

**ANALISIS *WILLINGNESS TO PAY*  
MASYARAKAT TERHADAP AIR BERSIH DAN  
SANITASI KOTA SEMARANG**



**SKRIPSI**

Diajukan sebagai salah satu syarat  
untuk menyelesaikan Program Sarjana ( S1 )  
pada Program Sarjana Fakultas Ekonomika dan Bisnis  
Universitas Diponegoro

Disusun Oleh :

**UCHA HATRIN HAPSARI  
NIM. 12020111130026**

**FAKULTAS EKONOMIKA DAN BISNIS  
UNIVERSITAS DIPONEGORO**

**SEMARANG**

**2017**

## PERSETUJUAN SKRIPSI

Nama Penyusun : Ucha Hatrin Hapsari  
Nomor Induk Mahasiswa : 12020111130026  
Fakultas/ Jurusan : Ekonomika dan Bisnis/ Ilmu Ekonomi dan Studi  
Pembangunan  
  
Judul Skripsi : **ANALISIS *WILLINGNESS TO PAY*  
MASYARAKAT TERHADAP AIR BERSIH  
DAN SANITASI KOTA SEMARANG**  
  
Dosen Pembimbing : Prof. Dr. H. Waridin, MS., Ph.D

Semarang, September 2017  
Dosen Pembimbing

(Prof. Dr. H. Waridin, MS., Ph.D)

NIP. 196202121987031024

## PENGESAHAN KELULUSAN UJIAN

Nama Penyusun : Ucha Hatrin Hapsari  
Nomor Induk Mahasiswa : 12020111130026  
Fakultas/Jurusan : Ekonomika dan Bisnis/Ilmu Ekonomi dan Studi  
Pembangunan

Judul Skripsi : **ANALISIS *WILLINGNESS TO PAY*  
MASYARAKAT TERHADAP AIR BERSIH  
DAN SANITASI KOTA SEMARANG**

**Telah dinyatakan lulus ujian pada tanggal 30 November 2017**

### Tim Penguji

1. Prof. Dr. H. Waridin, MS., Ph.D (.....)
2. Evi Yulia Purwanti, S.E., M.Si (.....)
3. Arif Pujiono, S.E., M.Si (.....)

Mengetahui,  
Pembantu Dekan I

Anis Chariri, S.E., Mcom., Ph.D., Akt

NIP. 196708091992031001

## **SURAT PERNYATAAN ORISINALITAS**

Yang bertanda tangan di bawah ini saya, Ucha Hatrin Hapsari, menyatakan bahwa skripsi dengan judul: “Analisis *Willingness To Pay* Masyarakat Terhadap Air Bersih dan Sanitasi Kota Semarang” adalah hasil tulisan saya sendiri. Dengan ini saya menyatakan dengan sesungguhnya bahwa dalam skripsi ini tidak terdapat keseluruhan atau sebagian bentuk rangkaian kalimat atau simbol yang menunjukkan gagasan atau pendapat atau pemikiran dari penulis lain, yang saya akui seolah-olah sebagai tulisan saya sendiri, dan/atau tidak terdapat bagian atau keseluruhan tulisan yang saya salin, tiru, atau yang saya ambil dari tulisan orang lain tanpa memberikan pengakuan penulis aslinya.

Apabila saya melakukan tindakan yang bertentangan dengan hal tersebut di atas, baik disengaja maupun tidak, dengan ini saya menyatakan menarik skripsi yang saya ajukan sebagai hasil tulisan saya sendiri. Bila kemudian terbukti bahwa saya melakukan tindakan menyalin atau meniru tulisan orang lain seolah-olah hasil pemikiran saya sendiri, berarti gelar dan ijasah yang telah diberikan oleh universitas batal saya terima..

Semarang, 20 September 2017

Yang Membuat Pernyataan

Ucha Hatrin Hapsari

12020111130026

## ABSTRACT

*The need for clean water and improved sanitation facility is increasing. Because people still rely on groundwater as the source of their daily water needs and the low awareness of improved sanitation, the problems that occur are drought caused by water debit decreased and the risk of contaminated groundwater as well as diseases which arise in consequences of unimproved sanitation.*

*This research aimed to estimate the value of Willingness To Pay towards clean water and sanitation and to identify the factors that influence it. This research conducted by taking the primary data through questionnaire toward 100 people in Semarang City. Analysis method which used in this research are descriptive statistic, analysis of Willingness to Pay using Contingent Valuation Method (CVM) and logistic regression analysis.*

*The result shows that 80 respondents are willing to pay and 20 respondents claimed they were not willing to pay for clean water. The average amount that society agreed to pay is Rp. 3.000. The factors that significantly influence the decision to pay for clean water was the value of the bid and water quality. Furthermore, 49 respondents are willing to pay for improved sanitation and 51 respondents are not willing to pay with average amount that society agreed to pay is Rp. 4.000.000. The value of the bid, income, and toilet satisfaction variables significantly influence the decision to pay for improved sanitation.*

*Keywords: Clean Water, Sanitation, WTP, CVM, Logit.*

## ABSTRAK

Kebutuhan akan air bersih dan fasilitas sanitasi *improved* semakin meningkat. Saat ini masyarakat masih mengandalkan air tanah sebagai sumber kebutuhan sehari-hari dan kesadaran akan kebutuhan fasilitas sanitasi yang *improved* masih rendah sehingga menyebabkan kekeringan akibat dari debit air yang menurun dan resiko air tanah yang tercemar serta timbulnya penyakit akibat fasilitas sanitasi yang tidak layak.

Tujuan dari penelitian ini adalah mengestimasi besarnya nilai *Willingness to Pay* (WTP) masyarakat kota Semarang terhadap air bersih dan sanitasi dan mengidentifikasi faktor – faktor yang mempengaruhinya. Penelitian ini dilakukan dengan mengambil data primer melalui kuesioner kepada 100 orang di Kota Semarang. Metode analisis yang digunakan adalah analisis deskriptif, analisis *Willingness to Pay* dengan menggunakan *Contingent Valuation Method* (CVM), dan analisis regresi logistik.

Hasil penelitian menunjukkan 80 orang bersedia membayar sedangkan 20 orang menyatakan tidak bersedia membayar untuk air bersih, dengan nilai WTP Rp.3.000. Variabel nilai bidding dan kualitas air berpengaruh secara signifikan terhadap besaran nilai WTP. Selanjutnya sebanyak 49 orang menyatakan bersedia membayar, sedangkan 51 orang menyatakan tidak bersedia membayar untuk sanitasi, dengan nilai WTP Rp. 4.000.000. Variabel nilai bidding, pendapatan, dan kepuasan toilet berpengaruh secara signifikan terhadap kesediaan membayar masyarakat.

Kata Kunci : Air bersih, sanitasi, WTP, CVM, Logit.

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT atas segala limpahan rahmat, hidayah serta inayah-Nya penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Analisis *Willingness To Pay* Masyarakat Terhadap Air Bersih dan Sanitasi Kota Semarang”. Skripsi ini merupakan salah satu syarat dalam menyelesaikan Program Sarjana (S1) pada Jurusan Ilmu Ekonomi dan Studi Pembangunan di Fakultas Ekonomika dan Bisnis Universitas Diponegoro.

Penulis memohon maaf atas kekhilafan serta kesalahan yang telah dilakukan selama melakukan penelitian ini. Penulis menyadari dalam menyelesaikan penelitian ini tidak dapat berjalan lancar tanpa adanya dukungan, bimbingan, motivasi, saran, serta bantuan dari berbagai pihak. Dalam kesempatan ini penulis ingin menyampaikan terima kasih kepada:

1. Allah SWT atas segala limpahan Rahmat dan Hidayah-Nya kepada penulis serta Nabi Muhammad SAW sebagai teladan dalam hidup.
2. Bapak dan Ibu selaku orang tua yang selalu memberikan doa, kasih sayang, perhatian, motivasi, dan semangat untuk penulis sehingga penulis selalu senantiasa kuat dan terus tabah dalam penyusunan skripsi.
3. Prof. Dr. H. Waridin, MS., Ph.D selaku dosen pembimbing, yang telah meluangkan waktunya untuk berdiskusi, motivasi, memberikan masukan dan saran serta ilmu yang sangat berguna bagi penulis untuk menyelesaikan skripsi.

4. Dr. Suharnomo, SE., M.Si., selaku dekan Fakultas Ekonomika dan Bisnis Universitas Diponegoro.
5. Akhmad Syakir Kurnia, S.E., M.Si., Ph.D selaku Kepala Departemen Ilmu Ekonomi Universitas Diponegoro.
6. Banatul Hayati S.E., M.Si selaku dosen wali Departemen Ilmu Ekonomi angkatan 2011 yang telah memberikan pengarahan dan motivasi selama penulis menjalani studi di Fakultas Ekonomika dan Bisnis.
7. Dosen Fakultas Ekonomika dan Bisnis pada umumnya serta Dosen Departemen Ilmu Ekonomi Fakultas Ekonomika dan Bisnis Universitas Diponegoro pada khususnya yang telah memberikan ilmu yang bermanfaat kepada penulis selama masa perkuliahan.
8. Seluruh jajaran Staf Kemahasiswaan, TU, Staf Perpustakaan, Staf Keamanan Fakultas Ekonomika dan Bisnis Undip, yang telah memberikan ilmu, pengalaman, dan pelayanan yang bermanfaat bagi penulis.
9. Kakak dan adikku tersayang, Alpha Yunanta dan Adnan Putra Haidar. Terima kasih karena senantiasa memberikan dukungan moral, doa dan menerima keluh kesah penulis selama proses penyusunan penelitian ini.



10. Rekan-rekan bimbingan Prof. Dr. H. Waridin, MS., Ph.D. Evi dan Bella yang selalu saling memberikan *support*, menjadi rekan diskusi dan membantu penulis dalam penyusunan skripsi ini.
11. Sahabat – sahabat terbaikku di IESP Wuri, Iis, Anin, Rindu dan Dwi. Terima kasih untuk semangat, motivasi, persahabatan yang tulus dari kalian serta pendengar yang baik atas segala keluh kesah tentang permasalahan penulis.
12. Teman – teman Dian, Intan, Yunita, Susan, Billy, Stevanus, Putra serta kawan–kawan seperjuangan di IESP 2011, terimakasih atas segala bantuan dan dukungan selama masa perkuliahan ini. Tetap bersemangat meraih cita – cita.
13. Sahabat – sahabat dari semasa SMA Rindu, Melati, Onee, Annisa, Nana, Rakasiwi dan Rakanita, terimakasih atas segala bantuan dan dukungan serta nasehat yang membuat penulis menjadi lebih bersemangat dan termotivasi dalam menyelesaikan skripsi.
14. Teman-teman KKN Tim I Tahun 2015 Desa Dersalam, Kecamatan Bae, Kabupaten Kudus, Erdha, Fadyan, Vifta, Fuu, Aris, Paulus, Bayu, Fitra, Felic, dan Phiniel. .
15. Para responden dalam penelitian yang telah bersedia meluangkan waktu menjadi objek penelitian penulis.
16. Semua pihak yang secara langsung maupun tidak langsung telah membantu penulis dalam menyelesaikan skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, penulis mengharapkan semoga kekurangan dalam skripsi ini menjadi bahan pembelajaran untuk penelitian yang lebih baik di masa mendatang. Segala kritik dan saran akan menjadi bekal berharga bagi penulis. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi penulis dan pembaca.

Semarang, 20 September 2017

Penulis

Ucha Hatrin Hapsari

## DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN SKRIPSI.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN KELULUSAN UJIAN .....	iii
PERNYATAAN ORISINILITAS SKRIPSI .....	iv
<i>ABSTRACT</i> .....	v
ABSTRAK .....	vi
KATA PENGANTAR .....	vii
DAFTAR TABEL .....	xiii
DAFTAR GAMBAR .....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN .....	xvi
BAB I PENDAHULUAN .....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	18
1.3 Tujuan dan Kegunaan Penelitian.....	20
1.3.1 Tujuan Penelitian .....	20
1.3.2 Kegunaan Penelitian.....	21
1.4 Sistematika Penulisan .....	21
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	23
2.1 Landasan Teori .....	23
2.1.1 Teori Permintaan.....	23
2.1.2 Kesiediaan Membayar ( <i>Willingness to pay</i> ).....	25
2.1.3 Konsep Contingent Valuation Method .....	28
2.1.4 Sanitasi .....	32
2.1.5 Sumberdaya Air.....	35
2.1.6 Faktor–Faktor yang Mempengaruhi Besaran Nilai Kesiediaan Membayar Air Bersih dan Sanitasi .....	39
2.2 Penelitian Terdahulu .....	41

	2.2 Penelitian Terdahulu .....	46
	2.3 Kerangka Pemikiran.....	54
	2.4 Hipotesis .....	57
BAB III	METODE PENELITIAN .....	59
	3.1 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional .....	59
	3.1.1 Variabel Penelitian .....	59
	3.1.2 Definisi Operasional .....	59
	3.2 Populasi dan Sampel.....	61
	3.3 Jenis dan Sumber Data .....	66
	3.4 Metode Pengumpulan Data.....	66
	3.5 Metode Analisis.....	67
	3.5.1 Statistik Deskriptif .....	67
	3.5.2 Analisis Willingness to pay Metode Contingent Valuation Method .....	68
	3.5.3 Analisis Regresi Logistik .....	70
BAB IV	HASIL DAN PEMBAHASAN .....	72
	4.1 Deskripsi Obyek Penelitian.....	72
	4.1.1 Gambaran Umum Kota Semarang .....	72
	4.1.2 Gambaran Umum Demografi Kota Semarang .....	74
	4.2 Analisis Deskriptif .....	75
	4.2.1 Karakteristik Sosial Ekonomi Responden.....	75
	4.2.2 Karakteristik Pemukiman .....	76
	4.2.3 Karakteristik Sumber Air Bersih.....	78
	4.2.4 Karakteristik Fasilitas Buang Air Besar .....	80
	4.3 Analisis Data.....	82
	4.3.1.1 Analisis <i>Willingness to pay</i> .....	82
	4.3.2 Analisis Regresi Logistik .....	91
BAB V	PENUTUP.....	100
	5.1 Simpulan.....	100
	5.2 Saran .....	101
	5.3 Keterbatasan Penelitian .....	102
	DAFTAR PUSTAKA .....	102

## DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1.1	Indikator MDG's Indonesia 2014 ..... 5
Tabel 1.2	Presentase Rumah Tangga Menurut Kondisi dan Fasilitas Bangunan Tempat Tinggal Jawa Tengah..... 7
Tabel 1.3	Presentase Rumah Tangga Menurut Kategori Air Bersih di Jawa Tengah Tahun 2014 ..... 7
Tabel 1.4	Fasilitas Sanitasi Provinsi Jawa Tengah Tahun 2014 ..... 8
Tabel 1.5	Kepadatan Penduduk Kota Semarang..... 10
Tabel 1.6	Rumah Tangga dengan Air Bersih dan Sanitasi Layak Kota Semarang..... 11
Tabel 1.7	Indikator Kualitas Rumah Kota Semarang ..... 12
Tabel 1.8	Jumlah Jamban Sehat Permanen (JSP) dan Jamban Sehat Semi Permanen (JSSP) Masyarakat Kota Semarang Tahun 2015 ..... 13
Tabel 1.9	Penggunaan Fasilitas Sanitasi Sharing dan Masyarakat Buang Air Besar Sembarangan (BABS) Masyarakat Kota Semarang Tahun 2015 ..... 15
Tabel 2.1	Kategori Sumber Air Menurut MDG's dan BPS ..... 39
Tabel 2.2	Penelitian Terdahulu ..... 46
Tabel 3.1	Jumlah Rumah sehat Kota Semarang 2015..... 62
Tabel 3.2	Jumlah Populasi dan Sampel..... 65
Tabel 4.1	Penduduk Kota Semarang Tahun 2014..... 74
Tabel 4.2	Profil Responden Kota Semarang ..... 75
Tabel 4.3	Karakteristik Perumahan Responden ..... 77
Tabel 4.4	Karakteristik Air Bersih Responden ..... 78
Tabel 4.5	Sumber Air Bersih Responden..... 79
Tabel 4.6	Jumlah Pemakaian Air.....78
Tabel 4.7	Pembuangan Akhir Tinja Rumah Tangga..... 80
Tabel 4.8	Jenis Jamban/kloset Yang Dimiliki Responden..... 81
Tabel 4.9	Kepemilikan Fasilitas Sanitasi Responden ..... 81
Tabel 4.10	Kepuasan Responden Terhadap Kondisi Toilet..... 82
Tabel 4.11	Alasan Responden Menolak Untuk Membayar Untuk Air Bersih .. 84
Tabel 4.12	Alasan Responden Menolak Untuk Membayar Untuk Konstruksi Toilet..... 85

Tabel 4.13	Distribusi Nilai WTP Air Bersih responden yang bersedia membayar.....	88
Tabel 4.14	Distribusi Nilai WTP Konstruksi Toilet Responden yang Bersedia Membayar .....	89
Tabel 4.15	Hasil Analisis <i>Binary Logistic Regression</i> untuk Air Bersih.....	91
Tabel 4.16	Hasil Analisis Binary Logistic Regression untuk Konstruksi Toilet.....	96

## DAFTAR GAMBAR

Halaman

Gambar 2.1	Kurva Permintaan.....	23
Gambar 2.2	Kerangka Pemikiran Teoritis .....	56
Gambar 4.1	Peta Kota Semarang .....	73
Gambar 4.2	Persentase Kesiediaan membayar Air Bersih dan Renovasi Fasilitas Buang Air Besar Masyarakat Kota Semarang.....	83

## DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran A	KUESIONER..... 108
Lampiran B	Data Mentah Responden ..... 114
Lampiran C	Hasil Regresi Logistik Air Bersih..... 118
Lampiran D	Hasil Regresi Logistik Sanitasi..... 121



# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Salah satu dari tiga tujuan inti pembangunan menurut Todaro dan Smit (2006) adalah peningkatan standar hidup. Meningkatnya standar hidup yang layak akan menolong masyarakat dari belenggu kemiskinan. Meningkatkan standar hidup tidak hanya diukur melalui peningkatan pendapatan. Dalam konteks pembangunan manusia, yang diasumsikan sebagai proses pilihan dari masyarakat dalam memperoleh kebutuhan yang paling penting dan mendasar, tiga pilihan kebutuhan yang paling dianggap penting antara lain; peningkatan derajat kesehatan dan umur panjang yang diukur dengan angka harapan hidup, pendidikan yang diukur dengan angka melek huruf dan lama bersekolah, serta akses terhadap sumber daya untuk hidup layak yang diukur dengan daya beli masyarakat (Rizki dan Saleh, 2007).

Derajat kesehatan yang tinggi harus didukung dengan fasilitas kesehatan yang baik, serta akses sanitasi dan air bersih yang layak. Kebutuhan akan air bersih dan sanitasi yang layak masih menjadi permasalahan dalam masa modern ini. Menurut Unicef Indonesia dalam laporannya melalui Ringkasan Kajian Air Bersih, Sanitasi dan Kebersihan pada Oktober 2012, sanitasi yang buruk serta kualitas air yang tidak aman menjadi penyebab berkembangnya sumber penyakit dan berkontribusi terhadap kematian anak-anak diseluruh dunia akibat diare. Di

kawasan kumuh perkotaan, sanitasi yang tidak layak, kualitas air yang buruk, kurangnya wawasan masyarakat mengenai pentingnya sanitasi yang baik, serta kepadatan penduduk yang berlebihan dapat menciptakan kondisi lingkungan yang tidak sehat.

Menurut UNICEF dalam publikasinya yang berjudul *Progress On Sanitation and Drinking Water* tahun 2015 menyebutkan standar tertentu terhadap kriteria sanitasi dan air bersih yang dikatakan '*improved*'. Menurut kriteria yang digunakan tersebut, rumah tangga yang mempunyai akses ke sumber air minum *improved* adalah rumah tangga dengan sumber air minum dari air ledeng/PDAM, sumur bor/pompa, sumur gali terlindung, mata air terlindung, dan penampungan air hujan. Sementara air yang berasal dari air permukaan seperti aing sungai, danau, kolam, kanal, dan saluran irigasi, serta sumur gali tak terlindungi, mata air tak terlindungi, serta air botol/kemasan (air botol/kemasan dikatakan *improved* untuk air minum ketika rumah tangga menggunakan sumber air bersih yang *improved*).

UNICEF juga menyebutkan sanitasi dikatakan *improved* apabila tempat pembuangan akhirnya jauh dari jangkauan manusia, dengan fasilitas seperti; pembilasan (pipa pembuangan air kotor, septik tank dan jamban/kakus), berventilasi, dan jamban/kakus dengan papan/keramik. Sementara sanitasi yang dikatakan tidak *improved* apabila masih buang air besar sembarangan, seperti di sungai, hutan, lapangan tau tempat terbuka lainnya, fasilitas sanitasi tersebut *sharing* antara dua atau lebih rumah tangga, tidak ada jaminan bahwa tempat pembuangan akhirnya jauh dari jangkauan manusia, fasilitas sanitasi *unimproved*

termasuk jamban/kakus tanpa papan/keramik, jamban/kakus yang tertutup dan jamban/kakus berasal dari ember.

Riskesdas (2013) menyebutkan rumah tangga yang memiliki akses terhadap fasilitas sanitasi *improved* adalah rumah tangga yang menggunakan fasilitas BAB milik sendiri, jenis tempat BAB jenis leher angsa atau plengsengan, dan tempat pembuangan akhir tinja jenis tangki septik. Berdasarkan perkembangan laporan dari UNICEF, *Progress on Sanitation and Drinking Water 2015*, pada 2015 sudah lebih dari separuh penduduk dunia telah mendapat akses sumber air bersih *improved*, dan sebanyak 147 negara telah mencapai target MGD's untuk air minum *improved*. Sepanjang periode MDG's dari tahun 1990 sampai 2015, persentase jumlah penduduk yang telah mendapat akses sumber air bersih *improved* meningkat dari 76% menjadi 91%, dan pada 2015 sebanyak 6,6 miliar jumlah penduduk dunia telah mendapatkan akses sumber air minum *improved*. Sementara sisanya yang jumlahnya diperkirakan sebanyak 663 juta jiwa, belum mendapatkan akses sumber air minum *improved*. Pada kawasan tertentu, seperti Asia Tengah dan Kaukasia, Afrika bagian utara, Oceania, dan sub-Sahara Afrika belum mampu mencapai target MDG's. Negara-negara di kawasan tersebut, kurang dari 50% jumlah populasinya menggunakan sumber air minum *improved*. Artinya lebih dari separuh populasi di negara – negara tersebut, masih kesulitan untuk memperoleh air bersih.

Kondisi sanitasi dunia saat ini sebanyak 68% populasi dunia telah mendapat akses sanitasi *improved*. Jumlah ini meningkat sepanjang periode MDG's tahun 1990 hingga 2015, yaitu dari 54% menjadi 68%, meskipun persentase tersebut

masih belum mencapai target MDG's secara global, yaitu 77%. Hanya ada 95 negara yang mampu memenuhi target MDG's. Kawasan-kawasan seperti sub-Sahara Afrika, Oceania, Asia bagian selatan, Asia Tenggara serta Amerika Latin dan Karibian masih belum mampu mencapai target MDG's.

Sebanyak 2,4 miliar penduduk dunia belum mendapat akses sanitasi *improved*, dimana sebanyak 40% hidup di kawasan Asia Selatan, sementara sisanya hidup di kawasan Sub-Sahara Afrika, Asia Timur, Asia Tenggara, Amerika Latin dan Karibian, serta kawasan lainnya. Di sebanyak 47 negara atau area, kurang dari separuh jumlah populasi di negaranya yang menggunakan fasilitas sanitasi *improved*. Pembangunan dalam bidang sanitasi terdapat dalam *Millenium Development Goals* (MDG's) yaitu pada target 7C; menurunkan hingga setengahnya proporsi rumah tangga tanpa akses berkelanjutan terhadap sumber air layak dan fasilitas sanitasi dasar layak hingga tahun 2015.

Menurut BAPPENAS pada publikasinya tahun 2015 yang berjudul Laporan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium di Indonesia, penyediaan air minum dan sarana sanitasi sesuai Undang-Undang No 23 tahun 2014 merupakan urusan pemerintahan dan pembangunan yang urusannya telah diserahkan kepada pemerintah provinsi dan kabupaten/kota. Dengan demikian upaya-upaya untuk meningkatkan proporsi rumah tangga dengan akses berkelanjutan terhadap sumber air minum layak di perkotaan dan perdesaan, serta akses berkelanjutan terhadap sanitasi dasar adalah merupakan tanggung jawab Pemerintah Provinsi dan Kabupaten/Kota.

**Tabel 1.1**  
**Indikator MDG's Indonesia 2014**

<b>Indikator</b>	<b>Acuan Dasar (1993)</b>	<b>Saat Ini (2014)</b>	<b>Target MDGs 2015</b>	<b>Status</b>
Proporsi rumah tangga dengan akses berkelanjutan terhadap air minum layak perkotaan dan pedesaan	37,73%	68,36%	68,87%	Akan Tercapai
Perkotaan	50,58%	80,72%	75,29%	Sudah Tercapai
Pedesaan	31,61%	56,09%	65,81%	Perhatian Khusus
Proporsi rumah tangga dengan akses berkelanjutan terhadap sanitasi layak, perkotaan dan pedesaan	24,81%	61,04%	62,41%	Akan Tercapai
Perkotaan	53,64%	76,75%	76,82%	Akan Tercapai
Pedesaan	11,10%	45,45%	55,55%	Perhatian Khusus

Sumber: BAPPENAS 2014

Pada Tabel 1.1 proporsi rumah tangga dengan akses berkelanjutan terhadap sumber air minum layak, perkotaan dan pedesaan dengan target MDGs 2015 mencapai 68,87%, diperkirakan akan tercapai, karena pada 2014 target sudah mencapai 68,36%. Pada perkotaan dengan target 75,29% dinyatakan saat ini sudah tercapai, dengan target pada tahun 2014 yang telah mencapai 80,72%. Sementara pada pedesaan masih perlu perhatian khusus, karena dengan target 65,81%, pada tahun 2014 masih berada pada kisaran 56,09%.

Proporsi rumah tangga dengan akses berkelanjutan terhadap fasilitas sanitasi dasar layak, perkotaan dan pedesaan, pada target MDGs 2015 mencapai 62,41%. Diperkirakan akan mencapai target karena pada 2014 sudah mencapai 61,04%. Pada perkotaan juga diperkirakan akan mencapai target sebesar 76,82%, karena

pada 2014 sudah mencapai 76,75%. Namun di pedesaan masih diperlukan perhatian lebih lanjut, karena target pada 2014 masih berada pada 45,45%, sementara target yang harus dicapai pada tahun 2015 adalah 55,55%.

Air bersih dan sanitasi merupakan kebutuhan manusia yang mendasar. Di samping memenuhi kebutuhan akan air bersih dan sanitasi, tentunya harus diperhatikan pula faktor kebersihan, kesehatan dan kelayakannya. Air bersih dan sanitasi yang tidak layak akan menyebabkan munculnya berbagai macam penyakit sehingga kesejahteraan masyarakat menurun. Ketersediaan air bersih dan sanitasi yang layak dapat dilihat dari berbagai indikator, diantaranya sumber air minum, jarak sumber air minum ke tempat penampungan akhir, fasilitas buang air besar sendiri, jenis kloset, serta tempat penampungan akhir.

Di Jawa Tengah, pada kurun waktu tahun 2012 hingga 2014 terjadi peningkatan pada penggunaan air bersih dan sanitasi. Fasilitas air bersih dan sanitasi yang baik akan memberikan kenyamanan serta kesejahteraan bagi masyarakat. Semua indikator yang tertera pada Tabel 1.2 menunjukkan kondisi sanitasi yang lebih baik. Sumber air, jarak sumber air, fasilitas buang air besar sendiri, jenis kloset leher angsa, tempat penampungan akhir, persentasenya meningkat dari tahun ke tahun dan semuanya menunjukkan tren yang positif. Tren yang positif ini diharapkan akan terus berlangsung.

**Tabel 1.2**  
**Presentase Rumah Tangga Menurut Kondisi dan Fasilitas Bangunan**  
**Tempat Tinggal Jawa Tengah**

Indikator	Persentase (%)		
	2012	2013	2014
Sumber air minum kemasan/isi ulang/ledeng	27,56	29,67	31,39
Jarak sumber air ke tempat penampungan akhir > 10	61,25	61,39	62,35
Fasilitas buang air besar sendiri	67,91	70,70	72,49
Jenis Kloset leher angsa	71,26	87,23	88,76
Tempat Penampungan akhir berupa tangki	65,05	68,11	70,25

Sumber: BKKBN Jawa Tengah 2015

**Tabel 1.3**  
**Presentase Rumah Tangga Menurut Kategori Air Bersih di Jawa**  
**Tengah Tahun 2014**

Kategori	Persentase (%)
<b>Sumber Air bersih</b>	
<i>Improved</i>	92,19
<i>Unimproved</i>	7,81
<b>Jarak Sumber Air Minum</b>	
< 10 m	18,87
> = 10 m	62,35
Tidak tahu	18,78

Sumber: BPS Jawa Tengah 2014, diolah

Masyarakat Jawa Tengah mayoritas sudah menggunakan sumber air bersih *improved* (92,19%), yang diantaranya bersumber dari; air kemasan ber-merk, air isi ulang, ledeng meteran, ledeng eceran, sumur berpompa, sumur terlindung, dan mata air terlindung. dan hanya sekitar 7,81 persen saja yang masih menggunakan sumber air yang tidak *improved*. Sumber air yang tidak *improved* tersebut diantaranya berasal dari sumur tak terlindungi, mata air tak terlindungi, dan air permukaan (air sungai, dll).

Jarak sumber air minum ke tempat penampungan tinja juga menjadi syarat ketersediaan air bersih. Menurut Departemen Kesehatan, agar tidak mencemari air minum, maka lubang penampungan tinja sebaiknya berjarak 10-15 meter dari sumber air. Berdasarkan Tabel 1.3 sekitar 62,35 % rumah tangga sudah memiliki sumber air minum berjarak lebih dari penampungan tinja terdekat.

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 829/Menkes/SK/VII/1999, jamban merupakan kelompok sarana sanitasi yang ada dalam 3 komponen penilaian rumah sehat. Rumah tangga akan cenderung memilih tempat tinggal yang memiliki tempat buang air besar sendiri dengan alasan bahwa fasilitas milik sendiri bisa terjaga kebersihannya.

**Tabel 1.4**  
**Fasilitas Sanitasi Provinsi Jawa Tengah Tahun 2014**

Kategori	Jumlah
<b>Penggunaan Fasilitas Buang Air Besar</b>	
Sendiri	72,49
Umum/ <i>Sharing</i>	14,56
Tidak ada	12,95
<b>Tempat Pembuangan Akhir Tinja</b>	
Tangki/SPAL	70,22
Kolam/sawah	4,47
Sungai/danau/laut	12,80
Lubang tanah	10,78
Lainnya	1,43
<b>Jenis Jamban/Kakus/Kloset</b>	
Leher Angsa	88,76
Plengsengan	4,08
Cempluk/cebluk	6,67
Tidak pakai	0,49

Sumber: Susenas, 2014 diolah

Tabel 1.3 menunjukkan bahwa sebesar 72,49% rumah tangga Jawa Tengah sudah memiliki fasilitas buang air besar sendiri. Sedangkan 12,95% rumah tangga yang tidak ada fasilitas buang besar kemungkinan membuang kotorannya



langsung di kebun , sawah , sungai atau tempat tertentu lainnya. Adanya rumah tangga yang belum memiliki jamban sudah seharusnya menjadi perhatian pemerintah, karena hal tersebut berkaitan dengan kesehatan penghuni serta lingkungan sekitarnya.

Aspek paling penting dari fasilitas pembuangan air besar adalah tempat pembuangan akhir tinja. Sistem Pengelolaan Air Limbah (SPAL) adalah salah satu sistem pembuangan akhir yang paling mendekati standar kesehatan. Rumah tangga yang menggunakan SPAL sebagai tempat pembuangan akhirnya sebesar 70,25%. Namun sisanya sebesar 29,75% masih belum menggunakan SPAL, mereka memanfaatkan sungai, danau atau laut, sawah, pantai, dan lubang tanah sebagai tempat pembuangan akhirnya.

Kloset yang digunakan di WC dibedakan menjadi leher angsa, plengsengan, cempluk, dan tidak memakai kloset. Leher angsa menjadi salah satu yang paling memenuhi syarat kesehatan. Dari total rumah tangga, sudah 88,76% yang memakai kloset leher angsa. Namun sayangnya masih ada yang sama sekali tidak memakai kloset, meskipun jumlahnya kecil (0,49 %).

Laju pembangunan di Kota Semarang yang semakin meningkat, mau tidak mau Kota Semarang harus menyentuh sektor sanitasi, karena di sektor sanitasi ini sendiri, menjadi daya dukung potensial untuk kualitas kesehatan lingkungan di Kota Semarang dan Indeks Pembangunan Manusia (IPM). Terdapat korelasi yang positif antara peningkatan pendapatan nasional dengan proporsi dari populasi dengan akses terhadap sanitasi dan air bersih yang *improved*. Air bersih dan sanitasi yang *improved* akan mengurangi mortalitas yang disebabkan oleh

penyakit yang timbul akibat air bersih serta sanitasi yang tidak layak. Ketidaklayakan sanitasi dan air bersih tidak hanya berakibat pada kematian dan penyakit saja, tapi juga menambah biaya kesehatan, menurunkan produktivitas pekerja dan menurunkan minat untuk bersekolah (Mirajul, Usman dan Iftikhar, 2009).

**Tabel 1.5**  
**Kepadatan Penduduk Kota Semarang**

<b>Tahun</b>	<b>Jumlah Penduduk</b>	<b>Pertumbuhan (%)</b>	<b>Kepadatan Penduduk/Km<sup>2</sup></b>
2010	1.527.433	1,36	4.087
2011	1.544.358	1,11	4.133
2012	1.559.198	0,96	4.172
2013	1.572.105	0,83	4.207
2014	1.584.906	0,97	4.241

Sumber: Kota Semarang Dalam Angka 2015

Jumlah penduduk kota Semarang semakin meningkat setiap tahunnya. Meskipun laju pertumbuhan penduduknya dari tahun ke tahun menunjukkan kecenderungan yang berfluktuasi. Pada tahun 2014 penduduk kota Semarang berjumlah 1.584.906 jiwa. Sebagai ibukota Provinsi Jawa Tengah, posisi Kota Semarang sangat strategis dan penting. Selain itu, kota Semarang menjadi pusat perekonomian Jawa Tengah. Jumlah penduduk yang tinggi akan menyebabkan timbulnya masalah kependudukan. Penyebaran penduduk perlu mendapat perhatian karena berkaitan dengan daya dukung lingkungannya. Kota Semarang tergolong mempunyai kepadatan penduduk yang tinggi, pada tahun 2014 kepadatan penduduknya sebesar 4,241 jiwa per km<sup>2</sup>, dan selama 6 tahun ini selalu mengalami kenaikan.

Sudah seharusnya ketersediaan air bersih dan sanitasi yang layak menjadi salah satu prioritas utama program pembangunan. Ketersediaan air bersih yang semakin berkurang dibandingkan dengan jumlah penduduk yang semakin bertambah menjadi salah satu faktornya.

Secara keseluruhan persentase penggunaan fasilitas air bersih dan sanitasi yang layak di Kota Semarang berfluktuasi. Tercatat pada Tabel 1.6 rumah tangga dengan air bersih dan sanitasi yang layak sempat meningkat pada tahun 2013, lalu pada 2014 menurun kembali dengan persentase sebesar 91,14% dan 91,93%.

**Tabel 1.6**  
**Rumah Tangga dengan Air Bersih dan Sanitasi Layak Kota Semarang**

<b>Tahun</b>	<b>Air Bersih (%)</b>	<b>Sanitasi (%)</b>
2011	89,18	91,52
2012	88,92	85,20
2013	92,70	92,91
2014	91,14	91,93

Sumber : Susenas, BPS Provinsi Jawa Tengah 2015

Dalam indikator kualitas rumah Kota Semarang, di antaranya yang berhubungan dengan air bersih dan sanitasi berdasarkan Tabel 1.7 adalah penggunaan sumber air dan penggunaan fasilitas buang air besar sendiri. menurut data yang telah dipaparkan, menunjukkan penurunan persentase dari kedua kategori tersebut. Penggunaan sumber air minum leding/air kemasan pada tahun 2014 sebesar 75,97%, menurun jika dibandingkan dengan tahun 2013 yang sebesar 80,39%. Demikian juga pada indikator fasilitas buang air besar dengan tanki septic yang menurun menjadi 74,53%

**Tabel 1.7**  
**Indikator Kualitas Rumah Kota Semarang**

<b>Indikator Kualitas Rumah</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
Sumber Air Minum leding/air kemasan	71,6%	74,2%	80,39%	75,97%
Jamban sendiri dengan tanki septic	69,02%	72,35%	75,28%	74,53%
Tidak Pakai Jamban	1,2%	0,82%	0,24%	0,57%
Jarak Penampungan Tinja < 10 m	16,3%	5,48%	5,48%	2,78%

Sumber : BKKBN Provinsi Jawa Tengah 2015

Di Kota Semarang masih ada rumah tangga yang tidak memiliki jamban/kloset, yang jumlahnya meningkat pada tahun 2014 (0,57%). Sementara rumah tangga yang jarak sumber air terhadap penampungan akhir tinja kurang dari 10 meter, pada tahun 2014 menurun menjadi sebesar 2,78%. Menurut laporan Departmen Kesehatan Kota Semarang, pada tahun 2014, pengguna sanitasi yang memenuhi syarat jambat sehat yaitu 89,81 % dengan jamban leher angsa, dan 82,71 % dengan jamban komunal.

Air adalah salah satu sumber kehidupan, dan setiap manusia memerlukan air bersih. Oleh karena itu air bersih harus selalu tersedia dalam jumlah yang cukup dan memenuhi syarat kesehatan (syarat fisik, kimiawi, dan bakteriologi). Menurut BPS Kota Semarang dalam Statistik Kesejahteraan Rakyat Kota Semarang 2014, mayoritas masyarakat kota Semarang sumber air minum utamanya berasal dari air kemasan dan air isi ulang (52,8%). Untuk penggunaan sumber air minum, selain bersumber dari air kemasan isi ulang dan air ledeng, sumber air minum yang digunakan oleh masyarakat kota Semarang berasal dari air sumur (21,2 %), dan mata air (2,6 %). Sementara menurut Dinas Kesehatan Kota Semarang, sumber air bersih rumah tangga Kota Semarang terbesar berasal dari air ledeng, yaitu sebesar 70%. Sedangkan sisanya berasal dari sumur gali terlindungi, sumur gali tak terlindungi, sumur bor, dan terminal air. Menurut laporan Dinas kesehatan Kota

Semarang, pada 2014 telah diperiksa 422 sampel dari 628 penyelenggara air bersih atau sebesar 67,2%. dari data tersebut yang memenuhi syarat fisik, bakteriologi dan kimia sejumlah 394 unit (93,36%). Artinya masih ada penyelenggara air bersih yang belum memenuhi syarat kesehatan.

**Tabel 1.8**  
**Jumlah Jamban Sehat Permanen (JSP) dan Jamban Sehat Semi Permanen (JSSP) Masyarakat Kota Semarang Tahun 2015**

Kecamatan	JSP(%)	JSSP(%)
Gajah Mungkur	69,99	29,69
Semarang Timur	56,71	32,76
Semarang Selatan	71	15,37
Candisari	81,06	8,14
Semarang Barat	90,22	3,31
Tembalang	92,11	0
Semarang Tengah	82,45	6,87
Semarang Utara	86,27	3,49
Gunung Pati	81,57	12,38
Gayamsari	37,29	51,07
Ngaliyan	79,45	15,68
Pedurungan	77	14,83
Genuk	75,18	6,45
Banyumanik	71,44	13,56
Mijen	82,93	8,57
Tugu	69,34	8,72

Sumber: Sanitasi Total Berbasis Masyarakat – Kementerian Kesehatan RI 2015

Menurut *Water and Sanitation Program East Asia and the Pacific* (WSP-EAP) dalam publikasinya berjudul *Katalog Opsi Jamban Sehat* tahun 2009, jamban yang sehat mempunyai 5 kategori, yaitu :

1. Mencegah kontaminasi ke badan air
2. Mencegah kontak antara manusia dan tinja
3. Membuat tinja tersebut tidak dapat dihinggapi serangga serta binatang lainnya

4. Mencegah bau yang tidak sedap
5. Konstruksi dudukannya dibuat dengan baik, aman dan mudah dibersihkan.

Berdasarkan Tabel 1.8 rata-rata masyarakat dengan penggunaan jamban sehat permanen di Kota Semarang sudah mencapai lebih dari 50%, kecuali di Kecamatan Gayamsari yang pada 2015 sebesar 37.29%. Kecamatan Tembalang adalah yang tertinggi dengan persentase sebesar 92,11%, lalu diikuti kecamatan Semarang Barat sebesar 90,22%, dan Semarang utara sebesar 86,27%, Mijen 82,93% dan Candisari 81,06%. Secara keseluruhan penggunaan jamban sehat permanen di Kota Semarang dari tahun 2012 hingga 2015 mengalami peningkatan.

Pada penggunaan jamban sehat semi permanen masih ada tiga kecamatan dengan penggunaan JSSP dengan persentase diatas 20%, yaitu kecamatan Gayamsari dengan persentase tertinggi sebesar 51,07%, kecamatan Semarang Timur 32,76%, dan kecamatan Gajah Mungkur 29,69%. Sementara kecamatan Tembalang sudah terbebas dari penggunaan JSSP. Pengguna JSSP dari tahun ke tahun mengalami penurunan. Kedepannya diharapkan masyarakat telah menggunakan jamban permanen, karena meskipun memenuhi 5 syarat jamban sehat namun bangunannya semi permanen, maka lama kelamaan bisa menjadi tidak sehat dan berbahaya karena hujan, banjir, rusak atau roboh.

Pada Tabel 1.9, adanya masyarakat yang masih menumpang ke jamban sehat, menunjukkan bahwa masih ada rumah tangga yang tidak memiliki jamban sendiri. Kecamatan dengan masyarakat yang masih menumpang ke jamban sehat yang tertinggi adalah kecamatan Semarang Selatan dengan presentase 13,63%,

diikuti oleh Kecamatan Banyumanik sebesar 10,99%, Kecamatan Semarang Timur sebesar 10,53%, Kecamatan Semarang Tengah sebesar 10,13%, dan kecamatan Gayamsari sebesar 10,04%. Sementara kecamatan yang mengalami kenaikan persentase dari tahun ke tahun yaitu kecamatan Candisari, Gunung Pati, Ngaliyan, dan Banyumanik.

**Tabel 1.9**  
**Penggunaan Fasilitas Sanitasi Sharing dan Masyarakat Buang Air Besar Sembarangan (BABS) Masyarakat Kota Semarang Tahun 2015**

<b>Kecamatan</b>	<b>Sharing</b>	<b>BABS</b>
Gajah Mungkur	0,32	0
Semarang Timur	10,53	0
Semarang Selatan	13,63	0
Candisari	10,36	0,44
Semarang Barat	5,97	0,5
Tembalang	7,37	0,52
Semarang Tengah	10,13	0,55
Semarang Utara	9,37	0,86
Gunung Pati	4,52	1,53
Gayamsari	10,04	1,6
Ngaliyan	2,71	2,15
Pedurungan	5,05	3,12
Genuk	14,7	3,67
Banyumanik	10,99	4,01
Mijen	4,1	4,4
Tugu	9,57	12,38

Sumber: Sanitasi Total Berbasis Masyarakat–Kementrian Kesehatan RI 2015

Persentase masyarakat dengan status masih buang air besar sembarangan (BABS), yang tertinggi adalah kecamatan Kecamatan Tugu sebesar 12,38%, dan kecamatan Banyumanik 4,01%. Kecamatan Gajah Mungkur, Semarang Timur, dan Semarang Tengah sudah terbebas dari status BABS. Adanya fasilitas sanitasi dan air bersih di Kota Semarang yang masih belum terpenuhi, maka tujuan penelitian adalah untuk mengetahui berapa nilai yang bersedia dibayarkan oleh

masyarakat Kota Semarang apabila ditawarkan sejumlah opsi untuk memperbaiki fasilitas air bersih dan fasilitas sanitas dalam hal ini konstruksi toilet, dengan menggunakan metode *Willingness to pay* (WTP). *Willingness to pay* atau kesediaan untuk membayar adalah kesediaan individu untuk membayar terhadap suatu kondisi lingkungan atau penilaian terhadap sumberdaya alam dan jasa alami dalam rangka memperbaiki kualitas lingkungan. Dalam WTP dihitung seberapa jauh kemampuan setiap individu atau masyarakat secara agregat untuk membayar atau mengeluarkan uang dalam rangka memperbaiki kondisi lingkungan agar sesuai dengan kondisi yang diinginkan. WTP merupakan nilai kegunaan potensial dari sumberdaya alam dan jasa lingkungan (Hanley dan Spash, 1993). *Willingness to pay* di pengaruhi oleh karakteristik perekonomian, sosial-demografis, dan karekateristik dari barang itu sendiri (Gunatilake, 2006).

Piaxao, Vieira, dan De Lima (2011) dalam penelitiannya menyebutkan keuntungan langsung dari WTP untuk pelayanan sanitasi dasar tersebut dan keuntungan lain dari peningkatan kualitas sanitasi dasar seperti penurunan tingkat pencemaran air dan penyakit yang disebabkan oleh penggunaan sumber air yang tidak *improved*, cukup tinggi untuk menjamin kelangsungan ekonomi dan sosial yang disebabkan oleh peningkatan kualitas sanitasi dasar tersebut. Dalam peneliatian tersebut nilai bidding, pendapatan rumah tangga dan lama bersekolah berpengaruh secara signifikan terhadap nilai WTP.

Penelitian oleh Whittington (1987) tentang *willingess to pay* merupakan yang terpopuler karena mengungkapkan bahwa di Onitsha, Nigeria yang



mengilustrasikan bagaimana tingkat pembayaran untuk air sama dengan pembiayaan untuk air bersih dan pembangunan infrastruktur.

Penelitian oleh Minh, Yang, dan Nyuyen-viet (2012) menyebutkan permintaan rumah tangga untuk barang atau jasa biasanya diukur melalui estimasi WTP rumah tangga untuk barang atau jasa. Rumah tangga yang memiliki kemauan untuk membayar sanitasi yang layak tidak hanya untuk nilai penggunaannya, tetapi juga untuk keuntungan tertentu seperti pengurangan penyakit menular, meningkatkan status sosial, dan meningkatkan kebersihan dan kesehatan lingkungan. Nilai WTP dipengaruhi secara kuat oleh status ekonomi rumah tangga. Selain itu orang-orang dengan kondisi kesehatan yang lebih baik lebih mau membayar untuk sanitasi layak. Semakin banyak orang yang mengerti konsekuensi menggunakan sanitasi yang tidak layak semakin mereka mau membayar untuk sanitasi layak. temuan – temuan serupa juga ditemukan pada penelitian di negara – negara seperti Peru, Ghana, dan Bangladesh

Penelitian lain oleh Ifabiyi (2011) menyebutkan area dengan penduduk yang berpendidikan tinggi lebih mau membayar untuk air bersih, dimana hal tersebut sesuai dengan penemuan Asante (2002) dan *World Bank Water Demand Research Team* (WBWRT) (1993) dan beberapa peneliti lainnya. Serta wilayah dengan penghasilan yang tinggi adalah wilayah yang tingkat pendidikan dan tingkat kesadaran akan pentingnya air bersih juga tinggi. Namun penelitian lain yang dilakukan oleh Calkins, Larue dan Verzina (2002) di Mali menunjukkan jarak tempat tinggal dengan sumber air bersih lebih dominan dalam menentukan keinginan untuk membayar. Engel (2005) dalam Ifabiyi (2011) melaporkan

bahwa kualitas persepsi, jarak relatif terhadap air bersih yang layak, harga, dan tingkat pendapatan penting untuk menjelaskan keinginan untuk membayar.

Fujita, dkk (2005) dalam penelitian yang berjudul “*The Role of Private Sector Participation (PSP) for Sustainable Water Supply and Sanitation Sectors – The Case of Latin America*“, yang menganalisa permasalahan di sektor air bersih dan sanitasi di negara–negara Amerika Latin melalui peningkatan ketahanan sektor–sektor tersebut dan menguji kemungkinan penyelesaian masalah sanitasi dan air bersih melalui pengenalan sektor swasta. Disebutkan bahwa terkadang sulit untuk mengatur tarif air dan sanitasi pada tingkat harga yang tepat dikarenakan alasan politik, dan tarif akan meningkat setelah dialihkan kepada sektor swasta akan menyebabkan permasalahan di berbagai kasus.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang tersebut, pelayanan sektor air bersih dan sanitasi di Kota Semarang masih menemui beberapa kendala. Masyarakat masih belum menyadari pentingnya penggunaan air bersih dan sarana sanitasi yang *improved*. Hal tersebut ditandai dengan masih adanya masyarakat yang tidak mempunyai jamban sendiri, adanya masyarakat yang buang air besar sembarangan, serta adanya penggunaan air bersih yang berasal dari sumber air yang tidak *improved*.

Pertumbuhan ekonomi serta pertambahan jumlah penduduk yang terus meningkat menyebabkan permintaan akan air bersih serta fasilitas sanitasi meningkat. Peningkatan pembangunan ekonomi harusnya disertai dengan

peningkatan kesejahteraan masyarakat. Bappeda Kota Semarang (2015) menyebutkan sekitar 37% warga Kota Semarang masih belum memiliki fasilitas sanitasi yang layak termasuk sanitasi komunal. Warga yang belum terlayani menyebar di seluruh kecamatan di Kota Semarang, terutama di kawasan kumuh dan padat penduduk. Salah satu wilayah yang banyak warganya belum terlayani sarana sanitasi *improved* berada di wilayah pesisir.

Untuk mengatasi permasalahan tersebut, maka diperlukan untuk membangun fasilitas air bersih serta sanitasi yang lebih banyak lagi serta yang lebih layak. Fasilitas tersebut berupa pemasangan air bersih yang berasal dari sumber air yang terlindungi. Syarat-syarat sumber air yang terlindungi tersebut menurut BPS antara lain; air yang berasal dari sambungan pipa, sumur bor, sumur terlindungi, mata air terlindungi, serta air hujan. Kemudian, diperlukan juga peningkatan fasilitas buang air besar yang lebih layak dengan menyediakan jamban pribadi untuk masing-masing rumah tangga termasuk penyediaan septik tank. Menurut Departemen Kesehatan RI fasilitas buang air besar ini memiliki syarat-syarat kesehatan yang baik antara lain; tidak mencemari sumber air minum, tidak berbau, mudah dibersihkan, dilengkapi dengan dinding dan atap, serta berventilasi.

Untuk membangun fasilitas tersebut dibutuhkan dana yang tidak sedikit. Permasalahan yang timbul, tidak mungkin penyediaan segala fasilitas sanitasi dibiayai sendiri oleh pemerintah. Mau tidak mau masyarakat harus ikut membayar untuk mendapatkan segala fasilitas tersebut. Kessler (1997) dikutip Ifabiyi (2011) dalam penelitiannya menyebutkan, bahwa akses bebas menuju sumber air akan

mendorong penggunaan yang berlebihan, dan bahwa dengan memberi air harga akan mendorong pada pengelolaan air yang berkelanjutan.

Dalam rangka meningkatkan fasilitas sanitasi dan air bersih maka diperlukan kesediaan masyarakat untuk menyisihkan uangnya untuk membayar biaya peningkatan fasilitas tersebut. Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui kesediaan masyarakat untuk membayar dan pada tingkat harga apa masyarakat bersedia untuk membayar apabila diberi penawaran fasilitas-fasilitas sanitasi dan air bersih yang layak.

Berdasarkan penjelasan tersebut, maka dapat dirumuskan pertanyaan penelitian sebagai berikut :

1. Bagaimana kesediaan masyarakat Kota Semarang untuk membayar, demi memperoleh sarana air bersih dan sanitasi yang layak?
2. Berapa nilai yang bersedia dibayarkan masyarakat Kota Semarang untuk memperoleh air bersih dan sanitasi yang layak?
3. Faktor-faktor apa sajakah yang menjadi pertimbangan masyarakat dalam kesediaannya untuk membayar sarana air bersih dan sanitasi?

### **1.3 Tujuan dan Kegunaan Penelitian**

#### **1.3.1 Tujuan Penelitian**

Tujuan yang ingin dicapai dalam penelitian ini adalah :

1. Menganalisis apakah masyarakat Kota Semarang memiliki kemauan untuk membayar dalam memperoleh air bersih dan sarana sanitasi yang layak.

2. Menganalisis berapa nilai yang akan diberikan masyarakat Kota Semarang untuk membayar dalam memperoleh air bersih dan sanitasi yang layak.
3. Menganalisis faktor-faktor apa saja yang mempegaruhi masyarakat untuk bersedia membayar demi memperoleh sarana air bersih dan sanitasi yang layak.

### **1.3.2 Kegunaan Penelitian**

Adapun kegunaan penelitian adalah :

1. Sebagai rekomendasi bagi pengembang serta pihak pengambil keputusan, mengenai kesanggupan membayar masyarakat untuk peningkatan fasilitas air bersih dan sanitasi.
2. Sebagai sumber referensi dan informasi bagi pemerintah dalam rangka mewujudkan kesejahteraan masyarakat yang berkaitan dengan peningkatan fasilitas air bersih dan sanitasi.
3. Sebagai bahan referensi bagi penelitian sejenis atau penelitian selanjutnya yang berkaitan dengan air bersih dan. sanitasi

### **1.4 Sistematika Penulisan**

Sistematika penulisan penelitian ini terbagi menjadi lima bab yang tersusun sebagai berikut :

BAB I Pendahuluan, merupakan bagian pendahuluan yang berisi latar belakang, rumusan masalah yang menjadi dasar penelitian, tujuan dan kegunaan penelitian, serta sistematika penulisan laporan penelitian.

BAB II Tinjauan Pustaka, merupakan telaah pustaka yang terdiri dari landasan teori, penelitian terdahulu dan kerangka pemikiran yang digunakan.

BAB III Metode Penelitian, merupakan metode penelitian yang meliputi variabel penelitian dan definisi operasional, populasi dan sampel, analisis jenis dan sumber data, prosedur pengumpulan data dan metode analisis data yang digunakan untuk menjawab permasalahan dalam penelitian ini.

BAB IV Hasil dan Analisis, merupakan hasil dan analisis yang meliputi diskripsi objek penelitian, analisis data dan pembahasan.

BAB V Penutup, merupakan bab terakhir yang berisi simpulan dan saran atas dasar penelitian.