

## **BAB II**

### **LANDASAN TEORI DAN KERANGKA PEMIKIRAN**

#### **2.1 Landasan Teori**

##### **2.1.1 Teori Kemiskinan**

Istilah kemiskinan muncul ketika seseorang atau sekelompok orang tidak mampu mencukupi tingkat kemakmuran ekonomi yang dianggap sebagai kebutuhan minimal dari standar hidup tertentu. Dalam arti proper, kemiskinan dipahami sebagai keadaan kekurangan uang dan barang untuk menjamin kelangsungan hidup. Menurut *World Bank (2004)*.

Masalah kemiskinan yang ada di Indonesia menurut Suharto (2009:131) merupakan masalah sosial yang senantiasa relevan untuk di kaji terus menerus. Ini bukan saja karena masalah kemiskinan telah ada sejak lama dan masih hadir di tengah-tengah kita saat ini, tetapi karena kini gejalanya semakin meningkat sejalan dengan krisis multidimensional yang masih di hadapi oleh Indonesia. Hal ini juga dikarenakan Indonesia merupakan salah satu negara yang sedang berkembang dengan jumlah penduduk yang terus meningkat setiap tahun, sehingga tingkat kesejahteraan rakyatnya masih jauh di bawah tingkat kesejahteraan negara-negara maju.

Salah satu sebab kemiskinan adalah karena kurangnya pendapatan dan aset untuk memenuhi kebutuhan dasar seperti makanan, pakaian, perumahan dan tingkat kesehatan dan pendidikan yang dapat diterima. Di samping itu

kemiskinan juga berkaitan dengan keterbatasan lapangan pekerjaan dan biasanya mereka yang dikategorikan miskin tidak memiliki pekerjaan (pengangguran), serta tingkat pendidikan dan kesehatan mereka pada umumnya tidak memadai. Mengatasi masalah kemiskinan tidak dapat dilakukan secara terpisah dari masalah-masalah pengangguran, pendidikan, kesehatan dan masalah-masalah lain yang secara eksplisit berkaitan erat dengan masalah kemiskinan.

Menurut Amartya Sen dalam Bloom dan Canning, (2001) bahwa seseorang dikatakan miskin bila mengalami "*capability deprivation*" dimana seseorang tersebut mengalami kekurangan kebebasan yang substantif. Menurut Bloom dan Canning, kebebasan substantif ini memiliki dua sisi: kesempatan dan rasa aman. Kesempatan membutuhkan pendidikan dan keamanan membutuhkan kesehatan.

#### **2.1.1.1 Kategori Penanggulangan Kemiskinan**

Kemiskinan merupakan permasalahan yang harus segera tuntas karena keadaan kemiskinan membuat masyarakat menjadi lemah dan tidak bermartabat. Pemerintah baik pusat maupun daerah telah berupaya dalam melaksanakan berbagai kebijakan dan program yang dilaksanakan belum menampakan hasil yang optimal. Masih terjadi kesenjangan antara rencana dengan pencapaian tujuan karena kebijakan

dan program penanggulangan kemiskinan lebih berorientasi pada program sektoral (Purwanti, tanpa tahun).

Menurut Wynandin Imawan (2008) *dalam* Hasbi (2008) Program Penanggulangan Masalah Kemiskinan terbagi menjadi tiga kategori.

- Kategori I yaitu Program Bantuan dan Perlindungan Sosial. Termasuk dalam kategori I adalah Program Beras Miskin (Raskin), Program Keluarga Harapan (PKH), Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), dan Program Beasiswa.
- Kategori II yaitu Program Pemberdayaan Masyarakat (PNPM). kategori ini adalah PNPM Pedesaan (PPK), PNPM Perkotaan (P2KP), PNPM Infrastruktur Pedesaan (PIIP), PNPM Kelautan (PEMP), dan PNPM Agribisnis (PUAP).
- Pelaksanaan kategori III yaitu Program Pemberdayaan Usaha Menengah Kecil (UMK), termasuk di dalamnya Program Kredit UMKM, dan Program Kredit Usaha Rakyat (KUR)

#### **2.1.1.2 Karakteristik Kemiskinan**

Untuk melihat seseorang di katakan Keluarga Sangat Miskin (KSM), badan Pusat Statistik menetapkan 14 variabel untuk menentukan keluarga/ rumah tangga di katagorikan termasuk keluarga miskin.

Di bawah ini merupakan karekteristik yang akan menentukan Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM).

**Tabel 2.1**  
**Karakteristik Rumah Tangga Sangat Miskin**  
**Menurut Badan Pusat Statistik (BPS)**

No	Variabel Kemiskinan	Karakteristik Kemiskinan
1	Luas lantai bangunan tempat tinggal	kurang dari 8m <sup>2</sup> per orang
2	Jenis lantai tempat tinggal	Tanah/bambu/kayu murahan
3	Jenis dinding tempat tinggal	bambu/ rumbia/ kayu berkualitas rendah/tembok tanpa diplester
4	Fasilitas tempat buang air besar	Tidak ada, menumpang rumah lain
5	Sumber penerangam rumah tangga	Bukan listrik
6	Sumber air minum	sumur/ mata air tidak terlindung/ sungai/ air hujan
7	Bahan bakar untuk memasak	kayu bakar/ arang/ minyak tana
8	Konsumsi daging/ ayam/ susu / perminggu	satu kali dalam seminggu.
9	Pembelian pakaian baru setiap anggota rumah tangga setiap tahun	Tidak pernah membeli/ satu sel
10	Frekuensi makan dalam sehari	satu/ dua kali dalam sehar
11	Kemampuan untuk membayar untuk berobat ke puskesmas atau ke dokter	Tidak mampu membayar
12	Lapangan pekerjaan kepala rumah tangga	Petani dengan luas lahan 500m <sup>2</sup> , buruh tani, nelayan, buruh bangunan, buruh perkebunan dan atau pekerjaan lainnya dengan pendapatan dibawah Rp. 600.000,- per bulan
13	Pendidikan tertinggi kepala rumah tangga	Tidak sekolah/ tidak tamat SD/ tamat SD.
14	Pemilikan aset/ harta bergerak maupun tidak bergerak	Tidak memiliki tabungan/ barang yang mudah dijual dengan minimal Rp. 500.000,- seperti sepeda motor kredit/ non kredit, emas, ternak, kapal motor, atau barang modal lainnya.

*Sumber : Badan Pusat Statistik (BPS)*

Jika minimal 9 variabel terpenuhi maka suatu rumah tangga di katagorikan sebagai rumah tangga miskin.

Selain itu, keluarga dikatakan miskin dapat dilihat dari segi pendapatan seseorang. Berdasarkan garis kemiskinan yang ditetapkan BPS yaitu, seseorang yang berpenghasilan Rp 12.066 perhari atau setara Rp 361.990 perbulan adalah orang yang dikategorikan tidak miskin. Baru dikatakan miskin apabila pendapatan masyarakat kurang dari Rp 12.066, misalnya Rp12.000.

### **2.1.1.3 Jenis-Jenis Kemiskinan**

Berdasarkan kondisi kemiskinan yang dipandang sebagai bentuk permasalahan, kemiskinan memiliki 4 Jenis. Adapun keempat bentuk kemiskinan tersebut adalah (Suryawati, 2004).

#### **a. Kemiskinan Absolut**

Kemiskinan absolut adalah suatu kondisi di mana pendapatan seseorang atau sekelompok orang berada di bawah garis kemiskinan sehingga kurang mencukupi untuk memenuhi kebutuhan standar untuk pangan, sandang, kesehatan, perumahan, dan pendidikan yang diperlukan untuk meningkatkan kualitas hidup.

Garis kemiskinan diartikan sebagai pengeluaran rata-rata atau konsumsi rata-rata untuk kebutuhan pokok berkaitan dengan pemenuhan standar kesejahteraan. Bentuk kemiskinan absolut ini paling banyak dipakai sebagai konsep untuk menentukan atau mendefinisikan kriteria seseorang atau sekelompok orang yang disebut miskin.

**b. Kemiskinan Relatif**

Kemiskinan relatif diartikan sebagai bentuk kemiskinan yang terjadi karena adanya pengaruh kebijakan pembangunan yang belum menjangkau ke seluruh lapisan masyarakat sehingga menyebabkan adanya ketimpangan pendapatan atau ketimpangan standar kesejahteraan. Daerah-daerah yang belum terjangkau oleh program-program pembangunan seperti ini umumnya dikenal dengan istilah daerah tertinggal.

**c. Kemiskinan Kultural**

Kemiskinan kultural adalah bentuk kemiskinan yang terjadi sebagai akibat adanya sikap dan kebiasaan seseorang atau masyarakat yang umumnya berasal dari budaya atau adat istiadat yang relatif tidak mau untuk memperbaiki taraf hidup dengan tata

cara moderen. Kebiasaan seperti ini dapat berupa sikap malas, pemboros atau tidak pernah hemat, kurang kreatif, dan relatif pula bergantung pada pihak lain.

#### **d. Kemiskinan Struktural**

Kemiskinan struktural adalah bentuk kemiskinan yang disebabkan karena rendahnya akses terhadap sumber daya yang pada umumnya terjadi pada suatu tatanan sosial budaya ataupun sosial politik yang kurang mendukung adanya pembebasan kemiskinan. Bentuk kemiskinan seperti ini juga terkadang memiliki unsur diskriminatif

#### **2.1.1.4 Faktor Penyebab Kemiskinan**

Menurut Sharp (dalam Mudrajad Kuncoro, 2001) terdapat tiga faktor penyebab kemiskinan jika dipandang dari sisi ekonomi.

1. Kemiskinan muncul karena adanya ketidaksamaan pola kepemilikan sumberdaya yang menimbulkan distribusi pendapatan yang timpang. Penduduk miskin hanya memiliki sumberdaya yang terbatas dan kualitasnya rendah.

2. Kemiskinan muncul akibat perbedaan dalam kualitas sumberdaya manusia. Kualitas sumberdaya manusia yang rendah berarti produktifitanya rendah, yang pada gilirannya upahnya rendah. Rendahnya kualitas sumberdaya manusia ini karena rendahnya pendidikan, nasib yang kurang beruntung, adanya diskriminasi atau keturunan.

3. Kemiskinan muncul karena perbedaan akses dalam modal.

Menurut Rencana Kerja Pemerintah Bidang Prioritas Penanggulangan Kemiskinan, penyebab kemiskinan adalah pemerataan pembangunan yang belum menyebar secara merata terutama di daerah pedesaan. Penduduk miskin di daerah pedesaan pada tahun 2006 diperkirakan lebih tinggi dari penduduk miskin di daerah perkotaan. Kesempatan berusaha di daerah pedesaan dan perkotaan belum dapat mendorong penciptaan pendapatan bagi masyarakat terutama bagi rumah tangga miskin. Penyebab yang lain adalah masyarakat miskin belum mampu menjangkau pelayanan dan fasilitas dasar seperti pendidikan, kesehatan, air minum dan sanitasi, serta transportasi. Gizi buruk masih terjadi di lapisan masyarakat miskin. Hal ini disebabkan terutama oleh cakupan perlindungan sosial bagi masyarakat miskin yang belum memadai. Bantuan sosial kepada masyarakat miskin, pelayanan bantuan kepada masyarakat rentan



(seperti penyandang cacat, lanjut usia, dan yatim-piatu), dan cakupan jaminan sosial bagi rumah tangga miskin masih jauh dari memadai.

Beberapa faktor yang menyebabkan timbulnya kemiskinan menurut **Hartomo** dan **Aziz (2009:28-29)** yaitu :

**a. Pendidikan yang Terlampau Rendah**

Tingkat pendidikan yang rendah menyebabkan seseorang kurang mempunyai keterampilan tertentu yang diperlukan dalam kehidupannya. Keterbatasan pendidikan atau keterampilan yang dimiliki seseorang menyebabkan keterbatasan kemampuan seseorang untuk masuk dalam dunia kerja.

**b. Malas Bekerja**

Adanya sikap malas (bersikap pasif atau bersandar pada nasib) menyebabkan seseorang bersikap acuh tak acuh dan tidak bergairah untuk bekerja.

**c. Keterbatasan Sumber Alam**

Suatu masyarakat akan dilanda kemiskinan apabila sumber alamnya tidak lagi memberikan keuntungan bagi kehidupan mereka. Hal ini sering dikatakan masyarakat itu miskin karena sumberdaya alamnya miskin.

**d. Terbatasnya Lapangan Kerja**

Keterbatasan lapangan kerja akan membawa konsekuensi kemiskinan bagi masyarakat. Secara ideal seseorang harus mampu

menciptakan lapangan kerja baru sedangkan secara faktual hal tersebut sangat kecil kemungkinannya bagi masyarakat miskin karena keterbatasan modal dan keterampilan.

**e. Keterbatasan Modal**

Seseorang miskin sebab mereka tidak mempunyai modal untuk melengkapi alat maupun bahan dalam rangka menerapkan keterampilan yang mereka miliki dengan suatu tujuan untuk memperoleh penghasilan.

**f. Beban Keluarga**

Seseorang yang mempunyai anggota keluarga banyak apabila tidak diimbangi dengan usaha peningkatan pendapatan akan menimbulkan kemiskinan karena semakin banyak anggota keluarga akan semakin meningkat tuntutan atau beban untuk hidup yang harus dipenuhi

**2.1.1.5 Ukuran Kemiskinan**

Garis kemiskinan adalah suatu ukuran yang menyatakan besarnya pengeluaran untuk memenuhi kebutuhan dasar minimum makanan dan kebutuhan non makanan, atau standar yang menyatakan batas seseorang dikatakan miskin bila dipandang dari sudut konsumsi. Garis kemiskinan yang digunakan setiap negara berbeda-beda, sehingga tidak ada satu

garis kemiskinan yang berlaku umum. Hal ini disebabkan karena adanya perbedaan lokasi dan standar kebutuhan hidup.

Menurut Badan Pusat Statistik (BPS), penetapan perhitungan garis kemiskinan dalam masyarakat adalah masyarakat yang berpenghasilan dibawah Rp 12.006 per orang dalam satu hari. Penetapan angka Rp 12.066 per orang dalam satu hari tersebut berasal dari perhitungan garis kemiskinan yang mencakup kebutuhan makanan dan non makanan. Sedangkan untuk pengeluaran kebutuhan minimum bukan makanan meliputi pengeluaran untuk perumahan, pendidikan, dan kesehatan.

### **2.1.2 Lingkaran Kemiskinan (*Vicious Circle Of Poverty*)**

*Vicious circle of poverty*, atau lingkaran kemiskinan ialah sebuah teori dikemukakan oleh seorang ahli ekonomi asal Swedia dan penerima hadiah nobel untuk ekonomi, **Ragnar Nurkse**, yang menggambarkan rotasi yang tak berujung dari sebuah kemiskinan yang terjadi, dimana keadaan tersebut akan menyebabkan kemiskinan dan tetap menjadi miskin. Artinya siklus kemiskinan ini, dapat didefinisikan sebagai sebuah fenomena dimana keluarga miskin akan melahirkan generasi yang kembali miskin.

Teori ini menjelaskan sebab-sebab kemiskinan dinegara-negara sedang berkembang yang umunya baru merdeka dari penjajahan asing. Bertolak dari teori inilah, kemudian dikembangkan teori-teori ekonomi pembangunan, yaitu teori yang telah dikembangkan lebih dahulu di Eropa Barat yang menjadi cara

pandang atau paradigma untuk memahami dan memecahkan masalah-masalah ekonomi di negara-negara sedang berkembang, misalnya India atau Indonesia.

Pada dasarnya teori ini mengatakan bahwa negara-negara sedang berkembang itu miskin dan tetap miskin, karena produktivitasnya rendah. Kerana rendah produktivitasnya, maka penghasilan seseorang juga rendah yang hanya cukup untuk memenuhi kebutuhan konsumsinya yang minim, karena itulah mereka tidak bisa menabung, padahal tabungan adalah sumber utama pembentukan modal masyarakat sehingga kapitalnya tidak efisien (boros).

Keluarga miskin dapat melahirkan generasi yang miskin kembali sehingga hampir tidak mungkin bagi individu untuk mematahkan siklus ini, hal ini terjadi karena orang-orang miskin tidak mempunyai sumberdaya yang diperlukan untuk terlepas dari siklus ini, seperti pendapatan dan pendidikan. Dengan kata lain, individu yang miskin tidak memiliki akses ekonomi dan sumberdaya sosial sebagai akibat dari kemiskinan mereka, dimana hal tersebut dapat meningkatkan kemiskinan mereka, ini berarti bahwa orang miskin dapat tetap miskin sepanjang hidup mereka.

Siklus kemiskinan dapat disebut “perangkap pembangunan” atau “perangkap kemiskinan”. *Ruby K. Payne*, penulis *Kerangka untuk Memahami Kemiskinan*, membedakan antara situasional kemiskinan, yang umumnya dapat ditelusuri ke sebuah insiden tertentu dalam kehidupan orang atau anggota keluarga dalam kemiskinan, dan kemiskinan generasi, yang

merupakan suatu siklus yang lolos dari generasi ke generasi, dan melanjutkan untuk menyatakan bahwa generasi kemiskinan sendiri yang berbeda budaya dan pola keyakinan. Lingkaran kemiskinan tersebut dapat dilihat dan dijelaskan oleh gambar 2.1 sebagai berikut :



**Gambar 2.1**  
***Vicious Circle Of Poverty***  
 Sumber : *Pembangunan Ekonomi*  
 Jilid 1, Michael P Todaro & Stephen.C. Smith

### 2.1.3 Program Pengentasan Kemiskinan

#### 2.1.3.1 Program di Zaman Presiden Susilo Bambang Yudhoyono

Permasalahan dalam kemiskinan sangat sulit untuk kita selesaikan. Bahkan ketika Susilo Bambang Yudhoyono (SBY) sedang menjadi Presiden Republik Indonesia belum mampu untuk menyelesaikannya, walaupun sudah mencoba menelurkan 12 program pengentasan kemiskinan. Penyaluran pengentasan kemiskinan yang dilakukan antara lain :

1. Bantuan Langsung Tunai
2. Program Beras untuk Rakyat Miskin.

3. Bantuan untuk sekolah / Pendidikan.
4. Berobat Gratis
5. Pembangunan Perumahan Rakyat
6. Pengembangan Program Pembiayaan Produktif Koperasi dan Usaha Mikro yang kita sebut (P3KUM)
7. Pupuk Murah.
8. Pemberian Modal Nelayan
9. Kenaikan Gaji PNS
10. Peningkatan kesejahteraan buruh
11. Bantuan Penyandang Cacat
12. Pelayanan publik

#### **2.1.3.2 Program Presiden Saat ini (Jokowidodo)**

Program yang di keluarkan jokowi untuk menekan tingkat kemiskinan di antaranya melalui :

1. Kebijakan pengembangan dan penguatan sistem pelayanan publik.
2. Peningkatan efektivitas program Bidik Misi.
3. Bantuan iuran jaminan kesehatan/KIS.
4. Bantuan pendidikan melalui KIP.
5. Bantuan Kartu Keluarga Sejahtera/KKS..
6. Bantuan beras untuk keluarga sejahtera (Rastra) menjadi bantuan pangan.
7. Subsidi energi dan pupuk.

### **2.1.3.3. Program Keluarga Harapan (PKH)**

#### **a. Pengertian PKH**

Program Keluarga Harapan (PKH) merupakan program bantuan tunai bersyarat kepada RTSM jika mereka memenuhi persyaratan yang terkait dengan kriteria kemiskinan menurut BPS. Program PKH mencakup komponen yaitu pendidikan, kesehatan, disabilitas & lansia. Tujuan dari program PKH Pendidikan adalah untuk meningkatkan angka partisipasi sekolah, khususnya bagi anak-anak RTSM, serta mengurangi angka pekerja anak.

Tujuan program PKH kesehatan yaitu untuk ikut serta meningkatkan upaya perbaikan status kesehatan ibu dan anak, khususnya masyarakat miskin.

Program Keluarga Harapan dilaksanakan oleh UPPKH Pusat, UPPKH Kabupaten/Kota dan Pendamping PKH. Masing-masing pelaksana memegang peran penting dalam menjamin keberhasilan PKH. Mereka adalah:

- a.** UPPKH Pusat merupakan badan yang merancang dan mengelola persiapan dan pelaksanaan program. UPPKH Pusat juga melakukan

pengawasan perkembangan yang terjadi di tingkat daerah serta menyediakan bantuan yang dibutuhkan.

- b.** UPPKH Kabupaten/Kota melaksanakan program dan memastikan bahwa alur informasi yang diterima dari kecamatan ke pusat dapat berjalan dengan baik dan lancar. UPPKH Kabupaten/Kota juga berperan dalam mengelola dan mengawasi kinerja pendamping serta memberi bantuan jika diperlukan.
- c.** Pendamping merupakan pihak kunci yang menjembatani penerima manfaat dengan pihak lain yang terlibat di tingkat kecamatan maupun dengan program di tingkat kabupaten/kota. Tugas pendamping termasuk didalamnya melakukan sosialisasi, pengawasan dan mendampingi para penerima manfaat dalam memenuhi komitmennya.

#### **b. Tujuan PKH**

Tujuan PKH adalah untuk mengurangi angka dan memutus rantai kemiskinan, meningkatkan kualitas sumber daya manusia, serta mengubah perilaku yang kurang mendukung peningkatan kesejahteraan dari kelompok paling miskin. Tujuan ini berkaitan langsung dengan upaya mempercepat pencapaian target *Millennium Development Goals* (MDGs). Secara khusus, tujuan PKH adalah:



1. Meningkatkan akses dan kualitas pelayanan pendidikan dan kesehatan bagi Peserta PKH
2. Meningkatkan status kesehatan dan gizi ibu hamil (bumil), ibu nifas, bawah lima tahun (balita) dan anak prasekolah anggota Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM)/Keluarga Sangat Miskin (KSM).

**c. Penerima PKH**

Sejak tahun 2012, untuk memperbaiki sasaran penerima PKH, data awal untuk penerima manfaat PKH diambil dari Basis Data Terpadu hasil PPLS 2011, yang dikelola oleh TNP2K. Sampai dengan tahun 2014, ditargetkan cakupan PKH adalah sebesar 3,2 juta keluarga. Sasaran PKH yang sebelumnya berbasis Rumah Tangga, terhitung sejak saat tersebut berubah menjadi berbasis Keluarga.

Perubahan ini untuk mengakomodasi prinsip bahwa keluarga (yaitu orang tua–ayah, ibu–dan anak) adalah satu orang tua memiliki tanggung jawab terhadap pendidikan, kesehatan, kesejahteraan dan masa depan anak. Karena itu keluarga adalah unit yang sangat relevan dengan peningkatan kualitas sumber daya manusia dalam upaya memutus rantai kemiskinan antar generasi. Beberapa keluarga dapat berkumpul dalam satu rumah tangga yang mencerminkan satu kesatuan pengeluaran konsumsi (yang dioperasikan dalam bentuk satu dapur).

PKH diberikan kepada Keluarga Sangat Miskin (KSM). Data keluarga yang dapat menjadi peserta PKH didapatkan dari Basis Data Terpadu dan memenuhi sedikitnya satu kriteria kepesertaan program berikut, yaitu:

1. Memiliki ibu hamil/nifas/anak balita
2. Memiliki anak usia 5-7 tahun yang belum masuk pendidikan dasar (anak pra sekolah)
3. Anak usia SD/MI/Paket A/SDLB (usia 7-12 tahun),
4. Anak SLTP/MTs/Paket B/SMLB (Usia 12-15),
5. Anak 15-18 tahun yang belum menyelesaikan pendidikan dasar termasuk anak dengan disabilitas.
6. Lanjut Usia > 65 Tahun

Seluruh keluarga di dalam suatu rumah tangga berhak menerima bantuan tunai apabila memenuhi kriteria kepercayaan program dan memenuhi kewajiban.

#### **d. Hak dan Kewajiban Peserta PKH**

##### **1) Hak Peserta PKH**

RTSM yang terpilih sebagai pesertan PKH berhak memperoleh bantuan seperti :

- a. Bantuan uang tunai yang besarnya disesuaikan dengan beban atau tanggungan yang ada di RTSM.
- b. Menerima pelayanan kesehatan (ibu dan bayi) di Puskesmas, Posyandu, Polindes dan lain-lain.
- c. Menerima pelayanan pendidikan bagi anak usia wajib belajar pendidikan dasar 9 tahun sesuai ketentuan yang berlaku.

## 2) Kewajiban Peserta PKH

### Tingkat Kesehatan

KSM yang sudah ditetapkan menjadi peserta PKH dan memiliki kartu PKH diwajibkan memenuhi persyaratan kesehatan yang sudah ditetapkan dalam protokol pelayanan kesehatan sebagai berikut:

- **Anak usia 0-6 tahun:**
  - a. Bayi baru lahir (BBL) harus mendapat IMD, pemeriksaan segera saat lahir, menjaga bayi tetap hangat, Vit K, HBO, salep mata, konseling menyusui.
  - b. Anak usia 0-28 hari (*neonatus*) harus diperiksa kesehatannya sebanyak 3 kali: pemeriksaan pertama pada 6-48 jam, kedua: 3-7 hari, ketiga: 8-28 hari. Anak usia 0-6 bulan harus diberikan ASI eksklusif (ASI saja).

- c. Anak usia 0–11 bulan harus diimunisasi lengkap (BCG, DPT, Polio, Campak, Hepatitis B) dan ditimbang berat badannya secara rutin setiap bulan.
  - d. Anak usia 6-11 bulan harus mendapatkan Vitamin A minimal sebanyak 2 (dua) kali dalam setahun, yaitu bulan Februari dan Agustus.
  - e. Anak usia 12–59 bulan perlu mendapatkan imunisasi tambahan dan ditimbang berat badannya secara rutin setiap bulan.
  - f. Anak usia 5-6 tahun ditimbang berat badannya secara rutin setiap bulan untuk dipantau tumbuh kembangnya dan atau mengikuti program Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD/*Early Childhood Education*) apabila di lokasi/posyandu terdekat terdapat fasilitas PAUD.
- **Ibu hamil dan ibu nifas:**
    - a. Selama kehamilan, ibu hamil harus melakukan pemeriksaan kehamilan di fasilitas kesehatan sebanyak 4 (empat) kali,
    - b. yaitu sekali pada usia kehamilan sekali pada usia 0-3 bulan, sekali pada usia kehamilan 4-6 bulan, dua kali pada kehamilan 7-9 bulan, dan mendapatkan suplemen tablet Fe.

- c. Ibu melahirkan harus ditolong oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan.
- d. Ibu nifas harus melakukan pemeriksaan/diperiksa kesehatan dan mendapat pelayanan KB pasca persalinan setidaknya 3 (tiga) kali pada minggu I, IV dan VI setelah melahirkan.
- e. Anak dengan disabilitas: Anak penyandang disabilitas dapat memeriksa kesehatan di dokter spesialis atau psikolog sesudah dengan jenis dan derajat kecacatan.

### **Tingkat Pendidikan**

Peserta PKH diwajibkan memenuhi persyaratan berkaitan dengan pendidikan dan mengikuti kehadiran di satuan pendidikan/rumah singgah minimal 85% dari hari sekolah dalam sebulan selama tahun ajaran berlangsung dengan catatan sebagai berikut:

- a. Peserta PKH yang memiliki anak usia 7-15 tahun diwajibkan untuk didaftarkan/terdaftar pada lembaga pendidikan dasar (SD/MI/SDLB/Salafiyah Ula/Paket A atau SMP/ MTs/ SMLB/ Salafiyah Wustha/Paket B termasuk SMP/MTs terbuka) dan mengikuti kehadiran di kelas minimal 85 % dari hari belajar

efektif setiap bulan selama tahun ajaran berlangsung. Apabila ada anak yang berusia 5-6 tahun yang sudah masuk sekolah dasar dan sejenisnya, maka yang bersangkutan dikenakan persyaratan pendidikan.

- b. Bagi anak penyandang disabilitas yang masih mampu mengikuti pendidikan reguler dapat mengikuti program SD/MI atau SMP/MTs, sedangkan bagi yang tidak mampu dapat mengikuti pendidikan non reguler yaitu SDLB atau SMLB.
- c. Peserta PKH yang memiliki anak usia 15-18 tahun dan belum menyelesaikan pendidikan dasar; maka diwajibkan anak tersebut didaftarkan /terdaftar ke satuan pendidikan reguler atau non-reguler(SD/MI atau SMP/MTs, atau Paket A, atau Paket B).
- d. Anak peserta PKH yang bekerja atau menjadi pekerja anak atau telah meninggalkan sekolah dalam waktu yang cukup lama, maka anak tersebut harus mengikuti program *remedial* yakni mempersiapkannya kembali ke satuan pendidikan. Program *remedial* yakni mempersiapkannya kembali ke satuan pendidikan. Program *remedial* ini adalah layanan rumah singgah atau *shelter* yang dilaksanakan Kementerian Sosial untuk anak jalanan dan Kemenakertrans untuk pekerja anak.

Bila kedua persyaratan di atas, kesehatan dan pendidikan, dapat dilaksanakan secara konsisten oleh Peserta PKH, maka mereka akan memperoleh bantuan secara teratur.

**e. Besaran Bantuan Penerimaan Program Keluarga Harapan (PKH)**

Penerimaan Program Keluarga Harapan (PKH) di Bandung Barat pertama dilaksanakan pada tahun 2007, penerimaan bantuan tersebut hanya disalurkan kepada anak usia balita/ Ibu Hamil, SD dan SMP. Kriteria tersebut hanya sampai pada tahun 2014. Pada tahun 2015 kriteria penerima PKH ditambah sampai anak usia SMA.

Pada tahun 2016 menambah 2 kriteria lagi, yaitu disabilitas dan lansia di atas 65 Tahun. Di bawah ini ada tabel yang menjelaskan tentang Besaran Bantuan Tunai Bersyarat untuk setiap keluarga Peserta PKH, diantaranya.

**Tabel 2.2**  
**Besaran Bantuan Tunai PKH Kepada Keluarga Sangat Miskin**

<b>Komponen Bantuan</b>	<b>Tahun 2007</b>	<b>Tahun 2013</b>	<b>Tahun 2015</b>	<b>Tahun 2016</b>
Bantuan Tetap	Rp. 200.000	Rp. 300.000	Rp. 500.000	Rp. 500.000
Bantuan Bagi RSTM dengan komponen:	Rp. 800.000	Rp. 1.000.000	Rp. 1.000.000	Rp. 1.200.000
1 Anak Usia Balita/ Ibu Hamil/ Menyusui				

2	Anak Usia SD/Sederajat	Rp. 400.000	Rp. 500.000	Rp. 450.000	Rp. 450.000
3	Anak Usia SMP/Sederajat	Rp. 800.000	Rp. 1.000.000	Rp. 750.000	Rp. 750.000
4	Anak Usia SMA/sederajat	-	-	Rp. 1.000.000	Rp. 1.000.000
5	Diabilitas	-	-	-	Rp. 3.600.000
6	Lansia (Diatas 65 Tahun )	-	-	-	Rp. 2.400.000
	Bantuan Minimum / RSTM	Rp. 600.000	Rp. 800.000	Rp. 950.000	Rp. 950.000
	Bantuan Maksimum / RSTM	Rp. 2.200.000	Rp. 2.800.000	Rp. 3.700.000	Rp. 9.900.000

*Sumber : Basis Data Terpadu*

Dari **Tabel 2.2** menunjukkan bahwa dengan adanya perbedaan kriteria anggota keluarga Peserta PKH, maka besar bantuan yang diterima setiap peserta PKH akan bervariasi. Karena, jumlah dana yang diterima tergantung dari jumlah kriteria yang sudah di tentukan. Semakin banyak jumlah anggota keluarga yang termasuk kriteria penerima PKH, maka semakin banyak dana subsidi yang di terima, dan sebaliknya jika semakin sedikit jumlah anggota keluarga kriteria penerima PKH, maka semakin sedikit dana subsidi yang diterima.

Dikatakan jumlah anggota penerima PKH di setiap tahun selalu bertambah, maka pada tahun 2017 besaran bantuan PKH menjadi 1,9 juta/Tahun untuk setiap Kepala Keluarga.



#### **2.1.4 Indeks Pembangunan Manusia (IPM)**

Pendekatan konseptual pembangunan manusia mencakup empat elemen pokok yaitu; *produktifitas, pemerataan, keberlanjutan dan pemberdayaan masyarakat*. Peningkatan kualitas hidup akan menjadi lebih luas dan terjamin jika kemampuan dasar yang mencakup hidup panjang dan sehat, berpengetahuan (serta menguasai IPTEK) dan mempunyai akses terhadap sumber daya yang dibutuhkan agar dapat hidup secara layak (berdaya beli) dimiliki oleh penduduk. Produktivitas berarti manusia harus dapat meningkatkan produktivitasnya dalam artian ekonomi, yaitu untuk memperoleh pendapatan dan berpartisipasi dalam pasar kerja. Pemerataan berarti semua mempunyai kesempatan yang sama berpartisipasi dalam seluruh kegiatan, termasuk ekonomi, sosial dan politik. Makna berkelanjutan adalah bahwa semua kegiatan dalam rangka pembangunan manusia dilakukan terus menerus, sedangkan pemberdayaan berarti semua lapisan masyarakat ikut berpartisipasi penuh dalam proses pembangunan.

Dalam menunjang mutunya sebagai subjek pembangunan, maka diperlukan upaya pengembangan SDM sejak dini, salah satunya melalui pendidikan dengan meningkatkan tingkat pendidikan penduduk secara massal, misalnya wajib belajar 9 tahun atau mengarahkan orientasi pendidikan kepada kebutuhan daerah masing-masing. Disamping itu, derajat kesehatan penduduk juga perlu ditingkatkan terutama kesehatan balita, ibu,

dan anak. Kesadaran akan pentingnya kesehatan, menjaga lingkungan agar tetap sehat dan pemberian makanan tambahan kepada siswa merupakan upaya yang harus sungguh- sungguh diperhatikan (Alkadri dkk, 2001).

Kualitas ibu dalam hal membangun SDM yang bermutu teramat penting, hal ini disebabkan karena ibu relatif memiliki waktu lebih banyak bersama anak sehingga dapat memberikan arahan, bimbingan, dan meningkatkan potensi anak (Musbikin, 2009).

Sehingga pada akhirnya, sasaran pembangunan manusia diprioritaskan pada :

**a. Tingkat Pendidikan (Anak Berprestasi)**

Harkat dan martabat manusia akan meningkat apabila yang bersangkutan mempunyai kecerdasan yang memadai. Tingkat kecerdasan (*intelligence*) seseorang pada titik waktu tertentu merupakan produk gabungan dari keturunan (*heredity*), pendidikan dan pengalamannya.

Prestasi pembangunan masyarakat akan diukur dengan melihat seberapa jauh masyarakat di kawasan tersebut telah memanfaatkan sumber dayanya untuk memberikan fasilitas kepada warganya agar menjadi lebih cerdas. Hidup sehat dan cerdas diyakini akan meningkatkan kemampuan produktivitas seseorang, sedang hidup yang panjang dalam keadaan tetap sehat dan cerdas juga akan memperpanjang masa produktif tersebut sehingga pada gilirannya

akan meningkatkan mutu peran warga tersebut sebagai pelaku (*agent*) pembangunan .

Dalam kaitannya dengan IPM ini, jenis indikator pendidikan, yaitu rata-rata lama sekolah. indikator pendidikan ini diharapkan mencerminkan tingkat pengetahuan dan keterampilan penduduk. Pentingnya pendidikan didefinisikan sebagai “mampu membaca dan menulis”.

Datanya diperkirakan juga berbeda jika pengumpulannya datanya menggunakan suatu alat peraga. Dalam publikasi ini masalah tersebut dapat dihindari karena konsep “mampu membaca dan menulis“ dan cara menanyakannya (tanpa alat peraga) di Indonesia diberlakukan secara seragam.

#### **b. Tingkat Kesehatan (Kunjungan ke Puskesmas)**

Angka harapan hidup merupakan indikator penting dalam mengukur *longevity* (panjang umur). Panjang umur seseorang tidak hanya merupakan produk dari upaya yang bersangkutan melainkan juga seberapa jauh masyarakat atau negara dengan penggunaan sumber daya yang tersedia berusaha untuk memperpanjang hidup atau umur penduduknya. Secara teori, seseorang dapat bertahan hidup lebih lama apabila dia sehat dan bilamana menderita sakit dia harus

mengatur untuk membantu mempercepat kesembuhannya sehingga dia dapat bertahan hidup lebih lama (datang ke fasilitas/petugas kesehatan). Oleh karena itu, pembangunan masyarakat dikatakan belum berhasil apabila pemanfaatan sumber daya masyarakat tidak diarahkan pada pembinaan kesehatan agar dapat tercegah „warga meninggal lebih awal dari yang seharusnya“.

Dengan demikian, variabel harapan hidup ini diharapkan mencerminkan “lama hidup” sekaligus “hidup sehat” suatu masyarakat. Hal ini sebenarnya “berlebihan”, mengingat angka morbiditas (angka kesakitan) akan lebih valid dalam mengukur “hidup sehat”. Walaupun demikian, karena hanya sedikit negara yang memiliki data morbiditas yang dapat dipercaya maka variabel tersebut tidak digunakan untuk tujuan perbandingan. Sebenarnya dalam Susenas (Survei Sosial Ekonomi Nasional), setiap tahun variabel morbiditas telah dikumpulkan datanya sehingga dapat digunakan untuk tujuan perbandingan antar propinsi kabupaten/kota, namun sejauh ini belum diketahui tingkat kecermatannya sehingga belum digunakan dalam publikasi ini.

Untuk melihat capaian IPM antar wilayah dapat dilihat melalui pengelompokan IPM ke dalam beberapa kategori, yaitu:

$IPM < 60$  : IPM rendah

$60 < IPM < 70$  : IPM sedang

$70 < IPM < 80$  : IPM tinggi

$IPM < 80$  : IPM sangat tinggi

### **2.1.5 Teori Konsumsi**

Pengeluaran konsumsi rumah tangga adalah nilai belanja yang dilakukan oleh rumah tangga untuk membeli berbagai jenis kebutuhannya dalam satu tahun tertentu. Pendapatan yang diterima rumah tangga akan digunakan untuk membeli makanan, membiayai jasa angkutan, membayar pendidikan anak, membayar sewa rumah dan membeli kendaraan. Barang-barang tersebut dibeli rumah tangga untuk memenuhi kebutuhannya, dan pembelanjaan tersebut dinamakan konsumsi (Sukirno,1994:38).

Dalam kehidupannya manusia dihadapkan pada serangkaian kebutuhan sebagai upaya untuk mempertahankan kehidupannya, dengan adanya kebutuhan tersebut membuat manusia terdorong untuk melakukan pengeluaran konsumsi, dalam ilmu ekonomi pengertian konsumsi tidak terbatas hanya terbatas pada hal yang berkaitan dengan makanan saja, namun juga di golongkan kepada pengeluaran non makanan seperti kesehatan, pendidikan, transportasi, pakaian dan lain-lain.

Setiap orang atau keluarga mempunyai skala kebutuhan yang dipengaruhi oleh pendapatan, kondisi pendapatan seseorang akan mempengaruhi tingkat konsumsinya. Makin tinggi pendapatan makin

banyak jumlah barang yang dikonsumsi, bila konsumsi ingin ditingkatkan sedangkan pendapatan tetap maka terpaksa tabungan yang digunakan maka tabungan akan berkurang. Tidak terkecuali dengan keluarga miskin mereka pun melakukan pengeluaran untuk konsumsi tersebut baik pengeluaran konsumsi makanan maupun non makanan, namun seringkali keluarga miskin kesulitan untuk pengeluaran biaya non makanannya, karena pengeluaran biaya non makanan yang meliputi pengeluaran biaya untuk kesehatan, pendidikan ataupun transportasi dianggap terlalu tinggi dan membebani pengeluaran biaya rumah tangga miskin.

Pola konsumsi sering digunakan sebagai salah satu indikator untuk mengukur tingkat kesejahteraan. Tingkat kesejahteraan suatu masyarakat dapat pula dikatakan membaik apabila pendapatan meningkat dan sebagian pendapatan tersebut digunakan untuk mengkonsumsi non makanan, begitupun sebaliknya. Pergeseran pola pengeluaran untuk konsumsi rumah tangga dari makanan ke non makanan dapat dijadikan indikator peningkatan kesejahteraan masyarakat, dengan anggapan bahwa setelah kebutuhan makanan telah terpenuhi, kelebihan pendapatan akan digunakan untuk konsumsi.

## **2.2 Penelitian Terdahulu**

### **2.2.1 Penelitian Horas Djulius & Endang Rostiana**

Penelitian pertama yang dilakukan oleh Horas Djulius dan Endang Rostiana dari Universitas Pasundan (UNPAS), yang berjudul tentang “*Eksplorasi Pola Konsumsi untuk Membentuk Model Manajemen Keuangan untuk Keluarga Miskin di Bandung, Indonesia*” menyatakan bahwa pengentasan kemiskinan, khususnya di daerah perkotaan telah menjadi indikator perkembangan negara berkembang.

Masalah ini bisa diatasi bukan hanya oleh pemerintah tapi juga dengan memberdayakan keluarga miskin. Dengan demikian, pengelolaan keuangan keluarga seharusnya dilakukan ffokus pada pengeluaran yang memenuhi unsur-unsur yang sehat, produktif, dan keluarga yang berorientasi baik, yaitu berinvestasi pada modal manusia.

Tujuan dari penelitian ini untuk mendeskripsikan dan menjelaskan pola belanja rumah tangga miskin perkotaan, dan berbagai faktor-faktor yang dapat menyebabkan pola tersebut. Aspek yang dianalisis mencakup variabel kemiskinan, pola konsumsi dan manajemen keuangan keluarga.

Pendekatan pertama dalam mengukur kemiskinan dalam penelitian ini adalah melalui pendapatan seperti yang dilakukan oleh Bank Dunia, yang mendefinisikan kemiskinan absolut memiliki batas maksimum pendapatan sebesar 1 USD atau 2 USD per kapita. Pendekatan kedua dalam mengukur kemiskinan adalah melalui Pengeluaran yang dilakukan oleh keluarga miskin.

Dari hasil analisis menunjukkan bahwa semakin tinggi pendapatan rumah tangga, maka semakin rendah komposisi pengeluaran konsumsi makanan, sedangkan Pengeluaran konsumsi untuk non makanan terus meningkat seperti biaya listrik, gas, air, bahan bakar, pendidikan, dan transportasi. Dengan demikian, perlu di ciptakan keuangan rumah tangga yang mudah dimengerti dan mudah diimplementasikan dalam kehidupan sehari-hari.

### **2.2.2 Penelitian S. Lindawati**

Penelitian yang kedua dilakukan oleh S.Lindawati dari Institusi Pertanian Bogor (IPB), yang berjudul tentang “*Analisis Implementasi Program Keluarga Harapan Terhadap Peningkatan Kualitas Kesehatan Dan Pendidikan Keluarga*”. Menyatakan bahwa kemiskinan adalah suatu situasi dimana seseorang atau rumah tangga mengalami kesulitan untuk memenuhi kebutuhan dasar. Salah satu strategi penanggulangan kemiskinan adalah tersedianya data kemiskinan yang akurat dan tepat sasaran.

Program Keluarga Harapan (PKH) adalah program yang memberikan bantuan tunai kepada RTSM yang memiliki anggota keluarga yang terdiri dari anak usia 0-15 tahun dan/atau ibu hamil/nifas dan berada pada lokasi terpilih, dimana penerima bantuannya adalah ibu.



Tujuan utama dari PKH adalah untuk mengurangi kemiskinan dan meningkatkan kualitas kesehatan dan pendidikan RTSM.

Dalam penelitian ini dilakukan klasifikasi terhadap RTSM penerima PKH menjadi 5 indikator kemiskinan, yaitu pendapatan rumah tangga, pengeluaran rumah tangga, tanggungan keluarga, kepemilikan aset, dan status rumah. Lima indikator ini diambil dari hasil penyederhanaan terhadap 14 indikator kemiskinan menurut BPS.

Di sisi lain, untuk mengukur upaya ibu meningkatkan kualitas kesehatan dan pendidikan keluarga, maka dilakukan uji statistika yang menunjukkan adanya perbedaan hubungan antara PKH dengan upaya ibu meningkatkan kualitas kesehatan dan pendidikan keluarga. Ternyata ada hubungan signifikan antara dana PKH dengan upaya ibu meningkatkan kualitas kesehatan keluarga. Melihat hal ini, maka diperlukan adanya bentuk pemberdayaan terhadap RTSM penerima bantuan dengan melihat karakteristik rumah.

### **2.3 Kerangka Pemikiran**

Kerangka pikir merupakan alur pikir yang logis yang dibuat dalam bentuk diagram dengan tujuan untuk menjelaskan secara garis besar sebuah penelitian yang akan dilaksanakan.

Kerangka pikir dibuat berdasarkan pertanyaan penelitian dan mempresentasikan suatu hubungan diantara variabel bebas dengan variabel terikat. Dalam penelitian kali ini saya ingin melihat bagaimana penerapan Program Keluarga Harapan (PKH) yang meliputi proses pemilihan RTSM, dan bagaimana alokasi dana untuk tingkat pendidikan dan kesehatan, manakah yang lebih diprioritaskan oleh masyarakat di Desa Mandalasari Kecamatan Cipatat Kabupaten Bandung Barat.

**Garis Kemiskinan (BPS)**, seseorang yang berpenghasilan Rp 12.066 perhari atau setara Rp 361.990 perbulan adalah orang yang dikategorikan tidak miskin. Baru dikatakan miskin apabila pendapatan masyarakat kurang dari Rp 12.066, misalnya Rp 12.000.

**Program Keluarga Harapan (PKH)** merupakan arah pengentasan masyarakat miskin melalui PKH sesuai Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2009 dan peraturan presiden No 15 Tahun 2010 tentang percepatan penanggulangan kemiskinan, menyatakan bahwa *“Perubahan perilaku/sikap dan cara pandang dari masyarakat itu sendiri yang menjadi kokoh untuk terbangunnya kesejahteraan masyarakat yang mandiri melalui pengentasan kemiskinan agar masyarakat miskin mampu bertindak sesuai dengan harkat dan martabatnya sebagai manusia luhur yang mampu menerapkan nilai-nilai luhur dalam kehidupan bermasyarakat sehingga masyarakat benar-benar mampu menjadi masyarakat yang sehat dan cerdas sehingga mereka keluar dari kemiskinan”*.

*Teori konsumsi Menurut Meiler dan Meineres (1997)* Penelitian Engel melahirkan empat butir kesimpulan, yang kemudian dikenal dengan hukum Engel. Keempat butir kesimpulannya yang dirumuskan adalah :

- a. Jika Pendapatan meningkat, maka persentasi pengeluaran untuk konsumsi pangan semakin kecil
- b. Persentase pengeluaran untuk konsumsi pakaian relatif tetap dan tidak tergantung pada tingkat pendapatan
- c. Persentase pengeluaran konsumsi untuk pengeluaran rumah relatif tetap dan tidak tergantung pada tingkat pendapatan
- d. Jika pendapatan meningkat, maka persentase pengeluaran untuk pendidikan, kesehatan, rekreasi, barang mewah, dan tabungan semakin meningkat.

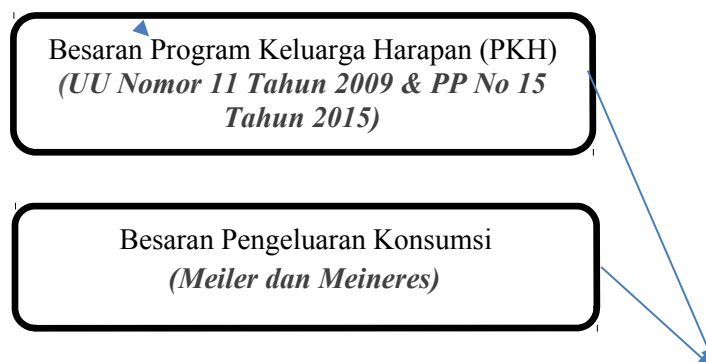
*Rumah Sehat menurut Taufik (2000)* bahwa rumah sehat bukan berarti rumah tersebut harus besar dan penuh dengan kemewahan, tetapi rumah yang sehat adalah suatu rumah yang memenuhi konsep kebersihan, kesehatan, dan keindahan. Salah satu contoh untuk menjaga rumah selalu terlihat sehat dengan merawat lantai. Lantai adalah salah satu bagian rumah yang keberadannya tak bisa diabaikan. Lantai memegang peran yang penting, dari segi fungsi hingga estetika sebuah rumah. Karena itulah, banyak yang menyediakan budget tersendiri untuk menampilkan lantai rumah yang menawan.

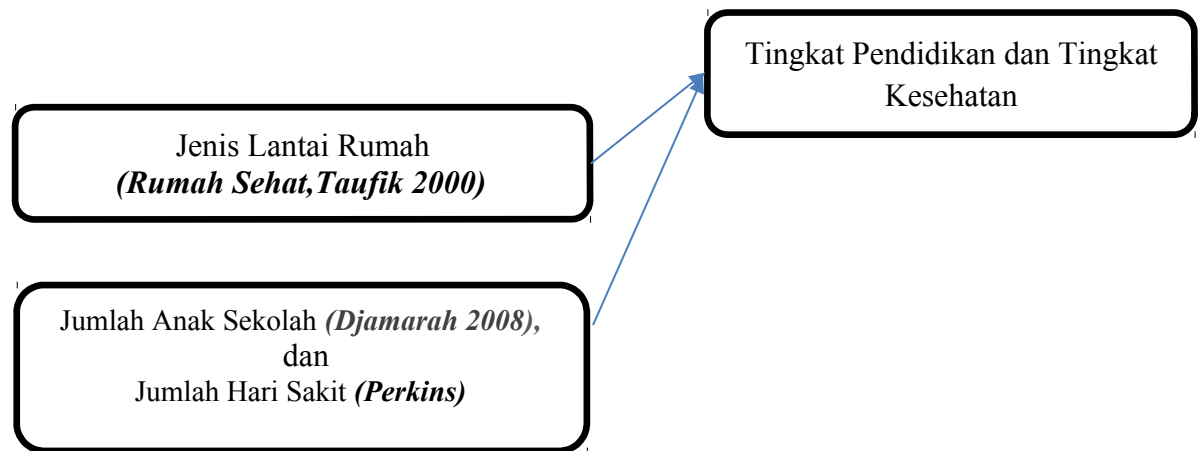
*Anak Usia Sekolah Menurut Nasution (1993, Djamarah 2008)*, masa usia sekolah sebagai masa kanak-kanak yang berlangsung dari usia 6-12 tahun.

Dimana seorang anak akan mulai bersekolah dan memperoleh pendidikan secara formal dari guru/ pengajar/ pendidik. Sekolah merupakan tempat sesudah keluarga dimana anak akan memperoleh pendidikan. Oleh karena itu sekolah merupakan lembaga yang sangat penting dalam pembentukan kepribadian anak dan menentukan mutu anak.

*Jumlah Hari Sakit Menurut (Perkins)*, sakit adalah sebagai suatu keadaan yang tidak menyenangkan yang menimpa seseorang sehingga seseorang menimbulkan gangguan aktivitas sehari-hari baik itu dalam aktivitas jasmani, rohani dan sosial.

Dengan demikian ketika masyarakat memiliki rumah sehat maka akan mencegah penularan penyakit, memenuhi konsep kebersihan dan keindahan yang akan berpengaruh pada pendidikan dan kesehatan dalam keluarga. Dari sejumlah teori yang ada tersebut maka kerangka pemikiran mengenai penelitian ini dapat di perlihatkan oleh **Gambar 2.2** sebagai berikut:





**Gambar 2.2**  
**Kerangka Pemikiran**

### 2.3.1 Hipotesis Penelitian

Hipotesis adalah suatu jawaban yang bersifat sementara terhadap permasalahan suatu penelitian, sampai terbukti melalui data yang terkumpul. Apabila peneliti telah mendalami permasalahan penelitiannya dengan seksama serta menetapkan anggapan dasar, kemudian membuat suatu teori dan masih perlu diuji (di bawah kebenaran). Inilah hipotesis peneliti harus berfikir bahwa hipotesisnya itu dapat diuji.

Berdasarkan kajian teoritis diatas maka dapat dirumuskan hipotesis penelitian ini, yaitu sebagai berikut.:

1. Diduga adanya pengaruh positif antara Program Keluarga Harapan (PKH) dengan tingkat pendidikan dan kesehatan keluarga sangat miskin.
2. Diduga adanya pengaruh positif antara konsumsi dengan tingkat pendidikan dan kesehatan keluarga sangat miskin.
3. Diduga adanya pengaruh positif antara Jenis Lantai Rumah dengan tingkat pendidikan dan kesehatan keluarga sangat miskin.
4. Diduga adanya pengaruh positif antara Jumlah Anak Sekolah/ Jumlah Hari Sakit dengan tingkat pendidikan dan kesehatan keluarga sangat miskin.
5. Diduga adanya pengaruh positif antara PKH, Konsumsi, Jenis Lantai Rumah, Jumlah Anak Sekolah dan Jumlah Hari Sakit dengan tingkat pendidikan dan kesehatan keluarga sangat miskin.