

PERAN PENGELUARAN SEKTOR PENDIDIKAN DAN SEKTOR KESEHATAN TERHADAP KEMISKINAN DI INDONESIA

Adhitya Wardhana¹
Bayu Kharisma²

Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Padjadjaran, Jawa Barat, Indonesia^{1,2}
Email :adhitya.wardhana@fe.unpad.ac.id

ABSTRACT

Poverty is the main problem in welfare society, no exception in Indonesia. In Southeast Asian Countries also have the same poverty problem, Indonesia in ranking fourth from eight countries in Southeast Asian. Education and health is need attention for reduce poverty. Education expenditure and medical expenditure is high for increase development so as reduce poverty. Method in research use panel data with approach fixed effect. Result in research show medical expenditure and education expenditure take effect positif to poverty and no significant. Variable control such as economic growth take effect negatif and signifikan to reduce poverty. Moreover unemployment take effect positif and no significant to poverty.

Keywords : *Poverty; Medical Expenditure; Education Expenditure.*

ABSTRAK

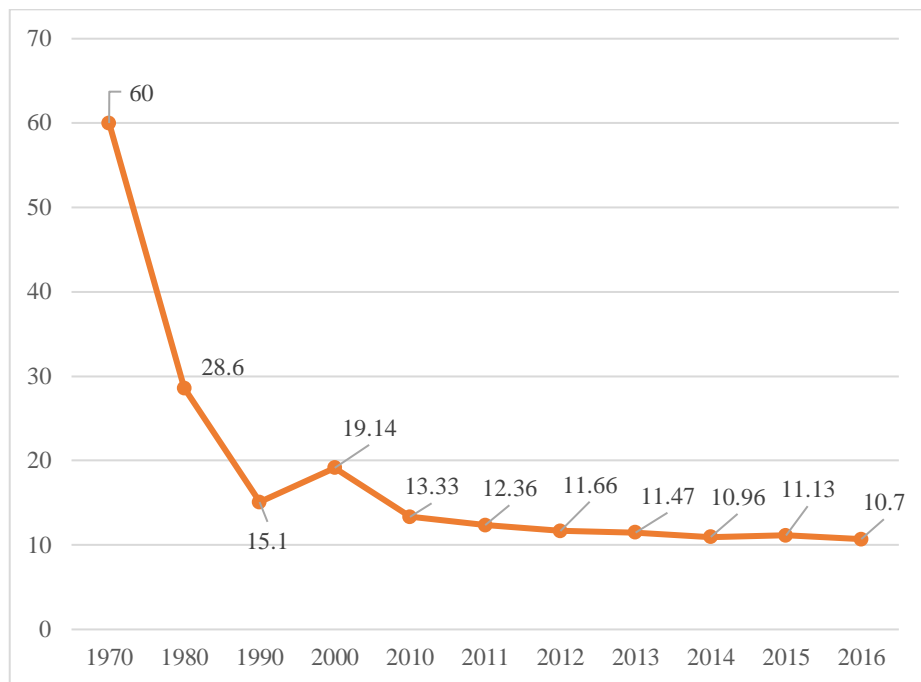
Kemiskinan merupakan masalah utama dalam kesejahteraan masyarakat, tidak terkecuali di Indonesia. Dibandingkan dengan negara berkembang terutama di kawasan Asia Tenggara yang juga mempunyai masalah kemiskinan, Indonesia peringkat keempat dari delapan negara Asia Tenggara. Pendidikan dan kesehatan merupakan sektor yang diperhatikan dalam pengurangan kemiskinan. Pengeluaran pendidikan dan kesehatan yang terus ditingkatkan diharapkan dapat meningkatkan pembangunan sehingga bisa mengurangi kemiskinan. Metode dalam penelitian menggunakan data panel dengan pendekatan fixed effect. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengeluaran kesehatan dan pendidikan berpengaruh positif dan tidak signifikan secara statistik terhadap kemiskinan. Variabel kontrol seperti pertumbuhan ekonomi dan angka melek huruf berpengaruh negatif dan signifikan secara statistik terhadap kemiskinan. Sedangkan pengangguran berpengaruh positif dan tidak signifikan terhadap kemiskinan.

Kata Kunci : Kemiskinan; Pengeluaran Kesehatan; Pengeluaran Pendidikan.

PENDAHULUAN

Pembangunan nasional merupakan suatu proses berkesinambungan yang bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan dan kemakmuran masyarakat. Namun, tujuan tersebut tidak akan tercapai jika masih terjadi masalah yang menghambatnya. Salah satu masalah utama yang menunjukkan masih rendahnya tingkat kesejahteraan masyarakat adalah masalah kemiskinan (Isdijoso, W.,

Suryahadi., A Akhmadi, 2016). Menurut Badan Pusat Statistik (2017), kemiskinan merupakan suatu keadaan dimana masyarakat tidak mampu secara ekonomi untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan dasar baik makanan maupun non-makanan yang diukur dari sisi pengeluaran.



Sumber : Badan Pusat Statistik (BPS), data diolah.

Gambar 1.
Tingkat Kemiskinan di Indonesia Tahun 1970-2016
(Persen)

Masalah kemiskinan telah menjadi bukanlah isu baru lagi tetapi selalu menarik untuk dibahas dan dicari solusinya. Indonesia telah mengalami penurunan tingkat kemiskinan dalam kurun waktu 40 tahun terakhir. Berdasarkan Gambar 1, dapat dilihat bahwa di awal tahun 1970an tingkat kemiskinan di Indonesia sangat begitu tinggi hingga mencapai 60%, yang berarti tingkat kesejahteraan masyarakat yang begitu rendah pada saat itu. Namun, seiring waktu tingkat kemiskinan di

Indonesia berangsur menurun dan dalam kurun waktu 10 tahun tingkat kemiskinan menurun hingga 31.4% hingga tahun 1990 tingkat kemiskinan Indonesia dapat mencapai 15.1%. Pada tahun 1997 terjadi krisis moneter yang berakibat terjadinya ketidakstabilan tidak hanya ekonomi yang merembet menjadi krisis sosial dan politik berdampak pada kualitas kehidupan sebagian masyarakat Indonesia menurun yang menyebabkan tingkat kemiskinan mengalami kenaikan ke tingkat 19.14%. Perubahan era pemerintahan menjadi era reformasi di awal 2000an berdampak baik terhadap tingkat kemiskinan yang terus mengalami penurunan menandakan telah terjadi perbaikan dan hingga tahun 2016 merupakan titik terendah pada tingkat kemiskinan di Indonesia dengan tingkat 10.7%.

Berdasarkan Gambar 1 dapat diketahui jika sebenarnya Indonesia telah mengalami perbaikan pada tingkat kemiskinan. Namun, apabila dibandingkan dengan negara berkembang lain khususnya di kawasan Asia Tenggara yang juga menjadikan kemiskinan sebagai masalah yang harus segera dipecahkan maka tingkat kemiskinan di Indonesia masih terbilang cukup tinggi. Pada tahun 2015, tingkat kemiskinan Indonesia menduduki urutan ke-4 dari delapan negara berkembang di Asia Tenggara. Negara tetangga seperti Malaysia tingkat kemiskinannya hanya sekitar 0.6%, Vietnam sekitar 7%, dan Thailand sekitar 10.5% sementara Kamboja, Filipina, Laos, dan Myanmar memiliki tingkat kemiskinan yang lebih tinggi dibandingkan Indonesia.

Masalah kemiskinan merupakan masalah kompleks dan membutuhkan solusi yang komprehensif. Pemerintah Indonesia telah melakukan berbagai upaya untuk pengentasan kemiskinan ini dimulai dari sejak awal 1970an hingga sekarang.

Program-program tersebut antara lain adalah program Bimbingan Masyarakat (Bimas) dan Bantuan Desa (Bandes) pada era Orde Baru yang belum optimal karena mengalami kejenuhan di pertengahan penerapannya. Pada masa kepemimpinan SBY pemerintah Indonesia juga meluncurkan program penanggulangan kemiskinan seperti BLT (Bantuan Langsung Tunai), KUR (Kredit Usaha Rakyat), pengembangan UMKM, PNPM Mandiri, dan program-program lainnya. Pemerintah juga telah membentuk Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K) untuk mencapai kemajuan yang nyata dalam upaya pengentasan kemiskinan di Indonesia. Akan tetapi, semua program-program tersebut belum dapat mengentaskan kemiskinan sepenuhnya di Indonesia. Faktor utama yang menyebabkan masih banyaknya jumlah masyarakat miskin di Indonesia adalah masalah kualitas Sumber Daya Manusia yang belum memadai menyebabkan mereka tidak memiliki kapabilitas dalam memenuhi kebutuhan-kebutuhannya.

Apabila kualitas SDM yang menjadi dasar penyebab terjadinya kemiskinan di Indonesia, maka diperlukan upaya pemerintah dalam meningkatkan kapasitas dasar masyarakat untuk mencapai tingkat produktivitas yang optimal melalui peningkatan pengetahuan dan kesehatan (Widodo, Waridin, dan Johanna, 2011). Sehingga, untuk mencapai kehidupan masyarakat yang layak paling tidak ada dua sektor yang harus diperhatikan oleh pemerintah yaitu sektor pendidikan dan kesehatan melalui kebijakan anggaran di kedua sektor ini. Peningkatan alokasi pengeluaran pemerintah di sektor pendidikan dan kesehatan diharapkan dapat meningkatkan pembangunan manusia yang pada akhirnya dapat meningkatkan

kualitas SDM dan mengentaskan kemiskinan. Berikut ini merupakan data pengeluaran pemerintah sektor pendidikan dan kesehatan di Indonesia dalam kurun waktu 10 tahun terakhir.

Tabel 1.
Perkembangan Pengeluaran Pemerintah Sektor Pendidikan dan Kesehatan Tahun 2007-2016 (Miliar Rupiah)

Tahun	Sektor Pendidikan	Sektor Kesehatan
2011	97.900	14.100
2012	115.000	15.400,0
2013	114.969	17.577,0
2014	129.224	12.112,2
2015	146.392	21.113,2

Sumber: Nota Keuangan dan APBN, 2016

Fungsi pendidikan dalam alokasi anggaran belanja pemerintah digunakan antara lain untuk pendidikan anak usia dini, pendidikan dasar, pendidikan menengah, pendidikan tinggi, dan lainnya yang bertujuan untuk meningkatkan aksesibilitas pendidikan dan kualitas pendidikan secara umum. Sementara kebijakan belanja pemerintah pada fungsi kesehatan antara lain untuk meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan ibu, anak, remaja, dan lanjut usia; meningkatkan akses terhadap pelayanan gizi masyarakat; meningkatkan pengendalian penyakit dan penyehatan lingkungan; mengendalikan kuantitas penduduk dengan meningkatkan akses dan kualitas pelayanan KB yang merata; dan mengembangkan dan meningkatkan efektivitas pembiayaan kesehatan.

Permasalahan utama dari kemiskinan adalah kemampuan dari masyarakat miskin untuk memperoleh pelayanan-pelayanan untuk kebutuhan hidup mereka, seperti kemampuan untuk memperoleh pelayanan kesehatan dan pendidikan. Di sinilah peran pemerintah melalui pengeluarannya, memberikan aksesibilitas yang lebih mudah kepada masyarakat miskin untuk memperoleh pelayanan umum. Pada penelitian ini akan mengkaji pengaruh pengeluaran pendidikan dan kesehatan terhadap tingkat kemiskinan dan faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kemiskinan.

Banyak definisi berkembang mengenai kemiskinan dilihat dari berbagai sudut pandang keilmuan. Dari sisi ekonomi, kemiskinan dipandang sebagai ketidakmampuan masyarakat dalam memenuhi kebutuhan dasar makanan dan bukan makanan yang diukur dari sisi pengeluaran. Badan Pusat Statistik (2007) mengeluarkan indikator sebagai acuannya yang disebut Garis Kemiskinan (*Poverty Line*). Garis Kemiskinan (GK) merupakan penjumlahan dari Garis Kemiskinan Makanan (GKM) dan Garis Kemiskinan Non Makanan (GKNM). Penduduk yang memiliki rata-rata pengeluaran perkapita per bulan dibawah Garis Kemiskinan dikategorikan sebagai penduduk miskin.

Teori sosial demokrat berpendapat jika kemiskinan merupakan masalah struktural bukan masalah individu yang dapat disebabkan karena adanya ketidakmerataan dalam masyarakat terhadap aksesibilitas pelayanan dasar (Findi & Zulia, 2016). Teori ini menggarisbawahi peranan dari pentingnya manajemen dan pendanaan negara dalam penyediaan pelayanan dasar bagi seluruh warga negara dan dipengaruhi oleh pendekatan ekonomi manajemen. Menurut Kuncoro (2006)

dari sisi ekonomi terdapat tiga faktor penyebab kemiskinan yaitu: 1). Adanya ketimpangan distribusi pendapatan yang menyebabkan perbedaan kepemilikan terhadap sumber daya. 2). Adanya perbedaan kualitas sumberdaya manusia yang berpengaruh terhadap tingkat produktivitas. 3). Adanya perbedaan akses modal.

Ukuran kemiskinan menurut Kuncoro (2006) dibedakan menjadi tiga kategori. Pertama, kemiskinan absolut, dimana masyarakat yang digolongkan dalam kategori kemiskinan absolut jika pendapatannya berada di bawah garis kemiskinan dan tidak cukup untuk menentukan kebutuhan dasar hidupnya. Konsep ini dimaksudkan untuk menentukan tingkat pendapatan minimum yang cukup untuk memenuhi kebutuhan fisik terhadap makanan, pakaian, dan perumahan untuk menjamin kelangsungan hidup. Kedua, kemiskinan relatif yaitu masyarakat yang digolongkan dalam kategori kemiskinan relatif apabila telah dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya tetapi masih jauh lebih rendah dibandingkan dengan keadaan masyarakat sekitarnya. Ketiga, kemiskinan kultural yaitu masyarakat yang digolongkan dalam kategori kemiskinan kultural apabila sikap orang atau sekelompok masyarakat tersebut tidak mau berusaha memperbaiki tingkat kehidupannya sekalipun ada usaha dari pihak lain yang membantunya atau dengan kata lain seseorang tersebut miskin karena sikapnya sendiri yaitu pemalas dan tidak mau memperbaiki kondisinya.

Menurut Wibowo (2003), hal mendasar dari kemiskinan adalah masalah aksesibilitas yang menunjukkan kemampuan dalam memperoleh kebutuhan dasarnya dimana masyarakat yang tergolong miskin memiliki aksesibilitas yang rendah dan terbatas terhadap berbagai kebutuhan dan layanan dibandingkan mereka

yang termasuk golongan menengah maupun golongan kaya. Akses-akses yang tidak bisa didapat oleh masyarakat miskin yaitu: 1). Akses untuk mendapatkan makanan yang layak. 2). Akses untuk mendapatkan sandang yang layak. 3). Akses untuk mendapatkan rumah yang layak. 4). Akses untuk mendapatkan layanan kesehatan baik dan layak. 5). Akses untuk mendapatkan layanan pendidikan. 6). Akses kepada *leisure* dan *entertainment*. 7). Akses untuk mendapatkan kualitas hidup yang baik dengan terpenuhinya semua *basic need* dan *supporting needs*.

Sementara menurut Mahmudi (2010), terdapat tiga faktor yang menyebabkan seseorang menjadi miskin yaitu: 1). Rendahnya tingkat kesehatan, 2). Rendahnya pendapatan, 3). Rendahnya tingkat pendidikan. Rendahnya tingkat kesehatan merupakan salah satu pemicu terjadinya kemiskinan karena tingkat kesehatan masyarakat yang rendah akan menyebabkan tingkat produktivitas menjadi rendah. Tingkat produktivitas yang rendah lebih lanjut menyebabkan pendapatan rendah, dan pendapatan yang rendah menyebabkan terjadinya kemiskinan. Kemiskinan itu selanjutnya menyebabkan seseorang tidak dapat menjangkau pendidikan yang berkualitas serta membayar biaya pemeliharaan dan perawatan kesehatan.

Dalam Pasal 1 UU No.17 Tahun 2003 Tentang Keuangan Negara dijelaskan bahwa belanja negara adalah kewajiban pemerintah pusat yang diakui sebagai pengurang nilai kekayaan bersih. Belanja negara merupakan salah satu instrumen kebijakan fiskal yang menjadi faktor utama dalam mendorong pembangunan nasional. Adapun klasifikasi belanja negara dapat dirinci menurut organisasi, fungsi, dan jenis belanja. Rincian belanja negara menurut organisasi disesuaikan

dengan susunan kementerian negara/lembaga pemerintahan pusat. Rincian belanja negara menurut fungsi antara lain terdiri dari pelayanan umum, pertahanan, ketertiban dan keamanan, ekonomi, lingkungan hidup, perumahan dan fasilitas umum, kesehatan, pariwisata, budaya, agama, pendidikan, dan perlindungan sosial. Rincian belanja negara menurut jenis belanja (sifat ekonomi) antara lain terdiri dari belanja pegawai, belanja barang, belanja modal, bunga, subsidi, hibah, bantuan sosial, dan belanja lain-lain.

Tingkat kesejahteraan masyarakat tercermin dari sisi pemenuhan hak-hak dasar masyarakat maupun pemerataan hasil-hasil pembangunan nasional. Untuk indikator kesejahteraan dari pemenuhan hak-hak dasar dapat dilihat dari seberapa besar akses masyarakat terhadap kesehatan dan pendidikan. Sesuai UU No.24 Tahun 2014 Tentang Pemerintahan Daerah dijelaskan bahwa fungsi pendidikan dan kesehatan menjadi bagian dari Urusan Pemerintah Wajib yang berkaitan dengan pelayanan dasar. Selain itu dalam pasal 36 ayat 8 UU No.24 Tahun 2014, aksesibilitas pelayanan dasar pendidikan dan kesehatan menjadi parameter dalam mengukur kemampuan penyelenggaraan pemerintah. Sehingga, pengeluaran pemerintah yang dikeluarkan untuk fungsi pendidikan dan kesehatan memiliki peran yang penting dalam perekonomian.

Peran pemerintah menjadi sangat penting terutama dalam penyediaan pelayanan publik yang merupakan upaya memenuhi kebutuhan publik sesuai perundang-undangan (Misdawita & Sari, 2013). Pelayanan publik oleh pemerintah terhadap masyarakat digolongkan menjadi dua kategori utama, yaitu pelayanan pada bidang pendidikan dan kesehatan yang akan dijelaskan pada bagian berikut.

Besarnya alokasi anggaran pada fungsi pendidikan mencerminkan upaya pemerintah dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat dalam bidang pendidikan. Dalam Nota Keuangan Republik Indonesia dijelaskan bahwa alokasi anggaran pada fungsi pendidikan tersebut berkaitan dengan upaya pemerintah untuk mewujudkan amanat konstitusi untuk mengalokasikan anggaran pendidikan sekurang-kurangnya 20 persen dari APBN. Anggaran fungsi pendidikan tersebut terdiri atas: 1). Subfungsi pendidikan anak usia dini; 2). Subfungsi pendidikan dasar; 3). Subfungsi pendidikan menengah; 4). Subfungsi pendidikan nonformal dan informal; 5). Subfungsi pendidikan kedinasan; 6). Subfungsi pendidikan tinggi; 7). Subfungsi pelayanan bantuan terhadap pendidikan; 8). Subfungsi pendidikan keagamaan; 9). Subfungsi Litbang pendidikan; 10). Subfungsi pembinaan kepemudaan dan olahraga; 11). Subfungsi pengembangan budaya; 12). Subfungsi pendidikan dan kebudayaan lainnya.

Adapun arah kebijakan dan langkah-langkah yang ditempuh pemerintah dalam rangka melaksanakan fungsi pendidikan, antara lain: 1). Meningkatkan akses, kualitas, dan relevansi pendidikan menengah universal (PMU); 2). Meningkatkan akses, kualitas, relevansi, dan daya saing pendidikan tinggi; 3). Meningkatkan profesionalisme dan pembenahan distribusi guru dan tenaga kependidikan; 4). Meningkatkan akses dan kualitas pendidikan anak usia dini (PAUD), pendidikan nonformal, dan pendidikan informal serta kualitas pendidikan agama dan keagamaan; 5). Memantapkan pelaksanaan sistem pendidikan nasional; 6). Meningkatkan kualitas wajib belajar pendidikan dasar sembilan tahun yang merata; 7) Meningkatkan efisiensi dan efektivitas manajemen pelayanan

pendidikan; 8). Mengurangi kesenjangan taraf pendidikan antar wilayah, antar jenis kelamin, dan antar kelompok sosial-ekonomi.

Sementara sasaran pembangunan yang diharapkan dapat tercapai dari alokasi anggaran fungsi pendidikan dalam rangka meningkatkan aksesibilitas dan kesejahteraan masyarakat, diantaranya: 1) Meningkatnya taraf pendidikan penduduk; 2) Meningkatnya rata-rata lama sekolah penduduk usia 15 tahun ke atas; 3) Meningkatnya angka melek aksara penduduk pada kelompok usia 15 tahun ke atas; 4) Angka partisipasi murni (APM) SD/MI dan APM SMP/MTs; 5). Angka partisipasi kasar (APK) SMA/SMK/MA/Paket C dan APK PT (usia 19-23 tahun); 6). Meningkatnya kualitas dan relevansi pendidikan; dan 7). Meningkatnya kualifikasi dan kompetensi guru, dosen, dan tenaga kependidikan.

Peningkatan akses masyarakat terhadap kesehatan dilakukan melalui program edukasi kesehatan, pencegahan, pengobatan dan rehabilitasi, dalam rangka meningkatkan akses masyarakat menuju pelayanan kesehatan universal dan berkualitas. Pemerintah juga meningkatkan jaminan kesehatan kepada masyarakat melalui perluasan cakupan penerima bantuan iuran dalam BPJS Kesehatan dan akan meluncurkan program jaminan persalinan (jampersal) untuk lebih meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan ibu hamil dan persalinan.

Keseriusan pemerintah dalam menyediakan pelayanan kesehatan ditunjukkan dengan alokasi anggaran untuk fungsi kesehatan yang mengalami kenaikan pada beberapa tahun terakhir. Anggaran fungsi kesehatan tersebut terdiri atas beberapa subfungsi, antara lain yaitu: 1) Subfungsi obat dan perbekalan kesehatan; 2) Subfungsi pelayanan kesehatan perorangan; 3). Subfungsi pelayanan

kesehatan masyarakat; 4) Subfungsi kependudukan dan keluarga berencana; 5) Subfungsi Litbang kesehatan; 6) Subfungsi kesehatan lainnya.

Adapun arah kebijakan dan langkah-langkah yang ditempuh Pemerintah dalam rangka melaksanakan fungsi kesehatan tersebut antara lain: 1) Meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan ibu, anak, remaja, dan lanjut usia; 2) Meningkatkan akses terhadap pelayanan gizi masyarakat; 3) Meningkatkan pengendalian penyakit dan penyehatan lingkungan; 4) Mengendalikan kuantitas penduduk dengan meningkatkan akses dan kualitas pelayanan KB yang merata; 5) Meningkatkan KB dan kualitas kesehatan reproduksi; dan 6) Mengembangkan dan meningkatkan efektivitas pembiayaan kesehatan dan pelaksanaan SJSN kesehatan, baik *demand side* maupun *supply side*.

Sementara sasaran yang diharapkan dapat tercapai melalui alokasi anggaran pada fungsi kesehatan diantaranya yaitu: 1) Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan ibu, anak dan reproduksi; 2) Meningkatnya kualitas penanganan masalah gizi masyarakat; 3) Meningkatnya efektivitas pengawasan obat dan makanan dalam rangka keamanan, mutu dan manfaat/khasiat obat dan makanan; 4) Meningkatnya penyehatan dan pengawasan kualitas lingkungan; 5) Terselenggaranya pendidikan tinggi dan pertumbuhan mutu SDM kesehatan; 6) Meningkatnya penduduk yang mendapatkan jaminan kesehatan termasuk kesiapan fasilitas pelayanan kesehatan.

Studi empiris yang dilakukan oleh Misdawita dan Sari (2013) diketahui bahwa pengeluaran pemerintah di bidang pendidikan memiliki dampak yang negatif dan signifikan terhadap kemiskinan. Hal ini menunjukkan bahwa bidang pendidikan adalah salah satu saluran yang tepat untuk mengatasi permasalahan

kemiskinan di Indonesia. Hasil ini menunjukkan bahwa pengeluaran pemerintah di bidang pendidikan sudah tepat sasaran untuk membantu masyarakat miskin memperoleh pendidikan yang layak sehingga pada akhirnya mereka dapat meningkatkan kondisi perekonomian mereka. Sebagian besar masyarakat miskin memiliki tingkat pendidikan yang rendah, akibat kendala finansial sehingga tidak mampu mengakses dunia pendidikan. Dengan meningkatkan tingkat pendidikan masyarakat miskin, maka akan dapat meningkatkan *skill* mereka sehingga mampu masuk ke lapangan kerja yang pada akhirnya dapat meningkatkan kesejahteraan.

Kesehatan menjadi salah satu kebutuhan dasar utama masyarakat selain pendidikan yang penyediaannya harus disediakan dengan baik oleh pemerintah. Peran pemerintah dalam mewujudkan hal tersebut adalah melalui alokasi pengeluaran pemerintah pada bidang kesehatan yang bertujuan agar seluruh masyarakat memiliki kesempatan yang sama dalam akses pelayanan kesehatan. Beberapa program yang telah dilakukan pemerintah untuk mempermudah masyarakat mengakses pelayanan kesehatan adalah program kesehatan gratis, asuransi kesehatan, dan penggunaan kartu miskin (Misdawita & Sari, 2013). Dalam beberapa literatur terdapat penjelasan mengenai hubungan pengeluaran pemerintah khususnya bidang pendidikan dan kesehatan terhadap Indeks Pembangunan Manusia (IPM) yang menunjukkan bahwa pengeluaran pemerintah bidang pendidikan dan kesehatan memberikan pengaruh yang positif terhadap pembangunan manusia. Semakin besar alokasi pengeluaran bidang pendidikan dan kesehatan maka semakin baik pula IPM yang dicapai dan sejalan dengan upaya pengentasan kemiskinan.

METODE PENELITIAN

Jenis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data panel dengan *cross-section* 33 provinsi di Indonesia dan 2010-2015 sebagai *times series*. Data yang diperlukan dalam penelitian ini adalah jumlah penduduk miskin (*Poverty*), pengeluaran kesehatan (*Medical Expenditure*), pengeluaran pendidikan (*Education Expenditure*), pertumbuhan ekonomi (*Economic Growth*), angka melek huruf (*Literacy Rate*), dan tingkat pengangguran terbuka (*Unemployment*). Data dikumpulkan dari publikasi Badan Pusat Statistik (BPS) Indonesia.

Pengolahan data dalam penelitian ini menggunakan STATA13. Metode analisis yang digunakan adalah kuantitatif. Metode kuantitatif dipilih untuk menjelaskan pengaruh pengeluaran pendidikan dan pengeluaran kesehatan serta beberapa variabel kontrol terhadap kemiskinan. Metode kuantitatif yang digunakan yaitu estimasi model regresi dengan penggunaan data panel. Model dalam penelitian sebagai berikut :

$$\ln pov_{it} = \beta_0 + \beta_1 \ln medexp_{it} + \beta_2 \ln eduexp_{it} + \beta_3 eg_{it} + \beta_4 lr_{it} + \beta_5 unem_{it} + \varepsilon_{it} \dots\dots\dots (1)$$

dimana; *Pov* adalah jumlah penduduk miskin, *me* adalah pengeluaran kesehatan, *ee* adalah pengeluaran pendidikan, *eg* adalah pertumbuhan ekonomi, *le* adalah angka melek huruf, *unem* adalah tingkat pengangguran, *subscript i* menjelaskan individu atau *cross-section*, *t* menjelaskan *time series*, dan ε adalah *error term*. Dalam analisis data panel terdapat dua pendekatan, yaitu; *fixed effect* dan *random effect* (Verbeek, 2017).

Pendekatan *fixed effect* dengan menambahkan variabel dummy atau disebut *Least Square Dummy Variable (LSDV)*, dengan persamaan sebagai berikut:

$$y_{it} = \alpha + \beta_j x_{it}^j + \sum_{i=2}^n \alpha_i D_i + \varepsilon_{it} \dots\dots\dots (2)$$

dimana; y adalah variabel dependen, α intersep yang yang berubah-ubah antar *cross-section*, β_j adalah parameter untuk variabel ke- j , x^j adalah variabel bebas j , ε adalah *error term*, D adalah dummy variable, *subscript i* adalah unit *cross-section* dan t adalah unit *time-series*. Walaupun model *fixed effect* memiliki intersep yang berbeda untuk setiap unit *cross-section*, namun intersep *time series* tidak ada perbedaan (Gujarati, 2012).

Terdapat kelemahan ketika menggunakan pendekatan *fixed effect* yang disebabkan adanya variabel dummy. Penggunaan dummy variabel akan mengurangi derajat bebas yang akhirnya menurunkan efisien dari parameter estimasi. Pendekatan *random effect* menggunakan residual yang diduga memiliki hubungan antar waktu dan antar individu. Asumsi yang terjadi di *random effect* dimana setiap individu memiliki perbedaan intersep yang merupakan variabel *random*. Persamaan *random effect* dapat ditulis sebagai berikut :

$$\hat{y}_{it} = \alpha + \beta_j x_{it}^j + \varepsilon_{it} \dots\dots\dots (3)$$

$$\varepsilon_{it} = u_i + v_t + w_{it} \dots\dots\dots (4)$$

dimana; $u_i \sim N(0, \sigma_u^2)$ adalah komponen *cross-section error*, $v_t \sim N(0, \sigma_v^2)$ adalah komponen *time series error*, dan $w_{it} \sim N(0, \sigma_w^2)$ adalah *error time series* dan *cross-section*.

Memilih pendekatan mana yang lebih efisien dari *fixed effect* dan *random effect* dilakukan uji hausman. Alasan dilakukannya uji hausman didasarkan pada model *fixed effect* yang mengandung suatu unsur *trade off* yaitu hilangnya unsur derajat bebas dengan memasukkan variabel *dummy* dan model *random effect* yang harus memperhatikan ketiadaan pelanggaran asumsi dari setiap komponen galat. Uji hausman mengikuti distribusi statistik *chi-square* dengan derajat bebas sebanyak jumlah peubah bebas. Hipotesis nol ditolak jika nilai statistik Hausman lebih besar daripada nilai kritis statistik *chi-square*. Ini berarti bahwa model yang tepat untuk regresi data panel yang digunakan adalah model *fixed effect* (Wooldridge, 2016) .

HASIL DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil olahan data dengan menggunakan STATA13, pengaruh pendidikan (*education expenditure*), pengeluaran kesehatan (*medical expenditure*) terhadap kemiskinan (*poverty*), serta beberapa variabel kontrol seperti pertumbuhan ekonomi (*economic growth*), angka melek huruf (*literacy rate*), dan pengangguran (*unemployment*) ditunjukkan pada Tabel 2.

Tabel 2.
Hasil Regresi

lnPov	c	Ln(medexp)	Ln(eduexp)	lirate	ecogrowth	unem
	6.562	-0.024*	0.008			
Fixed Effect	7.310	0.006	0.015	-0.018***		
	6.989	0.019	0.130	-0.018***	-0.002**	
	6.933	0.019	0.011	-0.017***	-0.002**	0.003

Bersambung

Lanjutan

**Tabel 2.
 Hasil Regresi**

lnPov	c	Ln(medexp)	Ln(eduexp)	lirate	ecogrowth	unem
	6.467	-0.021	0.009			
Random Effect	7.323	0.013	0.017	-0.021***		
	6.993	0.025	0.014	-0.020***	-0.002**	
	6.934	0.026	0.013	-0.019***	-0.002**	0.004

Tingkat Signifikansi : * =10%, **=5%, dan ***=1%.

Sumber : Hasil Perhitungan

Persamaan dari Tabel 2 menjelaskan bahwa pengeluaran pendidikan berpengaruh negatif terhadap kemiskinan. Artinya, pengeluaran kesehatan dapat menurunkan tingkat kemiskinan. Sedangkan pengeluaran kesehatan berpengaruh positif terhadap kemiskinan. Artinya pengeluaran pendidikan tidak dapat menurunkan kemiskinan, dan bisa meningkatkan kemiskinan. Namun, ketika pengeluaran pendidikan dan pengeluaran kesehatan ditambah dengan variabel lain seperti pertumbuhan ekonomi, angka melek huruf dan pengangguran maka pengaruhnya menjadi berubah. Pengeluaran pendidikan setelah adanya pengaruh pertumbuhan ekonomi, angka melek huruf, dan pengangguran menjadi positif atau dapat meningkatkan tingkat kemiskinan.

**Tabel 3.
 Uji Hausman**

Prob.Chi2	Chi2	α
0.0000	64.39	5%

Sumber : STATA13, diolah

Memilih pendekatan yang lebih efisien antara *fixed effect* dan *random effect* dilakukan uji Hausman. *Hausman Test* memiliki H_0 yang merupakan *random effect* dan H_a adalah *fixed effect*. Ketentuan dalam uji Hausman dimana jika Prob.Chi2 lebih kecil dari α maka H_0 ditolak, dan sebaliknya. Berdasarkan Tabel xx diketahui nilai statistik Hausman 64.39 atau lebih besar dari Prob.Chi2 sehingga model yang baik dalam penelitian ini adalah model *fixed effect*.

Persamaan *fixed effect* menjelaskan bahwa koefisien dari pengeluaran kesehatan sebesar 0.019 yang artinya setiap kenaikan 1 persen pengeluaran kesehatan akan meningkatkan kemiskinan sebesar 0.019 persen. Pengeluaran pendidikan dengan koefisien sebesar .011 menjelaskan bahwa setiap kenaikan 1 persen pengeluaran pendidikan akan meningkatkan kemiskinan sebesar 0.011 persen. Angka melek huruf memiliki koefisien negatif sebesar .017 yang artinya setiap kenaikan 1 persen angka melek huruf menurunkan kemiskinan sebesar 0.017 persen. Pertumbuhan ekonomi mempengaruhi kemiskinan dengan koefisien -.002 yang menjelaskan bahwa setiap kenaikan 1 persen pertumbuhan ekonomi dapat menurunkan kemiskinan sebesar 0.002 persen. Sedangkan pengangguran memiliki koefisien .003 yang artinya setiap kenaikan 1 persen pengangguran akan meningkatkan kemiskinan sebesar 0.003 persen.

Pengaruh pengeluaran kesehatan dan pendidikan yang positif terhadap kemiskinan atau dapat meningkatkan kemiskinan sama dengan penelitian Abdelhak dan Jamalludin (2012). Abdelhak dan Jamalludin (2012) meneliti pengaruh perlindungan kesehatan dan program pengurangan kemiskinan di empat negara

negara Asia Tenggara; Vietnam, Indonesia, Thailand dan Filipina. Hasil penelitian memberi kesimpulan bahwa di Indonesia, Filipina, dan Vietnam perlindungan kesehatan tidak memberi efek pada tingkat kemiskinan. Situasi di Vietnam dimana pengeluaran kesehatan tidak mampu menurunkan tingkat kemiskinan. Pengeluaran kesehatan tidak mampu menurunkan jumlah kemiskinan di Vietnam dikarenakan ketimpangan regional dan pendapatan di Vietnam. Individu yang pendapatan yang lebih tinggi mendapatkan keuntungan lebih banyak dari pelayanan kesehatan, sedangkan individu yang pendapatannya rendah membayar lebih mahal biaya kesehatan (Long, 2008).

Penelitian Widodo, Waridin, dan Johanna (2011) juga menyimpulkan bahwa pengeluaran pemerintah tidak berpengaruh secara langsung terhadap pengurangan kemiskinan. Mulyaningsih (2008) alokasi pengeluaran pemerintah tidak berpengaruh terhadap peningkatan pembangunan manusia yang di-*proxy* dengan IPM, serta pengeluaran pemerintah tidak berpengaruh terhadap kemiskinan. Pengeluaran publik terutama pengeluaran kesehatan dan pendidikan tidak berpengaruh terhadap kemiskinan dikarenakan masih rendahnya pengeluaran pemerintah di sektor publik.

Penelitian ini menemukan bahwa angka melek huruf dapat menurunkan tingkat kemiskinan, hal tersebut sama dengan pendapat sebelumnya (Samuelson dan Nordhaus, 2010; Ferezagia, 2018). Samuelson dan Nordhaus (2010) menjelaskan bahwa terjadinya kemiskinan di suatu wilayah karena dua hal pokok yaitu rendahnya tingkat kesehatan dan gizi, dan lambatny perbaikan mutu

pendidikan. Angka melek huruf sebagai salah satu indikator mutu pendidikan yang terus ditingkatkan sehingga dapat menurunkan tingkat kemiskinan dan meningkatkan kualitas sumber daya manusia (SDM). Membaiknya kualitas SDM dengan angka melek huruf yang meningkat dapat menjadi modal yang efektif dan bisa menerima inovasi baru.

Pertumbuhan ekonomi berpengaruh negatif terhadap kemiskinan atau dapat menurunkan kemiskinan. Menurut Tambunan (2001) pertumbuhan ekonomi dan kemiskinan memiliki korelasi yang sangat kuat. Hal tersebut didasarkan pada Hipotesis Kuznet yang menjelaskan bahwa pada tahap awal proses pembangunan tingkat kemiskinan cenderung meningkat dan tahap akhir pembangunan jumlah kemiskinan mulai berkurang. Selain itu penelitian Amijaya (2008) juga menyatakan bahwa PDRB sebagai indikator pertumbuhan ekonomi berpengaruh negatif.

Siregar (2006) menjelaskan bahwa pertumbuhan ekonomi merupakan syarat keharusan (*necessary condition*) bagi pengurangan kemiskinan. Adapun syarat kecukupannya (*sufficient condition*) ialah bahwa pertumbuhan tersebut efektif dalam mengurangi kemiskinan. Artinya, pertumbuhan tersebut harus menyebar di setiap golongan pendapatan, termasuk di golongan penduduk miskin (*growth with equity*). Secara langsung, hal ini berarti pertumbuhan itu perlu dipastikan terjadi di sektor-sektor dimana penduduk miskin bekerja (pertanian atau sektor yang padat karya). Adapun secara tidak langsung, hal itu berarti diperlukan peran pemerintah yang cukup efektif meredistribusi manfaat pertumbuhan yang boleh jadi didapatkan dari sektor modern seperti jasa dan manufaktur.

Pengangguran memiliki efek positif terhadap kemiskinan, pendapat yang sama dengan Arsyad (1999), dimana ada hubungan yang erat antara tingginya tingkat pengangguran dan kemiskinan. Sebagian masyarakat yang tidak mempunyai pekerjaan tetap atau *part-time* selalu berada pada kelompok masyarakat miskin. Masyarakat yang mempunyai *income* tetap di sektor pemerintah dan swasta termasuk kelompok kelas menengah atas. Octaviani (2001) menjelaskan bahwa sebagian rumah tangga di Indonesia memiliki ketergantungan sangat besar terhadap pendapatan atau upah yang diperoleh. Hilangnya lapangan pekerjaan menyebabkan berkurangnya sebagian *income*, jika masalah ini terjadi maka kelompok masyarakat berpendapatan rendah, maka akan menggeser posisi mereka ke kelompok miskin (Marmujiono, 2014). Artinya, bahwa semakin tinggi tingkat pengangguran maka akan meningkatkan kemiskinan.

SIMPULAN

Hasil penelitian ini memberi kesimpulan bahwa pengeluaran kesehatan dan pendidikan tidak berpengaruh positif atau tidak memberi keuntungan kepada tingkat kemiskinan. Namun, berdasarkan signifikansi nya pengeluaran kesehatan dan pendidikan tidak signifikan secara statistik terhadap kemiskinan. Hasil ini menunjukkan bahwa pengeluaran pemerintah di bidang pendidikan dan kesehatan belum efisien dan efektif terhadap masyarakat miskin. Hal ini mengindikasikan untuk memperoleh pendidikan dan kesehatan yang layak sehingga pada akhirnya mereka tidak dapat keluar dari kondisi kemiskinan.

Variabel kontrol seperti pertumbuhan ekonomi dan angka melek huruf memiliki pengaruh negatif terhadap kemiskinan. Meningkatnya pertumbuhan ekonomi dapat menurunkan kemiskinan. Peningkatan angkatan melek huruf yang mencerminkan kualitas pendidikan dapat menurunkan jumlah kemiskinan. Sedangkan pengangguran yang meningkat karena banyak orang yang tidak bekerja sehingga kehilangan *income* akan meningkatkan kemiskinan.

REFERENSI

- Abdelhak, Senadjki, dan Jamalludin Sulaiman. (2012). Social Protection and Poverty Reduction in Four Selected Southeast Asian Countries: An Analysis of the Healthcare Sector towards Pro-Poor Growth. *Asian Social Science Vol. 8, No. 3; March 2012*. DOI: 10.5539/ass.v8n3p270
- Amijaya, Deni Tisna. (2008). *Pengaruh Ketidakmerataan Distribusi Pendapatan, Pertumbuhan Ekonomi dan Pengangguran Terhadap Tingkat Kemiskinan di Indonesia Tahun 2003-2004*. [Skripsi tidak dipublikasikan]. Universitas Diponegoro Semarang.
- Arsyad, Lincolin. (1999). *Ekonomi Pembangunan Edisi Kelima*. Yogyakarta. BP STIE YKPN. ISBN/ISSN. 9798146603.
- Badan Pusat Statistika. (2017). *Kemiskinan*. Jakarta
- Ferezagia, Debrina Vita (2018). Analisis Tingkat Kemiskinan di Indonesia. *Jurnal Sosial Humaniora Terapan*. Volume 1 Nomor 1, Juli – desember 2018 E ISSN 2622 – 1152. P ISSN 2622 - 1764
- Findi., & Zulia. (2016). Poverty Conditions and Policy Solutions (Data Analysis Years 2009-2013). *AFEBI Economic and Finance Review*, 1(1).
- Isdijoso, W., Suryahadi., A Akhmadi (2016). *Penetapan Kriteria dan Variabel Pendataan Penduduk Miskin yang Komprehensif dalam Rangka Perlindungan Penduduk Miskin di Kabupaten/Kota*. Kertas Kerja The SMERU Research Institute
- Kementerian Keuangan . (2013). *Nota Keuangan dan Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara Tahun Anggaran 2012*. Diunduh pada 13 Mei 2017, diakses dari <http://www.kemenkeu.go.id/node/30157>

- Kementerian Keuangan. (2014). *Nota Keuangan dan Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara Tahun Anggaran Perubahan 2014*. Diunduh pada 9 Juni 2017 dan Diakses dari https://www.kemenkeu.go.id/sites/default/files/nk%20dan%20apbn%202014%20full_0.pdf
- Kuncoro, Mudrajad. (2006). *Ekonomi Pembangunan:Teori, Masalah, dan Kebijakan*. UPP Akademika Manajemen Perusahaan YKPN. ISBN: 9798170504 9789798170508
- Long, G.T. (2008). *Social Health Insurance in Vietnam: Current Issues and Policy Recommendations*. Vietnam Development Forum (VDF) Tokyo. National Graduate Institute for Policy Studies (GRIPS).
- Mahmudi. (2010). *Manajemen Kinerja Sektor Publik*. UPP STIM YKPN. Yogyakarta. ISBN / ISSN : 978-979-3532-75-2
- Marmujiono, S P. (2014). Analisis Faktor-faktor yang Mempengaruhi Tingkat Kemiskinan dan Strategi Pengentasan Kemiskinan di Kab. Brebes Tahun 2009-2011. *Economics Development Analysis Journal*.
- Misdawita dan Sari. (2013). Analisis Dampak Pengeluaran Pemerintah Di Bidang Pendidikan, Kesehatan, dan Pengeluaran Subsidi Terhadap Kemiskinan Di Indonesia. *Jurnal Ekonomi & Kebijakan Publik*, 4(2). DOI: <https://doi.org/10.22212/jekp.v4i2.50>
- Mulyaningsih, Yani. (2008). *Pengaruh Pengeluaran Pemerintah Di Sektor Publik Terhadap Peningkatan Pembangunan Manusia dan Pengurangan Kemiskinan*. Thesis tidak dipublikasikan. Universitas Indonesia
- Octaviani, Dian. (2001). Inflasi, Pengangguran, dan Kemiskinan di Indonesia: Analisis Indeks Forrester Greer & Horbecke. *Media Ekonomi*, Hal. 100-118, Vol. 7, No.8.
- Samuelson, Paul A. dan William D Nordhaus. (2010). *Economics 19th Edition*. McGraw-Hill Irwin, New York, NY, 10020. ISBN 978-0-07-351129-0
- Verbeek, M. (2017). *A Guide to Modern Econometrics 5th Edition*. England. John Wiley & Sons Ltd, The Atrium, Southern Gate, Chichester.
- Widodo, Adi, Waridin, dan Johanna Maria K. (2011). Analisis Pengaruh Pengeluaran Pemerintah Di Sektor Pendidikan dan Kesehatan Terhadap Pengetasan Kemiskinan Melalui Peningkatan Pembangunan Manusia Di Provinsi Jawa Tengah. *Jurnal Dinamika Ekonomi Pembangunan* Vol. 1, No.1. DOI: 10.14710/jdep.1.1.25-42

Wijayanto. (2010). *Analisis Pengaruh PDRB, Pendidikan, dan Pengangguran Terhadap Kemiskinan di Kabupaten/Kota Jawa Tengah Tahun 2005-2008*. [Skripsi tidak dipublikasikan]. Semarang: Undip.

Wibowo, Novianto Dwi. (2003). Masalah Pengentasan Kemiskinan di Indonesia: Pendekatan Hipotesis Kuznet. *Buletin Pangsa. Edisi 10/IX*

Wooldridge, Jeffrey M (2016). *Introductory Econometrics: A Modern Approach 6th Edition*. Publisher: Cengage Learning. ISBN-13: 978-1305270107 / ISBN-10: 130527010X