasi Sumber Maron Nomor AHU-0462.AH.02.01 tahun 2010 tanggal 28 Januari 2010"</p>
		<p>"Kesinambungan dari proyek WSLIC ini dapat dilihat dari 5 aspek: teknik, institusi, keuangan, sosial dan lingkungan"</p>		<p>"segi kedua dari segi keuangan telah melakukan tertib keuangan dibuktikan dengan adanya laporan keuangan yang terdiri dari neraca, laporan rugi laba dan laporan arus kas yang dibuat oleh badan pengelola dan segi ketiga dari segi teknis telah dilakukan pengembangan-pengembangan dari satu desa menjadi 4 desa terbukti dari konsumen saat ini menjadi 1225 Kepala Keluarga (KK)"</p>
				<p>"Proyek ini memberikan banyak manfaat ke masyarakat desa misalnya 1) Perempuan sebagai pengguna air terbesar, sebelum ada SAB harus berjalan kaki ke mata air yang jarak jauh baik untuk mandi, cuci, kakus dan masak atau harus membeli dengan harga lebih mahal dengan adanya SAB lebih cepat dan hemat 2) Sebelum adanya SAB perempuan mandi dan BB dengan membuka aurot 3) Anak-anak yang sebelumnya mengkonsumsi air yang tidak hegeinis setelah SAB dapat mengkonsumsi air bersih 4) Anak-anak sebelum adanya SAB sehari mandi 1 kali sekarang bisa 2 kali sehari"</p>

NO	POKOK - POKOK PERTANYAAN	JAWABAN INFORMAN 1 (I 1)	JAWABAN INFORMAN 2 (I 2)	JAWABAN INFORMAN 3 (I 3)
				"Yang mendukung keberlangsungan Upaya Pemberdayaan Masyarakat di Desa Karangsono adalah
				1) Dukungan tokoh masyarakat yang full dalam bentuk dukungan moral, spirit untuk terus maju dan memberikan pendapat dan pandangan untuk solusi-solusi pemecahan masalah.
				2) Semangat kerja teman-teman badan pengelola
				3) Perhatian pemerintah daerah misalnya sering dilibatkan dalam pelatihan-pelatihan pengembangan kapasitas pengelolaan HPPM Pedesaan, memfasilitasi adanya proyek generasi kedua sehingga tercipta PLTMH.
				4) Peranan masyarakat sebagai pembayar iuran rutin bulanannya"



Matriks Analisis Konfirmasi Hasil Penelitian									
Evaluasi KESINAMBUNGAN UPAYA PEMBERDAYAAN MASYARAKAT DALAM PENGELOLAAN SARANA AIR BERSIH DAN SANITASI (PASCA WSLIC II) DI DESA KARANGSUKO KABUPATEN MALANG TAHUN 2012									
NO	POKOK - POKOK PERTANYAAN	JAWABAN INFORMAN 2 (I 2)	JAWABAN INFORMAN 3 (I 3)	JAWABAN INFORMAN 4 (I 4)	JAWABAN INFORMAN 5 (I 5)	JAWABAN INFORMAN 6 (I 6)	JAWABAN INFORMAN 7 (I 7)	JAWABAN INFORMAN 8 (I 8)	JAWABAN INFORMAN 9 (I 9)
1	gambaran tentang pengelolaan air bersih sebelum kegiatan sampai saat ini	"masih banyak penyakit diare dan kulit berdasarkan data yang kami terima"	"dari segi ekonomi ada perbedaan sebelum dan sesudah, tentunya adanya peningkatan kesejahteraan masyarakat. Dari kemampuan teknis, sebelumnya pengetahuan masyarakat misalnya perpipaan masih kurang sekarang sudah banyak yang tau. Dari segi kelembagaan, sebelumnya tidak ada struktur organisasi dan tidak bisa menyusun AD dan ART sekarang sudah ada struktur organisasi, bisa menyusun AD dan ART serta job desc yang jelas. dari segi keuangan, masyarakat belum mengenal accounting, pembukuan, voucer, laporan realisasi anggaran, cash flow dan neraca sekarang sudah tau. dari aspek kesehatan sebelumnya penyakit diare dan kulit cukup tinggi sekarang terjadi penurunan, masyarakat masih BAB disungai. dari segi sosial budaya sebelum ada proyek sering terjadi	"menurut data kami mas, penyakit diare pada tahun 2005 sebanyak 210 kasus dan penyakit kulit 132 kasus. Hal ini disebabkan kurangnya kesadaran masyarakat untuk PHBS dan SAB & Sanitasi kurang memadai"	"sebelum susah mengambil air, jauh belum ada lagi ujan ya terpaksa buruh orang per tong, tong cat Rp. 2.000,-"	"ya,dulu jauh ,sekarang ada air alhamdulillah,	"opo yo...mandi dan cuci susah mas...itu bae yang aku tau mas....he...."	"itu mas,klo sebelum proyek WSLIC, mau mandi, trus pokoknya gunain air buat kerja harus jauh-jauh jalan ke sungai mas..."	"kalo dulu airnya susah mas.jauh"
2	Berapa besarnya iuran bulanan yang bapak/ibu bayar tiap bulan untuk jasa air yang ibu gunakan? Apakah ibu merasa keberatan dengan pembayaran tersebut (terlalu besar/kecil)				"saya tiap bulan bayar sekitar Rp. 16 ribu untuk RT sekitar 7 orang. Gak keberatan, daripada pake sanyo listrik, lebih murah WSLIC ini"	"dua bulan sekali bayar he...kalo ada uang tiap bulan."	"sekitar 5 ribuan perbulan. Tapi kadang ada duit bayar, kalau gak nungguak dulu"	"tergantung pemakaian mas, "	"gratis,mas"

NO	POKOK - POKOK PERTANYAAN	JAWABAN INFORMAN 2 (I 2)	JAWABAN INFORMAN 3 (I 3)	JAWABAN INFORMAN 4 (I 4)	JAWABAN INFORMAN 5 (I 5)	JAWABAN INFORMAN 6 (I 6)	JAWABAN INFORMAN 7 (I 7)	JAWABAN INFORMAN 8 (I 8)	JAWABAN INFORMAN 9 (I 9)
3	masukan atau kritik terhadap pengelolaan air				"lebih ditingkatkan lagi. Karena di WSLIC banyak program misal buat telisik, askes desa, banyak membantu anak miskin dan santunan anak miskin. Anak yatim ada"	"gak ada masukan, trus ditingkatkan aja he..."	"trus tingkatkan aja"	"gak ada"	"baik, trus maju "
4	manajemen pengelolaan air menurut Bapak/Ibu				"bagus, transparan. Kalau ada kurang rapat tiap bulan. Selalu kompak"	"baik-baik semua"	"baik-baik, terbuka"	"terbuka"	"baik, terbuka"
5	manfaat pengelolaan sarana air bersih dan Sanitasi dasar di Desa Karanguko yang dirasakan masyarakat				"manfaat banyak, karena"	"buat masak, mandi, cuci"	"banyak, buat mandi, cuci"	"mandi, cuci baju, cuci piring, banyak..."	"buat wudhu, bersih-bersih"
6	peningkatan kemampuan masyarakat baik jumlah ataupun jenis aktivitas ekonomi masyarakat dengan adanya program pengelolaan sarana air bersih dan Sanitasi dasar di Desa Karanguko				"peningkatannya ada yang dulu musim hari raya, biasanya ada diare mencret pasti. Karena air irigasi mungkin airnya nya gak bersih sekarang sudah bersih"	"gak ada mas, karena masih jaga bayi tapi enak mas gak jauh-jauh lagi mandi, cuci dll"	"ya, apa mas....gak ada mas tp enak sekarang"	"emm...gak ada, paling bertani sekarang lebih enak mas"	"ya banyak usaha batu bata sekarang"

**MATRIKS ANALISIS KONFIRMASI HASIL PENELITIAN**  
**EVALUASI KESINAMBUNGAN UPAYA PEMBERDAYAAN MASYARAKAT DALAM PENGELOLAAN SARANA AIR BERSIH DAN**  
**SANITASI (PASCA WSLIC II) DI DESA KARANGSUKO KABUPATEN MALANG TAHUN 2012**

NO	POKOK - POKOK PERTANYAAN	JAWABAN INFORMAN 10 (I 10)	JAWABAN INFORMAN 11 (I 11)	JAWABAN INFORMAN 12 (I 12)	JAWABAN INFORMAN 13 (I 13)	JAWABAN INFORMAN 14 (I 14)	JAWABAN INFORMAN 15 (I 15)
1	usaha bapak/ibu sekarang ini (pekerjaannya)	" usaha batu bata"	"...ya bikin batu bata"	"warung kecil-kecilan "	"jualan di warung"	"jualan kopi, gorengan mas"	" nyewain ban"
2	berapa lama usaha tersebut dijalankan	"sekitar 2 tahun"	" sekitar 4-5 tahun yang lalu"	"sekitar 3 tahunan"	"dah lama mas"	"baru beberapa bulan "	"tahun kemaren "
3	prospek usaha bapak/ibu saat ini	"lancar"	"baik"	"lumayan"	"baik"	"bagus"	"alhamdulillah"
4	omzet per bulan usaha Bapak	"sekitar 9 jutaan perbulan"	"sekitar 8-9 jutaan tergantung mas, namanya juga usaha"	"ya paling 30 ribuan sehari"	"ya 50-60 ribu sehari. Tergantung, namanya jualan.he..."	"ya paling 30 - 50 ribuan sehari. Tergantung rame atau gak"	"tergantung, kalau hari libur lumayan banyak. Ya namanya usaha"
5	ketersediaan air terhadap kecukupan usaha bapak/ibu	"cukup"	"cukup "	"cukup "	"cukup. Lebih dari cukup"		

NO	POKOK - POKOK PERTANYAAN	JAWABAN INFORMAN 10 (I 10)	JAWABAN INFORMAN 11 (I 11)	JAWABAN INFORMAN 12 (I 12)	JAWABAN INFORMAN 13 (I 13)	JAWABAN INFORMAN 14 (I 14)	JAWABAN INFORMAN 15 (I 15)
6	iuran yang selama ini bapak bayar sesuai dengan manfaat yang bapak dapatkan? Kalau terlalu mahal/murah, bagaimana menurut bapak masukan ke pengelola air agar dapat menurunkan harga air per m3 nya	<i>"gak mahal, . Ditingkatkan aja lagi"</i>	<i>"ya banyak manfaatnya, jadi lebih muda lagi ngambil air. Tingkatan aja lagi"</i>	<i>"ya, gak mahal. Terus maju"</i>	<i>"ndak mahal. Terus kembangkan saja"</i>		
7	manfaat pengelolaan sarana air bersih dan Sanitasi dasar di Desa Karangsuco yang dirasakan masyarakat	<i>"seneng, lebih enak, gak jauh-jauh lagi mencari air"</i>	<i>"banyak, misalnya bikin bata lebih mudah"</i>	<i>"buat mandi, cuci, jualan. Banyak"</i>	<i>"cuci, mandi, buat minum"</i>	<i>"ni buat jualan gorengan. Kopi.dll"</i>	<i>"nyewain ban. Buat warga yang mau mandi"</i>
8	peningkatan kemampuan masyarakat baik jumlah ataupun jenis aktivitas ekonomi masyarakat dengan adanya program pengelolaan sarana air bersih dan Sanitasi dasar	<i>"ya usaha bata aja disini dan ada satu lagi punya kakak"</i>	<i>"usaha bata ini aja"</i>	<i>"jualan di warung "</i>	<i>"ya banyak yang jualan dan bikin batu bata sekarang"</i>	<i>"bikin bata, warung kayak saya"</i>	<i>"warga banyak usaha sekarang, ada bikin bata, warung "</i>