

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 inter-dependent 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 conducive.

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 sistematis dan komprehensif. Indeks Pembangunan Manusia (IPM) berusaha menyusun 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) Ketahanan 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 peningkatan sumber daya manusia”. Strategi pembangunan ini menekankan pada pembangunan manusia seutuhnya sebagai tujuan utama pembangunan nasional melalui peningkatan sumber daya manusia untuk berperan sebagai subyek dalam pembangunan.

Dalam konteks pembangunan di Indonesia terjadi pergeseran 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 melek huruf. 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*).

Tiga parameter ini kemudian disebut dengan Indeks Pembangunan Manusia (IPM). Ketiganya merupakan pengembangan dari Human Development Index (HDI) yang berskala internasional. Pengembangan IPM di Indonesia dilakukan dari tingkat kabupaten/kota. Dengan pemanfaatan IPM, pembangunan nasional maupun daerah diharapkan lebih aspiratif dalam mengakomodasi dimensi manusia dengan baik dan terarah.

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 keluarga baik yang dapat sebagai media anak untuk tumbuh sehat dan cerdas sehingga menghasilkan SDM berkualitas. 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

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 sektoral.

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 dampak 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 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 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).

Pada target 10 dan 11 terdapat keterkaitan antara masalah akses air minum dan sanitasi dasar masyarakat terhadap tingkat kemiskinan. *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. Gambar 1 menjelaskan tentang pola pengaruh pembangunan akses sanitasi lingkungan terhadap aspek-aspek lain.

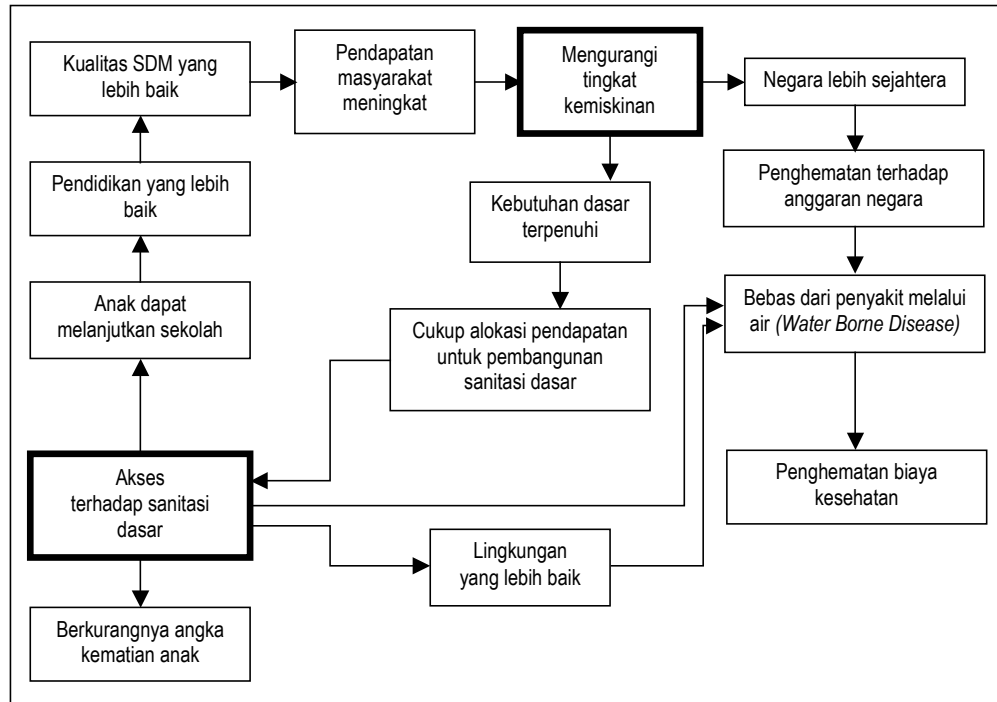
Secara empiris, menurut Soeranto (2004), pembangunan sanitasi dapat meningkatkan kesehatan masyarakat dan lingkungan, yang indikator keberhasilannya selalu diukur dari indeks Tingkat Harapan Hidup, Tingkat Kematian Bayi, dan Angka Penyakit yang disebabkan media air (*Water-Borne Disease*), seperti demam berdarah, tifus, dan diare. Namun sejak awal *Water and Sanitation Decade* tahun 1980, Indonesia selalu mengalami kendala pada minimnya pendapatan masyarakat yang dialokasikan untuk pembangunan sanitasi dasar.

Sementara itu, menurut Mungkasa (2004), peningkatan kualitas dan ketersediaan air minum dan sanitasi dapat meningkatkan kesejahteraan penduduk yang berarti mengurangi tingkat kemiskinan. Penelitian Mungkasa (2004), didukung oleh penelitian Samudro (2004) tentang keterkaitan antara akses sanitasi rumah tangga dengan tingkat kemiskinan dan PDRB per kapita di Indonesia dengan objek 30 propinsi di Indonesia.

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

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

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



Keterangan: Garis panah, menunjukkan hubungan pengaruh
 Sumber: Lokakarya *Millenium Development Goals*, Jakarta, 2004

Gambar 1: Pengaruh Pembangunan Akses Sanitasi Lingkungan terhadap aspek lainnya

METODOLOGI PENELITIAN

Penelitian ini merupakan pengembangan dari penelitian sebelumnya tentang keterkaitan antara akses sanitasi dengan tingkat kemiskinan dan PDRB di Indonesia. Penelitian tersebut menunjukkan bahwa terdapat 10 propinsi dengan akses sanitasi yang kurang baik, salah satu diantaranya adalah propinsi Jawa Tengah. Oleh karena itu, penelitian ini menggunakan objek propinsi Jawa Tengah dengan tujuan: (1) Untuk melakukan deskripsi lebih komprehensif pada tingkat kabupaten/kota di propinsi dengan akses sanitasi kurang baik (Jawa Tengah); (2) Untuk menyusun skala prioritas pembangunan akses sanitasi pada tingkat kabupaten/kota di propinsi Jawa Tengah

Analisis tentang keterkaitan akses sanitasi dan tingkat kemiskinan di propinsi Jawa Tengah akan dilakukan dengan metode tipologi klasifikasi empat kuadran. Metode ini akan mendeskripsikan kondisi akses sanitasi dan tingkat kemiskinan pada 30 kabupaten/kota di propinsi Jawa Tengah (model 1). Kemudian metode ini juga akan digunakan untuk mendeskripsikan kondisi akses sanitasi dan pendapatan domestik regional bruto (PDRB) pada 35 kabupaten/kota di Propinsi Jawa Tengah (model 2). Dari 2 model tersebut akan dapat digunakan sebagai dasar analisis dan penyusunan skala prioritas pembangunan pada akses sanitasi.

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

Tingkat kemiskinan di bawah rata-rata	Kabupaten/kota Kelompok A	Kabupaten/kota Kelompok C
Tingkat kemiskinan di atas rata-rata	Kabupaten/kota Kelompok B	Kabupaten/kota Kelompok D
	Akses sanitasi di bawah rata-rata	Akses sanitasi di atas rata-rata

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

PDRB/kapita di atas rata-rata	Kabupaten/kota Kelompok 1	Kabupaten/kota Kelompok 3
PDRB/kapita di bawah rata-rata	Kabupaten/kota Kelompok 2	Kabupaten/kota Kelompok 4
	Akses sanitasi di atas rata-rata	Akses sanitasi di bawah rata-rata

HASIL DAN PEMBAHASAN

Dalam melakukan analisis dan pembahasan tentang keterkaitan akses sanitasi dan tingkat kemiskinan di propinsi Jawa Tengah akan digunakan data persentase rumah tangga yang memiliki akses sanitasi dan persentase penduduk miskin pada 35 kabupaten/kota di Propinsi Jawa Tengah. Tabel 4. menunjukkan hasil tipologi propinsi dengan menggunakan model 1.

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

lingga, Banjarnegara, Purworejo, Wonosobo, Rembang, Demak, Pekalongan, Kendal, Pemalang, Tegal, dan Brebes) adalah kabupaten-kabupaten dengan akses rumah tangga terhadap sanitasi masih di bawah rata-rata dan tingkat kemiskinan masih di atas rata-rata. Berdasarkan teori di atas, pembangunan dan perbaikan akses sanitasi secara tidak langsung akan dapat mengurangi kemiskinan.

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

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

Sumber: Data diolah

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

PDRB/kapita di atas rata-rata	Kabupaten/Kota Kelompok 1	Kabupaten/Kota Kelompok 3
	Cilacap; Klaten; Karanganyar; Kudus; Kota Surakarta; Kota Salatiga; Kota Semarang	Kab. Semarang; Kendal, Brebes
PDRB/kapita di bawah rata-rata	Kabupaten/Kota Kelompok 2	Kabupaten/Kota Kelompok 4
	Blora; Grobogan; Sragen; Wonogiri; Sukoharjo; Kebumen; Pati; Jepara; Kota Magelang; Kota Tegal; Kota Pekalongan; Kota Magelang;	Banyumas; Purbalingga; Banjarnegara; Purworejo; Wonosobo; Magelang; Rembang; Demak; Temanggung; Batang; Pekalongan; Pemalang; Tegal
	Akses sanitasi di atas rata-rata	Akses sanitasi di bawah rata-rata

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, Pemalang, 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 hipotesa 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.

Berdasarkan 2 model tipologi klasifikasi propinsi di atas, maka akan disusun skala prioritas penanganan pembangunan dan perbaikan akses sanitasi masyarakat tiap kabupaten/kota. Skala prioritas akan disusun dengan menganalisis kelompok kabupaten/kota yang diklasifikasi berdasarkan penggabungan dari 2 model di atas, misal: kelompok kabupaten/kota A1, artinya kabupaten/kota tersebut pada model 1 berada pada kuadran kelompok A dan sekaligus pada model 2 serta berada pada kuadran kelompok 1.

Urutan prioritas penanganan pembangunan dan perbaikan akses sanitasi rumah tangga di masing-masing kabupaten/kota dapat ditunjukkan pada Tabel 6. Kelompok kabupaten/kota D4 (Banyumas, Purbalingga, Banjarnegara, Purworejo, Wonosobo, Rembang, Demak, Pekalongan, Pemalang, dan Tegal) menjadi kelompok kabupaten/kota yang mendapat prioritas 1 dalam penanganan akses sanitasi. Kondisi akses sanitasi di kelompok kabupaten/kota D4 masih di bawah rata-rata, sementara kondisi tingkat kemiskinan di atas rata-rata dan PDRB per kapita di bawah rata-rata. Kondisi kabupaten Cilacap dan Klaten (kelompok B1) sebenarnya memiliki potensi ekonomi yang baik (PDRB per kapita di atas rata-rata), namun kurangnya pemerataan pendapatan mengakibatkan tingkat kemiskinan yang masih di atas rata-rata dan sekaligus memiliki tingkat kesadaran yang rendah terhadap akses sanitasi.

Sebaliknya kelompok kabupaten/kota A1 (Kota Surakarta; Kota Semarang; Kota Salatiga; Kudus; dan Karanganyar) menjadi kelompok kabupaten/kota yang memiliki akses sanitasi rumah tangga di atas rata-rata.

Di samping itu, kelompok propinsi tersebut juga memiliki PDRB per kapita di atas rata-rata dan kondisi tingkat kemiskinan yang di bawah rata-rata. Hal ini menunjukkan kondisi sanitasi dan ekonomi di kelompok kabupaten/kota A1 telah baik dan mapan.

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

Kelompok Kabupaten/Kota	Nama Kabupaten/Kota	Deskripsi	Skala Prioritas Pembangunan Sanitasi dan Solusi
A 1	Kota Semarang; Kota Surakarta; Kota Salatiga; Kudus; Karanganyar	Kelompok kabupaten/kota dengan PDRB per kapita di atas rata-rata dan tingkat kemiskinan di bawah rata-rata, serta memiliki akses sanitasi di atas rata-rata	Skala prioritas 9: merupakan kelompok kabupaten/kota dengan klasifikasi mapan dengan akses sanitasi baik.
A 3	Kota Magelang; Kota Pekalongan; Kota Tegal; Jepara; Sukoharjo; Boyolali	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	Skala prioritas 8. Solusi: perlu adanya pemberdayaan potensi ekonomi daerah; perlu alokasi PDRB per kapita untuk akses sanitasi rumah tangga
B 1	Cilacap Klaten	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 6. Solusi: perlu adanya kesadaran terhadap sanitasi dan kesehatan; perlu alokasi PDRB per kapita untuk akses sanitasi rumah tangga

B 2	Kebumen; Wonogiri; Sragen; Grobogan; Blora	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 pemerataan distribusi pendapatan; alokasi 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; alokasi 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 alokasi PDRB per kapita untuk akses sanitasi rumah tangga; perlu kesadaran terhadap sanitasi dan kesehatan
C4	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 pemerataan distribusi pendapatan
D3	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 pemerataan distribusi pendapatan; alokasi PDRB per kapita untuk akses sanitasi rumah tangga; perlu kesadaran terhadap sanitasi dan kesehatan
D4	Banyumas; Purbalingga; 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 pemerataan distribusi pendapatan; alokasi 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 panjangnya 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 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 kuadran 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.

Pembahasan penentuan urutan prioritas pembangunan dan perbaikan akses sanitasi rumah tangga akan memberikan deskripsi tentang kondisi akses sanitasi rumah tangga pada berbagai propinsi di Indonesia. Oleh karena itu, pembahasan ini jangan diartikan dalam sebuah kerangka harfiah dalam arti bahwa pada saat suatu daerah tidak berada dalam kelompok prioritas 1, maka daerah itu diartikan tidak memerlukan pembangunan dan perbaikan akses sanitasi. Setiap daerah di Indonesia akan tetap memerlukan pembangunan di bidang sanitasi, hanya prioritasnya berbeda. Pembahasan ini adalah sebuah ilustrasi kondisi akses sanitasi rumah tangga yang terkait dengan pembangunan manusia secara holistik di Indonesia. Hal ini diharapkan menjadi masukan dalam usaha peningkatan pembangunan manusia sebagaimana diharapkan dalam tujuan dan target *Millenium Development Goals*.

REFERENSI

Anonim, *Indeks Pembangunan Manusia (IPM) Kota Jakarta 1990-1999*, Badan Pusat Statistik (BPS), Jakarta, 2002.

- Anonim., *Data dan Informasi Kemiskinan Propinsi di Indonesia 2004*, Badan Pusat Statistik (BPS), Jakarta, 2004
- Anonim., *Pendapatan Domestik Regional Bruto Propinsi di Indonesia 2004*, Badan Pusat Statistik (BPS), Jakarta, 2004.
- Anonim., *Human Development Report 2004*, UNDP, 2004.
- Chenery & Srinivasan (1989). *Handbook of Development Economics*, Vol 2, Elsevier, New York
- Imawan, W (2002). "Indikator Komposit Pembangunan Manusia: Indikator Sosial Untuk Monitoring Dan Evaluasi Kinerja Pembangunan Sesuai Wilayah Pemerintahan", Badan Pusat Statistik (BPS), Jakarta.
- Kuncara, Harya, (2005). "Pengaruh Transfer Antarpemerintah Terhadap Kinerja Fiskal Pemerintah Daerah, Pertumbuhan Ekonomi, dan Disparitas Pendapatan Regional", (Tidak dipublikasikan).
- Meier, G. M & J. Stiglitz (2001). *Frontiers of Development Economics in the Future Perspective*, Oxford University Press, New York.
- Muhammad, Mar'ie (2003). "Indeks Pembangunan Manusia di Indonesia", Koran Tempo, Jakarta.
- Mungkasa, O (2004). "Sekilas Kondisi Air Minum dan Sanitasi di Indonesia", Media Percik, Jakarta.
- Samudro, Bhimo R (2006). "The Linkages Between Sanitation and Poverty Level: A Human Development Study in Indonesia", *Paper Indonesia Regional Science Association (IRSA), IRSA 8th International Conference*, Malang.
- Soeranto, Dwityo A (2004). "Kualitas Manusia Indonesia dan Pembnagunan Prasarana Sanitasi", Media Percik, Jakarta.
- Sumahdumin & Dudi Abdurahim (2002). "Pemanfaatan Indeks Pembangunan Manusia untuk Perencanaan Pembangunan Daerah", Badan Pusat Statistik (BPS), Jakarta,
- Sumarsono, Soni dan Sahat M (2002). "Index Pembangunan Manusia dan Pemanfaatannya Dalam Pembangunan Daerah", Direktorat Bina Kelembagaan Pembangunan Dirjen Bina Pembangunan Daerah Depdagri dan Otda, Jakarta.
- Toddaro, M. P & Stephen Smith (2003). *Economics Development*, 8th, Addison Wesley, USA.
- World Bank (2001). *The Quality of Growth Kualitas Pertumbuhan 2000 (terjemahan)*, PT Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.
- World Bank (2002). *Globalization Growth, And Poverty*, Oxford University Press, New York.
- World Bank (2003). "Sustainable Development in a Dynamic World: Tranforming Institutions, Growth, and Quality of Life" World Development Report Oxford University Press, New York.