



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH PENGELUARAN PEMERINTAH SEKTOR
PENDIDIKAN DAN KESEHATAN TERHADAP PENINGKATAN
PEMBANGUNAN MANUSIA DAN PENGURANGAN KEMISKINAN**

TESIS

**AGUNG WALUYO
0606162271**

**FAKULTAS EKONOMI
PROGRAM STUDI MAGISTER AKUNTANSI
JAKARTA
APRIL 2010**



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH PENGELUARAN PEMERINTAH SEKTOR
PENDIDIKAN DAN KESEHATAN TERHADAP PENINGKATAN
PEMBANGUNAN MANUSIA DAN PENGURANGAN KEMISKINAN**

TESIS

**Diajukan sebagai salah satu syarat
untuk memperoleh gelar Magister Akuntansi**

**AGUNG WALUYO
0606162271**

**FAKULTAS EKONOMI
PROGRAM STUDI MAGISTER AKUNTANSI
JAKARTA
APRIL 2010**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar

Nama : Agung Waluyo
NPM : 0606162271

Tanda Tangan :

Tanggal : 12 April 2010

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh

Nama : Agung Waluyo
NPM : 0606162271
Program Studi : Magister Akuntansi
Judul Tesis : Pengaruh Pengeluaran Pemerintah Sektor Pendidikan dan Kesehatan Terhadap Peningkatan Pembangunan Manusia dan Pengurangan Kemiskinan

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Akuntansi pada Program Studi Magister Akuntansi, Fakultas Ekonomi, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Dr. Dwi Martani

Penguji : Dr. Jan Hoesada

Penguji : Dr. Chaerul D. Djakman

Ditetapkan di : Jakarta

Tanggal : 14 April 2010

Mengetahui,
Ketua Program

Dr. Lindawati Gani

NIP. 196205041987012001

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan ke hadirat Allah s.w.t. atas segala karunia-Nya sehingga saya dapat menyelesaikan tesis ini. Penulisan karya akhir ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Akuntansi pada Program Studi Magister Akuntansi, Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia.

Saya menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada masa penyusunan tesis ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan karya akhir ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ibu Dr. Lindawati Gani selaku Ketua Program Studi MAKSI-PPAk, FEUI beserta seluruh dosen pengajar yang telah membimbing saya selama masa perkuliahan sampai selesai;
2. Ibu Dr. Dwi Martani, selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan tesis ini;
3. Petugas perpustakaan pada: Maksi UI, Badan Pusat Statistik, Bank Indonesia, Badan Kebijakan Fiskal, Ditjen Anggaran, dan Ditjen Perbendaharaan Kementerian Keuangan yang telah banyak membantu dalam usaha memperoleh data yang saya perlukan;
4. Istriku tercinta Sri Maryati dan anak-anakku tersayang: Arya, Vira, Adit yang telah memberikan dukungan semangat; dan
5. Teman kuliah di Maksi, teman kantor di Itjen Kemenkeu, serta semua pihak yang telah banyak membantu saya atau menyemangati saya dalam menyelesaikan tesis ini.

Akhir kata, saya berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga karya akhir ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan.

Jakarta, 14 April 2010

Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Agung Waluyo
NPM : 0606162271
Program Studi : Magister Akuntansi
Departemen : Akuntansi
Fakultas : Ekonomi
Jenis karya : Tesis

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul: Pengaruh Pengeluaran Pemerintah Sektor Pendidikan dan Kesehatan Terhadap Peningkatan Pembangunan Manusia dan Pengurangan Kemiskinan beserta perangkat yang ada (jika diperlukan).

Dengan hak bebas royalti noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di: Jakarta
Pada tanggal: 12 April 2010
Yang Menyatakan



(Agung Waluyo)

ABSTRAK

Nama : Agung Waluyo.
Program Studi : Magister Akuntansi
Judul : Pengaruh Pengeluaran Pemerintah Sektor Pendidikan dan Kesehatan Terhadap Peningkatan Pembangunan Manusia dan Pengurangan Kemiskinan

Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis besar pengaruh pengeluaran pemerintah pada sektor pendidikan dan kesehatan secara parsial dan simultan terhadap peningkatan pembangunan manusia Indonesia dan untuk menganalisis besar pengaruh pengeluaran pemerintah pada sektor pendidikan, kesehatan dan peningkatan pembangunan manusia secara parsial dan simultan terhadap tingkat kemiskinan Indonesia. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan model ekonometrika, yaitu regresi linier berganda. Populasi penelitian ini adalah seluruh propinsi di Indonesia dengan jangka waktu dua tahunan mulai 1998 sampai dengan 2007. Hasil penelitian menunjukkan terdapat pengaruh positif pengeluaran pemerintah sektor pendidikan ($t-1$) dan pengaruh negatif pengeluaran pemerintah sektor kesehatan ($t-1$) terhadap peningkatan pembangunan manusia (t). Variabilitas peningkatan pembangunan manusia yang dapat diterangkan oleh pengeluaran pemerintah sektor pendidikan dan sektor kesehatan sebesar 37.9%, sementara pengaruh 62.1% disebabkan oleh variabel lain di luar model. Hasil penelitian juga menunjukkan terdapat pengaruh positif pengeluaran pemerintah sektor pendidikan ($t-1$), pengeluaran pemerintah sektor kesehatan ($t-1$) dan peningkatan pembangunan manusia ($t-1$) terhadap tingkat kemiskinan (t). Variabilitas tingkat kemiskinan yang dapat diterangkan oleh pengeluaran pemerintah untuk sektor pendidikan, kesehatan dan peningkatan pembangunan manusia sebesar 17.3%, sementara pengaruh 82.7% disebabkan oleh variabel lain di luar model.

Kata Kunci : Pengeluaran Pemerintah Sektor Pendidikan dan Kesehatan, Indeks Pembangunan Manusia dan Tingkat Kemiskinan.

ABSTRACT

Name : Agung Waluyo
Study Program : Magister Akuntansi
Theme : The Effect of Government Expenditures on Health and Educational Sectors over The Enhancement of Human Development and Retrenchment of Poverty

Objective of this study is to analyze the magnitude of effect for Government Expenditures on Health and Educational sectors both partially and simultaneously over the enhancement of human development in Indonesia as well as to analyze the magnitude of effect for government expenditures on health, educational sectors and the enhancement of human development both partially and simultaneously over poverty level in Indonesia. This study is quantitative research with econometrics model by multiple-linear regression. Population of this study is all provinces in Indonesia with bi-annual periods that commenced from 1998 to 2007. The result of this study showed that there is a positive effect on government expenditures over educational sectors (t-1) and negative effect on government expenditures over health sector (t-1) over the enhancement of human development (t). Variability for enhancement of human development that can be explained by government expenditures on health and educational sectors are 37.9%, meanwhile 62.1% is caused by other variables outside the models. Result of this study is also showed that there is a positive effect of government expenditures on educational sector (t-1), government expenditures on health sector (t-1) and enhancement of human development (t-1) over poverty level (t). Variability on poverty level that can be explained by government expenditures on educational, health sectors and enhancement of human development is 17.3%, meanwhile 82.7% of effect is contributed by other variables outside the models.

Keywords : Government Expenditures on Health and Educational Sectors, Human Development Index and Poverty Level

DAFTAR ISI

JUDUL.....	i
PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH.....	v
ABSTRAK.....	vi
ABSTRACT.....	vii
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR GAMBAR.....	xi
BAB 1. PENDAHULUAN.....	1
1.1. Latar Belakang Masalah.....	1
1.2. Rumusan Masalah dan Pertanyaan Penelitian.....	5
1.3. Tujuan Penelitian.....	6
1.4. Batasan Masalah.....	7
1.5. Sistematika Penulisan.....	7
BAB 2. LANDASAN TEORI.....	9
2.1 Kemiskinan.....	9
2.1.1 Definisi Kemiskinan.....	9
2.1.2 Pengukuran Kemiskinan.....	13
2.1.3 Peran Pengeluaran Pemerintah dalam Mengurangi Kemiskinan.....	16
2.2 Pengeluaran Pemerintah.....	18
2.2.1 Jenis-Jenis Pengeluaran Pemerintah.....	19
2.2.2 Anggaran Berbasis Kinerja.....	20
2.2.3 Pengeluaran Pemerintah di Sektor Pendidikan dan Kesehatan ..	26
2.3 Pembangunan Manusia.....	29
2.4 Penelitian Terdahulu.....	35

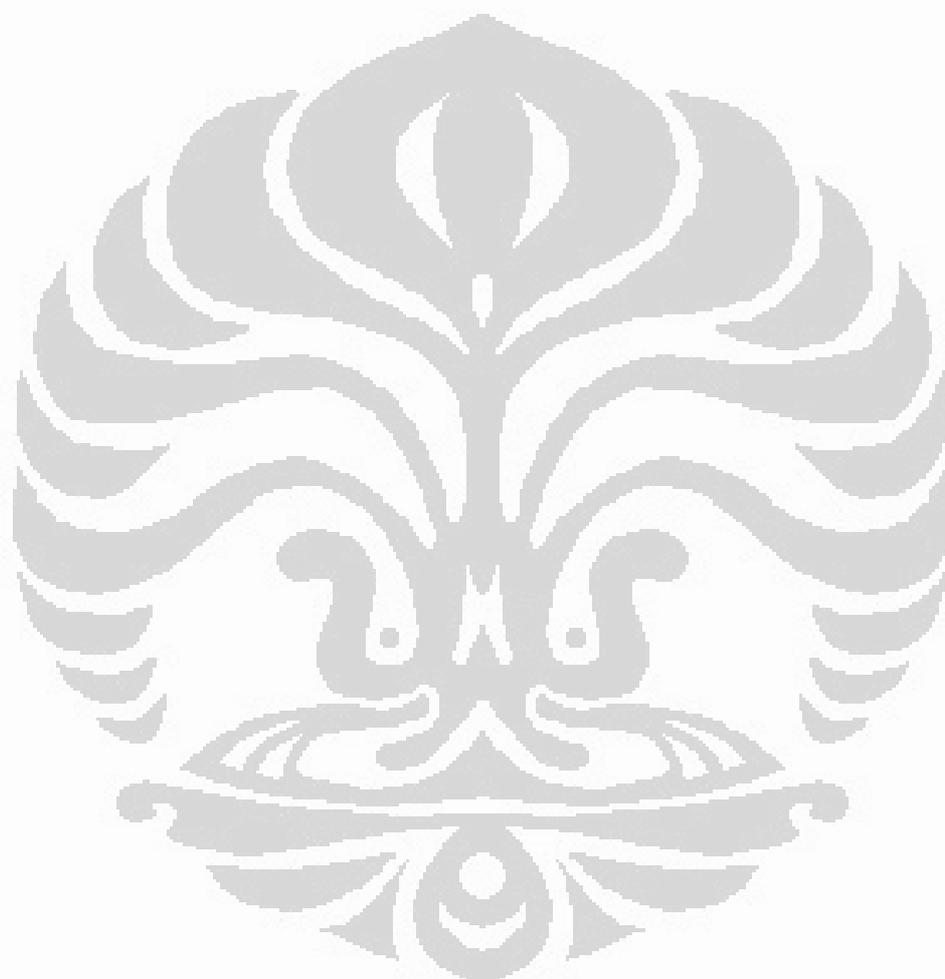
BAB 3. METODOLOGI PENELITIAN	37
3.1 Kerangka Pemikiran	37
3.2 Hipotesis Penelitian	39
3.3 Model Penelitian	40
3.4 Variabel Penelitian	41
3.5 Data Penelitian	43
3.6 Metode Penelitian	44
3.7 Pengujian Data	44
BAB 4. PEMBAHASAN.....	50
4.1 Pengantar	50
4.2 Uji Asumsi Klasik	52
4.3 Analisis dan Pembahasan	54
4.3.1 Hasil Pengolahan dan Analisis Persamaan Regresi Berganda 1..	55
4.3.2 Hasil Pengolahan dan Analisis Persamaan Regresi Berganda 2..	58
BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN	67
5.1 Kesimpulan	67
5.2 Saran	68
DAFTAR PUSTAKA	70
LAMPIRAN	74

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1	: Human Development Indeks Trends For Indonesia	2
Tabel 1.2	: Indonesia's Human Development Index 2007	3
Tabel 2.1	: Perbedaan ABK dan KBA	21
Tabel 2.2	: Nilai Maksimum dan Nilai Minimum Komponen IPM	34
Tabel 3.1	: Pedoman Pengujian Autokorelasi	47
Tabel 4.1	: Statistik Deskriptif	51
Tabel 4.2	: Statistik Deskriptif Masing-masing Tahun Penelitian	52
Tabel 4.3	: Uji Multikolinieritas	53
Tabel 4.4	: Hasil Regresi Pengaruh Pengeluaran Pemerintah Sektor Pendidikan, Kesehatan Terhadap Peningkatan Pembangunan Manusia.....	54
Tabel 4.5	: Hasil Regresi Pengaruh Pengeluaran Pemerintah Sektor Pendidikan, Kesehatan dan Peningkatan Pembangunan Manusia Terhadap Tingkat Kemiskinan	58

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1	: Human Development Index Trends.....	2
Gambar 2.1	: Kurva Lorenz	16
Gambar 2.2	: Hubungan Indikator Kinerja dengan Pengeluaran Pemerintah Sektor Pendidikan dan Kesehatan	25
Gambar 3.1	: Model Penelitian	38



BAB 1

PENDAHULUAN

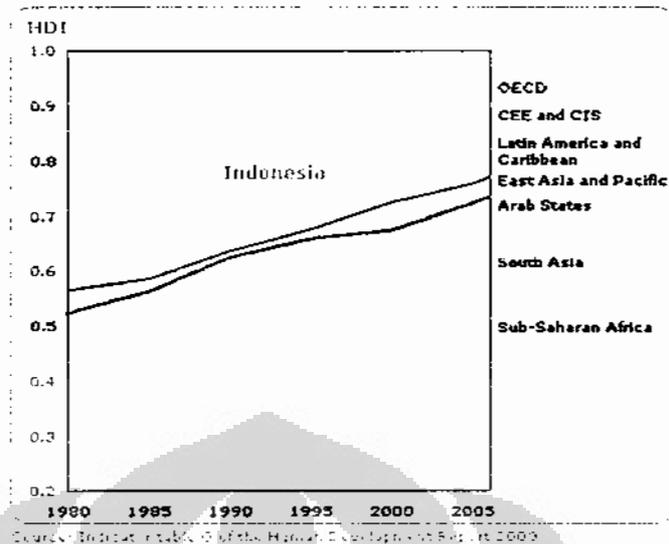
1.1 Latar Belakang Masalah

Orientasi pembangunan nasional mengalami perubahan selama kurun waktu tertentu. Pada 1945-1969, orientasi pembangunan adalah politik atau *national building*; pada tahun 1969-1994, orientasi pembangunan adalah ekonomi yang menekankan pada peningkatan pendapatan per kapita; pada tahun 1994-2019, orientasi pembangunan adalah sosial yang menekankan pada pembangunan manusia Indonesia seutuhnya. (Seputar Indonesia, 3 Mei 2008). Oleh karena itu, posisi pemerintah Indonesia saat ini sedang berada di masa pembangunan manusia seutuhnya.

Kerap kali pembangunan manusia masih dipandang sebelah mata oleh para pengambil kebijakan. Sebaliknya pembangunan ekonomi masih dijadikan prioritas atau lebih didahulukan. Padahal bila ditelisik lebih jauh pembangunan manusia seutuhnya berupa investasi di bidang kesehatan dan pendidikan juga dapat membawa dampak positif pada pertumbuhan ekonomi karena pada dasarnya kualitas manusia yang rendah menjadi alasan tidak optimalnya pengelolaan sumber daya alam.

Menurut Davis and Quinlivan (2006) Indeks pembangunan manusia (IPM) atau *Human Development Index* (HDI) adalah pengukuran perbandingan dari harapan hidup, melek huruf, pendidikan dan standar hidup untuk semua negara diseluruh dunia. HDI mengukur pencapaian rata-rata sebuah negara dalam tiga dimensi dasar pembangunan manusia, yaitu hidup sehat dan panjang umur, pengetahuan dan standar kehidupan yang layak.

Sejak 1990, *the Human Development Report* telah mempublikasikan *human development index* (HDI). Antara tahun 1980 sampai 2007 HDI Indonesia naik sebesar 1.26% per tahun dari 0.522 ke 0.734 hari ini. Nilai HDI di semua daerah meningkat secara progresif selama bertahun-tahun (hal ini terlihat pada gambar 1.1 dibawah ini) walaupun semua telah mengalami masa-masa pertumbuhan yang lambat atau bahkan mengalami penurunan/pertumbuhan yang negatif.



Gambar 1.1. Human Development Indeks Trends

Sumber: <http://hdrstats.undp.org/> diakses pada tanggal 18 November 2009, pkl.15.55.

Berikut adalah data tabel Human Development Indeks Trends 1980-2007.

Tabel 1.1
Human Development Indeks Trends For Indonesia

No.	Tahun	HDI
1	1980	0.522
2	1985	0.582
3	1990	0.625
4	1995	0.668
5	2000	0.672
6	2005	0.715
7	2007	0.734

Sumber: <http://hdrstats.undp.org/> diakses pada tanggal 18 November 2009, pkl.15.55.

HDI tahun ini, yang mengacu pada tahun 2007 menyoroti besarnya kesenjangan antara kesejahteraan dan kesempatan hidup yang semakin memisahkan dunia kita yang semakin saling terkait. HDI untuk Indonesia adalah 0.734 yang menempatkan Indonesia pada peringkat 111 dari 182 negara dengan data tabel di bawah ini.

Tabel 1.2
Indonesia's Human Development Indeks 2007

HDI value	Life expectancy at birth (years)	Adult literacy rate (% ages 15 and above)	Combined gross enrolment ratio (%)	GDP per capita (PPP US\$)
1. Norway (0.971)	1. Japan (82.7)	1. Georgia (100.0)	1. Australia (114.2)	1. Liechtenstein (85,382)
111. Indonesia (0.734)	99. Indonesia (70.5)	61. Indonesia (92.0)	115. Indonesia (68.2)	121. Indonesia (3,712)
182. Niger (0.340)	176. Afghanistan (43.6)	151. Mali (26.2)	177. Djibouti (25.5)	181. Congo (Democratic Republic of the) (298)

Sumber: <http://hdrstats.undp.org/> diakses pada tanggal 18 November 2009, pkl.15.55.

Di samping dihadapkan pada rendahnya HDI, Indonesia juga dihadapkan pada masalah lainnya yang cukup serius, yaitu tingginya angka kemiskinan Indonesia. Pada pertengahan 1980-an hingga 2000-an, ciri-ciri negara pembangunan mulai bergeser menjadi negara minimalis, peran negara dalam ekonomi ditarik, dikurangi atau dihapuskan. Kuatnya liberalisasi di banyak bidang menjadikan pasar bebas dianggap sebagai mekanisme dan kelembagaan sempurna yang dapat mengoreksi diri sendiri. Privatisasi, deregulasi dan liberalisasi menjadi kata-kata kunci dalam melakukan swastanisasi sektor-sektor pelayanan publik seperti di sektor perbankan, listrik, air, pendidikan dan kesehatan. Akibatnya, dampak negatif dari pembangunan yang terjadi pada model sebelumnya, semakin bertambah banyak keluarga Indonesia jatuh miskin. sekolah menjadi mahal, kesehatan sulit dijangkau dan lapangan kerja lebih kecil dibandingkan dengan jumlah pencari kerja (<http://nmc.ppk.or.id/> diakses pada tanggal 19 november 2009, pkl.09.45).

Kemiskinan merupakan masalah dalam pembangunan. *The Concise Oxford Dictionary* (1995) memberikan pengertian miskin (*poor*) dengan "*lacking adequate money or means to live comfortably*". Permasalahan kemiskinan menjadi masalah sosial yang hingga kini belum dapat terpecahkan. Hasil data Badan Pusat Statistik (BPS) pada bulan maret tahun 2009 menunjukkan jumlah penduduk miskin (penduduk yang berada di bawah garis kemiskinan di Indonesia) sebesar 32.53 juta (14.15%). Dibandingkan dengan penduduk miskin pada bulan maret 2008 yang berjumlah 34,96 juta (15,42%), berarti jumlah

penduduk miskin turun sebesar 2,43 juta (Berita Resmi Statistik BPS, No.43/07/th.XII, 1 juli 2009).

Kemiskinan berdasarkan sumber atau penyebabnya dibagi menjadi tiga, yaitu kultural (disebabkan oleh budaya), struktural (disebabkan oleh ketidakmerataan pembangunan) dan natural (disebabkan karena asalnya sudah miskin). Kemiskinan bisa diubah oleh individu dengan belajar dan bekerja keras. Hal ini akan mengeluarkan seseorang dari kelompok miskin permanen, apapun penyebab dirinya menjadi miskin.

Berdasarkan uraian diatas, maka Indonesia menghadapi dua masalah besar yaitu HDI yang rendah dan tingkat kemiskinan yang tinggi, dimana sesungguhnya dua komponen tersebut merupakan komponen peningkatan kesejahteraan masyarakat yang juga hakekat dari pembangunan itu sendiri. Indonesia sebagai bangsa yang hendak membentuk masyarakat (manusia Indonesia) seutuhnya, pada kenyataannya dihadapkan pada rendahnya HDI dan tingginya tingkat kemiskinan.

Wujud komitmen pemerintah dalam menciptakan manusia Indonesia seutuhnya dapat direalisasikan melalui alokasi pengeluaran pemerintah di sektor publik yaitu kesehatan dan pendidikan. Dengan meningkatkan alokasi pengeluaran pemerintah di sektor publik tersebut maka akan meningkatkan produktivitas penduduk sehingga bisa meningkatkan pembangunan manusia yang pada akhirnya akan mengurangi tingkat kemiskinan.

Kenyataannya seringkali terjadinya *trade off* antara pengeluaran di sektor publik (kesehatan dan pendidikan) dengan pengeluaran untuk infrastruktur ekonomi (fisik). Hal ini sering terjadi dalam manajemen anggaran pemerintah. Menurut Brata (2005), pengeluaran investasi infrastruktur dibutuhkan untuk memfasilitasi pertumbuhan ekonomi, di sisi lain diperlukan juga investasi untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia. Hal inilah yang luput dari perhatian selama ini, penyediaan infrastruktur ekonomi untuk investasi swasta kemungkinan besar telah mengorbankan investasi pembangunan manusia..

Berdasarkan uraian tersebut maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian mengenai **“Pengaruh Pengeluaran Pemerintah Sektor Pendidikan dan**

Kesehatan terhadap Peningkatan Pembangunan Manusia dan Pengurangan Kemiskinan”.

1.2 Rumusan Masalah dan Pertanyaan Penelitian

Berdasarkan pembukaan UUD 1945 menunjukkan bahwa faktor kesejahteraan masyarakat merupakan prioritas didirikannya Negara Indonesia. Pembangunan manusia Indonesia seutuhnya telah dicanangkan sebagai tahap pembangunan sosial selanjutnya mulai dari tahun 1994 sampai 2019.

Komitmen untuk memenuhi amanat konstitusi di bidang pendidikan dan kesehatan diwujudkan oleh pemerintah pada RAPBN 2009, di mana kedua pos tersebut (pendidikan dan kesehatan) mendapatkan porsi yang meningkat. Bahkan untuk pos pendidikan pemerintah mengalokasikan dana sebesar 20% dan untuk pos kesehatan terdapat peningkatan anggaran sebesar 9.3%.

RAPBN tersebut adalah untuk tahun 2009. Sedangkan saat ini Indonesia sebagai bangsa yang hendak membentuk masyarakat (manusia Indonesia) seutuhnya, pada kenyataannya dihadapkan pada rendahnya HDI dan tingginya tingkat kemiskinan. Saat ini masih bisa dikatakan bahwa alokasi pengeluaran pemerintah di sektor pendidikan dan juga kesehatan belum mampu meningkatkan kualitas hidup manusia Indonesia. Penyimpangan antara harapan dan kenyataan inilah yang menjadi masalah penelitian ini.

Berdasarkan rumusan masalah di atas, maka pertanyaan yang akan dijawab pada penelitian ini adalah:

1. Apakah pengeluaran pemerintah pada sektor pendidikan dan kesehatan secara parsial berpengaruh terhadap peningkatan pembangunan manusia Indonesia?
2. Apakah pengeluaran pemerintah pada sektor pendidikan dan kesehatan secara simultan berpengaruh terhadap peningkatan pembangunan manusia Indonesia?
3. Apakah pengeluaran pemerintah pada sektor pendidikan, kesehatan dan peningkatan pembangunan manusia secara parsial berpengaruh terhadap penurunan tingkat kemiskinan?

4. Apakah pengeluaran pemerintah pada sektor pendidikan, kesehatan dan peningkatan pembangunan manusia secara simultan berpengaruh terhadap penurunan tingkat kemiskinan?
5. Apakah pengeluaran pemerintah pada sektor pendidikan dan kesehatan secara simultan berpengaruh terhadap penurunan tingkat kemiskinan?
6. Apakah pengeluaran pemerintah pada sektor pendidikan dan peningkatan pembangunan manusia secara simultan berpengaruh terhadap penurunan tingkat kemiskinan?
7. Apakah pengeluaran pemerintah pada sektor kesehatan dan peningkatan pembangunan manusia secara simultan berpengaruh terhadap penurunan tingkat kemiskinan?

1.3 Tujuan Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah di atas, maka tujuan yang ingin dijawab dalam penelitian ini, yaitu:

1. Menganalisis besar pengaruh pengeluaran pemerintah pada sektor pendidikan dan kesehatan secara parsial terhadap peningkatan pembangunan manusia Indonesia.
2. Menganalisis besar pengaruh pengeluaran pemerintah pada sektor pendidikan dan kesehatan secara simultan terhadap peningkatan pembangunan manusia Indonesia.
3. Menganalisis besar pengaruh pengeluaran pemerintah pada sektor pendidikan, kesehatan dan peningkatan pembangunan manusia secara parsial terhadap penurunan tingkat kemiskinan.
4. Menganalisis besar pengaruh pengeluaran pemerintah pada sektor pendidikan, kesehatan dan peningkatan pembangunan manusia secara simultan terhadap penurunan tingkat kemiskinan.
5. Menganalisis besar pengaruh pengeluaran pemerintah pada sektor pendidikan dan kesehatan secara simultan terhadap penurunan tingkat kemiskinan.

6. Menganalisis besar pengaruh pengeluaran pemerintah pada sektor pendidikan dan peningkatan pembangunan manusia secara simultan terhadap penurunan tingkat kemiskinan.
7. Menganalisis besar pengaruh pengeluaran pemerintah pada sektor kesehatan dan peningkatan pembangunan manusia secara simultan terhadap penurunan tingkat kemiskinan.

1.4 Batasan Masalah

Batasan masalah dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Alokasi anggaran hanya dibatasi pada dua sektor yaitu sektor pendidikan dan kesehatan. Hal ini sesuai dengan arah pembangunan manusia di mana pembangunan tidak hanya berorientasi pada pendapatan tetapi juga akses terhadap yang lainnya dalam hal ini pendidikan dan kesehatan.
2. Indeks pembangunan manusia merupakan *proxy* dari pembangunan manusia. Dengan indeks tersebut akan digambarkan posisi suatu negara apakah termasuk kategori maju, berkembang atau negara miskin.
3. Data kemiskinan dan data pengeluaran pemerintah didapat dari data yang dikeluarkan oleh BPS, sementara data indeks pembangunan manusia merupakan data yang dikeluarkan atas kerjasama BPS, Bappenas dan UNDP. Data yang diteliti adalah data dalam lingkup antar propinsi dengan data tiga tahunan yaitu tahun 1996, 1999, 2002, 2005 dan 2008.

1.5 Sistematika Penulisan

Dalam penelitian ini terdiri dari lima bab, dengan sistematika penulisan sebagai berikut:

Bab 1 berisi pendahuluan. Pada bagian ini akan dibahas tentang latar belakang penelitian, perumusan masalah dan pertanyaan penelitian, tujuan penelitian, batasan masalah, dan sistematika penulisan.

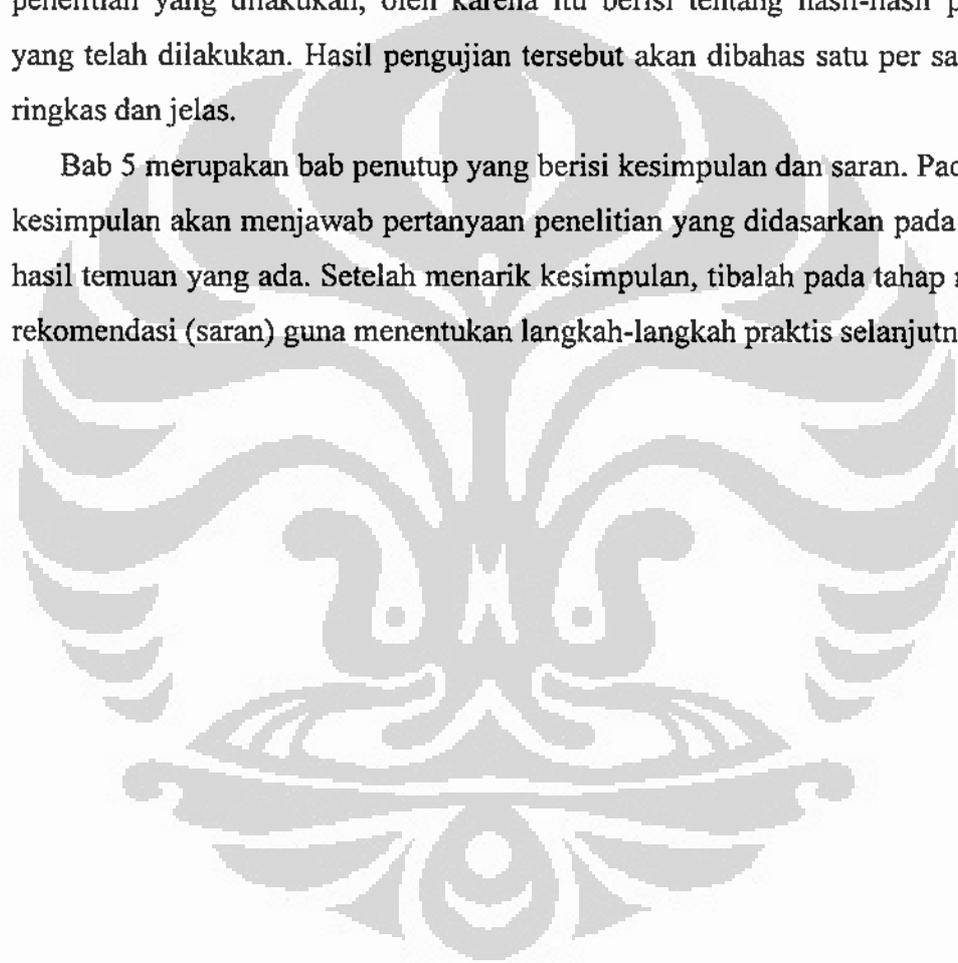
Bab 2 menyajikan landasan teori dan studi literatur. Bab ini akan membahas mengenai teori-teori yang akan digunakan dalam penelitian, dalam hal ini teori yang terkait dengan kemiskinan, peran pemerintah dalam mengalokasikan

anggaran sektor publik, dan pembangunan manusia. Selanjutnya akan diulas juga hasil studi terdahulu terkait dengan judul penelitian.

Bab 3 menyajikan metodologi penelitian yang merupakan langkah-langkah sistematis dalam rangka menjawab pertanyaan penelitian. Bab ini terdiri dari kerangka pemikiran, hipotesis, model penelitian, penjelasan tentang variabel penelitian, dan metode penelitian yang digunakan.

Bab 4 menyajikan analisis dan pembahasan. Bagian ini merupakan inti dari penelitian yang dilakukan, oleh karena itu berisi tentang hasil-hasil pengujian yang telah dilakukan. Hasil pengujian tersebut akan dibahas satu per satu secara ringkas dan jelas.

Bab 5 merupakan bab penutup yang berisi kesimpulan dan saran. Pada bagian kesimpulan akan menjawab pertanyaan penelitian yang didasarkan pada data dan hasil temuan yang ada. Setelah menarik kesimpulan, tibalah pada tahap membuat rekomendasi (saran) guna menentukan langkah-langkah praktis selanjutnya.



BAB 2

LANDASAN TEORI

2.1 Kemiskinan

2.1.1 Definisi Kemiskinan

Menurut World Bank (2000), kemiskinan adalah kehilangan kesejahteraan (*deprivation of well being*). Jadi, inti permasalahan pada kemiskinan adalah batasan-batasan tentang kesejahteraan itu sendiri.

Dalam teori ekonomi, semakin banyak barang yang dikonsumsi berarti semakin tinggi pula tingkat kesejahteraan seseorang. Tingkat kesejahteraan dapat diartikan sebagai kemampuan untuk mengakses sumber daya yang tersedia (barang yang dikonsumsi). Kemampuan akses sumber daya yang tersedia ini dapat diukur melalui jumlah pendapatan ataupun pengeluaran seseorang.

Jika definisi kemiskinan dihubungkan dengan tingkat kesejahteraan, kemiskinan dapat diartikan sebagai ketidakmampuan dalam memenuhi kesejahteraan atau dengan kata lain kekurangan akses terhadap sumber daya untuk memenuhi kebutuhan hidupnya. Kekurangan akses di sini maksudnya adalah kekurangan pendapatan seseorang.

Menurut Badan Pusat Statistik (BPS) dan Departemen Sosial, kemiskinan adalah ketidakmampuan individu dalam memenuhi kebutuhan dasar minimal untuk hidup layak (baik makanan maupun non makanan). Garis kemiskinan yang ditetapkan oleh BPS adalah jumlah pengeluaran yang dibutuhkan oleh setiap individu untuk dapat memenuhi kebutuhan makanan setara dengan 2100 kalori per hari dan kebutuhan non makanan yang terdiri dari perumahan, pakaian, kesehatan, pendidikan, transportasi serta aneka barang dan jasa lainnya.

Menurut Merriam-Webster's Collegiate Dictionary, kemiskinan didefinisikan sebagai berikut dalam Lesmana (2007) "*the state of one who lacks a usual or socially acceptable amount of money or material possessions*". Definisi ini mengandung dua ide penting, 1) definisi kemiskinan akan berbeda dalam waktu dan masyarakat yang berbeda. Apa yang secara sosial dapat diterima mungkin akan berbeda dari waktu dan masyarakat yang berbeda, misalnya pandangan antara masyarakat Indonesia dan masyarakat Arab. 2) titik perhatian definisi di

atas tertuju pada kemampuan untuk membeli barang dan jasa, dalam hal ini uang atau kepemilikan materi. Kemiskinan sebagaimana tertulis di atas sangatlah sempit. Konsep kemiskinan dikarakteristikan atas dasar ukuran akan ketiadaan barang-barang esensial dan pelayanan. Dalam pengertian ini, kemiskinan didefinisikan sebagai pendapatan atau konsumsi komoditas/barang yang berada dibawah ambang batas minimum (*minimum threshold*).

Karakteristik sempit terhadap kemiskinan seperti di atas sebenarnya bukan sesuatu yang baru. Seratus tahun yang lalu, seorang perintis pengukuran kemiskinan, Rowntree (1910) melakukan survei mengenai pendapatan dan pengeluaran sekitar 10% penduduk kota York di Inggris yang hidup dalam kemiskinan dimana pendapatan mereka berada di bawah jumlah minimum yang diperlukan untuk bertahan hidup (*subsistence*). Rowntree sampai pada kesimpulan terhadap apa yang dapat dikategorikan sebagai jumlah uang yang *socially acceptable* dengan memperkirakan anggaran yang diperlukan untuk memperoleh kebutuhan minimum dalam memenuhi kebutuhan efisiensi fisik semata.

Konsep tentang kemiskinan yang lebih luas dan filosofis dinyatakan oleh pemenang hadiah Nobel, Amartya Sen sebagai *capability approach* terhadap *well being*. Pendekatan ini melewati batasan pandangan mengenai kemiskinan yang konvensional di mana konsep ini memasukkan dimensi-dimensi kemiskinan yang sifatnya lebih fundamental yang meliputi kerentanan terhadap risiko, kurangnya hak bersuara dalam masyarakat, dan ketidakberdayaan. Kapabilitas-kapabilitas penting yang harus dimiliki setiap orang tidak saja mencakup kecukupan sumber daya pemenuhan kebutuhan-kebutuhan pokok (*essential needs*) saja seperti pangan, sandang dan papan saja, tetapi juga mencakup akses terhadap pendidikan, kesehatan, keamanan dan kekuatan-kekuatan perusak (*violence*) dan risiko-risiko lainnya. Dalam hal ini, negaralah yang berkewajiban untuk merealisasikannya, mengingat mekanisme pasar tidak mungkin bisa menyelesaikan masalah tersebut.

Pengkajian persoalan-persoalan kemiskinan akan tercakup oleh dua teori besar (*grand theory*) yaitu teori modernisasi dan teori struktural. Pertama, teori modernisasi adalah teori-teori yang menjelaskan bahwa kemiskinan ini terutama

disebabkan oleh faktor-faktor internal yang terdapat di dalam negeri negara bersangkutan. Salah satunya adalah Harrod-Domar yang melihat diperlukannya tabungan dan investasi dalam suatu negara. Teori ini terus dipakai walaupun dalam perjalannya mengalami modifikasi tetapi prinsipnya sama yaitu berasumsi bahwa masalah pembangunan pada dasarnya merupakan masalah menambah investasi modal. Masalah keterbelakangan adalah masalah kekurangan modal. Kalau ada modal dan modal itu diinvestasikan hasilnya adalah pembangunan ekonomi. Jadi intinya adalah modal, tabungan dan investasi.

Kedua, teori struktural yaitu teori-teori yang lebih banyak mempersoalkan faktor-faktor eksternal sebagai penyebab terjadinya kemiskinan di negara-negara tertentu. Kemiskinan dilihat terutama sebagai sebab bekerjanya kekuatan-kekuatan luar yang menyebabkan negara yang bersangkutan gagal melakukan pembangunan. Teori ini berpendapat bahwa kemiskinan yang terdapat di negara-negara dunia ketiga yang mengkhususkan pada produksi pertanian adalah akibat dari struktur perekonomian dunia yang bersifat eksploitatif, dimana yang kuat mengeksploitasi yang lemah. Maka, surplus dari negara-negara dunia ketiga beralih ke negara-negara industri maju. Salah satu tokohnya adalah Karl Marx, dimana ia mengatakan bahwa negara-negara kapitalis maju akan menularkan sistem kapitalisnya ke negara-negara berkembang dan ini mengakibatkan kemajuan negara-negara berkembang itu. Pendapat Marx ini kemudian ditolak oleh Paul Baran (salah satu tokoh teori ketergantungan). Teori ketergantungan membantah pendapat kaum Marxis dan menyatakan bahwa (1) negara-negara pinggiran prakapitalis memiliki dinamika sendiri, yang bila tidak disentuh oleh negara-negara kapitalis maju, akan berkembang secara mandiri, dan (2) justru karena sentuhan negara kapitalis maju ini, perkembangan negara-negara berkembang menjadi terhambat.

Sumber kemiskinan yang banyak dikenal ada dua yaitu kemiskinan kultural dan struktural. Kemiskinan kultural mengacu pada sikap seseorang atau masyarakat yang disebabkan oleh gaya hidup, kebiasaan hidup dan budayanya. Sedangkan kemiskinan struktural disebabkan oleh pemilikan sumber daya yang tidak seimbang, ketidaksamaan kesempatan dalam berusaha dan memperoleh pendapatan serta tertinggal dalam mengakses berbagai kemajuan dalam

pembangunan yang lain. Kemiskinan struktural juga dikenal sebagai kemiskinan yang disebabkan oleh pembangunan yang belum seimbang dan hasilnya belum terbagi merata diantara pelaku didalam pembangunan itu sendiri. Selain itu, penyebab kemiskinan ada yang disebabkan karena kemiskinan natural (alamiah). Kemiskinan natural adalah keadaan kemiskinan karena dari asalnya memang miskin. Kelompok masyarakat ini miskin karena memang tidak memiliki sumber daya yang memadai, baik sumber daya alam, sumber daya manusia maupun sumber daya pembangunan lainnya, sehingga mereka tidak dapat ikut serta secara aktif dalam pembangunan atau walaupun ikut serta mereka mendapatkan imbalan pendapatan yang amat rendah.

Dalam pengukuran HPI yang dilihat tidak hanya dimensi pendapatan untuk mengukur kemiskinan, melainkan digabungkan dimensi pendapatan dan dimensi-dimensi lainnya. Dalam kenyataannya, masih banyak dimensi lain yang tidak bisa di-cover dalam indeks ini, dimana secara konsep, dalam *human poverty* dimasukkan banyak aspek yang tidak bisa diukur, seperti halnya kekurangan akan kebebasan berpolitik, tidak dapat berpartisipasi dalam pengambilan keputusan, kekurangan dalam hal keamanan pribadi, ketidakmampuan dalam berpartisipasi dalam kehidupan bermasyarakat dan perlakuan terhadap keadilan yang berkesinambungan.

Akan tetapi, indeks ini jauh lebih berguna dibandingkan dengan pengukuran yang ada selama ini (UNDP, 1997). Lebih jelasnya, ada tiga indikator yang digunakan dalam pengukuran HPI, yang merupakan refleksi dari HDI, yaitu panjang umur, berpengetahuan dan standar hidup yang layak. Maka HPI diturunkan dari tiga dimensi tersebut, yaitu:

1. Kerugian yang diterima terkait dengan keberlangsungan hidup (dalam hal ini sesuatu yang rentan menimbulkan kematian pada umur muda) yang direpresentasikan dalam HPI oleh persentase orang yang diperkirakan meninggal sebelum umur 40 tahun.
2. Dimensi yang berhubungan dengan pengetahuan yang diukur dari persentase melek huruf dewasa.
3. Dimensi yang berhubungan dengan standar hidup yang layak, yang ditinjau dari aspek ekonomi. Hal ini direpresentasikan oleh tiga variabel

yaitu persentase orang yang memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan, air bersih dan persentase anak di bawah lima tahun yang malnutrisi.

Berdasarkan perkembangan definisi di atas, telah terjadi perubahan yang sangat mendasar, dimana kemiskinan bukan semata dimensi pendapatan saja melainkan jauh lebih kompleks dari pada sekedar pendapatan itu sendiri.

2.1.2 Pengukuran Kemiskinan

Kartasmita (1996) menjadikan beberapa pola ukuran dalam melihat kemiskinan, yaitu:

1. Pola didasarkan pada pengukuran tingkat pendapatan, yaitu (a) kemiskinan absolut berkaitan dengan ketidakmampuan seseorang memenuhi kebutuhan minimum berdasarkan garis kemiskinan, dan (b) kemiskinan relatif berkaitan dengan perbandingan antara kelompok pendapatan dalam masyarakat yaitu antara kelompok yang mungkin tidak miskin karena mempunyai pendapatan yang lebih tinggi daripada garis kemiskinan dan kelompok masyarakat yang relatif lebih kaya. Seseorang yang tergolong kaya dalam masyarakat tertentu bisa jadi orang miskin dalam masyarakat yang lain. Dimana oleh Baswir (1997) masalah kemiskinan relatif ini sebenarnya lebih tepat disebut sebagai masalah kesenjangan bukan masalah kemiskinan.
2. Pola didasarkan pola waktu, yaitu (a) *persistent poverty* yaitu kemiskinan yang telah kronis atau turun menurun (diakibatkan kekurangan sumber daya alam atau daerah terisolasi); (b) *cyclical poverty* yaitu kemiskinan yang mengikuti pola siklus ekonomi secara keseluruhan; (c) *seasonal poverty* yaitu kemiskinan musiman, seperti pada petani dan nelayan, dan (d) *accidental poverty* yaitu kemiskinan yang terjadi karena bencana alam atau dampak dari kebijakan tertentu yang menyebabkan menurunnya tingkat kesejahteraan suatu masyarakat,
3. Pola didasarkan keadaan penduduk dan potensi wilayah. Dari segi penduduk didasarkan pada garis kemiskinan, serta potensi wilayah untuk menetapkan wilayah-wilayah atau desa-desa yang dikategorikan sebagai

wilayah atau desa tertinggal. Dengan kata lain, wilayah dengan potensi tertinggal atau kurang berkembang juga menyebabkan penduduknya menjadi miskin.

Dalam pengukuran kemiskinan melalui tiga tahapan yang dilalui yaitu mendefinisikan sebuah indikator kesejahteraan, membangun standar minimum dari indikator tersebut sehingga dapat membagi menjadi miskin dan tidak miskin, dan membuat indikator agregat dari indikator kesejahteraan tersebut.

Pengukuran kemiskinan sering dipakai dengan pengertian dan pendekatan yang berbeda-beda. Terdapat dua pengertian yang digunakan dalam mengartikan pengukuran kemiskinan, yaitu kemiskinan absolut dan kemiskinan relatif. Kemiskinan absolut didefinisikan sebagai ketidakmampuan untuk memenuhi standar kebutuhan minimum hidup layak, sedang kemiskinan relatif didefinisikan sebagai ketidakmampuan untuk memenuhi standar hidup yang sesuai dengan standar hidup yang diinginkannya.

2.1.2.1 Pengukuran Kemiskinan Absolut

Pengukuran kemiskinan absolut memerlukan batasan yang mencerminkan standar minimum hidup. Standar minimum hidup penduduk/rumah tangga terbagi menjadi dua yaitu ekonomi/moneter dan non ekonomi. Batasan yang melihat standar minimum hidup secara ekonomi disebut garis kemiskinan (*poverty line*) dimana penduduk/rumah tangga yang pendapatannya dibawah garis kemiskinan akan terkategori miskin (Kuncoro, 2000).

Selanjutnya, Kuncoro mengemukakan pendapat beberapa peneliti mengenai garis kemiskinan, yaitu antara lain:

1. Anne Both (1975) menggunakan garis kemiskinan konsumsi pangan minimum pada tingkat 2000 kalori/kapita/hari dan 40 gram protein/kapita/hari.
2. Sayogya (1973) menggunakan garis kemiskinan konsumsi pangan minimum pada tingkat 240 kg beras/kapita/tahun dipedesaan dan 360 kg beras/kapita/tahun di perkotaan.

3. Sumitro (1977) menggunakan garis kemiskinan sebesar US\$ 75/kapita/tahun di perkotaan dan US\$ 50/kapita/tahun di pedesaan.
4. Parera (1977) menggunakan garis kemiskinan pengeluaran rumah tangga sebesar Rp. 15.000/bulan di pedesaan dan Rp. 25.000/bulan di perkotaan.
5. Amal Natsir (1979) menggunakan garis kemiskinan kebutuhan minimum makanan yang mengandung kalori 1900 kalori, 65 gram protein dan 9 gram lemak dengan jumlah biaya yang diperlukan sebesar Rp. 18.225/bulan.
6. Badan Pusat Statistik (1999) menggunakan garis kemiskinan dari kebutuhan minimum makanan dan non makanan. Kebutuhan minimum makanan diperoleh dari kecukupan kalori sebesar 2100/hari/kapita dan kebutuhan dasar bukan makanan seperti perumahan, pendidikan, kesehatan dan pakaian. Di daerah perkotaan garis kemiskinannya sebesar Rp. 92.409 dan Rp. 74.272 di daerah pedesaan.

2.1.2.2 Pengukuran Kemiskinan Relatif

1. Quintiles

Membagi penduduk suatu wilayah menjadi (distribusi) lima kelas pengeluaran/pendapatan. Kelas pengeluaran pertama 20% terendah, kedua pengeluaran antara 20% sampai dengan 40% terendah dan seterusnya. Kelas pengeluaran pertama adalah kelompok yang jauh dalam kemiskinan (Khan, 1997).

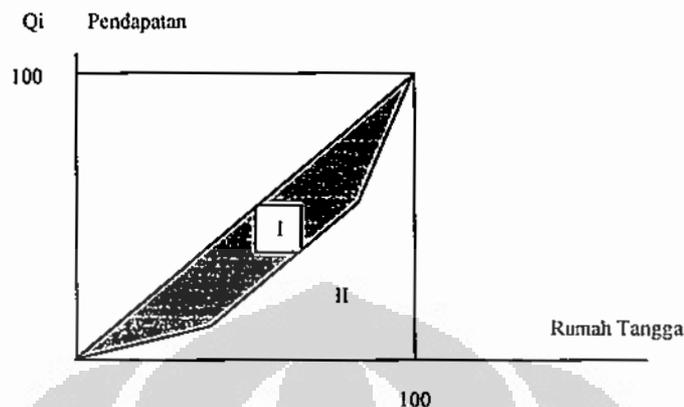
2. Kriteria Bank Dunia

Ukuran ini membagi distribusi pendapatan atau pengeluaran menjadi 40% pendapatan terendah, kelas 40% sampai dengan 80% pendapatan terendah dan kelas 20% pendapatan tertinggi. Kelas pendapatan pertama adalah kelompok yang relatif miskin (The World Bank, 1990).

3. Gini Ratio (Rasio Gini)

Rasio gini dapat digunakan untuk menjelaskan kemiskinan dilihat dari pemerataan (Wiebe, 1994). Indikator ini dihitung dengan membandingkan luas antara diagonal dan kurva Lorenz dibagi dengan luas segi tiga dibawah diagonal sebagai berikut:

Gambar 2.1
Kurva Lorenz



$$G = \frac{\text{Luas I}}{\text{Luas (I + II)}}$$

Atau

$$G = 1 - \frac{\sum_{i=1}^N (P_i \times [\sum_{j=i+1}^N Q_j])}{10.000}$$

Indikator ini berkisar antara 0 (pemerataan sempurna) dan 1 (ketimpangan sempurna).

2.1.3 Peran Pengeluaran Pemerintah dalam Mengurangi Kemiskinan

Pengeluaran pemerintah merupakan faktor yang sangat penting dalam mengurangi tingkat kemiskinan. Di Cina, total pengeluaran pemerintah untuk kemiskinan telah menurun dari 31% pada tahun 1978 menjadi hanya 13% pada tahun 1994. Dalam anggaran pemerintah itu, terjadi penurunan pengeluaran pada sektor kebudayaan, pendidikan, ilmu pengetahuan dan kesehatan. Penurunan tersebut menandakan bahwa telah terjadi pelemahan dalam kemampuan fiskal pemerintah untuk memaksimalkan sumber daya yang ada. Hal ini tentu saja merupakan hal yang ironis bagi program pengentasan kemiskinan karena pemberdayaan orang miskin merupakan tanggung jawab pemerintah.

Dalam penelitian yang dilakukan oleh *State Council Research Center for Rural Development* (RCRD) di Cina pada 1983-1984 ternyata reformasi pedesaan tidaklah cukup untuk meningkatkan produktivitas masyarakat jika dilakukan tanpa pendanaan yang cukup dari pemerintah. Akhirnya, pemerintah Cina

mengeluarkan program yang bernama *Food-For-Work Programme* yang didisain agar persediaan gandum dan kapas mengalami surplus untuk membiayai pembangunan infrastruktur di daerah terbelakang. Dengan demikian, telah terjadi perubahan metode pengentasan kemiskinan, yaitu program pengentasan kemiskinan dilakukan untuk meningkatkan kapasitas produksi agar pada akhirnya mampu meningkatkan pendapatan masyarakat (Zhang, 1993).

Dari penelitian itu menunjukkan bahwa pengeluaran pemerintah pada pendidikan dan infrastruktur di desa membantu mengurangi kemiskinan di Cina. Faktor yang paling berpengaruh dalam pengurangan angka kemiskinan desa di Cina adalah pendidikan.

Berdasarkan fakta tersebut, dapat ditarik kesimpulan bahwa peningkatan lapangan pekerjaan bagi penduduk yang berpenghasilan rendah dan peningkatan pada kesempatan untuk mendapatkan pendidikan akan mempersempit kesenjangan kemiskinan antar regional. Pemerintah juga dapat mengurangi kemiskinan dengan berinvestasi pada modal sosial (*social capital*).

Investasi pada barang publik bersama dengan adanya reformasi pada institusi dan kebijakan menyebabkan terjadinya pertumbuhan ekonomi yang cepat sejak 1980-an di India. Pertumbuhan tersebut juga berdampak pada berkurangnya angka kemiskinan.

Di Indonesia, Negara bertanggung jawab dalam mengurangi kemiskinan sebagaimana tertuang dalam UUD 1945 pasal 34 yang berbunyi “fakir miskin dan anak terlantar dipelihara oleh Negara.” Untuk tujuan itu, pemerintah pusat dan pemerintah daerah mengeluarkan beberapa program pembangunan untuk mengurangi kemiskinan dan memberdayakan masyarakat seperti PNPM atau Program Nasional Pemberdayaan Masyarakat Mandiri.

Indonesia menerapkan otonomi daerah sejak tahun 2001. Peraturan tentang otonomi daerah terdapat dalam UU No.22 dan 25 tahun 1999 tentang pemerintahan daerah dan perimbangan keuangan antara pemerintah pusat dan daerah. Pada tahun 2004, kedua UU ini direvisi menjadi UU No.32 dan 33 tahun 2004. Adanya perubahan mekanisme kerja di pemerintahan dari sistem sentralisasi menjadi sistem desentralisasi ini membuat adanya perbedaan

penganggaran oleh pemerintah pusat, diantaranya transfer ke daerah berupa dana alokasi umum (DAU), dana alokasi khusus (DAK), dan dana bagi hasil (DBH).

Dengan diberlakukannya otonomi daerah, pemerintah provinsi dan pemerintah kabupaten/kota diharapkan dapat meningkatkan pembangunan daerah sesuai dengan karakter daerahnya sekaligus dapat menurunkan tingkat kemiskinan di daerah tersebut. Hal itu sesuai dengan amanah yang terkandung dalam pasal 34 UUD 1945.

Pengeluaran pemerintah dibidang pendidikan akan mempengaruhi tingkat kemiskinan bagi mereka (orang-orang miskin) yang mau belajar dan bekerja keras. Sebagaimana disebutkan sebelumnya bahwa penyebab kemiskinan terdiri dari beberapa hal, yaitu kultural, struktural dan natural. Ketiga kondisi ini hanya mampu diubah oleh si "miskin" dengan belajar dan bekerja keras. Berkaitan dengan hal tersebut maka anggaran pendidikan yang dikeluarkan pemerintah hanya akan membuahkan hasil bagi mereka yang berusaha mengeluarkan dirinya dari kemiskinan.

2.2 Pengeluaran Pemerintah

Aktivitas utama dalam kegiatan fiscal adalah pengelolaan pendapatan (pajak dan non pajak) serta pengeluaran/belanja pemerintah. Banyak teori yang mengupas masalah perpajakan, namun tidak demikian halnya dengan pengeluaran pemerintah beserta alokasinya. Penelitian ini lebih memfokuskan pada sisi pengeluaran pemerintah, sehingga penyajian teorinya lebih diarahkan pada teori yang berkaitan dengan pengeluaran pemerintah.

Pemerintah sebagai produsen atau penyedia barang publik harus mampu memproduksi barang publik yang efisien. Dengan demikian, anggaran belanja pemerintah harus selaras dengan tujuan tersebut. Berikut ini adalah definisi yang dimaksud dengan efisien dan produktif (Ke-young et.al, 1995):

Biaya Terendah. Pengeluaran sektor publik harus memiliki anggaran biaya yang efektif. Program atau proyek pengeluaran publik harus didisain dan diimplementasikan untuk menyediakan output tertentu atau mencapai tujuan tertentu dengan biaya yang minimum. Jadi, tujuannya adalah output yang optimal dengan tingkat pengeluaran minimal yang berkesinambungan. Pemerintah

hendaknya tidak memproduksi satu barang tertentu dengan jumlah terlalu banyak, sementara pada sisi yang lain menghasilkan terlalu sedikit barang yang lainnya. Pengeluaran publik seharusnya konsisten dengan kerangka makroekonomi yang berkesinambungan (*sustainable*). Selain itu, pengeluaran pemerintah diharapkan dapat memberikan keuntungan sosial dari seluruh kebijakan yang dikeluarkan pemerintah, bukan hanya suatu kebijakan tertentu.

Dalam merencanakan besarnya pengeluaran publik pemerintah harus menyeimbangkannya dengan pendapatan yang diperoleh dari pajak, bukan pajak maupun hutang/pinjaman. Pengeluaran pemerintah yang lebih besar dari penerimaan akan mendorong terjadinya ketidakseimbangan fiskal.

2.2.1 Jenis-Jenis Pengeluaran Pemerintah

Pengeluaran publik yang menggambarkan aktivitas pemerintah dibagi menjadi dua, yaitu:

1. Pengeluaran yang Habis Terpakai

Pengeluaran ini berhubungan dengan pengeluaran pemerintah atas barang dan jasa yang habis pakai baik yang bersifat rutin (tenaga kerja, barang-barang konsumsi) maupun yang bersifat modal (investasi sektor publik berupa jalan, sekolah, rumah sakit, dll).

Pengeluaran jenis ini menggunakan sumber daya yang ada dalam perekonomian. Pengertian ini mendasari prinsip *crowding out*. Menurut Keynes, *crowding out* hanya dapat terjadi pada kondisi *full employment*, yaitu apabila terjadi kenaikan pada pengeluaran publik sebesar Rp 1, ini merupakan pendapatan terhadap sektor non publik. Apabila kondisi yang terjadi *full employment* dan pengeluaran ini dibiayai oleh surat berharga, *ceteris paribus*, akan menyebabkan kenaikan tingkat bunga. Jika diasumsikan investasi swasta bersifat elastis terhadap tingkat bunga, maka akan terjadi penurunan investasi swasta di pasar modal karena akan dialihkan ke perbankan. Namun terjadi atau tidaknya *crowding out* tergantung dari berlaku atau tidaknya asumsi *ceteris paribus* dan besarnya elastisitas tingkat bunga sektor swasta tersebut.

Dari definisi pengeluaran publik ini sulit untuk menilai tingkat efektivitas pada negara secara keseluruhan. Hal ini disebabkan karena konsumsi (c)

dalam perhitungan pendapatan nasional diasumsikan merupakan pengeluaran konsumen atau output, sedangkan pengeluaran pemerintah merupakan pengeluaran akan input. Sehingga kenaikan pengeluaran pemerintah belum tentu berdampak pada kenaikan konsumsi masyarakat.

2. Transfer (*transfer expenditure*)

Pengeluaran ini meliputi pengeluaran publik atas dana pensiun, subsidi, bunga hutang, dana korban PHK, dsb. Tapi pengeluaran ini tidak menggambarkan permintaan pemerintah akan tenaga kerja sebagaimana pengeluaran sebelumnya.

2.2.2 Anggaran Berbasis Kinerja

Selama beberapa dasa warsa, anggaran negara Indonesia dibuat secara konvensional atau disebut pula metode tradisional atau kinerja berbasis anggaran. Metoda penganggaran pendekatan/metoda tradisional mempunyai kelemahan yaitu tidak adanya muatan indikator (ukuran) kinerja dalam anggaran, untuk mencapai tujuan dan sasaran layanan publik. Metode ini, penetapan kinerjanya didasarkan pada ketersediaan anggaran. Kinerjalah yang diubah-ubah sesuai dengan jumlah anggaran tertentu. Artinya, anggaran bersifat tetap dan menjadi dasar dari penentuan target kinerja.

Setelah terjadi krisis keuangan, administrator negara mulai memikirkan kembali proses penganggaran secara serius. Perubahan dalam pola pikir ini akhirnya menghasilkan penerbitan Undang-Undang 17/2003 mengenai Keuangan Negara, yang mengubah standar – yaitu, belanja rutin dan pembangunan – dan mengkonsolidasikannya menjadi satu anggaran bersama. Undang-undang ini pun memperkenalkan perencanaan pengeluaran jangka menengah dan konsep penganggaran berbasis kinerja.

Disebutkan bahwa pendekatan prestasi kerja dilakukan dengan memperhatikan keterkaitan antara pendanaan dengan keluaran dan hasil yang diharapkan dari kegiatan dan program termasuk efisiensi dalam pencapaian keluaran dan hasil tersebut. Konsep ini dikenal dengan istilah Anggaran Berbasis Kinerja (ABK). ABK diartikan sebagai penyusunan anggaran yang didasarkan

pada target kinerja tertentu. Anggaranlah yang disusun sesuai dengan beban target kinerja. Artinya, target kinerja bersifat tetap dan menjadi dasar dari penyusunan anggaran.

Perbedaan antara metode tradisional dengan metode baru adalah sebagai berikut:

Tabel 2.1
Perbedaan ABK dan KBA

Item	ABK	Tradisional
Singkatan dari	Anggaran Berbasis Kinerja	Kinerja Berbasis Anggaran
Arti	Anggaranlah yang disusun sesuai dengan beban target kinerja tertentu	Kinerjalah yang diubah-ubah sesuai dengan ketersediaan anggaran yang ditetapkan dalam plafon anggaran belanja

Pendekatan baru dalam sistem anggaran publik tersebut cenderung memiliki karakteristik umum sebagai berikut:

1. Komprehensif/komparatif
2. Terintegrasi dan lintas departemen
3. Proses pengambilan keputusan yang rasional
4. Berjangka panjang
5. Spesifikasi tujuan dan perangkingan prioritas
6. Analisis total cost dan benefit (termasuk opportunity cost)
7. Berorientasi input, output, dan outcome (value for money), bukan sekedar input.
8. Adanya pengawasan kinerja.

Anggaran berbasis kinerja bersifat desentralisasi & devolved management, berorientasi pada input, output, dan outcome (*value for money*), utuh dan komprehensif dengan perencanaan jangka panjang, berdasarkan sasaran dan target kinerja, lintas departemen, (*cross department*), Zero-Base Budgeting, *Planning Programming Budgeting System*, Sistematis dan rasional, *Bottom-up budgeting*.

Berbeda dengan penganggaran dengan pendekatan tradisional, penganggaran dengan pendekatan kinerja ini disusun dengan orientasi output. Jadi, apabila kita menyusun anggaran dengan pendekatan kinerja, maka mindset kita harus fokus pada "apa yang ingin dicapai". Kalau fokus ke "output", berarti pemikiran tentang "tujuan" kegiatan harus sudah tercakup di setiap langkah ketika menyusun anggaran. Sistem ini menitikberatkan pada segi penatalaksanaan sehingga selain efisiensi penggunaan dana juga hasil kerjanya diperiksa. Jadi, tolok ukur keberhasilan sistem anggaran ini adalah performance atau prestasi dari tujuan atau hasil anggaran dengan menggunakan dana secara efisien. Dengan membangun suatu sistem penganggaran yang dapat memadukan perencanaan kinerja dengan anggaran tahunan akan terlihat adanya keterkaitan antara dana yang tersedia dengan hasil yang diharapkan.

2.2.2.1 Ruang Lingkup ABK

1. Menentukan visi dan misi (yang mencerminkan strategi organisasi), tujuan, sasaran dan target.

Penentuan visi, misi, tujuan, sasaran, dan target merupakan tahap pertama yang harus ditetapkan suatu organisasi dan menjadi tujuan tertinggi yang hendak dicapai sehingga setiap indikator kinerja harus dikaitkan dengan komponen tersebut. Oleh karena itu, penentuan komponen-komponen tidak hanya ditentukan oleh pemerintah tetapi juga mengikutsertakan masyarakat sehingga dapat diperoleh informasi mengenai kebutuhan publik.

2. Menentukan indikator kinerja.

Indikator Kinerja adalah ukuran kuantitatif yang menggambarkan tingkat pencapaian suatu sasaran atau tujuan yang telah ditetapkan. Oleh karena itu, indikator kinerja harus merupakan suatu yang akan dihitung dan diukur serta digunakan sebagai dasar untuk menilai atau melihat tingkat kinerja baik dalam tahapan perencanaan, tahap pelaksanaan maupun tahap setelah kegiatan selesai dan bermanfaat (berfungsi). Indikator kinerja meliputi:

- a. Masukan (*Input*) adalah sumber daya yang digunakan dalam suatu proses untuk menghasilkan keluaran yang telah direncanakan dan ditetapkan sebelumnya. Indikator masukan meliputi dana, sumber daya manusia, sarana dan prasarana, data dan informasi lainnya yang diperlukan.
 - b. Keluaran (*Output*) adalah sesuatu yang terjadi akibat proses tertentu dengan menggunakan masukan yang telah ditetapkan. Indikator keluaran dijadikan landasan untuk menilai kemajuan suatu aktivitas atau tolok ukur dikaitkan dengan sasaran-sasaran yang telah ditetapkan dengan baik dan terukur.
 - c. Hasil (*Outcome*) adalah suatu keluaran yang dapat langsung digunakan atau hasil nyata dari suatu keluaran. Indikator hasil adalah sasaran program yang telah ditetapkan.
 - d. Manfaat (*Benefit*) adalah nilai tambah dari suatu hasil yang manfaatnya akan nampak setelah beberapa waktu kemudian. Indikator manfaat menunjukkan hal-hal yang diharapkan dicapai bila keluaran dapat diselesaikan dan berfungsi secara optimal.
 - e. Dampak (*Impact*) pengaruh atau akibat yang ditimbulkan oleh manfaat dari suatu kegiatan. Indikator dampak merupakan akumulasi dari beberapa manfaat yang terjadi, dampaknya baru terlihat setelah beberapa waktu kemudian.
3. Evaluasi dan pengambilan keputusan terhadap pemilihan dan prioritas program.
Kegiatan ini meliputi penyusunan peringkat-peringkat alternatif dan selanjutnya mengambil keputusan atas program/kegiatan yang dianggap menjadi prioritas. Dilakukannya pemilihan dan prioritas program/kegiatan mengingat sumber daya yang terbatas.
 4. Analisis Standar Biaya (ASB)
ASB merupakan standar biaya suatu program/kegiatan sehingga alokasi anggaran menjadi lebih rasional. Dilakukannya ASB dapat meminimalisir kesepakatan antara eksekutif dan legislatif untuk melonggarkan alokasi anggaran pada tiap-tiap unit kerja sehingga anggaran tersebut tidak

efisien. Dalam menyusun ABK perlu memperhatikan prinsip-prinsip penganggaran, perolehan data dalam membuat keputusan anggaran, siklus perencanaan anggaran daerah, struktur APBN/D, dan penggunaan ASB. Dalam menyusun ABK yang perlu mendapat perhatian adalah memperoleh data kuantitatif dan membuat keputusan penganggarnya.

Bagian penting dalam penyusunan ABK adalah menetapkan ukuran atau indikator keberhasilan sasaran dari fungsi-fungsi belanja. Oleh karena aktivitas dan pengeluaran biaya dilaksanakan pada tiap satuan kerja perangkat daerah, maka kinerja yang dimaksud adalah menggambarkan tingkat pencapaian pelaksanaan suatu kegiatan, program dan kebijaksanaan dalam mewujudkan sasaran, tujuan, visi dan misi unit kerja tersebut.

2.2.2.2 Implementasi Indikator Kinerja pada Anggaran Pendidikan dan Kesehatan

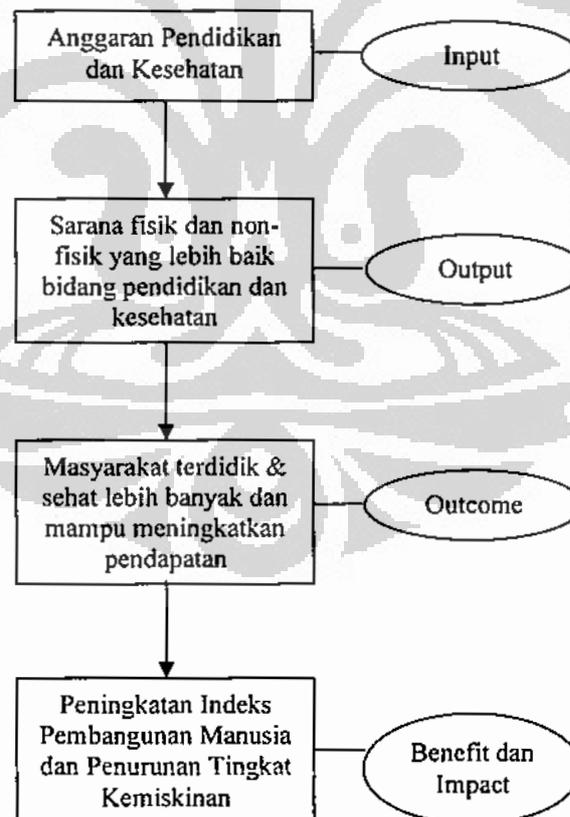
Penganggaran berbasis kinerja merupakan metode penganggaran bagi manajemen untuk mengaitkan setiap pendanaan yang dituangkan dalam kegiatan-kegiatan dengan keluaran dan hasil yang diharapkan, termasuk efisiensi dalam pencapaian hasil dari keluaran tersebut. Keluaran dan hasil tersebut dituangkan dalam target kinerja pada setiap unit kerja. Sedangkan bagaimana tujuan itu dicapai, dituangkan dalam program, diikuti dengan pembiayaan pada setiap tingkat pencapaian tujuan.

Masukan (input) dalam hal ini adalah pengeluaran pemerintah (anggaran) disektor pendidikan dan kesehatan merupakan sumber daya yang digunakan dalam suatu proses untuk menghasilkan keluaran yang telah direncanakan dan ditetapkan. Anggaran pendidikan dan kesehatan dimanfaatkan untuk membuat sarana dan prasarana baik fisik maupun non fisik. Sarana fisik pada bidang pendidikan misalnya pembangunan kembali sekolah-sekolah, pembelian alat peraga pembelajaran (komputer, alat laboratorium), sedangkan sarana fisik dibidang kesehatan misalnya puskesmas dan posyandu bagi orang miskin. Keluaran (output) ini dijadikan landasan untuk menilai kemajuan suatu aktivitas

atau tolak ukur dikaitkan dengan sasaran-sasaran yang telah ditetapkan dengan baik dan terukur.

Input dan output yang baik dan tepat akan memberikan hasil nyata berupa outcome. Berkenaan dengan anggaran yang dikeluarkan pemerintah pada sektor pendidikan dan kesehatan sehingga mampu meningkatkan sarana dan prasarana fisik maupun non fisik maka kemudian outcome yang dihasilkan adalah peningkatan masyarakat terdidik dan sehat serta masyarakat yang mampu meningkatkan pendapatannya. Benefit dan impact yang didapat dari outcome yang nyata adalah peningkatan indeks pembangunan manusia dan penurunan tingkat kemiskinan. Kondisi ini dapat digambarkan sebagai berikut:

Gambar 2.2
Hubungan Indikator Kinerja dengan Pengeluaran Pemerintah Sektor Pendidikan dan Kesehatan



2.2.3 Pengeluaran Pemerintah di Sektor Pendidikan dan Kesehatan

Selama ini kinerja pembangunan hanya dilihat dari indikator-indikator kuantitatif ekonomi saja, yang kadangkala bisa tidak sesuai dengan fakta yang ada. Di satu sisi pembangunan menunjukkan kinerja yang baik terlihat dari indikator-indikator kuantitatif, di sisi lain banyak meninggalkan masalah diantaranya kemiskinan. Penyebab seseorang tersebut miskin bukan hanya disebabkan masalah pendapatan yang rendah tetapi bisa karena keterbatasan akses yang dimilikinya. Jeffrey Sachs dalam Lesmana (2007) menyebutkan, kaum miskin semakin terpuruk dan hampir bisa dipastikan tidak memiliki kemampuan walau hanya untuk bergerak ke arah tangga pembangunan (*the ladder of development*) yang paling dasar sekalipun.

Terbatasnya akses-akses bagi kaum miskin menyebabkan mereka tak mampu untuk mengakumulasi kapital/modal yang diperlukan baginya untuk keluar dari jebakan kemiskinan (*poverty trap*). Akibat minimnya akumulasi kapital kaum miskin, konsekuensinya, kaum miskin tak mampu berperan aktif dalam kegiatan ekonomi dan merasakan berkah dari adanya pembangunan. Hal tersebutlah yang mendasari betapa pentingnya pembangunan manusia. Dalam pembangunan manusia, tidak hanya dimensi kesejahteraan yang diperhatikan, melainkan terkait juga dengan peningkatan kapasitas dasar manusia dalam mengakses pendidikan dan kesehatan.

Hal yang berlaku umum di dunia ini adalah bahwa sudah menjadi kewajiban pemerintah untuk menyediakan barang publik. Teori *public finance* (Musgrave, 1989) mengungkapkan bahwa tidak seluruhnya semua masalah ekonomi diselesaikan oleh mekanisme pasar seperti misalnya *social goods*. *Social goods* yang dimaksud terkait dengan *eksternalities*, yaitu masalah distribusi pendapatan dan masalah ekonomi lainnya seperti pengangguran, kemiskinan, inflasi, dan pertumbuhan. Dalam hal ini, mekanisme pasar gagal (*market failure*) dapat menjelaskannya. Pasar pada hakekatnya adalah wahana untuk mengekspresikan kebebasan individu, untuk mencari keuntungan individual. Oleh karena itu, aktivitas-aktivitas perekonomian yang bersifat kolektif publik dan atau aktivitas tidak bermotif keuntungan tidak bisa diselenggarakan oleh pasar.

Pendidikan merupakan elemen terpenting dalam memberantas kemiskinan. Seseorang yang memperoleh pendidikan akan memperoleh kesempatan yang lebih baik dan bisa memperbaiki standar hidupnya. Pengaruh pendidikan tidak hanya mempengaruhi kemampuan individu untuk mendapatkan tingkat upah maupun pendapatan yang tinggi, tetapi juga terhadap perilaku dan pengambilan keputusan, yang akan meningkatkan kemungkinan sukses dalam menjangkau kebutuhan pokok. Bahkan, dengan pendidikan akan membuat seseorang terhindar dari kondisi miskin.

Belanja untuk sektor pendidikan yang dikeluarkan pemerintah merupakan belanja publik (*public spending*) dan umumnya dipakai untuk memberikan subsidi bagi sekolah negeri. Belanja pendidikan privat (*private spending*) merupakan belanja pendidikan yang dikeluarkan oleh rumah tangga dalam rangka membiayai pengeluaran yang berkaitan dengan pendidikan dan untuk sekolah swasta yang tidak disubsidi pemerintah. Sebagai contoh, dalam rangka meringankan biaya sekolah, maka sejak tahun 2005 pemerintah telah mengeluarkan dana BOS (biaya operasional sekolah) yang dibagikan untuk sekolah dasar baik negeri maupun swasta.

Beberapa negara di Asia, belanja privat untuk pendidikan lebih besar daripada belanja publik, misalnya negara Cambodia dan Korea, sekitar 70-80 persen merupakan belanja privat (Bray, 2002 dalam Depdiknas, Renstra, 2005-2009), sedangkan Indonesia merupakan negara dengan belanja publik yang jauh lebih besar dibandingkan belanja privat yang hanya sekitar 10% saja. Meskipun demikian, pemerintah terus berusaha untuk meningkatkan belanja pendidikan dengan mengatur strategi pembiayaan berdasarkan skala prioritas, hal ini dilakukan karena keterbatasan sumber daya yang dimiliki pemerintah (Depdiknas, Renstra, 2005-2009).

Seperti halnya dengan pendidikan, pengeluaran sektor kesehatan juga mempunyai keterkaitan dengan pembangunan manusia dan penurunan kemiskinan. Hal ini terungkap dari beberapa teori yang mengemukakan aspek pendidikan dan kesehatan memiliki pengaruh terhadap peningkatan pendapatan masyarakat yang pada akhirnya akan bermanfaat terhadap pengurangan kemiskinan. (Utomo dan Saleh, 2006).

1. Teori Modal Insani (*Human Capital Theory*) menurut Theodore W. Schultz.

Schultz menyebutkan bahwa: "...improvement in skills and knowledge and health of workers generally appears not to have been prerequisites to the impressive economics growth of that period."

Schultz menghipotesiskan bahwa struktur gaji dan upah pertama-tama ditentukan oleh investasi dalam bidang pendidikan, kondisi kesehatan, pelatihan di tempat kerja, pencarian informasi tentang peluang kerja, dan migrasi tenaga kerja. Schultz juga menyinggung tentang aspek kesehatan dalam peningkatan pendapatan seseorang. Akan tetapi, Schultz membuat suatu kajian pertamanya tentang modal insani yang dilakukan hanya terbatas pada peran pendidikan.

Dalam kesimpulannya, peningkatan dalam keahlian/pendidikan dan kesehatan pekerja akan meningkatkan pendapatan masyarakat dan secara tidak langsung akan meningkatkan pertumbuhan ekonomi.

2. Teori Modal Insani Menurut Selma J. Mushkin

Kajian tentang peran kesehatan dalam pembentukan modal insani baru muncul belakangan yaitu ketika Mushkin (1962) mengupas tentang hal tersebut di *Journal of Politic Economy*. Dengan mengamati kasus di Amerika Serikat tahun 1900 – 1917, Mushkin melihat bahwa program-program di bidang kesehatan baik yang dilakukan swasta maupun pemerintah dalam bentuk kuratif dan preventif dapat mengurangi tingkat kematian di Amerika Serikat tahun 1900 – 1917. Program di bidang kesehatan yang dimaksud tentu saja lebih dari sekedar pelayanan kesehatan semata. Program tersebut meliputi masalah yang lebih luas, seperti pangan, sandang dan papan. Pertumbuhan ekonomi yang diberikan oleh sektor kesehatan dihasilkan dari bertambahnya angkatan kerja yang dapat diserap karena berkurangnya angka kematian penduduk dan tentunya menurunkan tingkat kemiskinan.

Selain itu, terkait dengan gagalnya mekanisme pasar menyelesaikan semua permasalahan ekonomi maka pemerintah harus campur tangan melalui kebijakan fiskalnya. Hal tersebut juga terkait dengan beberapa fungsi utama

kebijakan fiskal, yaitu diantaranya: a) penyediaan barang dan jasa publik; b) redistribusi pendapatan; dan c) stabilisasi keuangan. Fungsi penyediaan barang dan jasa publik merupakan sebagian fungsi pemerintah yang berlaku umum di seluruh dunia. Pemerintah, di negara manapun selalu memproduksi barang dan jasa.

2.3 Pembangunan Manusia

Dengan munculnya paradigma tujuan pembangunan yang berpusat pada manusia (*human centered development*) maka fokus utama pembangunan bukan hanya sekedar meningkatkan pertumbuhan ekonomi, memperbesar pendapatan perkapita dan lain sebagainya, akan tetapi pembangunan juga harus menampakkan hasil pada peningkatan kualitas kehidupan manusianya. Dengan kata lain pembangunan juga harus diarahkan pada pencapaian tahapan-tahapan kualitas kehidupan manusia yang dapat diukur.

Sehubungan dengan hal itu, sejak tahun 1990 *United Nation Development Programme* (UNDP) telah menerbitkan laporan tahunan yaitu *Human Development Report* (HDRs). Dalam HDRs tersebut dikeluarkan laporan tahunan mengenai indeks pembangunan manusia (*Human Development Index* (HDI)) di tiap negara. Indeks tersebut menjadi suatu yang penting sebagai alternatif dalam pengukuran pembangunan (yang lebih menekankan pada *Gross Domestic Product*) yang ada selama ini.

Dalam HDRs (UNDP, 1990) disebutkan:

“Manusia adalah kekayaan bangsa yang sesungguhnya. Tujuan utama dari pembangunan adalah menciptakan lingkungan yang memungkinkan bagi rakyatnya untuk menikmati umur panjang, sehat dan menjalankan kehidupan yang produktif. Hal ini tampaknya merupakan suatu kenyataan sederhana tetapi hal ini sering terlupakan oleh berbagai kesibukan jangka panjang untuk mengumpulkan harta dan uang”.

Pembangunan manusia didefinisikan tidak hanya dari aspek peningkatan pendapatan atau kesejahteraan saja tetapi didefinisikan sebagai “*the process of enlarging people’s choices*” (UNDP, 1990). Laporan tersebut juga menekankan pada prinsip *the choices* yang tersedia bagi seseorang dapat berubah untuk

periode-periode mendatang. Pada esensinya laporan itu telah memuat tiga dimensi penting dalam pembangunan yaitu terkait dengan aspek pemenuhan kebutuhan akan hidup panjang umur (*longevity*) dan hidup sehat (*healthy life*), untuk mendapatkan pengetahuan (*the knowledge*) dan mempunyai akses kepada sumberdaya yang bisa memenuhi standar hidup. *Longevity* diukur dari angka harapan hidup, *knowledge* direpresentasikan oleh ukuran angka melek huruf dewasa dan rata-rata sekolah sementara akses terhadap sumber daya diukur dari paritas kekuatan daya beli riil terhadap pendapatan perkapita.

Menurut UNDP upaya ke arah “perluasan pilihan” hanya mungkin dapat direalisasikan jika penduduk paling tidak memiliki: peluang berumur panjang dan sehat, pengetahuan dan keterampilan yang memadai, dan peluang untuk merealisasikan pengetahuan yang dimiliki dalam kegiatan produktif (misalnya dapat bekerja dan memperoleh uang, sehingga memiliki daya beli).

Untuk mewujudkan tujuan pembangunan manusia dimaksud, ada 4 (empat) hal pokok yang harus diperhatikan sebagai komponen kunci pembangunan manusia (HDRs, 1995) yaitu:

1. Produktivitas (*productivity*), ini berarti bahwa manusia harus mempunyai kemampuan untuk meningkatkan produktivitasnya dan berpartisipasi penuh dalam proses mencari penghasilan dan lapangan kerja. Oleh karena itu, pertumbuhan ekonomi merupakan bagian dari model pembangunan manusia.
2. Keadilan (*equity*), bahwa setiap orang harus memiliki kesempatan yang sama. Semua hambatan terhadap peluang ekonomi dan politik harus dihapuskan, sehingga dapat berpartisipasi dan mendapatkan keuntungan dari peluang yang tersedia.
3. Keberlanjutan (*sustainability*), akses terhadap peluang atau kesempatan harus tersedia bukan hanya untuk generasi sekarang tapi juga harus menjamin ketersediaan untuk generasi yang akan datang. Selain itu semua bentuk sumber daya fisik, manusia dan alam juga harus dapat diperbaharui.
4. Pemberdayaan (*empowerment*), pembangunan harus dilakukan oleh semua orang, bukan semata-mata dilakukan untuk semua orang. Semua

orang harus berpartisipasi penuh dalam pengambilan keputusan dan proses mempengaruhi mereka.

Menurut Samahdumin dan Abdurrahim (2001), pembangunan manusia merupakan paradigma pembangunan yang menempatkan manusia (penduduk) sebagai fokus dan sasaran akhir dari seluruh kegiatan pembangunan, yaitu tercapainya penguasaan atas sumber daya (pendapatan untuk mencapai hidup yang layak), peningkatan derajat kesehatan (usia hidup panjang dan sehat) dan meningkatkan pendidikan (kemampuan baca tulis dan ketrampilan untuk dapat berpartisipasi dalam masyarakat dan kegiatan ekonomi).

Oleh karena itu, pengertian pembangunan manusia lebih ditujukan kepada peningkatan kualitas yang mendukung *human growth* (pertumbuhan manusia), yaitu bangkitnya rakyat, tanpa merasa kurang dari orang lain, secara sosial efektif dan merasa mampu serta bebas memikul tanggung jawab bagi kehidupannya sendiri, bagi keluarga serta komunitasnya.

Laporan pembangunan manusia (HDRs) yang dikeluarkan oleh BPS, Bappenas dan UNDP (2001) menyebutkan bahwa laporan pembangunan manusia merupakan upaya untuk memberikan gambaran tentang pencapaian pembangunan yang dicapai oleh suatu wilayah dengan menggunakan alat ukur berupa indikator komposit HDI. Pencapaian pembangunan dimaksud akan dapat dilihat dari apakah konsep pembangunan sudah berwawasan pembangunan manusia atau belum, hal ini berarti bahwa secara konsep, pembangunan manusia yang diajukan oleh UNDP mengandung makna untuk melihat keterlibatan secara aktif manusia atau penduduk dalam proses pembangunan sejak perumusan kebijakan, penentuan kebijakan sampai pada evaluasi kebijakan. Dalam laporan pembangunan manusia ini, selain indikator utama IPM, juga disajikan indikator komposit lain yaitu:

1. Indeks pembangunan gender (IPG)
2. Indeks pemberdayaan gender (IDG)
3. Indeks kemiskinan manusia (IKM)

Sebagai indikator komposit, IPM, IPG, IDG dan IKM mempunyai manfaat terbatas, terutama kalau disajikan tersendiri, hanya dapat menunjukkan status

pembangunan manusia suatu wilayah. Namun demikian manfaat terbatas ini dapat diperluas kalau dilakukan perbandingan antar waktu dan antar wilayah, sehingga posisi relatif suatu wilayah terhadap wilayah lain dapat diketahui, serta kemajuan antar waktu di suatu wilayah dan perbandingannya dengan pencapaian kemajuan wilayah lain juga dapat dianalisa. Secara umum, indikator tersebut bermanfaat sebagai alat advokasi terhadap perumus dan penentu kebijakan di setiap wilayah, khususnya yang berkaitan dengan kebijakan publik yang akan dipilih dan ditetapkan (Hastoto, 2003).

Selanjutnya dalam laporan pembangunan manusia Indonesia tahun 2004 dinyatakan bahwa untuk melihat manfaat indeks pembangunan manusia (IPM) pertama-tama kita perlu melihat hubungan antara konsep pembangunan manusia dan indeks pembangunan manusia.

Konsep pembangunan manusia sangat luas, mencakup hampir seluruh aspek kehidupan manusia, mulai dari kebebasan mengungkapkan pendapat sampai kesetaraan jender, lapangan pekerjaan, gizi anak, sampai melek huruf orang dewasa. Sebaliknya indeks pembangunan manusia mempunyai lingkup yang lebih sempit, indeks ini hanya dapat mengukur sebagian saja dari keadaan manusia seperti kebahagiaan atau hubungan dalam masyarakat tidak dapat diukur dengan angka.

Oleh karena itu, pusat perhatian haruslah diletakkan lebih kepada konsep dari pada indeksinya, ini berarti bahwa setiap kebijakan pembangunan harus mendahulukan manusia., dengan menganggap manusia bukan sebagai sarana tetapi tujuan. Jadi setiap kebijakan harus bertujuan untuk memperluas pilihan yang tersedia bagi seluruh warga dan semuanya harus dilaksanakan secara setara dan berkelanjutan.

IPM merupakan indikator komposit tunggal yang digunakan untuk mengukur pencapaian pembangunan manusia yang telah dilakukan di suatu wilayah. Walaupun tidak dapat mengukur semua dimensi dari pembangunan manusia, namun mampu mengukur dimensi pokok pembangunan manusia yang dinilai mencerminkan status kemampuan dasar (*basic capabilities*) penduduk. Ketiga kemampuan dasar ini adalah umur panjang dan sehat yang diukur dari angka harapan hidup ketika lahir, berpengetahuan dan berketrampilan yang diukur

melalui angka melek huruf dan rata-rata lama sekolah serta akses terhadap sumber daya yang dibutuhkan untuk mencapai standar hidup yang layak yang diukur dengan pengeluaran konsumsi. Oleh karena itu pemanfaatan IPM dalam perencanaan pembangunan harus dilengkapi dengan kajian dan analisis situasi terhadap indikator-indikator yang mempengaruhi ketiga komponen tersebut, melalui pendekatan logis untuk menentukan indikator yang mempengaruhi perkembangan nilai IPM (Bapeda dan BPS Kabupaten Bekasi, 2003).

IPM mengukur pencapaian keseluruhan dari suatu negara dalam tiga dimensi dasar pembangunan manusia, yaitu lamanya hidup, diukur dengan harapan hidup pada saat lahir, pengetahuan atau tingkat pendidikan, diukur dengan kombinasi antara angka melek huruf pada penduduk dewasa (dengan bobot dua per tiga) dan rata-rata lama sekolah (dengan bobot sepertiga) dan suatu standar hidup yang layak diukur dengan pengeluaran perkapita yang telah disesuaikan (*purchasing power parity rupiah*).

$$\text{IPM} = 1/3 (\text{Indeks } X_1 + \text{Indeks } X_2 + \text{Indeks } X_3)$$

Dimana X_1 = lamanya hidup

X_2 = tingkat pendidikan

X_3 = tingkat kehidupan/pendapatan

Indeks X_1 , Indeks X_2 dan Indeks X_3 , dihitung dengan formula:

$$\text{Indeks } X_{(i,j)} = (X_{(i,j)} - X_{(i \min)}) / (X_{(i \max)} - X_{(i \min)})$$

Dimana $X_{(i,j)}$ = indikator ke i dari daerah j

$$(i = 1,2,3 \quad j = 1,2, \dots, n)$$

$X_{(i \min)}$ = nilai minimum dari X_i

$X_{(i \max)}$ = nilai maksimum dari X_i

Adapun nilai minimum dan nilai maksimum dari setiap komponen adalah sebagai berikut:

Tabel 2.2
Nilai Maksimum dan Nilai Minimum Komponen IPM

Komponen IPM	Nilai Maksimum	Nilai Minimum	Keterangan
Angka harapan hidup	85	25	Standar UNDP
Angka melek huruf	100	0	Standar UNDP
Rata-rata lama sekolah	100	0	UNDP menggunakan <i>combined gross enrollment ratio</i>
Daya beli	737.72	360	UNDP menggunakan PDB riil per kapita yang telah disesuaikan

Menurut laporan pembangunan manusia Indonesia 2004, daerah dapat dikelompokkan menurut pencapaian IPM menjadi empat kategori yaitu:

1. Daerah dengan IPM rendah yaitu IPM di bawah 50
2. Daerah dengan IPM menengah rendah (IPM antara 60-65)
3. Daerah dengan IPM menengah tinggi (IPM antara 66-70)
4. Daerah dengan IPM tinggi (IPM di atas 70)

Menurut Tambunan (2001), HDI dapat juga digunakan sebagai salah satu indikator sosial untuk mengukur tingkat kesenjangan pembangunan antar propinsi. Secara hipotik dapat dikatakan bahwa semakin baik pembangunan di suatu wilayah semakin tinggi HDI daerah tersebut.

Pada hakekatnya pembangunan manusia yang berkualitas bisa dilakukan percepatan melalui pengembangan komponen-komponen indeksinya, namun demikian tidak semua komponen dapat diperoleh melalui penyediaan fasilitas atau bantuan pemerintah saja, ada komponen IPM, khususnya yang berhubungan dengan daya beli, yang juga memerlukan upaya serius dari seluruh masyarakat.

Tingkat pendapatan masyarakat yang berkaitan langsung dengan daya beli, diduga mempunyai peran yang sangat dominan dalam peningkatan kualitas hidup manusia yang diukur dengan pencapaian IPM, oleh karena itu pendapatan masyarakat yang sangat timpang akan menyebabkan kualitas hidup yang timpang juga, sehingga pada akhirnya akan mengurangi kualitas hidup manusia dalam satu wilayah tertentu secara kumulatif. Kesenjangan pendapatan akan

mengakibatkan pencapaian IPM mengalami hambatan atau gangguan walaupun pendapatan bukan satu-satunya faktor yang berpengaruh terhadap IPM.

Pengeluaran atas belanja pendidikan, baik yang dikeluarkan oleh pemerintah maupun rumah tangga diakui sebagai investasi yang nantinya membentuk *human capital* (Psacharopoulos, 1995; Babic, 2005). Tingkatan *human capital* merupakan populasi dari tingkat pendidikan, yang merupakan fundamental untuk pertumbuhan ekonomi suatu negara (Babic, 2005). Investasi pendidikan diharapkan dapat mencapai kesejahteraan yang lebih baik untuk individu dan negara karena *human capital* merupakan kunci yang menentukan pertumbuhan ekonomi dan memberikan benefit non ekonomi, misalnya kesehatan, sebagai warga negara dan orang tua yang lebih baik.

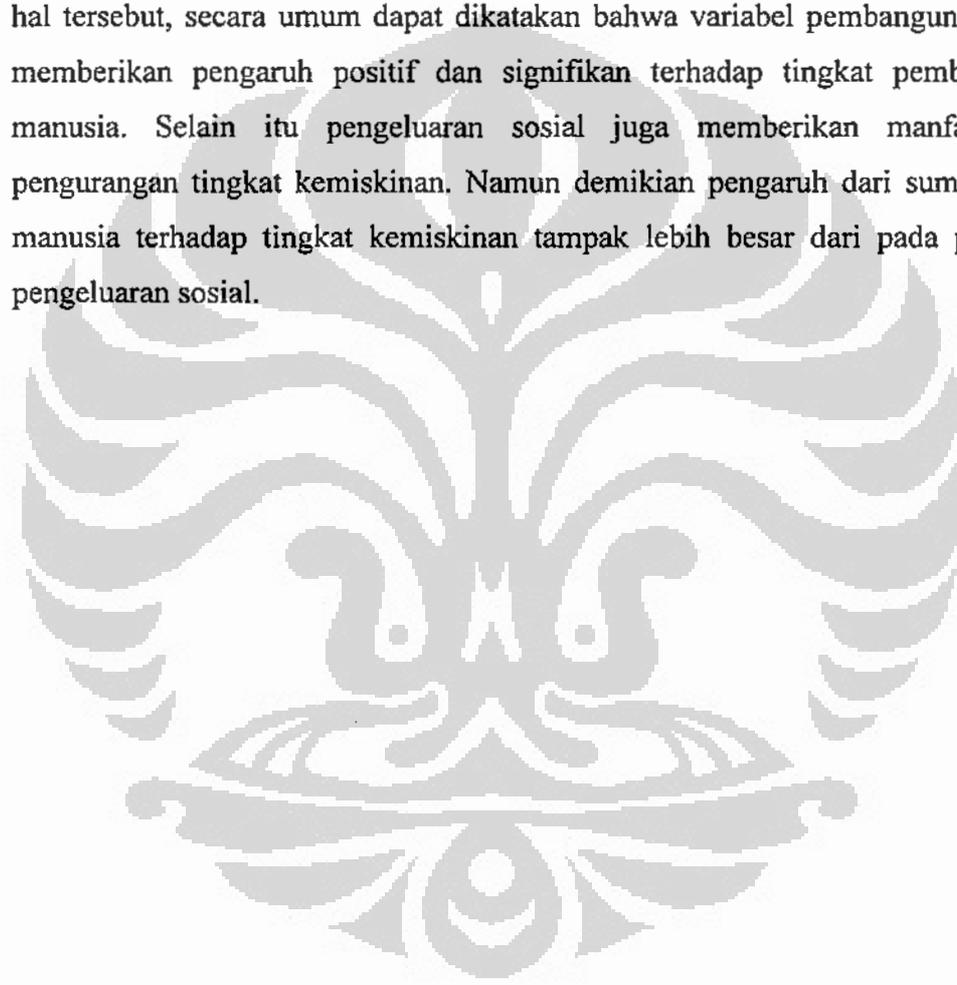
2.4 Penelitian Terdahulu

Penelitian dilakukan oleh Fan et al (2000) dengan tujuan untuk menginvestigasi penyebab pengurangan kemiskinan pedesaan di China dan terutama untuk menguji bagaimana bermacam investasi publik tersebut mempengaruhi pertumbuhan dan kemiskinan dengan mengintroduksi variabel kontrol yang berupa efek dari perubahan institusional. Penelitian menggunakan data panel 25 propinsi dari tahun 1970-1997 dan model persamaan simultan. Secara keseluruhan, pengeluaran pemerintah dalam bidang pendidikan mempunyai dampak yang paling besar dalam pengurangan kemiskinan. Oleh karena itu, investasi di bidang pendidikan adalah sebagai strategi yang dominan. Jika dilihat dari aspek kewilayahan, investasi mempunyai dampak bervariasi, jika dilihat dari upaya pengurangan kemiskinan, dampak yang paling besar terdapat di wilayah bagian barat.

Penelitian lain juga dilakukan oleh Chemingui (2007) dimana tujuan studi adalah dampak dari perbedaan tipe pengeluaran pemerintah dengan sumber daya yang tersedia untuk mendapat target yang lebih baik sehingga akan meningkatkan pertumbuhan ekonomi yang lebih tinggi dan lebih cepat dalam pengurangan kemiskinan. Secara empiris menunjukkan pentingnya investasi di pelayanan sosial dalam memperbaiki modal manusia dan terutama untuk pengurangan kemiskinan selama beberapa periode ini. Untuk menilai efek pengeluaran

pemerintah dalam mengubah kemiskinan, menggunakan alat analisis komprehensif yaitu *a computable general equilibrium model* (CGE).

Penelitian lain dilakukan oleh Brata (2005) dengan tujuan mengetahui investasi di sektor publik lokal ini sangat bermanfaat terhadap peningkatan pembangunan manusia dan pengurangan kemiskinan. Estimasi dilakukan dengan menggunakan model OLS terhadap data *pooled* tahun 1996, 1999 dan 2002. Data *pooled* tersebut merupakan data dari seluruh propinsi di Indonesia. Berdasarkan hal tersebut, secara umum dapat dikatakan bahwa variabel pembangunan sosial memberikan pengaruh positif dan signifikan terhadap tingkat pembangunan manusia. Selain itu pengeluaran sosial juga memberikan manfaat bagi pengurangan tingkat kemiskinan. Namun demikian pengaruh dari sumber daya manusia terhadap tingkat kemiskinan tampak lebih besar dari pada pengaruh pengeluaran sosial.



BAB 3 METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Kerangka Pemikiran

Rendahnya pembangunan manusia dan tingginya angka kemiskinan merupakan masalah besar yang dihadapi oleh bangsa Indonesia. Untuk mengatasi masalah itu, salah satu yang bisa dilakukan oleh pemerintah adalah dengan melakukan investasi pada sektor publik yang bermanfaat bagi peningkatan pembangunan manusia dan pengurangan kemiskinan, yaitu antara lain investasi pada sektor pendidikan dan kesehatan.

Elemen terpenting dalam memberantas kemiskinan adalah pendidikan. Seorang dengan pendidikan yang baik akan memperoleh kesempatan yang lebih baik dalam memperbaiki standar hidupnya. Pendidikan tidak hanya mempengaruhi kemampuan individu dalam mendapatkan tingkat upah maupun pendapatan yang tinggi, tetapi juga terhadap perilaku dan pengambilan keputusan, yang akan meningkatkan kemungkinan sukses dalam menjangkau kebutuhan pokok, bahkan pendidikan akan membuat seseorang terhindar dari kondisi miskin.

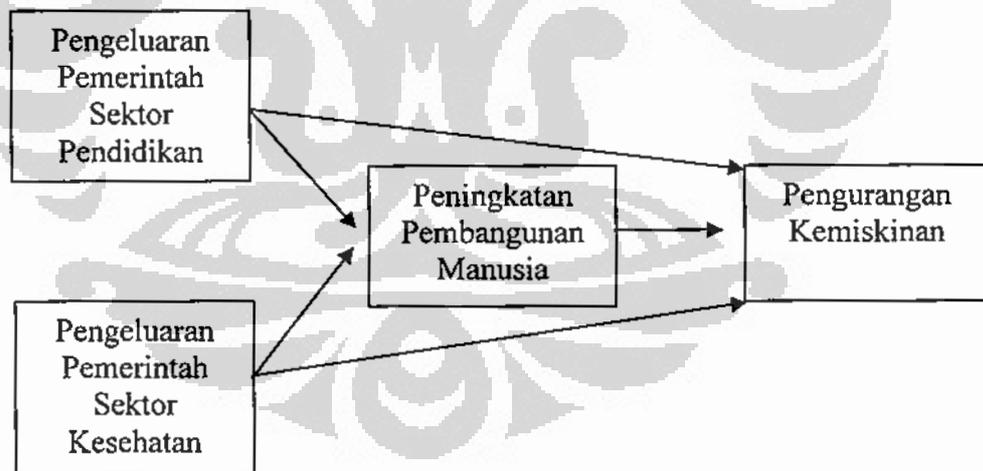
Seperti halnya dengan pendidikan, kesehatan pun memiliki keterkaitan dengan kemiskinan. Atmawikarta (<http://bappenas.go.id/> diakses pada tanggal 19 november 2009, pkl.13.50) mengemukakan bahwa adanya hubungan keterkaitan antara kesehatan dengan kemiskinan. Ada berbagai indikator kesehatan di negara-negara berpendapatan rendah dan menengah jika dibandingkan dengan negara-negara berpendapatan tinggi, memperlihatkan bahwa angka kemiskinan dan kematian secara kuat berkorelasi terbalik dengan pendapatan.

Apabila kualitas sumber daya manusia tersebut rendah yang tercermin dari tingkat pendidikan dan kesehatan yang rendah maka akan berpengaruh terhadap indeks pembangunan manusia (HDI). HDI adalah indeks komposit dari harapan hidup, melek huruf dewasa, rata-rata lama sekolah dan pengeluaran per kapita. Pada tahun 2009, yang mengacu pada data tahun 2007, HDI Indonesia menempati posisi 111 dari 182 negara di dunia. Kondisi ini menempatkan Indonesia sebagai negara sedang berkembang dengan tingkat pembangunan

manusia level menengah. Jika Indonesia tidak memperhatikan masalah ini bukan tidak mungkin akan menurunkan indeks pembangunan manusia sehingga akhirnya memosisikan Indonesia pada negara miskin atau tingkat pembangunan manusia yang rendah.

Berdasarkan uraian di atas, dengan semakin besarnya alokasi anggaran di sektor pendidikan dan kesehatan maka masyarakat semakin mudah mendapatkan akses pendidikan dan kesehatan. Seperti yang diungkap Sen (1985) masalah kemiskinan tidak hanya masalah *income* semata melainkan terkait dengan kapabilitas-kapabilitas yang harus dimiliki seseorang, antara lain menyangkut masalah akses terhadap pendidikan dan kesehatan. Dengan demikian, penanganan kemiskinan akan lebih bersifat komprehensif.

Berdasarkan uraian tersebut, alur pikir penelitian tentang pengaruh pengeluaran pemerintah pada sektor pendidikan dan kesehatan terhadap peningkatan pembangunan manusia dan pengurangan kemiskinan adalah sebagai berikut:



Gambar 3.1. Model Penelitian

Sumber: Gambar diolah.

3.2 Hipotesis Penelitian

Berdasarkan kerangka pemikiran dan hasil studi terdahulu sebagaimana dipaparkan pada bab II, dapat ditarik beberapa hipotesis awal sebagai berikut:

1. Pengeluaran pemerintah sektor pendidikan pada periode sebelumnya ($t-1$) berpengaruh positif terhadap pembangunan manusia pada periode t .
2. Pengeluaran pemerintah sektor kesehatan pada periode sebelumnya ($t-1$) berpengaruh positif terhadap pembangunan manusia pada periode t .
3. Pengeluaran pemerintah sektor pendidikan pada periode sebelumnya ($t-1$) berpengaruh negatif terhadap tingkat kemiskinan pada periode t .
4. Pengeluaran pemerintah sektor kesehatan pada periode sebelumnya ($t-1$) berpengaruh negatif terhadap tingkat kemiskinan pada periode t .
5. Peningkatan pembangunan manusia pada periode sebelumnya ($t-1$) berpengaruh negatif terhadap tingkat kemiskinan pada periode t .
6. Pengeluaran pemerintah untuk sektor pendidikan dan kesehatan pada periode sebelumnya ($t-1$) berpengaruh positif terhadap pembangunan manusia pada periode t .
7. Pengeluaran pemerintah untuk sektor pendidikan, kesehatan dan peningkatan pembangunan manusia pada periode sebelumnya ($t-1$) berpengaruh negatif terhadap tingkat kemiskinan pada periode t .
8. Pengeluaran pemerintah untuk sektor pendidikan dan kesehatan pada periode sebelumnya ($t-1$) berpengaruh negatif terhadap tingkat kemiskinan pada periode t .
9. Pengeluaran pemerintah untuk sektor pendidikan dan peningkatan pembangunan manusia pada periode sebelumnya ($t-1$) berpengaruh negatif terhadap tingkat kemiskinan pada periode t .
10. Pengeluaran pemerintah untuk sektor kesehatan dan peningkatan pembangunan manusia pada periode sebelumnya ($t-1$) berpengaruh negatif terhadap tingkat kemiskinan pada periode t .

Catatan:

Berpengaruh negatif terhadap tingkat kemiskinan artinya mengakibatkan semakin rendah tingkat kemiskinan/menurunkan persentase penduduk miskin.

3.3 Model Penelitian

Untuk dapat menjawab hipotesis penelitian di atas, dilakukan pengujian dan pembahasan dengan model ekonometrik, yaitu regresi berganda yang dapat menjelaskan pengaruh variable bebas terhadap variable tergantung. Teknik ini juga dikenal dengan model sebab-akibat (*causing modeling*).

Regresi berganda adalah metode statistika yang digunakan untuk membentuk model hubungan antara variabel terikat (*dependen, respon; Y*) dengan banyak variabel bebas (*independen, prediktor; X*). Analisis regresi setidaknya memiliki 3 kegunaan, yaitu untuk tujuan deskripsi dari fenomena data atau kasus yang sedang diteliti, untuk tujuan kontrol, serta untuk tujuan prediksi. Regresi mampu mendeskripsikan fenomena data melalui terbentuknya suatu model hubungan yang bersifatnya numerik. Regresi juga dapat digunakan untuk melakukan pengendalian (*kontrol*) terhadap suatu kasus atau hal-hal yang sedang diamati melalui penggunaan model regresi yang diperoleh. Selain itu, model regresi juga dapat dimanfaatkan untuk melakukan prediksi untuk variabel terikat. Namun yang perlu diingat, prediksi di dalam konsep regresi hanya boleh dilakukan di dalam rentang data dari variabel-variabel bebas yang digunakan untuk membentuk model regresi tersebut (Kurniawan, 2008).

Model ini dipilih karena penelitian ini dirancang untuk menentukan variabel bebas yang memiliki pengaruh terhadap variabel terikat. Dalam penelitian ini terdapat dua model regresi berganda yang hendak diuji. Model pertama yang dimaksud adalah sebagai berikut:

$$y_1 = \beta_0 + \beta_{1.1}x_1 + \beta_{1.2}x_2 + \varepsilon$$

dimana:

- y_1 = Peningkatan Pembangunan Manusia
- β_0 = intercept atau konstanta
- $\beta_{1.1}, \beta_{1.2}$ = Koefisien Regresi
- x_1 = Pengeluaran Pemerintah Sektor Pendidikan
- x_2 = Pengeluaran Pemerintah Sektor Kesehatan
- ε = Error

Sedangkan untuk model kedua adalah sebagai berikut:

$$y_2 = \beta_0 + \beta_{2.1}x_1 + \beta_{2.2}x_2 + \beta_{2.3}x_3 + \varepsilon$$

dimana:

y_2	= Tingkat Kemiskinan
β_0	= intercept atau konstanta
$\beta_{2.1}, \beta_{2.2}, \beta_{2.3}$	= Koefisien Regresi
x_1	= Pengeluaran Pemerintah Sektor Pendidikan
x_2	= Pengeluaran Pemerintah Sektor Kesehatan
x_3	= Peningkatan Pembangunan Manusia
ε	= Error

3.4 Variabel Penelitian

Variabel yang digunakan dalam penelitian ini terdiri dari pengeluaran publik (sektor pendidikan dan kesehatan), pembangunan manusia dan kemiskinan. Variabel pengeluaran publik akan diukur dari alokasi persentase pengeluaran pemerintah di sektor pendidikan dan kesehatan dalam anggaran APBD seluruh propinsi di Indonesia, yang selanjutnya dalam penelitian ini PEND dan KES. Variabel pembangunan manusia akan diproxi dari *human development index*. Untuk mempersingkat variabel pembangunan tersebut digunakan sebutan variabel HDI. Sementara itu kemiskinan akan diukur dari jumlah penduduk miskin yang *publish* oleh BPS, disingkat dengan nama variabel POOR. Adapun penjelasan dari masing-masing variabel tersebut adalah sebagai berikut:

1. Variabel Pengeluaran Pemerintah

Dalam sistem anggaran di Indonesia dikenal dua macam pengeluaran pemerintah yaitu pengeluaran rutin dan pengeluaran pembangunan. Pengeluaran rutin adalah pengeluaran untuk operasionalisasi pemerintahan seperti halnya untuk pembayaran gaji pegawai dan lainnya. Pengeluaran pembangunan adalah pengeluaran yang dikategorikan sebagai pengeluaran untuk investasi pemerintah, diantaranya investasi pemerintah di sektor publik, yaitu sektor pendidikan (PEND) dan kesehatan (KES). Dalam APBN maupun APBD pengeluaran pemerintah dalam rangka investasi dibagi dalam 21 sektor. Penelitian ini variabel pengeluaran di sektor pendidikan mengacu pada

sektor 11 yaitu pendidikan, kebudayaan nasional, kepercayaan thd Tuhan YME, pemuda dan Olahraga; dan kesehatan masuk pada sektor 13 yaitu kesehatan, kesejahteraan sosial, peranan wanita, anak dan remaja.

Yang dimaksud dalam sektor 11 yaitu pendidikan, pendidikan luar sekolah dan kedinasan, kebudayaan nasional dan kepercayaan terhadap Tuhan Yang Maha Esa, serta pemuda dan olah raga. Misalnya program pendidikan dasar, program pembinaan pendidikan lanjutan, program pembinaan pendidikan tinggi, program pendidikan luar sekolah dan lain-lain. Sementara itu sektor 13 meliputi kesehatan, kesejahteraan sosial serta peranan wanita, anak dan remaja. Misalnya program pelayanan kesehatan masyarakat, program perbaikan gizi masyarakat, program penyuluhan kesehatan, program pemberantasan penyakit menular dan lain-lain.

2. Variabel Kemiskinan (POOR)

Variabel kemiskinan akan diukur dari angka kemiskinan yang dikeluarkan oleh BPS. Metode perhitungan BPS inilah yang akan digunakan dalam penelitian ini dalam memperoleh angka kemiskinan. Lebih jauh mengenai metode perhitungan penduduk miskin ini dilakukan oleh BPS melalui pendekatan *basic needs* dengan metode pengukuran tertentu yang telah beberapa kali mengalami penyempurnaan. Kelompok miskin yang menjadi sasaran dalam penelitian ini adalah mereka yang memiliki semangat belajar dan bekerja keras.

3. Variabel Pembangunan Manusia

Menurut BPS (2005), pembangunan manusia adalah sebuah proses agar mampu memiliki lebih banyak pilihan khususnya dalam pendapatan, kesehatan dan pendidikan. Pembangunan manusia sebagai ukuran kinerja pembangunan secara keseluruhan dibentuk melalui pendekatan tiga dimensi dasar. Dimensi tersebut mencakup umur panjang dan sehat, pengetahuan dan kehidupan yang layak. Masing-masing dimensi direpresentasikan oleh indikator-indikator, yang semuanya dirangkum dalam satu nilai tunggal, yaitu

angka HDI. Angka HDI inilah yang menjadi proxi variabel pembangunan manusia.

3.5 Data Penelitian

Berdasarkan penjelasan tentang variabel yang digunakan dalam penelitian di atas, maka data yang digunakan adalah: pengeluaran sektor pendidikan dan kesehatan, angka kemiskinan dan indeks pembangunan manusia.

Data yang diteliti adalah data per propinsi untuk tahun 1996, 1999, 2002, 2005 dan 2008. Data ini merupakan kumpulan informasi mengenai ketiga variabel penelitian di semua propinsi di Indonesia, yang berjumlah 33 propinsi dan dalam jangka waktu tiga tahunan dari 1996, 1999, 2002, 2005 dan 2008.

Dengan demikian, jenis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data panel. Hal ini dilakukan mengingat ketersediaan data secara *series* yang pendek sehingga proses pengolahan data *time series* tidak dapat dilakukan berkaitan dengan persyaratan jumlah data yang minim. Maka untuk membuat regresi yang bisa memberikan hasil lebih baik digunakanlah data panel yang menggunakan data *cross section* atau *time series*.

Untuk tujuan di atas, data yang dikumpulkan adalah data pengeluaran publik sektor pendidikan dan kesehatan, angka kemiskinan dan data indeks pembangunan manusia. Untuk data pengeluaran publik sektor pendidikan dan kesehatan diambil dari Statistik Keuangan Pemerintah Daerah Kabupaten Kota mengenai pengeluaran pembangunan pemerintah yang meliputi sektor 11 dan 13. Sektor 11 merepresentasikan pengeluaran sektor publik di bidang pendidikan dan sektor 13 merepresentasikan pengeluaran di bidang kesehatan. Data yang digunakan adalah realisasi penerimaan dan pengeluaran pemda kabupaten kota masing-masing propinsi untuk beberapa tahun pengamatan. Pada bagian pengeluaran pembangunan tertera jenis pengeluaran pembangunan, salah satu yang digunakan dalam penelitian ini adalah jenis ke 11 yaitu pendidikan dan jenis ke 13 yaitu kesehatan. Dari sinilah akan terlihat berapa besar pengeluaran sektor pendidikan dan kesehatan untuk masing-masing propinsi dalam beberapa tahun.

Semua data di atas diperoleh dari publikasi BPS yang berjudul Statistik Keuangan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota dari beberapa tahun penerbitan.

Data pengeluaran pemerintah merupakan pengeluaran yang dianggarkan oleh pemerintah masing-masing propinsi. Data pengeluaran pemerintah di sektor pendidikan digunakan untuk membiayai sekolah pendidikan dasar dan menengah, sedangkan data kesehatan diberikan kepada orang-orang miskin melalui pelayanan kesehatan gratis. Data angka kematian juga didapat dari beberapa publikasi BPS, diantaranya dari statistik Indonesia, Pengukuran Tingkat Kemiskinan di Indonesia 1996-1999: Metode BPS, dan Data Informasi Kemiskinan Tahun 2004. Begitu juga dengan data indeks pembangunan manusia di download dari situs www.datastatistik-Indonesia.com.

3.6 Metode Penelitian

Sebagaimana dijelaskan di muka, metode yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah metode penelitian kuantitatif, yaitu metode yang memuat data dalam angka. Data tersebut akan diolah dengan alat analisis ekonometrik. Model ekonometrik yang digunakan untuk menganalisis dan menjawab pertanyaan penelitian adalah dengan model penelitian regresi berganda.

Asumsi umum regresi linear berganda adalah sebagai berikut:

- a. Model regresi harus layak. Kelayakan ini diketahui jika angka signifikansi pada ANOVA sebesar < 0.05
- b. Predictor yang digunakan sebagai variable bebas harus layak. Kelayakan ini diketahui jika angka Standard Error of Estimate $<$ Standard Deviation
- c. Koefesien regresi harus signifikan. Pengujian dilakukan dengan Uji T. Koefesien regresi signifikan jika $T \text{ hitung} > T \text{ table}$ (nilai kritis)
- d. Tidak boleh terjadi multikolinieritas, artinya tidak boleh terjadi korelasi yang sangat tinggi atau sangat rendah antar variable bebas.
- e. Tidak terjadi otokorelasi. Terjadi otokorelasi jika angka Durbin dan Watson sebesar < 1 dan > 3

3.7 Pengujian Data

Penelitian ini menggunakan telaahan statistika yang tepat untuk tujuan sebab akibat, yaitu menggunakan model analisis regresi berganda yang ditujukan untuk

memperoleh bukti empiris menguji dan menjelaskan pengaruh pengeluaran pemerintah sektor pendidikan terhadap peningkatan pembangunan manusia.

3.7.1. Uji Asumsi Klasik

1. Uji Normalitas

Uji normalitas bertujuan untuk menguji apakah dalam model regresi, variabel pengganggu atau residual memiliki distribusi normal. Kalau asumsi ini dilanggar maka uji statistik menjadi tidak valid untuk jumlah sampel kecil. Ada dua cara untuk mendeteksi apakah residual berdistribusi normal atau tidak yaitu dengan analisis grafik dan uji statistik (Ghozali,2006:110-112).

Dalam penelitian ini, untuk melihat uji normalitas akan digunakan analisis grafik. Analisis grafik merupakan salah satu cara termudah untuk melihat normalitas. Dengan melihat tampilan grafik normal plot dapat disimpulkan bahwa:

- a. Jika data menyebar disekitar garis diagonal dan mengikuti arah garis diagonal menunjukkan pola distribusi normal, maka model regresi memenuhi asumsi normalitas.
- b. Jika data menyebar jauh dari diagonal dan/tidak mengikuti arah garis diagonal maka model regresi tidak memenuhi asumsi normalitas.

2. Uji Multikolinieritas

Uji multikolinieritas bertujuan untuk menguji apakah model regresi ditemukan adanya korelasi antar variabel bebas (independen). Model regresi yang baik seharusnya tidak terjadi korelasi antara variabel independen. Jika variabel independen saling berkorelasi, maka variabel-variabel ini tidak ortogonal. Variabel ortogonal adalah variabel independen yang nilai korelasi antar sesama variabel independen sama dengan nol. Untuk mendeteksi ada atau tidaknya multikolinieritas di dalam model regresi, salah satu caranya adalah dilihat dari nilai *tolerance (TOL)* dan *variance inflation factor (VIF)*. Kedua ukuran ini menunjukkan setiap variabel independen manakah yang dijelaskan oleh variabel independen lainnya. Dalam pengertian sederhana setiap variabel independen menjadi dependen (terikat) dan diregres terhadap variabel independen lainnya.

Tolerance mengukur variabilitas variabel independen yang dipilih yang tidak dijelaskan oleh variabel independen lainnya. Jadi nilai tolerance yang rendah sama dengan nilai VIF yang tinggi (KARENA $vif = 1/Tolerance$). Nilai *cutoff* yang umum dipakai untuk menunjukkan adanya multikolinearitas adalah nilai Tolerance $>0,10$ atau sama dengan nilai VIF <10 (Ghozali,2006:91-92).

Dengan adanya multikolinearitas akan mengakibatkan penaksir-penaksir kuadrat kecil menjadi tidak efisien. Oleh karena itu, masalah multikolinieritas harus dianggap sebagai suatu kelemahan yang mengurangi keyakinan dalam pengujian signifikan konvensional terhadap penaksir-penaksir kuadrat terkecil. Penanggulangan gejala multikolinearitas ini dilakukan dengan cara mengeluarkan salah satu variabel yang memiliki R^2 paling rendah dari model.

3. Uji Heteroskedastisitas

Uji *heteroskedastisitas* bertujuan menguji apakah dalam model regresi terjadi ketidaksamaan variance dari residual satu pengamatan ke pengamatan yang lain. Jika variance dari residual satu pengamatan ke pengamatan lain tetap, maka disebut *homoskedastisitas* dan jika berbeda disebut heteroskedastisitas. Model regresi yang baik adalah yang *homoskedastisitas* atau tidak terjadi heteroskedastisitas. Kebanyakan data *crosssection* mengandung situasi *heteroskedastisitas* karena data ini menghimpun data yang mewakili berbagai ukuran (kecil, sedang, dan besar).

Ada beberapa cara untuk mendeteksi ada atau tidaknya *heteroskedastisitas*, namun pada penelitian ini akan digunakan grafik Plot. Melihat grafik plot antara nilai prediksi variabel terikat (dependen) yaitu ZPRED dengan residualnya SRESID. Deteksi ada tidaknya *heteroskedastisitas* dapat dilakukan dengan melihat ada tidaknya pola tertentu pada grafik *scatterplot* antara SRESID dan ZPRED dimana sumbu Y adalah Y yang telah diprediksi, dan sumbu X adalah residual (Y prediksi - Y sesungguhnya) yang telah di-*studentized* (Ghozali,2006:105).

Dasar analisis :

- a. Jika ada pola tertentu, seperti titik-titik yang ada membentuk pola tertentu yang teratur (bergelombang, melebar kemudian

menyempit), maka mengindikasikan telah terjadi *heteroskedastisitas*.

- b. Jika tidak ada pola yang jelas, serta titik-titik menyebar di atas dan di bawah angka 0 pada sumbu Y, maka tidak terjadi *heteroskedastisitas*.

4. Uji Autokorelasi

Pengujian autokorelasi digunakan untuk mengetahui apakah terjadi korelasi antara kesalahan pengganggu pada periode t dengan kesalahan pada periode $t-1$ (sebelumnya). Model regresi yang baik adalah regresi yang bebas dari autokorelasi (Ghozali, 2001:61). Untuk mendeteksi adanya autokorelasi dapat dilakukan melalui pengujian terhadap nilai uji Durbin-Watson (uji DW) dengan ketentuan sebagai berikut:

Tabel 3.1

Pedoman Pengujian Autokorelasi

DW	Kesimpulan
Kurang dari 1,08	Ada autokorelasi
1,08 s.d 1,66	Tanpa kesimpulan
1,66 s.d 2,34	Tidak ada autokorelasi
2,34 s.d 2,92	Tanpa kesimpulan
Lebih dari 2,92	Ada korelasi

Sumber: Algifari, 2000:89

3.7.2 Uji Hipotesis

Uji hipotesis berguna untuk memeriksa atau menguji apakah koefisien regresi yang didapat signifikan (berbeda nyata). Maksud dari signifikan ini adalah suatu nilai koefisien regresi yang secara statistik tidak sama dengan nol, berarti

dapat dikatakan bahwa tidak cukup bukti untuk menyatakan variabel bebas mempunyai pengaruh terhadap variabel terikat. Untuk itu maka koefisien regresi harus diuji. Ada tiga jenis uji hipotesis terhadap koefisien regresi yang dapat dilakukan, yang disebut dengan uji-F, uji-t, dan uji R^2 -test.

1. Uji-F (F-test)

Uji-F diperuntukkan guna melakukan uji hipotesis koefisien (*slope*) regresi secara bersamaan. Sedangkan rumus yang digunakan adalah: (Nachrowi&Usman, 2006:21)

$$F = \frac{R^2 / k}{(1 - R^2) / (n - k - 1)}$$

Dimana :

F = Uji F

R^2 = Koefisien Determinasi

n = Banyaknya observasi

k = Jumlah variabel independen

Dengan demikian, secara umum hipotesisnya dituliskan sebagai berikut:

$$H_0 : \beta_1 = \beta_2 = \beta_3 = \beta_4 = \dots = \beta_k = 0$$

Hal itu berarti tidak ada pengaruh variabel independen terhadap variabel dependen secara serentak.

$$H_a : \beta_1 \neq \beta_2 \neq \beta_3 \neq \beta_4 \neq \dots \neq \beta_k \neq 0$$

Hal itu berarti ada pengaruh variabel independen terhadap variabel dependen secara serentak.

Dengan tingkat signifikansi (α) yaitu sebesar 5%, maka untuk menentukan hipotesis diterima atau ditolak dapat dilihat dari nilai probabilitas, dengan cara:

Jika probabilitas (prob) > 0,05 maka H_0 diterima

Jika probabilitas (prob) < 0,05 maka H_0 ditolak

2. Uji-t (t-test)

Setelah melakukan uji koefisien regresi secara keseluruhan, maka langkah selanjutnya adalah menghitung koefisien regresi secara individu, dengan menggunakan suatu uji dikenal dengan sebutan uji-t. Adapun rumus uji-t adalah:

$$t = \frac{\hat{\beta}}{SE(\hat{\beta})}$$

Dimana :

$\hat{\beta}$ = taksiran koefisien regresi

t = t rasio

SE = *Standar Error*

Adapun hipotesis dalam uji ini adalah sebagai berikut :

H_0 : $\beta_1 = 0$

Berarti tidak ada pengaruh variabel independen terhadap dependen.

H_a : $\beta_1 \neq 0$

Berarti ada pengaruh variabel independen terhadap variabel dependen.

Dengan tingkat signifikansi (α) yaitu sebesar 5%, maka untuk menentukan hipotesis diterima atau ditolak dapat dilihat dari nilai probabilitas, dengan cara:

Jika probabilitas (prob) > 0,05 maka H_0 diterima

Jika probabilitas (prob) < 0,05 maka H_0 ditolak

3. Koefisien Determinasi

Koefisien determinasi merupakan suatu ukuran yang penting dalam regresi, karena dapat menginformasikan baik atau tidaknya model regresi yang terestimasi, atau dengan kata lain, angka tersebut dapat mengukur seberapa dekatkah garis regresi yang terestimasi dengan data sesungguhnya.

Nilai koefisien determinasi (R^2) ini mencerminkan seberapa besar variasi dari variabel terikat Y dapat diterangkan oleh variabel bebas X. Bila nilai koefisien determinasi sama dengan 0 ($R^2=0$), artinya variasi dari Y tidak dapat diterangkan oleh X sama sekali. Sementara bila $R^2 = 1$, artinya variasi dari Y secara keseluruhan dapat diterangkan oleh X. Dengan kata lain bila $R^2 = 1$, maka semua titik pengamatan berada tepat pada garis regresi. Dengan demikian baik atau buruknya suatu persamaan regresi ditentukan oleh R^2 -nya yang mempunyai nilai antara nol dan satu.

BAB 4 PEMBAHASAN

4.1 Pengantar

Pada bagian ini akan dijelaskan mengenai statistik deskriptif yang menggambarkan kondisi data. Uji asumsi klasik dilakukan sebelum analisis regresi berganda dilakukan.

Penelitian ini terdiri dari dua model regresi berganda. Pada model pertama terdiri dari dua variabel bebas, yaitu pengeluaran pemerintah sektor pendidikan (X_1) dan pengeluaran pemerintah sektor kesehatan (X_2); dan satu variabel terikat, yaitu peningkatan pembangunan manusia (Y). Sedangkan pada model kedua terdiri dari tiga variabel bebas, yaitu pengeluaran pemerintah sektor pendidikan (X_1), pengeluaran pemerintah sektor kesehatan (X_2) dan peningkatan pembangunan manusia (X_3); dan satu variabel terikat, yaitu tingkat kemiskinan (Y).

Data variabel pengeluaran pemerintah sektor pendidikan (X_1) dan variabel pengeluaran pemerintah sektor kesehatan (X_2) merupakan data yang diambil dari laporan statistik keuangan pemerintah daerah kabupaten/kota untuk periode 1998 sampai dengan 2007 yang dipublikasikan oleh BPS. Keterbatasan data merupakan kendala peneliti dalam menghimpun data variabel bebas, hal terlihat dari tidak lengkapnya data yang mampu terhimpun, yaitu dari 33 propinsi hanya dapat terkumpul data atas 32 propinsi, yang tidak ada adalah propinsi DKI Jakarta, hal ini karena berdasarkan laporan statistik keuangan pemerintah daerah kabupaten/kota untuk propinsi DKI Jakarta memang tidak disertakan. Data yang terkumpul juga tidak sepenuhnya tersedia, hal ini berhubungan dengan kondisi pemekaran wilayah yang terjadi mulai 1999 sampai dengan sekarang. Data yang digunakan merupakan data dua tahunan yang terdiri dari tahun 1998/1999, 2000/2001, 2002/2003, 2004/2005 dan 2006/2007. Hal ini dilakukan karena data yang tersedia (khususnya untuk indeks pembangunan manusia dan indeks kemiskinan) tidak dikeluarkan setiap tahun. Untuk menyamakan satuan antara variabel bebas dan variabel terikat, peneliti melakukan perlakuan khusus untuk variabel bebas yaitu data yang ada diubah menjadi log.

Uraian pertama menyajikan analisis deskriptif variabel yang terdiri dari analisis variabel pengeluaran pemerintah sektor pendidikan, pengeluaran pemerintah sektor kesehatan, indeks pembangunan manusia (Y_1) dan indeks kemiskinan (Y_2) selama periode 1998 sampai dengan 2007, ditunjukkan pada tabel dibawah ini:

Tabel 4.1
Statistik Deskriptif

Statistics					
		Pengeluaran Pemerintah Sektor Pendidikan	Pengeluaran Pemerintah Sektor Kesehatan	Indeks Pembangunan Manusia	Tingkat Kemiskinan
N	Valid	128	128	128	128
	Missing	0	0	0	0
Mean		69875525.97	37420300.27	57.7408	17.4525
Std. Deviation		87648768.66	48135128.09	22.94380	9.67539
Minimum		.00	.00	.00	.00
Maximum		458457004.50	262559054.50	73.81	44.08

Sumber: Data diolah

Berdasarkan tabel diatas, diketahui bahwa jumlah sampel dalam penelitian ini adalah sebanyak 128, yang dihimpun melalui kelompok dua tahunan yaitu mulai tahun 2000/2001, 2002/2003, 2004/2005 dan 2006/2007. Mean merupakan jumlah nilai semua data dibagi jumlah data. Berdasarkan hasil analisis pada tabel 4.1 diketahui bahwa rata-rata pengeluaran pemerintah sektor pendidikan lebih besar bila dibandingkan dengan rata-rata pengeluaran pemerintah sektor kesehatan.

Bila diperhatikan nilai minimum untuk semua variabel adalah nol. Hal ini karena data untuk beberapa propinsi belum tersedia, dengan alasan pada tahun tertentu propinsi tersebut belum dibentuk. Pemekaran propinsi juga menjadi kendala tidak lengkapnya data yang mampu dihimpun peneliti.

Pengeluaran pemerintah sektor pendidikan terbesar ada pada tahun 2002/2003 untuk propinsi Jawa Barat sebesar Rp. 458.457.005.000,- Sedangkan untuk pengeluaran pemerintah sektor kesehatan ada pada tahun 2002/2003 untuk propinsi Jawa Timur sebesar Rp. 262.559.055.000,- Indeks pembangunan manusia tertinggi ada 73.81 terjadi pada tahun 2004/2005, adapun tingkat

kemiskinan tertinggi adalah 44.08 terjadi pada tahun 2000/2001. Tabel berikut akan menggambarkan data pada masing-masing tahun penelitian.

Tabel 4.2
Statistik Deskriptif Masing-masing tahun Penelitian

Tahun	Pengeluaran Pemerintah Sektor Pendidikan	Pengeluaran Pemerintah Sektor Kesehatan	Indeks Pembangunan Manusia	Tingkat Kemiskinan	Keterangan
1998/1999	30,379,109.32	12,676,575.02	54.15	17.18	Mean
2000/2001	52,752,256.91	30,366,838.33	50.06	17.26	
2002/2003	114,115,921.10	61,040,541.41	59.66	16.41	
2004/2005	84,153,510.88	46,389,532.27	68.61	18.66	
1998/1999	30,746,077.67	12,222,680.61	27.72	9.54	Std.Deviation
2000/2001	49,539,045.93	30,472,617.42	27.06	9.86	
2002/2003	125,141,192.90	67,561,109.24	19.71	9.27	
2004/2005	90,087,770.18	49,660,786.31	3.21	8.94	
1998/1999	0	0	0	0	Minimum
2000/2001	0	0	0	0	
2002/2003	0	0	0	0	
2004/2005	9,268,437.27	5,109,216.06	64.49	6.86	
1998/1999	144,082,771.00	55,100,783.00	71.80	40.47	Maximum
2000/2001	219,688,763.50	118,457,316.00	68.70	40.42	
2002/2003	458,457,004.50	262,559,054.50	71.30	39.76	
2004/2005	422,902,147.60	233,124,353.50	73.81	41.15	

4.2 Uji Asumsi Klasik

4.2.1 Uji Multikolinieritas

Uji multikolinieritas bertujuan untuk menguji apakah regresi yang ditemukan adanya korelasi antar variabel bebas. Model regresi yang baik seharusnya tidak mengandung multikolinieritas (Ghozali, 2001). Uji multikolinieritas dapat dilihat dari Tolerance dan VIF hasil analisis menggunakan program SPSS release 15.0 sebagai berikut:

Tabel 4.3
Uji Multikolinieritas

Variabel	Colinierity Statistic	
	Tolerance	VIF
Persamaan 1:		
Pengeluaran pemerintah sektor pendidikan	0.106	9.395
Pengeluaran pemerintah sektor kesehatan	0.106	9.395
Persamaan 2:		
Pengeluaran pemerintah sektor pendidikan	0.096	10.397
Pengeluaran pemerintah sektor kesehatan	0.106	9.395
Peningkatan Pembangunan Manusia	0.505	1.980

Sumber: Data diolah

Pedoman suatu model regresi bebas multikolinieritas adalah memiliki angka Tolerance lebih besar dari 0.1 dan angka VIF kurang dari 10. Dengan melihat angka VIF dapat disimpulkan bahwa persamaan 1 tidak terjadi multikolinieritas pada masing-masing variabel bebas. Pada persamaan 2 terjadi multikolinieritas variabel pengeluaran pemerintah sektor pendidikan dimana nilai Tolerance $0.096 < 0.1$ dan nilai VIF $10.397 > 10$. Akan tetapi dengan *centering* maka multikolinieritas yang terjadi pada variabel pengeluaran pemerintah sektor pendidikan dapat diabaikan.

4.2.2 Uji Heteroskedastisitas

Uji heteroskedastisitas bertujuan untuk menguji apakah model regresi terjadi ketidaksamaan varian dari residual satu pengamatan ke pengamatan yang lain. Jika varian dari satu residual satu pengamatan ke pengamatan lain relatif tetap, maka data heteroskedastisitas

Berdasarkan gambar scatterplot (lampiran 3), untuk persamaan 1 tampak bahwa titik-titik terkumpul pada satu titik dan membentuk sebuah pola tertentu. Hal ini berarti terjadi heteroskedastisitas pada model regresi. Sedangkan untuk persamaan 2 (lampiran 5) tampak bahwa titik-titik tersebar di atas dan dibawah 0

pada sumbu Y dan tidak membentuk sebuah pola tertentu, sehingga tidak terjadi heteroskedastisitas pada model regresi.

4.2.3 Uji Autokorelasi

Pengujian autokorelasi digunakan untuk mengetahui apakah terjadi korelasi antara kesalahan pengganggu pada periode t dengan kesalahan pada periode $t-1$ (sebelumnya). Model regresi yang baik adalah regresi yang bebas dari autokorelasi. Untuk mendeteksi adanya autokorelasi dapat dilakukan melalui pengujian terhadap nilai uji Durbin Watson (uji DW) dengan ketentuan sebagai berikut:

Berdasarkan tabel model summary, diperoleh nilai DW sebesar 1.673 untuk persamaan 1 (lampiran 3), angka tersebut terletak pada interval 1,66 s.d 2,34 (Algifari, 2000), sehingga model regresi yang digunakan termasuk dalam kategori tidak ada autokorelasi. Sedangkan nilai DW untuk persamaan 2 adalah 1.575, angka tersebut terletak pada interval 1.08 sampai dengan 1.66 (Algifari, 2000), sehingga model regresi yang digunakan termasuk dalam kategori tanpa kesimpulan.

4.3 Analisis dan Pembahasan

Berikut adalah tabel tentang ringkasan hasil output SPSS untuk persamaan 1 dan persamaan 2:

Tabel 4.4

Hasil Regresi Pengaruh Pengeluaran Pemerintah Sektor Pendidikan dan Kesehatan Terhadap Peningkatan Pembangunan Manusia

Variabel	Model 1	Model 2	Model 3
Konstanta	23.856 (0.000)*	23.856 (0.000)*	27.821 (0.000)*
Pengeluaran pemerintah sektor pendidikan (X_1)	2.361 (0.005)*	2.348 (0.000)*	-
Pengeluaran pemerintah sektor kesehatan (X_2)	-0.014 (0.986)	-	2.204 (0.000)*
R^2	0.379	0.379	0.338

F statistik	38.131 (0.000)*	-	-
Dependent variabel: Tingkat Kemiskinan			
Ket: *signifikan pada level 5%			
**signifikan pada level 10%			

Sumber: Data diolah (lampiran 3 dan 5)

Berdasarkan tabel diatas, diketahui bahwa nilai R^2 model 1 dan model 2 adalah sama, hal ini menunjukkan bahwa kemampuan variabel pengeluaran pemerintah sektor pendidikan dalam menerangkan variabel indeks pembangunan manusia ada sama yaitu sebesar 37.9%, baik itu ketika variabel pengeluaran pemerintah sektor pendidikan secara parsial maupun secara gabungan (dengan sektor kesehatan). Sisanya yaitu 62.1% dipengaruhi oleh variabel lain, sebagaimana diketahui bahwa penelitian ini dibatasi pada variabel-variabel yang telah ditentukan sebelumnya, sehingga tidak mempertimbangkan faktor-faktor diluar pendidikan dan kesehatan, seperti budaya, geografi, dan kesempatan kerja.

Kondisi ini juga memberikan bukti empiris bahwa perhatian pemerintah di bidang pendidikan akan mampu memberikan kontribusi langsung dan signifikan terhadap peningkatan indeks pembangunan manusia Indonesia. Bukti empiris ini juga bisa dijadikan landasan pemerintah dalam pengambilan kebijakan anggaran sehingga benefit dan impact yang diharapkan akan sesuai, yaitu peningkatan indeks pembangunan manusia.

4.3.1 Hasil Pengolahan dan Analisis Persamaan Regresi Berganda 1

Untuk melihat pengaruh variabel pengeluaran pemerintah sektor pendidikan dan sektor kesehatan terhadap indeks pembangunan manusia secara simultan dapat dilihat hasil perhitungan dalam model summary, khususnya angka r^2 pada tabel 4.4. Besarnya angka r^2 adalah 0.379, angka tersebut berarti bahwa pengaruh pengeluaran pemerintah sektor pendidikan dan kesehatan terhadap indeks pembangunan manusia secara gabungan adalah 37.9%, sedangkan sisanya sebesar 62.1% dipengaruhi oleh faktor lain yang tidak masuk dalam pengamatan penelitian. Dengan kata lain, variabilitas peningkatan pembangunan manusia

yang dapat diterangkan oleh pengeluaran pemerintah di sektor pendidikan dan sektor kesehatan sebesar 37.9%, sementara pengaruh 62.1% disebabkan oleh variabel lain di luar model.

Untuk mengetahui kelayakan model regresi dan menjawab hipotesis alternatif (H_1) bahwa ada hubungan linier antara pengeluaran pemerintah di sektor pendidikan dan sektor kesehatan dengan indeks pembangunan manusia, dilakukan pengujian dengan membandingkan besarnya angka taraf signifikansi (sig.) penelitian dengan taraf signifikansi sebesar 0.05. Berdasarkan perhitungan angka signifikansi di atas ternyata ada hubungan linier antara pengeluaran pemerintah sektor pendidikan dan sektor kesehatan dengan indeks pembangunan manusia.

Sedangkan untuk analisis parsial, berdasarkan perhitungan angka signifikansi di atas, ternyata terdapat pengaruh positif signifikan pengeluaran pemerintah sektor pendidikan terhadap peningkatan pembangunan manusia. Besarnya pengaruh pengeluaran pemerintah di sektor pendidikan terhadap peningkatan pembangunan manusia sebesar 2.361. Hasil penelitian ini mendukung teori yang dikemukakan oleh Psacharopoulos (1995) dan Babic (2005) yang menyatakan bahwa pengeluaran atas belanja pendidikan, baik yang dikeluarkan pemerintah ataupun rumah tangga diakui sebagai investasi yang nantinya membentuk *human capital*. Investasi pendidikan diharapkan dapat mencapai kesejahteraan yang lebih baik untuk individu dan negara, karena *human capital* merupakan kunci yang menentukan pertumbuhan ekonomi dan memberikan benefit non ekonomi, misalnya kesehatan, sebagai warga negara dan orang tua yang lebih baik (World Bank, 2000; Hall, 2000). Hasil penelitian ini mendukung penelitian yang dilakukan oleh Brata (2005) yang menyatakan bahwa variabel pembangunan sosial (pendidikan) memberikan pengaruh positif dan signifikan terhadap tingkat pembangunan manusia.

Penganggaran dengan pendekatan kinerja berfokus pada efisiensi penyelenggaraan suatu aktivitas. Efisiensi tersebut adalah perbandingan antara output dengan input. Suatu aktivitas dikatakan efisien, apabila output yang dihasilkan lebih besar dengan input yang sama. Anggaran ini tidak hanya didasarkan pada apa yang dibelanjakan saja, tetapi juga didasarkan pada tujuan

atau rencana tertentu yang pelaksanaannya perlu disusun atau didukung oleh suatu anggaran biaya yang cukup dan penggunaan biaya tersebut harus efisien dan efektif. Hasil penelitian ini juga mendukung teori mengenai anggaran berbasis kinerja (ABK) bahwa melalui input berupa anggaran pendidikan, digunakan untuk memperbaiki sarana fisik maupun non fisik yang memberikan outcome berupa masyarakat yang terdidik sehingga mendapatkan benefit berupa peningkatan indeks pembangunan manusia.

Selanjutnya berdasarkan angka signifikansi t di atas, ternyata terdapat pengaruh negatif dan tidak signifikan pengeluaran pemerintah sektor kesehatan terhadap peningkatan pembangunan manusia. Besarnya pengaruh pengeluaran pemerintah di sektor kesehatan terhadap indeks pembangunan manusia sebesar -0.014.

Hasil penelitian ini sesungguhnya tidak mendukung teori yang ada bahwa salah satu dimensi penting indeks pembangunan manusia adalah hidup sehat. Artinya dengan kehidupan yang sehat maka manusia akan mampu meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan sehingga peluang untuk merealisasikan pengetahuan tersebut menjadi kegiatan yang produktif semakin besar (UNDP, 1990). Dalam hal ini peran pemerintah adalah menyediakan anggaran untuk mendukung terwujudnya masyarakat Indonesia yang sehat. Bukti-bukti makroekonomi menjelaskan bahwa negara-negara dengan kondisi kesehatan dan pendidikan yang rendah, menghadapi tantangan yang lebih berat untuk mencapai pertumbuhan berkelanjutan jika dibandingkan dengan negara yang lebih baik keadaan kesehatan dan pendidikannya (Atmawikarta, 2001).

Hasil penelitian ini menunjukkan besarnya tantangan bagi pemerintah, yaitu bagaimana untuk dapat terus meningkatkan keadaan kesehatan sambil merestrukturisasi dan mereformasi sistem kesehatan di era desentralisasi ini. Tugas yang paling penting adalah memberikan perhatian lebih kepada kondisi kesehatan utama, meningkatkan kelayakan kondisi kesehatan serta pemanfaatan sistem kesehatan, melibatkan peran swasta, mengevaluasi ulang mekanisme pendanaan kesehatan dan melaksanakan desentralisasi, termasuk juga menyangkut isu tenaga kerja.

Berdasarkan hipotesis diketahui bahwa pengaruh yang dianalisis adalah pengaruh antara variabel bebas tahun sebelumnya (t-1) terhadap variabel terikat (t). Akan tetapi peneliti juga menganalisis pengaruh variabel bebas tahun (t) terhadap variabel terikat tahun (t), terlihat pada lampiran 4. Berdasarkan besarnya koefisien determinasi (R^2) maka kemampuan variabel bebas (t) menerangkan variabel terikat (t) lebih besar dari kemampuan variabel bebas (t-1) menerangkan variabel terikat (t) untuk model 1, yaitu $51.4\% > 37.9\%$.

4.3.2 Hasil Pengolahan dan Analisis Persamaan Regresi Berganda 2

Tabel 4.5
Hasil Regresi Pengaruh Pengeluaran Pemerintah Sektor Pendidikan, Kesehatan dan Peningkatan Pembangunan Manusia (t-1) terhadap Tingkat Kemiskinan (t)

Variabel	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4
Konstanta	4.931 (0.078)**	5.292 (0.061)**	4.911 (0.078)**	5.999 (0.027)*
Pengeluaran pemerintah sektor pendidikan (X_1)	0.755 (0.153)	1.093 (0.033)*	0.414 (0.073)**	-
Pengeluaran pemerintah sektor kesehatan (X_2)	-0.358 (0.472)	-0.362 (0.473)	-	0.284 (0.194)
Peningkatan Pembangunan Manusia (X_3)	0.100 (0.040)*	-	0.101 (0.040)*	0.122 (0.009)*
R^2	0.173	0.144	0.170	0.159
F statistik	8.650 (0.000)*	10.549 (0.000)*	12.764 (0.000)*	11.841 (0.000)*
Variabel	Model 5	Model 6	Model 7	
Konstanta	5.272 (0.062)**	7.127 (0.010)*	8.090 (0.000)*	
Pengeluaran pemerintah sektor pendidikan (X_1)	0.749 (0.000)*	-	-	
Pengeluaran pemerintah sektor kesehatan (X_2)	-	0.665 (0.000)*	-	
Peningkatan Pembangunan	-	-	0.162	

Manusia (X_3)			(0.000)*	
Dependent variabel: Tingkat Kemiskinan				
Ket: *signifikan pada level 5%				
**signifikan pada level 10%				

Sumber: Data diolah (lampiran 5 s/d 11)

1. Pengaruh Pengeluaran Pemerintah Sektor Pendidikan, Kesehatan dan Peningkatan Pembangunan Manusia terhadap Tingkat Kemiskinan (Model 1)

Untuk melihat pengaruh variabel pengeluaran pemerintah sektor pendidikan, kesehatan dan peningkatan pembangunan manusia terhadap tingkat kemiskinan dapat dilihat hasil perhitungan dalam model summary, khususnya angka r^2 pada tabel 4.5. Besarnya angka r^2 adalah 0.173, angka tersebut berarti bahwa pengaruh pengeluaran pemerintah sektor pendidikan, kesehatan dan peningkatan pembangunan manusia terhadap tingkat kemiskinan secara gabungan adalah 17.3%, sedangkan sisanya sebesar 82.7% dipengaruhi oleh faktor lain yang tidak masuk dalam pengamatan penelitian. Dengan kata lain, variabilitas tingkat kemiskinan yang dapat diterangkan oleh pengeluaran pemerintah di sektor pendidikan, kesehatan, dan peningkatan pembangunan manusia adalah sebesar 17.3%, sementara pengaruh 82.7% disebabkan oleh variabel lain di luar model (lihat tabel 4.5)

Untuk mengetahui kelayakan model regresi, pengujian dilakukan dengan membandingkan besarnya angka taraf signifikansi (sig.) penelitian dengan taraf signifikansi sebesar 0.05. Berdasarkan perhitungan angka signifikansi (Lihat tabel 4.5) ternyata ada hubungan linier antara pengeluaran pemerintah sektor pendidikan, kesehatan dan peningkatan pembangunan manusia dengan tingkat kemiskinan.

Persamaan regresi yang terbentuk dari model 1 (tabel 4.5) memperlihatkan bahwa pengeluaran pemerintah sektor pendidikan memiliki pengaruh positif dan tidak signifikan terhadap tingkat kemiskinan, yang berarti jika setiap peningkatan skor sebesar satu satuan, sedangkan variabel lain konstan, maka akan berdampak pada peningkatan tingkat kemiskinan sebesar 0.755. Pengeluaran pemerintah sektor kesehatan memiliki pengaruh negatif dan tidak signifikan terhadap tingkat

kemiskinan, yang berarti jika setiap peningkatan skor sebesar satu satuan, sedangkan variabel lain konstan, maka akan berdampak pada penurunan tingkat kemiskinan sebesar 0.358. Peningkatan pembangunan manusia memiliki pengaruh positif dan signifikan terhadap tingkat kemiskinan, yang berarti jika setiap peningkatan skor sebesar satu satuan, sedangkan variabel lain konstan, maka akan berdampak pada peningkatan tingkat kemiskinan sebesar 0.100. Sedangkan jika variabel pengeluaran pemerintah sektor pendidikan, kesehatan dan peningkatan pembangunan manusia ada nol, maka besarnya tingkat kemiskinan di Indonesia adalah 4,931.

2. Pengaruh Pengeluaran Pemerintah Sektor Pendidikan dan Kesehatan terhadap Tingkat Kemiskinan (Model 2)

Nilai koefisien determinasi (R^2) mencerminkan seberapa besar variasi dari variabel terikat Y dapat diterangkan oleh variabel bebas X. Nilai R^2 sebesar 0.144 menunjukkan bahwa variasi variabel bebas pengeluaran pemerintah sektor pendidikan dan kesehatan mampu menerangkan variasi variabel terikat tingkat kemiskinan sebesar 0.144 (14.4%), sisanya 0.856 (85.6%) dipengaruhi oleh variabel lain yang diabaikan dalam penelitian ini.

Berdasarkan angka signifikansi (F statistik) ternyata ada hubungan linier antara pengeluaran pemerintah sektor pendidikan dan kesehatan dengan tingkat kemiskinan (lihat tabel 4.5).

Persamaan regresi yang terbentuk dari model 2 (tabel 4.5), dimana peneliti melakukan analisis regresi berganda variabel pengeluaran pemerintah sektor pendidikan dan kesehatan terhadap tingkat kemiskinan, menunjukkan bahwa terdapat pengaruh positif dan signifikan variabel pengeluaran pemerintah sektor pendidikan terhadap tingkat kemiskinan, yang berarti jika setiap peningkatan skor sebesar satu satuan, sedangkan variabel lain konstan, maka akan berdampak pada peningkatan tingkat kemiskinan sebesar 1.093. Pengeluaran pemerintah sektor kesehatan memiliki pengaruh negatif dan tidak signifikan terhadap tingkat kemiskinan, yang berarti jika setiap peningkatan skor sebesar satu satuan, sedangkan variabel lain konstan, maka akan berdampak pada penurunan tingkat kemiskinan sebesar 0.362. Sedangkan jika variabel pengeluaran pemerintah

sektor pendidikan dan kesehatan ada nol, maka besarnya tingkat kemiskinan di Indonesia adalah 5.292.

3. Pengaruh Pengeluaran Pemerintah Sektor Pendidikan dan Peningkatan Pembangunan Manusia terhadap Tingkat Kemiskinan (Model 3)

Untuk melihat pengaruh variabel pengeluaran pemerintah sektor pendidikan dan peningkatan pembangunan manusia terhadap tingkat kemiskinan dapat dilihat hasil perhitungan dalam model summary, khususnya angka r^2 pada tabel 4.5. Besarnya angka r^2 adalah 0.170, angka tersebut berarti bahwa pengaruh pengeluaran pemerintah sektor pendidikan dan peningkatan pembangunan manusia terhadap tingkat kemiskinan secara gabungan adalah 17.0%, sedangkan sisanya sebesar 83.0% dipengaruhi oleh faktor lain yang tidak masuk dalam pengamatan penelitian. Dengan kata lain, variabilitas tingkat kemiskinan yang dapat diterangkan oleh pengeluaran pemerintah di sektor pendidikan dan peningkatan pembangunan manusia sebesar 17.0%, sementara pengaruh 83.0% disebabkan oleh variabel lain di luar model (lihat tabel 4.5)

Untuk mengetahui kelayakan model regresi, pengujian dilakukan dengan membandingkan besarnya angka taraf signifikansi (sig.) penelitian dengan taraf signifikansi sebesar 0.05. Berdasarkan perhitungan angka signifikansi (Lihat tabel 4.5) ternyata ada hubungan linier antara pengeluaran pemerintah sektor pendidikan dan peningkatan pembangunan manusia dengan tingkat kemiskinan.

Berdasarkan tabel 4.5, model 3 mengindikasikan bahwa terdapat pengaruh positif dan tidak signifikan antara pengeluaran pemerintah sektor pendidikan terhadap tingkat kemiskinan, yang berarti jika setiap peningkatan skor sebesar satu satuan, sedangkan variabel lain konstan, maka akan berdampak pada peningkatan tingkat kemiskinan sebesar 0.414. Variabel peningkatan pembangunan manusia menunjukkan pengaruh yang positif dan signifikan, yang berarti jika setiap peningkatan skor sebesar satu satuan, sedangkan variabel lain konstan, maka akan berdampak pada peningkatan tingkat kemiskinan sebesar 0.101. Sedangkan jika variabel pengeluaran pemerintah sektor pendidikan dan peningkatan pembangunan manusia ada nol, maka besarnya tingkat kemiskinan di Indonesia adalah 4.911.

4. Pengaruh Pengeluaran Pemerintah Sektor Kesehatan dan Peningkatan Pembangunan Manusia terhadap Tingkat Kemiskinan (Model 4)

Untuk melihat pengaruh variabel pengeluaran pemerintah sektor kesehatan dan peningkatan pembangunan manusia terhadap tingkat kemiskinan dapat dilihat hasil perhitungan dalam model summary, khususnya angka r^2 pada tabel 4.5. Besarnya angka r^2 adalah 0.159, angka tersebut berarti bahwa pengaruh pengeluaran pemerintah sektor kesehatan dan peningkatan pembangunan manusia terhadap tingkat kemiskinan secara gabungan adalah 15.9%, sedangkan sisanya sebesar 84.1% dipengaruhi oleh faktor lain yang tidak masuk dalam pengamatan penelitian. Dengan kata lain, variabilitas tingkat kemiskinan yang dapat diterangkan oleh pengeluaran pemerintah di sektor kesehatan dan peningkatan pembangunan manusia sebesar 15.9%, sementara pengaruh 84.1% disebabkan oleh variabel lain di luar model (lihat tabel 4.5)

Untuk mengetahui kelayakan model regresi, pengujian dilakukan dengan membandingkan besarnya angka taraf signifikansi (sig.) penelitian dengan taraf signifikansi sebesar 0.05. Berdasarkan perhitungan angka signifikansi (Lihat tabel 4.5) ternyata ada hubungan linier antara pengeluaran pemerintah sektor kesehatan dan peningkatan pembangunan manusia dengan tingkat kemiskinan.

Model 4 (tabel 4.5) menunjukkan bahwa terdapat pengaruh positif dan tidak signifikan antara pengeluaran pemerintah sektor kesehatan terhadap tingkat kemiskinan, hal ini berarti jika setiap peningkatan skor sebesar satu satuan, sedangkan variabel lain konstan, maka akan berdampak pada peningkatan tingkat kemiskinan sebesar 0.284. Untuk variabel peningkatan pembangunan manusia memiliki pengaruh yang positif dan signifikan terhadap tingkat kemiskinan, dimana jika terjadi peningkatan skor satu satuan, sedangkan variabel lain konstan, maka akan berdampak pada peningkatan tingkat kemiskinan sebesar 0.122. Sedangkan jika variabel pengeluaran pemerintah sektor kesehatan dan peningkatan pembangunan manusia ada nol, maka besarnya tingkat kemiskinan di Indonesia adalah 5.999.

5. Pengaruh Pengeluaran Pemerintah Sektor Pendidikan terhadap Tingkat Kemiskinan (Model 5)

Sedangkan untuk analisis parsial, berdasarkan perhitungan angka signfiikansi t di atas, ternyata terdapat pengaruh positif pengeluaran pemerintah sektor pendidikan terhadap tingkat kemiskinan. Besarnya pengaruh pengeluaran pemerintah di sektor pendidikan terhadap tingkat kemiskinan sebesar 0.749. Hasil penelitian ini sesungguhnya tidak mendukung teori yang ada, dimana pendidikan yang tinggi (dengan menganggap variabel lain konstan) justru malah meningkatkan kemiskinan. Kondisi ini mungkin saja terjadi karena pandangan tentang pendidikan itu sendiri mengalami pergeseran. Pandangan seseorang tentang sesuatu akan sangat dipengaruhi oleh pengalaman dan lingkup kebudayaannya. Dengan kata lain seseorang berpikir sesuai dengan tingkat berpikir masyarakatnya, sehingga ukuran tentang skala prioritas dan pentingnya pendidikan yang berkualitas akan ditentukan oleh sejauhmana “kesan baik” yang didapatkan atau dialami seseorang atas pendidikan. Contoh sederhana misalnya, berapa banyak pengaruh pendidikan terhadap tingkat keberhasilan seseorang menjadi kaya. Tampaknya kesan yang didapatkan masyarakat adalah bahwa kesuksesan atau kekayaan tidak berkorelasi dengan pendidikan. Masyarakat desa yang ekonominya mengalami perubahan ke arah yang lebih baik (menjadi kaya atau berkecukupan) tidak disebabkan oleh tingkat pendidikan, melainkan oleh kerja keras dan keuletan dalam berdagang. Jadi, meskipun pendidikan orang-orang kaya tersebut di daerahnya hanya setingkat SD atau SMP, namun hal itu tidak menghalangi mereka untuk bersaing dan berlomba mengumpulkan kekayaan (Moehiddin, 2010).

Pendidikan memegang peran penting dalam penyediaan tenaga kerja. Ini harus menjadi dasar untuk perencanaan pendidikan, karena pranata ekonomi membutuhkan tenaga-tenaga terdidik dan terlatih. Permasalahan yang dihadapi adalah jarang ada ekuivalensi yang kuat antara pekerjaan dan pendidikan yang dibutuhkan yang mengakibatkan munculnya pengangguran terdidik dan terlatih. Oleh karena itu, pendidikan perlu mengantisipasi kebutuhan. Ia harus mampu memprediksi dan mengantisipasi kualifikasi pengetahuan dan ketrampilan tenaga kerja. Prediksi ketenagakerjaan sebagai dasar dalam perencanaan pendidikan

harus mengikuti pertumbuhan ekonomi yang ada kaitannya dengan kebijakan sosial ekonomi dari pemerintah. Intervensi pendidikan terhadap ekonomi merupakan upaya penyiapan pelaku-pelaku ekonomi dalam melaksanakan fungsi-fungsi produksi, distribusi dan konsumsi. Di samping tenaga kerja, juga pendidikan mengintervensi produksi untuk penyediaan entrepreneur tangguh yang mampu mengambil resiko dalam inovasi teknologi produksi. Bentuk intervensi lain yaitu menciptakan teknologi baru dan menyiapkan orang-orang yang menggunakannya. (<http://netibudiwati.blogspot.com/>, diakses pada tanggal 12 Maret 2010, pkl.15.30).

6. Pengaruh Pengeluaran Pemerintah Sektor Kesehatan terhadap Tingkat Kemiskinan (Model 6)

Selanjutnya, masih dalam analisis parsial, berdasarkan perhitungan angka signifikansi t, ternyata terdapat pengaruh positif pengeluaran pemerintah sektor kesehatan terhadap tingkat kemiskinan. Besarnya pengaruh pengeluaran pemerintah sektor kesehatan terhadap tingkat kemiskinan sebesar 0.665. Hasil penelitian ini tidak mendukung penelitian yang telah dilakukan oleh Chemingui (2007) yang menyatakan pentingnya investasi di pelayanan sosial (kesehatan) dalam pengurangan kemiskinan selama beberapa periode ini. Dan Brata (2005) yang menyatakan pengeluaran sosial juga memberikan manfaat bagi pengurangan tingkat kemiskinan.

Berdasarkan Rencana Kerja Pemerintah 2007 (Royat, 2008) salah satu program kerja kebijakan penanggulangan kemiskinan adalah peningkatan aksesabilitas dan kualitas kesehatan dan pendidikan. Rendahnya derajat kesehatan dan gizi berdampak pada rendahnya daya tahan fisik, daya fikir yang pada gilirannya dapat mengurangi prakarsa dan inisiatif. Selain itu rendahnya taraf kesehatan mengakibatkan keterbatasan dalam pengembangan diri dan mobilitas.

Pada tingkat makro, penduduk dengan tingkat kesehatan yang baik merupakan masukan (input) penting untuk menurunkan kemiskinan, pertumbuhan ekonomi, dan pembangunan ekonomi jangka panjang. Beberapa pengalaman sejarah besar membuktikan berhasilnya tinggal landas ekonomi

seperti pertumbuhan ekonomi yang cepat didukung oleh terobosan penting di bidang kesehatan masyarakat, pemberantasan penyakit dan peningkatan gizi. Hal ini antara lain terjadi di Inggris selama revolusi industri, Jepang dan Amerika Selatan pada awal abad ke-20, dan pembangunan di Eropa Selatan dan Asia Timur pada permulaan tahun 1950-an dan tahun 1960-an (Atmawikarta, 2001). Kondisi ini menjadi harapan tersendiri bagi Indonesia, dimana pemerintah bertujuan mengurangi tingkat kemiskinan.

Tujuan pembangunan milenium difokuskan terhadap pengurangan kemiskinan pada umumnya dan beberapa tujuan kesehatan pada khususnya, sehingga terdapat keterkaitan antara upaya keseluruhan penurunan kemiskinan dengan investasi di bidang kesehatan.

7. Pengaruh Peningkatan Pembangunan Manusia terhadap Tingkat Kemiskinan (Model 7)

Untuk melihat apakah ada pengaruh negatif peningkatan pembangunan manusia terhadap tingkat kemiskinan, dianalisa berdasarkan perhitungan angka signifikansi ternyata pengaruh yang terlihat adalah terdapat pengaruh positif peningkatan pembangunan manusia terhadap tingkat kemiskinan. Besarnya pengaruh pembangunan manusia terhadap penurunan kemiskinan sebesar 0.162. Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan hipotesis penelitian dan secara teoritis bertentangan dengan teori umum yang berlaku bahwa pembangunan selalu mengingatkan pada gagasan tentang kemajuan, kesejahteraan dan kekayaan, sehingga berbanding terbalik dengan kemiskinan. Kondisi ini dikemukakan oleh Elizabeth Harrison (dalam Supriatna, 2000) menyatakan bahwa pembangunan yang berlangsung saat ini telah menjadi mesin pembangunan yang monolitik, yang hanya berorientasi pasar semata, yang siap menggulung dan menggilas siapapun yang mencoba merintanginya. Pembangunan telah kehilangan muatan universal yang berorientasi pada kemanfaatan bagi kelangsungan hidup manusia dan masyarakat. Maka, kalau Robertson (Robertson: 1984) pernah menganggap pembangunan sebagai usaha kolektif paling ambisius umat manusia, itu bukanlah sesuatu yang berlebihan. Ini karena pembangunan seringkali gagal mewujudkan cita-citanya dan malah menjerumuskan rakyat ke jurang kesengsaraan. Dalam

kerangka inilah sering kali pembangunan melenceng dari cita-cita awalnya. Beragam proyek pembangunan yang selama ini terus menerus digenjot dan "dipaksakan" oleh negara-negara maju terhadap negara-negara berkembang, termasuk Indonesia, ternyata hanya berorientasi bisnis semata dengan mengesampingkan dimensi-dimensi lainnya.

Akibatnya, proyek-proyek pembangunan ternyata bukan hanya dianggap telah gagal, terutama dalam menghapus kemiskinan yang semakin luas, tetapi teori pembangunan juga telah mengalami kemacetan, terjebak dalam metanarasinya sendiri dan gagal dalam memahami perbedaan-perbedaan dan persoalan-persoalan dalam masyarakat.

Berdasarkan hipotesis diketahui bahwa pengaruh yang dianalisis adalah pengaruh antara variabel bebas tahun sebelumnya (t-1) terhadap variabel terikat (t). Akan tetapi peneliti juga menganalisis pengaruh variabel bebas tahun (t) terhadap variabel terikat tahun (t), terlihat pada lampiran 12. Jika dibandingkan besarnya koefisien determinasi, maka kemampuan variabel bebas (t) menerangkan variabel terikat (t) lebih besar dari kemampuan variabel bebas (t-1) menerangkan variabel terikat (t) untuk model 1, yaitu $18.9\% > 17.3\%$. Untuk model 2, kemampuan variabel bebas (t) menerangkan variabel terikat (t) lebih kecil dari kemampuan variabel bebas (t-1) menerangkan variabel terikat (t) untuk model 1, yaitu $9.8\% < 14.4\%$.

Untuk model 3, kemampuan variabel bebas (t) menerangkan variabel terikat (t) lebih besar dari kemampuan variabel bebas (t-1) menerangkan variabel terikat (t) untuk model 1, yaitu $18.3\% > 17.0\%$. Dan untuk model 4, kemampuan variabel bebas (t) menerangkan variabel terikat (t) lebih besar dari kemampuan variabel bebas (t-1) menerangkan variabel terikat (t) untuk model 1, yaitu $18.4\% > 15.9\%$.

BAB 5 PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisis data dan pembahasan yang dilakukan pada bab sebelumnya, maka dapat disimpulkan beberapa hal sebagai berikut:

1. Terdapat pengaruh positif pengeluaran pemerintah sektor pendidikan ($t-1$) terhadap peningkatan pembangunan manusia (t). Hasil penelitian ini mendukung teori yang dikemukakan oleh Psacharopoulos (1995) dan Babic (2005) yang menyatakan bahwa pengeluaran atas belanja pendidikan, baik yang dikeluarkan pemerintah ataupun rumah tangga diakui sebagai investasi yang nantinya membentuk *human capital*.
2. Terdapat pengaruh negatif pengeluaran pemerintah sektor kesehatan ($t-1$) terhadap peningkatan pembangunan manusia (t). Hasil penelitian ini berbeda dengan teori yang menyatakan bahwa salah satu dimensi penting IPM adalah hidup sehat. Hal ini menjadi tantangan besar bagi pemerintah, yaitu bagaimana untuk dapat terus meningkatkan keadaan kesehatan sambil merestrukturisasi dan mereformasi sistem kesehatan di era desentralisasi ini.
3. Variabilitas peningkatan pembangunan manusia yang dapat diterangkan oleh pengeluaran pemerintah disektor pendidikan dan sektor kesehatan sebesar 37.9%, sementara pengaruh 62.1% disebabkan oleh variabel lain diluar model.
4. Terdapat pengaruh positif pengeluaran pemerintah sektor pendidikan ($t-1$) terhadap tingkat kemiskinan (t). Hasil penelitian ini sesungguhnya tidak mendukung teori yang ada, dimana pendidikan yang tinggi (dengan menganggap variabel lain konstan) justru malah meningkatkan kemiskinan. Kondisi ini mungkin saja terjadi karena pandangan tentang pendidikan itu sendiri mengalami pergeseran, bahwa menjadi kaya bukan karena pendidikan, melainkan kerja keras dan keuletan dalam berdagang.

5. Terdapat pengaruh positif pengeluaran pemerintah sektor kesehatan (t-1) terhadap tingkat kemiskinan (t). Hasil penelitian ini tidak mendukung penelitian yang telah dilakukan oleh Chemingui (2007) yang menyatakan pentingnya investasi di pelayanan sosial (kesehatan) dalam pengurangan kemiskinan selama beberapa periode ini. Dan Brata (2005) yang menyatakan pengeluaran sosial juga memberikan manfaat bagi pengurangan tingkat kemiskinan.
6. Terdapat pengaruh positif peningkatan pembangunan manusia (t-1) terhadap tingkat kemiskinan (t). Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan hipotesis penelitian dan secara teoritis bertentangan dengan teori umum yang berlaku bahwa pembangunan selalu mengingatkan pada gagasan tentang kemajuan, kesejahteraan dan kekayaan, sehingga berbanding terbalik dengan kemiskinan. Kondisi ini dikemukakan oleh Elizabeth Harrison (dalam Supriatna, 2000) menyatakan bahwa pembangunan yang berlangsung saat ini telah menjadi mesin pembangunan yang monolitik, yang hanya berorientasi pasar semata, yang siap menggulung dan menggilas siapapun yang mencoba merintanginya.
7. Variabilitas tingkat kemiskinan yang dapat diterangkan oleh pengeluaran pemerintah sektor pendidikan, kesehatan dan peningkatan pembangunan manusia sebesar 17.3%, sementara pengaruh 82.7% disebabkan oleh variabel lain diluar model.

5.2 Saran

1. Sebagaimana diketahui bahwa pemerintah berkomitmen meningkatkan anggaran pendidikan dan kesehatan, hal sangat direkomendasikan oleh peneliti, karena berdasarkan hasil penelitian peningkatan anggaran akan meningkatkan indeks pembangunan manusia.
2. Hasil penelitian ini menunjukkan besarnya tantangan bagi pemerintah khususnya tentang kesehatan, yaitu bagaimana untuk dapat terus meningkatkan keadaan kesehatan sambil merestrukturisasi dan mereformasi sistem kesehatan di era desentralisasi ini. Tugas yang paling penting adalah memberikan perhatian lebih kepada kondisi kesehatan

utama, meningkatkan kelayakan kondisi kesehatan serta pemanfaatan sistem kesehatan, melibatkan peran swasta, mengevaluasi ulang mekanisme pendanaan kesehatan dan melaksanakan desentralisasi, termasuk juga menyangkut isu tenaga kerja.

3. Indeks kemiskinan yang tinggi di Indonesia memaksa pemerintah untuk bekerja lebih keras lagi, dalam hal ini peneliti menyarankan untuk melakukan kegiatan atau program yang dapat meningkatkan kemampuan produktivitas sehingga akan meningkatkan kemampuan pribadinya. Program yang sekarang dicanangkan pemerintah, seperti PNPM mandiri, sangat baik untuk dilanjutkan.
4. Penelitian ini memiliki kekurangan, salah satunya dalam variabel bebas yang hanya terpaku pada sektor pendidikan dan kesehatan, untuk penelitian selanjutnya yang menginginkan tema yang sama disarankan untuk menambah variabel bebas sehingga menjadi lebih komprehensif.
5. Penelitian ini menghadapi kendala seperti tidak terkumpulnya data seluruh propinsi, untuk peneliti selanjutnya disarankan untuk melengkapi data menjadi lebih sempurna.
6. Bagi peneliti selanjutnya yang tertarik meneliti dengan tema yang sama, disarankan untuk menggunakan time lag lebih dari satu tahun, misalnya 5 tahun, dengan pertimbangan pengeluaran pemerintah di sektor pendidikan akan mempengaruhi indeks pembangunan manusia kira-kira 5 tahun kemudian, utamanya masyarakat yang memperoleh pendidikan menengah (sampai SMP dan SMA) baru dapat bekerja setelah lulus SMA, artinya tidak langsung dirasakan pada tahun berikutnya.

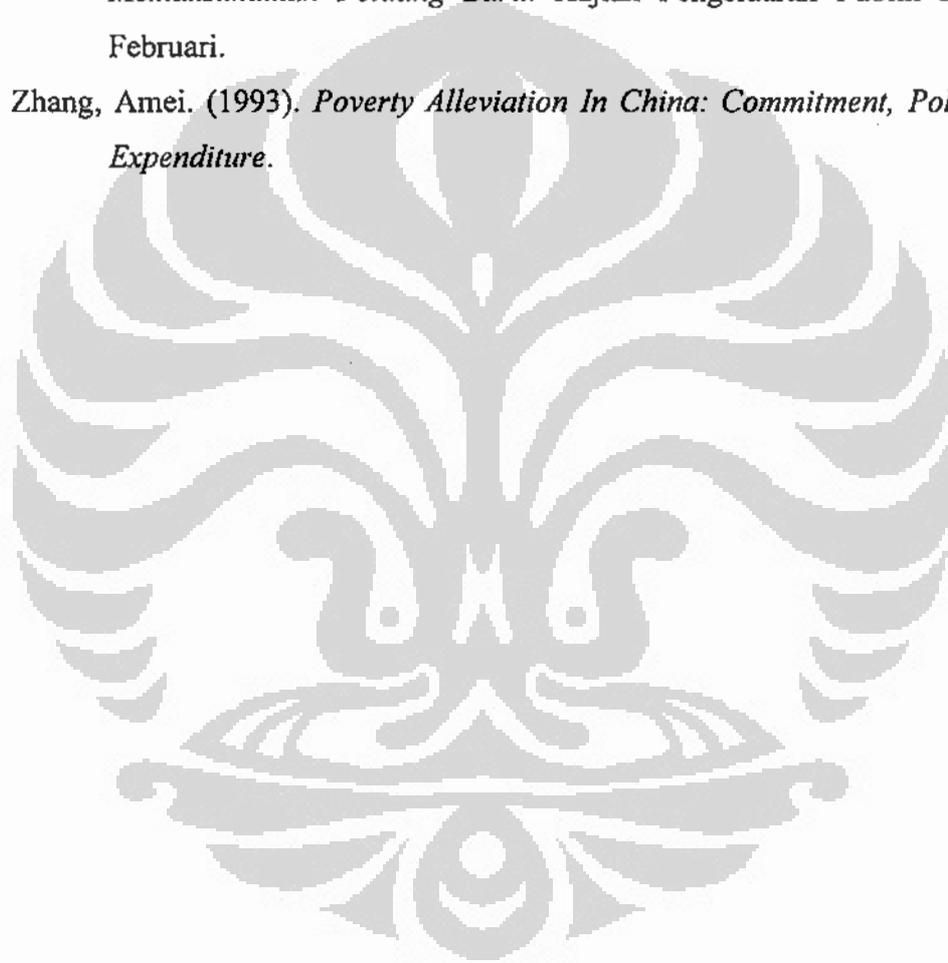
DAFTAR PUSTAKA

- Atmawikarta, Arum. (2001). *Investasi Kesehatan untuk Pembangunan Ekonomi*.
<http://bappenas.go.id/> diakses pada tanggal 19 november 2009, pkl.13.50.
- Babic, Zdenko. (2005). Participation Rates and Investment in Education in Croatia. *Croatian Economic Survey*, pp.81-105.
- Badan Pusat Statistik. (2009). *Berita Resmi Statistik*. No. 43/07/th.XII, 1 juli.
- Badan Pusat Statistik Kabupaten Bekasi. *PDRB Kabupaten Bekasi: Beberapa tahun terbitan*.
- Bappeda Kabupaten Bekasi. *Bekasi dalam Angka: Beberapa tahun terbitan*.
- BPS. (2008). *Data dan Informasi Kemiskinan*.
- Brata, Aloysius Gunadi. (2005). *Investasi Sektor Publik Lokal, Pembangunan Manusia dan Kemiskinan*. Lembaga Penelitian – Universitas Atma Jaya Yogyakarta, Februari.
- Chemingui, Mohamed Abdelbasset. (2007). *Public Spending and Poverty Reduction in an Oil Based Economy: The Case of Yamen*. Revised: January.
- Davies, A. And G. Quinlivan. (2006). *A Panel Data Analysis of The Impact of Trade on Human Development*. *Journal of Socioeconomics*.
- Fan, Shengen. Linxiu Zhang dan Xiaobo Zhang. (2002). *Growth, Inequality, and Poverty in Rural China The Role of Public Investment*.
- Fan, Shenggen et.al. (2000). *How Does Public Spending Affect Growth And Poverty? The Experience of China*. Paper submitted to 2nd annual Global Development Network Conference. Tokyo, Japan. Desember 11-13, 2000.
- Hall, Joshua. (2000). *Investment in Education: Private and Public Returns*. *Joint Economic Committee, United State Congress*. 3 Agustus 2008.
<http://www.house.gov/jec/>.

- Hastoto, Eri. (2003). *Analisis Disparitas Pembangunan Regional di Propinsi Sulawesi Utara dan Propinsi Gorontalo*. Sekolah Pasca Sarjana IPB Bogor.
- Human Development Report. (2009). <http://hdrstats.undp.org/> diakses pada tanggal 18 November 2009, pkl.15.55.
- Kartasasmitha, Ginanjar. (1996). *Pembangunan untuk Rakyat Memadukan Pertumbuhan dan Pemerataan*. CIDES. Jakarta.
- Ke-Young, Sanjeev Gupta, Benedict Clements, Daniel Hewitt, Sergio Lugaresi, Jerard Schiff, Ludger Schuknecht dan Gerd Schwartz. (1995). *Unproductive Public Expenditure, A Pragmatic Approach To Policy Analysis*. IMF Pamphlet Series No.48.
- Kebijakan Penanggulangan Kemiskinan dan Pengangguran Melalui Program Nasional Pemberdayaan Masyarakat. <http://nmc.ppk.or.id/> diakses pada tanggal 19 november 2009, pkl.09.45
- Khan, Haider. (1997). *Ecology, Inequality and Poverty: The Case of Bangladesh*, dalam Asian Development Review, Vol.15, Number 2, Manila.
- Kuncoro, Mujarad. (2000). *Ekonomi Pembangunan: Teori, Masalah dan Kebijakan*. Cetakan Kedua. Akademi Manajemen YKPN. Yogyakarta.
- Kurniawan, Deny. (2008). Regresi Linier (Linear Regression). <http://ineddeni.wordpress.com>.
- Lee, Robert D dan Ronald W. Jonshon. (1998). *Public Budgeting Systems*. Aspen Publishers, Inc., Gaithersburg, Maryland, USA.
- Lesmana, Tedi. (2007). *Pembangunan dan Kemiskinan*. Makalah Seminar Buku. P2E-LIPI.
- Mahmudi. (2007). *Analisis Laporan Keuangan Pemerintah Daerah*. Unit Penerbit dan Percetakan STIE YKPN, Jogyakarta.
- Moehiddin, Ilham Q. (2010). Pendidikan dan Pengentasan Kemiskinan. <http://ilhamqmoehiddin.wordpress.com/2010/01/11/pendidikan-dan-pengentasan-kemiskinan/>. Diakses pada tanggal 9 Maret 2010, pkl. 16.40.
- Musgrave, Richard. A dan Peggy B Musgrave. (1989). *Public Finance in Theory and Practise*. 5th edistion. Mc-Graw-Hill ook. International Edition, 1984.

- Nordiawan, Deddi. (2006). *Akuntansi Sektor Publik*. Salemba Empat. Jakarta.
- _____, Iswahyudi Sondi Putra dan Maulidiah Rahmawati. (2007). *Akuntansi Pemerintahan*. Salemba Empat. Jakarta.
- Psacharopoulos, George. (1995, Desember). *The Profitability of Investment in Education: Concept and Methods*.
- Quanes, Abdessatar & Subhas Thakur. (1997). *Macroeconomics Accounting and Analysis in Transition Economics*. IMF. June.
- Samahdumin, D. Dan Dudi S. Abdurrahim. (2001). *Pemanfaatan Indeks Pembangunan Manusia Untuk Perencanaan*. Bapeda Propinsi Jawa Barat. Bandung.
- Sarwono, Jonathan. (2007). *Analisis Jalur untuk Riset Bisnis dengan SPSS*. CV Andi Offset. Yogyakarta.
- Sen, Amartya. (1998). *Social Choice, Welfare Distribution and Poverty*, Trinity College, Cambridge, United Kingdom.
- Supriatna, T. (2000). *Strategi Pembangunan dan Kemiskinan*. Jakarta : Rineka Cipta
- Tambunan, Thulus T.H. (2001). *Transformasi Ekonomi di Indonesia, Teori dan Penemuan Empiris*. Jakarta: Salemba Empat.
- The Concise Oxford Dictionary. (1995). Oxford University Press.
- The World Bank. (1990). *Indonesia: Poverty Assessment and Strategy Report*. Washington, D.C.
- Ulfa, Almizan dan Akmad Yasin. (2004). *Isu-isu Kebijakan Fiskal Kontemporer. Suatu Survei Literatur*. *Jurnal Keuangan dan Moneter*. Volume 7 Nomor 1 Juni. Pusat Statistik dan Penelitian Keuangan Badan Analisa Fiskal Departemen Keuangan RI.
- UNDP. (1990). *Human Development Report*.
- _____. (1995). *Human Development Report*.
- _____. (1997). *Human Development Report*.
- _____. (2001). *Human Development Report*.

- Utomo, Hadi dan Samsubar Saleh. (2006). Peran Sektor Pendidikan dan Kesehatan Terhadap Pertumbuhan Ekonomi Indonesia Tahun 1970-2003. *Journal Sosiosains*. 19(2). April.
- Wiebe, Franck S. (1994). *Measuring Poverty and Local Actions Towards Its Reduction*, dalam *Regional Development Dialogue*, Vol.20, No.1, Nagoya, Jepang.
- World Bank. (2007). *Ikhtisar Kajian Pengeluaran Publik Indonesia: Memaksimalkan Peluang Baru*. Kajian Pengeluaran Publik Indonesia. Februari.
- Zhang, Amei. (1993). *Poverty Alleviation In China: Commitment, Policies and Expenditure*.



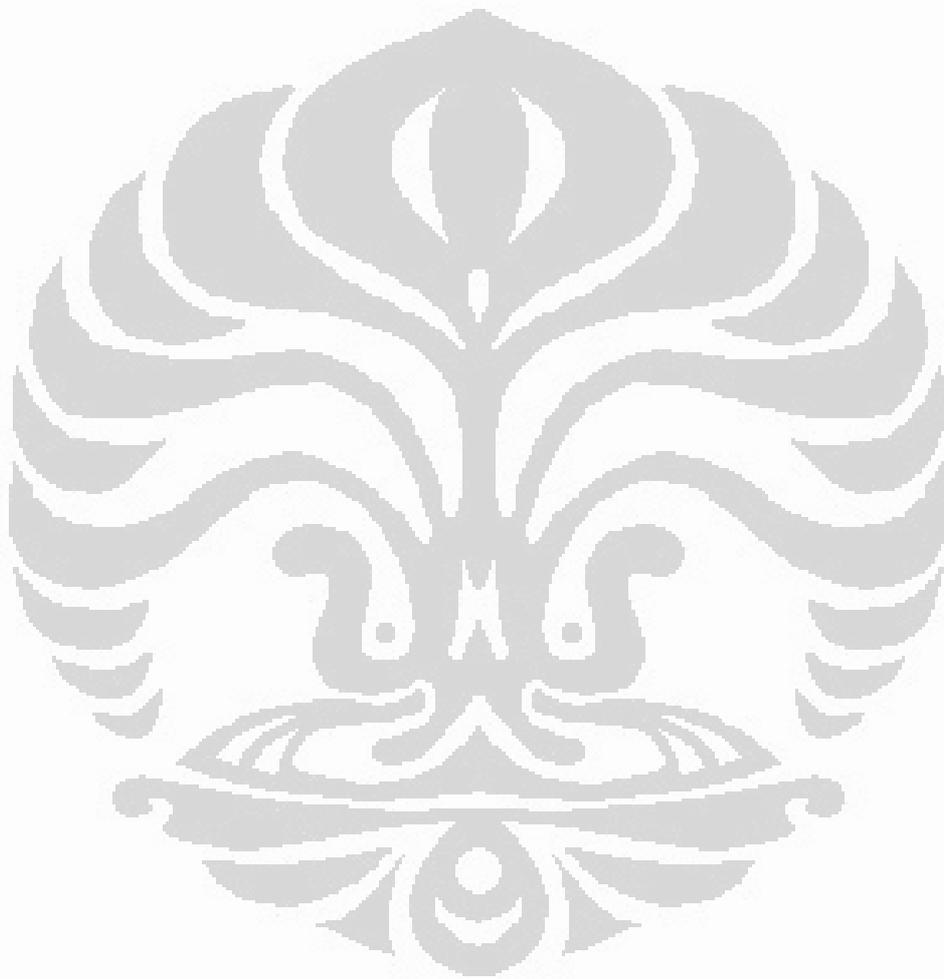
Lampiran 1
Data Penelitian

Tahun	ln_x1 (t-1)	ln_x2 (t-1)	Y1 (t-1)	Y2
01/00	16.73	6.28	69.4	17.2
	17.71	6.79	70.5	12.39
	17.28	5.97	69.2	13.295
	17.32	6.02	70.6	10.22
	16.88	5.54	69.3	20.43
	17.31	6.41	68	16.72
	16.36	5.59	68.4	19.74
	17.13	6.36	67.6	27.67
	15.10	4.38	0	6.64
	0	0	0	0
	18.79	7.67	68.2	15.37
	18.40	7.24	67	21.615
	16.36	5.63	71.8	28.96
	18.35	7.82	65.5	22.205
	16.53	5.04	0	8.62
	16.86	6.20	70.1	6.775
	16.70	6.51	56.7	29.28
	17.00	5.92	60.9	34.765
	17.21	6.41	63.6	24.325
	17.08	6.08	71.3	11.845
	17.20	6.26	66.3	12.475
	16.98	6.29	71.4	15.17
	17.02	6.19	71.8	11.85
	16.75	5.72	66.4	24.9
	17.50	6.61	66	15.97
	16.80	5.85	66.2	24.54
	14.66	5.14	0	14.87
	0	0	0	0
	17.27	16.68	68.2	40.465
	15.90	15.64	0	7.015
	0	0	0	0
	0	0	60.2	44.075
03/02	18.25	18.33	65.3	29.80
	18.06	17.54	66.6	15.87
	17.60	16.66	65.8	11.41
	19.21	18.11	67.3	13.57
	16.96	16.34	65.4	12.96
	17.58	17.37	63.9	21.93

	18.12	15.71	64.8	22.70
	17.36	16.80	63	23.34
	16.03	15.07	0	10.84
	0	0	0	0.00
	18.74	18.11	64.6	13.14
	18.56	18.30	64.6	22.42
	16.44	16.50	68.7	20.00
	18.79	18.59	61.8	21.42
	17.75	16.70	0	9.39
	16.92	16.72	65.7	7.12
	17.62	17.06	54.2	27.05
	17.61	17.32	60.4	29.69
	17.68	16.96	60.6	15.13
	17.69	16.64	66.7	11.63
	17.59	16.86	62.2	8.34
	18.43	17.59	67.8	12.18
	16.37	15.72	67.1	10.12
	17.20	16.74	62.8	23.97
	17.82	17.43	63.6	15.87
	16.37	16.04	62.9	23.53
	15.87	15.82	0	30.69
	0	0	0	0.00
	17.05	16.31	67.2	33.82
	16.93	16.20	0	13.98
	0	0	0	0.00
	18.49	18.12	58.8	40.42
05/04	19.32	18.64	66	28.58
	18.99	18.33	68.8	14.81
	18.22	17.48	67.5	10.68
	19.79	19.01	69.1	12.82
	17.76	17.31	67.1	12.17
	18.23	17.94	66	20.97
	16.62	16.04	66.2	22.29
	17.36	16.80	65.8	21.82
	16.85	16.03	65.4	9.41
	0	0	0	5.49
	19.94	19.03	65.8	12.58
	19.43	19.00	66.3	20.80
	16.96	16.94	70.8	19.05
	19.78	19.39	64.1	20.02
	18.39	17.70	66.6	8.72
	17.88	17.36	67.5	6.79
	17.82	17.30	57.8	25.65

	18.11	17.86	60.3	28.03
	18.26	17.25	62.9	14.08
	17.92	17.21	69.1	10.59
	18.04	17.27	64.3	7.21
	19.52	18.89	70	11.07
	16.76	16.19	71.3	9.14
	17.77	17.56	64.4	21.75
	18.66	18.15	65.3	14.94
	17.15	16.57	64.1	21.68
	18.33	0	64.1	29.03
	0	0	0	0.00
	17.72	16.87	66.5	32.21
	17.38	16.52	65.8	12.83
	0	0	0	0.00
	19.13	18.69	60.1	39.76
07/06	18.84	18.24	68.88	27.47
	18.52	17.92	71.72	14.46
	17.93	17.33	70.85	12.21
	19.37	18.77	72.92	11.53
	17.93	17.33	70.53	10.82
	18.44	17.84	69.92	20.07
	16.69	16.09	70.50	22.57
	17.61	17.01	68.63	22.48
	16.74	16.14	70.14	10.23
	17.30	16.70	71.52	11.23
	19.06	18.46	69.52	14.02
	19.05	18.45	69.34	21.31
	16.95	16.36	73.20	19.07
	19.25	18.66	67.61	20.54
	18.11	17.51	68.35	9.43
	17.20	16.60	69.44	6.86
	17.17	16.57	61.51	26.08
	17.88	17.29	63.15	28.43
	17.70	17.10	65.80	14.08
	18.35	17.75	72.46	10.19
	17.72	17.12	67.07	7.67
	19.86	19.27	72.57	11.23
	16.81	16.21	73.81	11.48
	17.34	16.74	67.89	23.03
	18.51	17.91	67.93	14.34
	17.00	16.40	67.11	22.35
	16.75	16.16	66.43	28.24
	16.04	15.45	65.06	19.89

	17.43	16.83	69.12	32.09
	16.56	15.96	66.68	12.35
	17.20	16.61	64.27	40.33
	18.48	17.88	61.49	41.15



Lampiran 2
Statistik Deskriptif

Statistics

		Pengeluaran Pemerintah Sektor Pendidikan	Pengeluaran Pemerintah Sektor Kesehatan	Indeks Pembangun an Manusia	Tingkat Kemiskinan
N	Valid	128	128	128	128
	Missing	0	0	0	0
Mean		69875525.97	37420300.27	57.7408	17.4525
Std. Deviation		87648768.66	48135128.09	22.94380	9.67539
Minimum		.00	.00	.00	.00
Maximum		458457004.50	262559054.50	73.81	44.08

Tahun	Pengeluaran Pemerintah Sektor Pendidikan	Pengeluaran Pemerintah Sektor Kesehatan	Indeks Pembangunan Manusia	Tingkat Kemiskinan	Keterangan
1998/1999	30,379,109.32	12,676,575.02	54.15	17.18	Mean
2000/2001	52,752,256.91	30,366,838.33	50.06	17.26	
2002/2003	114,115,921.10	61,040,541.41	59.66	16.41	
2004/2005	84,153,510.88	46,389,532.27	68.61	18.66	
1998/1999	30,746,077.67	12,222,680.61	27.72	9.54	Std.Deviation
2000/2001	49,539,045.93	30,472,617.42	27.06	9.86	
2002/2003	125,141,192.90	67,561,109.24	19.71	9.27	
2004/2005	90,087,770.18	49,660,786.31	3.21	8.94	
1998/1999	0	0	0	0	Minimum
2000/2001	0	0	0	0	
2002/2003	0	0	0	0	
2004/2005	9,268,437.27	5,109,216.06	64.49	6.86	
1998/1999	144,082,771.00	55,100,783.00	71.80	40.47	Maximum
2000/2001	219,688,763.50	118,457,316.00	68.70	40.42	
2002/2003	458,457,004.50	262,559,054.50	71.30	39.76	
2004/2005	422,902,147.60	233,124,353.50	73.81	41.15	

Lampiran 3

Analisis Regresi Berganda Persamaan 1

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.616 ^a	.379	.369	14.69208	1.673

a. Predictors: (Constant), Pengeluaran Pemerintah Sektor Kesehatan (t-1), Pengeluaran Pemerintah Sektor Pendidikan (t-1)

b. Dependent Variable: Peningkatan Pembangunan Manusia

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	16461.834	2	8230.917	38.131	.000 ^a
	Residual	26982.140	125	215.857		
	Total	43443.975	127			

a. Predictors: (Constant), Pengeluaran Pemerintah Sektor Kesehatan (t-1), Pengeluaran Pemerintah Sektor Pendidikan (t-1)

b. Dependent Variable: Peningkatan Pembangunan Manusia

Coefficients

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	23.856	4.562		5.229	.000		
	Pengeluaran Pemerin Sektor Pendidikan (t-1)	2.361	.824	.619	2.866	.005	.106	9.395
	Pengeluaran Pemerin Sektor Kesehatan (t-1)	-.014	.819	-.004	-.018	.986	.106	9.395

a. Dependent Variable: Peningkatan Pembangunan Manusia

Coefficient Correlations^a

Model			Pengeluaran Pemerintah Sektor Kesehatan (t-1)	Pengeluaran Pemerintah Sektor Pendidikan (t-1)
1	Correlations	Pengeluaran Pemerintah Sektor Kesehatan (t-1)	1.000	-.945
		Pengeluaran Pemerintah Sektor Pendidikan (t-1)	-.945	1.000
1	Covariances	Pengeluaran Pemerintah Sektor Kesehatan (t-1)	.670	-.638
		Pengeluaran Pemerintah Sektor Pendidikan (t-1)	-.638	.679

a. Dependent Variable: Peningkatan Pembangunan Manusia

Collinearity Diagnostics^a

Model	Dimension	Eigenvalue	Condition Index	Variance Proportions		
				(Constant)	Pengeluaran Pemerintah Sektor Pendidikan (t-1)	Pengeluaran Pemerintah Sektor Kesehatan (t-1)
1	1	2.939	1.000	.01	.00	.00
	2	.056	7.216	.96	.02	.03
	3	.005	25.166	.03	.98	.97

a. Dependent Variable: Peningkatan Pembangunan Manusia

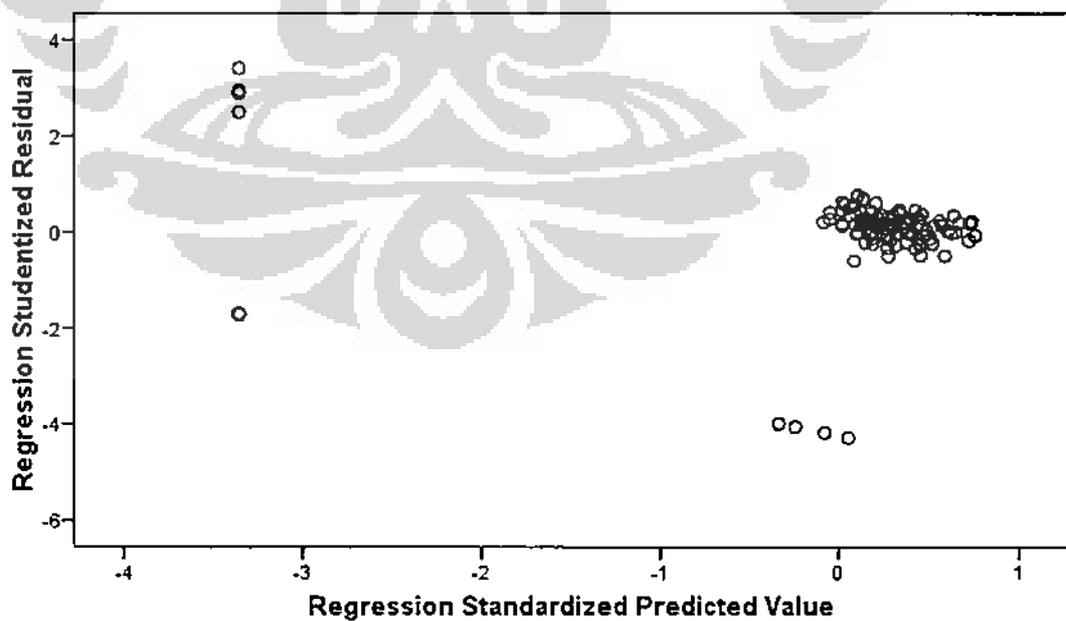
Residuals Statistics^a

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	23.8564	70.6680	62.0446	11.38511	128
Std. Predicted Value	-3.354	.757	.000	1.000	128
Standard Error of Predicted Value	1.299	14.393	1.754	1.414	128
Adjusted Predicted Value	18.7706	84.0913	62.1635	11.63568	128
Residual	-62.67330	47.66357	.00000	14.57593	128
Std. Residual	-4.266	3.244	.000	.992	128
Stud. Residual	-4.286	3.413	-.001	1.015	128
Deleted Residual	-63.27697	52.74943	-.11883	15.34871	128
Stud. Deleted Residual	-4.622	3.570	-.008	1.064	128
Mahal. Distance	.000	120.888	1.984	11.006	128
Cook's Distance	.000	.462	.020	.071	128
Centered Leverage Value	.000	.952	.016	.087	128

a. Dependent Variable: Peningkatan Pembangunan Manusia

Scatterplot

Dependent Variable: Peningkatan Pembangunan Manusia



Parsial Persamaan 1

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.616 ^a	.379	.374	14.63368

a. Predictors: (Constant), Pengeluaran Pemerintah Sektor Pendidikan (t-1)

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	23.856	4.544		5.250	.000
	Pengeluaran Pemerintah Sektor Pendidikan (t-1)	2.348	.268	.616	8.768	.000

a. Dependent Variable: Peningkatan Pembangunan Manusia

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.581 ^a	.338	.333	15.10675

a. Predictors: (Constant), Pengeluaran Pemerintah Sektor Kesehatan (t-1)

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	27.821	4.470		6.224	.000
	Pengeluaran Pemerintah Sektor Kesehatan (t-1)	2.204	.275	.581	8.023	.000

a. Dependent Variable: Peningkatan Pembangunan Manusia

Lampiran 4

Analisis Regresi Persamaan 1 dengan Data pada Tahun yang Sama

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.717 ^a	.514	.508	14.81626	1.973

a. Predictors: (Constant), Pengeluaran Pemerintah Sektor Kesehatan, Pengeluaran Pemerintah Sektor Pendidikan

b. Dependent Variable: Indeks Pembangunan Manusia

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	36415.942	2	18207.971	82.944	.000 ^a
	Residual	34464.900	157	219.522		
	Total	70880.842	159			

a. Predictors: (Constant), Pengeluaran Pemerintah Sektor Kesehatan, Pengeluaran Pemerintah Sektor Pendidikan

b. Dependent Variable: Indeks Pembangunan Manusia

Coefficients

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	3.331	4.565		.730	.467		
	Pengeluaran Peme Sektor Pendidikan	3.361	.831	.711	4.046	.000	.100	9.970
	Pengeluaran Peme Sektor Kesehatan	.029	.824	.006	.035	.972	.100	9.970

a. Dependent Variable: Indeks Pembangunan Manusia

Lampiran 5

Analisis Regresi Berganda Persamaan 2 (Model 1)

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.416 ^a	.173	.153	8.90427	1.575

- a. Predictors: (Constant), Peningkatan Pembangunan Manusia (t-1), Pengeluaran Pemerintah Sektor Kesehatan (t-1), Pengeluaran Pemerintah Sektor Pendidikan (t-1)
- b. Dependent Variable: Tingkat Kemiskinan

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	2057.409	3	685.803	8.650	.000 ^a
	Residual	9831.456	124	79.286		
	Total	11888.865	127			

- a. Predictors: (Constant), Peningkatan Pembangunan Manusia (t-1), Pengeluaran Pemerintah Sektor Kesehatan (t-1), Pengeluaran Pemerintah Sektor Pendidikan (t-1)
- b. Dependent Variable: Tingkat Kemiskinan

Coefficients

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta	t		Tolerance	VIF
1	(Constant)	4.931	2.770		1.780	.078		
	Pengeluaran Peme Sektor Pendidikan	.755	.525	.378	1.437	.153	.096	10.397
	Pengeluaran Peme Sektor Kesehatan (-.358	.496	-.181	-.721	.472	.106	9.395
	Peningkatan Pembangunan Mar (t-1)	.100	.048	.238	2.072	.040	.505	1.980

- a. Dependent Variable: Tingkat Kemiskinan

Coefficient Correlations

Model			Peningkatan Pembangunan Manusia (t-1)	Pengeluaran Pemerintah Sektor Kesehatan (t-1)	Pengeluaran Pemerintah Sektor Pendidikan (t-1)
1	Correlations	Peningkatan Pembangunan Manusia (t-1)	1.000	.004	-.310
		Pengeluaran Pemerintah Sektor Kesehatan (t-1)	.004	1.000	-.900
		Pengeluaran Pemerintah Sektor Pendidikan (t-1)	-.310	-.900	1.000
	Covariances	Peningkatan Pembangunan Manusia (t-1)	.002	8.98E-005	-.008
		Pengeluaran Pemerintah Sektor Kesehatan (t-1)	8.98E-005	.246	-.235
		Pengeluaran Pemerintah Sektor Pendidikan (t-1)	-.008	-.235	.276

a. Dependent Variable: Tingkat Kemiskinan

Collinearity Diagnostics

Model	Dimensi	Eigenvalue	Condition Index	(Constant)	Variance Proportions		
					Pengeluaran Pemerintah Sektor Pendidikan (t-1)	Pengeluaran Pemerintah Sektor Kesehatan (t-1)	Peningkatan Pembangunan Manusia (t-1)
1	1	3.882	1.000	.01	.00	.00	.00
	2	.071	7.401	.69	.00	.00	.37
	3	.043	9.543	.28	.03	.07	.59
	4	.004	29.407	.02	.97	.93	.04

a. Dependent Variable: Tingkat Kemiskinan

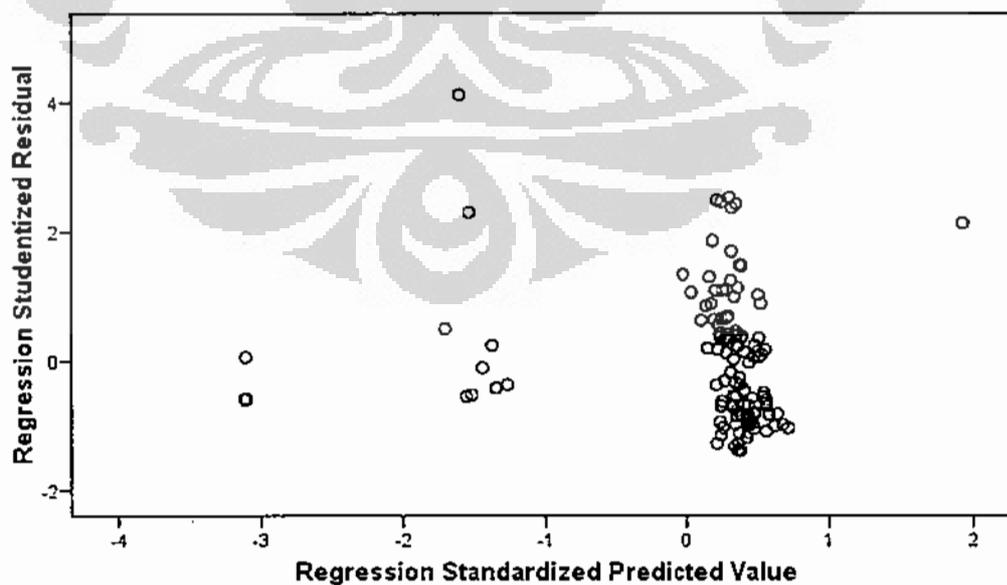
Residuals Statistics^a

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	4.9310	25.2062	17.4525	4.02493	128
Std. Predicted Value	-3.111	1.926	.000	1.000	128
Standard Error of Predicted Value	.807	8.723	1.244	.968	128
Adjusted Predicted Value	-65.9212	20.4331	16.7056	8.40176	128
Residual	-12.20580	33.09771	.00000	8.79847	128
Std. Residual	-1.371	3.717	.000	.988	128
Stud. Residual	-1.377	4.133	.015	1.026	128
Deleted Residual	-12.32321	94.95120	.74694	12.44342	128
Stud. Deleted Residual	-1.382	4.434	.021	1.042	128
Mahal. Distance	.050	120.893	2.977	11.381	128
Cook's Distance	.000	27.283	.225	2.412	128
Centered Leverage Value	.000	.952	.023	.090	128

a. Dependent Variable: Tingkat Kemiskinan

Scatterplot

Dependent Variable: Tingkat Kemiskinan



Lampiran 6

Analisis Regresi Berganda Persamaan 2 (Model 2)

Coefficients

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	5.292	2.801		1.889	.061		
	Pengeluaran Pemerin Sektor Pendidikan (t-1)	1.093	.506	.548	2.160	.033	.106	9.395
	Pengeluaran Pemerin Sektor Kesehatan (t-1)	-.362	.503	-.182	-.719	.473	.106	9.395

a. Dependent Variable: Tingkat Kemiskinan

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.380 ^a	.144	.131	9.02086	1.629

a. Predictors: (Constant), Pengeluaran Pemerintah Sektor Kesehatan (t-1), Pengeluaran Pemerintah Sektor Pendidikan (t-1)

b. Dependent Variable: Tingkat Kemiskinan

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	1716.881	2	858.440	10.549	.000 ^a
	Residual	10171.984	125	81.376		
	Total	11888.865	127			

a. Predictors: (Constant), Pengeluaran Pemerintah Sektor Kesehatan (t-1), Pengeluaran Pemerintah Sektor Pendidikan (t-1)

b. Dependent Variable: Tingkat Kemiskinan

Lampiran 7

Analisis Regresi Berganda Persamaan 2 (Model 3)

Coefficients

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	4.911	2.765		1.776	.078		
	Pengeluaran Pemerintah Sektor Pendidikan (t-1)	.414	.229	.208	1.809	.073	.505	1.980
	Peningkatan Pembangunan Manusia (t-1)	.101	.048	.238	2.079	.040	.505	1.980

a. Dependent Variable: Tingkat Kemiskinan

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.412 ^a	.170	.156	8.88715	1.581

a. Predictors: (Constant), Peningkatan Pembangunan Manusia (t-1), Pengeluaran Pemerintah Sektor Pendidikan (t-1)

b. Dependent Variable: Tingkat Kemiskinan

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	2016.181	2	1008.090	12.764	.000 ^a
	Residual	9872.684	125	78.981		
	Total	11888.865	127			

a. Predictors: (Constant), Peningkatan Pembangunan Manusia (t-1), Pengeluaran Pemerintah Sektor Pendidikan (t-1)

b. Dependent Variable: Tingkat Kemiskinan

Lampiran 8

Analisis Regresi Berganda Persamaan 2 (Model 4)

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1 (Constant)	5.999	2.680		2.238	.027		
Pengeluaran Pemerintah Sektor Kesehatan (t-1)	.284	.218	.143	1.304	.194	.559	1.790
Peningkatan Pembangunan Manusia (t-1)	.122	.046	.289	2.638	.009	.559	1.790

a. Dependent Variable: Tingkat Kemiskinan

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.399 ^a	.159	.146	8.94211	1.620

a. Predictors: (Constant), Peningkatan Pembangunan Manusia (t-1), Pengeluaran Pemerintah Sektor Kesehatan (t-1)

b. Dependent Variable: Tingkat Kemiskinan

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	1893.703	2	946.852	11.841	.000 ^a
	Residual	9995.161	125	79.961		
	Total	11888.865	127			

a. Predictors: (Constant), Peningkatan Pembangunan Manusia (t-1), Pengeluaran Pemerintah Sektor Kesehatan (t-1)

b. Dependent Variable: Tingkat Kemiskinan

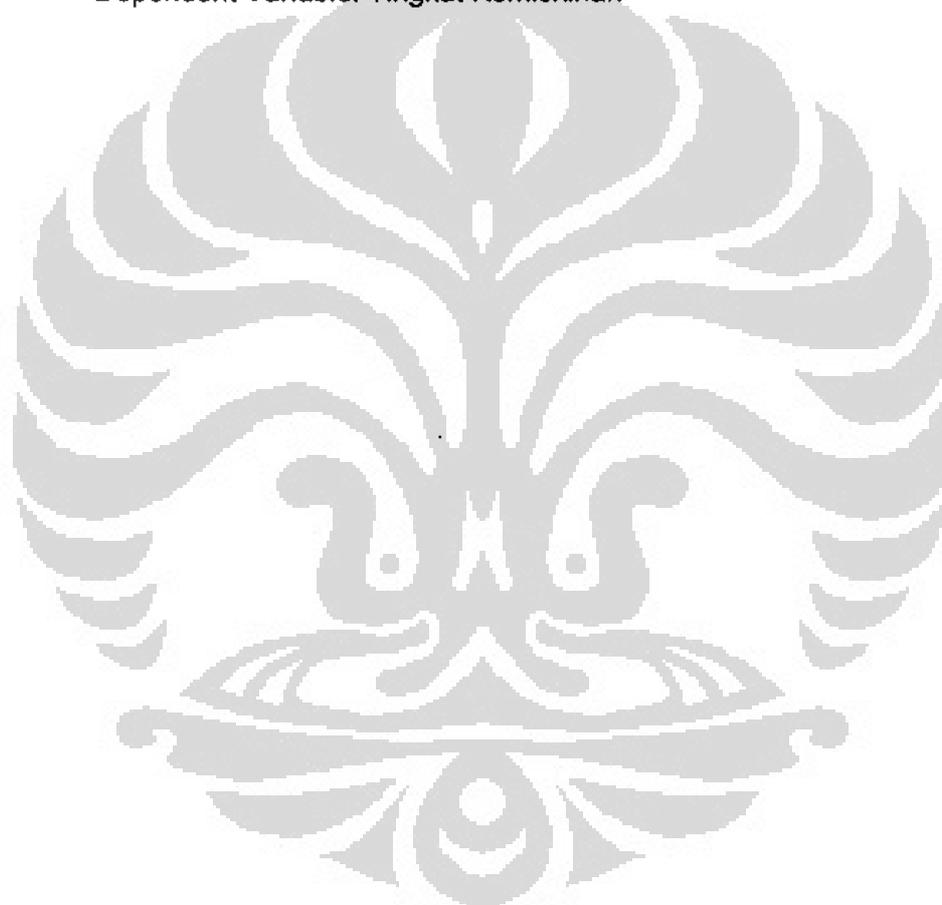
Lampiran 9

Analisis Regresi Berganda Persamaan 2 (Model 5)

Coefficients

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	5.272	2.796		1.886	.062
	Pengeluaran Pemerintah Sektor Pendidikan (t)	.749	.165	.375	4.545	.000

a. Dependent Variable: Tingkat Kemiskinan



Lampiran 10

Analisis Regresi Berganda Persamaan 2 (Model 6)

Coefficients

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	7.127	2.708		2.632	.010
	Pengeluaran Pemerintah Sektor Kesehatan (t-	.665	.166	.335	3.996	.000

a. Dependent Variable: Tingkat Kemiskinan



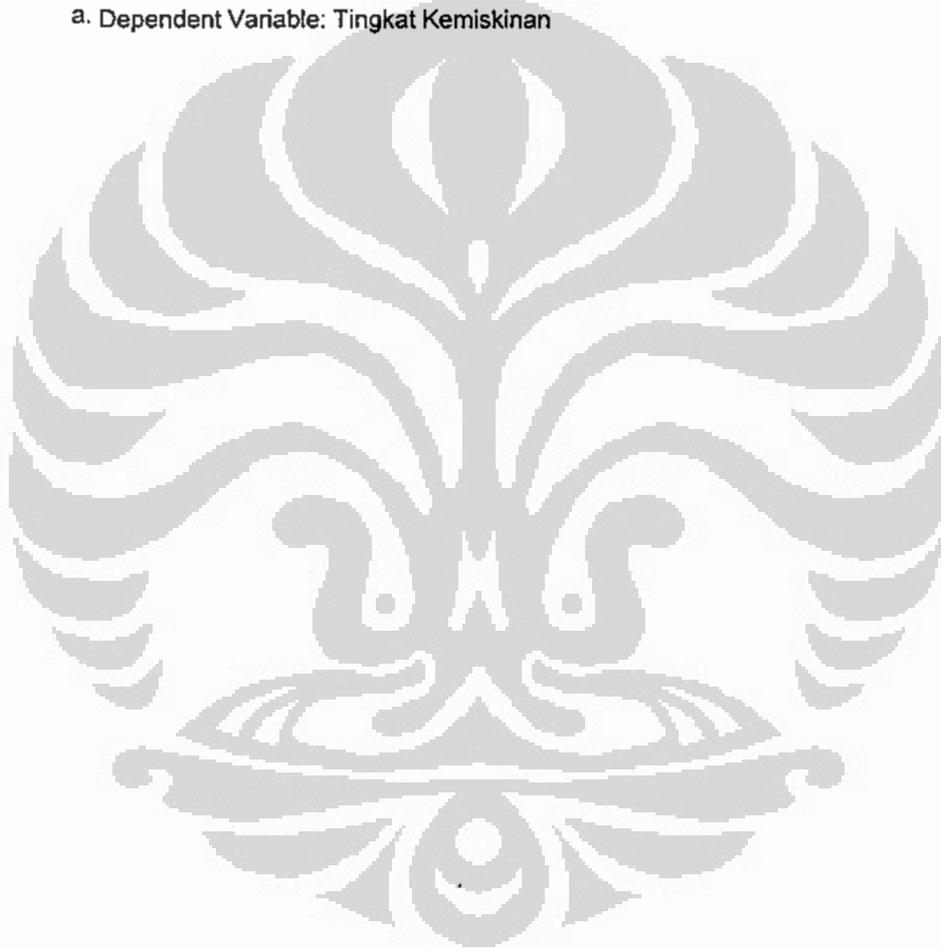
Lampiran 11

Analisis Regresi Berganda Persamaan 2 (Model 7)

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	8.090	2.154		3.757	.000
	Peningkatan Pembangunan Manusia (t-1)	.162	.035	.384	4.675	.000

a. Dependent Variable: Tingkat Kemiskinan



Lampiran 12

Hasil Regresi Pengaruh Pengeluaran Pemerintah Sektor Pendidikan,
Kesehatan dan Peningkatan Pembangunan Manusia (t) terhadap
Tingkat Kemiskinan (t)

Variabel	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4
Konstanta	4.838 (0.111)	5.569 (0.081)**	4.830 (0.112)	5.622 (0.055)**
Pengeluaran pemerintah sektor pendidikan (X_1)	0.553 (0.339)	1.291 (0.026)*	-0.011 (0.964)	-
Pengeluaran pemerintah sektor kesehatan (X_2)	-0.590 (0.279)	-0.584 (0.308)	-	-0.120 (0.611)
Peningkatan Pembangunan Manusia (X_3)	0.220 (0.000)*	-	0.219 (0.000)*	0.235 (0.000)*
R ²	0.189	0.098	0.183	0.184
F statistik	12.095 (0.000)*	8.569 (0.000)*	17.534 (0.000)*	17.692 (0.000)*
Variabel	Model 5	Model 6	Model 7	
Konstanta	5.561 (0.081)**	7.725 (0.012)*	4.745 (0.044)*	
Pengeluaran pemerintah sektor pendidikan (X_1)	0.732 (0.000)*	-	-	
Pengeluaran pemerintah sektor kesehatan (X_2)	-	0.630 (0.001)*	-	
Peningkatan Pembangunan Manusia (X_3)	-	-	0.218 (0.000)*	
Dependent variabel: Tingkat Kemiskinan				
Ket: *signifikan pada level 5%				
**signifikan pada level 10%				

Sumber: Data diolah (lampiran 13 s/d 19)

Lampiran 13

Hasil Regresi Pengaruh Pengeluaran Pemerintah Sektor Pendidikan,
Kesehatan dan Peningkatan Pembangunan Manusia (t) terhadap
Tingkat Kemiskinan (t)
(Model 1)

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.434 ^a	.189	.173	9.78355	1.706

a. Predictors: (Constant), Indeks Pembangunan Manusia, Pengeluaran Pemerintah Sektor Kesehatan, Pengeluaran Pemerintah Sektor Pendidikan

b. Dependent Variable: Indeks Kemiskinan

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	3473.238	3	1157.746	12.095	.000 ^a
	Residual	14931.992	156	95.718		
	Total	18405.230	159			

a. Predictors: (Constant), Indeks Pembangunan Manusia, Pengeluaran Pemerintah Sektor Kesehatan, Pengeluaran Pemerintah Sektor Pendidikan

b. Dependent Variable: Indeks Kemiskinan

Coefficients

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	4.838	3.020		1.602	.111		
	Pengeluaran Pemerik Sektor Pendidikan	.553	.577	.230	.960	.339	.091	11.010
	Pengeluaran Pemerik Sektor Kesehatan	-.590	.544	-.247	-1.086	.279	.100	9.970
	Indeks Pembangunan Manusia	.220	.053	.431	4.167	.000	.486	2.057

a. Dependent Variable: Indeks Kemiskinan

Lampiran 14

Hasil Regresi Pengaruh Pengeluaran Pemerintah Sektor Pendidikan dan Kesehatan (t) terhadap Tingkat Kemiskinan (t)
(Model 2)

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.314 ^a	.098	.087	10.28072	1.863

a. Predictors: (Constant), Pengeluaran Pemerintah Sektor Kesehatan, Pengeluaran Pemerintah Sektor Pendidikan

b. Dependent Variable: Indeks Kemiskinan

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	1811.381	2	905.691	8.569	.000 ^a
	Residual	16593.849	157	105.693		
	Total	18405.230	159			

a. Predictors: (Constant), Pengeluaran Pemerintah Sektor Kesehatan, Pengeluaran Pemerintah Sektor Pendidikan

b. Dependent Variable: Indeks Kemiskinan

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	5.569	3.168		1.758	.081		
	Pengeluaran Pemerintah Sektor Pendidikan	1.291	.577	.536	2.240	.026	.100	9.970
	Pengeluaran Pemerintah Sektor Kesehatan	-.584	.571	-.245	-1.022	.308	.100	9.970

a. Dependent Variable: Indeks Kemiskinan

Lampiran 15

Hasil Regresi Pengaruh Pengeluaran Pemerintah Sektor Pendidikan,
dan Peningkatan Pembangunan Manusia (t) terhadap
Tingkat Kemiskinan (t)
(Model 3)

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.427 ^a	.183	.172	9.78912	1.709

a. Predictors: (Constant), Indeks Pembangunan Manusia, Pengeluaran Pemerintah Sektor Pendidikan

b. Dependent Variable: Indeks Kemiskinan

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	3360.411	2	1680.206	17.534	.000 ^a
	Residual	15044.819	157	95.827		
	Total	18405.230	159			

a. Predictors: (Constant), Indeks Pembangunan Manusia, Pengeluaran Pemerintah Sektor Pendidikan

b. Dependent Variable: Indeks Kemiskinan

Coefficients

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	4.830	3.021		1.599	.112		
	Pengeluaran Pemerin Sektor Pendidikan	-.011	.249	-.005	-.045	.964	.486	2.057
	Indeks Pembangunan Manusia	.219	.053	.431	4.161	.000	.486	2.057

a. Dependent Variable: Indeks Kemiskinan

Lampiran 16

Hasil Regresi Pengaruh Pengeluaran Pemerintah Sektor
Kesehatan dan Peningkatan Pembangunan Manusia (t) terhadap
Tingkat Kemiskinan (t)
(Model 4)

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.429 ^a	.184	.174	9.78109	1.717

a. Predictors: (Constant), Pengeluaran Pemerintah Sektor Kesehatan, Indeks Pembangunan Manusia

b. Dependent Variable: Indeks Kemiskinan

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	3385.091	2	1692.545	17.692	.000 ^a
	Residual	15020.139	157	95.670		
	Total	18405.230	159			

a. Predictors: (Constant), Pengeluaran Pemerintah Sektor Kesehatan, Indeks Pembangunan Manusia

b. Dependent Variable: Indeks Kemiskinan

Coefficients

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	5.622	2.906		1.935	.055		
	Indeks Pembangunan Manusia	.235	.050	.461	4.690	.000	.537	1.862
	Pengeluaran Pemerintah Sektor Kesehatan	-.120	.235	-.050	-.510	.611	.537	1.862

a. Dependent Variable: Indeks Kemiskinan

Lampiran 17

Hasil Regresi Pengaruh Pengeluaran Pemerintah
Sektor Pendidikan (t) terhadap Tingkat Kemiskinan (t)
(Model 5)

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.304 ^a	.092	.087	10.28218

a. Predictors: (Constant), Pengeluaran Pemerintah Sektor Pendidikan

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	1700.967	1	1700.967	16.089	.000 ^a
	Residual	16704.263	158	105.723		
	Total	18405.230	159			

a. Predictors: (Constant), Pengeluaran Pemerintah Sektor Pendidikan

b. Dependent Variable: Indeks Kemiskinan

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	5.561	3.168		1.755	.081
	Pengeluaran Pemerintah Sektor Pendidikan	.732	.183	.304	4.011	.000

a. Dependent Variable: Indeks Kemiskinan

Lampiran 18

Hasil Regresi Pengaruh Pengeluaran Pemerintah
 Sektor Kesehatan (t) terhadap Tingkat Kemiskinan (t)
 (Model 6)

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.264 ^a	.070	.064	10.41061

a. Predictors: (Constant), Pengeluaran Pemerintah Sektor Kesehatan

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	1281.066	1	1281.066	11.820	.001 ^a
	Residual	17124.164	158	108.381		
	Total	18405.230	159			

a. Predictors: (Constant), Pengeluaran Pemerintah Sektor Kesehatan

b. Dependent Variable: Indeks Kemiskinan

Coefficients^c

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	7.725	3.056		2.528	.012
	Pengeluaran Pemerintah Sektor Kesehatan	.630	.183	.264	3.438	.001

a. Dependent Variable: Indeks Kemiskinan

Lampiran 19

Hasil Regresi Pengaruh Peningkatan Pembangunan Manusia (t)
terhadap Tingkat Kemiskinan (t)
(Model 7)

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.427 ^a	.183	.177	9.75816

a. Predictors: (Constant), Indeks Pembangunan Manusia

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	3360.218	1	3360.218	35.288	.000 ^a
	Residual	15045.012	158	95.222		
	Total	18405.230	159			

a. Predictors: (Constant), Indeks Pembangunan Manusia

b. Dependent Variable: Indeks Kemiskinan

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	4.745	2.336		2.031	.044
	Indeks Pembangunan Manusia	.218	.037	.427	5.940	.000

a. Dependent Variable: Indeks Kemiskinan