KETERKAITAN AKSES SANITASI
DAN TINGKAT KEMISKINAN:
STUDI KASUS DI PROPINSI JAWA TENGAH

Bhimo Rizki
Alumni Magister Sain & Doktoral Fakultas Ekonomi
Universitas Gadjah Mada

Samsubar Saleh
Fakultas Ekonomika & Bisnis Universitas Gadjah Mada

Abstract

The Millennium Development Goals (MDGs) describes that there exist the interdependent relationship between sanitation and poverty rate. In fact, developing and improving in sanitation aspect will reduce indirectly poverty. The goal of this study is to investigate the relationship between sanitation and poverty in the case of all regencies/municipalities in the central Java Provinces.

The results find that the factors affecting sanitation are the gross regional domestic product (GRDP) per capita, income distribution, and the cultural awareness of household on health related to sanitation. In other hand, sanitation accessibility of household could affect economic and social aspect such as poverty rate and the gross regional domestic product per capita. This study also shows that Banyumas, Purbalingga, Banjarnegara, Purworejo, Wonosobo, Rembang, Demak, Pekalongan, Pemalang, and Tegal are some regencies/municipalities in Central Java province which their sanitation access is less conclusive.

Keywords: Human Development Indexes, Sanitation, Millennium Development Goals, Poverty, GRDP per capita

PENDAHULUAN

Human Development Index (HDI) atau Indeks Pembangunan Manusia (IPM) adalah indikator untuk menganalisis status komparatif pembangunan sosioekonomi di negara berkembang maupun negara maju secara sistematik dan komprehensif. Indeks Pembangunan Manusia (IPM) berusaha menyesuaikan peringkat semua negara pada skala nol (kinerja pembangunan manusia terendah) hingga satu (kinerja pembangunan manusia tertinggi) berdasarkan tiga kriteria atau hasil akhir pembangunan, yaitu: (1) Kesehatan hidup yang diukur berdasarkan harapan hidup saat kelahiran; (2) Pengetahuan yang dihitung berdasarkan tingkat rata-rata melek huruf di kalangan penduduk dewasa dan angka rata-rata masa sekolah dan (3) Kualitas standar hidup yang diukur berdasarkan pendapatan per kapita riil yang disesuaikan dengan paritas daya beli (PPP, Purchasing Power Parity).

United Nation Development Program (UNDP) kemudian berhasil menggunakan konsep Indeks Pembangunan Manusia untuk memeringkatkan semua negara ke dalam kategori tiga kelompok besar. Kelompok pertama adalah negara-negara yang tingkat pembangunan manusianya rendah (0,0 – 0,5), menengah (0,51 - 0,79), dan tinggi (0,8
– 1). Dalam hal ini, Indeks Pembangunan Manusia hanya mengukur tingkat pembangunan manusia secara relatif (bukan absolut) dan memfokuskan pada hasil akhir (ketahanan hidup dan pengetahuan) bukan pada sarana proses (GNP/kapita).

Dimensi Manusia Dalam Pembangunan di Indonesia

Tujuan pembangunan dalam rangka pertumbuhan sosioekonomi di dalam sebuah negara diharapkan berorientasi pada manusia dan hak-haknya. Dimensi “manusia” dalam pembangunan di Indonesia menjadi prioritas perhatian pada awal Repelita I melalui strategi pembangunan nasional “Pertumbuhan Ekonomi seiring dengan peningkatkan sumber daya manusia”. Strategi pembangunan ini menekankan pada pembangunan manusia seutuhnya sebagai tujuan utama pembangunan nasional melalui peningkatkan sumber daya manusia untuk berperan sebagai subyek dalam pembangunan.

Dalam konteks pembangunan di Indonesia terjadi pergusangan paradigma, dari pembangunan yang berorientasi pada pemenuhan kebutuhan dasar masyarakat (basic needs development), dan akhirnya bergeser menuju pada manusia (human centered development). Konsep pembangunan manusia dalam pembangunan telah dirintis sejak paradigma “basic needs development” dengan digunakannya Indeks Mutu Hidup (Physical Quality Life Index). Indeks Mutu Hidup memiliki tiga parameter, yaitu angka kematian bayi, angka harapan hidup waktu lahir, dan tingkat melahirkan. Kemudian penggunaan indikator ini berkembang menjadi Indeks Pembangunan Manusia (Human Development Index), ketika paradigma pembangunan bergeser menjadi “human centered development”.

Pengembangan penggunaan angka IPM di Indonesia dilakukan oleh Bappenas bekerjasama dengan UNDP. Pembangunan manusia diasumsikan sebagai proses pilihan dari masyarakat (public choice) dalam mencapai kebutuhan yang dianggap paling penting dan mendasar. Hal ini digunakan sebagai pola dasar pengukuran pembangunan manusia. Tiga pilihan kebutuhan yang dianggap penting, yaitu sehat dan berumur panjang, berpendidikan, dan akses terhadap sumber daya untuk hidup layak. Ketiga pilihan ini didukung oleh pilihan lain, yaitu kebebasan politik, hak asasi manusia, dan penghormatan hak pribadi (personal selfrespect). Untuk mengukur tiga pilihan tersebut digunakan tiga parameter, yaitu: (1) Derajat kesehatan dan panjangnya umur yang terbaca dari angka harapan hidup (Life Expectancy rate); (2) Pendidikan yang diukur dengan angka melek huruf dan rata-rata lama bersekolah; dan (3) Pendapatan yang diukur dengan daya beli masyarakat (purchasing power parity).


Dalam proses pembangunan manusia, usaha peningkatan sumber daya manusia (SDM) harus dibangun sejak dini. Manusia sebagai sumber daya dan sekaligus modal dasar pembangunan harus dari kelasigma baik yang dapat sebagai media anak untuk tum-buh sehat dan cerdas sehingga menghasilkan SDM berkeuấtitas. Peningkatan SDM melalui intervensi dini terhadap anak disebut pembangunan SDM dini sedangkan intervensi terhadap usia produktif disebut peningkatan SDM produktif.

Keberhasilan proses pembangunan manusia dalam pembangunan di Indonesia
Keterkaitan Akses Sanitasi dan Tingkat Kemiskinan: … (Bhimo Rizki & Samsubar Saleh)

memerlukan komitmen yang kuat. Dalam hal ini diperlukan perencanaan program pembangunan daerah disamping political will pemerintah terhadap dimensi pembangunan manusia. Upaya pengembangan dan pemanfaatan IPM dalam proses perencanaan menjadi penting, karena proses pembangunan manusia menuntut adanya indikator yang sensitif, data akurat, dan dana cukup. Di samping itu, proses ini memerlukan pemahaman yang sama dan komitmen antar pemerintah pusat dan daerah serta lintas sektor.

Pada era otonomi daerah dewasa ini, pemerintah daerah umumnya menempatkan prioritas pembangunan tidak pada pembangunan manusia, namun lebih meningkatkan pada keinginan menambah Pendapatan Asli Daerah (PAD). Hal ini menunjukkan bahwa pemerintah daerah pada umumnya kurang memahami arti penting pembangunan sumber daya manusia, yang sebenarnya juga merupakan aset yang dimiliki daerah. Dengan adanya penekanan pada upaya peningkatan PAD di daerah menyebabkan dana terhadap menurunnya income riil per kapita secara signifikan (Kuncara, 2005).

Kedudukan IPM dalam Pembangunan Bidang Sanitasi di Indonesia

Salah satu indikator dari IPM adalah derajat kesehatan dan panjangnya umur yang terbaca dari dari angka harapan hidup (Life Expectancy rate). Derajat kesehatan yang tinggi harus didukung dengan fasilitas kesehatan dan sanitasi yang baik. Pembangunan bidang sanitasi dapat dibagi menjadi 3 (tiga) bidang (Soeranto, 2004), yaitu pembangunan bidang pengelolaan persampahan, pengelolaan air limbah, dan saluran pembuangan (drainase). Pembangunan ketiga bidang sanitasi ini merupakan upaya untuk dapat meningkatkan kesehatan masyarakat dan lingkungan. Keberhasilan dari hal tersebut dapat diukur dari salah satu indikator IPM, yaitu angka harapan hidup (Life Expectancy rate).

Namun pembangunan bidang sanitasi di Indonesia selalu menghadapi kendala pada minimnya pendapatan masyarakat. Minimnya pendapatan masyarakat akan berdampak pada rendahnya kesadaran masyarakat terhadap pembangunan bidang sanitasi kesehatan. Rendahnya tingkat pendapatan masyarakat akan lebih mendorong mereka untuk memberikan prioritas yang lebih besar pada kebutuhan dasar (basic needs), sedangkan kebutuhan akan pembangunan fasilitas bidang sanitasi kesehatan dianggap belum terlalu penting.

PEMBANGUNAN BIDANG SANITASI DI INDONESIA: TEORI DAN EMPIRIS

Salah satu indikator dari IPM adalah derajat kesehatan dan panjangnya umur yang terbaca dari dari angka harapan hidup (Life Expectancy rate). Derajat kesehatan yang tinggi harus didukung dengan fasilitas kesehatan dan sanitasi yang baik. Pembangunan bidang sanitasi dapat dibagi menjadi 3 (tiga) bidang (Soeranto, 2004), yaitu pembangunan bidang pengelolaan persampahan, pengelolaan air limbah, dan saluran pembuangan (drainase). Pembangunan ketiga bidang sanitasi ini merupakan upaya untuk dapat meningkatkan kesehatan masyarakat dan lingkungan. Keberhasilan dari hal tersebut dapat diukur dari salah satu indikator IPM, yaitu angka harapan hidup (Life Expectancy rate).

Namun pembangunan bidang sanitasi di Indonesia selalu menghadapi kendala pada minimnya pendapatan masyarakat. Minimnya pendapatan masyarakat akan berdampak pada rendahnya kesadaran masyarakat terhadap pembangunan bidang sanitasi kesehatan. Rendahnya tingkat pendapatan masyarakat akan lebih mendorong mereka untuk memberikan prioritas yang lebih besar pada kebutuhan dasar (basic needs), sedangkan kebutuhan akan pembangunan
fasilitas bidang sanitasi kesehatan dianggap belum terlalu penting.

Secara teoritis, pembangunan bidang sanitasi terdapat dalam *Millenium Development Goals (MDGs)* yang mencakup 8 tujuan dan 18 target. Berdasarkan Tujuan 7 dari *Millenium Development Goals (MDGs)*, yaitu Pengelolaan Lingkungan Hidup yang Berkelanjutan terdapat 3 (tiga) target yang berkaitan dengan hal tersebut (Tabel 1).


---

**Tabel 1: Tujuan 7 Millenium Development Goals (MDGs) – Pengelolaan Lingkungan Hidup yang Berkelanjutan**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tujuan 7</th>
<th>Isi</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Target 9</td>
<td>Mengintegrasikan prinsip-prinsip pembangunan berkelanjutan ke dalam kebijakan dan program nasional dan mengembalikan sumber daya lingkungan yang hilang</td>
</tr>
<tr>
<td>Target 10</td>
<td>Mengurangi separuh, pada tahun 2015, dari penduduk yang tidak memiliki akses terhadap air minum dan sanitasi dasar</td>
</tr>
<tr>
<td>Target 11</td>
<td>Mencapai perbaikan yang berarti terhadap kehidupan 100 juta penduduk miskin di permukiman kumuh pada tahun 2020</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Sumber: Lokakarya *Millenium Development Goals*, Jakarta, 2004
METODOLOGI PENELITIAN

**Tabel 2:** Model Tipologi Klasiﬁkasi Kabupaten/Kota Keterkaitan Akses Sanitasi dan Tingkat Kemiskinan

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tingkat kemiskinan di bawah rata-rata</th>
<th>Kabupaten/kota Kelompok A</th>
<th>Kabupaten/kota Kelompok C</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Kabupaten/kota Kelompok B</td>
<td>Akses sanitasi di bawah rata-rata</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kabupaten/kota Kelompok D</td>
<td>Akses sanitasi di atas rata-rata</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Tabel 3:** Model Tipologi Klasiﬁkasi Kabupaten/Kota Keterkaitan Akses Sanitasi dan Produk Domestik Regional Bruto per Kapita (PDRB/kapita)

<table>
<thead>
<tr>
<th>PDRB/kapita di atas rata-rata</th>
<th>Kabupaten/kota Kelompok 1</th>
<th>Kabupaten/kota Kelompok 3</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Kabupaten/kota Kelompok 2</td>
<td>Akses sanitasi di atas rata-rata</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kabupaten/kota Kelompok 4</td>
<td>Akses sanitasi di bawah rata-rata</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**HASIL DAN PEMBAHASAN**


Tabel 4 menunjukkan bahwa kabupaten/kota kelompok D (Banyumas, Puba-

**Tabel 4:** Hasil Tipologi Klasiﬁkasi Kabupaten/Kota Keterkaitan Akses Sanitasi dan Tingkat Kemiskinan di Jawa Tengah

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tingkat kemiskinan di bawah rata-rata</th>
<th>Kabupaten/Kota Kelompok A</th>
<th>Kabupaten/Kota Kelompok C</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Kota Magelang; Kota Surakarta;</td>
<td>Magelang; Temanggung; Batang;</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kota Semarang; Kota Salatiga;</td>
<td>Kab.Sumarang</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kota Tegal; Kota Pekalongan;</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Karanganyar; Kudus; Jepara;</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sukoharjo; Boyolali</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Tingkat kemiskinan di atas rata-rata</td>
<td>Kabupaten/Kota Kelompok B</td>
<td>Kabupaten/Kota Kelompok D</td>
</tr>
<tr>
<td>Cilacap; Kebumen; Klaten;</td>
<td>Banyumas; Purbalingga; Banjarnegara;</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Wonogiri; Sragen; Grobogan; Blora</td>
<td>Purworejo; Wonosobo; Rembang; Demak;</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Pekalongan; Kendal; Pemalang; Tegal;</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Brebes</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Akses sanitasi di atas rata-rata</td>
<td>Akses sanitasi di bawah rata-rata</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Sumber: Data diolah
Tabel 5: Hasil Tipologi Klasifikasi Kabupaten/Kota
Keterkaitan Akses Sanitasi dan PDRB per kapita di Jawa Tengah

<table>
<thead>
<tr>
<th>PDRB/kapita di atas rata-rata</th>
<th>Kabupaten/Kota Kelompok 1</th>
<th>Kabupaten/Kota Kelompok 3</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Cilacap; Klaten; Karanganyar;</td>
<td></td>
<td>Kab. Semarang; Kendal; Brebes</td>
</tr>
<tr>
<td>Kudus; Kota Surakarta; Kota</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Salatiga; Kota Semarang</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>PDRB/kapita di bawah rata-rata</th>
<th>Kabupaten/Kota Kelompok 2</th>
<th>Kabupaten/Kota Kelompok 4</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Blora; Grobogan; Sragen;</td>
<td></td>
<td>Banyumas; Purbalingga; Banjarnegara; Purworejo; Wonosobo; Magelang; Rembang; Demak; Temanggung; Batang; Pekalongan; Pemalong; Tegal</td>
</tr>
<tr>
<td>Wonogiri; Sukoharjo; Kebumen;</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Pati; Jepara; Kota Magelang;</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kota Tegal; Kota Pekalongan;</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kota Magelang;</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Sumber: Data diolah

Di sisi lain, secara empiris menunjukkan bahwa kendala utama pembangunan dan perbaikan akses sanitasi rumah tangga adalah minimnya pendapatan. Oleh karena itu, model 2 akan digunakan untuk mendeskripsikan keterkaitan akses sanitasi rumah tangga dengan Produk Domestik Regional Bruto per kapita (PDRB/kapita). Model 2 dapat menjadi alat bantu untuk melihat besarnya modal rumah tangga yang dapat dialokasikan untuk perbaikan dan pembangunan akses sanitasi.

Tabel 5 menunjukkan bahwa kabupaten/kota kelompok 4 (Banyumas; Purbalingga, Banjarnegara, Purworejo, Wonosobo, Magelang, Rembang, Demak, Temanggung, Batang, Pekalongan, Pemalong, dan Tegal) adalah kabupaten-kabupaten dengan akses rumah tangga terhadap sanitasi masih dibawah rata-rata dan PDRB per kapita masih di bawah rata-rata. Fenomena ini akan memunculkan hipotesis bahwa faktor yang menjadi penyebab ketersediaan akses sanitasi rumah tangga di kelompok propinsi tersebut adalah faktor PDRB per kapita yang rendah, faktor kemiskinan (distribusi pendapatan tidak merata) dan faktor budaya kesadaran terhadap kesehatan dan sanitasi. Faktor budaya ini muncul sebagai hipotesis, karena melihat fenomena pada kabupaten/kota kelompok 2. Fenomena kabupaten/kota kelompok 2 menunjukkan bahwa meskipun PDRB per kapita di bawah rata-rata, namun masyarakat di kabupaten/kota kelompok 2 memiliki akses sanitasi rumah tangga di atas rata-rata. Hal ini menunjukkan budaya kesadaran sanitasi mereka cukup tinggi dengan efektifitas mereka mengalokasikan pendapatan untuk pembangunan sanitasi, walaupun tingkat pendapatan mereka berada di bawah rata-rata.


Fenomena menarik justru terjadi pada kelompok kabupaten/kota B2 (Kebumen; Wonogiri; Sragen; Grobogan; dan Blora) walaupun kondisi PDRB per kapita yang di bawah rata-rata dan tingkat kemiskinan di atas rata-rata namun tidak menjadi alasan kelompok kabupaten/kota B2 untuk tidak memperhatikan kesehatan dan akses sanitasi rumah tangga. Hal ini menunjukkan bahwa faktor budaya kesadaran terhadap kesehatan dan sanitasi pada kelompok kabupaten/kota B2 cukup berperan besar terhadap kondisi akses sanitasi yang di atas rata-rata. Namun kondisi ini juga dapat mendeskripsikan bahwa daerah dengan akses sanitasi di atas rata-rata tidak menjamin akan segera dapat mengurangi tingkat kemiskinan dan meningkatkan PDRB per kapita. Hal ini menunjukkan masih terdapat faktor-faktor lain yang dapat mempengaruhi tingkat kemiskinan dan PDRB per kapita.

**Tabel 6: Klasiﬁkasi dan Skala Prioritas Pembangunan Akses Sanitasi Kabupaten/Kota di Propinsi Jawa Tengah**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kelompok Kabupaten/Kota</th>
<th>Nama Kabupaten/Kota</th>
<th>Deskripsi</th>
<th>Skala Prioritas Pembangunan Sanitasi dan Solusi</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Kota Surakarta;</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Kota Salatiga;</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Kudus;</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Karanganyar</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>A3</td>
<td>Kota Magelang;</td>
<td>Kelompok kabupaten/kota dengan PDRB per kapita di bawah rata-rata dan tingkat kemiskinan di bawah rata-rata, serta memiliki akses sanitasi di atas rata-rata</td>
<td>Skala prioritas 8. Solusi: perlu adanya pemberdayaan potensi ekonomi daerah; perlu alokasi PDRB per kapita untuk akses sanitasi rumah tangga</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Kota Pekalongan;</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Kota Tegal;</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Jepara;</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Sukoharjo; Boyolali</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>B1</td>
<td>Cilacap Klaten</td>
<td>Kelompok kabupaten/kota dengan PDRB per kapita di atas rata-rata dan tingkat kemiskinan di atas rata-rata, serta memiliki akses sanitasi di bawah rata-rata</td>
<td>Skala prioritas 6. Solusi: perlu adanya kesadaran terhadap sanitasi dan kesehatan; perlu alokasi PDRB per kapita untuk akses sanitasi rumah tangga</td>
</tr>
</tbody>
</table>

230
| B 2 | Kebumen; Wonogiri; Sragen; Grobogan; Blitera | Kelompok propinsi dengan PDRB per kapita di bawah rata-rata dan tingkat kemiskinan di atas rata-rata, serta memiliki akses sanitasi di atas rata-rata | **Skala prioritas 4.** Solusi: perlu pemberdayaan potensi ekonomi; perlu pemetaan distribusi pendapatan; alokas PDRB per kapita untuk akses sanitasi rumah tangga |
| C 2 | Batang | Kelompok propinsi dengan PDRB per kapita di bawah rata-rata dan tingkat kemiskinan di bawah rata-rata, serta memiliki akses sanitasi di bawah rata-rata | **Skala prioritas 5.** Solusi: perlu pemberdayaan potensi ekonomi; alokas PDRB per kapita untuk akses sanitasi; perlu kesadaran terhadap sanitasi dan kesehatan |
| C 3 | Kab. Semarang | Kelompok kabupaten/kota dengan PDRB per kapita di atas rata-rata dan tingkat kemiskinan di bawah rata-rata, serta memiliki akses sanitasi di bawah rata-rata | **Skala prioritas 7.** Solusi: perlu alokas PDRB per kapita untuk akses sanitasi rumah tangga; perlu kesadaran terhadap sanitasi dan kesehatan |
| C 4 | Temanggung; Kab. Magelang | Kelompok kabupaten/kota dengan PDRB per kapita di bawah rata-rata dan tingkat kemiskinan di atas rata-rata, serta memiliki akses sanitasi di atas rata-rata | **Skala prioritas 3.** Solusi: perlu adanya pemberdayaan potensi ekonomi dan pemetaan distribusi pendapatan |
| D 3 | Brebes; Kendal | Kelompok kabupaten/kota dengan PDRB per kapita di atas rata-rata dan tingkat kemiskinan di atas rata-rata, serta memiliki akses sanitasi di bawah rata-rata | **Skala prioritas 2.** Solusi: perlu pemetaan distribusi pendapatan; alokas PDRB per kapita untuk akses sanitasi rumah tangga; perlu kesadaran terhadap sanitasi dan kesehatan |
| D 4 | Banyumas; Purwalingga; Banjarnegara; Purworejo; Wonosobo; Rembang; Demak; Pekalongan; Pemalang; Tegal | Kelompok kabupaten/kota dengan PDRB per kapita di bawah rata-rata dan tingkat kemiskinan di atas rata-rata, serta memiliki akses sanitasi di bawah rata-rata | **Skala prioritas 1.** Solusi: perlu adanya pemberdayaan potensi ekonomi pemetaan distribusi pendapatan; alokas PDRB per kapita untuk akses sanitasi rumah tangga; perlu kesadaran terhadap sanitasi dan kesehatan |

Keterangan: Prioritas 1-9: urutan kelompok propinsi untuk prioritas pembangunan akses sanitasi (skala 1 adalah kelompok yang paling diprioritaskan)
Sumber: Data diolah

**PENUTUP**

**Kesimpulan**

Penggunaan Indeks Pembangunan Manusia (IPM) di Indonesia diharapkan dapat menterjemahkan indikator makro-ekonomi seperti GNP ke dalam pembangunan manusia. Konsep pembangunan manusia juga merupakan konsep ekonomi, karena salah satu strategi dalam pembangunan ekonomi adalah peningkatan mutu modal manusia melalui pendidikan, kesehatan, dan rasa aman. Salah satu indikator dari IPM adalah derajat kesehatan dan panjang umur yang terbaca dari angka harapan hidup (Life Expectancy Rate). Derajat kesehatan yang tinggi harus didukung
dengan fasilitas kesehatan dan sanitasi yang baik. Pembangunan bidang sanitasi dapat dibagi menjadi 3 (tiga) bidang, yaitu pembangunan bidang pengelolaan persampahan, pengelolaan air limbah, dan saluran pembuangan (drainase).

**Millenium Development Goals (MDGs)** mendeskripsikan bahwa terdapat interdependensi antara akses air minum dan sanitasi terhadap tingkat kemiskinan. Pembangunan dan perbaikan bidang sanitasi secara tidak langsung akan mengurangi kemiskinan. Sebaliknya dengan dapat mengurangi tingkat kemiskinan, berarti masyarakat memiliki alokasi pendapatan untuk membangun dan memperbaiki akses sanitasi dan air minum. Keterkaitan antara akses sanitasi rumah tangga dengan tingkat kemiskinan dan PDRB per kapita di propinsi Jawa Tengah dapat dilihat dengan model tipologi klasifikasi empat kuadrat dengan objek 35 kabupaten/kota di propinsi Jawa Tengah. Hasil analisis menunjukkan bahwa:

1. Faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat akses sanitasi rumah tangga pada 35 kabupaten/kota di propinsi Jawa Tengah adalah PDRB per kapita, distribusi pendapatan masyarakat, dan budaya kesadaran terhadap kesehatan/sanitasi.

2. Tingkat akses sanitasi rumah tangga akan dapat mempengaruhi aspek sosial ekonomi lain, yaitu tingkat kemiskinan dan PDRB per kapita. Meskipun hal ini tidak berlaku pada beberapa kabupaten tertentu.

3. Berdasarkan urutan skala prioritas pembangunan dan perbaikan kondisi akses sanitasi rumah tangga, terdapat 10 kabupaten dengan skala prioritas 1 (paling prioritas), hal ini menunjukkan bahwa kondisi akses sanitasi kelompok kabupaten/kota ini harus segera dibenahi. 10 kabupaten/kota tersebut adalah Banyumas, Purbalingga, BanjarNEGara, Purworejo, Wonosobo, Rembang, Demak, Pekalongan, Pemalang, dan Tegal.

**Saran**

Model tipologi klasifikasi kabupaten/kota berdasarkan keterkaitan akses sanitasi rumah tangga dengan indikator ekonomi (PDRB per kapita dan tingkat kemiskinan) merupakan salah satu langkah untuk mendeskripsikan keadaan keterkaitan tingkat pembangunan manusia dan ekonomi di suatu daerah. Untuk mengetahui hal ini dengan lebih rinci dan tepat masih terdapat berbagai cara dan metode lain.


**REFERENSI**

Anonim., *Data dan Informasi Kemiskinan Propinsi di Indonesia 2004*, Badan Pusat Statistik (BPS), Jakarta, 2004


Sumahdumin & Dudi Abdurahim (2002). “Pemanfaatan Indeks Pembangunan Manusia untuk Perencanaan Pembangunan Daerah”, Badan Pusat Statistik (BPS), Jakarta,


