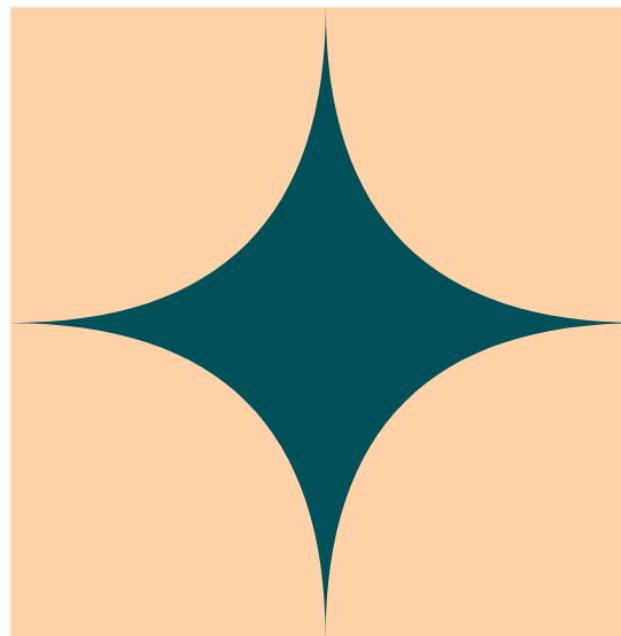




diskominfo
Kabupaten Bandung

AKSES SANITASI KABUPATEN BANDUNG



DAFTAR ISI

DAFTAR ISI.....	2
DAFTAR TABEL	4
DAFTAR GAMBAR	5
BAB I PENDAHULUAN.....	6
1.1 Latar Belakang	7
1.2 Maksud dan Tujuan	9
1.3 Batasan Masalah	9
BAB II DATA DAN METODOLOGI	10
2.1. Data	11
2.2. Metodologi Analisis	12
2.2.1. Analisis Deskriptif Kuantitatif.....	12
2.2.2. Analisis Inferensial	14
2.2.3. Analisis Tipologi Klassen (Modifikasi)	19
BAB III HASIL DAN PEMBAHASAN	22
3.1. Pendahuluan.....	23
3.2. Hasil Analisis Cakupan Sanitasi	23

3.3.	Hasil Analisis Korelasi Sanitasi dengan Kemiskinan	25
3.4.	Hasil Analisis Tipologi Klassen (Modifikasi)	26
BAB IV SIMPULAN DAN REKOMENDASI		32
4.1.	Simpulan.....	33
4.2.	Rekomendasi.....	35

DAFTAR TABEL

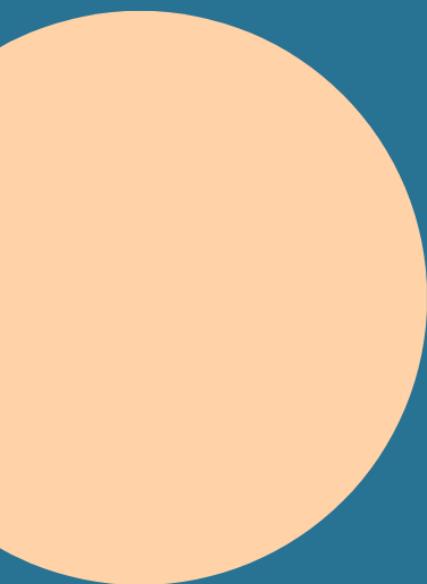
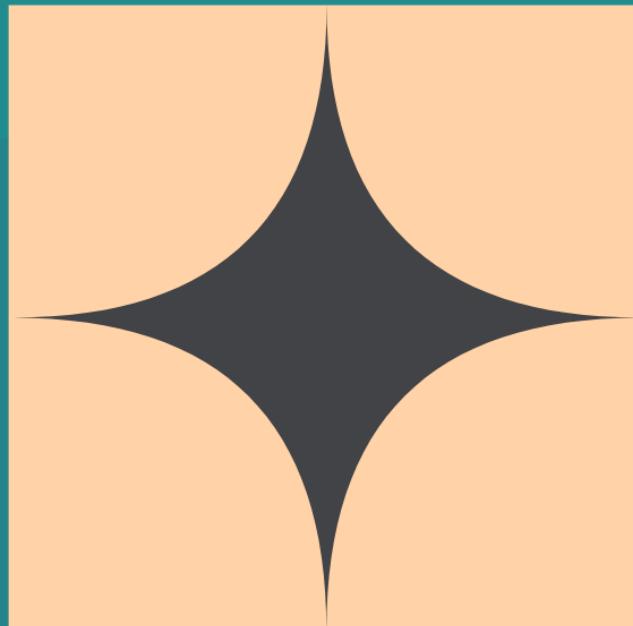
Tabel 1. Jumlah Rumah Tangga dan Rumah Tangga Terlayani Akses Sanitasi di Kabupaten Bandung serta Jumlah Penduduk Miskin Tahun 2024	11
Tabel 2. Interval Koefisien Korelasi.....	18
Tabel 3. Model Tipologi Klasifikasi Keterkaitan Sanitasi dan Penduduk Miskin.....	20
Tabel 4. Cakupan Kecamatan Terlayani Akses Sanitasi Tahun 2024 .	23
Tabel 5. Hasil Korelasi Spearman Sanitasi dengan Kemiskinan	25

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Hasil Tipologi Klassen: Cakupan Sanitasi (%) vs Cakupan Penduduk Miskin (%).....	27
---	----

BAB I

PENDAHULUAN



1.1 Latar Belakang

Sanitasi merupakan salah satu kebutuhan dasar yang sangat menentukan kualitas hidup masyarakat. Akses terhadap sanitasi yang baik tidak hanya berdampak pada kesehatan, tetapi juga pada produktivitas, kesejahteraan, dan kualitas lingkungan. Suatu rumah tangga dikatakan memiliki akses terhadap sanitasi layak apabila fasilitas buang air besar yang digunakan memakai kloset leher angsa dengan tempat pembuangan akhir tinja ke tangki septik, Instalasi Pengolahan Air Limbah (IPAL), atau lubang tanah khusus di wilayah pedesaan. Dengan demikian, pemenuhan akses sanitasi menjadi bagian penting dari layanan dasar yang wajib disediakan oleh pemerintah.

Di tingkat nasional maupun global, isu sanitasi menjadi perhatian serius. Agenda Pembangunan Berkelanjutan (SDGs) melalui target 6.2 menegaskan bahwa pada tahun 2030 harus tercapai akses sanitasi dan kebersihan layak serta merata bagi semua, sekaligus mengakhiri praktik buang air besar sembarangan. Target ini juga memberikan perhatian khusus kepada kebutuhan perempuan, anak perempuan, serta kelompok rentan. Artinya, pembangunan sektor

sanitasi bukan hanya terkait infrastruktur, tetapi juga mencakup aspek keadilan sosial dan perlindungan kelompok masyarakat tertentu.

Komitmen tersebut turut diperkuat di Kabupaten Bandung. Pada April 2025, Bupati Bandung H.M. Dadang Supriatna selaku Ketua Umum terpilih Aliansi Kabupaten/Kota Peduli Sanitasi (AKKOPSI) menegaskan program 100 hari kerja yang berfokus pada peningkatan layanan sanitasi dan air bersih. Program ini mencakup inisiatif Sanisek (Sanitasi Sekolah) dan Sanipes (Sanitasi Pesantren) yang diarahkan untuk memperluas cakupan layanan sanitasi dasar di ruang-ruang pendidikan. Dengan demikian, penyediaan akses sanitasi merupakan bagian dari pemenuhan hak dasar masyarakat yang menjadi kewajiban pemerintah. Namun, keberhasilan program sanitasi tidak hanya ditentukan oleh penyediaan sarana, tetapi juga keterlibatan masyarakat dalam pemanfaatan dan pemeliharaannya. Oleh karena itu, analisis mengenai akses rumah tangga terhadap akses sanitasi di Kabupaten Bandung menjadi penting untuk memahami kondisi aktual, mengukur tingkat pemerataan, serta mengidentifikasi wilayah yang masih memerlukan prioritas intervensi.

1.2 Maksud dan Tujuan

Maksud dari analisis ini adalah memberikan pemahaman menyeluruh mengenai kondisi pemerataan akses sanitasi di Kabupaten Bandung dengan melihat variasi capaian antar kecamatan serta keterkaitannya dengan tingkat kemiskinan. Sementara itu, tujuan yang hendak dicapai ialah menyediakan dasar informasi yang dapat digunakan pemerintah daerah dalam menetapkan wilayah prioritas intervensi peningkatan sanitasi, sekaligus memberikan gambaran kepada masyarakat dan pemangku kepentingan mengenai kondisi aktual layanan sanitasi sebagai bagian dari upaya peningkatan kualitas hidup.

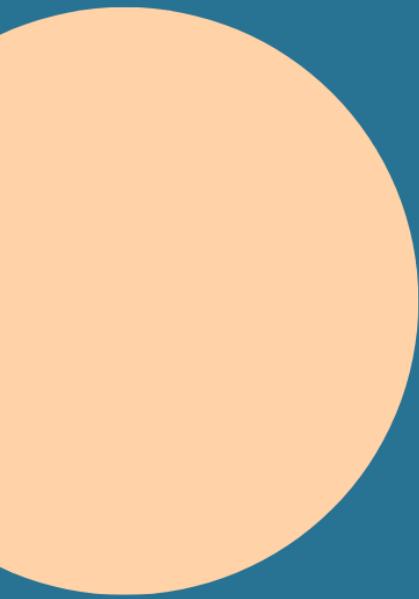
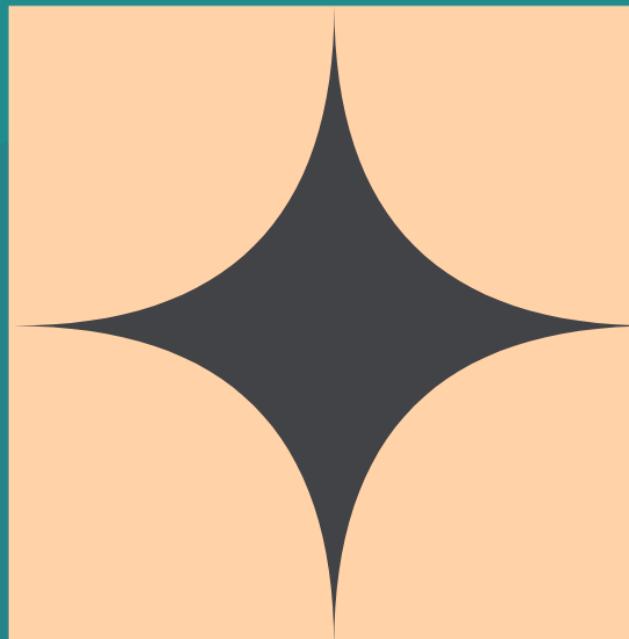
1.3 Batasan Masalah

Analisis ini dibatasi pada pengolahan data jumlah rumah tangga, cakupan akses sanitasi, dan tingkat kemiskinan di setiap kecamatan. Pembahasan tidak mencakup analisis mendalam mengenai faktor penyebab disparitas antar wilayah ataupun evaluasi teknis infrastruktur sanitasi sehingga fokus kajian tetap berada pada pemetaan kondisi dan identifikasi kelompok wilayah berdasarkan pendekatan statistik yang digunakan.

BAB II

DATA DAN

METODOLOGI



2.1. Data

Data yang digunakan dalam analisis ini merupakan data sekunder periode 2021–2024 yang diperoleh melalui Portal Satu Data Kabupaten Bandung. Sumber data mencakup informasi jumlah rumah tangga, jumlah rumah tangga yang terlayani akses sanitasi, serta jumlah penduduk miskin per kecamatan. Ketiga jenis data tersebut berasal dari unggahan Dinas Pekerjaan Umum dan Tata Ruang Kabupaten Bandung serta Dinas Sosial Kabupaten Bandung, dan disajikan secara terpadu pada **Tabel 1**.

Tabel 1. Jumlah Rumah Tangga dan Rumah Tangga Terlayani Akses Sanitasi di Kabupaten Bandung serta Jumlah Penduduk Miskin Tahun 2024

Kecamatan	Jumlah Rumah Tangga Terlayani Akses Sanitasi	Jumlah Rumah Tangga	Jumlah Penduduk Miskin
Arjasari	24.918	39.015	15.565
Baleendah	68.851	89.446	17.153
Banjaran	30.318	47.938	14.307
Bojongsoang	24.744	36.370	4.102
Cangkuang	20.284	28.803	7.535
Cicalengka	29.849	42.416	15.331
Cikancung	23.966	33.713	14.362
Cilengkrang	11.941	18.299	5.173
Cileunyi	40.023	58.467	13.165
Cimaung	20.974	33.345	14.107
Cimenyan	25.974	37.918	11.568
Ciparay	45.388	61.392	19.393

Kecamatan	Jumlah Rumah Tangga Terlayani Akses Sanitasi	Jumlah Rumah Tangga	Jumlah Penduduk Miskin
Ciwidey	20.574	32.812	15.977
Dayeuhkolot	33.255	35.596	5.069
Ibun	20.331	31.430	12.025
Katapang	31.395	45.107	7.197
Kertasari	16.915	25.939	13.058
Kutawaringin	24.436	37.053	12.343
Majalaya	37.297	56.436	16.818
Margaasih	34.090	49.277	7.114
Margahayu	28.794	39.304	2.656
Nagreg	14.024	20.271	8.913
Pacet	26.779	42.162	23.600
Pameungpeuk	20.282	31.536	4.337
Pangalengan	35.820	58.648	29.550
Paseh	32.078	46.954	16.183
Pasirjambu	21.691	34.209	15.872
Rancabali	11.741	19.412	7.880
Rancaekек	43.631	62.543	11.098
Solokanjeruk	22.388	31.549	4.862
Soreang	27.973	41.149	11.410

2.2. Metodologi Analisis

2.2.1. Analisis Deskriptif Kuantitatif

Menurut Sugiyono (2017), metode deskriptif kuantitatif merupakan metode statistik yang digunakan untuk menganalisis data berupa angka dengan cara mendeskripsikan atau menggambarkan data yang telah terkumpul sebagaimana adanya tanpa bermaksud

menarik kesimpulan yang bersifat generalisasi. Analisis deskriptif kuantitatif umumnya meliputi penyajian data dalam bentuk tabel, diagram, grafik, serta perhitungan ukuran pemasatan data seperti *mean, median, modus, standar deviasi, maupun persentase*.

Analisis dilakukan dengan menghitung jumlah rumah tangga yang memiliki akses sanitasi serta membandingkan variasi antar kecamatan melalui persentase cakupan sanitasi yang dihitung menggunakan rumus:

$$\text{Cakupan Sanitasi}_i (\%) = \frac{RT \text{ Terlayani Sanitasi}_i}{\text{Total } RT_i} \times 100\%$$

dengan i merupakan kecamatan $ke - i$ (misalnya Dayeuhkolot, Rancabali, Pangalengan, dan seterusnya). Perbandingan ini memungkinkan identifikasi kecamatan dengan capaian tertinggi maupun terendah sehingga didapat gambaran wilayah yang memerlukan prioritas intervensi dalam peningkatan layanan sanitasi. Namun, untuk menelaah lebih capaian sanitasi belum sepenuhnya mencerminkan kondisi kesejahteraan masyarakat. Faktor sosial-ekonomi, khususnya kemiskinan diduga berperan penting dalam akses terhadap sanitasi. gambaran menyeluruh mengenai kesejahteraan

masyarakat. Salah satu faktor yang perlu dianalisis lebih dalam ialah mengenai kondisi sosial-ekonomi masyarakat yang diduga memiliki kaitan terhadap akses sanitasi. Oleh karena itu, analisis berikutnya menyajikan distribusi cakupan penduduk miskin antar kecamatan sebagai dasar untuk melihat keterkaitan antara kedua variabel tersebut.

2.2.2. Analisis Inferensial

Analisis inferensial merupakan metode yang digunakan untuk menarik kesimpulan atau melakukan generalisasi terhadap suatu populasi berdasarkan data sampel. Secara umum, terdapat dua pendekatan utama dalam statistik inferensial, yaitu pendugaan (estimasi) parameter dan pengujian hipotesis. Estimasi parameter dilakukan dengan menghitung nilai rata-rata (*mean*), *median*, modus, deviasi standar, hingga persentase dari sampel untuk menduga karakteristik parameter populasi. Adapun pengujian hipotesis digunakan untuk menguji kebenaran atas suatu pernyataan secara statistik serta menarik kesimpulan apakah pernyataan tersebut dapat diterima atau ditolak. Melalui uji hipotesis, peneliti dapat

membuktikan apakah suatu pernyataan benar-benar dapat dibuktikan sebagai fakta atau hanya sebatas dugaan teoritis (Gangga, 2021).

Dalam penerapannya, statistik inferensial terbagi menjadi dua jenis, yaitu statistik parametrik dan statistik non-parametrik. Statistik parametrik merupakan bagian dari statistik inferensial yang umumnya diterapkan pada data berskala interval atau rasio dengan syarat sampel diambil secara acak, data terdistribusi normal, serta memiliki varians yang homogen. Beberapa contoh uji yang termasuk dalam statistik parametrik antara lain ialah Uji-z, Uji-t, ANOVA, Analisis Regresi, dan Analisis Korelasi Pearson. Berbeda dengan statistik parametrik, statistik non-parametrik atau yang sering disebut sebagai statistik bebas sebaran tidak mempersyaratkan bentuk distribusi tertentu pada parameter populasinya. Oleh karena itu, metode ini dapat diterapkan baik pada data yang berdistribusi normal maupun data yang tidak berdistribusi normal. Statistik non-parametrik umumnya digunakan untuk menganalisis data berskala nominal atau ordinal, di mana jenis data tersebut pada umumnya memang tidak memenuhi asumsi distribusi normal. Beberapa contoh teknik statistik

non-parametrik antara lain ialah Uji Binomial, Chi-Square, Korelasi Spearman, dan Median Test.

Analisis statistik inferensial yang digunakan dalam penelitian ini merupakan uji korelasi untuk mengetahui hubungan antara cakupan sanitasi dengan angka kemiskinan di tingkat kecamatan. Sebelum dilakukan uji korelasi, terlebih dahulu dilakukan uji normalitas data terhadap kedua variabel menggunakan uji *Shapiro-Wilk*. Hasil uji menunjukkan bahwa salah satu variabel tidak berdistribusi normal ($p < 0,05$) sehingga metode korelasi yang digunakan adalah korelasi Rank Spearman yang termasuk dalam uji statistik non-parametrik.

2.2.2.1 Korelasi Rank Spearman

Korelasi Rank Spearman digunakan untuk mengukur kekuatan dan arah hubungan antar variabel yang sekurang-kurangnya diukur dalam skala ordinal (ranging) atau data yang tidak memenuhi asumsi normalitas. Secara matematis, koefisien korelasi *Rank Spearman* dirumuskan sebagai berikut:

$$\rho = 1 - \frac{6 \sum_{i=1}^n d_i^2}{n(n^2 - 1)}$$

Dengan,

ρ : Nilai koefisien korelasi Rank Spearman

d_i : Selisih antara rank variabel X dan Y pada observasi $- i$

n : Jumlah pasangan data

Setelah diperoleh nilai koefisien korelasi Rank Spearman (ρ), langkah selanjutnya adalah melakukan pengujian hipotesis untuk mengetahui apakah hubungan yang ditemukan bersifat signifikan secara statistik atau tidak. Pengujian dilakukan dengan menetapkan hipotesis nol (H_0) dan hipotesis alternatif (H_1), serta menentukan taraf signifikansi dan kriteria uji sebagai dasar pengambilan keputusan.

Hipotesis Uji

H_0 : Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara variabel X dan Y ($\rho = 0$)

H_1 : Terdapat hubungan yang signifikan antara variabel X dan Y ($\rho \neq 0$)

Taraf Signifikansi (Taraf Kesalahan)

$\alpha = 5\% = 0,05$

Kriteria Uji

Tolak H_0 jika $\rho_{hitung} \geq \rho_{Tabel}$ atau $p-value < \alpha (0,05)$, terima dalam hal lainnya.

**) Nilai ρ_{tabel} diperoleh dari tabel distribusi korelasi Rank Spearman sesuai jumlah sampel (n) dan taraf kesalahan (α).*

Interpretasi Nilai Koefisien Korelasi

Terdapat beberapa tingkat hubungan korelasi antarvariabel berdasarkan interval koefisien sebagaimana terlampir pada **Tabel 2.**

Tabel 2. Interval Koefisien Korelasi

Interval Koefisien	Tingkat Hubungan
0,000 – 0,199	Sangat Rendah
0,200 – 0,399	Rendah
0,400 – 0,599	Sedang
0,600 – 0,799	Kuat
0,800 – 1,000	Sangat Kuat

Selain besarnya, terdapat tanda dari koefisien yang menentukan arah hubungan korelasi. Apabila ρ_{hitung} bernilai positif (+), maka hubungan antara kedua variabel bersifat searah. Artinya, ketika variabel X meningkat maka variabel Y cenderung ikut meningkat. Sebaliknya, jika ρ_{hitung} bernilai negatif (-), maka hubungan keduanya berlawanan arah. Dengan kata lain, kenaikan pada variabel X justru diikuti dengan penurunan variabel Y , dan begitu pula sebaliknya. Dengan demikian, interpretasi nilai koefisien korelasi tidak hanya dilihat dari besarnya, tetapi juga dari arah hubungannya.

2.2.3. Analisis Tipologi Klassen (Modifikasi)

Selain analisis korelasi Rank Spearman, penelitian ini juga menggunakan analisis Tipologi Klassen untuk mengklasifikasikan kondisi antar kecamatan di Kabupaten Bandung berdasarkan cakupan sanitasi dan cakupan penduduk miskin. Secara umum, Tipologi Klassen merupakan metode yang digunakan untuk mengelompokkan wilayah berdasarkan laju pertumbuhan ekonomi dan Produk Domestik Regional Bruto (PDRB) per kapita. Penelitian terdahulu oleh Rizki dan Saleh (2007) menunjukkan bahwa metode ini dapat diadaptasi untuk konteks lain, yaitu pada keterkaitan antara tingkat pembangunan manusia dan ekonomi di suatu daerah melalui studi berjudul "*Keterkaitan Akses Sanitasi dan Tingkat Kemiskinan: Studi Kasus di Provinsi Jawa Tengah.*"

Sejalan dengan hal tersebut, penelitian ini memodifikasi Tipologi Klassen dengan mengganti variabel pertumbuhan ekonomi menjadi *cakupan sanitasi* dan variabel PDRB per kapita menjadi *cakupan penduduk miskin*. Kedua indikator tersebut kemudian dibandingkan dengan nilai rata-rata Kabupaten Bandung untuk

menentukan posisi masing-masing kecamatan dalam empat kuadran tipologi sebagaimana disajikan pada **Tabel 3**.

Tabel 3. Model Tipologi Klasifikasi Keterkaitan Sanitasi dan Penduduk Miskin

	Cakupan Sanitasi di Atas Rata-Rata	Cakupan Sanitasi di Bawah Rata-Rata
Cakupan Penduduk Miskin di Atas Rata-Rata	I: Sanitasi Tinggi, Kemiskinan Tinggi	II: Sanitasi Rendah, Kemiskinan Tinggi
Cakupan Penduduk Miskin di Bawah Rata-Rata	IV: Sanitasi Tinggi, Kemiskinan Rendah	III: Sanitasi Rendah, Kemiskinan Rendah

Dengan demikian, kombinasi antara analisis deskriptif kuantitatif, analisis inferensial menggunakan korelasi Rank Spearman, serta klasifikasi wilayah melalui Tipologi Klassen (adaptasi) memberikan kerangka analisis yang komprehensif. Pendekatan ini tidak hanya menggambarkan variasi cakupan sanitasi antar kecamatan, tetapi juga menguji hubungan statistik dengan tingkat kemiskinan, sekaligus memetakan posisi relatif tiap kecamatan dalam kuadran tipologi. Seluruh metode tersebut akan digunakan pada bab

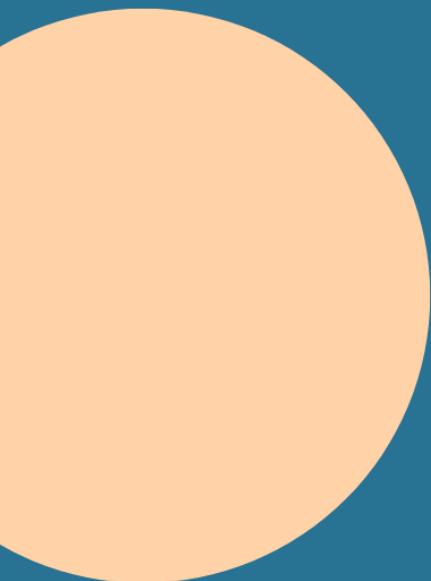
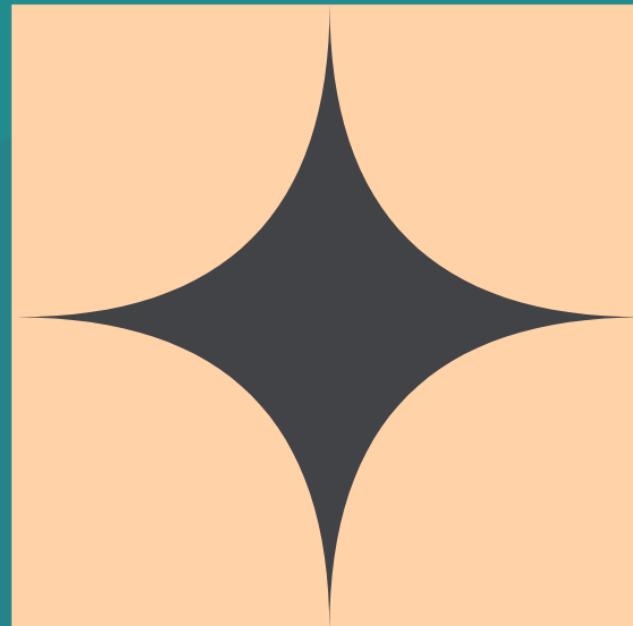


selanjutnya untuk memperoleh hasil analisis yang lebih terarah dan mendukung penarikan kesimpulan penelitian.

BAB III

HASIL DAN

PEMBAHASAN



3.1. Pendahuluan

Bagian ini menyajikan hasil analisis terhadap data yang tersedia guna menggambarkan kondisi pemerataan akses sanitasi di Kabupaten Bandung tahun 2024. Analisis dilakukan dengan metode yang telah dijelaskan pada bab sebelumnya dengan penyajian hasil dilakukan dalam bentuk tabel untuk memberikan gambaran yang komprehensif.

3.2. Hasil Analisis Cakupan Sanitasi

Pada tahun 2024, jumlah rumah tangga yang terlayani akses sanitasi di Kabupaten Bandung mencapai 870.724 rumah tangga. Kondisi ini menunjukkan bahwa sebagian besar rumah tangga di Kabupaten Bandung telah memiliki akses terhadap fasilitas sanitasi yang sesuai standar. Namun, apabila cakupan sanitasi dilihat antar kecamatan, masih terdapat variasi yang cukup mencolok dengan kisaran antara 60,48% hingga 93,4% untuk wilayah yang terlayani akses sanitasi dengan rincian seperti pada **Tabel 4**.

Tabel 4. Cakupan Kecamatan Terlayani Akses Sanitasi Tahun 2024

Kecamatan	Cakupan (%)	Kecamatan	Cakupan (%)
Dayeuhkolot	93,42	Soreang	67,98
Baleendah	76,97	Majalaya	66,09

Kecamatan	Cakupan (%)	Kecamatan	Cakupan (%)
Ciparay	73,93	Kutawaringin	65,95
Margahayu	73,26	Cilengkrang	65,25
Cikancung	71,09	Kertasari	65,21
Solokanjeruk	70,96	Ibun	64,69
Cangkuang	70,42	Pameungpeuk	64,31
Cicalengka	70,37	Arjasari	63,87
Rancaekek	69,76	Pacet	63,51
Katapang	69,6	Pasirjambu	63,41
Nagreg	69,18	Banjaran	63,24
Margaasih	69,18	Cimaung	62,9
Cimenyan	68,5	Ciwidey	62,7
Cileunyi	68,45	Pangalengan	61,08
Paseh	68,32	Rancabali	60,48
Bojongsoang	68,03		

Kecamatan Dayeuhkolot menjadi wilayah dengan cakupan tertinggi sebesar 93,4%, sementara Rancabali berada pada posisi terendah dengan cakupan sebesar 60,48%. Perbedaan ini menegaskan bahwa pemerataan layanan sanitasi masih menjadi tantangan penting, khususnya di kecamatan dengan capain rendah.

3.3. Hasil Analisis Korelasi Sanitasi dengan Kemiskinan

Untuk melihat keterkaitan antara Sanitasi dengan Kemiskinan, dilakukan analisis Korelasi Spearman dengan hasil tertera pada **Tabel 5.**

Tabel 5. Hasil Korelasi Spearman Sanitasi dengan Kemiskinan

Koefisien Korelasi	Keterangan
-0,595	Sedang, Arah Negatif

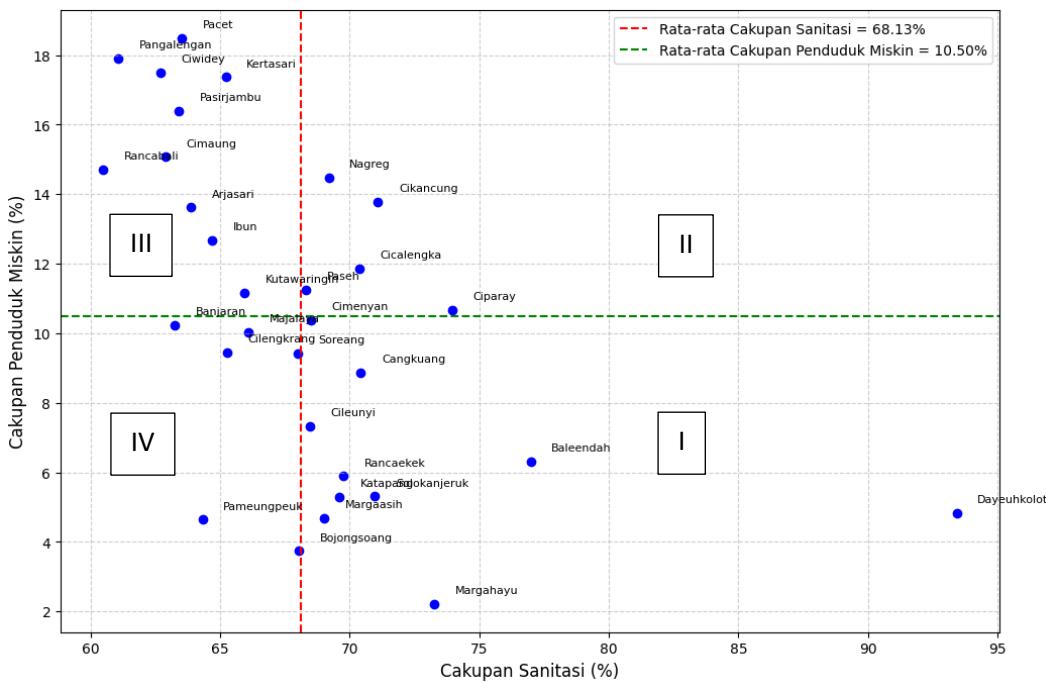
Hasil uji Korelasi Spearman pada **Tabel 5** menunjukkan bahwa akses sanitasi memiliki hubungan negatif sedang dengan tingkat kemiskinan dengan nilai koefisien sebesar -0,595. Nilai ini mencerminkan bahwa wilayah dengan cakupan sanitasi yang lebih baik cenderung memiliki tingkat kemiskinan yang lebih rendah. Pola tersebut menggambarkan keterkaitan yang konsisten antara peningkatan kualitas layanan dasar khususnya sanitasi layak dengan kondisi kesejahteraan masyarakat.

Hubungan negatif ini mengindikasikan bahwa semakin banyak rumah tangga yang tercakup akses sanitasi layak, maka semakin kecil kemungkinan wilayah tersebut memiliki proporsi penduduk miskin yang tinggi. Sebaliknya, daerah yang masih tertinggal dalam hal

sanitasi biasanya juga menghadapi tantangan sosial-ekonomi yang lebih besar, termasuk keterbatasan akses pendidikan, kesehatan, dan kesempatan ekonomi. Contohnya adalah Pangalengan yang hanya memiliki cakupan sanitasi 61% sekaligus memiliki jumlah penduduk miskin tertinggi di Kabupaten Bandung. Kondisi ini memperlihatkan bahwa wilayah dengan kerentanan ganda seperti Pangalengan perlu mendapat prioritas intervensi dalam program sanitasi agar tidak ada keluarga yang tertinggal dari layanan dasar.

3.4. Hasil Analisis Tipologi Klassen (Modifikasi)

Setelah mengetahui bahwa sanitasi dan kemiskinan memiliki hubungan negatif yang cukup kuat melalui analisis Korelasi Spearman, langkah berikutnya adalah melihat bagaimana pola keterkaitan tersebut terbentuk pada tingkat kecamatan. Untuk itu, digunakan pendekatan Tipologi Klassen yang memetakan setiap kecamatan berdasarkan posisi relatifnya terhadap rata-rata cakupan sanitasi dan rata-rata tingkat kemiskinan Kabupaten Bandung. Visualisasi ini memberi gambaran lebih detail mengenai kelompok wilayah mana yang relatif tertinggal, berkembang, maupun yang sudah berada pada kondisi sangat baik.



Gambar 1. Hasil Tipologi Klassen: Cakupan Sanitasi (%) vs Cakupan Penduduk Miskin (%)

Berdasarkan **Gambar 1**, setelah diketahui bahwa sanitasi dan kemiskinan memiliki hubungan negatif yang sedang melalui analisis Korelasi Spearman, langkah berikutnya adalah memetakan pola keterkaitan tersebut pada tingkat kecamatan menggunakan pendekatan Tipologi Klassen. Pendekatan ini menggambarkan posisi masing-masing kecamatan berdasarkan rata-rata cakupan sanitasi Kabupaten Bandung sebesar 68,13% (ditandai dengan garis vertikal merah) dan rata-rata cakupan penduduk miskin sebesar 10,50% (ditandai dengan garis horizontal hijau). Kombinasi kedua garis

tersebut membentuk empat kuadran yang menunjukkan karakteristik wilayah yang berbeda dengan penjelasan sebagai berikut:

- **Kuadran I – Sanitasi Tinggi, Kemiskinan Rendah (Wilayah Maju dan Mandiri)**

Wilayah pada kuadran ini menggambarkan kondisi yang paling ideal, di mana cakupan sanitasi telah melampaui rata-rata kabupaten dan persentase penduduk miskin berada di bawah rata-rata. Kecamatan seperti Dayeuhkolot, Baleendah, Cimenyan, Margahayu, Margaasih, Katapang, Rancaekek, Solokanjeruk, Cileunyi, dan Cangkuang termasuk dalam kategori ini. Capaian tersebut menunjukkan bahwa intervensi sanitasi berjalan efektif dan memberikan dampak signifikan terhadap kesejahteraan masyarakat. Wilayah ini dapat dikatakan sudah relatif mandiri sehingga fokus kebijakan ke depan dapat diarahkan pada peningkatan kualitas layanan dan mempertahankan kinerja yang sudah baik.

- **Kuadran II – Sanitasi Tinggi, Kemiskinan Tinggi (Wilayah Potensial)**

Kuadran ini berisi wilayah dengan cakupan sanitasi yang sebenarnya sudah baik, namun tingkat kemiskinan masih berada di atas rata-rata. Contoh kecamatan yang masuk kategori ini adalah Nagreg, Cikancung, Cicalengka, Paseh, dan Ciparay. Kondisi ini mengindikasikan bahwa sanitasi bukan satu-satunya penentu kesejahteraan; faktor seperti keterbatasan ekonomi, rendahnya keterampilan, hingga akses pekerjaan sangat memengaruhi kondisi kemiskinan. Meski demikian, wilayah ini memiliki potensi pertumbuhan yang tinggi apabila intervensi penurunan kemiskinan dilakukan secara terarah, sebab pondasi sanitasi yang baik sudah menjadi modal kuat untuk percepatan pembangunan.

- **Kuadran III – Sanitasi Rendah, Kemiskinan Tinggi (Wilayah Prioritas Intervensi)**

Kuadran ini merupakan kelompok wilayah yang paling membutuhkan perhatian karena menghadapi tantangan ganda: cakupan sanitasi yang rendah dan tingkat kemiskinan yang

tinggi. Kecamatan seperti Pacet, Pangalengan, Ciwidey, Pasirjambu, Kertasari, Rancabali, Cimaung, Arjasari, Ibun, dan Kutawaringin termasuk dalam kategori ini. Kondisi tersebut mencerminkan bahwa layanan dasar belum memadai sementara tingkat kesejahteraan masyarakat juga masih rendah sehingga wilayah ini menjadi prioritas utama dalam perencanaan pembangunan. Diperlukan intervensi terpadu yang melibatkan perbaikan sanitasi, penguatan ekonomi, peningkatan layanan pendidikan, serta akses kesehatan agar permasalahan dapat ditangani secara menyeluruh.

- **Kuadran IV – Sanitasi Rendah, Kemiskinan Rendah (Wilayah Berkembang)**

Wilayah dalam kuadran ini memiliki tingkat kemiskinan yang relatif rendah meskipun cakupan sanitasi masih berada di bawah rata-rata kabupaten. Contohnya adalah Soreang, Majalaya, Banjaran, Cilengkrang, Pameungpeuk, dan Bojongsoang. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa wilayah ini memiliki modal sosial atau ekonomi yang cukup baik sehingga meski sanitasi belum optimal, kualitas hidup masyarakat tetap

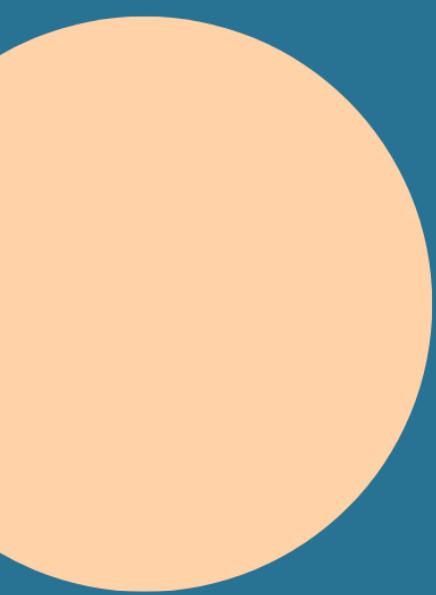
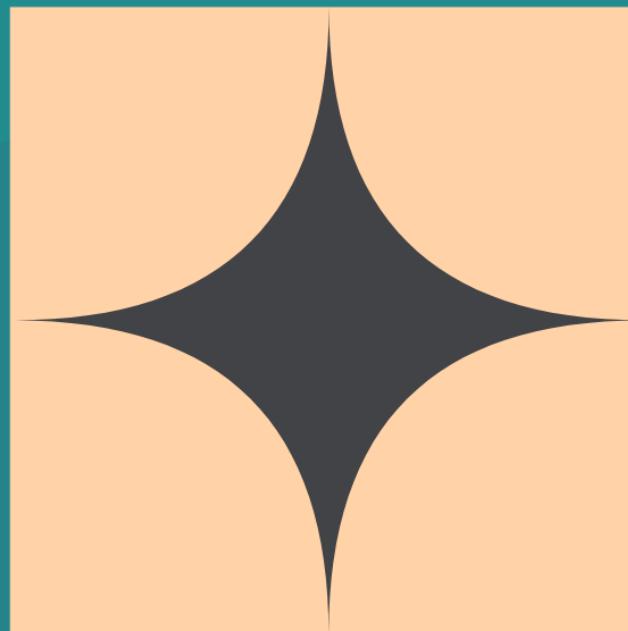


terjaga. Intervensi peningkatan sanitasi di wilayah ini diprediksi dapat memberikan dampak besar karena memperbaiki layanan dasar akan semakin memperkuat kapasitas sosial-ekonomi yang sudah dimiliki.

BAB IV

SIMPULAN DAN

REKOMENDASI



4.1. Simpulan

Analisis tahun 2024 menunjukkan bahwa Kabupaten Bandung telah mencapai capaian sanitasi yang cukup baik secara umum dengan 870.724 rumah tangga telah memiliki akses sanitasi layak. Namun, pemerataan antar kecamatan masih menjadi tantangan besar yang terlihat dari rentang cakupan sangat lebar, mulai dari 60,48% (Rancabali) hingga 93,42% (Dayeuhkolot). Selanjutnya, Hasil Korelasi Spearman memperlihatkan hubungan negatif sedang antara sanitasi dan kemiskinan ($r = -0,595$) yang menandakan bahwa semakin baik cakupan sanitasi suatu wilayah, semakin rendah tingkat kemiskinannya. Pola ini tercermin jelas di lapangan, seperti pada wilayah Pangalengan yang memiliki cakupan sanitasi rendah sekaligus tingkat kemiskinan kedua tertinggi di kabupaten Bandung.

Apabila dilihat lebih jauh melalui pendekatan Tipologi Klassen dengan pemetaan kecamatan berdasarkan rata-rata sanitasi (68,13%) dan rata-rata penduduk miskin (10,50%), terlihat adanya perbedaan kondisi antar wilayah yang cukup mencolok. Terdapat sejumlah kecamatan yang telah berada pada kondisi maju dan mandiri, ditandai dengan cakupan sanitasi yang tinggi serta tingkat kemiskinan yang

rendah sehingga mencerminkan kinerja layanan dasar dan kesejahteraan yang relatif mapan. Di sisi lain, beberapa wilayah masuk kategori potensial, yaitu kecamatan yang sudah memiliki sanitasi baik tetapi masih menghadapi tingkat kemiskinan yang lebih tinggi dari rata-rata sehingga membutuhkan intervensi penguatan ekonomi agar kemajuannya lebih seimbang. Kelompok wilayah prioritas intervensi juga masih cukup banyak, yaitu kecamatan dengan cakupan sanitasi yang rendah sekaligus tingkat kemiskinan yang tinggi, menandakan adanya tantangan ganda dalam layanan dasar dan kesejahteraan masyarakat yang memerlukan penanganan terarah dan intensif. Sementara itu, terdapat pula kecamatan yang masuk kategori berkembang, yaitu wilayah dengan kemiskinan rendah meskipun sanitasi belum optimal. Kondisi ini menunjukkan adanya kapasitas sosial-ekonomi yang cukup kuat sehingga peningkatan sanitasi berpotensi memberikan dampak signifikan bagi peningkatan kualitas hidup masyarakat.

4.2. Rekomendasi

Berdasarkan temuan tersebut, beberapa langkah strategis yang direkomendasikan adalah:

1. Prioritaskan Intervensi di Wilayah Kuadran III (Sanitasi Rendah

– Kemiskinan Tinggi)

Wilayah seperti Pacet, Pangalengan, Ciwidey, Pasirjambu, Kertasari, Rancabali, Cimaung, Arjasari, Ibun, dan Kutawaringin harus menjadi fokus utama program pemerintah. Intervensi harus dilakukan secara terpadu: peningkatan sarana sanitasi, bantuan sosial yang produktif, pelatihan kerja, serta peningkatan layanan kesehatan dan pendidikan.

2. Percepat Peningkatan Infrastruktur Sanitasi Dasar

Kecamatan dengan cakupan sanitasi di bawah rata-rata, terutama di Kuadran III dan IV, perlu mendapatkan alokasi anggaran lebih besar untuk pembangunan dan rehabilitasi infrastruktur sanitasi berbasis masyarakat (septic tank komunal, IPAL komunal, dan SPAL).

3. Perkuat Integrasi Sanitasi dengan Program Pengentasan Kemiskinan

Karena sanitasi terbukti berpengaruh terhadap kesejahteraan, program bantuan sosial, UMKM, pemberdayaan ekonomi perempuan, dan peningkatan kualitas rumah harus disinergikan dengan perbaikan sanitasi agar dampaknya lebih optimal.

4. Dorong Wilayah Kuadran II (Sanitasi Tinggi – Kemiskinan Tinggi) untuk Percepatan Penurunan Kemiskinan

Kecamatan seperti Nagreg, Cikancung, Cicalengka, Paseh, dan Ciparay. sudah memiliki modal sanitasi yang baik. Oleh karena itu, intervensi penurunan kemiskinan dapat lebih difokuskan pada peningkatan keterampilan tenaga kerja, akses pembiayaan, dan perluasan lapangan kerja.

5. Pertahankan Kinerja Wilayah Kuadran I (Maju dan Mandiri)

6. Optimalkan Wilayah Kuadran IV (Berkembang) dengan Intervensi Sanitasi Terarah

Karena kemiskinan sudah rendah, wilayah ini berpotensi mengalami lonjakan kesejahteraan apabila sanitasi



dingkatkan. Prioritas intervensi sanitasi di sini akan memberikan dampak cepat dan signifikan.