

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Beberapa Teori Kemiskinan

Kemiskinan merupakan salah satu masalah makro ekonomi yang menjadi perhatian khusus di negara manapun, terlebih utama bagi negara-negara yang masih berkembang. Kemiskinan merupakan permasalahan yang diakibatkan oleh kondisi nasional suatu negara atau juga kondisi global. Suatu negara dikatakan miskin biasanya ditandai dengan pendapatan per kapitanya rendah, pertumbuhan tingkat penduduk yang tinggi, sebagian besar tenaga kerja bergerak di bidang pertanian dan terbelenggu dalam lingkaran setan kemiskinan.

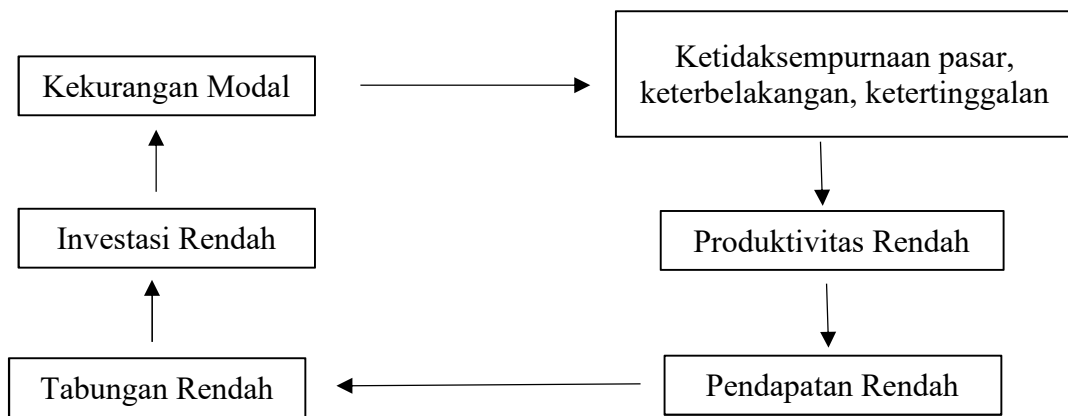
Beberapa teori yang akan dibahas dalam penelitian ini adalah teori Lingkaran Setan Kemiskinan (*Vicious Circle of Poverty*) yang dikemukakan Ragnar Nurkse (1953), serta teori Pendekatan Sumber Daya dan Hak (*Endowment and Entitlement Approach*) yang dikemukakan oleh Armatya Sen (1981).

1. Teori Lingkaran Setan Kemiskinan (*Vicious Circle of Poverty*)

Lingkaran setan kemiskinan adalah serangkaian kekuatan yang saling mempengaruhi, sehingga menimbulkan suatu keadaan dimana suatu negara khususnya negara berkembang mengalami banyak masalah untuk mencapai pembangunan yang lebih tinggi. Sharp mencoba mengidentifikasi penyebab kemiskinan dipandang dari sisi ekonomi. Pertama secara makro kemiskinan muncul karena adanya ketidaksamaan pola kepemilikan sumber daya yang menimbulkan distribusi pendapatan yang timpang. Penduduk miskin hanya memiliki sumber

daya dalam jumlah terbatas dan kualitasnya rendah. Kedua, kemiskinan muncul akibat perbedaan kualitas sumber daya manusia. Kualitas sumber daya manusia yang rendah berarti produksinya rendah, yang pada gilirannya upah menjadi rendah. Rendahnya kualitas sumber daya manusia ini karena rendahnya pendidikan, nasib yang kurang beruntung, adanya diskriminasi, atau karena keturunan. Ketiga kemiskinan muncul akibat perbedaan akses ke modal.

Ketiga penyebab kemiskinan ini berdasarkan pada teori Lingkaran Setan Kemiskinan (*vicious circle of poverty*) yang dikemukakan oleh Nurkse (1953), bahwa “*a poor country is poor because it is poor*” (negara miskin itu miskin karena memang miskin). Skema lingkaran miskin ini dapat digambarkan pada gambar 2.1 berikut ini :



Gambar 2.1 Lingkaran Setan Kemiskinan (*The Vicious Circle of Poverty*)

2. Teori Pendekatan Sumber Daya dan Hak (*Endowment and Entitlement Approach*)

Dalam teori Pendekatan Sumber Daya dan Hak disebutkan bahwa kemiskinan adalah fenomena multidimensi yang tidak sebatas akibat minimnya

modal dan kemampuan kerja. Kemiskinan dapat disebabkan oleh ketidakmampuan bekerja secara produktif, kemerosotan daya beli, hingga keterasingan dari kehidupan masyarakat. Konsep ini menegaskan bahwa kemiskinan tidak hanya berhubungan dengan ketidakmampuan kerja, tapi juga berkaitan dengan hak-hak yang tidak terlindungi, serta hilangnya kesempatan untuk mendapat harga yang layak atas produk yang dihasilkan atau tenaga yang diberikan, atau hilangnya kesempatan untuk memperoleh bantuan, subsidi, dan program-program dari pemerintah.

2.1.2 Definisi Kemiskinan

Kemiskinan merupakan keadaan dimana terjadi ketidakmampuan untuk memenuhi kebutuhan dasar seperti makanan, pakaian, tempat berlindung, pendidikan dan kesehatan. Kemiskinan dapat disebabkan oleh kelangkaan alat pemenuhan kebutuhan dasar, ataupun sulitnya akses ke pendidikan dan pekerjaan.

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 sempit, kemiskinan (*porper*) dipahami sebagai keadaan kekurangan uang dan barang untuk menjamin kelangsungan hidup. Dalam arti luas, Chambers (dalam Chriswardani Suryawati, 2005), mengatakan bahwa kemiskinan adalah suatu konsep terpadu (*integrated cocept*) yang memiliki lima dimensi, yaitu :

- a. Kemiskinan (*proper*)
- b. Ketidakberdayaan (*powerless*)
- c. Ketentuan menghadapi situasi darurat (*state of emergency*)

- d. Ketergantungan (*dependence*)
- e. Keterasingan (*isolation*)

Kemiskinan didefinisikan sebagai ketidakmampuan untuk memenuhi standar hidup minimum, dimana pengukuran kemiskinan didasarkan pada konsumsi. Berdasarkan konsumsi ini, garis kemiskinan terdiri dari dua unsur, yaitu pengeluaran yang diperlakukan untuk membeli standar minimum gizi dan kebutuhan mendasar lainnya serta jumlah kebutuhan lain yang sangat bervariasi, yang mencerminkan biaya partisipasi dalam kehidupan masyarakat sehari-hari.

Badan Pusat Statistik mendefinisikan kemiskinan dengan menetapkan berbagai kriteria kemiskinan yang mengacu pada besarnya pengeluaran tiap orang per harinya. Kriteria kemiskinan dari BPS adalah sebagai berikut :

- a. Tidak Miskin, yaitu mereka yang pengeluaran per bulannya lebih dari Rp 350.610.
- b. Hampir tidak miskin, yaitu orang yang pengeluaran per bulan per kepala antara Rp 280.488 s/d Rp 350.610 atau sekitar antara Rp 9.350 s/d Rp 11.687 per orang dalam satu hari.
- c. Hampir miskin, yaitu orang dengan pengeluaran per bulan dan kepala antara Rp 233.740 s/d 280.488 atau sekitar antara Rp 7.780 s/d Rp 9.350 per orang dalam satu hari.
- d. Miskin, dengan pengeluaran per orang per bulan per kepala Rp 233.740 ke bawah atau sekitar Rp 7.780 ke bawah per orang dalam 1 hari.
- e. Sangat miskin (kronis), tidak ada kriteria berapa pengeluaran per orang dalam satu hari. Tidak diketahui berapa jumlahnya.

Uni eropa umumnya mendefinisikan penduduk miskin sebagai mereka yang mempunyai pendapatan perkapita dibawah 50% dari median (rata-rata) pendapatan. Ketika median/rata-rata pendapatan meningkat, garis kemiskinan juga relatif meningkat. Dua ukuran kemiskinan yang digunakan oleh Bank Dunia adalah :

- a. Dengan pengeluaran US\$ 1 per kapita per hari dimana perkiraan ada sekitar 1,2 miliar penduduk dunia yang hidup dibawah ukuran tersebut.
- b. Dengan pengeluaran US\$ 2 per kapita per hari dimana lebih dari 2 miliar penduduk yang hidup kurang dari batas tersebut. Dollar yang digunakan adalah US\$ PPP (*Purchasing Power Parity*), bukan nilai tukar resmi (*exchange rate*). Kedua batas ini adalah garis kemiskinan absolut.

2.1.3 Beberapa Faktor Penyebab Kemiskinan

Berdasarkan teori lingkaran setan kemiskinan, ada beberapa faktor penyebab kemiskinan, diantaranya adalah sebagai berikut :

1. Pendapatan

Pendapatan adalah jumlah penghasilan yang diterima oleh penduduk atas prestasi kerjanya selama satu periode tertentu, baik harian, mingguan, bulanan atau tahunan. Pendapatan merupakan dasar dari kemiskinan. Pendapatan setiap individu diperoleh dari hasil kerjanya. Sehingga tinggi rendahnya pendapatan akan dijadikan seseorang sebagai pedoman kerja. Orang yang memiliki pekerjaan dengan gaji yang rendah cenderung tidak maksimal dalam berproduksi. Sedangkan yang memiliki gaji tinggi memiliki motivasi khusus untuk bekerja dan produktivitas kerja lebih baik dan maksimal. Tanpa disadari bahwa tindakan ini akan merugikan diri sendiri, karena pendapatan yang diperoleh sesuai dengan hasil produktivitasnya.

Salah satu nilai dasar yang dapat dijadikan konsep dasar untuk memahami pembangunan serta kaitannya dengan seseorang dikatakan miskin atau tidak adalah kecukupan memenuhi kebutuhan dasar. Kebutuhan dasar manusia tidak hanya menyangkut makanan, termasuk juga sandang, pangan, papan, kesehatan dan keamanan. Sedangkan untuk mencapai hal tersebut seseorang harus melakukan produktivitas agar bisa memperoleh penghasilan atau pendapatan yang nantinya akan digunakan untuk memenuhi kebutuhan dasar.

Aspek pendapatan yang dapat digunakan sebagai indikator kemiskinan adalah pendapatan perkapita. Pendapatan perkapita adalah pendapatan rata-rata penduduk suatu negara pada suatu periode tertentu. Pendapatan perkapita juga bisa diartikan sebagai jumlah dari nilai barang dan jasa rata-rata yang tersedia bagi penduduk suatu negara pada suatu periode tertentu. Pendapatan perkapita diperoleh dari pendapatan nasional pada tahun tertentu dibagi dengan jumlah penduduk suatu negara pada tahun tersebut. Pendapatan memiliki hubungan negatif dengan kemiskinan hal ini sesuai dengan teori bahwa semakin tinggi pendapatan akan menurunkan tingkat kemiskinan.

Setiap orang mempunyai pendapatan yang berbeda-beda dikarenakan kepemilikan faktor produksi dan sumber daya. Sehingga bisa dikatakan apabila semakin besar faktor produksi maka akan semakin besar pula pendapatan yang diperoleh. Sekelompok orang yang memiliki faktor produksi dan sumber daya yang rendah akan berpengaruh pada pendapatan yang dihasilkan juga rendah sehingga tidak mampu mendapatkan sarana pendidikan dan kesehatan yang baik. Oleh karena itu kualitas sumber daya manusia dilihat dari aspek psikis dan fisik rendah

sehingga mengakibatkan produktivitas rendah, dan karena kualitas sumber daya manusia yang rendah mengakibatkan kelompok yang memiliki pendapatan rendah tersingkir dari persaingan di berbagai bidang seperti ekonomi, sosial budaya dan politik. Perbedaan pendapatan ini menciptakan kemakmuran bagi golongan tertentu saja yang mempunyai faktor produksi lebih banyak dari yang lainnya, hal itu memperparah kemiskinan apabila tidak segera ditangani.

2. Pendidikan

Kemiskinan disebabkan oleh berbagai faktor yang saling terkait, dan tidak bisa menggunakan cara instan untuk memberantasnya. Dapat diketahui bahwa pendidikan sebagai salah satu faktor yang dapat mengurangi kemiskinan, untuk mencegah generasi berikutnya jauh lebih miskin. Mihaela Mihai berpendapat bahwa kemiskinan merupakan kegagalan dalam pendidikan, yang berarti bahwa orang-orang yang lahir dalam kemiskinan dilahirkan dalam lingkaran setan kemiskinan yang tidak dapat dihindari. Sebagian besar yang lahir dalam kemiskinan, peluang keberhasilan dalam pendidikan jauh lebih rendah, oleh karena itu kemungkinan kegagalan pendidikan akan lebih tinggi. Setelah kegagalan ini, peluang untuk keberhasilan menjadi terbatas, yang menyebabkan pengucilan sosial. Di sisi lain, Androulla Vassiliou, Komisararis untuk Pendidikan, Kebudayaan, Multilingualisme dan Pemuda, mengatakan bahwa begitu banyak anak muda yang tidak memiliki keterampilan dasar membaca dan menulis di Eropa, hal ini menempatkan mereka pada posisi risiko pengucilan sosial, sehingga lebih sulit untuk mencari pekerjaan yang pada akhirnya mengurangi kualitas hidup.

Kemiskinan dan pendidikan kaitannya sangat erat, karena orang yang hidup dalam kemiskinan mengakibatkan seseorang tidak melanjutkan sekolahnya dan lebih memilih bekerja, sehingga tidak memiliki keterampilan melek huruf dan berhitung, padahal itu adalah kemampuan yang dibutuhkan untuk melanjutkan karier. Pada akhirnya, kondisi yang sama terjadi selama bertahun-tahun, memiliki sedikit penghasilan karena tidak mempunyai pilihan selain meninggalkan sekolah dan memilih bekerja.

Pendidikan di negara-negara berkembang sangatlah penting, pendidikan dapat menjadi katalis untuk menarik masyarakat keluar dari lingkaran setan kemiskinan. Pengetahuan memberi kekuatan untuk memimpikan masa depan yang lebih baik dan keyakinan yang dibutuhkan untuk mengejar pendidikan hingga level paling tinggi. Hubungan antara kemiskinan dan pendidikan sangatlah kompleks, tetapi dapat diketahui bahwa pendidikan membantu orang membuat keputusan yang lebih sehat dan lebih cerdas tentang masa depan anak-anaknya, mata pencaharian dan cara bertahan hidup. Pendidikan juga memiliki peran penting dalam memperjuangkan hak-hak anak serta mengajarkan apa yang dapat diwujudkan ketika kelak tumbuh dewasa. Di Timor Leste, anak-anak telah mengadvokasi hak-hak mereka di sekolah melalui proyek *Children Against Violence* dengan melakukan tur keliling negeri untuk meningkatkan kesadaran akan hukuman fisik melalui drama teater. Pendidikan adalah alat yang ampuh untuk dapat membuat dunia menjadi tempat yang lebih baik.

3. Kesehatan

Kesehatan adalah komponen langsung dari kesejahteraan manusia dan bentuk modal manusia dalam meningkatkan kemampuan individu. David Bloom dan David Canning berpendapat bahwa kedua pandangan ini saling melengkapi dan dapat digunakan untuk meningkatkan investasi di bidang kesehatan di negara-negara berkembang. Dampak peningkatan kesehatan terhadap pendapatan rumah tangga dan pertumbuhan ekonomi menjadikannya alat yang penting dalam mengurangi kemiskinan. Metode yang digunakan adalah survei literatur tentang hubungan antara peningkatan kesehatan dan peningkatan pertumbuhan ekonomi di tingkat nasional dan juga hubungan antara peningkatan kesehatan dan peningkatan produktivitas dan upah di tingkat rumah tangga. Argumen teoritis dan bukti empiris terkait menunjukkan efek besar dari peningkatan kesehatan pada produktivitas, pendapatan rumah tangga, dan pertumbuhan ekonomi. Keuntungan pendapatan yang dihasilkan dari intervensi kesehatan berpotensi memberikan umpan balik ke kesehatan yang lebih baik dalam proses kausalitas kumulatif, menunjukkan alasan baru yang fundamental untuk pengeluaran yang lebih besar dalam kesehatan di negara-negara berkembang. David Bloom dan David Canning berpendapat bahwa agar kebijakan di sektor kesehatan dapat berhasil, perlu ada perubahan yang besar di tingkat internasional, nasional dan lokal yang dapat memberi penekanan lebih besar di bidang kesehatan, khususnya berfokus pada kebutuhan akan kesehatan. HIV/AIDS merupakan tantangan utama bagi kesehatan di banyak negara berkembang saat ini. Penggunaan ini sebagai uji kasus yang menunjukkan bagaimana intervensi kesehatan yang berhasil tidak hanya membutuhkan

peningkatan pengeluaran, tetapi juga komitmen yang mendalam untuk berubah oleh semua sektor masyarakat.

Dalam sebuah pidato kepada Majelis Kesehatan Dunia, Sekretaris Jenderal PBB Kofi Annan (2011) menyatakan bahwa musuh terbesar dari kesehatan di negara berkembang adalah kemiskinan. Secara global ada hubungan yang jelas antara kemiskinan dan buruknya kesehatan yakni di negara-negara tertinggal harapan hidup hanya 49 tahun, dan satu dari sepuluh anak tidak mencapai ulang tahun mereka, sebaliknya di negara-negara dengan penghasilan tinggi rentang hidup rata-ratanya adalah 77 tahun dan angka kematian bayinya adalah enam dari seribu kelahiran hidup.

Kemiskinan memaksa orang untuk hidup di tempat tinggal yang tidak layak, air bersih atau sanitasi yang tidak memadai sehingga menyebabkan orang sakit. Kemiskinan menciptakan kelaparan, dan karenanya orang-orang rentan terhadap penyakit. Kemiskinan tidak memungkinkan orang untuk mendapatkan layanan kesehatan dan obat-obat yang terjangkau serta menyebabkan anak-anak tidak bisa vaksinasi secara rutin. Kemiskinan membuat orang tidak tahu mengenai bahaya kesehatan dan memaksa mereka untuk masuk kedalam pekerjaan berbahaya yang bisa merusak kesehatan.

4. Konsumsi (Pengeluaran)

Salah satu tujuan ekonomi adalah untuk menjelaskan dasar-dasar perilaku konsumen. Mendalami tentang hukum permintaan dan mengetahui bahwa orang-orang lebih cenderung membeli banyak barang ketika harga barang itu rendah dan sebaliknya (Samuelson, 2004). Konsumsi secara umum diartikan sebagai

penggunaan barang dan jasa secara langsung untuk memenuhi kebutuhan manusia. Keynes mengemukakan bahwa konsumsi adalah fungsi positif dari pendapatan dan rumah tangga yang berpendapatan tinggi melakukan konsumsi pangan lebih sedikit dari rumah tangga yang berpendapatan rendah, karena pendapatannya yang lain dialokasikan pada konsumsi non pangan.

Konsumsi merupakan kegiatan menggunakan barang dan jasa untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari. Jumlah dan mutu barang atau jasa yang dikonsumsi tersebut menggambarkan kemakmuran konsumen. Tujuan konsumsi adalah untuk mencapai kepuasan maksimum dari setiap barang yang digunakan. Gan (2013) menyatakan bahwa konsumsi merupakan kegiatan menggunakan barang dan jasa untuk mengurangi atau menghabiskan nilai guna suatu barang dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan hidup setiap hari. Konsumsi yang dilakukan tersebut dapat menunjukkan kesejahteraan seseorang. Hasil temuan Gan menunjukkan bahwa pada tahun 2008 di China terjadi peningkatan kemiskinan, yang mana hal tersebut disebabkan karena menurunnya konsumsi yang dilakukan masyarakat. Demikian pula pada hasil penelitian Hurd (2006) menyatakan bahwa di Cambridge terjadi peningkatan kemiskinan ketika masyarakatnya mengalami kesulitan dalam mengkonsumsi kebutuhan hidupnya. Sejalan dengan itu temuan dari Moav (2008) juga menyatakan bahwa konsumsi yang dilakukan oleh penduduk di London memiliki peran pada kegiatan ekonomi negaranya. Pada suatu periode terjadi peningkatan konsumsi yang menyebabkan terjadinya penurunan jumlah penduduk miskin di London dari periode sebelumnya.

Konsumsi mempengaruhi tingkat kemiskinan secara negatif dan signifikan, artinya bahwa semakin besar konsumsi maka tingkat kemiskinan akan semakin turun, ini sesuai dengan teori, bahwa tingkat kemiskinan dapat dilihat dari jumlah konsumsinya. Berbagai macam parameter dalam mengukur tingkat kemiskinan diantaranya adalah melihat dari sisi konsumsinya. BPS menentukan bahwa tingkat konsumsi yang kurang dari 2100 kalori ditentukan sebagai masyarakat yang berada dibawah garis kemiskinan.

2.1.4 Indikator Kemiskinan

Badan Pusat Statistik menetapkan 14 variabel untuk menentukan keluarga/rumah tangga yang layak dikategorikan sebagai Rumah Tangga Sangat Miskin (RSTM), yaitu sebagai berikut :

Tabel 2.1

Karakteristik Rumah Tangga Sangat Miskin Menurut BPS

No	Variabel Kemiskinan	Karakteristik Kemiskinan
1	Luas bangunan tempat tinggal	Kurang dari 8 m ² 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 penerangan 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 tanah
8	Konsumsi daging/ayam/susu per minggu	Satu kali dalam seminggu
9	Pembelian pakaian baru anggota rumah tangga setiap tahun	Tidak pernah membeli/satu selama setahun
10	Frekuensi makan dalam sehari	Satu/dua kali dalam sehari

Tabel 2.1 (lanjutan)

No	Variabel Kemiskinan	Karakteristik Kemiskinan
11	Kemampuan membayar untuk berobat ke puskesmas atau ke dokter	Tidak mampu membayar
12	Lapangan pekerjaan kepala rumah tangga	Petani dengan luas lahan 500 m ² , 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 asset/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 : BPS 2019

Dari beberapa variabel diatas, apabila 9 diantaranya terdapat pada satu rumah tangga, maka rumah tangga tersebut dikategorikan Rumah Tangga Sangat Miskin (RSTM).

2.1.5 Program Pengentasan Kemiskinan

Dalam upaya penanggulangan kemiskinan presiden telah mengeluarkan Perpres No. 15 tahun 2010 tentang penanggulangan kemiskinan, yang bertujuan untuk mempercepat penurunan angka kemiskinan hingga 8% sampai 10% pada akhir tahun 2014. Melalui Tim Nasional Percepatan Penanggulangan kemiskinan (TNP2K) di bawah koordinasi Wakil Presiden Republik Indonesia, telah mengklasifikasikan kebijakan dalam tiga kelompok (*cluster*) yaitu sebagai berikut:

a. Klaster I

Klaster I adalah kelompok kebijakan penanggulangan kemiskinan berbasis bantuan dan perlindungan sosial. Fokus utama kebijakan ini adalah untuk pemenuhan hak dasar yang ditujukan untuk memperbaiki kualitas kehidupan masyarakat miskin untuk kehidupan yang lebih baik. Mekanisme pelaksanaan program bersifat langsung dan klasifikasi program ini meliputi program Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS), Beras untuk Keluarga Miskin (RASKIN), Bantuan Siswa Miskin (BSM), Bantuan Operasional Sekolah (BOS) dan Program Keluarga Harapan (PKH).

b. Klaster II

Klaster II adalah kelompok kebijakan berbasis pemberdayaan masyarakat. Fokus utama program ini adalah untuk memperbaiki kualitas kehidupan masyarakat miskin melalui pendekatan pemberdayaan yang dimaksudkan agar masyarakat keluar dari kemiskinan dengan menggunakan potensi dan sumber daya yang dimiliki. Jenis program klaster II ini adalah Program Nasional Pemberdayaan Masyarakat (PNPM) serta Program Perluasan dan Pengembangan Kesempatan Kerja/Padat Karya Produktif.

c. Klaster III

Klaster III adalah kebijakan berbasis pemberdayaan usaha mikro yang memberikan akses seluas-luasnya kepada masyarakat miskin untuk dapat berusaha dan meningkatkan kualitas hidupnya dengan memberikan modal atau pembiayaan dalam skala mikro. Program pada klaster III ini adalah Kredit Usaha Rakyat (KUR) serta Kredit Usaha Bersama (KUBE).

Dari beberapa program penanggulangan kemiskinan diatas, salah satu program yang dijadikan objek penelitian oleh peneliti adalah Program Keluarga Harapan (PKH) yang berada di klaster I.

2.1.6 Program Keluarga Harapan (PKH)

2.1.6.1 Pengertian Program Keluarga Harapan (PKH)

Program Keluarga Harapan (PKH) adalah program perlindungan sosial yang memberikan bantuan tunai kepada Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM) apabila memenuhi persyaratan yang terkait dengan upaya peningkatan kualitas Sumber Daya Manusia (SDM), yaitu pendidikan dan kesehatan. Program ini, dalam jangka pendek bertujuan mengurangi beban RTSM, sedangkan dalam jangka panjang diharapkan dapat memutus mata rantai kemiskinan antar generasi, sehingga generasi berikutnya dapat keluar dari perangkap kemiskinan. Sebagai sebuah program bantuan sosial bersyarat, PKH membuka akses keluarga miskin terutama ibu hamil dan anak untuk memanfaatkan berbagai Fasilitas Layanan Kesehatan (FASKES) dan fasilitas Layanan Pendidikan (FASDIK) yang tersedia disekitar lingkungannya. Manfaat PKH juga mulai didorong untuk mencakup penyandang disabilitas dan lanjut usia dengan mempertahankan taraf kesejahteraan sosialnya sesuai dengan amanat konstitusi dan Nawacita Presiden RI.

Pelaksanaan PKH juga mendukung upaya pencapaian Tujuan Pembangunan Millenium. Lima Komponen Tujuan *Millenium Development Goals* (MDGs) yang akan terbantu oleh PKH yaitu: pengurangan penduduk miskin dan kelaparan, pendidikan dasar, kesetaraan *gender*, pengurangan angka kematian bayi dan balita, pengurangan kematian ibu melahirkan. Program Keluarga Harapan

berada di bawah Koordinasi Tim Koordinasi Penanggulangan Kemiskinan (TKPK), baik di pusat maupun di daerah. Program Keluarga Harapan merupakan program lintas kementerian dan lembaga, karena aktor utamanya adalah dari Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, Departemen Sosial, Departemen Kesehatan, Departemen Pendidikan Nasional, Departemen Agama, Departemen Komunikasi dan Informatika serta Badan Pusat Statistik. Oleh karena itu, dalam upaya mensukseskan program tersebut, pemerintah bekerja sama dengan Tim Tenaga Ahli Program Keluarga Harapan dan konsultan *World Bank*.

2.1.6.2 Tujuan Program Keluarga Harapan (PKH)

Tujuan dari adanya Program Keluarga Harapan adalah sebagai berikut :

- a. Meningkatkan taraf hidup Keluarga Penerima Manfaat melalui akses layanan pendidikan, kesehatan, dan kesejahteraan sosial.
- b. Mengurangi beban pengeluaran dan meningkatkan pendapatan keluarga miskin dan rentan.
- c. Menciptakan perubahan perilaku dan kemandirian Keluarga Penerima Manfaat dalam mengakses layanan kesehatan dan pendidikan serta kesejahteraan sosial.
- d. Mengurangi kemiskinan dan kesenjangan.
- e. Mengenalkan manfaat produk dan jasa keuangan formal kepada Keluarga Penerima Manfaat.

2.1.6.3 Sasaran Penerima Bantuan Program Keluarga Harapan (PKH)

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 :

- a. Kriteria komponen kesehatan meliputi : ibu hamil/menyusui dan anak berusia 0 sampai dengan 6 tahun.
- b. Kriteria komponen pendidikan meliputi : anak sekolah dasar/madrasah ibtidaiyah atau sederajat, anak sekolah menengah pertama/madrasah tsanawiyah atau sederajat, anak sekolah menengah atas/madrasah aliyah atau sederajat, dan anak usia 6 (enam) sampai dengan 21 (dua puluh satu) tahun yang belum menyelesaikan wajib belajar 12 (dua belas) tahun.
- c. Kriteria komponen kesejahteraan sosial meliputi : Lanjut usia mulai dari 60 (enam puluh) tahun dan penyandang disabilitas diutamakan penyandang disabilitas berat.

2.2 Penelitian Terdahulu

Sebelum penelitian ini dilaksanakan, ada beberapa peneliti terdahulu yang melakukan penelitian tentang Program Keluarga Harapan (PKH), berikut penelitian terdahulu yang digunakan penulis sebagai referensi :

1. Lim, dkk (2010)

Melakukan penelitian tentang *India's Janani Suraksha Yojana, a conditional cash transfer programme to increase births in health facilities: an impact evaluation* (Janani Suraksha Yojana India, Program transfer tunai bersyarat untuk meningkatkan kelahiran di fasilitas kesehatan: dampak evaluasi) dengan variabel independennya Program Janani Suraksha Yojana, dan variabel

dependennya kesehatan. Metode yang digunakan adalah data survey nasional terhadap rumah tangga di level distrik yang dilakukan pada tahun 2002-2004 dan 2007-2009 untuk menilai penerimaan bantuan keuangan dari JSY sebagai sebuah fungsi sosial ekonomi dan karakteristik demografi dengan menggunakan tiga pendekatan analitis (pencocokan, dengan perbandingan versus tanpa perbandingan, dan perbedaan dalam perbedaan) untuk menilai efek JSY terhadap pemeriksaan kehamilan, fasilitas ketika melahirkan, dan kematian pada perinatal, neonatal dan ibu melahirkan.

Hasil dari penelitian ini ditemukan bahwa implementasi JSY pada tahun 2007-2008 yakni kurang dari 5% hingga 44% wanita yang melahirkan menerima pembayaran tunai dari JSY. Wanita yang miskin dan memiliki pendidikan rendah tidak selalu memiliki kesempatan besar untuk menerima pembayaran melahirkan dari JSY. JSY berpengaruh secara signifikan terhadap peningkatan pemeriksaan kehamilan dan fasilitas ketika melahirkan. Pada analisis pencocokan, pembayaran JSY dikaitkan dengan pengurangan sebesar 3,7 (95% CI 2,2-5,2) kematian perinatal per 1000 kehamilan dan 2,3 (0,9-3,7) kematian neonatal per 1000 kelahiran hidup. Pada analisis dengan perbandingan versus tanpa perbandingan sebesar 4,1 (2,5-5,7) kematian perinatal per 1000 kehamilan dan 2,4 (0,7-4,1) kematian neonatal per 1000 kelahiran hidup.

Dari penelitian ini dapat disimpulkan bahwa dengan adanya bantuan tunai JSY mampu menurunkan kematian ibu dan bayi pada saat dilahirkan. Akan tetapi pemerintah menekankan untuk meningkatkan target dan perhatian terhadap wanita miskin untuk menerima pemeriksaan kehamilan di fasilitas kesehatan. Melanjutkan

monitoring dan evaluasi mandiri sangatlah penting untuk mengukur pengaruh dari JSY sebagai komitmen finansial dan politik dalam mengintensifkan program.

2. Purwanto, dkk. (2013)

Melakukan penelitian tentang *Implementasi Kebijakan Program Keluarga Harapan (PKH) Dalam Memutus Rantai Kemiskinan (Kajian Di Kecamatan Mojosari Kabupaten Mojokerto)* dengan variabel independennya adalah Program Keluarga Harapan (PKH) dan variabel dependennya adalah kesehatan dan pendidikan. Metode penelitian yang digunakan adalah metode deskriptif kualitatif. Sumber data dalam penelitian ini adalah data sekunder dan data primer yang diperoleh dari wawancara, observasi dan dokumentasi. Teknik analisis data yang digunakan adalah analisis data model Miles dan Huberman atau disebut model interaktif yaitu melalui proses reduksi data, penyajian data dan penarikan kesimpulan.

Hasil dari penelitian melalui wawancara dan pengamatan menunjukkan bahwa secara umum implementasi Program Keluarga Harapan (PKH) di Kecamatan Mojosari telah berjalan dengan baik. Hal ini dapat dilihat dari setiap tahapan proses pelaksanaannya yang berjalan lancar. Apabila dilihat dari keadaan penerima bantuan Program Keluarga Harapan (PKH), mereka menggunakannya untuk membantu kondisi sosial dan pendidikan anak-anak Rumah Tangga Sangat Miskin, membantu biaya kesehatan & gizi ibu hamil, ibu nifas, dan anak di bawah 6 tahun dari Rumah Tangga Sangat Miskin, serta menyadarkan peserta PKH akan pentingnya layanan pendidikan dan Kesehatan.

Dari penelitian yang telah dilakukan dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan Program Keluarga Harapan (PKH) di Kecamatan Mojosari mampu untuk merubah pola pikir masyarakat desa mengenai pentingnya pendidikan dan kesehatan bagi anak-anaknya guna menetap masa depan yang lebih baik. Keberhasilan Program Keluarga Harapan (PKH) sangat didukung oleh efektivitas organisasi pelaksana dalam memberi pelajaran, pendampingan, kemandirian, bagi masyarakat miskin.

3. Utomo, dkk. (2013)

Melakukan penelitian tentang *Pelaksanaan Program Keluarga Harapan dalam Meningkatkan Kualitas Hidup Rumah Tangga Miskin (Studi pada Unit Pelaksana Program Keluarga Harapan Kecamatan Purwoasri, Kabupaten Kediri)* dengan variabel independennya adalah Program Keluarga Harapan (PKH) dan variabel dependennya pendidikan dan kesehatan. Jenis penelitian yang digunakan adalah metode penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Sumber data dalam penelitian ini adalah data primer yang diperoleh dengan wawancara, dan data sekunder yang diperoleh dengan mencari dokumen-dokumen yang sesuai tema penelitian. Analisis data menggunakan metode analisis model interaktif yakni melalui reduksi data, penyajian data, dan menarik kesimpulan.

Hasil penelitian diketahui bahwa dalam pelaksanaan Program Keluarga Harapan (PKH) yang dilakukan di Kecamatan Purwoasri bertujuan untuk memberikan bukti nyata dalam pencapaian tujuan. Hasil evaluasi membuktikan bahwa penerima PKH mau melakukan dan memenuhi komitmennya dikarenakan takut dengan adanya sanksi yang diberikan. Berdasarkan data yang ada diketahui bahwa setiap tahunnya peserta PKH mengalami penurunan. Terbukti dengan

menurunnya jumlah peserta PKH dari 692 pada tahun 2009 dan menurun dari tahun ketahun sampai pada tahun 2013 dengan jumlah 528.

Dari penelitian yang telah dilakukan dapat disimpulkan bahwa target pelaksanaan Program Keluarga Harapan (PKH) di Kecamatan Purwosari yaitu terbantunya masyarakat tidak mampu khususnya RSTM dalam memenuhi kebutuhan hidup berkaitan dengan pendidikan anaknya dan kesehatan ibu hamil dan balita.

4. Saraswati (2018)

Melakukan penelitian mengenai *Analisis Pengaruh Program Keluarga Harapan (PKH) Terhadap Pengentasan Kemiskinan dalam Perspektif Ekonomi Islam (Studi Pada Pekon Pandansurat Kecamatan Sukoharjo Kabupaten Pringsewu)* dengan variabel independennya adalah Program Keluarga Harapan (PKH) dan variabel dependennya adalah pendidikan dan kesehatan. Metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif kuantitatif. Objek penelitian ini adalah peserta penerima bantuan PKH di Pekon Pandansurat. Sumber data yang digunakan adalah data primer berupa hasil kuesioner, observasi dan data sekunder meliputi dokumen dan arsip PKH dan arsip Pekon Pandansurat. Metode analisis data berupa uji validitas, uji reliabilitas, dan regresi sederhana.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa Program Keluarga Harapan (PKH) berpengaruh negatif dan signifikan terhadap pengentasan kemiskinan. Dilihat dari nilai-nilai Ekonomi Islam yaitu keadilan, tanggung jawab dan *takaful*, dalam implementasinya PKH baru hanya sebatas bentuk jaminan sosial pemerintah kepada masyarakat sedangkan nilai keadilan dan tanggung jawab dalam

pelaksanaannya masih perlu ditingkatkan sehingga program PKH dapat terlaksana secara efektif.

Adapun persamaan serta perbedaan dari penelitian terdahulu yang telah dilakukan dengan yang akan penulis lakukan adalah sebagai berikut :

Tabel 2.2

Penelitian Terdahulu

No	Peneliti dan Judul Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan	Perbedaan
1.	Stephen S Lim, et al <i>India's Janani Suraksha Yojana, a conditional cash transfer programme to increase births in health facilities: an impact evaluation</i> Sumber : www.thelancet.com Vol 375, 5 Juni 2010	JSY berpengaruh secara signifikan terhadap peningkatan pemeriksaan kehamilan dan fasilitas ketika melahirkan.	<i>Conditional cash transfer</i> atau PKH sebagai variabel independen dan kesehatan sebagai variabel dependen.	Tidak terdapat variabel dependen pendidikan.
2.	Slamet Agus Purwanto, dkk Implementasi Kebijakan Program Keluarga Harapan (PKH) dalam Memutus Rantai Kemiskinan (Kajian di Kecamatan Mojosari Kabupaten Mojokerto) Sumber : Wacana- Vol. 16, No. 2 (2013)	Hasil dari penelitian melalui wawancara dan pengamatan menunjukkan bahwa secara umum implementasi Program Keluarga Harapan (PKH) di Kecamatan Mojosari telah berjalan dengan baik. Hal ini dapat dilihat dari setiap tahapan proses pelaksanaannya yang berjalan lancar.	Program Keluarga Harapan (PKH) sebagai variabel independent dan pendidikan serta kesehatan sebagai variabel dependen	Tempat Penelitian

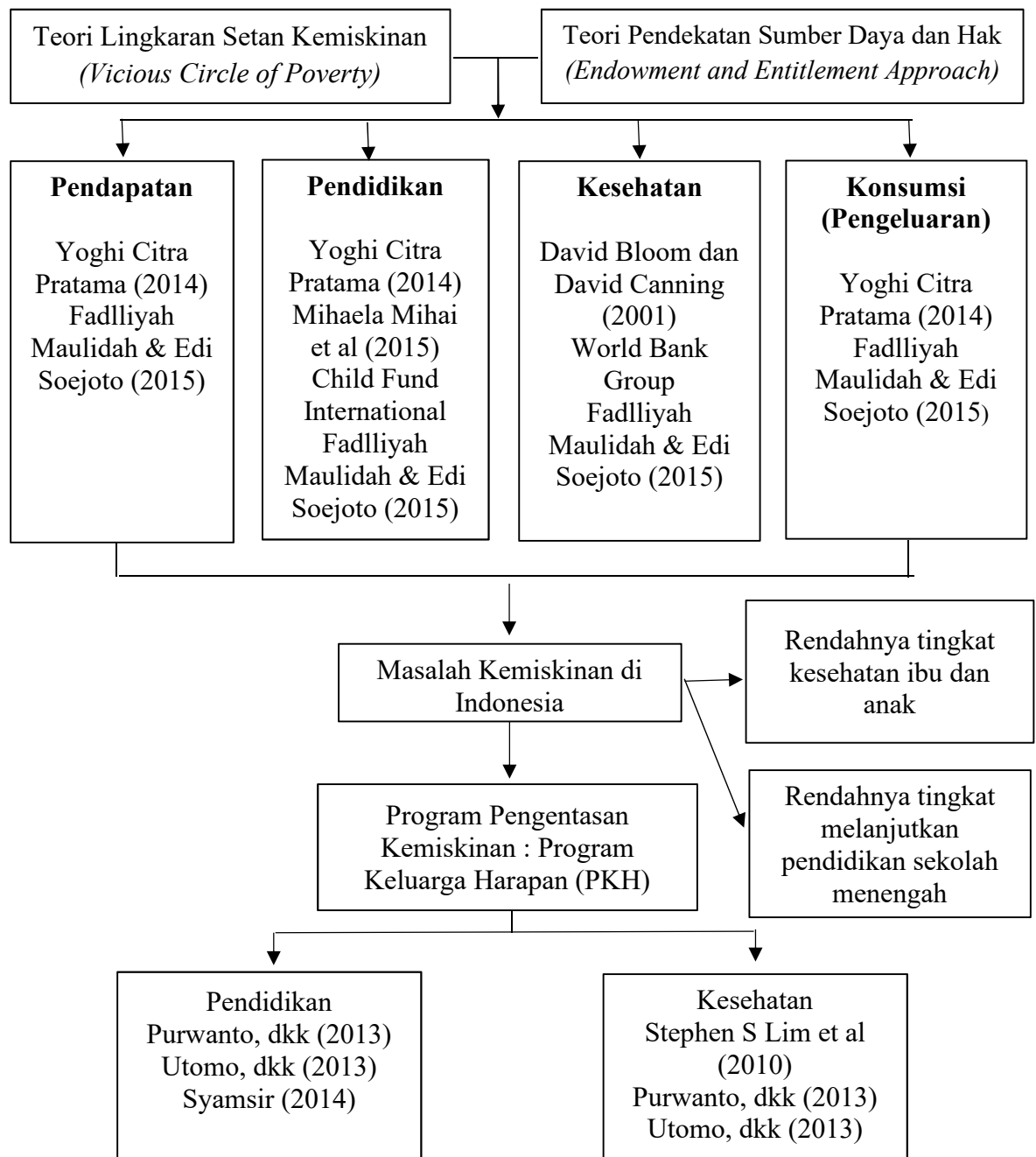
Tabel 2.2 (lanjutan)

No	Peneliti dan Judul Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan	Perbedaan
	<p>Dedy Utomo, dkk</p> <p>Pelaksanaan Program Keluarga Harapan dalam Peningkatan Kualitas Hidup Rumah Tangga Miskin (Studi Unit Pelaksana Program Keluarga Harapan Kecamatan Purwosari, Kabupaten Kediri)</p> <p>Sumber : Jurnal Administrasi Publik (JAP), Vol. 2, No.1, Hal. 29-34</p>	<p>Hasil evaluasi membuktikan bahwa penerima PKH mau melakukan dan memenuhi komitmennya dikarenakan takut dengan adanya sanksi yang diberikan. Berdasarkan data yang ada diketahui bahwa setiap tahunnya peserta PKH mengalami penurunan.</p>	<p>Program Keluarga Harapan (PKH) sebagai variabel independen dan pendidikan serta kesehatan sebagai variabel dependen</p>	<p>Tempat Penelitian</p>
4.	<p>Aprilia Saraswati</p> <p>Analisis Pengaruh Program Keluarga Harapan (PKH) terhadap Pengentasan Kemiskinan dalam Perspektif Ekonomi Islam (Studi Pada Pekon Pandansurat Kecamatan Sukoharjo Kabupaten Pringsewu)</p> <p>Sumber : Skripsi Universitas Islam Negeri Raden Intan Lampung</p>	<p>Hasil penelitian menunjukkan bahwa Program Keluarga Harapan (PKH) berpengaruh negatif dan signifikan terhadap pengentasan kemiskinan.</p>	<p>Program Keluarga Harapan (PKH) sebagai variabel independent dan pendidikan serta kesehatan sebagai variabel dependen.</p>	<p>Tempat Penelitian</p>

Sumber : Pengolahan Data Peneliti 2019

2.3 Kerangka Pemikiran

Berdasarkan rumusan masalah, landasan teori, dan penelitian terdahulu dapat diketahui bahwa ada berbagai faktor yang menyebabkan kemiskinan. Nurkse (1953) menggambarkan dalam teori lingkaran setan kemiskinan bahwa keterbelakangan, ketidaksempurnaan pasar, dan kurangnya modal dapat mengakibatkan rendahnya produktivitas manusia. Rendahnya produktivitas manusia akan mengakibatkan rendahnya pendapatan yang diterima. Rendahnya pendapatan yang diterima akan berakibat pada rendahnya tabungan dan rendahnya investasi. Investasi bisa berupa investasi sumber daya manusia yaitu dengan ukuran pendidikan dan kesehatan, maupun investasi kapital dengan ukuran konsumsi. Sedangkan menurut Armatya Sen (1981) dalam pendekatan sumber daya manusia dan hak mengatakan bahwa kemiskinan tidak sebatas akibat minimnya modal dan kemampuan kerja. Kemiskinan dapat disebabkan oleh ketidakmampuan bekerja secara produktif, kemerosotan daya beli, hingga keterasingan dari kehidupan masyarakat. Berdasarkan kedua teori tersebut dapat diketahui ada beberapa faktor yang menyebabkan kemiskinan diantaranya tingkat pendapatan, tingkat pendidikan, tingkat kesehatan dan besarnya konsumsi. Dalam upaya mengurangi kemiskinan di Indonesia, pemerintah mengeluarkan suatu program, yakni Program Keluarga Harapan (PKH) melalui pendidikan dan kesehatan. Hal ini disebabkan rendahnya kemampuan masyarakat untuk melanjutkan sekolah anaknya ke jenjang yang lebih tinggi serta rendahnya tingkat kesehatan ibu dan anak. Oleh karena itu dalam penelitian ini akan melihat bagaimana pelaksanaan program PKH serta pengaruhnya terhadap pendidikan dan kesehatan. Berdasarkan hal tersebut maka dapat digambarkan kerangka pemikiran sebagai berikut:



Gambar 2.2 Kerangka Pemikiran

Dari kerangka pemikiran diatas penulis mencoba untuk menganalisis pengaruh Program Keluarga Harapan (X) terhadap penanggulangan kemiskinan di Kecamatan Balubur Limbangan dilihat dari aspek Pendidikan (Y_1) dan Kesehatan

(Y₂). Sehingga dari kerangka pemikiran diatas dapat dibuat menjadi hipotesis penelitian.

2.4 Hipotesis

Hipotesis dapat didefinisikan sebagai pendapat, jawaban atau dugaan yang bersifat sementara dari suatu persoalan yang diajukan, yang kebenarannya masih perlu dibuktikan lebih lanjut. Berdasarkan teori dan penelitian terdahulu, maka hipotesis dalam penelitian ini adalah :

1. Program Keluarga Harapan (PKH) berpengaruh negatif dan signifikan terhadap penurunan tingkat kemiskinan berdasarkan aspek pendidikan.
2. Program Keluarga Harapan (PKH) berpengaruh negatif dan signifikan terhadap penurunan tingkat kemiskinan berdasarkan aspek kesehatan.