

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan individu atau masyarakat tidak ditentukan oleh faktor tunggal, tetapi dipengaruhi oleh berbagai faktor atau determinan yang saling berhubungan (Larsen *et al.*, 2015). *World Health Organization* (WHO) menyebutkan bahwa determinan kesehatan meliputi: lingkungan sosial ekonomi, lingkungan fisik dan karakteristik perilaku individu (WHO, 2018). Determinan kesehatan tersebut merupakan sesuatu yang penting atau esensial untuk meningkatkan kesehatan. (Carmen, 2012; Ritsatakis *et al.*, 2015).

Kesehatan memiliki keterkaitan dengan perencanaan perkotaan. Perencanaan kota yang baik dapat memberikan keadaan sosial dan lingkungan yang sehat. Sebaliknya perencanaan kota yang buruk berkontribusi terhadap penyebaran berbagai macam penyakit pada penduduk di wilayah tersebut misalnya diare, demam berdarah, tuberkulosis dan sebagainya (Palutturi, 2017). Masalah perkotaan bukan hanya memiliki kontribusi terhadap masalah kesehatan dan lingkungan, tetapi juga merupakan kunci untuk mencapai *Sustainable Development Goals* (SDGs), dengan tujuan yang ingin dicapai pada *goal* yang ke 11, yaitu membangun kota-kota serta pemukiman yang berkualitas, aman dan berkelanjutan (WHO, 2015; Balaban *et al.*, 2017; KPPN, 2017).

Guna menciptakan sebuah kota yang berkelanjutan, maka perlu dirancang bersama dengan mempertimbangkan keseimbangan sumber daya dan dampak lingkungan, serta dihuni oleh orang-orang yang memiliki gaya hidup yang ramah terhadap lingkungan. Masalah perkotaan dan lingkungan merupakan tantangan dan hal kritis yang dihadapi oleh masyarakat global saat ini, seperti adanya dampak perubahan global dari kualitas biodiversiti, udara dan juga masalah air, yang hal ini tentu memerlukan solusi ke depannya (Liu dan Jensen, 2017; Marks *et al.*, 2008).

Salah satu proyek yang diinisiasi oleh WHO adalah proyek Kota Sehat pada tahun 1986 yang bertujuan untuk mencapai “*Health for All*” melalui berbagai kebijakan publik yang berwawasan kesehatan dan menyelenggarakan program promosi kesehatan pada area-area lokal (Hu dan Kuo, 2016). Menurut WHO, Kota Sehat adalah sebuah kota yang terus-menerus menciptakan dan meningkatkan kualitas lingkungan fisik dan sosial serta memperluas sumber daya masyarakat yang memungkinkan orang untuk saling mendukung satu sama lain dalam melaksanakan semua fungsi hidup dan mengembangkan potensi maksimal mereka (WHO, 2018).

Konsep Kota Sehat adalah konsep lama sekaligus baru. “Lama” berarti telah lama manusia berusaha untuk membuat kota lebih sehat sejak awal peradaban perkotaan (*urban civilization*). “Baru” dalam manifestasinya sebagai satu sarana utama promosi kesehatan – kesehatan masyarakat baru (*new public health*) – dalam pencarian sehat untuk semua (Soedirham, 2012). Kota Sehat diketahui

merupakan pendekatan setting yang paling terkenal dalam promosi kesehatan (Hu dan Kuo, 2016).

Perkembangan Kota Sehat di setiap negara berbeda satu sama lain, tergantung permasalahan yang dihadapi dan tidak dapat diperbandingkan. Setiap negara atau kota memiliki masalah dan tantangan yang berbeda dalam implementasi Kota Sehat (Palutturi, 2017; Tan, 2018). Pada konteks Indonesia, Gerakan Kota Sehat ini dimulai pada tahun 1998 yang dicanangkan oleh Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia, namun berjalan efektif pada tahun 2005 sejak dikeluarkannya Peraturan Bersama Menteri Dalam Negeri dan Menteri Kesehatan Nomor 34 tahun 2005 dan Nomor 1138/ Menkes/PB/VIII/2005 tentang Penyelenggaraan Kabupaten/Kota Sehat, yaitu bahwa Kabupaten/Kota Sehat sebagai suatu kondisi kabupaten/kota yang bersih, nyaman, aman dan sehat untuk dihuni penduduk, yang dicapai melalui terselenggaranya penerapan beberapa tatanan (sembilan tatanan) dengan kegiatan terintegrasi yang disepakati masyarakat dan pemerintah daerah (Kemendagri dan Kemenkes, 2005).

Secara nasional, terdapat beberapa permasalahan yang masih dihadapi dalam pelaksanaan program kabupaten/kota sehat, di antaranya belum sepenuhnya standar indikator pelaksanaan kegiatan per-tatanan (yaitu ada 9 tatanan, meliputi: 1). Permukiman, Sarana dan Prasarana Umum; 2). Sarana Lalu Lintas Tertib & Pelayanan Transportasi; 3). Industri & Perkantoran yang Sehat; 4). Pariwisata Sehat; 5). Pertambangan Sehat; 6). Hutan Sehat; 7). Kehidupan Masyarakat Sehat yang Mandiri; 8). Ketahanan Pangan dan Gizi dan 9).

Kehidupan Sosial yang Sehat), sulitnya koordinasi lintas sektor terkait, kurangnya sosialisasi dan komitmen dalam pengambilan keputusan akibat seringnya mutasi kepegawaian di daerah, kurang optimalnya fungsi tim pembina, baik di pusat, provinsi maupun kabupaten/kota, serta kurangnya advokasi dan sosialisasi di setiap provinsi (Kemenkes RI, 2017).

Penyelenggaraan program kabupaten/kota sehat di Provinsi Kalimantan Selatan sampai tahun 2016 baru mencapai 76,92% (Kemenkes RI, 2017). Berdasarkan studi awal bulan Juni tahun 2019, dengan Kasubid Sosial Budaya Bappeda Provinsi Kalimantan Selatan disampaikan bahwa penyelenggaraan kabupaten/kota sehat di Provinsi Kalimantan Selatan sudah dimulai sejak tahun 2005, namun sampai tahun 2019, dari 13 kabupaten/kota yang ada di Provinsi Kalimantan Selatan belum semuanya menyelenggarakan program kabupaten/kota sehat. Sebagai contoh pada tahun 2019, bahwa dari 6 kabupaten/kota yang mengajukan penilaian Kota sehat, hanya ada 4 kabupaten/kota yang berhasil lolos verifikasi untuk mengikuti penilaian tingkat nasional. Keempat kabupaten/kota tersebut adalah Kabupaten Banjar, Kabupaten Tanah Bumbu, Kota Banjarbaru dan Kota Banjarmasin.

Kota Banjarmasin mulai menyelenggarakan program Kabupaten/Kota Sehat dimulai pada tahun 2013 dengan mendapatkan penghargaan Padapa di tahun 2015 dan penghargaan Wiwerda di tahun 2017 dengan 4 tatanan. Pada tahun 2019, Kota Banjarmasin menargetkan untuk mendapatkan penghargaan Wistara dengan 5 tatanan (Bappeda Provinsi Kalsel, 2019; Profil Dinas Kesehatan Provinsi

Kalimantan Selatan, 2018). Selanjutnya menurut hasil wawancara dengan Kasubid sosial budaya Bappeda Kota Banjarmasin, keberhasilan pelaksanaan Kota Sehat di Banjarmasin yaitu sekitar 75% saja. Hal ini karena menurutnya bahwa pelaksanaan Kota Sehat belum terintegrasi, ditunjukkan dengan masih ada instansi yang berpikir bahwa Kota Sehat adalah tugasnya untuk Dinas Kesehatan saja.

Kota Banjarmasin dijuluki Kota Seribu Sungai, karena banyaknya jumlah sungai yang terdapat di kota tersebut, walaupun jumlahnya tentu saja tidak sampai seribu. Menurut data dari Dinas Pekerjaan Umum dan Penataan Ruang (PUPR) Bidang Sumber Daya Air dan Drainase Kota Banjarmasin (2015), jumlah sungai di kota Banjarmasin sebanyak 102 buah sungai, dengan salah satunya adalah Sungai Barito, yang terkenal sungai terlebar di Indonesia (BPS Kalimantan Selatan, 2015; Dinas PUPR Kota Banjarmasin, 2018). Sungai di Kalimantan Selatan, termasuk di Kota Banjarmasin digunakan sebagian masyarakat di kawasan tepian aliran sungai sebagai sarana transportasi dan juga pemenuhan kebutuhan hidup seperti mandi, mencuci dan membuang air besar, bahkan juga menggunakan sungai dengan kurang bijak seperti membuang sampah ke sungai.

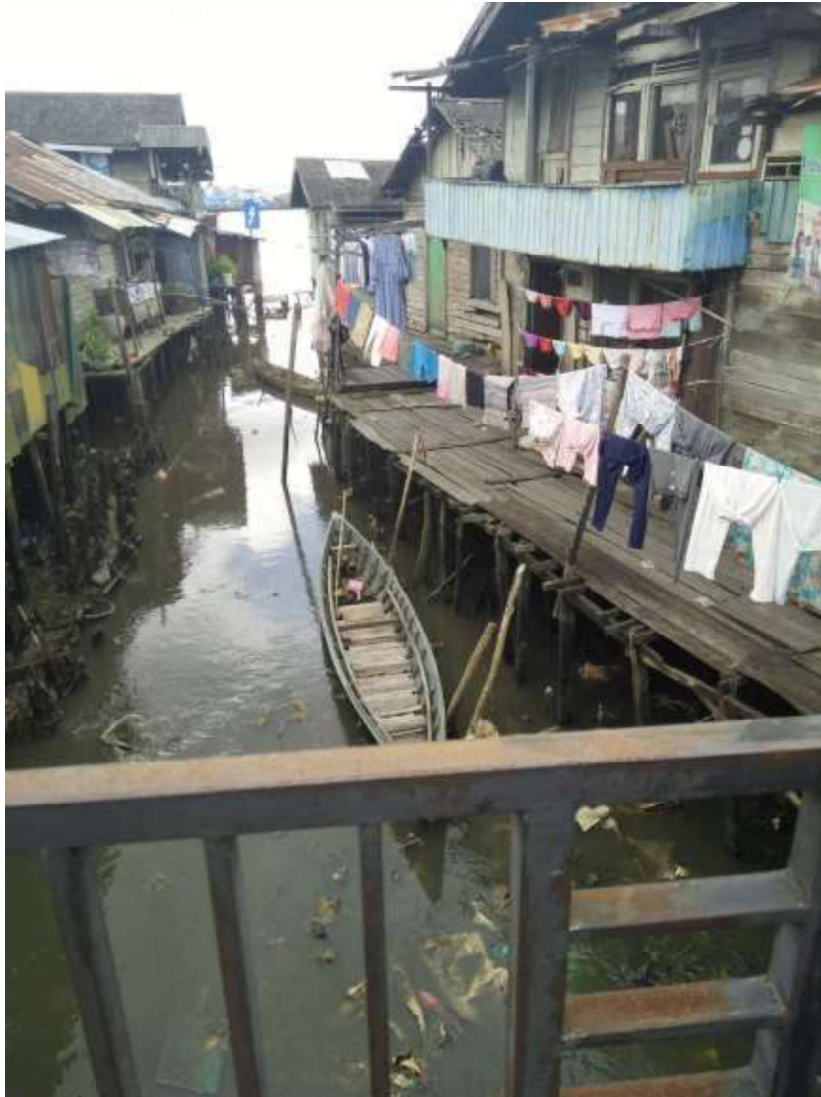
Studi pendahuluan yang dilakukan pada bulan Februari 2019 melalui wawancara terhadap beberapa warga, didapatkan data bahwa adanya keluhan dari masyarakat dengan banyaknya sampah di sungai atau di tepi sungainya. Menurut penuturan warga, hal tersebut bisa disebabkan oleh kebiasaan masyarakat yang tinggal di tepi sungai, dan masih kurang tersedianya jumlah tempat penampungan

sampah di sekitar wilayah tersebut. Selain itu bahwa keterlambatan pengambilan sampah di daerah mereka, mengakibatkan masyarakat memilih membuang sampah ke sungai, karena dirasakan lebih mudah dan lebih cepat mengatasinya. Hasil wawancara lebih lanjut dengan pihak Dinas Lingkungan Hidup (DLH) terkait dengan masih kurangnya jumlah fasilitas tempat penampungan sampah, didapatkan informasi bahwa memang ada sebagian masyarakat di wilayah tertentu yang tidak mau dibuatkan tempat penampungan sampah sementara dan bahkan beberapa kali ada tempat penampungan sampah yang dirusak oleh warga masyarakat. Sehingga akhirnya pihak Dinas tidak terlalu memprioritaskan untuk memfasilitasi pengadaan tempat sampah di daerah yang dirasa belum terjalin kemitraan yang baik dengan pihak masyarakatnya.

Menurut Profil Program Kotaku tahun 2018 dari Dinas Perumahan dan Permukiman Kota Banjarmasin, didapatkan data bahwa luas kumuh di bantaran sungai sebanyak 42% dan sebanyak 28,89% sistem pengelolaan sampah di kawasan tersebut tidak sesuai dengan standar teknis, dan sebanyak 100% tidak terpeliharanya sarana dan prasarana pengelolaan sampah, padahal berdasarkan Surat Keputusan Walikota Banjarmasin No.158 Tahun 2011 sedikitnya terdapat 102 jaringan sungai yang membelah Kota Banjarmasin. Selanjutnya menurut data dari Dinas Lingkungan Hidup (2018), sampah yang bersumber dari kegiatan rumah tangga merupakan sumber sampah yang kontribusinya paling besar dibandingkan dengan sumber lainnya, yakni sebesar 65,65%. Hasil wawancara didapatkan pernyataan bahwa persoalan mengatasi sampah di kawasan permukiman di tepian sungai memang belum ada sinergi antara Program Kotaku

(Kota Tanpa Kumuh) dari Dinas Perumahan dan Permukiman, dengan Program Kota Sehat dari Dinas Kesehatan ataupun dengan program-program yang ada di Dinas Lingkungan Hidup

Belum sinerginya kemitraan antara pihak Dinas dengan masyarakat, ataupun di antara berbagai Dinas dalam mengatasi persoalan sampah di Kota Banjarmasin, hal ini menyebabkan kondisi tersebut berdampak pada kualitas air sungai yang ada di Kota Banjarmasin. Menurut Anggraini (2018), bahwa berdasarkan pemeriksaan kualitas air sungai di Kota Banjarmasin pada bulan April 2016, didapatkan data bahwa rata-rata E.coli yang terkandung dalam air sungai sebanyak 54.507 MPN/100 ml, sementara nilai standar seharusnya yaitu 100 MPN/100 ml. Kandungan E.coli yang melebihi batas ini menunjukkan bahwa air sungai di Banjarmasin telah tercemar secara serius. Selanjutnya hasil *windshield survey*, yaitu observasi secara umum pada bulan Februari 2019 di Kota Banjarmasin, didapatkan temuan adanya sejumlah sampah rumah pada Kawasan permukiman di tepian sungai, seperti yang tampak pada Gambar 1.1.

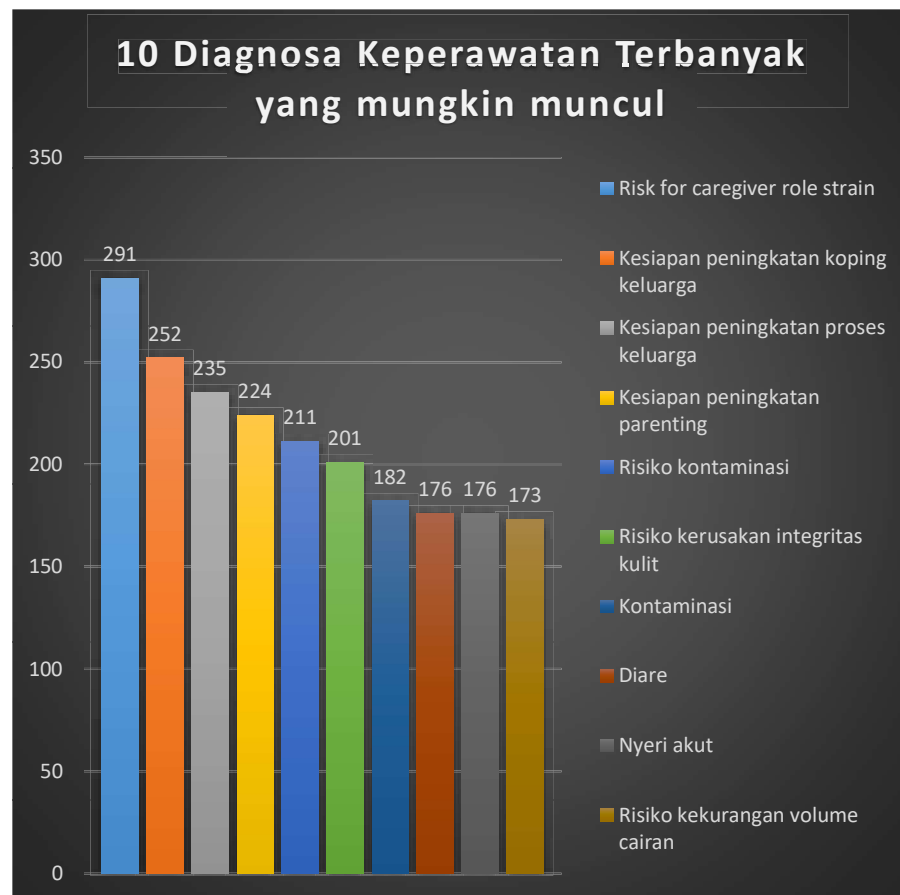


Sumber: Dokumentasi Peneliti, 2019

Gambar 1.1 Rumah Warga di Tepian Sungai Kota Banjarmasin

Permasalahan sampah di sungai, tentunya akan memberikan dampak yang kurang baik terhadap derajat kesehatan masyarakat. Hasil penelitian (Gambar 1.2) berupa survey dengan kuisioner pada 289 responden masyarakat di kawasan tepi Sungai Martapura Kota Banjarmasin dan Kabupaten Banjar Provinsi Kalimantan Selatan, menunjukkan bahwa penyakit kulit, resiko kontaminasi dan diare

termasuk dalam 10 besar masalah kesehatan (diagnosa keperawatan) yang banyak diderita oleh masyarakat (Herawati *et al.* 2019).



Sumber: Herawati *et al.*, 2019

Gambar 1.2 Sepuluh Diagnosa Keperawatan Terbanyak Yang Muncul Pada Masyarakat Tepi Sungai di Kalimantan Selatan

Besarnya dampak yang akan ditimbulkan dari permasalahan sampah, khususnya sampah di sungai dan kawasan tepian sungai, sehingga perlu langkah penyelesaiannya untuk menjadikan kawasan tersebut nyaman dengan kondisi air sungai yang bersih sebagai salah satu indikator dari tatanan Kota Sehat yang

pertama yaitu tatanan permukiman, sarana dan prasarana umum. Beberapa langkah atau upaya nyata sudah dilakukan oleh pemerintah Kota Banjarmasin dalam mewujudkan hal tersebut diantaranya sebagai berikut: yaitu mensosialisasi secara terus menerus semboyan “Banjarmasin *Baiman*” yang artinya Banjarmasin *barasih wan nyaman* (bersih dan nyaman. red) termasuk di kawasan atau lingkungan sungai; adanya aksi kegiatan “*maharagu* sungai” dengan melibatkan satuan tugas (satgas) kebersihan sungai yang terdiri dari Dinas Pekerjaan Umum dan Penataan Ruang (PUPR), Dinas Lingkungan Hidup (DLH), tokoh masyarakat, dan komunitas peduli sungai; serta adanya peraturan daerah yang dikeluarkan oleh pemerintah Kota Banjarmasin, yaitu Peraturan Daerah No 21 Tahun 2011 tentang larangan membuang sampah ke sungai dengan ancaman kurungan maksimal 3 bulan atau denda paling banyak 5 juta rupiah.

Meskipun beberapa upaya tersebut sudah dilakukan, namun permasalahan sampah, khususnya di sungai dan tepian sungai Kota Banjarmasin perlu terus dipikirkan penyelesaiannya. Hasil penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Anggriani *et al.*, (2018), yaitu kajian terhadap salah satu sungai di kota Banjarmasin, yakni Sungai Kuin, didapatkan hasil bahwa berbagai upaya dari para *stakeholder*, terutama pemerintah daerah dan organisasi masyarakat telah dibuat untuk memperbaiki kondisi Sungai Kuin, tetapi hambatan masih tetap ada. Hambatan tersebut seperti kurangnya kesadaran masyarakat tentang pelestarian lingkungan dan kurangnya pemerintah bersinergi dengan mereka yang terlibat dalam pengelolaan sungai, termasuk ketidakjelasan siapa yang berwenang untuk mengelola daerah sungai. Selanjutnya hasil penelitian tersebut merekomendasi

perlunya koordinasi, kerja sama dan konsultasi di antara para *stakeholder* yang terkait dalam pengelolaan sungai. Keterlibatan masyarakat lokal juga menjadi penting untuk pengelolaan sungai yang terintegrasi dan berkelanjutan. Selanjutnya hasil wawancara dengan Ketua Forum Kota Sehat, bahwa saat ini link atau jejaring dengan para *stakeholder* untuk skala kota masih belum begitu berjalan, dan hal ini tentu perlu terus dikomunikasikan.

Berdasarkan latar belakang dan hasil penelitian sebelumnya, maka permasalahan pengelolaan sampah sungai di Kota Banjarmasin masih perlu dikaji, terutama dalam hal aspek kemitraan secara multi-sektor, sebab kemitraan memiliki peran integral dalam proses penyelenggaraan Kota Sehat. Penyelenggaraan Kota Sehat membutuhkan berbagai pendekatan disiplin dan juga multi sektor dengan melibatkan berbagai pihak dan level, yaitu individu, masyarakat dan organisasi. Kemitraan tersebut menjadi sangat penting baik kemitraan vertikal dari pemerintah pusat sampai pada kelompok kerja di desa atau kelurahan maupun kemitraan horizontal pada masing masing level (Palutturi, 2015).

Kemitraan atau kolaborasi ini dapat didefinisikan sebagai pengumpulan sumber daya, termasuk informasi, keuangan, dan sumber daya manusia, dari berbagai *stakeholder* untuk mengatasi masalah tertentu (Hu dan Kuo, 2016; Tian *et al.*, 2018). Kemitraan berbagai sektor adalah proses yang tidak terjadi secara alami dan membutuhkan pendekatan terstruktur (Cocker *et al.*, 2016). Prinsip penting dalam melibatkan masyarakat adalah adanya kemitraan berbagai sektor.

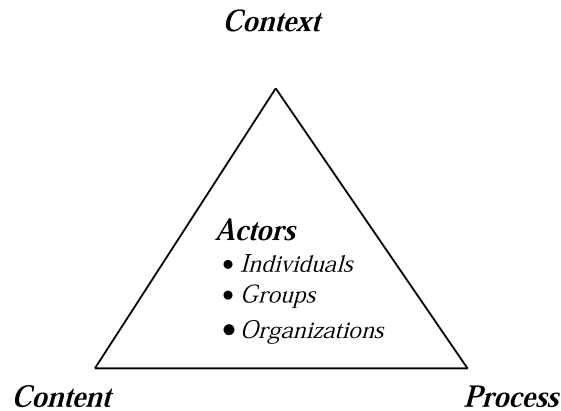
Mereka terlibat dalam pembuatan, perencanaan, dan penerapan strategi untuk mengatasi masalah kesehatan mereka (Tian *et al.*, 2018).

Multisectoral partnership pada dasarnya sifatnya kompleks dan sulit. Belum adanya kajian kerangka konseptual yang komprehensif tentang hal ini dari beberapa penelitian sebelumnya, mendorong peneliti tertarik untuk melakukan kajian secara komprehensif tentang *multisectoral partnership* sistem pengelolaan sampah sungai di Kota Banjarmasin dalam konteks penyelenggaraan tatanan pertama dari Kota Sehat yaitu tatanan permukiman, sarana dan prasarana umum dengan salah satu indikator yang ingin dicapai yaitu air sungai bersih. Kerangka *multisectoral partnership* ini selanjutnya dikembangkan secara komprehensif dari aspek kebijakan serta aspek strategi *multisectoral partnership*.

1.2 Kajian Masalah

Kemitraan multisektoral (*multisectoral partnership*) atau kolaborasi intersektoral (*intersectoral collaboration*) atau aksi intersektoral (*intersectoral action*) adalah merupakan definisi atau terminologi yang sama yang bisa digunakan (Dimova *et al.*, 2018). Aksi intersektoral didefinisikan sebagai kolaborasi lebih dari satu sektor di masyarakat untuk melakukan aksi dalam satu isu atau area untuk mencapai hasil yang lebih baik atau menyelesaikan berbagai determinan kesehatan atau mencapai kesetaraan di dalam kesehatan. Kolaborasi ini mungkin dapat bervariasi bentuknya, tergantung dari sistem politik dan sosial

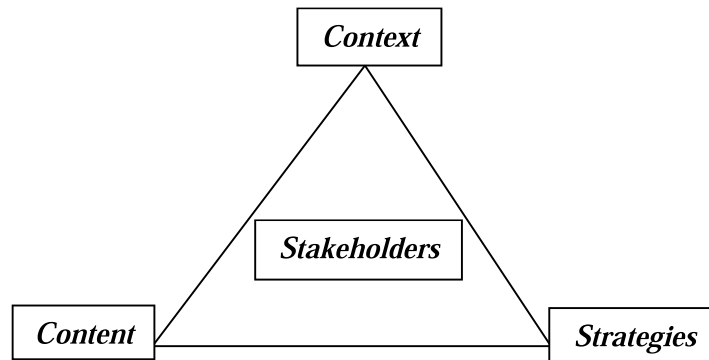
yang berlaku dan isu yang diangkat serta bukan hanya melibatkan sektor kesehatan (Fischer *et al.*, 2017).



Sumber: Buse, Mays, & Walt, 2012

Gambar 1.3 *Policy Analysis Triangle*

Guna mengembangkan bentuk kolaborasi, Sanni *et al.* (2018) telah membuat kerangka konsep tentang *multisectoral approach*. Teori yang digunakan dalam kerangka konsep ini jika dikaji adalah dengan mengambil dasar dari teori “*Policy Analysis Triangle*”, yang terdiri dari empat elemen, yaitu konteks, konten, aktor dan proses (Buse, Mays, & Walt, 2012). Dari teori dasar ini kemudian dikembangkan oleh Sanni *et al.* (2018) menjadi konstruk baru dengan penamaan istilah baru yaitu *stakeholder* dan strategi. Sehingga kerangka *multisectoral collaboration* dari Sani *et al.* (2018) sebagaimana yang tampak pada gambar 1.4, mencakup empat konstruk yaitu konteks, konten, *stakeholder*, dan strategi.



Sumber: Didaptasi dari Sani *et al.*, 2018

Gambar 1.4 *Comprehensive Framework for Multisectoral Approach*

Berdasarkan dari hasil penelitian Sanni *et al.* (2018), bahwa perlu kajian lebih lanjut yang menyoroti tentang konstruk *stakeholder* dan strategi, maka pada penelitian disertasi ini peneliti mengembangkan mengenai kedua konstruk tersebut. Hal ini dikarenakan bahwa pelajaran yang dapat diambil dari berbagai pengalaman kota dan negara yang mengembangkan Kota Sehat, bahwa Kota Sehat bisa dikembangkan jika semua *stakeholder* memiliki keinginan yang kuat untuk menciptakan kota yang lebih sehat (Palutturi, 2017), oleh karena itu pengkajian lebih jauh tentang aspek *stakeholder* dalam kolaborasi multisektor sangatlah penting dalam pengambilan keputusan atau kebijakan (Palutturi, 2015; Soma *et al.*, 2018). Keterlibatan *stakeholder* merupakan suatu keperluan mendasar untuk kesuksesan hasil dari suatu program. Setiap aktor memiliki peran dan tanggung jawab spesifik melalui sebuah proses keputusan, di mana aktor berinteraksi untuk mengembangkan alternatif perspektif masalah di masyarakat yang secara kolektif memungkinkan terjadinya perubahan (O'Donnell *et al.*, 2018). Menurut Macharis *et al.* (2014), *stakeholder* adalah sekelompok orang atau

organisasi yang tertarik dengan isu tertentu. Pada konteks Kota Sehat di Indonesia, *stakeholder* yang terlibat dalam struktur organisasi Kota Sehat, berada pada semua level pemerintahan mulai tingkat pusat sampai tingkat desa/kelurahan. Penanggung jawab teknis kegiatan dan sektor penunjang disesuaikan dengan tatanan dan program (Palutturi, 2017).

Berjalannya suatu program ditentukan oleh kesiapan. Kesiapan merupakan suatu hal penting atau kritis yang perlu diketahui dalam upaya pengadopsian dan implementasi dari suatu program preventif atau promosi kesehatan. Kesiapan dikonseptualisasikan dalam literatur sebagai sebuah konstruksi multidimensi, meliputi: sikap, persepsi dan pengetahuan, sumber daya, upaya yang ada, serta kepemimpinan (Edward, 2000). Kesiapan dan partisipasi *stakeholder* memiliki peranan yang besar dalam suatu program (Ho *et al.*, 2013). Saat ini meskipun ada minat atau keinginan yang signifikan dalam kajian kesiapan, namun pengukuran atau pengkajian konstruk ini masih dalam tahap awal (*infant*) dan belum jelas komponen kesiapan yang mana yang paling penting untuk tujuan penilaian kesiapan yang komprehensif (Castaneda *et al.*, 2012), sehingga diperlukan kajian untuk memahami kesiapan agar dapat meningkatkan potensi kesuksesan implementasi dari suatu program (Jones *et al.*, 2012; Bhuiya *et al.*, 2017).

Guna mengkaji lebih lanjut mengenai aspek strategi *partnership*, maka peneliti menggunakan dari teori *intersectoral collaboration* menurut Harris *et al.* (1995) dalam Dick (2002), menjelaskan tentang beberapa kondisi efektif untuk aksi atau strategi *partnership*, yaitu adanya kebutuhan (*necessity*), kesempatan

(*opportunity*), hubungan (*relationships*), kapasitas (*capacity*), aksi terencana (*planned action*) dan hasil yang berkelanjutan (*sustained outcomes*). Selanjutnya untuk aspek dukungan masyarakat maka digunakan teori sosial kapital (*social capital theory*). Teori ini relevan dan membantu dalam mengarahkan organisasi yang bekerja dalam kemitraan (Palutturi, 2017).

Social capital atau modal sosial sering didefinisikan sebagai sumber daya yang dikaitkan dengan kepemilikan satu atau lebih jaringan yang dari dengan hubungan timbal balik yang saling menguntungkan (Lee, 2018). Putnam (Lee, 2018), membedakan dua tipe dalam *social capital*, yaitu *bonding social capital* dan *bridging social capital*. *Bonding social capital* adalah ikatan sosial di antara masyarakat yang homogen, sedangkan *bridging social capital* adalah ikatan sosial di antara masyarakat yang heterogen. *Social capital* terdiri dari dua dimensi yang berbeda, secara mendasar yaitu struktural dan kognitif. *Structural social capital* mengacu kepada interaksi sosial dari eksternal yang dapat diobservasi, sedangkan *cognitive social capital* mengacu kepada norma, keyakinan, nilai yang akan mempengaruhi partisipasi di dalam masyarakat (Agampodi *et al*, 2015)

1.3 Rumusan Masalah

Rumusan masalah pada penelitian ini adalah: “bagaimanakah pengembangan komprehensif *multisectoral partnership* sistem pengelolaan sampah sungai dalam konteks Banjarmasin sebagai Kota Sehat?”

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengembangkan kerangka konsep *multisectoral partnership* secara komprehensif sistem pengelolaan sampah sungai dalam konteks Banjarmasin Kota Sehat.

1.4.2 Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus dari penelitian ini adalah:

1. Menganalisis konteks kebijakan sistem pengelolaan sampah sungai di Kota Banjarmasin.
2. Menganalisis konten kebijakan sistem pengelolaan sampah sungai di Kota Banjarmasin.
3. Menganalisis kesiapan *stakeholder* dalam *multisectoral partnership* sistem pengelolaan sampah sungai di Kota Banjarmasin.
4. Menganalisis kondisi kemitraan dalam *multisectoral partnership* sistem pengelolaan sampah sungai di Kota Banjarmasin.

5. Menganalisis dukungan masyarakat dalam *multisectoral partnership* sistem pengelolaan sampah sungai di Kota Banjarmasin.
6. Mengembangkan secara komprehensif kerangka konsep *multisectoral partnership* sistem pengelolaan sampah sungai di Kota Banjarmasin berdasarkan aspek konteks kebijakan, konten kebijakan, aspek kesiapan *stakeholder*, aspek kondisi kemitraan dan aspek dukungan masyarakat.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat Teoritis

Hasil dari penelitian ini adalah adanya temuan baru berupa kerangka konsep *multisectoral partnership* yang komprehensif tentang sistem pengelolaan sampah sungai dalam konteks Kota Sehat.

1.5.2 Manfaat Praktis

1. Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui keberhasilan dalam sistem pengelolaan sampah sungai di Kota Banjarmasin.
2. Memberikan masukan kepada pemerintah daerah, khususnya tentang kebijakan dalam sistem pengelolaan sampah sungai di Kota Banjarmasin.