PENGARUH PENGELUARAN PEMERINTAH PADA SEKTOR PENDIDIKAN DAN SEKTOR KESEHATAN TERHADAP KEMISKINAN MELALUI PENINGKATAN PEMBANGUNAN MANUSIA DI PROVINSI NUSA TENGGARA TIMUR TAHUN 2009-2012

EVI NOVIYANTI
8105108061

Skripsi Ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Pendidikan Pada Fakultas Ekonomi Universitas Negeri Jakarta

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN EKONOMI
KONSENTRASI PENDIDIKAN EKONOMI KOPERASI
JURUSAN EKONOMI DAN ADMINISTRASI
FAKULTAS EKONOMI
UNIVERSITAS NEGERI JAKARTA
2014

THE EFFECT OF GOVERNMENT EXPENDITURE ON EDUCATION AND HEALTH SECTORS TO POVERTY THROUGH HUMAN DEVELOPMENT IN EAST NUSA TENGGARA PROVINCE IN THE YEAR OF 2009-2012

EVI NOVIYANTI
8105108061

Skripsi is Written as Part of Bachelor Degree in Education Accomplishment at The Faculty of Economic, State University of Jakarta

STUDY PROGRAM OF ECONOMIC EDUCATION
CONCENTRATION IN COOPERATIVE ECONOMIC EDUCATION
DEPARTMENT OF ECONOMIC AND ADMINISTRATION
FACULTY OF ECONOMIC
STATE UNIVERSITY OF JAKARTA
2014

ABSTRAK

EVI NOVIYANTI. "*Pengaruh Pengeluaran Pemerintah Pada Sektor Pendidikan dan Sektor Kesehatan Terhadap Kemiskinan Melalui Pembangunan Manusia di Provinsi Nusa Tenggara Timur Tahun 2009-2012*"**.** Pendidikan Ekonomi Koperasi. Jurusan Ekonomi dan Administrasi. Fakultas Ekonomi. Universitas Negeri Jakarta. 2014.

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengaruh pengeluaran pemerintah pada sektor pendidikan dan sektor kesehatan terhadap kemiskinan melalui pembangunan manusia. Adapun data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data sekunder, gabungan dari data tahunan dan 21 kabupaten kota periode 2009-2012 yang diperoleh dari DPJK dan BPS. Penelitian ini menggunakan analisi jalur. Dengan Metode penelitian ini menggunakan metode *expose facto.* Teknik analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis regresi berganda. Dengan menggunakan model analisis regresi berganda, output menunjukkan bahwa pengeluaran pemerintah pada sektor pendidikan (X1) berpengaruh negatif dan signifikan terhadap kemiskinan (Y). Pengeluaran pemerintah pada sektor kesehatan (X2) berpengaruh negatif dan signifikan terhadap kemiskinan (Y). Pengaluaran pemerintah pada sektor pendidikan (X1) dan kesehatan (X2) berpengaruh positif dan signfikan terhadap IPM (X3) dan IPM (X3) berpengaruh negatif dan signifikan terhadap kemiskinan (Y). Dari hasil Uji F dengan memperhatikan nilai signifikansinya = 0.004 < 0.05 maka dapat dikatakan secara simultan pengeluaan pemerintah pada sektor pendidikan dan kesehatan serta IPM berpengaruh negatif terhadap kemiskinan. Nilai koefisien determinasi (R^2) diperoleh sebesar 0,536 memiliki pengertian bahwa perubahan kemiskinan dapat dijelaskan oleh pengeluaran pemerintah pada sektor pendidikan dan kesehatan serta IPM sebesar 53,6% sedangkan sisanya dijelaskan oleh faktor-faktor lain yang tidak ada dalam model penelitian ini.

Kata Kunci: kemiskinan, pengeluaran pemerintah sektor pendidikan, pengeluaran pemerintah sektor kesehatan dan IPM

ABSTRACT

EVI NOVIYANTI**. "***The Effect Of Government Expenditure On Education and Health Sectors To Poverty Through Human Development In East Nusa Tenggara Province In The Year of 2009-2012* **".** Cooperative Economic Education. Departement Of Economic and Administration. State University Of Jakarta. 2014.

This study conducted to analyze the effect of government expenditure on education and health sector on poverty through human development . The data that used in this research is secondary data , a combination of annual data and the 21 districts of the city from 2009-2012 were obtained DPJK and BPS . This study uses the path analysis . With this study method using facto expose . The data analysis technique used in this study is multiple regression analysis . By using multiple regression analysis model , the output shows that government expenditure on education (X1) is a significant negative effect on poverty (Y) . Government expenditure on the health sector (X2) significant negative effect on poverty (Y) . Government expenditure on the education (X1) and health (X2) sectors were significant positive effect on the HDI (X3) and HDI (X3) and a significant negative effect on poverty (Y) . From the results of the F test with regard significance value = 0.004 <0.05 , it can be said simultaneously government expenditure on education and health sectors as well as HDI negative effect on poverty . The coefficient of determination (R^2) of 0.536 obtained has the notion that poverty can be explained by changes in government expenditure on education and health sectors as well as HDI 53.6 % while the rest is explained by other factors that do not exist in this research model .

Keyword : poverty, government expenditure on education sector, government expenditure on health sector and HDI

LEMBAR PENGESAHAN SKRIPSI

Penanggung Jawab

Dekan Fakultas Ekonomi

Drs. Dedi Purwana, E.S., M.Bus.

NIP. 19671207 199203 1 001

Nama	Jabatan	Tanda Tangan	Tanggal
1. Karuniana Dianta S, S.IP, M.E NIP. 19800924 200812 1 002	Ketua	.....	30/12 2014
2. Dicky Iranto, S.E., M.Si. NIP. 19710612 200112 1 001	Sekretaris	.....	23/12 2014
3. Dra. Endang Sri Rahayu, M.Pd. NIP. 19530320 198203 2 001	Penguji Ahli	.....	30/12 2014
4. Dr. Haryo Kuncoro, S.E, M.Si NIP. 19700207200812 1 001	Pembimbing I	.....	23/12 2014
5. Dra. Rd. Tuty Sariwulan, M.Si NIP. 19580722198603 2 001	Pembimbing II	.....	23/12 2014

Tanggal Lulus: 18 Desember 2014

PERNYATAAN ORSINILITAS

Dengan ini saya menyatakan bahwa :

1. Skripsi ini merupakan karya asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik sarjana, baik di Universitas Negeri Jakarta maupun di Perguruan Tinggi lain.
2. Skripsi ini belum dipublikasikan, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama pengarang dan dicantumka dalam daftar pustaka.
3. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar, serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di Universitas Negeri Jakarta.

Jakarta, Desember 2014

Yang membuat pernyataan

Evi Noviyanti
No. Reg. 8105108061

LEMBAR MOTTO DAN PERSEMBAHAN

You don't always need a plan. Sometimes you just need to breathe, trust, let go and see what happens.

Never be afraid to try something new. Read, understand and just do it !

And remember "Theres Allah"...

"Semua ini aku lakukan hanya untuk mu Mama, yang tak henti-hentinya memberiku kesempatan untuk bisa sampai pada titik ini. Untuk mu Papa, ku ingin kau tersenyum melihatku dari sana"

" Dan untuk kalian yang ku sayangi dan ku ucapkan terima kasih : kakak-kakakku, Ouresthe Ewang C, 8 sahabat ku, Citra, Resti, Sulast dan semua teman-teman Ekop 2010"

Evi Noviyanti

KATA PENGANTAR

Puji serta rasa syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat dan berkah yang diberikan kepada penulis dalam melakukan penelitian ini dengan judul " Pengaruh Pengeluaran Pemerintah Pada Sektor Pendidikan dan Kesehatan melalui Pembangunan Manusia di Provinsi Nusa Tenggara Timur".

Penelitian ini dilakukan sebagai salah satu syarat untuk mendapatkan gelar Sarjana Pendidikan pada Fakultas Ekonomi Universitas Negeri Jakarta. Dalam menyelesaikan penelitian ini penulis mendapatkan bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak, untuk itu dalam kesempatan ini penulis ingin menyampaikan rasa terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Bapak DR. Harya Kuncara Wiralaga , SE, M.Si sebagai dosen pembimbing I dan Ibu Dra. Tuty Sariwulan M.Si sebagai dosen pembimbing II atas kesabaran memberikan saran dan arahan dalam menyelesaikan skripsi ini.
2. Bapak Drs. Dedi Purwana, E.S, M.Bus selaku Dekan Fakultas Ekonomi dan Bapak Drs. Nurdin Hidayat, M.M, M.Si, selaku Ketua Jurusan Ekonomi dan Administrasi
3. Ibu Dr. Siti Nurjanah, SE, M.Si, selaku Ketua Program Studi Pendidikan Ekonomi dan Bapak Karuniana Dianta A.S, S.IP, ME selaku Ketua Konsentrasi Pendidikan Ekonomi Koperasi yang senantiasa memberikan motivasi, kemudahan serta arahan dalam menyelesaikan berbagai masalah dalam masa studi.
4. Kepada kedua Orang Tua yang tersayang terima kasih atas segala dukungan dalam berbagai wujud mulai dari materi, moril dan doa yang tiada henti. Kalian merupakan alasan terbesar untukku dalam menyelesaikan studi ini.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu, dengan segala kerendahan hati penulis menerima kritik dan saran yang membangun untuk perbaikan dimasa yang akan datang. Akhir kata, semoga skripsi ini bermanfaat bagi pembaca.

Jakarta, Desember 2014

Evi Noviyanti

DAFTAR ISI

JUDUL PENELITIAN i

TITLE ii

ABSTRAK iii

ABSTRACT iv

LEMBAR PENGESAHAN v

PERNYATAAN ORSINILITAS vi

LEMBAR MOTTO DAN PERSEMBAHAN vii

KATA PENGANTAR viii

DAFTAR ISI x

DAFTAR LAMPIRAN xii

DAFTAR TABEL xiii

DAFTAR GAMBAR xv

DAFTAR GRAFIK xvi

BAB I. PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah 1

B. Identifikasi Masalah 18

C. Pembatasan Masalah 19

D. Perumusan Masalah 19

E. Kegunaan Penelitian 20

BAB II. KAJIAN TEORETIK

A. Deskripsi Konseptual 22

1. Kemiskinan 22

2. Pengeluaran Pemerintah 33

3. Pembangunan Manusia dan IPM 40
B. Hasil Penelitian yang Relevan 43
C. Kerangka Teoretik..... 45
D. Perumusan Hipotesis..... 48

BAB III. METODOLOGI PENELITIAN

A. Tujuan Penelitian 50
B. Objek Penelitian 51
C. Metode Penelitian 51
D. Jenis dan Sumber Data 52
E. Operasionalisasi Variabel 52
F. Konstelasi Pengaruh Antar Variabel 55
G. Teknik Analisis Data 55

BAB IV. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Deskripsi Data 64
1. Kemiskinan 64
2. Pengeluaran Pemerintah Sektor Pendidikan 66
3. Pengeluaran Pemerintah Sektor Kesehatan..... 67
4. IPM..... 69
B. Analisis Data 70
C. Interpretasi Hasil Penelitian 85
D. Keterbatasan Penelitian 88

BAB V. KESIMPULAN, IMPLIKASI DAN SARAN

A. Kesimpulan 90
B. Implikasi..... 92
C. Saran..... 93
DAFTAR PUSTAKA..... 95
LAMPIRAN 99

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran **Judul** **Halaman**

1. Jumlah Penduduk Miskin Provinsi NTT Tahun 2009-2012 99

2. Realisasi Pengeluaran Pemerintah Sektor Pendidikan Prov.NTT.....100

3. Realisasi Pengeluaran Pemerintah Sektor Kesehatan Prov.NTT.....101

4. Data IPM Prov.NTT Tahun 2009-2012 102

5. Tabel Correlation X1,X2 dan X3 Terhadap Y 103

6. Hasil Regresi Struktur 1 104

7. Hasil Regresi Struktur 2 105

8. Hasil Regresi Struktur 3 106

9. Hasil Regresi X1,X2 dan X3 Terhadap Y 107

10. Tabel Uji F 108

11. Tabel Uji t 109

DAFTAR TABEL

Tabel **Judul** **Halaman**

I.1 Jumlah dan Persentase Penduduk Miskin di Indonesia 4

I.2 Indeks Pembangunan Manusia Per Provinsi.....6

I.3 Rata-rata Lama Sekolah usia > 15 tahun 9

I.4 Jumlah Penduduk Berdasarkan Tingkat Pendidikan 10

I.5 Cakupan Persalinan di Tolong Tenaga Medis 13

I.6 Jumlah Fasilitas Kesehatan Provinsi NTT.....14

I.7 Rata-Rata Pertumbuhan Ekonomi 15

I.8 Data Belanja APBD Menurut Fungsi 16

IV.1 Correlation Variabel X1,X2 dan X3 Terhadap Y 71

IV.2 Koefisien Jalur Struktur 1 72

IV.3 Model Summary Struktur 1 73

IV.4 Koefisien Jalur Struktur 2 73

IV.5 Model Summary struktur 2 74

IV.6 Koefisien JalurStruktur 3 75

IV.7 Model Summary Struktur 3 76

IV.8 Rangkuman Hasil Koefisien Jalur 76

IV.9 Coefficient Regresi X1,X2 Terhadap Y.....77

VI.10 Coefficient Regresi X1,X2 Terhadap X3.....79

VI.11 Coefficient Regresi X3 Terhadap Y 81

VI.12 Tabel Anova 1 82

VI.13 Tabel Anova 2.....83

VI.14 Tabel Anova 3.....84

VI.15 Model Summary 85

DAFTAR GAMBAR

Gambar Judul Halaman

Gambar I.1 Perkembangan Kemiskinan NTT.....8

Gambar I.2 Angka Kematian Bayi Provinsi NTT.....11

Gambar III.1 Model Analisis Jalur 58

Gambar IV.1 Koefisien Pengaruh Jalur 76

DAFTAR GRAFIK

Grafik **Judul** **Halaman**

Grafik VI.1 Perkembangan Kemiskinan NTT 65

Grafik VI.2 Perkembangan Pengeluaran Pemerintah sektor Pendidikan.....66

Grafik VI.3 Perkembangan Pengeluaran Pemerintah sektor Kesehatan.....68

Grafik VI.4 Perkembangan IPM Prov.NTT.....69

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Kemiskinan merupakan masalah yang belum terpecahkan hingga abad ke-21[1]. Di Negara maju maupun negara berkembang masalah kemiskinan merupakan suatu hal yang menjadi perhatian khususnya bagi pemerintah. Bagi negara berkembang seperti Indonesia kemiskinan seolah-olah menjadi tantangan bagi setiap pemimpin untuk menjadikannya sebagai program utama guna mengurangi kemiskinan pada masa jabatan kepemimpinan. Pada awal pemerintahan Orde Baru, para pembuat kebijakan dan perencanaan pembangunan ekonomi di Jakarta masih sangat percaya bahwa proses pembangunan ekonomi yang pada awalnya terpusatkan hanya di Jawa, khususnya Jakarta dan sekitarnya, dan hanya di sektor-sektor tertentu saja, pada akhirnya akan menghasilkan apa yang dimaksud dengan efek-efek 'cucuran/ tetesan kebawah'(*trickle down effect*). Didasarkan atas kerangka pemikiran tersebut, pada awal periode Orde Baru hingga akhir tahun 1970-an, strategi pembangunan ekonomi yang dianut oleh pemerintahan Soeharto lebih berorientasi pada pertumbuhan ekonomi yang tinggi[2]. Untuk mencapai tujuan tersebut maka pusat pembangunan ekonomi nasional dimulai di Pulau Jawa dengan alasan bahwa semua fasilitas-fasilitas yang dibutuhkan, seperti pelabuhan,

---

[1]Juan Somavia, *United Nation World Summit for Social Development*, 1995

[2]Tulus T.H Tambunan. *Perekonomian Indonesia Kajian Teoretis dan Analisis Empiris.(* Bogor : Ghalia Indonesia)., pp.181-182

jalan raya dan kereta api, telekomunikasi, kompleks industri, gedung-gedung pemerintahan atau administrasi negara, kantor perbankan dan infrastruktur pendukung lainnya lebih tersedia di Jawa (khususnya Jakarta dan sekitarnya) dibandingkan di provinsi-provinsi lain di Indonesia.

Pembangunan pada saat itu juga hanya berpusat pada sektor-sektor tertentu saja yang secara potensial memiliki kemampuan besar untuk menghasilkan nilai tambah bruto yang tinggi. Pemerintah percaya bahwa nantinya hasil dari pembangunan itu akan 'menetes' ke sektor-sektor dan wilayah lain di Indonesia. [3]Namun, pada akhirnya efek menetes ternyata sangat kecil bahkan dapat dikatakan tidak sama sekali karena proses mengalir ke bawah sangat lambat. Akibat dari strategi tersebut dapat dilihat pada tahun 1980-an hingga krisis tahun 1997, Indonesia memang menikmati laju pertumbuhan ekonomi rata-rata per tahun tinggi, tetapi tingkat kesenjangan dalam pembagian pendapatan perkapita juga semakin besar dan jumlah orang miskin tetap banyak, bahkan meningkat tajam sejak krisis ekonomi.[4]

Tahun demi tahun berlalu namun masalah kemiskinan belum tuntas secara signfikan. Hingga pada masa pemerintahan Presiden Susilo Bambang Yudhoyono yang juga menegaskan kepeduliannya untuk mengatasi kemiskinan tersebut kemudian dirumuskan dengan *new deal* dalam pembangunan ekonomi Indonesia. Ringkasan dari *new deal* tersebut tertuang dalam prinsip *triple track strategy* :

---

[3]*Ibid*
[4]*Ibid*

pro-growth, pro-job, dan *pro-poor*[5]. Salah satunya dicetuskan program Masterplan Percepatan dan Perluasan Pengurangan Kemiskinan Indonesia (MP3KI), untuk memberantas kemiskinan senilai Rp106,8 triliun. Angka ini meningkat dua kali lipat dari anggaran tahun 2007 yang hanya mencapai Rp53,1 triliun. Program itu direalisasikan melalui beberapa kegiatan. Mulai dari pemberian bantuan dan perlindungan sosial, pemberdayaan masyarakat, pengembangan usaha kecil dan mikro, serta program prorakyat penyediaan prasarana/sarana murah. Namun, program pemberantasan kemiskinan itu tidak sejalan dengan fakta di lapangan[6].

Pada tahun 2012 jumlah penduduk miskin di Indonesia pada September mencapai 28,55 juta orang (11,47 persen), bertambah 0,48 juta orang dibandingkan dengan penduduk miskin pada Maret 2012 yang sebanyak 28,07 juta orang (11,37persen). Selama periode Maret-September 2012, penduduk miskin di perkotaan bertambah sebanyak 300 ribu orang, sementara di pedesaan hanya bertambah sekitar 180 ribu orang.[7] Jumlah penduduk miskin dikota pada periode tersebut dapat terjadi karena banyaknya penduduk yang melakkan urbanisasi tanpa adanya persiapan yang matang, sehingga hal tersebut hanya menambah beban di kota. Dapat dilihat dari data yang disajikan di bawah ini :

---

[5]Fathur Annas, Mengakhiri Kemiskinan Sebuah Ideologi Pembangunan,http://suar.okezone.com/read/2013/04/04/58/786060/large (diakses : tanggal 1 Mei 2014)

[6] Hasan Kurniawan, 28,07 juta rakyat Indonesia hidup di garis kemiskinan,http://daerah.sindonews.com/read/2013/10/17/29/795240/28-07(diakses : tanggal 23 Maret 2014)

[7]BPS *Laporan Bulanan Data Sosial Ekonomi edisi 45*, Februari 2014. p. 102

Tabel I. 1
Jumlah dan Persentase Penduduk Miskin, September 2012

NO	PROVINSI	JUMLAH PENDUDUK MISKIN DI KOTA(000 ORANG)	JUMLAH PENDUDUK MISKIN DI DESA(000 ORANG)	JUMLAH PENDUDUK MISKIN(000 ORANG)	PERSENTASE PENDUDUK MISKIN
1.	Aceh	156,80	698,92	855,71	17,72
2.	Sumatera Utara	689,21	701,59	1 390,80	10,39
3.	Sumatera Barat	124,89	255,74	380,63	7,56
4.	Riau	162,71	359,82	522,53	8,42
5.	Jambi	106,36	175,20	281,57	8,42
6.	Sumatera Selatan	375,96	732,25	1 108,21	14,06
7.	Bengkulu	97,66	222,75	320,41	17,75
8.	Lampung	222,75	911,53	1 134,28	14,39
9.	Bangka Belitung	23,07	47,83	70,90	5,25
10.	Kepulauan Riau	95,34	29,68	125,02	6,35
11.	DKI Jakarta	375,70	-	375,70	3,72
12.	Jawa Barat	2 626,16	1 756,49	4 382,65	9,61
13.	Jawa Tengah	1 870,73	2 834,14	4 704,87	14,44
14.	DI Yogyakarta	325,53	209,66	535,18	15,03
15.	Jawa Timur	1 622,03	3 243,79	4 865,82	12,73
16.	Banten	414,46	268,25	682,71	5,89
17.	Bali	105,14	81,38	186,53	4,49
18.	NTB	364,08	438,37	802,45	17,25
19.	**NTT**	**98,05**	**911,10**	**1 009,15**	**20,24**
20.	Kalimantan Barat	77,77	316,40	394,17	8,74
21.	Kalimantan Tengah	45,76	99,60	145,36	6,23
22.	Kalimantan Selatan	60,97	122,31	183,27	4,76
23.	Kalimantan Timur	98,88	157,03	255,91	6,38
24.	Sulawesi Utara	65,06	135,10	200,16	8,50
25.	Sulawesi Tengah	64,34	335,78	400,09	14,32
26.	Sulawesi Selatan	160,53	696,91	857,45	10,32
27.	Sulawesi Tenggara	36,71	290,00	326,71	13,73
28.	Gorontalo	22,84	178,13	200,97	18,01
29.	Sulawesi Barat	24,59	129,61	154,20	12,23
30.	Maluku	51,11	271,40	322,51	19,27
31.	Maluku Utara	11,06	74,77	85,82	7,64
32.	Papua Barat	12,85	221,38	234,23	27,14
33.	Papua	45,41	1 012,57	1 057,98	31,53
34.	***Indonesia***	***10 634,49***	***17 919,48***	***28 553,95***	***11,47***

Sumber:BPS , Diolah dari data Susenas September 2012

Data yang terdapat pada tabel I.1 merupakan jumlah penduduk miskin di kota dan desa serta persentase 33 provinsi di Indonesia. Pada bulan ini jumlah penduduk miskin memang bertambah sesuai dengan penjelasan di atas, meskipun pada tahun-tahun sebelumnya tren penurunan kemiskinan cenderung positif,

namun masih terdapat provinsi yang bermasalah dengan kemiskinan. Nusa Tenggara Timur adalah salah satu provinsi ke tiga terbesar dengan jumlah penduduk miskin terbanyak setelah Papua dan Papua Barat dengan persentase 20,24 persen . Angka 20,24 persen merupakan persentase perbandingan jumlah penduduk miskin di Nusa Tenggara Timur dengan jumlah penduduk di Nusa Tenggara Timur yaitu sebanyak 4.899.206 jiwa. Angka tersebut merupakan jumlah penduduk yang memliki pengeluaran perkapita di bawah garis kemiskinan yaitu sebesar Rp 222.507,-.

Masalah lain yang dihadapi Indonesia selain kemiskian yang merupakan masalah yang serius juga yaitu kualitas sumber daya manusia, hal tersebut dapat tercermin melalui rendahnya Indeks Pembangunan Manusia atau dikenal dengan *Human Development Indeks* (HDI) yang dikeluarkan oleh *United Nations Development Programme* (UNDP). IPM merupakan salah satu cara untuk mengukur taraf kualitas fisik dan non fisik penduduk. Kualitas fisik tercermin dari angka harapan hidup; sedangkan kualitas non fisik (intelektualitas) melalui lamanya rata-rata penduduk bersekolah dan angka melek huruf; dan mempertimbangkan kemampuan ekonomi masyarakat yang tercermin dari nilai *purcashing power parity index* (PPP). Secara garis besar penghitungan IPM berdsarkan tiga komponen dasar yaitu usia hidup, pendidikn dan kualitas standar hidup di ukur berdasarkan pendapatan perkapita riil. Berikut ini merupakan data IPM provinsi di Indonesia dari tahun 2009 sampai dengan tahun 2012.

Tabel I.2
Daftar IPM Per Provinsi Tahun 2009-2012

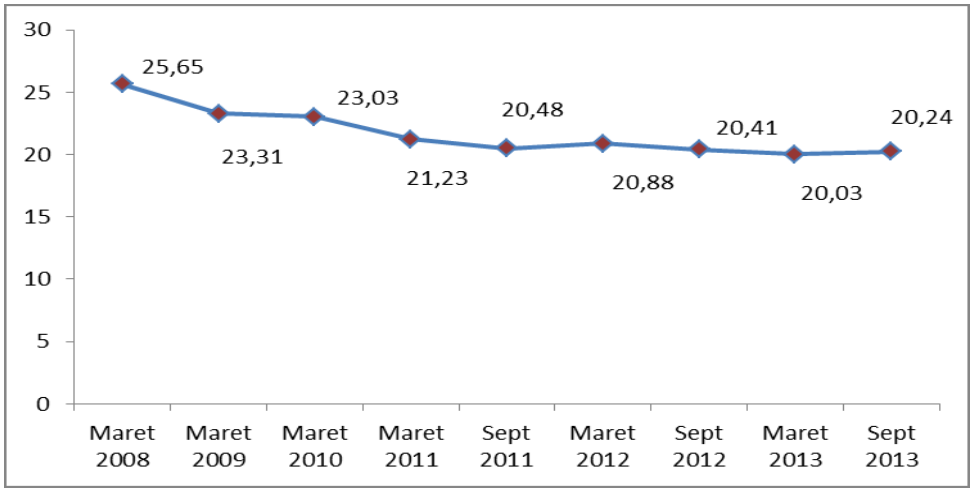
Provinsi	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**
Aceh	71.31	71.70	72.16	72.51
Sumatera Utara	73.80	74.19	74.65	75.13
Sumatera Barat	73.44	73.78	74.28	74.70
Riau	75.60	76.07	76.53	76.90
Jambi	72.45	72.74	73.30	73.78
Sumatera Selatan	72.61	72.95	73.42	73.99
Bengkulu	72.55	72.92	73.40	73.93
Lampung	70.93	71.42	71.94	72.45
Kepulauan Bangka Belitung	72.55	72.86	73.37	73.78
Kepulauan Riau	74.54	75.07	75.78	76.20
Dki Jakarta	77.36	77.60	77.97	78.33
Jawa Barat	71.64	72.29	72.73	73.11
Jawa Tengah	72.10	72.49	72.94	73.36
D I Yogyakarta	75.23	75.77	76.32	76.75
Jawa Timur	71.06	71.62	72.18	72.83
Banten	70.06	70.48	70.95	71.49
Bali	71.52	72.28	72.84	73.49
Nusa Tenggara Barat	64.66	65.20	66.23	66.89
Nusa Tenggara Timur	**66.60**	**67.26**	**67.75**	**68.28**
Kalimantan Barat	68.79	69.15	69.66	70.31
Kalimantan Tengah	74.36	74.64	75.06	75.46
Kalimantan Selatan	69.30	69.92	70.44	71.08
Kalimantan Timur	75.11	75.56	76.22	76.71
Sulawesi Utara	75.68	76.09	76.54	76.95
Sulawesi Tengah	70.70	71.14	71.62	72.14
Sulawesi Selatan	70.94	71.62	72.14	72.70
Sulawesi Tenggara	69.52	70.00	70.55	71.05
Gorontalo	69.79	70.28	70.82	71.31
Sulawesi Barat	69.18	69.64	70.11	70.73
Maluku	70.96	71.42	71.87	72.42
Maluku Utara	68.63	69.03	69.47	69.98
Papua Barat	68.58	69.15	69.65	70.22
Papua	64.53	64.94	65.36	65.86
Indonesia	71.76	72.27	72.77	73.29

Sumber : BPS

Tabel di atas menunjukkan data mengenai IPM dari 33 provinsi yang ada di Indonesia. Dari tabel di atas dapat dilihat bahwa nilai IPM mengalami kecenderungan yang positif, namun apabila kita melihat masing-masing provinsi tentunya tidak sama, NTT merupakan salah satu provinsi yang nilai IPMnya masih dikatakan rendah dibandingkan dengan provinsi lain. Jika diurutkan dari yang terbawah NTT masuk pada urutan ketiga setelah Papua dan NTB. Posisi Indonesia sendiri berada pada peringkat 121 dari 187 negara di dunia pada tahun 2012 dengan kategori negara pembangunan menengah, masih jauh tertinggal pula dengan negara-negara anggota ASEAN. Pembangunan manusia merupakan salah satu indikator bagi kemajuan suatu negara. Suatu negara dikatakan maju bukan saja dihitung dari pendapatan domestik bruto saja tetapi juga mencakup aspek harapan hidup serta pendidikan masyarakatnya. Hal ini sejalan dengan paradigma pembangunan yang berkembang pada tahun 90-an yaitu paradigma pembangunan yang berpusat pada manusia (*human centered development*).

Nusa Tenggara Timur adalah salah satu provinsi yang memiliki kurang lebih 550 pulau diantaranya adalah Flores, Sumba, Alor, Timor, Solor, Komodo dan lainnya. Provinsi ini memiliki 20 kabupaten dan 1 kotamadya. NTT merupakan provinsi yang masih terbelenggu dengan permasalahan kemiskinan yang cukup parah dengan urutan ke tiga dari provinsi termiskin di Indonesia seperti penjelasan tabel I.1 di atas. Kemiskinan, kekeringan, angka kematian ibu dan bayi yang cukup tinggi, akses layanan kesehatan yang tidak memadai, kasus gizi buruk serta angka putus sekolah seakan menjadikan rantai persoalan yang sulit diputuskan.

Sumber Daya Alam yang cukup luas dan beragam nyatanya tidak cukup mampu dioptimalkan dan menjadi nilai tambah untuk kesejahteraan masyarakat NTT, selain itu perekonomian NTT masih berat agraris mencakup risiko lingkungan alami yang rapuh dalam kondisi pertumbuhan penduduk yang masih terus meningkat dengan daya dukung yang cenderung tidak membaik. Masih kurangnya investasi di provinsi ini juga menjadi salah satu penyebab terbelakangnya keadaan perekonomian NTT. Berikut ini merupakan gambar perkembangan jumlah penduduk miskin di NTT:



Gambar I.1

Perkembangan Kemiskinan Provinsi NTT, 2008-2013

Sumber : BPS

Perkembangan tingkat kemiskinan di Nusa Tenggara Timur selama Tahun 2008 – September 2013 cenderung mengalami penurunan dapat dilihat pada gambar I.1. Penurunan kemiskinan ini merupakan hal yang positif bagi kemajuan provinsi NTT namun besarannya masih cukup tertinggal dibandingkan provinsi lain. Begitu pula dengan perkembangan Indeks Pembangunan Manusia yang

secara umum mengalami kenaikan disetiap tahunnya, namun NTT masih termasuk ketiga terendah jika dibandingkan dengan provinsi lain yang ada di Indonesia. Sesuai dengan data pada tabel I.2 pencapaian IPM pada tahun 2012 mencapai 68,28. Masih rendahnya IPM di provinsi NTT merupakan indikasi adanya kualitas kehidupan yang masih cenderung rendah, dapat dikatakan seperti itu karena komponen untuk menghitung IPM adalah terdiri dari usia hidup, pendidikan dan kualitas standar hidup yang diukur berdasarkan pendapatan perkapita riil. Di bawah ini merupakan data yang menunjang keadaan sumber daya manusia di provinsi Nusa Tenggara Timur

Tabel I.3
Rata-rata lama sekolah (usia > 15 tahun) pada tahun 2011

Provinsi	Lama Sekolah	Provinsi	Lama Sekolah	Provinsi	Lama Sekolah
DKI	10,4	**Bali**	8,3	**Lampung**	7,7
Kep. Riau	9,7	**Bengkulu**	8,3	**Kalsel**	7,6
Kaltim	9,1	**Malut**	8,2	**Kep. Babel**	7,5
DIY	9,1	**Sultra**	8,2	**Gorontalo**	7,3
Sulut	8,9	**Sulteng**	8	**Jatim**	7,3
Papua Barat	8,8	**Kalteng**	8	**Jateng**	7,2
Sumut	8,8	**Jambi**	8	**Sulbar**	7
Aceh	8,8	**INDONESIA**	7,9	**NTB**	6,9
Maluku	8,7	**Jabar**	7,9	**Kalbar**	6,8
Riau	8,6	**Sumsel**	7,8	**NTT**	6,8
Banten	8,4	**Sulsel**	7,7	**Papua**	5,8
Sumbar	8,4				

Sumber: Buku Pegangan dan Perencanaan Pembangunan Indonesia 2014

Berdasarkan data yang disajikan, terlihat provinsi NTT menduduki peringkat ke dua dari bawah yaitu 6,8 persen untuk kategori lama waktu sekolah untuk penduduk usia di atas 15 tahun, artinya pendidikan di NTT masih didominasi oleh

lulusan pendidikan dasar. Sementara itu untuk tenaga pendidik, provinsi NTT menduduki peringkat pertama sebesar 68,72 persen pada tahun 2012 untuk tenaga pengajar yang belum berkualifikasi terbanyak di seluruh provinsi di Indonesia, hal tersebut sangatlah menjadi perhatian bagi pemerintah untuk lebih konsen dalam dunia pendidikan di NTT, tenaga pendidik yang berkualitas tentu menjadi kunci dalam keberhasilan pendidikan. Berikut ini merupakan data yang mendukung untuk melihat keadaan pendidikan di provinsi NTT :

Tabel I.4

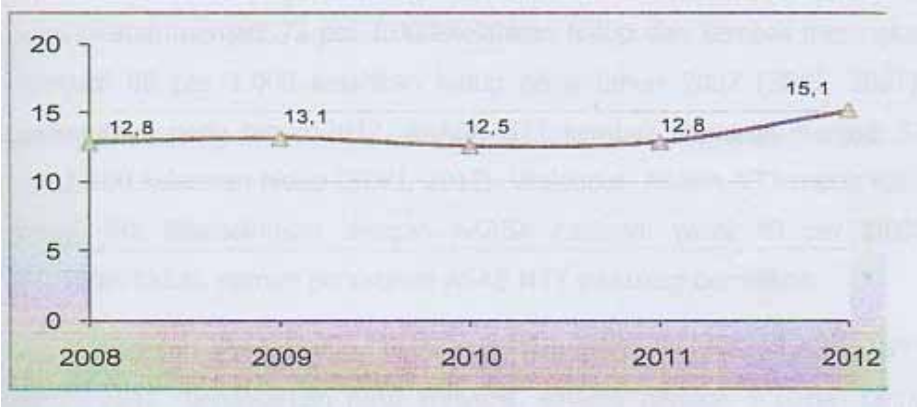
Jumlah Penduduk Berdasarkan Tingkat Pendidikan Provinsi NTT Tahun 2012

	Pendidikan Tertinggi *Educational Attainment*	**Laki-laki** *Male*	**Perempuan** *Female*	**Laki-laki + Perempuan** *Male + Female*
	(1)	(2)	(3)	(4)
1.	Tidak/Blm Pernah Sekolah/Tidak Tamat SD *Never/Not Yet Attended School/Not Completed Primary School*	37,03	37,04	37,03
2.	Sekolah Dasar (SD) *Primary School*	29,24	32,78	31,04
3.	SLTP Sederajat *General/Vocational Junior High School*	13,05	12,30	12,67
4.	SMU Umum *General Junior High School*	12,08	10,84	11,45
5.	SMTA Kejuruan *Vocational Senior High School*	3,44	2,53	2,98
6.	Diploma I/II *Diploma I/II*	0,47	0,83	0,65
7.	Diploma III *Diploma III*	1,02	0,99	1,01
8.	Diploma IV/Universitas *Diploma IV/University*	3,44	2,58	3,00
9.	S2/S3 *Strata II/Strata III*	0,22	0,10	0,16
	Jumlah/Total	**100,00**	**100,00**	**100,00**

Pendidikan tertinggi penduduk yang ditamatkan menunjukan akses pendidikan masyarakat. Berdasarkan data yang ditampilkan dapat jelas terlihat bahwa penduduk NTT didominasi oleh penduduk yang tidak atau belum tamat sekolah dasar yaitu sebanyak 37,03 persen. Hal tersebut dapat menjelaskan kondisi pendidikan dan kualitas SDM yang cenderung sangat rendah.

Untuk itu diharapkan pemerintah dapat memenuhi kebutuhan fasilitas, sarana dan prasarana pendidikan dengan mengalokasikan dana pengeluaran pemerintah yang lebih optimal.

Hal lain selain pendidikan yang tidak kalah pentingnya bahkan lebih utama adalah kesehatan. Terdapat pepatah "dalam tubuh yang sehat terdapat jiwa yang kuat", seseorang dapat berpikir jernih dan melakukan berbagai aktivitas jika diri nya sehat. Di NTT masalah kesehatan juga menjadi problematika yang cukup serius, banyaknya kasus kematian ibu dan bayi salah satunya disebabkan oleh fasilitas kesehatan yang belum sempurna. Kasus gizi buruk menjadi bencana rutin yang dirasakan penduduk NTT. Data berikut menunjang untuk mencerminkan kualitas kesehatan yang masih perlu perhatian khusus



Sumber : BPS

Gambar I.2
Angka Kematian Bayi Provinsi NTT tahun 2008-2012

Angka Kematian Bayi Provinsi NTT menunjukan penurunan cukup bermakna, 59 per 1.000 kelahiran hidup (SDKI 2002-2003). Selanjutnya pada tahun 2007 menurun lagi menjadi 57 per 1.000 kelahiran hidup (SDKI,2007),dan

kembali menurun hingga mencapai 45 per 1.000 kelahiran hidup (SDKI,2012). Walaupun angka ini sedikit lebih tinggi bila dibandingkan dengan AKB secara nasional yaitu 32 per 1.000 kelahiran hidup,namun penurunan AKB NTT ini cukup bermakna.

Berdasarkan hasil konversi jumlah kasus kematian pada bayi mengalami fluktuasi dari tahun 2008-2012. Pada tahun 2008 sebanyak 1.208 atau 12,8 per 1000 kelahiran hidup. Selanjutnya mengalami peningkatan pada tahun 2009 sebanyak 1.240 kematian atau 13,1 per 1.000 kelahiran hidup. Tahun 2010 mengalami penurunan kembali dimana kematian sebesar 1.159 atau 12,5 per 1000 kelahiran hidup,selanjutnya pada tahun 2011 sebesar 1.210 kematian atau 12,8 per 1000 kelahiran hidup. Pada tahun 2012 kasus kematian bayi sebanyak 1.350 kematian atau 15,1 per 1000 kelahiran hidup. Angka Kematian Bayi merupakan indikator penting untuk melihat apakah suatu daerah mendapatkan fasilitas sarana dan prasarana kesehatan yang baik atau tidak. Apabila angka kematian bayi lahir tinggi menunjukkan daerah tersebut merupakan daerah dengan kualitas kesehatan masyarakat yang cenderung rendah. Hal tersebut dapat terjadi karena para ibu yang kurang mendapatkan perawatan saat mengandung, sehingga gizi dan keselamat bayi akan terancam, keadaan itu pula disebabkan karena kurangnya tenaga medis yang menolong saat proses persalinan.

Tabel I.5
Cakupan Persalinan Ditolong Oleh Tenaga Medis
Tahun 2012

Provinsi	Persalinan ditolong Tenaga Kesehatan	Provinsi	Persalinan ditolong Tenaga Kesehatan	Provinsi	Persalinan ditolong Tenaga Kesehatan
DIY	98,62%	**Sumsel**	89,41%	**Sultra**	83,62%
Kep. Babel	97,95%	**Jatim**	89,12%	**Lampung**	81,90%
Kep. Riau	97,95%	**Sumbar**	89,12%	**Sulbar**	81,42%
DKI	97,86%	**NTB**	88,89%	**Malut**	80,61%
Jateng	97,34%	**Sulut**	88,63%	**Sulteng**	79,99%
Bali	95,83%	**Sumut**	87,80%	**Riau**	79,24%
Bengkulu	95,03%	**Jambi**	86,91%	**Maluku**	78,07%
Gorontalo	93,01%	**Banten**	85,87%	**NTT**	**69,41%**
Sulsel	91,97%	**Kalsel**	85,73%	**Papua Barat**	65,15%
Jabar	89,85%	**Kalteng**	84,83%	**Papua**	43,54%
Aceh	89,78%	**Kaltim**	83,87%	**INDONESIA**	88,64%
Kalbar	89,54%				

Sumber :Ringkasan Eksekutif Data Kesehatan Provinsi NTT

Provinsi NTT tergolong rendah dengan urutan ke tiga terbawah yaitu sebesar 69,41% dibandingkan provinsi lainnya di Indonesia. Banyaknya penduduk yang melakukan persalinan dengan dibantu tenaga kesehatan tergolong rendah, hal tersebut terjadi karena kurangnya fasilitas,sarana dan prasarana kesehatan. Berikut ini merupakan data mengenai jumlah fasilitas kesehatan di Provinsi NTT untuk masing-masing kabupaten kota. Data tabulasi mengenai jumlah fasilitas kesehatan yang terdiri dari : rumah sakit, puskesmas, posyandu, pustu, pusling, poskesdes dan polindes.

Tabel I.6
Data Jumlah Fasilitas Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Timur Tahun 2012

Kabupaten/Kota	Rumah Sakit	Puskesmas	Posyandu	Pustu	Pusling	Poskesdes	Polindes
1	2	3	4	5	6	7	8
01. Sumba Barat	2	7	188	11	7	16	35
02. Sumba Timur	3	20	533	72	21	6	101
03. Kupang	1	24	563	150	152	108	12
04. TTS	2	28	712	63	28	33	0
05. TTU	2	26	480	41	30	7	124
06. Belu	5	33	836	43	33	34	112
07. Alor	2	22	427	46	16	41	40
08. Lembata	3	9	315	34	9	22	75
09. Flores Timur	1	20	540	41	0	40	82
1	2	3	4	5	6	7	8
10. Sikka	3	23	648	61	23	25	119
11. Ende	2	24	591	51	24	34	0
12. Ngada	1	10	301	33	12	23	41
13. Manggarai	2	17	552	61	17	51	18
14. Rote Ndao	1	12	352	85	12	6	7
15. Manggarai Barat	0	12	438	32	16	42	26
16. Sumba Tengah	0	8	179	16	8	5	30
17. S. Barat Daya	1	10	356	35	10	27	55
18. Nagekeo	0	7	244	33	13	9	47
19. ManggaraiTimur	0	20	603	46	3	0	0
20. Sabu Raijua	1	6	193	57	6	3	1
21. Kota Kupang	8	10	278	33	10	38	0
Provinsi NTT	1	0	0	0	0	0	0
Jumlah	**41**	**348**	**9.329**	**1.044**	**450**	**570**	**925**

Berdasarkan data di atas dapat dilihat bahwa jumlah fasilitas kesehatan untuk masing-masing kabupaten kota Provinsi NTT cenderung rendah, hal tersebut bisa dilihat dari jumlah rumah sakit pada tiap kabupaten, bahkan masih ada beberapa kabupaten yang tidak memiliki rumah sakit. Pada umumnya jumlah posyandu untuk setiap kabupaten adalah paling tinggi atau paling banyak diantara fasilitas kesehatan lainnya. Masyarakat selama ini hanya mengandalkan fasilitas kesehatan yang sangat minim untuk memenuhi kebutuhan kesehatan mereka. Hal tersebut

menjadi perhatian khusus bagi pemerintah untuk dapat memperbaiki kualitas fasilitas sarana dan prasarana kesehatan.

Proses pembangunan selain memperhatikan kualitas SDM juga membutuhkan pendapatan dan adanya indikator pertumbuhan ekonomi. Banyak negara-negara yang mensyaratkan pertumbuhan ekonomi dalam proses pembangunan dan upaya penurunan kemiskinan. Adanya pertumbuhan ekonomi diharapkan dapat menstimulus kegiatan ekonomi masyarakat guna meningkatkan kesejahteraan suatu daerah. Di NTT itu sendiri perumbuhan ekonomi dicerminkan melalui PDRB.

Tabel I.7

Rata-rata Pertumbuhan Ekonomi Nusa Tenggara Timur dan Indonesia pada Pelita I–V dan 2001–2012 (persentase)

Tahun	Nusa Tenggara Timur	Indonesia
2009	4,29	4,63
2010	5,25	6,22
2011	5,63	6,49
2012	5,42	6,23

Pertumbuhan ekonomi provinsi NTT cenderung meningkat pada setiap tahunnya, namun pada tahun 2012 mengalamai penurunan 0,21 persen dibandingkan tahun 2011. Selain pertumbuhan ekonomi, ledakan penduduk yang terjadi tahun terakhir menyebabkan jumlah penduduk miskin bertambah karena pertambahan penduduk secara keseluruhan lebih cepat yaitu sebesar 85 ribu. Ledakan penduduk yang terjadi di negara atau daerah miskin diakibatkan oleh kurangnya kesadaran dan pengetahuan akan program pemerintah untuk menekan laju pertumbuhan penduduk melalui program Keluarga Berencana (KB). Program

ini akan berhasil jika masing-masing individu memperoleh pengetahuan yang lebih untuk memahami dampak dari percepatan pertumbuhan penduduk dengan tidak dibarengi oleh pertumbuhan ekonomi yang akan menyebabkan keterbatasan akan akses untuk mendapatkan hidup yang layak karena jumlah sumber daya yang terbatas. Di sinilah peran pemerintah dalam mengatur perekonomian seperti halnya yang dikatakan oleh Guritno bahwa terdapat tiga peran utama yang harus dijalankan oleh Pemerintah yaitu: peran alokasi, peran distribusi dan peran stabilisasi[8]. Dengan adanya peran yang dimiliki oleh pemerintah baik pusat maupun daerah, tentunya diperlukan dana yang besar dalam bentuk pengeluaran pemerintah untuk proses pembangunan ekonomi dengan membiayai sektor-sektor publik yang penting seperti pendidikan dan kesehatan

Tabel I.8
Data Belanja APBD Provinsi Nusa Tenggara Timur menurut Fungsi
Tahun 2011 dan 2012 (dalam jutaan rupiah)

APBD menurut Fungsi	**2012**	**2011**
Pelayanan Umum	1.539.661	1.330.281
Ketertiban dan Ketentraman	24.932	26.108
Ekonomi	265.880	243.617
Lingkungan Hidup	10.952	10.261
Perumahan dan Fasilitas Umum	234.188	223.705
Kesehatan	**177.060**	**165.695**
Pariwisata dan Budaya	22.96	19.075
Pendidikan	**87.185**	**91.084**
Perlindungan Sosial	87.185	37.530

Sumber : DPJK Kementrian Keuangan (data diolah)

[8] Guritno Mangkoesubroto, *Kebijakan Ekonomi Publik di Indonesia : Subtansi dan Urgensi* (Jakarta : Gramedia Pustaka Utama,1994), p. 4

Pengeluaran pemerintah provinsi NTT pada sektor pendidikan dan kesehatan pada umumnya mengalami kenaikan, namun besarannya masih dibawah pengeluaran pemerintah pada sektor pelayanan umum, perumahan dan pemukiman, serta sektor ekonomi lainnya bahkan pada tahun 2012 terjadi penurunan alokasi dana sebesar Rp 3.889.000.000,- dibandingkan pada tahun 2011 pada sektor pendidikan. Jelas ini mendeskripsikan bahwa pemerintah masih kurang perhatian terhadap sektor pendidikan dan kesehatan. Ranah pembangunan manusia melalui sektor pendidikan turut dipertimbangkan, karena melalui pendidikan manusia mengalami sebuah proses. Proses tersebut dilalui oleh manusia untuk meningkatkan ilmu, pengetahuan, kemampuan/keahlian, meningkatkan kreativitas ataupun inovasi yang keseluruhannya dapat meningkatkan harkat dan martabat setiap individu. Pendidikan terlihat sebagai investasi sumber daya saat ini untuk mendapatkan *return* dimasa depan. Apabila kualitas sumber daya manusia tersebut rendah yang tercermin adalah tingkat pendidikan dan kesehatan yang rendah pula yang tentunya berpengaruh juga pada kualitas sumber daya manusia yang rendah dan hal tersebut sangatlah dekat dengan kemiskinan[9]. Berdasarkan beberapa masalah yang telah dikemukaan maka sebagai pemerintah harus lebih konsen untuk meningkatkan anggaran terutama melalui sektor pendidikan dan kesehatan.

---

[9] Meylina Asri,Sri Indah Nikensari dan Harya Kuncara, *Pengaruh Pengeluaran Pemerintah Daerah Pada Sektor Pendidikan Dan Kesehatan Terhadap Indeks Pembangunan Manusia Di Indonesia.* Jurnal Pendidikan Ekonomi Dan Bisnis Vol.1 No. 1 Maret 2013, p. 80

B. Identidikasi Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka dapat dikemukakan identifikasi masalah sebagai berikut :

1. Apakah ada pengaruh ketimpangan pembangunan antarprovisi di Indonesia terhadap kemiskinan melalui pembangunan manusia di Provinsi Nusa Tenggara Timur?
2. Apakah ada pengaruh keadaan alam terhadap kemiskinan melalui paningkatan manusia di Provinsi Nusa Tenggara Timur?
3. Apakah ada pengaruh pertumbuhan ekonomi terhadap kemiskinan melalui peningkatan pembangunan manusia di Provinsi Nusa Tenggara Timur?
4. Apakah ada pengaruh jumlah penduduk terhadap kemiskinan melalui di Provinsi Nusa Tenggara Timur?
5. Apakah ada pengaruh pengeluaran pemerintah pada sektor pendidikan terhadap kemiskinan melalui peningkatan pembangunan manusia di Provinsi Nusa Tenggara Timur?
6. Apakah ada pengaruh pengeluaran pemerintah pada sektor kesehatan terhadap kemiskinan melalui peningkatan pembangunan manusia di Provinsi Nusa Tenggara Timur?
7. Apakah ada pengaruh pengeluaran pemerintah pada sektor pendidikan terhadap peningkatan pembangunan manusia di Provinsi Nusa Tenggara Timur?

8. Apakah ada pengaruh pengeluaran pemerintah pada sektor kesehatan terhadap peningkatan pembangunan manusia di Provinsi Nusa Tenggara Timur?
9. Apakah ada pengaruh antara peningkatan pembangunan manusia terhadap kemiskinan di Provinsi Nusa Tenggara Timur?

C. Pembatasan Masalah

Dengan luasnya ruang lingkup dari penelitian ini, sehingga peneliti cukup kesulitan dalam penelitian ini . Kesulitan ini melingkupi dana, keterbatasan waktu dan tenaga. Oleh karena itu peneliti hanya membatasi ruang lingkup ini pada masalah:

“ Pengaruh Pengeluaran Pemerintah pada Sektor Pendidikan dan Sektor Kesehatan Terhadap Kemiskinan Melalui Peningkatan Pembangunan Manusia di Provinsi Nusa Tenggara Timur”

D. Perumusan Masalah

Berdasarkan pembatasan masalah di atas, maka masalah dapat dirumuskan sebagai berikut:

1. Apakah terdapat pengaruh antara pengeluaran pemerintah pada sektor pendidikan terhadap kemiskinan di Provinsi Nusa Tenggara Timur?
2. Apakah terdapat pengaruh antara pengeluaran pemerintah pada sektor kesehatan terhadap kemiskinan di Provinsi Nusa Tenggara Timur?

3. Apakah terdapat pengaruh antara pengeluaran pemerintah pada sektor pendidikan dan sektor kesehatan terhadap kemiskinan di Provinsi Nusa Tenggara Timur?
4. Apakah terdapat pengaruh antara pengeluara pemerintah pada sektor pendidikan terhadap peningkatan pembangunan manusia di Provinsi Nusa Tenggara Timur?
5. Apakah terdapat pengaruh pengeluaran pemerintah pada sektor kesehatan terhadap peningkatan pembangunan manusia di Provinsi Nusa Tenggara Timur?
6. Apakah terdapat pengaruh antara pengeluaran pemerintah pada sektor pendidikan dan sektor kesehatan terhadap peningkatan pembangunan manusia di Provinsi Nusa Tenggara Timur?
7. Apakah terdapat pengaruh antara peningkatan pembangunan manusia dengan kemiskinan di Provinsi Nusa Tenggara Timur?

E. Kegunaan Penelitian

Kegunaan yang diharapkan peneliti dari penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Kegunaan teoretis

   Dengan penelitian ini diharapakan dapat menambah pengetahuan baru dan informasi dalam bidang ekonomi khususnya mengenai seberapa besar pengaruh pengeluaran pemerintah pada sektor pendidikan dan kesehatan terhadap peningkatan pembangunan manusia dan selanjutnya berpengaruh pada kemiskinan di Provinsi Nusa Tenggara Timur

2. Kegunaan praktis

   Dari penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan dan solusi bagi pemerintah dalam membuat kebijakan untuk menanggulangi masalah kemiskinan , khususnya dalam hal peningkatan pembangunan manusia dengan pengeluaran pemerintah pada sektor pendidikan dan kesehatan

BAB II

KAJIAN TEORETIK

A. Deskripsi Konseptual

Teori-teori mengenai kemiskinan sebagai variabel terikat, pengeluaran pemerintah pada sektor pendidikan dan kesehatan sebagai variabel bebas serta pembangunan manusia sebagai variabel intervening akan dijelaskan lebih mendalam sebagai berikut :

1. Kemiskinan

a. Pengertian Kemiskinan

Kemiskinan sering diartikan sebagai keadaan di mana seseorang tidak dapat memenuhi kebutuhan sehari-hari karena keterbatasan akses dalam rangka pemenuhan kebutuhan itu sendiri. Secara ekonomi kemiskinan dapat dilihat dari tingkat kekurangan sumber daya yang dapat digunakan dalam memenuhi kebutuhan hidup serta meningkatkan kesejahteraan kelompok orang. Dalam memahami masalah kemiskinan di Indonesia perlu diperhatikan lokalitas yang ada di masing-masing daerah yaitu kemiskinan pada tingkat lokal yang ditentukan oleh komunitas dan pemerintah daerah setempat. Dengan demikian kriteria kemiskinan, penentuan sasaran dan pemecahan masalah dan upaya penanggulangan akan lebih tepat sasaran.

Perpres Nomor 7 Tahun 2005 tentang RPJMN mendefinisikan kemiskinan sebagai kondisi di mana seseorang atau sekelompok orang, laki-laki dan perempuan, tidak terpenuhi hak-hak dasarnya untuk mempertahankan dan mengembangkan kehidupan yang bermartabat[10]. Sedangkan menurut Friedman kemiskinan adalah perbedaan kesempatan untuk mengakumulasi basis kekuatan sosial meliputi : Aset (tanah, perumahan, peralatan, kesehatan) sumber keuangan(pendapatan dan kredit yang memadai, organisasi sosial politik dan jaringan sosial untuk memperoleh pekarjaan , barang atau jasa, pengetahuan dan keterampilan yang mamadai dan informasi yang berguna .[11]

BPS mendefinisikan kemiskinan yaitu sebagai ketidakmampuan seseorang dalam memenuhi kebutuhan dasar. Dengan kata lain, kemiskinan dipandang sebagai ketidakmampuan dari sisi ekonomi untuk memenuhi kebutuhan makanan dan non makanan yang bersifat mendasar. Seorang penduduk di katakan miskin apabila memiliki rata-rata pengeluaran perkapita perbulan di bawah garis kemiskinan.[12] Lalu dalam bukunya, Sritua Arief menjelaskan, kebutuhan dasar manusia dalam rangka memerangi kemiskinan dapat dijabarkan sebagai berikut : makanan yang cukup untuk hidup layak dan sehat, perumahan dengan sanitasi yang dapat dipertanggung jawabkan secara kesehatan, pelayanan kesehatan dasar yang cukup, kesempatan luas untuk memperoleh pendidikan yang komprehensif, pemenuhan HAM terutama hak untuk bekerja, mencari nafkah yang bermakna dan mengeluarkan pendapat serta suara, kebebasan dari ketakutan, kebebasan dari ketergantungan dan peningkatan

---

[10] Peraturan Presiden No 7 Tahun 2005. Penanggulangan Kemiskinan Bab 16

[11] Mudrajat Kuncoro. Ekonomi Pembangunan : Teori, Masalah dan Kebijakan Edisi Ketiga. (Yogyakarta: AMP YKPN 2003). p. 50

[12] BPS, NTT dalam Angka (Jakarta :BPS 2010)p. 114

harga diri.[13] Senada dengan Sritua Arief,United Nation (1961) mendeskripsikan kebutuhan dasar itu terdiri atas: kesehatan, bahan makanan dan gizi, pendidikan, kesempatan kerja dan kondisi pekerjaan , perumahan, sandang, rekreasi, jaminan sosial dan kebebasan manusia.[14]

Berbeda dengan BPS yang menyakatakan bahwa kemiskinan dipandang sebagai ketidakmampuan dari sisi ekonomi yang rendah (*low income*), Amartya Sen dalam penelitiannya menyebutkan bahwa Kemiskinan adalah kegagalan dalam beberapa kapailitas dasar. Seseorang dikatakan miskin jika kekurangan kesempatan untuk mencapai kapabilitas dasar ini. Sen juga menyatakan bahwa kemiskinan tidak boleh hanya dianggap sebagai pendapatan rendah (*low income*), tetapi harus juga dianggap sebagai ketidakmampuan kapabilitas (*capability handicap*)[15]. Dalam penelitiannya yang lain Amartya Sen mengungkapkan dalam Bloom dan Channing (2001) bahwa seseorang dikatakan miskin apabila mengalami "*capability deprivation*" dimana seseorang tersebut mengalami kekurangan kebebasan yang substantif. Menurut Bloom dan Channing, kebebasan substantif ini memiliki sua sisi yaitu kesempatan dan rasa aman. Kesempatan membutuhkan pendidikan dan rasa aman membutuhkan kesehatan.[16]

Pada pembahasan dari sudut pandang yang lain, Menurut Von Braun dan Grote, desentralisasi dibedakan kedalam tiga bentuk utama yaitu : desentralisasi politik, desentralisasi administratif dan desentralisasi fiskal yang saling terkait erat satu sama lain, dan oleh karena itu, dampaknya terhadap upaya pengurangan kemiskinan tidak

---

[13] Sritua Arief, *Pemikiran Pembangunan dan kebijaksanaan Ekonomi* (Jakarta lembaga Riset pembangunan, 1993),p. 23

[14] BPS, Analisis dan Perhitungan tingkat Kemiskinan (BPS 2008) p,10

[15] Amartya Sen "*A Sosiological Approach to the Measurement of Poverty : A Replay to Professor Peter Townsend." Oxford Economic Papers* 1995. p.669-676

[16] Bloom dan Channing " *The Health and Poverty of Nation : From Theory to Practice, School of Public Health, Harvard University, Boston and Dept. Of Economic"* Queen University : Belfast,2001

dapat dinilai atau dilihat secara terpisah.[17] Sependapat dengan dengan teori di atas Sapulveda dan Vazquez dalam penelitiannya menambahkan bahwa penurunan kemiskinan dan ketimpangan distribusi pendapatan merupakan dampak langsung dan tidak langsung dari adanya kebijakan desentralisasi fiskal dimana pemerintah daerah memiliki peran penting melalui kebijakan yang terbuka dan langsung. Kebijakan fiskal akan memiliki dampak dalam penurunan kemiskinan melalui pertumbuhan ekonomi tanpa mengesampingkan kondisi dari ketimpangan distribusi pendapatan pada suatu daerah dan melalui kebijakan dalam pengeluaran pemerintah untuk pembangunan.[18]

World Bank mendefiniskan kemiskinan sebagai kondisi dimana seseorang tidak dapat menikmati segala macam pilihan dan kesempatan dalam pemenuhan kebutuhan dasarnya seperti tidak dapat memenuhi kesehatan, standar hidup yang layak, kebebasan, harga diri dan rasa dihormati seperti orang lain[19]

Menurut para ahli Andre Bayo Ala dalam Lincolin Arsyad 1997 kemiskinan itu bersifat *multi dimensional*. Artinya, karena kebutuhan manusia itu bermacam-macam, maka kemiskinan pun memiliki banyak aspek. Dilihat dari kebijakan umum, maka kemiskinan meliputi aspek primer yang berupa miskin akan aset, organisasi sosial politik, pengetahuan serta keterampilan; dan aspek sekunder berupa miskin akan jaringan sosial, sumber-sumber keuangan dan informasi.

Dimensi-dimensi kemiskinan tersebut termanifestikan dalam bentuk kekurangan gizi, air perumahan yang sehat, perawatan kesehatan yang kurang baik dan tingkat

---

[17] Joachim von Braun dan ulrike Grote " Does Decentralization Serve the Poor?" paper presented at IMF-Conference in Fiskal Decentralization in Washington DC Centre for Development Research ZEF-Braun. November 2002. Unversity of Bonn,Germany

[18] C.F Sepulveda dan J.M Vazquez " The Consequences of Fiscal Decentralization of Poverty and income Equiality" Februari 2010. International Studies Program Working Paper 10(2)

[19] Wikipedia,Kemiskinan, Agustus 2014, p. 3 (http://id.wikipedia.org/wiki/Kemiskinan), diakses tanggal 26 Agustus 2014

pendidikan yang rendah. Selain itu, dimensi-dimensi kemiskinan saling berkaitan, baik secara langsung atau tidak langsung. Hal ini berarti bahwa kemajuan dan atau kemunduran dari salah satu aspek akan mempengaruhi kemajuan atau kemunduran aspek lainnya. Dan aspek lainnya dari kemiskinan adalah bahwa yang miskin itu adalah manusianya, baik secara individu ataupun secara kelompok. Kita sering mendengar istilah kemiskinan pedesaan, kemiskinan perkotaan, dan sebagainya, namun demikian bukan berarti desa atau kotanya yang mengalami kemiskinan, tetapi orang-orang atau penduduknya (manusianya) yang menderita miskin[20].

Menurut Chambers (1998) mengatakan bahwa kemiskinan adalah suatu integrated concept yang memiliki lima dimensi, yaitu: (1) kemiskinan (*proper*), (2) ketidakberdayaan (*powerless*), (3) kerentanan menghadapi situasi darurat (*state of emergency*), (4) ketergantungan (*dependence*), dan (5) keterasingan (*isolation*) baik secara geografis maupun sosiologis.[21]

b. Penyebab Kemiskinan

Para pembuat kebijakan pembangunan selalu berupaya agar alokasi sumberdaya dapat dinikmati oleh sebagian besar anggota masyarakat. Namun demikian, karena ciri dan keadaan masyarakat amat beragam dan ditambah pula dengan tingkat kemajuan ekonomi negara yang bersangkutan yang masih lemah, maka kebijakan nasional umumnya diarahkan untuk memecahkan persoalan jangka pendek. Sehingga kebijakan pemerintah belum berhasil memecahkan persoalan kelompok ekonomi tingkat bawah. [22] Selain itu, kebijakan dalam negeri seringkali tidak terlepas dengan keadaan yang ada di luar negeri yang secara tidak langsung mempengaruhi kebijakan

---

[20] Lincolin Arsyad.. Ekonomi Pembangunan Edisi Ke 3.(Yogyakarta : Bagian Penerbitan Sekolah Tinggi Ilmu Ekonomi YKPN .1997), p.218

[21] Chambers.. *Pembangunan Desa Mulai Dari Belakang*. (Jakarta: LP3ES, 1998), p.45

[22] Lincolin Arsyad, *Op .Cit*, p. 219

antara lain dari segi pendanaan pembangunan (Fredericks, 1985). Dengan demikian kemiskinan dapat diamati sebagai kondisi anggota masyarakat yang tidak atau belum ikut serta dalam proses perubahan karena tidak mempunyai kemampuan, baik kemampuan dalam pemilikan faktor produksi maupun kualitas faktor produksi yang memadai sehingga tidak mendapat manfaat dari hasil proses pembangunan.

Ketidakikutsertaan dalam proses pembangunan ini dapat disebabkan karena proses alamiah tidak/belum mampu mendaya gunakan faktor produksinya dan dapat pula terjadi tidak alamiah. Pembangunan yan dilaksanakan oleh pemerintah yang tidak sesuai dengan kemampuan masyarakat untuk berpartisipasi berakibat manfaat pembangunan tidak terjangkau oleh mereka. Oleh karena itu, kemiskinan di samping merupakan masalah yang muncul dalam masyarakat yang bertalian dengan pemilikan faktor produksi, produktivitas dan tingkat perkembangan masyarakat sendiri, juga bertalian dan dipengaruhi oleh kebijakan pembangunan nasional. Kebijakan tersebut melalui instrumen kebijakan fiskal berupa pengeluaran pemerintah untuk pembangunan yang terdiri dari pengeluaran untuk sarana dan prasarana ekonomi, peningkatan SDM melalui pendidikan dan kesehatan, dan infrastruktur yang dilaksanakan. Dengan kata lain, masalah kemiskinan bisa selain ditimbulkan oleh hal yang sifatnya alamiah/kultural juga disebabkan oleh miskinnya strategi dan kebijakan pembangunan yang ada, sehingga para pakar pemikir tentang kemiskinan kabanyakan melihat kemiskinan sebagai masalah struktural. Dan pada akhirnya timbul istilah kemiskinan struktural yakni kemiskinan yang diderita oleh suatu kaum masyarakat karena struktur sosial masyarakat tersebut tidak dapat ikut menggunakan sumber-sumber pendapatan yang sebenarnya tersedia bagi mereka. (Selo Sumardjan,1980)[23]

---

[23] *Ibid*

Tiga faktor yang menyebabkan kemiskinan menurut Sharp jika di pandang dari sudut pandang dari sisi ekonomi[24] :

(1) Kemiskinan muncul karena adanya ketidaksamaan pola kepemilikan sumber daya yang menimbulkan ketimpangan distribusi pendapatan.
(2) Kemiskinan muncul akibat perbedaan dalam kualitas sumber daya manusia. Sumber daya manusia yang rendah mengakibatkan produktivitasnya rendah dan pada akhirnya upah yang didapat juga rendah. Rendahnya kualitas sumber daya manusia diakibatkan oleh pendidikan dan kesehatan yang rendah, nasib yang kurang beruntung dan adanya diskriminasi.
(3) Kemiskinan muncul karena perbedaan akses dalam modal.

c. Jenis kemiskinan

Berdasarkan sudut pandang pengukuran Nurkse membagi kemiskinan menjadi 2 yaitu: kemiskinan absolut dan kemiskinan relatif[25], sedangkan BPS menambahkan bahwa jenis kemiskinan berdasarkan penyebabnya terbagi menjadi kemiakinan struktural dan kemiskinan kultural. Adapun pengertiannya sebagai berikut [26]**:**

(1) kemiskinan absolut: bila pendapatannya di bawah garis kemiskinan atau tidak cukup untuk memenuhi pangan, sandang, kesehatan, perumahan, dan pendidikan yang diperlukan untuk bisa hidup dan bekerja
(2) kemiskinan relatif: kondisi miskin karena pengaruh kebijakan pembangunan yang belum menjangkau seluruh masyarakat, sehingga menyebabkan ketimpangan pada pendapatan;
(3) kemiskinan kultural: mengacu pada persoalan sikap seseorang atau masyarakat yang disebabkan oleh faktor budaya, seperti tidak mau berusaha memperbaiki

[24] Mudrajad Kuncoro, *Op. Cit.*, p. 57
[25] Lincolin Arsyad, *Op. Cit.*, p. 50
[26] Badan Pusat Statistik, *Analisis dan Perhitungan Tingkat Kemiskinan*, (BPS 2008), pp. 7-9

tingkat kehidupan, malas, pemboros, tidak kreatif meskipun ada bantuan dari pihak luar;

(4) kemiskinan struktural: situasi miskin yang disebabkan karena rendahnya akses terhadap sumber daya yang terjadi dalam suatu sistem sosial budaya dan sosial politik yang tidak mendukung pembebasan kemiskinan, tetapi seringkali menyebabkan suburnya kemiskinan.

d. Ukuran Kemiskinan

(1) Kemiskinan Absolut

Pada dasarnya konsep kemiskinan dikaitkan dengan pemikiran pendapatan dan kebutuhan. Perkiraan kebutuhan hanya dibatasi pada kebutuhan pokok atau kebutuhan dasar minimum yang memungkinkan seseorang untuk dapat hidup secara layak. Bila pendapatan tidak dapat mencapai kebutuhan minimum , maka orang dapat dikatakan miskin. Dengan demikian, kemiskinan diukur dengan memperbandingkan tingkat pendapatan orang dengan tingkat pendapatan yang dibutuhkan untuk memperoleh kebutuhan dasarnya. Tingkat pendapatan minimum merupakan pembatas antara keadaan miskin dengan tidak miskin atau sering disebut dengan garis batas kemiskinan. Konsep ini disebut dengan kemiskinan absolut. Konsep ini dimaksud untuk menentukan tingkat pendapatan minimum yang cukup untuk memenuhi kebutuhan fisik terhadap makanan, pakaian, dan perumahan untuk menjamin kelangsungan hidup (Todaro, 1987).

Kesulitan utama dalam konsep kemiskinan absolut adalah menentukan komposisi dan tingkat kebutuhan minimum karena kedua hal tersebut tidak hanya dipengaruhi oleh adat kebiasaan saja, tetapi juga oleh iklim, tingkat kemajuan negara

dan berbagai faktor ekonomi lainnya. walau demikian untuk dapat hidup dengan layak manusia membutuhkan barang-barang dan jasa untuk memenuhi kebutuhan fisik dan sosialnya.

Kebutuhan dasar dapat dibagi menjadi 2 golongan yaitu kebutuhan dasar yang diperlukan sekali untuk mempertahankan hidunya, dan kebutuhan lainnya yang lebih tinggi. United Nation Research Institute for Social Development (UNRISD) menggolongkan kebutuhan dasar manusia atas 3 kelompok yaitu :

1) Kebutuhan fisik primer yang terdiri dari kebutuhan gizi, perumahan dan kesehatan
2) Kebutuhan kultural yang terdiri dari pendidikan, waktu luang (l*eisure*) dan rekreasi serta ketenangan hidup
3) Kelebihan pendapatan untuk kebutuhan lain yang lebih tinggi.

Kebutuhan dasar tidak hanya meliputi kebutuhan orang atau keluarga, tetapi juga meliputi kebutuhan fasilitas lingkungan kehidupan manusia, seperti yang dikemukakan oleh International Labor Organization (ILO) sebagai berikut :

"Kebutuhan dasar meliputi 2 unsur : pertama kebutuhan yang meliputi tuntutan minimum tertentu dari suatu keluarga sebagai konsumsi pribadi seperti makanan yang cukup, tempat tingal, pakaian, peralatan dan perlengkapan rumah tangga yang dilaksanakan. Kedua kebutuhan meliputi pelayanan sosial yang diberikan oleh dan untuk masyarkat seperti air minum yang bersih, pendidikan dan kultural. "

Konsep kemiskinan absolut ini merupakan konsep yang mudah dimengerti, tetapi penentuan garis kemiskinan secara objektif sulit dilaksanakan karena banyak sekali faktor yang mempengaruhinya. Garis kemiskinan berbeda antara satu tempat dnegan tempat lainnya, sehingga tidak ada satu garis kemiskinan yang berlaku secara umum.

(2) Kemiskinan Relatif

Orang yang sudah mempunyai tingkat pendapatan yang dapat memenuhi kebutuhan dasar minimum tidak selalu dikatakan "tidak miskin" seorang ahli bernama Miller (1971) berpendapat bahwa walaupun pendapatan sudah mencapai tingkat kebutuhan dasar minimum, tetapi masih jauh lebih rendah dibandingkan dengan keadaan masyarakat lain di sekitarnya, maka orang tersebut masih berada dalam keadaan miskin. Ini terjadi karena kemiskinan lebih banyak ditentukan oleh keadaan sekitarnya, daripada lingkungan orang yang bersangkutan.

Berdasarkan konsep ini, garis kemiskinan akan mengalami perubahan bila tingkat hidup masyarakat berubah. Konsep kemiskinan relatif bersifat dinamis sehingga, kemiskianan akan selalu ada.

Pengukuran kemiskinan yang dilakukanoleh BPS menggunakan konsep kemampuan memenuhi kebutuhan dasar (*basic needs approach*). Dengan pendekatan ini, kemiskinan dipandang sebagai ketidakmampuan dari sisi ekonomi untuk memenuhi kebutuhan dasar makanan dan bukan makanan yang diukur dari sisi pengeluaran. Menurut pendekatan ini, penduduk miskin adalah penduduk yang memiliki rata-rata pengeluaran per kapita per bulan di bawah garis kemiskinan (GK). Secara teknis GK dibangun dari dua komponen, yaitu garis kemiskinan makanan (GKM) dan garis kemiskinan bukan makanan (GKBM). GKM merupakan nilai pengeluaran kebutuhan minimum makanan yang disetarakan dengan 2.100 kilo kalori per kapita per hari; sedangkan GKBM

merupakan kebutuhan minimum untuk sadang, perumahan, pendidikan dan kesehatan. [27]

Bank Dunia menghitung garis kemiskinan dengan menggunakan pengeluaran konsumsi yang dikonversi ke dalam US$ PPP (*Purchasing Power Parity*/Paritas Daya Beli), bukan nilai tukar US$. Angka konversi PPP menunjukkan banyaknya rupiah yang dikeluarkan untuk membeli sejumlah kebutuhan barang dan jasa di mana jumlah yang sama tersebut dapat dibeli seharga US$1,25 di Amerika.[28]

(3) Lingkaran Kemiskinan

Ragnar Nurkse mengungkapkan bahwa tingkat pembentukan modal yang rendah merupakan hambatan utama pembangunan ekonomi. Pembentukan modal di negara-negara berkembang merupakan *vicious cycle of poverty* atau lingkaran setan kemiskinan . **"** lingkaran setan mengandung arti deretan melingkar kekuatan-kekuatan yang satu sama lain beraksi dan beraksi sedemiakian rupa sehingga menempatkan suatu negara miskin tetap berada dalam melarat. Si miskin, misalnya selalu kurang makan ; karena kurang makan kesehatannya menjadi buruk; karena fisiknya lemah kapasitas kerjanya rendah penghasilannya pun rendah dan itu berarti ia miskin, akhirnya ia tidak akan mempunyai cukup makan ; dan seterusnya. Bila keadakaan itu dikaitkan dengan negara secara keseluruhan dapat dikemas ke dalam dalil kuno : " Suatu negara miskin karena memang ia miskin"[29]

Berdasarkan uraian teori di atas dapat disintesiskan bahwa kemiskinan merupakan keadaan dimana seseorang tidak mampu memenuhi kebutuhan

---

[27] Data Strategi BPS 2013, p. 83

[28] *Ibid*., p. 85

[29] ML Jhingan, "*Ekonomi Pembanguna Dan Perencanaan*,(Jakarta : PT Raja Grafindo Persada, 2004.)p,33

dasarnya baik kebutuhan makanan ataupun non makanan berdasarkan standar yang telah ditetapkan oleh suatu badan statistik**.**

2. Pengeluaran Pemerintah

Menurut Baswir (1999) yang dikutip oleh Budi D. Sinulingga, secara umum anggaran pemerintah dapat diartikan sebagai rencana keuangan yang mencerminkan pilihan kebijaksanaan untuk suatu periode suatu periode dimasa yang akan datang.[30]

Struktur anggaran pengelompokkan merupakan komponen-komponen anggaran berdasarkan suatu kerangka tertentu. Berdasarkan struktur anggaran yang dipakai sekarang, maka anggaran pemerintah daerah dinamakan anggaran terpilih. Struktur anggaran pemerintah, dalam sistem anggaran di Indonesia dikenal dua macam pengeluaran pemerintah yaitu pengeluaran rutin dan pengeluaran pembangunan. Pengeluaran rutin adalah pengeluaran untuk operasionalisasi pemerintah seperti halnya untuk pembayaran gaji pegawai dan lainnya. Pengeluaran pembangunan adalah pengeluaran yang dikategorikan sebagai pengeluaran untuk investasi pemerintah, diantaranya investasi disektor pendidikan dan kesehatan (publik)[31]. Dalam bukunya, Prathama Rahardja dan Mandala Manurung menambahkan bahwa pengeluaran pembangunan adalah pengeluaran-pengeluaran yang bukan hanya ditujukan untuk meningkatkan kapasitas pemerintah, tetapi juga perekonomian dan kesejahteraan rakyat. Dana

---

[30] Budi D. Sinulingga, Analisis *Pengaruh Distribusi APBD Terhadap Indeks Pembangunan Manusia*, Jurnal Ilmu Administrasi Negara,(Jakarta:LIPI, 2008), hal.106

[31] Meylina Astri, Sri Indah Nikensari dan Harya Kuncara, *Pengaruh Pengeluaran Pemerintah Dearah Pada Sektor Pendidikan Dan Kesehatan Terhadap Indeks Pembangunan Manusia*. Jurnal Pendidikan Ekonomi dan Bisnis vol.1 no. 1 maret 2013, p. 84

pengeluaran pembangunan mencakup 18 sektor yang dapat diringkas menjadi empat jenis pengeluaran pembangunan : (1) Sarana, prasarana ekonomi : pengeluaran untuk pembangunan jalan raya, pelabuhan, kapasitas listrik, energi dan lain-lain, (2) Peningkatan Sumber Daya Manusia (SDM) : pendidikan, kesehatan dan peranan wanita, (3) Peningkatan kesejahteraan rakyat : pembangunan perumahan, pengembangan kehidupan beragama, dan (4) Peningkatan kapasitas pemerintahan : anggaran pengembangan aparatur pemerintahan.[32]

Halim (2007) menjelaskan bahwa pengelolaan keuangan daerah adalah keseluruhan kegiatan yang meliputi perencanaan, pelaksanaan, penatausahaan, pelaporan, pertanggungjawaban dan pengawasan keuangan daerah dan Berdasarkan Undang-Undang No 33 Tahun 2004 Pasal 66 ayat 1, keuangan daerah harus dikelola secara tertib, taat pada peraturan perundang-undangan, efisien, ekonomis, efektif, transparan dan bertanggungjawab dengan memperhatikan keadilan, kepatutan dan manfaat untuk masyarakat.[33] Oleh karena itu pengelolaan daerah dilaksanakan dengan pendekatan kinerja yang berorientasi pada output dengan menggunakan konsep nilai uang (*value for money*) serta prinsip tata kelola pemerintahan yang baik (*good governance*). Pengelolaan anggaran adalah suatu tindakan penyeimbangan berbagai kebutuhan. Kebutuhan di bidang pendidikan, sosial, dan kesehatan menjadi tanggung jawab pemerintah daerah, untuk mencukupi kebutuhan pembiayaan di sektor publik tersebut pemerintah mengoptimalkan sumber-sumber penerimaan daerahnya sendiri.

[32] Prathama Rahardja, Madala Manurung. *Teori Ekonomi Makro : Suatu Pengantar* (Jakarta : Lembaga Penerbit FE UI,2008) p. 227

[33] Meylina Astri,dkk *loc. cit*. p. 85

Sehingga dengan otonomi daerah pemerintah daerah akan semakin mampu mencukupi kebutuhan pembangunannya.[34]

Kamus ekonomi menerangkan pengeluaran pemerintah dapat diartikan sebagai pengeluaran dan investasi dari pemerintah pusat dan daerah untuk menyediakan barang-barang sosial (sosial goods) dan jasa-jasa (kesehatan, pendidikan, pertahanan/keamanan, jalan raya dan lain sebagainya, dan biaya sosial untuk pengangguran, pensiun dan lain sebagainya (*transfer payment*).[35]

Senada dengan yang disampaikan oleh para ahli di atas Sadono Sukirno menjelaskan bahwa pengeluaran pemerintah adalah nilai pembelanjaan yang dilakukan oleh pemerintah yang digunakan untuk kepentingan masyarakat. Pengeluaran untuk menyediakan fasilitas pendidikan dan kesehatan, pengeluaran untuk menyediakan polisi dan tentara, pengeluaran gaji - gaji untuk pegawai pemerintah dan pengeluaran untuk mengembangkan infrastruktur yang dibuat untuk kepentingan masyarkat. Pembelian pemerintah atas barang dan jasa dapat dikelompokkan menjadi dua kelompok utama yaitu pengeluaran pemerintah atas konsumsi pemerintah dan investasi pemerintah. [36]

Menurut M. Suparmoko, pengeluaran pemerintah juga dapat dibedakan sebagai berikut[37]:

(1) Pembedaan antara Pengeluaran atau Belanja Rutin (Operasional) dan Pengeluaran atau Belanja Pembangunan (Modal).

---

[34] Meylina Astri,dkk. *Loc. Cit.*, p. 85

[35] Christopher Pass ,dkk (Terjemahan olehTumpal Rumapea dan Posman Halolo) , *Kamus Lengkap Ekonomi Edisi Kedua*, (Jakarta : Erlangga,2000),p. 47

[36] Sadono Sukirno, *Makro Ekonomi Teori Pengantar Edisi Ketiga* (Jakarta :PT Raja Grafindo 2011), p. 168

[37] M. Suparmoko. *Pemerintah dan Otonomi Daerah.* (Jakara: PT. Grasiondo, 2002), p.197

a) Belanja Rutin (Operasional) adalah belanja untuk pemeliharaan atau penyelenggaraan pemerintah sehari-hari. Belanja rutin terdiri atas:

- Belanja Pegawai yaitu untuk pembayaran gaji atau upah pegawai termasuk gaji pokok dan segala macam tunjangan.
- Belanja Barang, yaitu untuk pembelian barang-barang yang digunakan untuk penyelenggaraan pemerintahan sehari-hari.
- Belanja Pemeliharaan, yaitu pengeluaran untuk memelihara agar milik atau kekayaan pemerintah tetap terjaga dengan baik.
- Belanja Perjalanan, yaitu biaya perjalanan untuk kepentingan penyelenggaraan pemerintah.

b) Belanja Pembangunan (Modal), adalah pengeluaran untuk pembangunan baik

pembangunan fisik maupun pembangunan non fisik-spiritual.

(2) Pembedaan antara *Current Expenditure* dengan *Capital Expenditure*.

a) *Current Expenditure* atau *Current Budget* (anggaran rutin/ operasional), yaitu anggaran untuk penyelenggaraan pemerintah sehari-hari termasuk belanja pegawai dan belanja barang serta belanja pemeliharaan.

b) *Capital Expenditure* atau *Capital Budget* (belanja pembangunan/modal) yaitu rencana untuk pembelian capital (tetap).

(3) Pembedaan *Obligatory Expenditure* dengan Optional Expenditure, antara *Real Expenditure* dengan *Transfer Expenditure* dan antara *Liquidated Expenditure* dengan *Cash Expenditure*.

a) *Obligatory Expenditure* atau pengeluaran wajib adalah pengeluaran yang bersifat wajib yang harus dilakukan agar efektivitas pelaksaan dapat terselengara dengan baik. *Optional Expenditure* atau Pengeluaran Opsional adalah pengeluaran yang dilakukan pada saat tiba-tiba dibutuhkan.

b) *Real Expenditure* atau pengeluaran nyata adalah pengeluaran untuk pembelian barang dan jasa. *Transfer Expenditure* adalah pengeluaran yang tidak ada kaitannya dengan mendapatkan barang dan jasa, jadi tidak ada *direct quid quo*.

c) *Liquidated Expenditure* adalah pengeluaran pemerintah yang sudah diajukan dan disetujui oleh DPR atau DPRD. Semula dalam RAPBN/RAPBD setelah mendapatkan pengesahan menjadi APBN/APBD. *Cash Expenditure* adalah pengeluaran yang telah sungguh-sungguh dilaksanakan berupa pembayaran-pembayaran konkrit

a. Pengeluaran Pemerintah Pada Sektor Pendidikan

Pengeluaran pemerintah pada sektor pendidikan merupakan alokasi dana yang dikeluarkan pemerintah untuk pengeluaran pembangunan yang didalamnya terkandung 18 sektor yang mencakup pembiayaan dalam upaya peningkatan Sumber Daya Manusia melalui peran pendidikan .[38] sesuai dengan UUD 1945 pasal 31 ayat 1-4 tentang pendidikan , ayat (1) : setiap warga negara berhak mendapat pendidikan, ayat (2) : setiap warga negara wajib mengikuti pendidikan dasar dan pemerintah wajib membiayainya, Ayat (3) : pemerintah mengusahankan dan menyelenggarakan satu sistem pendidikan nasional, yang meningkatkan keimanan dan ketaqwaan serta akhlak mulia dalam rangka mencerdaskan kehidupan bangsa, yang diatur dengan undang-undang, Ayat (4) : negara memprioritaskan anggaran pendidikan sekurang-kurangnya 20% dari Anggaran

[38]Prathama Rhardja, Mandala Manurung. *Op. Cit*. p. 227

Pendapatan Belanja Negara serta Anggaran Pendapatan Belanja Daerah untuk memenuhi penyelenggaraan pendidikan nasional.

Ayat 1,2 dan 4 mencerminkan peran pemerintah dalam menyelenggrakan pendidikan melaui APBN dan APBD yang sekurang-kurangnya 20% alokasi dana. Berdasarkan UUD tersebut membuktikan bahwa peran pemerintah dalam bertanggung jawab mengenai masalah pendidikan sangatlah besar, karena pemerintah bertanggung jawab atas kemajuan bangsa.

Berdasarkan uraian di atas dapat disintesiskan bahwa Pengeluaran pemerintah sektor pendidikan merupakan besarnya pengeluaran pemerintah untuk sektor pendidikan yang mencerminkan pengeluaran dari total anggaran dan belanja untuk pembangunan yang dialokasikan untuk sektor pendidikan, seperti untuk fasilitas sarana dan prasarana pendidikan, Bantuan Operasional Sekolah (BOS), program Wajib Belajar 12 Tahun dan lainnya.

b. Pengeluaran Pemerintah pada Sektor Kesehatan

Pengeluaran pemerintah pada sektor kesehatan merupakan alokasi dana yang dikeluarkan pemerintah untuk pengeluaran pembangunan yang didalamnya terkandung 18 sektor yang mencakup pembiayaan dalam upaya peningkatan Sumber Daya Manusia dari aspek kesehatan.[39] Dalam UUD 1945 disebutkan kesehatan merupakan hak dasar (azasi) manusia, sehingga pemerintah bertanggungjawab memenuhi kebutuhan perlindungan dan fasilitasi kesehatan kepada rakyatnya. Terlebih dalam tujuan pembangunan nasional telah disebutkan setiap penduduk berhak memperoleh derajat kesehatan yang setinggi-

[39] *Ibid*

tingginya,maka wajar jika kesehatan dapat disebut sebagai investasi pemerintah pada belanja/pegeluaran pembangunan untuk pengembangan sumber daya manusia.[40]

Pengeluaran pemerintah pada sektor kesehatan merupakan upaya untuk memenuhi salah satu hak dasar rakyat, yaitu hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan Undang-Undang Dasar 1945 Pasal 28 H ayat (1) yaitu :

Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal mendapat lingkungan hidup baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan dan Undang-undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan. Prioritas kesehatan harus dipandang sebagai suatu investasi untuk peningkatan kualitas sumber daya manusia.

Tjiptoherijanto (1989) melihat mutu manusia dari sisi lain yaitu dari sisi kesehatan dimana kesehatan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi sumber daya manusia, dengan kata lain aspek kesehatan turut mempengaruhi kualitas manusia, jika mutu manusia rendah maka akan dekat sekali dengan kemiskinan. Kekurangan kalori, gizi, ataupun rendahnya derajat kesehatan bagi penduduk akan menghasilkan kualitas manusia yang rendah dengan tingkat mental yang terbelakang. Oleh karena itu, diperlukan anggaran khusus untuk meningkatkan pelayanan kesehatan bagi masyarakat melalui pengeluaran pemerintah[41].

Purcal dan Cohen menyatakan bahwa, betapa paradigma kesehatan Indonesia memang jauh tertinggal dibanding negara-negara anggota ASEAN lainnya. Singapura, Malaysia, Thailand, Brunei Darussalam, bahkan Vietnam sejak beberapa tahun lalu mulai melihat dan menempatkan masalah kesehatan sebagai

---

[40] Meylina Astri,dkk. *Op. Cit*., pp. 85-86

[41] Tjiptoherijanto,Prijono.*Untaian Pembangunan Sumberdaya Manusia*.(Jakarta : FEUI, 1989), p 98

investasi jangka panjang (*long term human investment*), sementara Indonesia masih saja sulit beranjak dari paradigma lama, kesehatan sekadar sebagai konsums. Konsekuensi dari paradigma usang kesehatan sebagai konsumsi itu antara lain berupa pengabaian masalah kesehatan dalam prioritas anggaran pembangunan.[42]

Berdasarkan uraian teori di ats dapat disintesiskan bahwa Pengeluaran pemerintah sektor kesehatan merupakan besarnya pengeluaran pemerintah untuk sektor kesehatan yang mencerminkan pengeluaran dari total anggaran dan belanja untuk pembangunan yang dialokasikan untuk sektor kesehatan, seperti fasilitas sarana dan prasarana kesehatan, pencegahan bibit penyakit dan lainnya.

3. Pembangunan Manusia dan Indeks Pembangunan Manusia

Perubahan paradigma pembangunan yang lebih memusat pada manusia (*People Centred Development Paradigm*) membawa pemikiran baru untuk para ahli mencetuskan berbagai penelitian menganai pembangunan manusia. UNDP sejak tahun 1990 telah menerbitkan laporan tahunan berupa *Human Development Report* (HDR). Dalam HDR tersebut dikeluarkan laporan tahunan mengenai indek pembangunan manusia/*Human Development Index* (HDI) di tiap negara. Indeks tersebut dikembangkan pada tahun 1990 oleh seorang peraih Hadiah Nobel berkebangsaan India yaitu Amartya Sen, dan seorang ekonom dari Pakistan, Mahbub Ul Haq, yang dibantu oleh Gustav Ranis dari Yale University dan Lord Meghnad Desai dari *London School of Economic*. Sen menyatakan bahwa HDI adalah sebuah pengukuran indeks manusia yang cukup kasar (*vulgar measure*)

[42] Meylina Astri,dkk. *Op. Cit*., p. 86

karena masih banyak keterbatasan.[43] Dalam *Human Development Report* dijelaskan bahwa *Human Development Index* (HDI) adalah suatu konstruksi pengukuran atas dasar konsep *right based approach to human development*. HDI melakukan pengukuran rata-rata capaian setiap individu negara yang menyangkut tiga dimensi dasar dari proses pengembangan kualitas manusia. Pengukuran ini dilakukan dengan menetapkan beberapa asumsi dasar bahwa manusia yang berkualitas adalah:

1. Manusia yang dapat hidup sehat dan panjang umur, sebagaimana diukur dengan Angka Harapan Hidup sejak waktu lahir (*life expectancy at birth*)
2. Manusia yang memiliki kecakapan dan pendidikan yang diperlukan bagi hidupnya, sebagaimana diukur melalui indikator angka literasi orang dewasa (*adult literacy rate*) dengan bobot penilaian dua pertiga, serta indikator kombinasi Angka Partisipasi Kasar (APK) pendidikan dasar, menengah dan tinggi dengan bobot penilaian satu pertiga dari penghitungan indeks pendidikan
3. Manusia yang dapat mencapai standar hidup layak, sebagaimana diukur dengan logaritma pendapatan domestik bruto (PDB) per kapita yang menggunakan indikator *purchasing power parity* (PPP) yang dihitung dalam dolar Amerika.

Pembangunan manusia yang dimaksudkan dalam IPM tidak sama dengan pengembangan sumber daya manusia yang biasanya dimaksudkan dalam teori ekonomi. Sumber daya manusia menunjuk pada manusia sebagai salah satu faktor

[43] UNDP. 1990. *Human Development Report*

produksi, yaitu sebagai tenaga kerja yang produktivitasnya harus ditingkatkan. Dalam hal ini manusia hanya sebagai alat (*input*) untuk mencapai tujuan yaitu peningkatan output barang dan jasa. Sedangkan manusia di dalam IPM lebih diartikan sebagai tujuan pembangunan yang orientasi akhirnya pada peningkatan kesejahteraan.

Secara matematis rumus perhitungan IPM sebagai berikut [44]:

$$IPM = 1/3\ (X(1) + X(2) + X(3))$$

$$X_{(1)} = \frac{LE-25}{85-25}$$

$$X_{(2)} = \frac{2}{3} x\ ALI + \frac{1}{3} x\ GER$$

$$ALI = \frac{ALR - 0}{100 - 0}$$

$$GER = \frac{CGER - 0}{100 - 0}$$

$$X_{(3)} = \frac{\log(GDPpc) - \log(100)}{\log(40.000) - \log(100)}$$

Keterangan :
$X_{(1)}$: Indeks Harapan Hidup
$X_{(2)}$: Indeks Pendidikan = 2/3 (indeksmelek huruf) + 1/3 (indeks rata-ratalama sekolah)
$X_{(3)}$: Indeks standar hidup layak
LE : Life Expetancy
ALI : Adult Literacy Rate
CGER: Combined Gross Enrollment Ratio
GDPpc: GDP percapita

Berdasarkan beberapa teori yang telah dikemukakan sebelumnya dapat disintesiskan bahwa IPM adalah sebuah konsep perhitungan untuk mengukur kualiatas Sumber Daya Manusia dengan menggunakan pendekatan tiga komponen

[44] Tjiptoherijanto, Prijono. *SumberDaya Manusia Dalam Pembangunan Nasional*,(Jakarta : Fakultas Ekonomi UI,1996), p. 56

dasar yaitu usia hidup, pendidikan,dan kualitas standar hidup yang diukur berdasarkan pendapatan perkapita riil.

B. Hasil Penelitian yang Relevan

Penelitian mengenai kemiskinan dan pembangunan manusia sudah banyak dilakukan oleh para ahli dan para akademisi. Dengan berbagai variabel independen (bebas) yang terbukti mempengaruhi kemiskinan. Penelitian yang dilakukan Meylina Astri, Sri Indah Nikensari dan Haryo Kuncoro yang berjudul Pengaruh Pengeluaran Pemerintah Daerah Pada Sektor Pendidikan dan Kesehatan Terhadap Indeks Pembangunan Manusia di Indonesia menyebutkan bahwa pengeluaran pemerintah pada sektor pendidikan dan kesehatan secara serempak mempengaruhi peningkatan IPM dengan F hitung sebesar 6,074 sedangkan F tabel adalah sebesar 3,171626 maka F hitung> F tabel dan persentase sebesar 18,6 persen[45]. Pada Penelitian yang dilakukan oleh A. Gunadi. B (2005) yang berjudul "Investasi Sektor Publik Lokal, Pembangunan Manusia dan Kemiskinan" telah membuktikan bahwa dari hasil estimasi investasi sektor publik khususnya untuk sektor pendidikan dan kesehatan membawa manfaat bagi pembangunan manusia dan kesejahteraan penduduk. Dari hasil penelitian ini ditemukan bahwa variabel pengeluaran publik dalam hal ini sektor pendidikan dan keseharan berpengaruh positif dan signifikan terhadap peningkatan IPM dan mempengaruhi secara negatif pula terhadap tingkat kemiskinan. Variabel lain yang diintroduksikan,

[45] Meylina Astri,dkk. *Op. Cit*., p 1

yakni investasi swasta dan distribusi pendapatan secara umum ditemukan berpengaruh kuat terhadap pembangunan manusia dan kemiskinan[46].

Penelitian yang dilakukan oleh Houqi Hong dan Sadiq Ahmed (2009) yang berjudul "Government Spending on Public Goods: Evidence on Growth and Poverty" dengan menggunakan data panel dari 14 negara bagian India antara tahun 1990 dan 2002, penelitian ini secara empiris meneliti bagaimana porsi belanja pemerintah atas barang publik seperti kesehatan, pendidikan dan infrastruktur dasar mempengaruhi pertumbuhan produk domestik bruto kapita dan pengurangan kemiskinan per tingkat negara. Konsisten dengan penelitian serupa berdasarkan data tingkat nasional, temuan dari penelitian ini menunjukkan bahwa pangsa pengeluaran barang publik dalam total pengeluaran pemerintah memiliki dampak besar, positif dan signifikan terhadap pertumbuhan GDP per kapita, dan bahwa pangsa pengeluaran barang publik sosial seperti pendidikan dan kesehatan memberikan kontribusi signifikan terhadap pengurangan kemiskinan. Terutama, realokasi belanja untuk menaikkan porsi belanja barang publik bisa mencapai rata-rata kenaikan tingkat pertumbuhan GDP per kapita hingga 2,7 poin persentase, dan realokasi dana untuk meningkatkan porsi belanja barang publik sosial bisa mengurangi rata-rata indeks jumlah penduduk miskin per kepala (*headcount index*) hingga 6,6 poin persentase[47].

Serupa dengan penelitian yang dilakukan oleh Adi .W, Waridin dan Johanna. K (2011) dengan judul "Analisis Pengaruh Pengeluaran Pemerintah di Sektor

---

[46] A. Gunadi.B," Investasi Sektor Publik Lokal, Pembangunan Manusia dan Kemiskinan, Jurnal Ekonomi Pembangunan(Yogyakarta : Lembaga Penelitian Universitas Atma Jaya 2005), p. 1

[47] Houqi Houng and Sadiq Ahmed, *Government Spending on Public Goods: Evidence on Growth and Poverty:*Economic and Political Weekly Vol 44 No 31,2009. p.102

Pendidikan dan Kesehatan terhadap Pengentasan Kemiskinan Melalui Peningkatan Pembangunan Manusia Di Provinsi Jawa Tengah bahwa hasil penelitian ini menunjukkan secara bersama-sama variabel pengeluaran pemerintah sektor pendidikan dan kesehatan serta IPM mempengaruhi kemiskinan [48]

Penelitian yang dilakukan oleh Rusdati dan Lesta Karolina Sebayang yang berjudul " Faktor-faktor yang Mempengarihi Tingkat Kemiskinan di Jawa Tengah" dengan menggunakan beberapa variabel bebas diantaranya PDRB, penganguuran dan belanja publik (sektor pendidikan dan kesehatan) .Tujuan penelitian ini mendeskripsikan kemiskinan di Propinsi Jawa Tengah dan menganalisis pengaruh Produk Domestik Regional Bruto (PDRB), pengangguran, dan belanja publik terhadap kemiskinan. Analisis data menggunakan teknik Ordinary Least Square (OLS). Hasil penelitian menunjukkan bahwa penurunan tingkat pengangguran tidak berpengaruh signifikan terhadap kemiskinan. Faktanya bahwa jumlah orang miskin di daerah lebih besar daripada kota. Secara statistik, PDRB dan variabel lainnya seperti pengeluaran publik berpengaruh signifikan terhadap kemiskinan sedangkan pengangguran pengaruhnya tidak signifikan.[49]

C. Kerangka Teoretik

Kemiskinan merupakan masalah yang multidemensi yang dipengaruhi oleh banyak faktor, bukan hanya di Indonesia masalah kemiskinan juga terjadi di

---

[48] A. Widodo,dkk, " *Analisis Pengaruh pengeluran Pemerintah Sektor Pendidikan dan Kesehatan terhadap Pengentasan Kemiskinan Melalui Indeks Pembangunan Manusia di Provinsi Jawa Tengah*," Jurnal Dinamika Ekonomi Pembangunan, Vol 1 No. 1 ,2011, p . 40

[49] Rusdati dan Lesta.K," *Faktor-faktor yang Mempengaruhi Tingkat Kemiskinan di Provinsi Jawa Tengah*". Jurnal Economia **,**Volume 9 Nomor 1, April 2013, p. 8

seluruh dunia,baik negara maju atau berkembang masalah kemiskinan masih tetap menjadi persoalan yang belum terselesaikan. Perbedaan antara negara maju dan berkembang dari persentase jumlah penduduk miskinnya. Indonesia termasuk salah satu negara berkembang yang sampai saat ini masih belum terlepas dari masalah kemiskinan dan pemerintah sejak lama berupaya mengatasinya dengan berbagai kebijakan.

Masalah dalam mengatasi kemiskinan baik secara lokal maupun nasional, pemerintah melaksanakan agenda pemulihan ekonomi sesudah krisis 1997 bersamaan dengan kebijakan otonomi daerah. Diharapkan dengan otonomi daerah maka upaya percepatan pembangunan ekonomi atas dasar inisiatif lokal dapat diwujudkan guna mengatasi masalah pembangunan di daerah. Instrumen otonomi daerah yang menonjol adalah dikeluarkannya kebijakan desentralisasi fiskal berupa kebijakan pemerintah melalui instrumen yang tercermin dalam pengeluaran pemerintah yang memberikan lebih banyak sumber daya keuangan daerah. Salah satu tujuan yang hendak dicapai dalam kebijakan desentralisasi fiskal adalah untuk mewujudkan kesejahteraan rakyat. Diharapkan pemerintah daerah dapat melakukan percepatan pembangunan dengan mengatasi masalah pengangguran dan kemiskinan. Masalah kemiskinan yang bersifat lokal spesifik dapat ditangani dengan cepat dan tuntas oleh pemerintah daerah[50].

Pemberian wewenang dalam mengatur masalah daerah, diharapkan pemerintah dapat bertanggung jawab penuh dalam mengurus berbagai persoalan dan kebutuhan daerah masing-masing termasuk masalah kemiskinan.

---

[50] *Ibid* . p. 3

Perubahan paradigma pembangunan di Indonesia yang memiliki perkembangan mulai dari yang *pertama*, paradigma pertumbuhan (*growth paradigm*); *kedua*, pergeseran dari paradigma pertumbuhan menjadi paradigm kesejahteraan (*Welfare paradigm*); dan *ketiga*, paradigma pembangunan yang berpusat ada manusia (*people centered development paradigm*). Berkaitan dengan itu manusia ialah yang menjadi modal pembangunan. Dalam hal ini kebutuhan dasar yang dibutuhkan dalam memperbaiki kualitas SDM adalah kesehatan dan pendidikan. Karena melalui faktor tersebut manusia akan dapat berkembang dengan baik jika tubuhnya sehat,jiwa dan pikirannya akan berkembang melalui pendidikan. Dengan adanya otonomi daerah, pemerintah daerah sebagai pemegang kebijakan sangat dibutuhkan untuk meyediakan dana melalui kebijakan Anggaran Pendapatan Belanja Daerah (APBD) untuk menyediakan berbagai fasilitas sarana dan prasarana yang dibutuhkan untuk mengembangkan potensi yang dimiliki masyarakatnya. Kemiskinan disamping merupakan masalah yang muncul dalam masyarakat yang bertalian dengan pemilikan faktor produksi, produktivitas dan tingkat perkembangan masyarakat sendiri, juga bertalian dan dipengaruhi oleh kebijakan pembangunan nasional. Kebijakan tersebut melalui instrumen kebijakan fiskal berupa pengeluaran pemerintah untuk pembangunan yang terdiri dari pengeluaran untuk sarana dan prasarana ekonomi, peningkatan SDM melalui pendidikan dan kesehatan, dan infrastruktur yang dilaksanakan.

Melalui anggaran pengeluaran pemerintah untuk pembangunan yang teralokasi melalui dana pengeluaran pembangunan yang mencakup 18 sektor yang dapat diringkas menjadi empat jenis pengeluaran pembangunan yaitu : (1)

Sarana, prasarana ekonomi : pengeluaran untuk pembangunan jalan raya, pelabuhan, kapasitas listrik, energi dan lain-lain, (2) Peningkatan Sumber Daya Manusia (SDM) : pendidikan, kesehatan dan peranan wanita, (3) Peningkatan kesejahteraan rakyat : pembangunan perumahan, pengembangan kehidupan beragama, dan (4) Peningkatan kapasitas pemerintahan : anggaran pengembangan aparatur pemerintahan.[51] Oleh karena itu, diduga pengeluaran pemerintah pada sektor pendidikan dan kesehatan secara positif mempengaruhi peningkatan pembangunan manusia melalui IPM, dan selanjutnya peningkatan pembangunan manusia secara negatif mampu mempengaruhi kemiskinan. Artinya, jika pengeluaran pemerintah pada sektor pendidikan dan kesehatan diperbesar, maka peningkatan untuk pembiayaan berbagai kebutuhan akan fasilitas, sarana dan prasaran pendidikan dan kesehatan menjadi lebih baik akan menguntungkan masyarakat untuk mengembangkan potensi yang dimiliki sehingga kualitas akan SDM suatu daerah akan meningkat pula dan pada akhirnya akan menurunkan kemiskinan.

D. Perumusan Hipotesis

Berdasarkan deskripsi teoritis dan kerangka berfikir yang telah diuraikan di atas, maka peneliti mengajukan hipotesis penelitian sebagai berikut :

1. Terdapat pengaruh negatif antara pengeluaran pemerintah pada sektor pendidikan terhadap kemiskinan

[51] Prathama Rahardja, Madala Manurung. *Loc. cit.*

2. Terdapat pengaruh negatif antara pengeluaran pemerintah pada sektor kesehatan terhadap kemiskinan
3. Terdapat pengaruh negatif antara pengeluaran pemerintah pada sektor pendidikan dan sektor kesehatan terhadap kemiskinan
4. Terdapat pengaruh positif antara pengeluaran pemerintah pada sektor pendidikan terhadap peningkatan pembangunan manusia
5. Terdapat pengaruh positif antara pengeluaran pemerintah pada sektor kesehatan terhadap peningkatan pembangunan manusia
6. Terdapat pengaruh positif antara pengeluaran pemerintah pada sektor pendidikan dan sektor kesehatan terhadap peningkatan pembangunan manusia
7. Terdapat pengaruh negatif antara peningkatan pembangunan manusia terhadap kemiskinan

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Tujuan Penelitian

Berdasarkan masalah-masalah yang telah dikemukakan dan dirumuskan oleh peneliti maka tujuan penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Seberapa besar pengaruh pengeluaran pemerintah pada sektor pendidikan terhadap kemiskinan di Provinsi Nusa Tenggara Timur.
2. Seberapa besar pengaruh pengeluaran pemerintah pada sektor kesehatan terhadap kemiskinan di Provinsi Nusa Tenggara Timur.
3. Seberapa besar pengaruh pengeluaran pemerintah sektor pendidikan dan sektor kesehatan terhadap kemiskinan di Provinsi Nusa Tenggara Timur.
4. Seberapa besar pengaruh pengeluaran pemerintah pada sektor pendidikan terhadap peningkatan pembangunan manusia di Provinsi Nusa Tenggara Timur.
5. Seberapa besar pengaruh pengeluaran pemerintah pada sektor kesehatan terhadap peningkatan pembangunan manusia di Provinsi Nusa Tenggara Timur.
6. Seberapa besar pengaruh pengeluaran pemerintah sektor pendidikan dan sektor kesehatan terhadap kemiskinan di Provinsi Nusa Tenggara Timur
7. Seberapa besar pengaruh peningkatan pembangunan manusia terhadap kemiskinan di Provinsi Nusa Tenggara Timur

B. Objek Penelitian

Objek penelitian ini adalah 20 kabupaten dan 1 kotamadya di Provinsi Nusa Tenggara Timur. Lokasi ini dipilih karena penduduk miskin di Nusa Tenggara Timur merupakan provinsi terbesar ketiga setelah Papua dan Papua barat dengan persentase 20,24 persen pada tahun 2012.

C. Metode Penelitian

Pada penelitian ini metode yang digunakan adalah metode *expost the facto.* Menurut Hajar metode expost *the facto* adalah suatu penelitian yang dilakukan utuk meneliti peristiwa yang telah terjadi, dimana fenomena yang telah terjadi akan diselidiki sebab yang mempengaruhinya.[52] Sedangkan menurut Sugiono dalam Supardi,dkk mengatakan bahwa metode *expost the facto* adalah suatu penelitian yang dilakukan untuk meneliti peristiwa yang telah terjadi melalui data untuk menemukan faktor-faktor yang mendahului atau penyebab yang mungkin[53], sedangkan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data sekunder. Data sekunder adalah jenis data yang diperoleh dan digali melalui hasil pengolahan pihak kedua dari hasil penelitian lapangannya, baik berupa data kualitatif maupun data kuantitatif.[54]

---

[52] Ibnu Hajar, 1996. *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Kuantitatif Dalam Pendidikan*. (Jakarta : Raja Grafindo Persada), p. 344

[53] Supardi,dkk. 2010. *Metode Penelitian Kuantitatif Korelasi.* (Jakarta:Haja Mandiri), p.30

[54] Muhammad Teguh, *Metodologi Penelitian Ekonomi* (Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada, 2005), p.121

D. Jenis dan Sumber Data

Jenis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data sekunder yang bersifat kuantitatif. Sedangkan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah gabungan antara data *time series* dan data *cross section* . Data *time series* sebanyak empat tahun yaitu dari tahn 2009-2012 dan data *cross section* sebanyak 20 kabupaten dan 1 kotamadya di Nusa Tenggara Timur. Pengambilan data diperoleh dari catatan dan laporan yang dipublikasikan oleh Badan Pusat Statistik Provinsi NTT dan Kementrian Keuangan bagian Direktorat Jenderal Perimbangan Keuangan

E. Operasionalisasi Variabel

1. Kemiskinan

a. Definisi Konseptual

Kemiskinan adalah keadaan dimana seseorang tidak mampu memenuhi kebutuhan dasarnya baik kebutuhan makanan ataupun non makanan berdasarkan standar yang telah ditetapkan oleh suatu badan statistik**.**

b. Definisi operasional

Variabel kemiskinan dalam penelitian ini diukur dengan menggunakan data jumlah penduduk miskin yang telah ditetapkan oleh Badan Pusat Statistik. Pengukuran kemiskinan yang dilakukan oleh BPS menggunakan konsep kemampuan memenuhi kebutuhan dasar (*basic needs approach*) yang diukur dari sisi pengeluaran. Penduduk dikatakan

miskin apabila memiliki rata-rata pengeluaran dibawah garis kemiskinan (GK)

2. Pengeluaran Pemerintah Pada Sektor Pendidikan

a. Definisi Konseptual

Pengeluaran pemerintah sektor pendidikan adalah besarnya pengeluaran pemerintah untuk sektor pendidikan yang mencerminkan pengeluaran dari total anggaran dan belanja untuk pembangunan yang dialokasikan untuk sektor pendidikan, seperti untuk fasilitas sarana dan prasarana pendidikan, Bantuan Operasional Sekolah (BOS), program Wajib Belajar 12 Tahun dan lainnya.

b. Definisi Operasional

Variabel pengeluaran pemerintah pada sektor pendidikan yang digunakan pada penelitian ini adalah data Anggaran Pendapatan Belanja Daerah (APBD) berdasarkan fungsi yang dipublikasikan oleh Kementrian Keuangan bagian Direktorat Jenderal Perimbangan Keuangan (DPJK) dan dialokasikan untuk Provinsi Nusa Tenggara Timur pada Tahun 2009-2012

3. Pengeluaran Pemerintah pada Sektor Kesehatan

a. Definisi Konseptual

Pengeluaran pemerintah sektor kesehatan adalah besarnya pengeluaran pemerintah untuk sektor kesehatan yang mencerminkan pengeluaran dari total anggaran dan belanja untuk pembangunan yang

dialokasikan untuk sektor kesehatan, seperti fasilitas sarana dan prasarana kesehatan, pencegahan bibit penyakit dan lainnya.

b. Definisi Operasional

Variabel pengeluaran pemerintah pada sektor kesehatan yang digunakan pada penelitian ini adalah data Anggaran Pendapatan Belanja Daerah (APBD) berdasarkan fungsi yang dipublikasikan oleh Kementrian Keuangan bagian Direktorat Jenderal Perimbangan Keuangan (DPJK) dan dialokasikan untuk Provinsi Nusa Tenggara Timur pada Tahun 2009-2012

4. Pembangunan Manusia

a. Definisi Konseptual

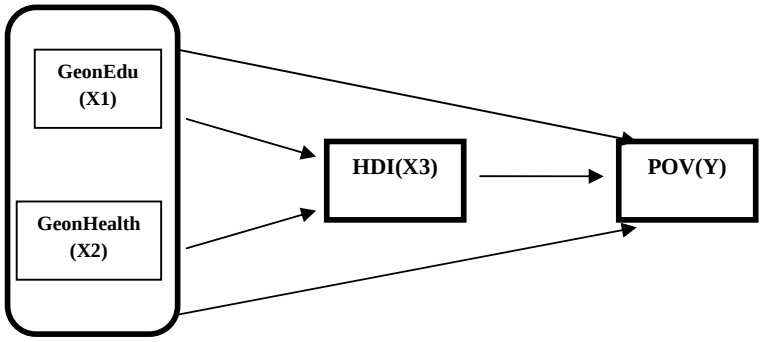
Pembanunan manusia yang di-*proxy* dari IPM adalah sebuah konsep perhitungan untuk mengukur kualiatas Sumber Daya Manusia dengan menggunakan pendekatan tiga komponen dasar yaitu usia hidup, pendidikan,dan kualitas standar hidup yang diukur berdasarkan pendapatan perkapita riil

b. Definisi Operasional

Variabel pembangunan manusia yang digunakan pada penelitian ini di-*proxy* dari data IPM Provinsi Nusa Tenggara Timur yang dipublikasikan oleh BPS Provinsi Nusa Tenggara Timur pada tahun 2009-2012

F. Konstelasi Pengaruh Antar Variabel

Sesuai dengan hipotesis yang diajukan bahwa terdapat pengaruh antara variabel dependen terhadap variabel independen, maka konstelasi pengaruh adalah sebagai berikut:



Keterangan :

X1 : Pengeluaran Pemerintah pada Sektor Pendidikan
X2 : Pengeluaran Pemerintah pada Sektor Kesehatan
X3 : IPM sebagai variabel intervening
Y : Tingkat Kemiskinan
→ : Arah Pengaruh

G. Teknik Analisis Data

Teknik analisis yang digunakan pada penelitian ini adalah analisi jalur (Path Analysis). Analisis jalur jalur digunakan untuk menguji variabel intervening. Analisis jalur merupakan pengembangan dari analisis regresi. Melalui analisis jalur , peneliti dapat menemukan jalur dan paling tepat dan singkat untuk suatu variabel independen menuju variabel depenen. Adapun langkah-langkah dalam menganalis data diantaranya adalah sebagai berikut :

1. Mencari Persamaan Regresi

Penelitian ini menggunakan rumus Regresi Berganda yaitu untuk mengetahui pengaruh secara kuantitif dari perubahan pengeluaran pemerintah pada Sektor pendidikan (X1) dan pengeluaran pemerintah sektor kesehatan (X2) terhadap

peningkatan pembangunan manusia (X3) selanjutnya melihat pengaruhnya terhadap tingkat kemiskinan (Y). Regresi adalah studi bagaimana variabel dependen dipengaruhi oleh satu atau lebih dari variabel independen dengan tujuan untuk mengestimasi dan atau memprediksi nilai rata-rata dependen didasarkan pada nilai variabel independen yang diketahui[55]. Analisis Regresi Berganda dengan intervening digunakan untuk menjawab bagaimana peran IPM dalam kaitannya antara hubungan pengeluaran pemerintah di sektor pendidikan dan kesehatan dengan pengentasan kemiskinan. Menurut Imam Ghozali (2009) variabel intervening merupakan variabel antara atau *mediating* yang fungsinya memediasi hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen.[56] Model persamaan regresi untuk mengetahui hubungan secara kuantitatif dari pengeluaran pemerintah sektor pendidikan dan kesehatan terhadap IPM dan selanjutnya IPM terhadap kemiskian sebagai berikut :

- $Y = \alpha + \beta X1 + \beta X2 + e$
- $X3 = \alpha + \beta X1 + \beta X2 + e$
- $Y = \alpha + \beta X3 + e$

Keterangan :

α	: konstanta
Y	: Kemiskinan
X1	: Pengeluaran Pemerintah pada Sektor Pendidikan
X2	: Pengeluaran Pemerintah pada Sektor Kesehatan
X3	: IPM sebagai variabel intervening
βo	: *intercept*
β1β2 β3	: koefisien regresi parsial untuk X1,X2 dan X3
e	: error (variabel pengganggu)

[55] Agus Widarjono, *Ekonometrika* (Yogyakarta: UPP STIM YKPN, 2013), p.7

[56] Imam Ghozali, *Aplikasi Analisis Multivariate dengan Program IBM SPSS 19.* (Semarang:BP UNDIP, 2011)., p. 99

Model tersebut dapat ditransformasikan kedalam persamaan logaritma :

- $Y = \beta 0 + \beta 1 LnX1 + \beta 2 LnX2 + e$
- $X3 = \beta 0 + \beta 1 LnX1 + \beta 2 LnX2 + e$
- $Y = \beta 0 + \beta 3 X3 + e$

Keterangan:

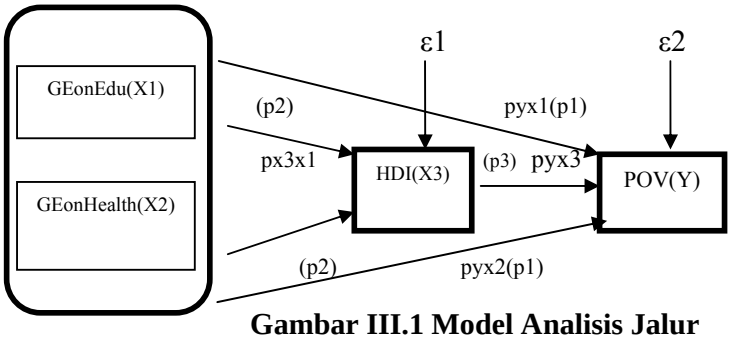
Y	: Kemiskinan
β0	: konstanta
X1	: Pengeluaran pemerintah pada sektor pendidikan
X2	: Pengeluaran pemerintah pada sektor kesehatan
X3	: IPM
β1,β2, β3	: koefisien yang dicari untuk mengukur pengaruh variabel X1 ,X2 dan X3
e	: kesalahan pengganggu
Ln	: logaritma natural

Pemilihan model ini didasarkan pada penggunaan model logaritma natural (Ln). Damodar Gujarati menyebutkan bahwa salah satu keuntungan dari penggunaan logaritma natural adalah memperkecil bagi variabel-variabel yang diukur karena penggunaan logaritma dapat memperkecil salah satu penyimpangan dalam asumi OLS (*Ordinary Least Square*) yaitu heterokedastisitas[57]. Menurut Ghozali, metode OLS adalah mengestimasi suatu garis regresi dengan jalan meminimalkan jumlah dari kuadrat kesalahan setiap observasi terhadap garis tersebut[58].

[57] Damodar Gujarati, *Ekonometrika Dasar* (Jakarta: Erlangga, 1997).,p.63
[58] Imam Ghozali,*Op.Cit*, p.96

2. Mencari Persamaan Path Analysis

Menurut Imam Ghozali, untuk menguji pengaruh variabel intervening digunakan metode analisi jalur (*path analysis*). Analisis jalur merupakan penggunaan analisis regresi untuk menaksir hubungan kausalitas antar variabel (*model causal*) yang telah ditetapkan sebelumnya berdasarkan teori. Analisis jalur tidak dapat menentukan hubungan sebab akibat dan juga tidak dapat digunakan sebagai substitusi untuk melihat hubungan kausalitas antar variabel. Analisis jalur digunakan untuk menentukan pola hubungan antara tiga atau lebih variabel dan tidak dapat digunakan untuk mengkonfrimasi atau menolak hipotesis kasualitas imajiner. Dalam penelitian ini, hubungan antara pengeluaran sektor publik (pendidikan dan kesehatan) dengan kemiskinan di mediasi oleh pembangunan manusia, dengan model analisis jalur sebagai berikut



Gambar III.1 Model Analisis Jalur

Diagram jalur memberikan gambaran secara eksplisit hubungan kausalitas antar variabel berdasarkan teori. Anak panah menunjukkan hubungan antarvariabel. Setiap nilai p menggambarkan jalur dan koefisian jalur. Berdasarkan model jalur pada Gambar III.1 diajukan hubungan berdasarkan teori

bahwa pengeluaran sektor publik mempunyai hubungan langsung dengan kemiskinan (p1). Namun demikian, pengeluaran sektor publik di bidang pendidikan dan kesehatan juga mempunyai hubungan tidak langsung dengan kemiskinan yaitu dari pengeluaran sektor publik ke pembangunan manusia (p2) baru kemudian ke kemiskinan (p3). Total pengaruh hubungan dari pengeluaran sektor publik ke kemiskinan (korelasi pengeluaran sektor publik dan kemiskinan) sama dengan pengaruh langsung pengeluaran sektor publik ke kemiskinan (koefisien *path* atau regresi p1) ditambah pengaruh tidak langsung yaitu koefisien *path* dari pengeluaran sektor publik ke pembangunan manusia yaitu p2 dikalikan dengan koefisien *path* dari pembangunan manusia ke kemiskinan yaitu p3, sebagaimana berikut ini :

$$\text{Total pengaruh} = p1 + (p2 \times p3)$$

Keterangan :

P1 : Pengaruh langsung pengeluaran sektor publik ke kemiskinan

P2 : Pengaruh tidak langsung pengeluaran sektor publik ke pembangunan manusia kemudian ke kemiskinan

3. Menghitung Koefisien Jalur Berdasarkan Koefisien Regresi dan Koefisien Korelasi

Pada analisi jalur setelah membuat struktural untuk masing-masing regresi maka tahapan setelah itu adalah menghitung koefisien jalur berdasarkan koefisien korelasi dan regresi. Koefisien korelasi pada penelitian ini menggunakan keofisien korelasi Pearson. Analisis korelasi Pearson digunakan

untuk mengetahui keeratan hubungan secara linier antar variabel bebas dengan variabel terikat. Diketahui pula apakah hubungannnya positif atau negatif, dan apakah hubungannya signifikan atau tidak. Untuk pedoman analisis korelasi, jika nilai koefisien korelasi mendekati 1 atau -1 maka hubungannya semakin erat atau kuat, jika mendekati 0 maka hubungannya semakin lemah.

4. Uji Hipotesis

a. Menghitung Koefisien Jalur Secara Individual (Uji t)

Setelah mengetahui besarnya koefisien jalur harus dianalisa lebih lanjut mengenai adanya pengaruh tersebut secara kebetulan atau memang signifikan. Karena meskipun koefisien jalur besar belum tentu pengujian atas variabel-variabel itu diterima. Maka dari itu dilakukan uji t untuk menguji secara parsial masing-masing variabel bebas terhadap variabel terikat. Untuk menguji semua itu, ada beberapa tahapan sebagai berikut :

- Membuat formula hipotesis :

  Ha: pyx1 > 0, pyx2 > 0, px3x1 > 0, px3x2 > 0, dan pyx3 > 0

  Artinya variabel bebas berkontribusi secara signifikan terhadap variabel terikat.

  H0 : pyx1 = 0, pyx2 = 0, px3x1 = 0, px3x2 = 0, dan pyx3 = 0

  Artinya variabel bebas tidak berkontribusi secara signifikan terhadap variabel terikat.

- Level signifikan = 5%, dk = n=k=1
- Mencari t_{hitung} dengan rumus :

$$t_{hitung} = \frac{pK}{Se\ pk}$$

Keterangan :
pK = koefisien jalur
sepk = standar error regresi

- Nilai kritis

H0 diterima apabila $-t_{tabel} \leq t_{hitung} \leq t_{tabel}$

H0 ditolak apabila = $t_{hitung} > t_{tabel}$ atau $-t_{hitung} < -t_{tabel}$

- Keputusan :

Apabila $t_{tabel} \leq t_{hitung}$ maka H_0 diterima yang berarti veriabel bebas dan intervening tidak mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap variabel terikat.

Apabila $t_{hitung} > t_{tabel}$ atau $-t_{hitung} < -t_{tabel}$ maka H_0 ditolak yang berarti veriabel bebas dan intervening mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap variabel terikat.

b. Menghitung Koefisien Jalur Secara Simultan Uji F

Uji F atau uji koefisien jalur secara simultan digunakan untuk mengetahui pengaruh signifikan variabel bebas secara bersama-sama terhadap variabel terikat. Adapun tahapan untuk menguji secara simultan adalah sebagai berikut :

- Membuat formulasi hipotesis :

  Ha : pyx1 = pyx2 ≠ 0 dan px3x1 = px3x2 ≠ 0

  Berarti variabel bebas berkontribusi secara simultan dan signifikan terhadap variabel terikat.

  H0 : pyx1 = pyx2 = 0 dan px3x1 = px3x2 = 0

  Berarti variabel bebas tidak berkontribusi secara smultan dan signifikan terhadap variabel terikat

- Level signifikan 5% = V1 = k, V2 = n-k-1

- Mencari F hitung dengan rumus :

$$F_{hitung} : \frac{(n-k-1)R^2}{k(1-R^2)}$$

Keterangan :
n : Jumlah sampel
k : Jumlah variabel Bebas
R : Koefisien Determinasi

- Keputusan

Apabila $F_{hitung} \leq F_{tabel}$, maka H_0 diterima, yang berarti variabel bebas secara bersama-sama tidak mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap variabel terikat

Apabila $F_{hitung} \geq F_{tabel}$, maka H_0 ditolak, yang berarti variabel bebas secara bersama-sama mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap variabel terikat

5 . Analisis Koefisien Determinasi

Menurut Ghozali, Koefisien determinasi (R^2) pada intinya digunakan untuk mengukur seberapa jauh kemampuan model dalam menerangkan variasi variabel dependen[59]. Atau dengan kata lain, koefisien determinasi mengukur seberapa baik model yang dibuat mendekati fenomena variabel dependen yang sebenarnya. R^2 (*R Square*) juga mengukur berapa besar variasi variabel dependen mampu dijelaskan variabel-variabel independen penelitian ini.

Jika nilai R2 terletak diantara 0 sampai dengan 1, nilai $0 \leq R^2 \leq 1$. Jika R2 = 0, berarti variabel bebas tidak bias menjelaskan variasi perubahan variabel terikat, maka model dapat dikatakan buruk. Jika $R^2 = 1$, berarti variabel bebas mampu menjelaskan variasi perubahan variabel terikat dengan sempurna. Kondisi seperti

[59] Imam Ghozali, *Op. Cit.*, p. 97

dua hal tersebut hampir sulit diperoleh. Kecocokkan model dapat dikatakan lebih baik kalau R^2 semakin dekat dengan 1.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

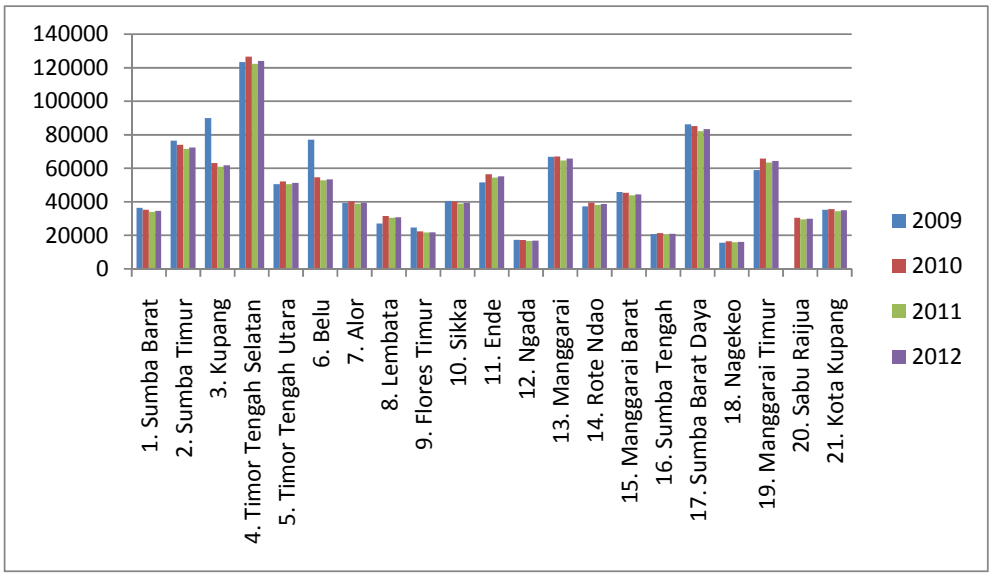
A. Deskripsi Data

Deskripsi data penelitian dimaksudkan untuk menyajikan gambaran umum mengenai hasil pengolahan data dari empat variabel dalam penelitian ini, yang terdiri dari kemiskinan sebagai variabel terikat, pengeluaran pemerintah pada sektor pendidikan dan sektor kesehatan sebagai variabel bebas dan IPM sebagai variabel intervening.

1. Kemiskinan

Kemiskinan adalah keadaan dimana seseorang tidak mampu memenuhi kebutuhan dasarnya baik kebutuhan makanan ataupun non makanan berdasarkan standar yang telah ditetapkan oleh suatu badan statistik**.** Data kemiskinan yang digunakan dalam penelitian ini adaah data jumlah penduduk miskin yang bersumber dari laporan tahunan Badan Pusat Statistik mulai dari tahun 2009 sampai dengan 2012. Data tingkat kemiskinan merupakan perbandingan antara jumlah penduduk miskin terhadap total jumlah penduduk Provinsi NTT yaitu sebesar 4.899.260 jiwa pada tahun 2012. Sedangkan penduduk miskin adalah penduduk yang memiliki pengeluaran perkapita di bawah garis kemiskinan sebesar Rp 222.507,- pada tahun 2012

Grafik IV. 1
Perkembangan Penduduk Miskin Kabupaten/Kota Nusa Tenggara Timur Tahun 2009-2012

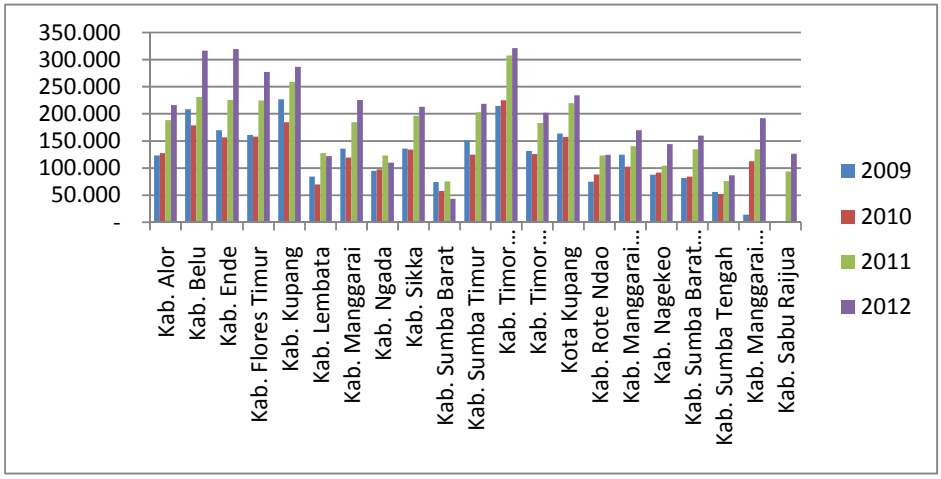


Berdasarkan grafik di atas dapat terlihat bahwa jumlah penduduk miskin Provinsi Nusa Tenggara Timur mengalami fluktuatif dari tahun 2009 sampai dengan tahun 2012, walaupun secara keseluruhan mengalami tren yang positif. Namun, pada tahun 2010 terjadi peningkatan penduduk miskin di beberapa kabupaten seperti Timor Tengah Selatan, Timor Tengah Utara, Alor, Lembata, Ende, Rote Ndao, Sumba Tengah, Nagekeo, Manggarai Timur dan Kota Kupang. Sementara kabupaten Sabu Raijua tidak memiliki data pada tahun 2009 karena kabupaten ini merupakan kabupaten yang baru mengalami pemekaran. Rata-rata penduduk miskin terbanyak adalah kabupaten Timor Tengah Selatan yaitu 124.080 jiwa dan rata-rata bupaten dengan penduduk miskin terendah adalah Nagekeo sebanyak 16.082 jiwa.

2. Pengeluran Pemerintah Sektor Pendidikan

Pemerintah sebagai peran utama dalam mengurus segala sesuatu yang dibutuhkan oleh daerahnya, tentunya membutuhkan anggaran. Pendidikan merupakan kebutuhan dasar manusia untuk meningkatkan kualitas diri dan dapat meningkatkan kapasitas untuk lebih produktif dalam menghasilkan sesuatu guna memenuhi kebutuhan untuk bertahan hidup. Dengan adanya otonomi daerah maka pemerintah memiliki wewenang khusus untuk mengurus masyarakatnya dengan segala potensi yang dimiliki daerah, termasuk dalam mengelola anggaran dalam APBD, untuk sektor pendidikan pemerintah daerah Provinsi Nusa Tenggara Timur juga menyediakan anggaran yang tercermin dalam data di bawah ini :

Grafik IV. 2
Perkembangan Pengeluaran Pemerintah Sektor Pendidikan Kabupaten/Kota Provinsi Nusa Tenggara Timur Tahun 2009-2012 (dalam juta rupiah)



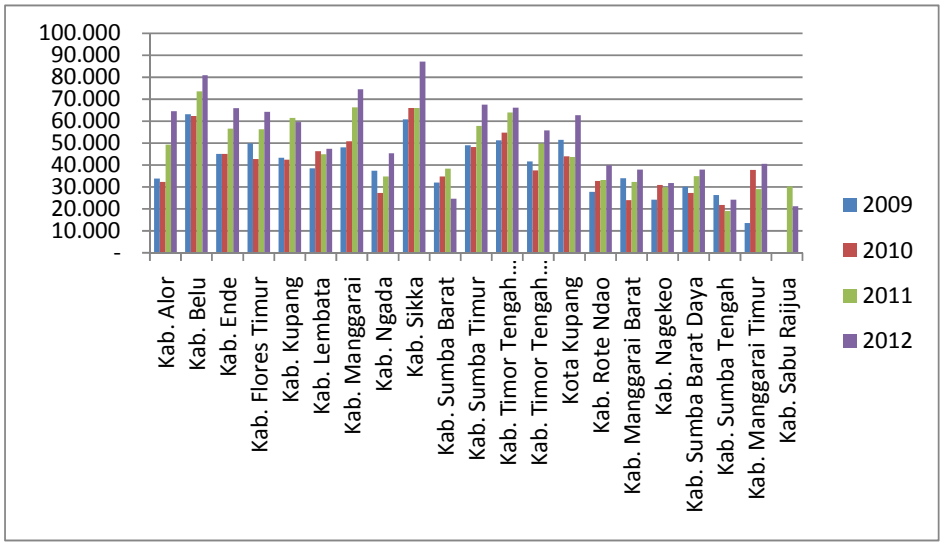
Berdasarkan grafik di atas dapat terlihat pengeluran pemerintah pada sektor pendidikan pada tahun 2009 sampai dengan tahun 2012 secara keseluruhan mengalami peningkatan. Namun untuk beberapa kebupaten terjadi perkembangan yang fluktuatif, bahkan menurun pada tahun 2010 diantaranya adalah kabupaten Belu, Ende, Flores Timur, Kupang, Lembata, Manggarai, Sikka, Sumba Barat, Sumba Timur, Timor Tengah Utara, Kota Kupang, Manggarai Barat dan Sumba Tengah. Selain tahun 2010, pada tahun 2012 juga ada beberapa kabupaten yang mengalami penurunan diantaranya kabupaten Lembata, Ngada dan Sumba Barat. Dari data yang ditampilkan diatas juga dapat terlihat rata-rata pengeluaran pemerintah sektor pendidikan tertinggi adalah kabupaten Timor Tengah Selatan yaitu sebesar Rp 257.157.238.903,- dan kabupaten dengan rata-rata terendah adalah Sabu Raijua yaitu sebesar Rp 55.007.363.468,- hal itu terjadi karena kabupaten ini merupakan kabupaten yang baru melakukan pemekaran, sehingga data yang ditampilkan baru 2 tahun.

3. Pengeluaran Pemerintah Sektor Kesehatan

Kesehatan merupakan hal yang tidak kalah penting selain pendidikan, dalam mewujudkan mayarakat yang sehat pemerintah mengalokasikan anggaran untuk bidang kesehatan guna untuk memenuhi kebutuhan akan fasilitas sarana dan prasarana kesehatan dan pencegahan bibit penyakit dengan vaksinasi tertentu. Untuk itu dalam APBD maupun APBN pemerintah mengalokasikan dalam bentuk pengeluaran pemerintah sektor kesehatan. Provinsi NTT juga termasuk provinsi yang masih sangat membutuhkan

perhatian khusus dalam bidang kesehatan. Untuk itu pemerintah daerah mengalokasikan dana tersebut, dapat dilihat melalui data di bawah ini :

Grafik IV. 3
Perkembangan Pengeluaran Pemerintah Sektor Kesehatan Kabupaten/Kota Provinsi Nusa Tenggara Timur Tahun 2009-2012 (dalam juta rupiah)



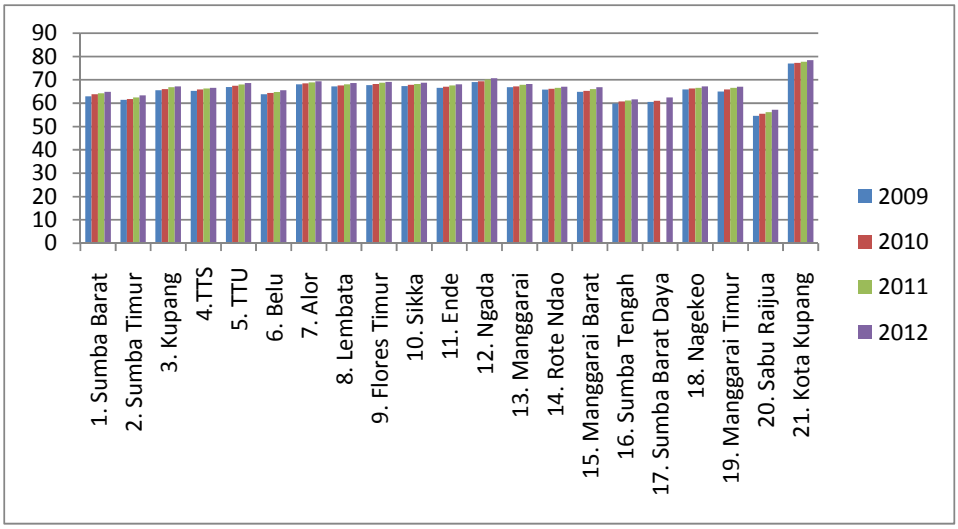
Berdasarkan data yang disajikan di atas dapat dilihat bahwa pengeluaran pemerintah pada sektor kesehatan mengalami fluktuatif untuk masing-masing kabupaten kota, secara keseluruhan mangalami peningkatan tiap tahunnya, namun masih ada beberapa kabupaten yang mengalami penurunan terutama pada tahun 2010 diantaranya kabupaten Alor, Belu, Flores Timur, Ngada, Sumba Timur, Timor Tengah Utara, Manggarai Barat, Sumba Barat Daya, dan Sumba Tengah. Selain tahun 2010, beberapa kabupaten mengalami penurunan juga ditahun 2011 diantaranya kabupaten Sumba Tengah dan Manggarai Timur. Kabupaten dengan rata-rata pengeluaran tertinggi yaitu

kabupaten Timor Tengah Selatan yaitu sebesar Rp 120.001.593.860 sedangkan kabupaten yang memiliki rata-rata terendah ialah kabupaten Sabu Raijua yaitu sebesar Rp. 28.749.678.669 hal itu terjadi karena kabupaten ini baru melakukan pemekaran sehingga data yang ditampilkan baru 2 tahun terakhir.

4. Indeks Pembangunan Manusia

Indeks Pembangunan Manusia merupakan suatu indikator untuk melihat kualitas sumber daya manusia. Dalam penelitian ini pembangunan manusia diproxy-kan dengan nilai IPM. Provinsi Nusa Tenggara Timur merupakan salah satu provinsi yang nilai IPMnya cenderung rendah dibandingkan dengan provinsi lain di Indonesia. Data IPM ini diambil dari Badan Pusat Statistik periode tahun 2009 sampai dengan 2012.

Grafik IV. 4
Perkembangan IPM Kabupaten/Kota Provinsi Nusa Tenggara Timur Tahun 2009-2012



Berdasarkan data di atas dapat terlihat bahwa nilai IPM masing-masing kabupaten kota mengalami peningkatan tiap tahunnya. Namun masih ada beberapa kabupaten yang memiliki rata-rata IPM yang rendah dibandingkan dengan kabupaten kota lainnya yaitu kabupaten Sabu Raijua dengan rata-rata nilai IPM sebesar 55,73 dan kabupaten yang memiliki rata-rata nilai IPM tertinggi adalah Kota Kupang dengan nilai sebesar 77,54.

B. Analisis Data

Penelitian ini menggunakan analisis jalur (*path analysis*) dengan menggunakan jenis data gabungan antara tahunan dan individu yaitu kabupaten kota di Provinsi NTT. Pengolahan data dalam penelitian ini menggunakan program SPSS versi 16.

1. Regresi Persamaan *Path Analysis*

Analisis jalur (*path analysis*) adalah untuk mengetahui pola hubungan antar variabel dengan tujuan mengetahui pengaruh langsung maupun tidak langsung antara variabel independen terhadap variabel dependen. Pada analisis jalur tahapan yang dilakukan setelah membuat stuktural seperti yang telah dirumuskan pada bab sebelumnya adalah menghitung koefisien jalur berdasarkan koefisien korelasi dan regresi. Koefisien korelasi pada penelitian ini menggunakan dasar korelasi Pearson.

Tabel IV . 1
Correlation Variabel X1, X2, X3 dan Y

Correlations

		GE ON EDU (X1)	GE ON HEALTH (X2)	HDI(X3)	POV (Y)
GE ON EDU (X1)	Pearson Correlation	1	.916**	.520*	-.533*
	Sig. (2-tailed)		.000	.016	.013
	N	21	21	21	21
GE ON HEALTH (X2)	Pearson Correlation	.916**	1	.556**	-.538*
	Sig. (2-tailed)	.000		.009	.012
	N	21	21	21	21
HDI(X3)	Pearson Correlation	.520*	.556**	1	.103
	Sig. (2-tailed)	.016	.009		.048
	N	21	21	21	21
POV (Y)	Pearson Correlation	-.533*	-.538*	.103	1
	Sig. (2-tailed)	.013	.012	.048	
	N	21	21	21	21

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Tabel *Correlation* di atas menunjukkan arah hubungan adalah negatif, karena karena angka korelasi negatif, artinya semakin tinggi pengeluaran pemerintah pada sektor pendidikan dan kesehatan akan menurunkan tingkat kemiskinan. Dari hasil korelasi didapat angka sebesar -0,533. Nilai signifikansi kurang dari 0,05 (0,013< 0,05) hal tersebut berarti ada hubungan yang signifikan antara variabel pengeluaran pemerintah sektor pendidikan dan kesehatan terhadap kemiskinan. Sedangkan angka 0,103 menunjukkan korelasi yang positif antara IPM terhadap kemiskinan dengan nilai signifikasi 0,048 < 0,05.

- Hasil regresi pada struktur 1 :

$Y = py_{x_1} LnGEonEdu + py_{x_2} LnGEonHealth + py\varepsilon 2$ dan $R^2 \; y_{x_2 x_1}$

Tabel IV.2
Koefisien Jalur
Coefficients (a)

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	776759.886	374270.541		6.075	.010
	GE ON EDU (X1)	-11736.227	23229.090	-.249	-2.505	.023
	GE ON HEALTH (X2)	-20995.361	33378.870	-.310	-2.629	.037

a. Dependent Variable: POV (Y)

Pada tabel *Coefficients* IV.2 di atas, dapat dilihat bahwa nilai koefisien jalur dalam kolom Standardized Coefficients (Beta) maka diperoleh persamaan struktur sebagai berikut :

Pov(Y) = -0,249 LnGEonEdu – 0,310 LnGEonHealth + 0,701 ε

Berdasarkan hasil regresi di atas terlihat bahwa besar koefisien jalur pada variabel pengeluaran pemerintah sektor pendidikan sebesar -0,249, artinya jika pengeluaran pemerintah dinaikkan sebesar 1% maka tingkat kemiskinan akan menurun sebesar 0,249 satuan. Sedangkan besar koefisien jalur pada variabel pengeluaran pemerintah sektor kesehatan adalah sebesar -0,310, artinya jika pengeluaran pemerintah sektor kesehatan ditingkatkan sebesar 1% maka akan menurunkan tingkat kemiskinan sebesar 0,310 satuan. Sedangkan angka 0,701 di

dapat dari 1- R^2 yx_2x_1 (1- 0,299 = 0,701) yang merupakan koefisien variabel lain yang tidak diteliti dalam penelitian ini.

Tabel IV.3

Model Summary[b]

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.547[a]	.299	.221	23223.3306

a. Predictors: (Constant), GE ON HEALTH (X2), GE ON EDU (X1)

b. Dependent Variable: POV (Y)

Berdasarkan tabel di atas dapat dilihat bahwa besar dari koefisien determinasi R^2 atau R^2 yx_2x_1 adalah sebesar 0,299 = 29,9% artinya kontribusi varians dari variabel pengeluaran pemerintah pada sektor pendidikan dan kesehatan terhadap kemiskinan yaitu sebesar 29.9% dan sisanya dipengaruhi oleh variabel lain yang tidak diteliti oleh peneliti.

- Hasil Regresi Struktur 2

HDI(X3)= $px3x_1$ LnGEonEdu + $px3x_2$ LnGEonHealth + $px_3\varepsilon 1$ dan $R^2x_3x_2x_1$

Tabel IV.4
Koefisien Jalur
Coefficients (a)

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	79.933	58.968		1.856	.032
	GE ON EDU	.469	3.660	.063	3.128	.019
	GE ON HEALTH	5.367	5.259	.499	1.720	.021

a. Dependent Variable: HDI (X3)

Berdasarkan tabel IV.4 di atas, koefisien jalur dapat dilihat dalam kolom Standardized Coefficients (Beta) maka diperoleh persamaan struktur sebagai berikut :

HDI(X3) = 0,063 LnGEonEdu + 0,499 LnGEonHealth + 0,69 ε

Pada struktur 2, koefisien jalur untuk variabel pengeluaran pemerintah sektor pendidikan sebesar 0,063, artinya jika pengeluaran pemerintah sektor pendidikan dinaikkan sebesar 1%, maka IPM akan meningkat sebesar 0,063 satuan. Sedangkan untuk variabel pengeluaran pemerintah pada sektor kesehatan besar koefisian jalur yaitu 0,499. Hal tersebut mengandung arti bahwa jika pengeluaran pemerintah sektor kesehatan dinaikkan sebesar 1% maka akan meningkatkan nilai IPM sebesar 0,499 satuan. Sedangkan angka 0,69 di dapat dari 1- R^2 $x_3x_2x_1$ (1-0,310 = 0,69) yang merupakan koefisien variabel lain yang tidak diteliti dalam penelitian ini.

Tabel IV.5

Model Summary[b]

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.557[a]	.310	.233	3.65895

a. Predictors: (Constant), GE ON HEALTH, GE ON EDU

b. Dependent Variable: HDI (X3)

Berdasarkan tabel IV.5 dapat dilihat bahwa besar dari koefisien determinasi R^2 atau R^2 $x_3x_2x_1$ adalah sebesar 0,310 = 31% artinya kontribusi varians dari variabel pengeluaran pemerintah sektor pendidikan dan kesehatan terhadap IPM

yaitu sebesar 31% dan sisanya dipengaruhi oleh variabel lain yang tidak diteliti oleh peneliti.

- Hasil Regresi Stuktur 3

  Pov(Y) = pyx_3HDI + pyε2 dan R^2yx_3

Tabel IV.6
Koefisien Jalur

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	90711.303	95154.845		1.953	.032
	HDI (X3)	-646.964	1437.250	-.103	-1.757	.038

a. Dependent Variable: POV (Y)

Berdasarkan tabel koefisien jalur di atas maka dapat dilihat bahwa nilai koefisien jalur dalam kolom Standardized Coefficients (Beta) maka diperoleh persamaan struktur sebagai berikut :

Y = -0,103 HDI + 0.989 ε

Pada struktur 3, besar koefisien jalur untuk variabel IPM adalah sebesar -0,103. Hal tersebut mengandung arti bahwa apabila IPM dinaikkan sebesar 1 satuan maka akan menurunkan tingkat kemiskinan sebesar 0,103 satuan. Sedangkan angka 0,989 di dapat dari 1- R^2 $x_3x_2x_1$ (1- 0,011 = 0,989) yang merupakan koefisien variabel lain yang tidak diteliti dalam penelitian ini.

Tabel IV. 7

Model Summary[b]

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.103[a]	.011	-.042	26856.8042

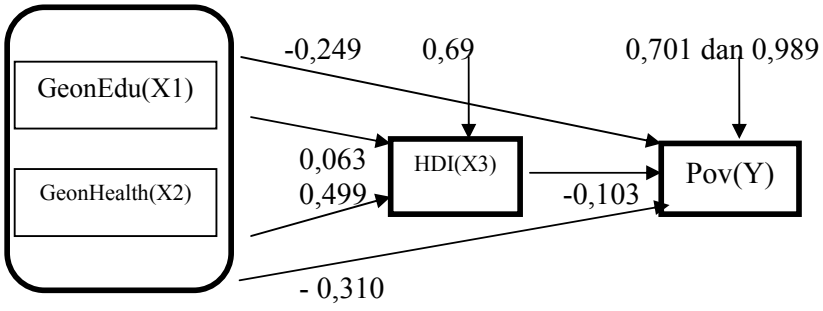
a. Predictors: (Constant), HDI (X3)

b. Dependent Variable: POV (Y)

Berdasarkan tabel IV.7 dapat dilihat bahwa besar dari koefisien determinasi R^2 atau R^2 yx_3 adalah sebesar 0,011 = 1,1% artinya kontribusi pengaruh dari variabel independen yaitu sebesar 1,1% dan sisanya dipengaruhi oleh variabel lain yang tidak diteliti oleh peneliti. Untuk mempermudah, di bawah ini merupakan rangkuman hasil regresi dari 3 struktur yang telah dijelaskkan di atas untuk melihat besar koefisien masing-masing jalur sebagai berikut :

Tabel IV. 8
Rangkuman Hasil Koefisien Jalur

Pengaruh Antar Variabel	Koefisien Jalur (Beta)	Hasil Pengujian	Koefisien Determinasi atau R^2	Koefisien Variabel Lain
X1 → Y	-0,249	H0 ditolak	0,299	0,701
X2 → Y	- 0,310	H0 ditolak		
X1 → X3	0,063	H0 ditolak	0,310	0.69
X2 → X3	0,499	H0 ditolak		
X3 → Y	-0,103	H0 ditolak	0,011	0.989



Gambar IV.1
Koefisien Pengaruh Jalur X1,X2 dan X3

2. Menghitung Koefisien Jalur Secara Individual (Uji t)

Uji t digunakan untuk menghitung pengaruh variabel independen secara parsial terhadap variabel dependen, apakah pengaruhnya signifikan atau tidak.

Tabel IV.9
Coefficients Regresi Variabel X1 dan X2 terhadap Y
Coefficients (a)

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	T	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	776759.886	374270.541		6.075	.010
GE ON EDU (X1)	-11736.227	23229.090	-.249	-2.505	.023
GE ON HEALTH (X2)	-20995.361	33378.870	-.310	-2.629	.037

a. Dependent Variable: POV (Y)

1) Pengeluaran Pemerintah Pada Sektor Pendidikan (X1) terhadap Kemiskinan (Y)

Pengujian secara individual pengeluaran pemerintah sektor pendidikan terhadap kemiskinan ditunjukkan dalam tabel IV.9 didapat nilai signifikansi sebesar 0,023 maka nilai *Sig* (0,023) < 0,05 maka H0 ditolak dan Ha diterima, artinya adalah koefisien jalur adalah signifikan. Sehingga dapat disimpulkan bahwa pengeluaran pemerintah pada sektor pendidikan berpengaruh secara signifikan terhadap kemiskinan.

Uji t dapat dilihat dalam tabel tersebut di atas bahwa bahwa hasil output itu di peroleh $-t_{hitung}$ dari pengeluaran pemerintah pada sektor pendidikan sebesar

-2,505 dan t_{tabel} dapat dicari pada tabel statistik pada signifikansi 0,05 dengan df = n-k-1 atau 84-2-1=81, maka t_{tabel} sebesar -1,663. Oleh karena itu maka diketahui bahwa $-t_{hitung}$ pengeluaran pemerintah sektor pendidikan (-2,505) < $-t_{tabel}$ (-1,663). Hal tersebut berarti bahwa pengeluaran pemerintah sektor pendidikan berpengaruh negatif dan signifikan terhadap kemiskinan.

2) Pengeluaran Pemerintah Pada Sektor Kesehatan (X2) terhadap Kemiskinan (Y)

Pengujian secara individual pengeluaran pemerintah sektor kesehatan terhadap kemiskinan ditunjukkan dalam tabel IV.9 didapat nilai signifikansi sebesar 0,037 maka nilai *Sig* (0,037) < 0,05 maka H0 ditolak dan Ha diterima, artinya adalah koefisien jalur adalah signifikan. Sehingga dapat disimpulkan bahwa pengeluaran pemerintah pada sektor kesehatan berpengaruh secara signifikan terhadap kemiskinan.

Uji t dapat dilihat dalam tabel tersebut di atas bahwa bahwa hasil output itu di peroleh $-t_{hitung}$ dari pengeluaran pemerintah pada sektor kesehatan sebesar -2,629 dan t_{tabel} dapat dicari pada tabel statistik pada signifikansi 0,05 dengan df = n-k-1 atau 84-2-1=81, maka t_{tabel} sebesar -1,663. Oleh karena itu maka diketahui bahwa $-t_{hitung}$ pengeluaran pemerintah sektor kesehatan (2,629) < $-t_{tabel}$ (-1,663). Hal tersebut berarti bahwa pengeluaran pemerintah sektor kesehatan berpengaruh negatif dan signifikan terhadap kemiskinan.

Tabel IV.10
Coefficients Regresi Variabel X1 dan X2 terhadap X3
Coefficients (a)

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	79.933	58.968		1.856	.032
	GE ON EDU	.469	3.660	.063	3.128	.019
	GE ON HEALTH	5.367	5.259	.499	1.720	.021

a. Dependent Variable: HDI (X3)

3) Pengeluaran Pemerintah Pada Sektor Pendidikan (X1) terhadap IPM (X3)

Pengujian secara individual pengeluaran pemerintah sektor pendidikan terhadap IPM ditunjukkan dalam tabel IV.10 didapat nilai signifikansi sebesar 0,019 maka nilai *Sig* (0,019) < 0,05 maka H0 ditolak dan Ha diterima, artinya adalah koefisien jalur adalah signifikan. Sehingga dapat disimpulkan bahwa pengeluaran pemerintah pada sektor pendidikan berpengaruh secara signifikan terhadap IPM.

Uji t dapat dilihat dalam tabel tersebut di atas bahwa bahwa hasil output itu di peroleh t_{hitung} dari pengeluaran pemerintah pada sektor pendidikan sebesar 3,128 dan t_{tabel} dapat dicari pada tabel statistik pada signifikansi 0,05 dengan df = n-k-1 atau 84-2-1=81, maka t_{tabel} sebesar 1,663. Oleh karena itu maka diketahui bahwa - t_{hitung} pengeluaran pemerintah sektor pendidikan (3,128) > t_{tabel} (1,663). Hal

tersebut berarti bahwa pengeluaran pemerintah sektor pendidikan berpengaruh positif dan signifikan terhadap IPM.

4) Pengeluaran Pemerintah Pada Sektor Kesehatan (X2) terhadap IPM (X3)

Pengujian secara individual pengeluaran pemerintah sektor kesehatan terhadap IPM ditunjukkan dalam tabel IV.10 didapat nilai signifikansi sebesar 0,021 maka nilai *Sig* (0,021) < 0,05 maka H0 ditolak dan Ha diterima, artinya adalah koefisien jalur adalah signifikan. Sehingga dapat disimpulkan bahwa pengeluaran pemerintah pada sektor kesehatan berpengaruh secara signifikan terhadap IPM.

Uji t dapat dilihat dalam tabel tersebut di atas bahwa bahwa hasil output itu di peroleh t_{hitung} dari pengeluaran pemerintah pada sektor kesehatan sebesar 1,720 dan t_{tabel} dapat dicari pada tabel statistik pada signifikansi 0,05 dengan df = n-k-1 atau 84-2-1=81, maka t_{tabel} sebesar 1,663. Oleh karena itu maka diketahui bahwa - t_{hitung} pengeluaran pemerintah sektor kesehatan (1,720) > t_{tabel} (1,663). Hal tersebut berarti bahwa pengeluaran pemerintah sektor kesehatan berpengaruh positif dan signifikan terhadap IPM.

5) IPM (X3) terhadap Kemiskinan (Y)

Tabel IV.11
Coefficients Regresi Variabel X3 terhadap Y
Coefficients (a)

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	T	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	90711.303	95154.845		1.953	.032
	HDI (X3)	-646.964	1437.250	-.103	-1.757	.038

a. Dependent Variable: POV (Y)

Pengujian secara individual IPM terhadap kemiskinan ditunjukkan dalam tabel IV.11 di atas, didapat nilai signifikansi sebesar 0,038 maka nilai *Sig* (0,038) < 0,05 maka H0 ditolak dan Ha diterima, artinya adalah koefisien jalur adalah signifikan. Sehingga dapat disimpulkan bahwa IPM berpengaruh secara signifikan terhadap kemiskinan.

Uji t dapat dilihat dalam tabel tersebut di atas bahwa bahwa hasil output itu di peroleh t_{hitung} dari IPM sebesar – 1,757 dan t_{tabel} dapat dicari pada tabel statistik pada signifikansi 0,05 dengan df = n-k-1 atau 84-1-1=82, maka t_{tabel} sebesar -1,663. Oleh karena itu maka diketahui bahwa $-t_{hitung}$ pengeluaran pemerintah sektor kesehatan (-1,757) < t_{tabel} (-1,663). Hal tersebut berarti bahwa IPM berpengaruh negatif dan signifikan terhadap kemiskinan .

3. Menghitung Koefisen Jalur Secara Simultan (Uji F)

Uji F digunakan untuk menguji pengaruh variabel bebas secara bersama-sama terhadap variabel terikat. Dalam penelitian ini uji F akan dilakukan untuk masing-masing struktur yaitu sebagai berikut :

Tabel IV.12
Tabel Anova

ANOVA[b]

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	4.143E9	2	2.071E9	3.841	.041[a]
	Residual	9.708E9	18	5.393E8		
	Total	1.385E10	20			

a. Predictors: (Constant), GE ON HEALTH (X2), GE ON EDU (X1)
b. Dependent Variable: POV (Y)

1). Pengujian Secara Simultan Pengeluaran Pemerintah Pada Sektor Pendidikan dan Kesehatan Terhadap Kemiskinan

Berdasarkan tabel Anova di atas di peroleh F_{hitung} sebesar 3,841. Sedangkan F_{tabel} dapat dilihat dari tabel statistik dengan tingkat signifikansi 5% df1= k atau 2 dan df2= n-k-1 atau 84-2-1 di dapat F_{tabel} adalah sebesar 3,11. Oleh karena itu $F_{hitung} > F_{tabel}$ (3,841) > (3,11) maka H0 ditolak dan Ha diterima, artinya pengeluaran pemerintah pada sektor pendidikan dan kesehatan secara bersama-sama mempengaruhi kemiskinan. Hal ini di perkuat dengan nilai signifikansi sebesar 0,041 yang lebih kecil dari 0,05. Berdasarkan hasil perhitungan statistik tersebut maka pengeluaran pemerintah pada sektor pendidikan dan kesehatan menjadi faktor yang cukup dapat menurunkan kemiskinan secara langsung, namun pengaruhnya belum cukup besar. Hal tersebut dapat disebabkan masing cenderung kecilnya realisasi pengeluaran pemerintah pada kedua sektor tersebut khususnya di Provinsi NTT jika dibandingkan dengan sektor lain.

2). Pengujian Secara Simultan Pengeluaran Pemerintah Pada Sektor Pendidikan dan Kesehatan Terhadap IPM

Tabel IV.13

Tabel Anova

ANOVA[b]

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	108.193	2	54.097	4.041	.036[a]
	Residual	240.982	18	13.388		
	Total	349.175	20			

a. Predictors: (Constant), GE ON HEALTH, GE ON EDU

b. Dependent Variable: HDI (X3)

Berdasarkan tabel Anova di atas di peroleh F hitung sebesar 4,041. Sedangkan F tabel dapat dilihat dari tabel statistik dengan tingkat signifikansi 5% df1= k atau 2 dan df2= n-k-1 atau 84-2-1 di dapat F tabel adalah sebesar 3,11. Oleh karena itu F hitung > F tabel (4,041) > (3,11) maka H0 ditolak dan Ha diterima, artinya pengeluaran pemerintah pada sektor pendidikan dan kesehatan secara bersama-sama mempengaruhi IPM. Hal ini di perkuat dengan nilai signifikansi sebesar 0,036 yang lebih kecil dari 0,05. Berdasarkan hasil perhitungan statistik tersebut maka pengeluaran pemerintah pada sektor pendidikan dan kesehatan menjadi faktor yang penting untuk dapat meningkatkan IPM secara langsung, hal tersebut memang sesuai dengan tujuan dari pengalokasian anggaran yang memang ditujukan untuk meningkatkan SDM khususnya di Provinsi NTT yang keadaan IPM nya masih cenderung rendah dibandingkan dengan provinsi lainnya.

3). Pengujian Secara Simultan Pengeluaran Pemerintah Pada Sektor Pendidikan, Kesehatan dan IPM Terhadap Kemiskinan

Tabel IV.14

ANOVA[b]

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	7.422E9	3	2.474E9	6.543	.004[a]
	Residual	6.428E9	17	3.781E8		
	Total	1.385E10	20			

a. Predictors: (Constant), HDI (X3), GE on Edu (X1), GE on Health (X2)

b. Dependent Variable: Pov (Y)

Berdasarkan tabel Anova di atas di peroleh F_{hitung} sebesar 6,543. Sedangkan F_{tabel} dapat dilihat dari tabel statistik dengan tingkat signifikansi 5% df1= k atau 3 dan df2= n-k-1 atau 84-3-1 di dapat F_{tabel} adalah sebesar 2,72. Oleh karena itu F hitung > F tabel (6,543) > (2,72) maka H0 ditolak dan Ha diterima, artinya pengeluaran pemerintah pada sektor pendidikan dan kesehatan serta IPM secara bersama-sama mempengaruhi kemiskinan. Hal ini di perkuat dengan nilai signifikansi sebesar 0,004 yang lebih kecil dari 0,05. Berdasarkan hasil perhitungan statistik tersebut maka pengeluaran pemerintah pada sektor pendidikan dan kesehatan serta IPM menjadi faktor yang cukup dapat menurunkan kemiskinan dan pengaruhnya cukup besar, maka dari itu khususnya pada Provinsi NTT yang tingkat kemiskinannya cenderung tinggi, sehingga bisa menjadi perhatian khusus bagi pemerintah untuk lebih konsen dalam mengalokasikan dana untuk kedua sektor tersebut.

4. Koefisien Determinasi

Analisi koefisien determinasi digunakan untuk mengetahui besarnya kontribusi yang diberikan masing-masing variabel independen terhadap variabel dependen**.**

Tabel IV.15

Model Summary[b]

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.732[a]	.536	.454	19445.4554

a. Predictors: (Constant), HDI (X3), GE on Edu (X1), GE on Health (X2)

b. Dependent Variable: Pov (Y)

Berdasarkan tabel di atas dapat dilihat bahwa nilai koefisien determinsi R^2 sebesar 0.536 angka ini memliki arti bahwa secara keseluruhan besarnya varians nilai yang mampu dijelaskan oleh pengeluaran pemerintah sektor pendidikan dan kesehatan serta diintervening dengan IPM terhadap kemiskinan adalah sebesar 53,6%. Sementara itu, sisanya dipengaruhi oleh variabel lain yang tidak diteliti oleh peneliti.

C. Interpretasi Hasil Penelitian

Berdasarkan hasil penelitian analisis jalur, besarnya pengaruh pengeluaran pemerintah sektor publik (pendidikan dan kesehatan) secara langsung terhadap kemiskinan adalah sebesar -0,158 artinya jika pengeluaran pemerintah sektor publik (pendidikan dan kesehatan) naik sebesar 1% maka kemiskinan akan menurun sebesar 0,158 satuan. Selain itu, besarnya pengeluaran pemerintah sektor

publik (pendidikan dan kesehatan) terhadap IPM adalah sebesar 0,253 artinya jika pengeluaran pemerintah naik sebesar 1% maka akan menaikkan IPM sebesar 0,253 satuan. Pengaruh IPM terhadap kemisninan adalah sebesar -0,0106 artinya jika IPM naik sebesar 1 satuan maka akan menurunkan kemiskinan sebesar 0,0106 satuan. Sedangkan besarnya pengaruh tidak langsung pengeluaran pemerintah pada sektor publik (pendidikan dan kesehatan) dengan di intervening oleh IPM terhadap kemiskinan adalah sebesar -0,158+ (0,253x -0,0106)= -0,1607.

Berdasarkan hasil uji hipotesis variabel pengeluaran pemerintah sektor pendidikan dan kesehatan secara bersama-sama memiliki pengaruh terhadap kemiskinan dengan melihat $F_{hitung} > F_{tabel}$ (3,841) > (3,11). Dari pengolahan secara parsial bahwa pengeluaran pemerintah sektor pendidikan pada daerah α= 5% dengan $-t_{hitung}$ = -2.505 dan $-t_{tabel}$ sebesar -1,663. Oleh karena $-t_{hitung} < -t_{tabel}$ (-2.505) < (-1,663) maka H0 ditolak dan Ha diterima. Hal ini berarti pengeluaran pemerintah pada sektor pendidikan mempunyai pengaruh yang negatif dan signifikan terhadap kemiskinan. Dengan kata lain semakin tinggi pengeluaran pemerintah pada sektor pendidikan maka akan menurunkan tingkat kemiskinan, hal tersebut sesuai dengan hipotesis yang diajukan.

Pengujian secara parsial pada variabel pengeluaran pemerintah pada sektor kesehatan juga menunjukkan hal yang sama yaitu diperoleh bahwa nilai $-t_{hitung}$ lebih kecil dibandingkan dengan nilai $-t_{tabel}$ yaitu sebesar -2,629 < -1,663 sehingga dapat dikatakan bahwa pengeluaran pemerintah pada sektor kesehatan berpengaruh negatif dan signifikan terhadap kemiskinan. Dengan kata lain

semakin tinggi pengeluaran pemerintah pada sektor kesehatan maka akan menurunkan tingkat kemiskinan, hal tersebut sesuai dengan hipotesis yang diajukan. Dari hasil pengujian ini juga sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh A. Gunadi. B (2005), Houqi Hong dan Sadiq Ahmed (2009) dan Rusdati dan Lesta Karolina Sebayang (2011) bahwa pangsa pengeluaran pemerintah untuk barang publik sosial seperti pendidikan dan kesehatan memberikan kontribusi signifikan terhadap pengurangan kemiskinan.

Pengujian secara simultan antara pengeluaran pemerintah pada sektor pendidikan dan kesehatan terhadap IPM diperoleh hasil F_{hitung} sebesar 4,041 dan F_{tabel} yang diperolah adalah sebesar 3,11. Oleh karena 4,041 > 3,11 maka secara serempak dapat dinyatakan pengeluaran pemerintah pada sektor pendidikan dan kesehatan berpengaruh signifikan terhadap IPM. Sedangkan untuk pengujian secara parsial diperolah hasil $t_{hitung} > t_{tabel}$ dengan nilai (3,128) > (1,663). Maka dapat dikatakan bahwa penegluaran pemerintah pada sektor pendidikan berpengaruh positif dan signifikan terhadap IPM. Pada variabel pengeluran pemerintah pada sektor kesehatan terhadap IPM juga menunjukkan bahwa nilai $t_{hitung} > t_{tabel}$ dengan nilai sebesar (1,720) > (1,663). Hal tersebut berarti bahwa pengeluaran pemerintah sektor kesehatan berpengaruh positif dan signifikan terhadap IPM. Hasil pengujian ini sesuai dengan hipotesis yang diajukan dan sesuai juga dengan penelitian yang sebelumnya yang dilakukan oleh Meyliana, Sri Indah Nikensari dan Haryo Kuncoro (2013) bahwa pengeluaran pemerintah pada sektor pendidikan dan kesehatan secara serempak mempengaruhi peningkatan IPM. Sedangkan secara bersama-sama variabel penegluaran pemerintah pada

sektor pendidikan dan kesehatan serta diintervening dengan IPM tarhadap kemiskinan memperoleh hasil F_{hitung} sebesar 6.543 dengan F_{tabel} sebesar 2,72. Oleh karena itu F hitung > F tabel (6,543) > (2,72) maka dapat dinyatakan bahwa secara bersama-sama variabel pengeluaran pemerintah pada sektor pendidikan dan kesehatan dengan diintervening oleh IPM berpengaruh terhadap kemiskinan. Hal tersebut juga sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Adi .W, Waridin dan Johanna. K (2011) bahwa hasil penelitian ini menunjukkan secara bersama-sama variabel pengeluaran pemerintah sektor pendidikan dan kesehatan serta IPM mempengaruhi kemiskinan.

Berdasarkan hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi perhatian bagi pemerintah khususnya pemerintah daerah yang memiliki wewenang sesuai dengan adanya kebijakan otonomi daerah. Dengan adanya otonomi daerah pemerintah berhak untuk mengurus daerahnya masing-masing dengan potensi yang dimiliki. Khususnya dalam hal peningkatan kualitas SDM dengan anggaran yang dimiliki untuk pembangunan terutama pada sektor pendidikan dan kesehatan guna untuk menurunkan tingkat kemiskinan di daerah tersebut.

D. Keterbatasan Penelitian

Peneliti menyadari bahwa penelitian ini tidak sepenuhnya sampai pada tingkat kebenaran mutlak. Sehingga tidak menutup kemungkinan untuk dilakukan penelitian lanjutan. Dari hasil uji hipotesis tersebut, peneliti juga menyadari bahwa penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan antara lain :

1. Permasalahan kemiskinan tidak hanya dipengaruhi oleh pengeluaran pemerintah pada sektor pendidikan dan kesehatan serta IPM saja namun juga dipengaruhi oleh faktor ekonomi dan non ekonomi lainnya.
2. Terbatasnya penelitian dalam pengolahan data sehingga data yang diperoleh hanya pengeluaran pemerintah pada sektor pendidikan dan kesehatan saja tanpa dibarengi dengan sektor infrastruktur yang juga menjadi pos pengeluaran untuk pembangunan.
3. Penelitian ini menggunakan data dari tahu 2009 sampai dengan 2012 saja. Karena pada tahun terbaru yaitu 2013 dan 2014 data yang diolah oleh badan statistik nasional belum diluncurkan.
4. Pada tahun 2013 kabupaten kota di Provinsi NTT bertambah, sehingga data yang dihasilkan akan lebih lengkap dan penelitian ini hanya dilakukan pada Provinsi NTT saja kemungkinan hasilnya akan tidak sama jika dilakukan di provinsi lain

BAB V

KESIMPULAN, IMPLIKASI DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian mengenai pengaruh pengeluaran pemerintah pada sektor pendidikan dan kesehatan terhadap kemiskinan melalui pembangunan manusia maka dapat disimpukan sebagai berikut :

1. Pengeluaran pemerintah pada sektor pendidikan berpengaruh secara negatif dan signifikan terhadap kemiskinan, artinya ketika pengeluaran pemerintah pada sektor pendidikan dinaikkan maka akan menurunkan kemiskinan.

2. Pengeluaran pemerintah pada sektor kesehatan berpengaruh secara negatif dan signifikan terhadap kemiskinan, artinya ketika pengeluaran pemerintah pada sektor kesehatan dinaikkan maka akan menurunkan kemiskinan.

3. Pengeluaran pemerintah pada sektor pendidikan dan kesehatan secara bersama-sama berpengaruh secara negatif dan signifikan terhadap kemiskinan. Artinya ketika pengeluaran pemerintah pada sektor pendidikan dan kesehatan dinaikkan maka akan menurunkan kemiskinan.

4. Pengeluaran pemerintah pada sektor pendidikan berpengaruh secara positif dan signifikan terhadap IPM, artinya ketika pengeluaran pemerintah pada sektor pendidikan dinaikkan maka akan meningkatkan nilai IPM.

5. Pengeluaran pemerintah pada sektor kesehatan berpengaruh secara positif dan signifikan terhadap IPM, artinya ketika pengeluaran pemerintah pada sektor kesehatan dinaikkan maka akan meningkatkan nilai IPM.

6. Pengaruh pengeluaran pemerintah pada sektor pendidikan dan kesehatan secara bersama-sama berpengaruh positif dan signifikan terhadap IPM, artinya ketika pengeluaran pemerintah pada sektor pendidkan dan kesehatan dinaikkan maka akan menaikkan pula nilai IPM.

7. IPM berpengaruh negatif dan signifikan terhadap kemikinan, artinya apabila nilai IPM naik maka akan menurunkan kemiskinan, namun kontribusi IPM terhadap kemiskinan sangatlah kecil yaitu hanya sebesar 1,1 %. Artinya IPM tidak dapat menjadi variabel yang berdiri sendiri untuk menurunkan kemiskinan.

8. Berdasarkan hasil perhitungan secara simultan antara pengeluaran pemerintah pada sektor pendidikan dan kesehatan serta IPM sebagai variabel intervening ternyata mempunyai pengaruh yang negatif dan signifikan serta pengaruhnya lebih besar jika dibandingkan pengaruh pengeluaran pemerintah pada sektor pendidikan dan kesehatan secara langsung terhadap kemiskinan. Hal tersebut mengandung arti bahwa jika pengeluaran pemerintah pada sektor pendidikan dan kesehatan dinaikan

akan berpengaruh terhadap peningkatan nilai IPM dan selanjutnya akan berdampak terhadap berkurangnya kemiskinan.

B. Implikasi

Berdasarkan kesimpulan yang dikemukankan, diketahui bahwa terdapat pengaruh yang negarif antara pengeluaran pemerintah pada sektor pendidikan dan sektor kesehatan terhadap kemiskinan secara langsung maupun tidak tangsung melalui IPM, terdapat hubungan yang positif antara pengeluaran pemerintah pada sektor pendidikan dan sektor kesehatan terhadap IPM dan terdapat pengaruh yang negatif antara IPM dan kemiskinan. Dengan demikian implikasi dari penelitian ini yaitu pengeluran pemerintah pada sektor pendidikan dan kesehatan merupakan upaya atau sarana yang dilakukan pemerintah daerah untuk melakukan perbaikan dan peningkatan mutu sumber daya manusia. Sesuai dengan pos pengeluaran pembangunan untuk peningkatan kualitas sumberdaya manusia ini maka anggaran tersebut digunakan untuk memperbaiki dan meningkatkan kualitas fasilitas, sarana dan prasarana pendidikan dan kesehatan yang dibutuhkan masyarakat. Dengan peningkatan tersebut dapat memudahkan akses masyarakat untuk mendapatkan pendidikan dan fasilitas sarana prasarana kesehatan, maka kehidupan masyarakat diharapkan akan lebih berkualitas sehingga menjadi lebih produktif karena terbuka wawasan melalui pendidikan dan tubuhnya sehat dengan kualitas kesehatan yang baik. Selanjutkan hal tersebut dapat membantu masyarakat untuk keluar dari belenggu kemiskinan.

C. Saran

Berdasarkan kesimpulan serta implikasi di atas, maka peneliti menyampaikan saran-saran kepada pemerintah dan lembaga terkait, yakni:

1. Pemerintah pusat dan khususnya daerah agar lebih konsen pada sasaran pengurangan tingkat kemiskinan dengan memperhatikan dari sisi pendidikan dan kesehatan melalui anggaran APBN/APBD untuk sektor pendidikan dan kesehatan guna untuk peningkatan kualitas sumberdaya manusia sesuai dengan paradigma pembangunan saat ini yaitu berpusat pada manusia.

2. Pendidikan dan kesehatan merupakan kebutuhan dasar manusia sehingga diharapkan pemerintah dalam merealisasikan anggaran untuk kedua sektor tersebut agar lebih tepat sasaran, artinya seluruh anggaran dapat disalurkan hanya untuk memenuhi kebutuhan untuk pendidikan dan kesehatan masyarakat dan tidak digunakan untuk kepentingan pihak lain, agar masyarakat lebih berkualitas sehingga dapat produktif dan siap bersaing dengan masyarakat lain khususnya dalam menyongsong AFTA pada tahun 2015.

3. Berdasarkan hasil penelitian menyatakan bahwa pengeluaran pemerintah sektor kesehatan pengaruhnya lebih besar dibandingkan dengan sektor pendidikan.Oleh karena itu, pemerintah harus lebih menitikberatkan pada sektor ini dengan menambah anggaran sehingga realisasi untuk memperbaiki fasilitas, sarana dan prasara lebih cepat untuk memperbaiki kesehatan dan menurunkan angka kematian bayi (AKB) yang menjadi salah satu indikator

sebuah daerah itu baik dalam masalah kesehatan. Realisasi perbaikan fasilitas juga harus sampai pada pelosok dan tidak hanya sampai pada kota-kota besar saja sehingga seluruh masyarakat dapat merasakan kemudahan akses dalam pembangunan.

4. Peneliti menyarankan kepada calon peneliti lain agar menganalisis variabel lain yang mempengaruhi kemiskinan selain dari variabel yang digunakan dalam penelitian ini. Khususnya variabel infrastuktur karena keadaan infrastuktur juga mempengaruhi kegiatan ekonomi guna menurunkan kemiskinan, serta melihat daerah lain khususnya daerah pada Indonesia Timur yang memiliki tingkat kemiskinan yang cukup parah.

DAFTAR PUSTAKA

A Widodo,dkk. " *Analisis Pengaruh pengeluran Pemerintah Sektor Pendidikan dan Kesehatan terhadap Pengentasan Kemiskinan Melalui Indeks Pembangunan Manusia di Provinsi Jawa Tengah*," Jurnal Dinamika Ekonomi Pembangunan, Vol 1 No. 1 ,2011

Achmad Kuncoro, Engkos dan Riduwan. "*Cara Menggunakan dan Memakai Path Analysis*". Bandung : Penerbit Alfabeta. 2011

A.Gunadi.B," *Investasi Sektor Publik Lokal, Pembangunan Manusia dan Kemiskinan*, Jurnal Ekonomi Pembangunan.Yogyakarta : Lembaga Penelitian Universitas Atma Jaya 2005

Amartya Sen "*A Sosiological Approach to the Measurement of Poverty : A Replay to Professor Peter Townsend*, Oxford Economic Papers. 1995.

Annas, Fathur. *Mengakhiri Kemiskinan Sebuah Ideologi Pembangunan*. http://suar.okezone.com/read/2013/04/04/58/786060/large (diakses : tanggal 1 Mei 2014)

Arsyad, Lincolin. *Ekonomi Pembangunan Edisi Ke 3*. Yogyakarta : Bagian Penerbitan Sekolah Tinggi Ilmu Ekonomi YKPN .1997

Badan Pusat Statistik . *Analisis dan Perhitungan tingkat Kemiskinan* . Jakarta : BPS. 2008

Badan Pusat Statistik . *Data Strategi BPS.* Jakarta*: BPS.* 2013

Badan Pusat Statistik, *Analisis dan Perhitungan Tingkat Kemiskinan*. Jakarta : BPS 2008

Badan Pusat Statistik. *Laporan Bulanan Data Sosial Ekonomi edisi 45*, Jakarta: BPS. 2014

Badan Pusat Statistik. *Pendapatan Regional NTT*. Jakarta*: BPS.* 2013

Bloom dan Channing " *The Health and Poverty of Nation : From Theory to Practice, School of Public Health, Harvard University, Boston and Dept. Of Economic",* Queen University : Belfast. 2001

BPS. *NTT dalam Angka* . Jakarta : BPS 2010.

C.F Sepulveda dan J.M Vazquez " *The Consequences of Fiscal Decentralization of Poverty and income Equiality*". International Studies Program Working Paper 10(2). Februari 2010

Chambers. *Pembangunan Desa Mulai Dari Belakang*. Jakarta: LP3ES. 1998

Damodar N. Gujarati. *Dasar-dasar Ekonometrika Edisi Ketiga Jilid 1*. Jakarta: Erlangga. 2006

Ghozali, Imam .*Aplikasi Analisis Multivariate dengan Program IBM SPSS 19.* Semarang: BP UNDIP. 2011

Hajar, Ibnu. *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Kuantitatif Dalam Pendidikan.* Jakarta : Raja Grafindo Persada. 1996

Houqi Houng and Sadiq Ahmed. *Government Spending on Public Goods: Evidence on Growth and Poverty.* Economic and Political Weekly Vol. 44 No. 31. 2009

Joachim von Braun dan ulrike Grote " *Does Decentralization Serve the Poor*?" ,paper presented at IMF-Conference in Fiskal Decentralization in Washington DC Centre for Development Research ZEF-Braun. Unversity of Bonn,Germany. November 2002.

Kuncoro, Mudrajat . *Ekonomi Pembangunan : Teori, Masalah dan Kebijakan Edisi Ketiga.* Yogyakarta: AMP YKPN. 2003.

Kurniawan, Hasan . *28,07 juta rakyat Indonesia hidup di garis kemiskinan.* http://daerah.sindonews.com/read/2013/10/17/29/795240/28-07(diakses : tanggal 23 Maret 2014)

Mangkoesubroto, Guritno. *Kebijakan Ekonomi Publik di Indonesia : Subtansi dan Urgensi* .Jakarta : Gramedia Pustaka Utama,1994

Meylina Asri,Sri Indah Nikensari dan Harya Kuncara. *Pengaruh Pengeluaran Pemerintah Daerah Pada Sektor Pendidikan Dan Kesehatan Terhadap Indeks Pembangunan Manusia Di Indonesia.* Jurnal Pendidikan Ekonomi Dan Bisnis Vol.1 No. 1 Maret 2013

ML Jhingan. *Ekonomi Pembanguna Dan Perencanaan*. Jakarta : PT Raja Grafindo Persada. 2004

Pass ,Christopher, dkk. *Kamus Lengkap Ekonomi Edisi Kedua*. Terjemahan oleh Tumpal Rumapea dan Posman Halolo. Jakarta : Erlangga,2000

Peraturan Presiden No 7 Tahun 2005. *Penanggulangan Kemiskinan* .Bab 16

Priyatno, Duwi . *Buku Saku SPSS Analisis Statistik Data* . Jakarta: MediaKom. 2011

Rahardja, Prathama dan Madala Manurung. *Teori Ekonomi Makro : Suatu Pengantar* .Jakarta : Lembaga Penerbit FE UI. 2008

Rusdati dan Lesta.K.” *Faktor-faktor yang Mempengaruhi Tingkat Kemiskinan di Provinsi Jawa Tengah”*. Jurnal Economia Volume. 9 Nomor 1, April 2013, p. 8

Sarwoko. *Dasar-dasar Ekoometrika* .Yogyakarta: ANDI. 2005

Sinulingga ,Budi D. “ Analisis *Pengaruh Distribusi APBD Terhadap Indeks Pembangunan Manusia”*, Jurnal Ilmu Administrasi Negara. Jakarta:LIPI. 2008

Somavia, Juan. *United Nation World Summit for Social Development*, 1995

Sritua, Arief .*Pemikiran Pembangunan dan kebijaksanaan Ekonomi*. Jakarta : Lembaga Riset Pembangunan, 1993

Sukirno, Sadono *Makro Ekonomi Teori Pengantar Edisi Ketiga* . Jakarta : PT Raja Grafindo. 2011

Supardi,dkk. *Metode Penelitian Kuantitatif Korelasi*. Jakarta:Haja Mandiri. 2010

Suparmoko, M. *Pemerintah dan Otonomi Daerah.* Jakara: PT. Grasiondo. 2002

T.H Tambunan, Tulus. *Perekonomian Indonesia Kajian Teoretis dan Analisis Empiris.*Bogor : Ghalia Indonesia.2013

Teguh, Muhammad. *Metodologi Penelitian Ekonomi*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.2005

Tjiptoherijanto,Prijono.*Untaian Pembangunan Sumberdaya Manusia*.Jakarta : FEUI. 1989

----------. *SumberDaya Manusia Dalam Pembangunan Nasional*. Jakarta : Fakultas Ekonomi UI. 1996

United Nation Development Program. *Human Development Report. Jakarta :* UNDP .1990

Widarjono, Agus. *Ekonometrika* .Yogyakarta: UPP STIM YKPN. 2013

Wikipedia, *Kemiskinan*. http://id.wikipedia.org/wiki/Kemiskinan), (Diakses : tanggal 26 Agustus 2014)

Lampiran 1

Jumlah Penduduk Miskin Provinsi Nusa Tenggara Timur Tahun 2009-2012

NO	KABUPATEN KOTA	TAHUN				
		2009	2010	2011	2012	Rata-rata
1	Sumba Barat	36300	35300	34080	34600	35070
2	Sumba Timur	76600	74000	71540	72500	73660
3	Kupang	90000	63100	61020	61900	69005
4	Timor Tengah Selatan	123400	126600	122320	124000	124080
5	Timor Tengah Utara	50600	52200	50490	51200	51122,5
6	Belu	77100	54700	52810	53500	59527,5
7	Alor	39200	40300	38910	39400	39452,5
8	Lembata	27000	31500	30510	30900	29977,5
9	Flores Timur	24800	22400	21630	21900	22682,5
10	Sikka	40500	40200	38910	39400	39752,5
11	Ende	51700	56400	54550	55300	54487,5
12	Ngada	17300	17200	16610	16800	16977,5
13	Manggarai	66900	67100	64780	65700	66120
14	Rote Ndao	37300	39500	38230	38700	38432,5
15	Manggarai Barat	45900	45300	43830	44400	44857,5
16	Sumba Tengah	20800	21300	20560	20900	20890
17	Sumba Barat Daya	86300	85100	82160	83300	84215
18	Nagekeo	15600	16500	16030	16200	16082,5
19	Manggarai Timur	59000	65700	63530	64400	63157,5
20	Sabu Raijua	0	30500	29540	29900	22485
21	Kota Kupang	35400	35600	34470	35000	35117,5

Sumber : BPS

Lampiran 2

Realisasi Pengeluaran Pemerintah Pada Sektor Pendidikan Provinsi Nusa Tenggara Timur (dalam Rupiah)

NO	KABUPATEN KOTA	TAHUN					
		2009	**2010**	**2011**	**2012**	**Rata-rata**	**Ln**
1	Sumba Barat	74383552212	57955120850	75603702475	43353070570	62823861527	24,86
2	Sumba Timur	150799497500	124885631759	202889189060	218650157684	174306119001	25,88
3	Kupang	226876648568	184915646431	258842389306	286757171987	239347964073	26,20
4	Timor Tengah Selatan	214692860938	225245358872	307809081346	320881654456	267157238903	26,31
5	Timor Tengah Utara	131464555695	125656646170	183005672699	201825451925	160488081623	25,80
6	Belu	208654253282	178456529336	231241521793	316684509288	233759203425	26,18
7	Alor	123107454123	127349013242	188489931357	216410399426	163839199537	25,82
8	Lembata	84149015499	69916452346	127756268222	122098344881	100980020237	25,34
9	Flores Timur	161091613583	157946186237	224675686517	277521054556	205308635223	26,05
10	Sikka	135903267441	134012792242	196255917047	213089934208	169815477735	25,86
11	Ende	169630313417	156503150511	225815323793	319529102037	217869472440	26,11
12	Ngada	94844150930	97539441350	123279164628	109929702650	106398114890	25,39
13	Manggarai	135656037143	119350228844	184461893339	225814724236	166320720891	25,84
14	Rote Ndao	74697155610	88293138240	123181056328	124297087089	102617109317	25,35
15	Manggarai Barat	124724501208	102376306107	140374915226	169956476766	134358049827	25,62
16	Sumba Tengah	56283553406	52141779610	76256553428	86332687444	67753643472	24,94
17	Sumba Barat Daya	81732426138	84266531749	134675691678	159586364595	115065253540	25,47
18	Nagekeo	87687558338	91588092740	104417057800	144311948000	107001164220	25,40
19	Manggarai Timur	13731894800	112661384115	134595053549	191965177350	113238377454	25,45
20	Sabu Raijua	0	0	93822743258	126206710612	55007363468	24,73
21	Kota Kupang	163521959511	157710198197	219453564675	234326958783	193753170292	25,99

Lampiran 3

Realisasi Pengeluaran Pemerintah Pada Sektor Pendidikan Provinsi Nusa Tenggara Timur (dalam Rupiah)

NO	KABUPATEN KOTA	TAHUN					
		2009	**2010**	**2011**	**2012**	**Rata-rata**	**Ln**
1	Sumba Barat	32096033122	34835780984	75603702475	24624312698	41789957320	24,46
2	Sumba Timur	49033863790	48197021997	202889189060	67600487449	91930140574	25,24
3	Kupang	43349681830	42398758416	258842389306	59553599544	101036107274	25,34
4	Timor Tengah Selatan	51244530520	54777131020	307809081346	66175632553	120001593860	25,51
5	Timor Tengah Utara	41708011275	37475815515	183005672699	55711473817	79475243327	25,10
6	Belu	63089132121	62312552538	231241521793	80957290056	109400124127	25,42
7	Alor	33822960867	32331133608	188489931357	64455364152	79774847496	25,10
8	Lembata	38472647764	46248614134	127756268222	47397130720	64968665210	24,90
9	Flores Timur	49885507467	42791802931	224675686517	64304425820	95414355684	25,28
10	Sikka	60862166353	66093454223	196255917047	87148954926	102590123137	25,35
11	Ende	45029438072	45011114069	225815323793	65894245458	95437530348	25,28
12	Ngada	37392536443	27319156130	123279164628	45303577442	58323608661	24,79
13	Manggarai	48084312238	50840174041	184461893339	74551071732	89484362838	25,22
14	Rote Ndao	27764245950	32737181931	123181056328	39807328304	55872453128	24,75
15	Manggarai Barat	33960722331	23927063324	140374915226	37941242657	59050985885	24,80
16	Sumba Tengah	26265846854	21720786415	76256553428	24229775241	37118240485	24,34
17	Sumba Barat Daya	30147122900	27207932733	134675691678	37960041962	57497697318	24,78
18	Nagekeo	24305508895	30922963740	104417057800	31824012000	47867385609	24,59
19	Manggarai Timur	13537799800	37832378782	134595053549	40567046500	56633069658	24,76
20	Sabu Raijua	0	0	93822743258	21175971419	28749678669	24,08
21	Kota Kupang	51465645098	44020454682	219453564675	62697052045	94409179125	25,27

Lampiran 4

Data IPM Kabupaten/ Kota Provinsi Nusa Tenggara Timur

Kabupaten/Kota	2009	2010	2011	2012	Rata-rata
1. Sumba Barat	62,9	63,85	64.31	64,88	63,88
2. Sumba Timur	61,41	61,8	62.50	63,33	62,18
3. Kupang	65,58	66	66.77	67,21	66,26
4. Timor Tengah Selatan	65,28	65,93	66.29	66,61	65,94
5. Timor Tengah Utara	66,95	67,49	67.93	68,57	67,67
6. Belu	63,91	64,34	64.75	65,52	64,59
7. Alor	68,16	68,48	68.92	69,35	68,66
8. Lembata	67,15	67,66	68.07	68,69	67,83
9. Flores Timur	67,77	68,18	68.71	69,19	68,38
10. Sikka	67,29	67,87	68.22	68,74	67,97
11. Ende	66,59	67,11	67.58	68,08	67,26
12. Ngada	69,01	69,45	70.13	70,63	69,70
13. Manggarai	66,83	67,16	67.81	68,3	67,43
14. Rote Ndao	65,8	66,18	66.61	67,1	66,36
15. Manggarai Barat	64,91	65,33	66.09	66,84	65,69
16. Sumba Tengah	59,84	60,8	61.22	61,7	60,78
17. Sumba Barat Daya	60,54	60,99	61.42	62,48	61,34
18. Nagekeo	65,97	66,31	66.59	67,23	66,50
19. Manggarai Timur	65,02	65,92	66.55	67,06	66,00
20. Sabu Raijua	54,53	55,54	56.12	57,12	55,73
21. Kota Kupang	76,94	77,31	77.71	78,37	77,54
Nusa Tenggara Timur	**66,6**	**67,26**	**67.75**	**68,28**	67,38

Sumber: BPS

Lampiran 5

Tabel Correlation Variabel X1,X2, X3 dan Y

Correlations

		GE ON EDU (X1)	GE ON HEALTH (X2)	HDI(X3)	POV (Y)
GE ON EDU (X1)	Pearson Correlation	1	.916**	.520*	-.533*
	Sig. (2-tailed)		.000	.016	.013
	N	21	21	21	21
GE ON HEALTH (X2)	Pearson Correlation	.916**	1	.556**	-.538*
	Sig. (2-tailed)	.000		.009	.012
	N	21	21	21	21
HDI(X3)	Pearson Correlation	.520*	.556**	1	.103
	Sig. (2-tailed)	.016	.009		.048
	N	21	21	21	21
POV (Y)	Pearson Correlation	-.533*	-.538*	.103	1
	Sig. (2-tailed)	.013	.012	.048	
	N	21	21	21	21

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Lampiran 6

Hasil Output Regresi Struktur 1 (X1,X2 terhadap Y)

Model Summary[b]

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.547[a]	.299	.221	23223.3306

a. Predictors: (Constant), GE ON HEALTH (X2), GE ON EDU (X1)

b. Dependent Variable: POV (Y)

ANOVA[b]

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	4.143E9	2	2.071E9	3.841	.041[a]
	Residual	9.708E9	18	5.393E8		
	Total	1.385E10	20			

a. Predictors: (Constant), GE ON HEALTH (X2), GE ON EDU (X1)

b. Dependent Variable: POV (Y)

Coefficient

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	776759.886	374270.541		6.075	.010
	GE ON EDU (X1)	-11736.227	23229.090	-.249	-2.505	.023
	GE ON HEALTH (X2)	-20995.361	33378.870	-.310	-2.629	.037

Lampiran 7

Hasil Output Regresi Struktur 2 (X1,X2 Terhadap X3)

Model Summary[b]

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.557[a]	.310	.233	3.65895

a. Predictors: (Constant), GE ON HEALTH, GE ON EDU

b. Dependent Variable: HDI (X3)

ANOVA[b]

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	108.193	2	54.097	4.041	.036[a]
	Residual	240.982	18	13.388		
	Total	349.175	20			

a. Predictors: (Constant), GE ON HEALTH, GE ON EDU

b. Dependent Variable: HDI (X3)

Coefficient

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	79.933	58.968		1.856	.032
	GE ON EDU	.469	3.660	.063	3.128	.019
	GE ON HEALTH	5.367	5.259	.499	1.720	.021

Lampiran 8

Hasil Output Regresi Struktur 3 (X3 Terhadap Y)

Model Summary[b]

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.103[a]	.011	-.042	26856.8042

a. Predictors: (Constant), HDI (X3)

b. Dependent Variable: POV (Y)

Coefficients

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	90711.303	95154.845		1.953	.032
	HDI (X3)	-646.964	1437.250	-.103	-1.757	.038

Lampiran9

Hasil Regresi X1,X2 dan X3 terhadap Y

Model Summary[b]

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.732[a]	.536	.454	19445.4554

a. Predictors: (Constant), HDI (X3), GE on Edu (X1), GE on Health (X2)

b. Dependent Variable: Pov (Y)

ANOVA[b]

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	7.422E9	3	2.474E9	6.543	.004[a]
	Residual	6.428E9	17	3.781E8		
	Total	1.385E10	20			

a. Predictors: (Constant), HDI (X3), GE on Edu (X1), GE on Health (X2)

b. Dependent Variable: Pov (Y)

Lampiran 10

Titik Persentase Distribusi F untuk Probabilita = 0,05

df untuk penyebut (N2)	df untuk pembilang (N1)														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
46	4.05	3.20	2.81	2.57	2.42	2.30	2.22	2.15	2.09	2.04	2.00	1.97	1.94	1.91	1.89
47	4.05	3.20	2.80	2.57	2.41	2.30	2.21	2.14	2.09	2.04	2.00	1.96	1.93	1.91	1.88
48	4.04	3.19	2.80	2.57	2.41	2.29	2.21	2.14	2.08	2.03	1.99	1.96	1.93	1.90	1.88
49	4.04	3.19	2.79	2.56	2.40	2.29	2.20	2.13	2.08	2.03	1.99	1.96	1.93	1.90	1.88
50	4.03	3.18	2.79	2.56	2.40	2.29	2.20	2.13	2.07	2.03	1.99	1.95	1.92	1.89	1.87
51	4.03	3.18	2.79	2.55	2.40	2.28	2.20	2.13	2.07	2.02	1.98	1.95	1.92	1.89	1.87
52	4.03	3.18	2.78	2.55	2.39	2.28	2.19	2.12	2.07	2.02	1.98	1.94	1.91	1.89	1.86
53	4.02	3.17	2.78	2.55	2.39	2.28	2.19	2.12	2.06	2.01	1.97	1.94	1.91	1.88	1.86
54	4.02	3.17	2.78	2.54	2.39	2.27	2.18	2.12	2.06	2.01	1.97	1.94	1.91	1.88	1.86
55	4.02	3.16	2.77	2.54	2.38	2.27	2.18	2.11	2.06	2.01	1.97	1.93	1.90	1.88	1.85
56	4.01	3.16	2.77	2.54	2.38	2.27	2.18	2.11	2.05	2.00	1.96	1.93	1.90	1.87	1.85
57	4.01	3.16	2.77	2.53	2.38	2.26	2.18	2.11	2.05	2.00	1.96	1.93	1.90	1.87	1.85
58	4.01	3.16	2.76	2.53	2.37	2.26	2.17	2.10	2.05	2.00	1.96	1.92	1.89	1.87	1.84
59	4.00	3.15	2.76	2.53	2.37	2.26	2.17	2.10	2.04	2.00	1.96	1.92	1.89	1.86	1.84
60	4.00	3.15	2.76	2.53	2.37	2.25	2.17	2.10	2.04	1.99	1.95	1.92	1.89	1.86	1.84
61	4.00	3.15	2.76	2.52	2.37	2.25	2.16	2.09	2.04	1.99	1.95	1.91	1.88	1.86	1.83
62	4.00	3.15	2.75	2.52	2.36	2.25	2.16	2.09	2.03	1.99	1.95	1.91	1.88	1.85	1.83
63	3.99	3.14	2.75	2.52	2.36	2.25	2.16	2.09	2.03	1.98	1.94	1.91	1.88	1.85	1.83
64	3.99	3.14	2.75	2.52	2.36	2.24	2.16	2.09	2.03	1.98	1.94	1.91	1.88	1.85	1.83
65	3.99	3.14	2.75	2.51	2.36	2.24	2.15	2.08	2.03	1.98	1.94	1.90	1.87	1.85	1.82
66	3.99	3.14	2.74	2.51	2.35	2.24	2.15	2.08	2.03	1.98	1.94	1.90	1.87	1.84	1.82
67	3.98	3.13	2.74	2.51	2.35	2.24	2.15	2.08	2.02	1.98	1.93	1.90	1.87	1.84	1.82
68	3.98	3.13	2.74	2.51	2.35	2.24	2.15	2.08	2.02	1.97	1.93	1.90	1.87	1.84	1.82
69	3.98	3.13	2.74	2.50	2.35	2.23	2.15	2.08	2.02	1.97	1.93	1.90	1.86	1.84	1.81
70	3.98	3.13	2.74	2.50	2.35	2.23	2.14	2.07	2.02	1.97	1.93	1.89	1.86	1.84	1.81
71	3.98	3.13	2.73	2.50	2.34	2.23	2.14	2.07	2.01	1.97	1.93	1.89	1.86	1.83	1.81
72	3.97	3.12	2.73	2.50	2.34	2.23	2.14	2.07	2.01	1.96	1.92	1.89	1.86	1.83	1.81
73	3.97	3.12	2.73	2.50	2.34	2.23	2.14	2.07	2.01	1.96	1.92	1.89	1.86	1.83	1.81
74	3.97	3.12	2.73	2.50	2.34	2.22	2.14	2.07	2.01	1.96	1.92	1.89	1.85	1.83	1.80
75	3.97	3.12	2.73	2.49	2.34	2.22	2.13	2.06	2.01	1.96	1.92	1.88	1.85	1.83	1.80
76	3.97	3.12	2.72	2.49	2.33	2.22	2.13	2.06	2.01	1.96	1.92	1.88	1.85	1.82	1.80
77	3.97	3.12	2.72	2.49	2.33	2.22	2.13	2.06	2.00	1.96	1.92	1.88	1.85	1.82	1.80
78	3.96	3.11	2.72	2.49	2.33	2.22	2.13	2.06	2.00	1.95	1.91	1.88	1.85	1.82	1.80
79	3.96	3.11	2.72	2.49	2.33	2.22	2.13	2.06	2.00	1.95	1.91	1.88	1.85	1.82	1.79
80	3.96	3.11	2.72	2.49	2.33	2.21	2.13	2.06	2.00	1.95	1.91	1.88	1.84	1.82	1.79
81	3.96	3.11	2.72	2.48	2.33	2.21	2.12	2.05	2.00	1.95	1.91	1.87	1.84	1.82	1.79
82	3.96	3.11	2.72	2.48	2.33	2.21	2.12	2.05	2.00	1.95	1.91	1.87	1.84	1.81	1.79
83	3.96	3.11	2.71	2.48	2.32	2.21	2.12	2.05	1.99	1.95	1.91	1.87	1.84	1.81	1.79
84	3.95	3.11	2.71	2.48	2.32	2.21	2.12	2.05	1.99	1.95	1.90	1.87	1.84	1.81	1.79
85	3.95	3.10	2.71	2.48	2.32	2.21	2.12	2.05	1.99	1.94	1.90	1.87	1.84	1.81	1.79
86	3.95	3.10	2.71	2.48	2.32	2.21	2.12	2.05	1.99	1.94	1.90	1.87	1.84	1.81	1.78
87	3.95	3.10	2.71	2.48	2.32	2.20	2.12	2.05	1.99	1.94	1.90	1.87	1.83	1.81	1.78
88	3.95	3.10	2.71	2.48	2.32	2.20	2.12	2.05	1.99	1.94	1.90	1.86	1.83	1.81	1.78
89	3.95	3.10	2.71	2.47	2.32	2.20	2.11	2.04	1.99	1.94	1.90	1.86	1.83	1.80	1.78
90	3.95	3.10	2.71	2.47	2.32	2.20	2.11	2.04	1.99	1.94	1.90	1.86	1.83	1.80	1.78

Lampiran 11

Titik Persentase Distribusi t (df = 81 –120)

Pr / df	0.25 0.50	0.10 0.20	0.05 0.10	0.025 0.050	0.01 0.02	0.005 0.010	0.001 0.002
81	0.67753	1.29209	1.66388	1.98969	2.37327	2.63790	3.19392
82	0.67749	1.29196	1.66365	1.98932	2.37269	2.63712	3.19262
83	0.67746	1.29183	1.66342	1.98896	2.37212	2.63637	3.19135
84	0.67742	1.29171	1.66320	1.98861	2.37156	2.63563	3.19011
85	0.67739	1.29159	1.66298	1.98827	2.37102	2.63491	3.18890
86	0.67735	1.29147	1.66277	1.98793	2.37049	2.63421	3.18772
87	0.67732	1.29136	1.66256	1.98761	2.36998	2.63353	3.18657
88	0.67729	1.29125	1.66235	1.98729	2.36947	2.63286	3.18544
89	0.67726	1.29114	1.66216	1.98698	2.36898	2.63220	3.18434
90	0.67723	1.29103	1.66196	1.98667	2.36850	2.63157	3.18327
91	0.67720	1.29092	1.66177	1.98638	2.36803	2.63094	3.18222
92	0.67717	1.29082	1.66159	1.98609	2.36757	2.63033	3.18119
93	0.67714	1.29072	1.66140	1.98580	2.36712	2.62973	3.18019
94	0.67711	1.29062	1.66123	1.98552	2.36667	2.62915	3.17921
95	0.67708	1.29053	1.66105	1.98525	2.36624	2.62858	3.17825
96	0.67705	1.29043	1.66088	1.98498	2.36582	2.62802	3.17731
97	0.67703	1.29034	1.66071	1.98472	2.36541	2.62747	3.17639
98	0.67700	1.29025	1.66055	1.98447	2.36500	2.62693	3.17549
99	0.67698	1.29016	1.66039	1.98422	2.36461	2.62641	3.17460
100	0.67695	1.29007	1.66023	1.98397	2.36422	2.62589	3.17374
101	0.67693	1.28999	1.66008	1.98373	2.36384	2.62539	3.17289
102	0.67690	1.28991	1.65993	1.98350	2.36346	2.62489	3.17206
103	0.67688	1.28982	1.65978	1.98326	2.36310	2.62441	3.17125
104	0.67686	1.28974	1.65964	1.98304	2.36274	2.62393	3.17045
105	0.67683	1.28967	1.65950	1.98282	2.36239	2.62347	3.16967
106	0.67681	1.28959	1.65936	1.98260	2.36204	2.62301	3.16890
107	0.67679	1.28951	1.65922	1.98238	2.36170	2.62256	3.16815
108	0.67677	1.28944	1.65909	1.98217	2.36137	2.62212	3.16741
109	0.67675	1.28937	1.65895	1.98197	2.36105	2.62169	3.16669
110	0.67673	1.28930	1.65882	1.98177	2.36073	2.62126	3.16598
111	0.67671	1.28922	1.65870	1.98157	2.36041	2.62085	3.16528
112	0.67669	1.28916	1.65857	1.98137	2.36010	2.62044	3.16460
113	0.67667	1.28909	1.65845	1.98118	2.35980	2.62004	3.16392
114	0.67665	1.28902	1.65833	1.98099	2.35950	2.61964	3.16326
115	0.67663	1.28896	1.65821	1.98081	2.35921	2.61926	3.16262
116	0.67661	1.28889	1.65810	1.98063	2.35892	2.61888	3.16198
117	0.67659	1.28883	1.65798	1.98045	2.35864	2.61850	3.16135
118	0.67657	1.28877	1.65787	1.98027	2.35837	2.61814	3.16074
119	0.67656	1.28871	1.65776	1.98010	2.35809	2.61778	3.16013
120	0.67654	1.28865	1.65765	1.97993	2.35782	2.61742	3.15954

RIWAYAT HIDUP

Evi Noviyanti, lahir di Jakarta pada tanggal 10 Februari 1992. Anak ke-empat dari empat bersaudara dari pasangan Bapak Zainudin (Alm) & Ibu Tuti Haryati. Beralamat di Jalan H. Shibi Rt. 08/01 no. 46 Kel. Srengseng Sawah, Kec. Jagakarsa, Jakarta Selatan, 12640. Mengawali pendidikan di TK Islam Budaya dan melanjutkan ke SDN Srengseng Sawah 12 Pagi. Setelah itu melajutkan pendidikan menengah di SMPN 98 Jakarta, dan melanjutkan ke SMAN 109 Jakarta. Setelah lulus pada tahun 2010 , melalui jalur Mandiri UNJ diterima menjadi Civitas Akademika Universitas Negeri Jakarta, Fakultas Ekonomi, Jurusan Ekonomi dan Administrasi, Program Studi Pendidikan Ekonomi, dan Konsentrasi Pendidikan Ekonomi Koperasi .

Memiliki pengalaman PPL di SMA Negeri 54 Jakarta sebagai guru bidang studi ekonomi dan tenaga pengajar untuk les privat. Penulis juga memiliki pengalaman Praktek Kerja Lapangan di PT ASKES Persero dan turut aktif menjadi volunteer untuk kegiatan penelitian yang dilakukan oleh beberapa lembaga survei sejak tahun 2010.