



**ANALISIS PENGARUH PROGRAM KELUARGA HARAPAN (PKH)
TERHADAP KEMISKINAN
DI KECAMATAN PATRANG KABUPATEN JEMBER**

Skripsi

*Untuk Memenuhi Persyaratan Memperoleh Gelar Sarjana S – 1 Ekonomi Pada
Minat Studi Ekonomi Pembangunan Program Studi Ekonomi Pembangunan*

Diajukan oleh :

Nadatul Humairoh
NIM : 17.10303

**PROGRAM STUDI EKONOMI PEMBANGUNAN
SEKOLAH TINGGI ILMU EKONOMI MANDALA JEMBER**

2021

LEMBAR PENGESAHAN SKRIPSI

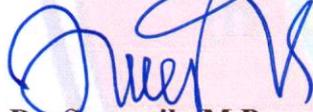
SEKOLAH TINGGI ILMU EKONOMI MANDALA JEMBER

**ANALISIS PENGARUH PROGRAM KELUARGA HARAPAN (PKH)
TERHADAP KEMISKINAN
DI KECAMATAN PATRANG KABUPATEN JEMBER**

Nama : Nadatul Humairoh
N I M : 17.10303
Program Studi : Ekonomi Pembangunan
Minat Studi : Kebijakan Publik

Disetujui Oleh

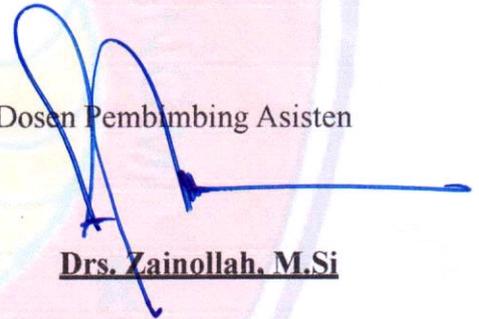
Dosen Pembimbing Utama



Dr. Sunarsih, M.P

NIDN : 0705026001

Dosen Pembimbing Asisten



Drs. Zainollah, M.Si

NIDN : 0710116006

Mengetahui,

Ketua Program Studi



Drs. Eka Wahyudi, M.Kes

NIDN : 0703036504

**LEMBAR PERSETUJUAN SKRIPSI
SEKOLAH TINGGI ILMU EKONOMI MANDALA JEMBER**

ANALISIS PENGARUH PROGRAM KELUARGA HARAPAN (PKH)
TERHADAP KEMISKINAN DI KECAMATAN PATRANG

KABUPATEN JEMBER

Telah dipertahankan dihadapan Tim penguji Skripsi Pada:

Hari/Tanggal : Kamis/05 Agustus 2021

Jam : 08.30

Tempat : Rumah

Disetujui Oleh Tim Penguji Skripsi

Drs. M. Farid Wahyudi, M.kes

Ketua Penguji

Dr. Sunarsih, M.P

Sekretaris Penguji

Drs. Zainollah, M.Si

Anggota Penguji

Mengetahui

Ketua Program Studi Ekonomi Pembangunan



Drs. M. Farid Wahyudi, M.kes
NIDN. 0703036504

Ketua STIE Mandala Jember



Dr. Sawigyo Widagdo, S.E, M.M,M.P
NIDN. 0702106701

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Nadatul Humairoh
N I M : 17.10303
Program Studi : Ekonomi Pembangunan
Minat Studi : Kebijakan Publik

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi dengan judul : ANALISIS PENGARUH PROGRAM KELUARGA HARAPAN (PKH) DALAM PENANGGULANGAN KEMISKINAN DI KECAMATAN PATRANG KABUPATEN JEMBER merupakan hasil karya ilmiah yang saya buat sendiri. Apabila terbukti pernyataan saya ini tidak benar maka saya siap menanggung resiko dibatalkannya skripsi yang telah saya buat. Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya dan sejujurnya.

Jember, 20 Juli 2021

Yang membuat pernyataan,



Nadatul Humairoh

MOTTO

"BANYAK KEGAGALAN DALAM HIDUP INI DIKARENAKAN ORANG-
ORANG TIDAK MENYADARI BETAPA DEKATNYA MEREKA DENGAN
KEBERHASILAN SAAT MEREKA MENYERAH."

-THOMAS ALVA EDISON-

PERSEMBAHAN

Bapak Sudar dan *Ibu Misnatun* dan seluruh keluarga semeru tercinta yang telah mebesarkanku dan memberikan motivasi dan dukungan untuk terus bersemangat serta doa yang senantiasa dipanjatkan kepada Allah SWT demi keberhasilanku sehingga dapat menyelesaikan program S-1 ini, seluruh saudara-saudara, teman-teman sesama sekolah dan teman-teman sepermainan, serta kekasih tercinta **Wahyu Pringgo Bagaskara** terimakasih atas semua doa, motivasi, dukungan dan perhatiannya.

Keluarga besar *HMJ Ekonomi Pembangunan*, terimakasih atas kebersamaan dan kekompakannya selama ini.

Almamaterku tercinta *STIE MANDALA Jember*.

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan puji syukur kehadiran Allah SWT atas berkat dan rahmat-Nya, karena tanpa-Nya tidak ada suatu hajatpun yang dapat terlaksana. Skripsi yang penulis ajukan merupakan salah satu syarat guna memperoleh gelar Sarjana S1 Ekonomi Pada Minat Studi Kebijakan Publik Program Studi Ekonomi Pembangunan Sekolah Tinggi Ilmu Ekonomi Mandala Jember.

Penulis menyadari penelitian ini masih jauh dari sempurna dan semua itu tidak lepas dari kodrat manusia penulis yang selalu mempunyai kesalahan dan kekurangan akibat keterbatasan pengetahuan serta pengalaman. Terdapat banyak pihak yang memberikan bantuan moril dan materil baik secara langsung maupun tidak langsung dalam penyelesaian skripsi ini. Oleh karena itu, melalui kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang tulus kepada:

1. Ketua STIE Mandala Jember, Dr. Suwignyo Widagdo MP,MM.
2. Drs. Farid wahyudi, M.Kes Ketua Prodi Ekonomi Pembangunan.
3. Dr. Sunarsih, M.P selaku Dosen Pembimbing Utama yang telah memberikan arahan dan bimbingannya.
4. Drs. Zainollah, M.Si selaku Dosen Pembimbing Asisten yang telah memberikan arahan dan bimbingannya.
5. Segenap dosen dan seluruh karyawan STIE Mandala Jember.
6. Wahyu Pringgo Bagaskara kekasih dan juga teman dekat yang selalu ada untuk memberikan semangat, dukungan dan do'anya setiap waktu.
7. Teman-teman seperjuanganku Ekonomi Pembangunan 2017.

Akhirnya kepada semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu semoga Allah SWT melimpahkan Rahmat, Ridho dan hidayah-Nya atas segala amal baiknya. Terlebih bagi umatnya yang sedang menuntut ilmu bermanfaat.

Demikian yang penulis dapat sampaikan, semoga bermanfaat dan menambah pengetahuan para pembaca. Penulis juga mengharapkan saran dan kritik yang membangun demi kesempurnaan penulisan skripsi ini. Sekian dari penulis, semoga bisa bermanfaat bagi semuanya, khususnya bagi penulis.

Jember, 20 Juli 2021

Penulis,

Nadatul Humairoh

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
HALAMAN PERNYATAAN	iii
HALAMAN MOTTO	iv
HALAMAN PERSEMBAHAN	v
HALAMAN KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL.....	viii
DAFTAR GAMBAR	ix
DAFTAR LAMPIRAN.....	x
ABSTRAKSI	xi
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	2
1.2 Rumusan Masalah.....	7
1.3 Tujuan Penelitian	7
1.4 Manfaat Penelitian	8
1.5 Batasan Masalah	8
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	10
2.1 Penelitian Terdahulu	10
2.2 Landasan Teori.....	15

2.2.1 Teori Pembangunan	15
2.2.2 Teori Kebijakan Publik	17
2.2.3 Program Keluarga Harapan (PKH).....	20
2.2.4 Teori Kesejahteraan	25
2.2.5 Teori Kemiskinan	30
2.3 Kerangka Konseptual.....	33
2.4 Hipotesis	34
BAB 3. METODE PENELITIAN.....	36
3.1 Lokasi dan Waktu Penelitian	36
3.2 Populasi dan Sampel.....	36
3.3 Jenis Penelitian.....	38
3.3.1 Jenis Penelitian	38
3.3.2 Sumber Data Penelitian	38
3.4 Identifikasi Variabel Penelitian.....	39
3.5 Definisi Operasional Variabel Penelitian.....	39
3.6 Metode Pengumpulan Data.....	42
3.7 Metode Analisis Data.....	43
BAB 4. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	50
4.1 Hasil Penelitian	50
4.1.1 Kondisi Geografis Kecamatan Patrang	50
4.1.2 Gambaran Umum Identitas Responden	51
4.1.3 Rekapitulasi Jawaban Responden	52
4.2 Analisis Hasil Penelitian	55

4.2.1 Hasil Uji Instrumen (Uji Validitas dan Uji Reliabilitas) .	55
4.2.2 Hasil Uji Asumsi Klasik	56
4.2.3 Hasil Analisis Regresi Linier Berganda.....	59
4.2.4 Uji Hipotesis	61
4.3 Interpretasi	64
BAB 5. Simpulan dan Saran	69
5.1 Kesimpulan	69
5.2 Implikasi	69
5.3 Saran	70
Daftar Pustaka	72
Lampiran	75

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Persamaan dan Perbedaan dengan Penelitian Terdahulu	14
Tabel 3.1 Populasi Penelitian	36
Tabel 3.2 Sampel Penelitian	38
Tabel 4.1 Keadaan Geografi Luas Daerah Per Kelurahan	50
Tabel 4.2 Gambaran Umum Identitas Responden.....	51
Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Jawaban Respoden.....	53
Tabel 4.4 Rekapitulasi Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas	56
Tabel 4.5 Hasil Uji Multikolinearitas.....	58
Tabel 4.6 Hasil Uji Heterokedastisitas	59
Tabel 4.7 Ringkasan Analisis Regresi Linier Berganda.....	60
Tabel 4.8 Hasil Uji t masing-masing variable	62
Tabel 4.9 Hasil Analisis Koefisien Determinasi Berganda.....	63

DAFTAR GAMBAR

Gambar. 1.1 Kriteria Penerima Manfaat PKH	4
Gambar 2.1 Kerangka Konseptual	34
Gambar 4.1 Hasil Uji Normalitas	57

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Kuesioner	75
Lampiran 2. Rekapitulasi Karakteristik Responden.....	81
Lampiran 3. Rekapitulasi Jawaban Responden.....	82
Lampiran 4. Hasil Uji Validitas	86
Lampiran 5. Hasil Uji Reliabilitas	88
Lampiran 6. Hasil Uji Normalitas	89
Lampiran 7. Hasil Uji Multikolinieritas.....	90
Lampiran 8. Hasil Uji Heterkedastisitas	91
Lampiran 9. Hasil Analisis Regresi Linier Berganda	92
Lampiran 10. Jawaban Respoden.....	93
Lampiran 11. r_{tabel}	94
Lampiran 12. t_{tabel}	95
Lampiran 13. f_{tabel}	96
Lampiran 14 Surat Ijin Penelitian	97

ABSTRAKSI

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengaruh program keluarga harapan (PKH) terhadap kemiskinan di Kecamatan Patrang Kabupaten Jember. Sampel penelitian adalah sebanyak 40 responden yang merupakan penerima PKH dan tersebar di 8 Kelurahan Kecamatan Patrang. Alat analisis yang digunakan adalah regresi linier berganda. Berdasarkan analisis regresi linier berganda dengan uji hipotesis t diperoleh bahwa variabel kesehatan yang merupakan salah satu program keluarga harapan berpengaruh signifikan terhadap Kemiskinan di Kecamatan Patrang Kabupaten Jember. Semakin meningkat program terkait kesehatan, maka akan membantu Kemiskinan. Responden yang merupakan peserta penerima PKH telah mendapatkan pemeriksaan kesehatan di fasilitas kesehatan, anak usia 0-6 tahun mendapatkan fasilitas imunisasi, ibu hamil mendapatkan fasilitas pemeriksaan minimal sebanyak 4 kali, ibu melahirkan mendapatkan bantuan tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan dan ibu nifas mendapatkan pemeriksaan pasca persalinan minimal 3 kali. Hasil analisis regresi dengan uji f dapat diketahui bahwa program PKH yang terdiri dari kesehatan, pendidikan dan kesejahteraan berpengaruh secara simultan terhadap penanganan kemiskinan. Semakin baik PKH yang diberikan, maka Kemiskinan semakin baik. Responden penerima PKH telah mendapatkan layanan dan fasilitas kesehatan, fasilitas pendidikan dan bantuan PKH tersebut dapat meningkatkan status sosial ekonomi. Program Keluarga Harapan adalah program perlindungan sosial yang memberikan bantuan tunai kepada Keluarga Sangat Miskin (KSM), dan bagi anggota Keluarga Sangat Miskin (KSM) diwajibkan melaksanakan persyaratan dan ketentuan yang telah ditetapkan.

Kata kunci: kesehatan, pendidikan, kesejahteraan, PKH, Kemiskinan

ABSTRACT

This study aims to analyze the effect of the Family Hope Program (PKH) in poverty alleviation in Patrang District, Jember Regency. The research sample is 40 respondents who are PKH recipients and are spread in 8 sub-districts of Patrang sub-district. The analytical tool used is multiple linear regression. Based on multiple linear regression analysis with t hypothesis test, it was found that the health variable which is one of the hopeful family programs has a significant effect on poverty alleviation in Patrang District, Jember Regency. The more programs related to health, it will help reduce poverty. Respondents who are PKH recipients have received health checks at health facilities, children aged 0-6 years have received immunization facilities, pregnant women have received examination facilities at least 4 times, childbirth mothers have received assistance from health workers in health facilities and postpartum mothers have received post-delivery examinations. at least 3 times. The results of the regression analysis with the f test can be seen that the PKH program which consists of health, education and welfare has a simultaneous effect on poverty alleviation. The better the PKH provided, the better poverty alleviation. Respondents who received PKH have received health services and facilities, educational facilities and PKH assistance can improve socio-economic status. The Family Hope Program is a social protection program that provides cash assistance to Very Poor Families (KSM), and for Very Poor Families (KSM) members are required to carry out the terms and conditions that have been set.

Keywords: health, education, welfare, PKH, Poverty alleviation

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kemiskinan adalah salah satu permasalahan yang dihadapi oleh semua Negara, baik Negara maju maupun Negara berkembang, namun kemiskinan lebih banyak terjadi di Negara berkembang misalnya seperti di Indonesia, karena kondisi pembangunan yang masih belum stabil dan *sustainable*. Pengentasan kemiskinan dan menciptakan kesejahteraan bagi rakyat menjadi tujuan akhir suatu Negara dengan mengupayakan berbagai pemikiran maupun konsep-konsep tentang kemiskinan yang sudah di kaji dan di adaptasi di berbagai negara berkembang namun masih belum menemukan hasil yang memuaskan.

Indonesia merupakan salah satu Negara berkembang yang masih di liputi dengan permasalahan kemiskinan. Kemiskinan yang multi dimensi dan merupakan masalah klasik yang telah ada sejak lama dan tidak pernah hilang dari kehidupan masyarakat. Kemiskinan yang terjadi dalam suatu negara memang perlu di lihat sebagai suatu masalah yang sangat serius, karena saat ini kemiskinan membuat banyak masyarakat Indonesia mengalami kesusahan dalam memenuhi kebutuhan hidupnya. Sifat kompleks masalah kemiskinan menuntut kebijakan dan strategi penanggulangan yang terintegrasi misalnya melalui program-program kesempatan kerja produktif, pemberdayaan manusia dan program-program yang akan di berikan dari oleh Dinas Sosial. Karena berbagai keterbatasan pemerintah program pengentasan kemiskinan ataupun kebijakan yang berorientasi pada

masalah kemiskinan membutuhkan skala prioritas. Kemiskinan telah diungkapkan dan menjadi bahan perdebatan. Kemiskinan telah didefinisikan berbeda-beda dan merefleksikan suatu spektrum orientasi ideologi. Bahkan pendekatan kuantitatif untuk mendefinisikan kemiskinan telah di perdebatkan secara luas oleh beberapa peneliti yang mempunyai minat dalam masalah ini. (Pandji,2001). Pemerintah Indonesia telah melakukan berbagai upaya untuk mengurangi masalah yang disebabkan oleh kemiskinan, salah satunya adalah dengan membuat kebijakan terkait pemberdayaan keluarga miskin, yaitu membuat Program Keluarga Harapan (PKH) yang mulai dicanangkan pemerintah sejak tahun 2007.

Berdasarkan pada keputusan Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat selaku ketua Tim Koordinasi Penanggulangan Kemiskinan, No: 31/KEP/MENKO/KESRA/IX/2007 tentang “Tim Pengendalian Program Keluarga Harapan” yang merupakan pengembangan sistem perlindungan sosial khususnya dalam hal kesehatan dan pendidikan. Sebagai bagian dari upaya penanggulangan kemiskinan melalui pemberian bantuan tunai bersyarat, dalam jangka pendek PKH diharapkan mampu membantu Keluarga Miskin (KM) mengurangi beban pengeluaran.

PKH adalah program pemberian bantuan sosial bersyarat kepada Keluarga Miskin (KM) yang ditetapkan sebagai keluarga penerima manfaat PKH. Sebagai upaya percepatan penanggulangan kemiskinan, sejak tahun 2007 Pemerintah Indonesia telah melaksanakan PKH. Program Perlindungan Sosial yang juga dikenal di dunia internasional dengan istilah *Conditional Cash Transfers* (CCT) ini terbukti cukup berhasil dalam menanggulangi kemiskinan yang dihadapi di

negara-negara tersebut, terutama masalah kemiskinan kronis.

PKH sebagai sebuah program bantuan sosial bersyarat, membuka akses keluarga miskin terutama ibu hamil dan anak untuk memanfaatkan berbagai fasilitas layanan kesehatan (faskes) dan fasilitas layanan pendidikan (fasdik) yang tersedia di sekitar. Manfaat PKH juga mulai didorong untuk mencakup penyandang disabilitas dan lanjut usia dengan mempertahankan taraf kesejahteraan sosialnya sesuai dengan amanat konstitusi dan Nawacita Presiden Republik Indonesia.

Melalui PKH, KM didorong untuk memiliki akses dan memanfaatkan pelayanan sosial dasar kesehatan, pendidikan, pangan dan gizi, perawatan, dan pendampingan, termasuk akses terhadap berbagai program perlindungan sosial lainnya yang merupakan program komplementer secara berkelanjutan. PKH diarahkan untuk menjadi episentrum dan *center of excellence* penanggulangan kemiskinan yang mensinergikan berbagai program perlindungan dan pemberdayaan sosial nasional. Misi besar PKH untuk menurunkan jumlah kemiskinan yang semakin mengemuka mengingat jumlah penduduk miskin Indonesia pada Maret 2020 sebesar 9,78 persen, meningkat 0,56 persen poin terhadap September 2019 dan meningkat 0,37 persen poin terhadap Maret 2019 (BPS, 2021). Pemerintah telah menetapkan target penurunan kemiskinan menjadi 7-8% pada tahun 2019, sebagaimana tertuang di dalam RPJMN 2015-2019.

PKH diharapkan dapat berkontribusi secara signifikan untuk menurunkan jumlah penduduk miskin, menurunkan kesenjangan (*gini ratio*) seraya

meningkatkan Indeks Pembangunan Manusia (IPM). Hasil *research* menunjukkan bahwa PKH memberikan dampak terhadap perubahan konsumsi rumah tangga, seperti di beberapa negara pelaksana CCT lainnya. PKH berhasil meningkatkan konsumsi rumah tangga penerima manfaat di Indonesia sebesar 4,8%.

KPM PKH harus terdaftar dan hadir pada fasilitas kesehatan dan pendidikan terdekat. Kewajiban KPM PKH di bidang kesehatan meliputi pemeriksaan kandungan bagi ibu hamil, pemberian asupan gizi dan imunisasi serta timbang badan anak balita dan anak prasekolah. Sedangkan kewajiban di bidang pendidikan adalah mendaftarkan dan memastikan kehadiran anggota keluarga PKH ke satuan pendidikan sesuai jenjang sekolah dasar dan menengah. Dan untuk komponen kesejahteraan sosial yaitu penyandang disabilitas dan lanjut usia mulai 60 tahun.



Gambar 1.1 Kriteria Penerima Manfaat PKH

Kriteria penerima PKH terdiri atas tiga komponen yaitu komponen

kesehatan, yaitu terdiri atas ibu hamil dan anak usia 0 sampai dengan 6 tahun; komponen pendidikan, yaitu terdiri atas Anak SD, SMP dan SMA; komponen kesejahteraan sosial, yaitu terdiri dari lanjut usia dan penyandang disabilitas.

Banyak penelitian telah dilakukan terkait pengaruh PKH terhadap pengentasan kemiskinan, diantaranya Gultom, dkk (2020) menemukan Program Keluarga Harapan (PKH) berpengaruh positif terhadap kemiskinan akan tetapi tidak signifikan secara statistik. Fajriati, dkk (2020), menemukan bahwa PKH berpengaruh signifikan dan positif terhadap kesejahteraan masyarakat. Fitri, dkk (2020) menemukan bahwa ada pengaruh antara Program Keluarga Harapan (PKH) dalam pengentasan kemiskinan. Koefisien determinasi (R^2) menunjukkan angka 0,178, jadi persentase pengaruh keluarga harapan program pengentasan kemiskinan sebesar 17,8%.

Kementerian Sosial RI, pada tahun 2020, akan memfokuskan pelaksanaan PKH pada empat kebijakan yakni Pencegahan *Stunting*, KPM Graduasi Berdikari Sejahtera, Validasi di wilayah Terdepan, Terluar, dan Terpencil (3T) dan Sinergi dengan Program Keluarga Berencana (KB). Pertama, untuk pencegahan *stunting* dan penanganan gizi buruk. Kebijakan yang dilakukan adalah penambahan indeks bantuan kategori ibu hamil dan anak usia dini, Kebijakan PKH yang kedua adalah Graduasi Berdikari Sejahtera melalui pemberdayaan Keluarga Penerima Manfaat (KPM) melalui Kredit Usaha Rakyat (KUR) dan Kredit Mikro. Kebijakan yang ketiga, adalah validasi pada daerah Terdepan, Terluar, dan Terpencil (3T), saturasi kabupaten atau penambahan kecamatan di kabupaten menjadi fokus kebijakan ini. Yang keempat adalah

sinergi dengan program Keluarga Berencana (KB), artinya PKH fokus pada kesehatan ibu hamil dan anak usia dini.

Memasuki tahun 2020, pada Bulan Januari lalu, telah mulai dilaksanakan penyaluran bansos PKH kepada KPM di seluruh Indonesia senilai Rp 7 triliun. Realisasi pada tahap I mencapai 9.024.049 KPM yang di dalam keluarga tersebut terdiri dari anak sekolah, anak usia dini, ibu hamil, disabilitas berat dan lansia di atas 70 tahun dalam keluarga PKH. PKH bertujuan meningkatkan taraf hidup Keluarga Penerima Manfaat (KPM); mengurangi beban pengeluaran dan meningkatkan pendapatan keluarga; menciptakan perubahan perilaku dan kemandirian KPM; mengurangi kemiskinan dan kesenjangan; mengenakan manfaat produk dan jasa keuangan formal kepada KPM.

Agar dapat mengentaskan kemiskinan bantuan yang diberikan oleh pemerintah seharusnya mampu membuat masyarakat miskin semakin mandiri dan sejahtera, bukan malah ketergantungan. Salah satu harapan untuk pelaksanaan PKH kedepannya yaitu pemerintah memasukkan program-program pemberdayaan masyarakat ke dalam program PKH Kemensos. Jika tidak didukung dengan upaya-upaya pemberdayaan, dikhawatirkan tingkat ketergantungan masyarakat terhadap bantuan PKH akan meningkat dan jumlah penerima program akan semakin banyak.

Pelaksanaan PKH ini telah berjalan mulai dari tahun 2007 sedangkan untuk wilayah Jawa Timur, Kabupaten Jember merupakan salah satu sasaran PKH. Awal pelaksanaan PKH, Kecamatan yang terpilih untuk menjadi penerima PKH adalah 11 kecamatan. Sebelas kecamatan tersebut terdiri dari Kecamatan

Jombang, Kencong, Rambipuji, Balung, Kaliwates, Arjasa, Patrang, Kalisat, Pakusari, Sukorambi, dan Mayang. Namun sejalan dengan perkembangannya ada penambahan empat kecamatan, Kelurahan Gebang yang cukup dekat dengan pusat kota masih memiliki jumlah penduduk miskin yang lumayan besar. Untuk wilayah Kecamatan Patrang, penduduk penerima PKH sebanyak 375 jiwa dan di bagi dalam delapan kelompok (PKH, 2020).

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini yaitu:

- a. Apakah Faktor Kesehatan, Pendidikan dan Kesejahteraan berpengaruh secara parsial terhadap penanggulangan kemiskinan pada Program Keluarga Harapan (PKH) di Kecamatan Patrang Kabupaten Jember?
- b. Apakah Faktor Kesehatan Pendidikan Kesejahteraan berpengaruh secara simultan terhadap penanggulangan kemiskinan pada Program Keluarga Harapan (PKH) di Kecamatan Patrang Kabupaten Jember?

1.3 Tujuan Penelitian

Tujuan dari penelitian ini adalah:

- a. Untuk mengetahui apakah Faktor Kesehatan, Pendidikan dan Kesejahteraan berpengaruh secara parsial terhadap penanggulangan kemiskinan pada Program Keluarga Harapan (PKH) di Kecamatan Patrang Kabupaten Jember.
- b. Untuk mengetahui apakah Faktor Kesehatan Pendidikan Kesejahteraan

berpengaruh secara simultan terhadap penanggulangan kemiskinan pada Program Keluarga Harapan (PKH) di Kecamatan Patrang Kabupaten Jember.

1.4 Manfaat Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan mampu memberikan gambaran dan manfaat sebagai berikut:

a. Bagi Peneliti.

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan tambahan wawasan dan pengalaman bagi peneliti dan mengaplikasikan teori yang telah diperoleh serta mampu memadukan dengan fakta yang ada di lapangan.

b. Bagi Akademik.

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi bagi pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, memberikan sumbangsih bagi khasanah ilmu pengetahuan serta sebagai wacana penelitian selanjutnya bagi kalangan pada umumnya serta segenap civitas STIE Mandala pada khususnya.

c. Bagi pemerintah.

Penelitian ini bisa memberikan masukan agar lebih peduli terhadap masyarakat miskin guna mengurangi angka kemiskinan di Kabupaten Jember Kecamatan Patrang khususnya dan di Indonesia pada umumnya.

1.5 Batasan Masalah

Agar pembahasan permasalahan ini tidak melebar dan berfokus pada masalah yang ada maka penelitian ini memiliki batasan sebagai berikut:

- a. Penelitian ini di lakukan di Kecamatan Patrang Kabupaten Jember
- b. Penelitian ini menggunakan data primer masyarakat penerima Program Keluarga Harapan (PKH)
- c. Penelitian di laksanakan pada bulan April - Juni 2021

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Penelitian Terdahulu Yang Relevan

Penelitian terkait pengaruh PKH terhadap penanggulangan kemiskinan telah banyak dilakukan, beberapa diantaranya adalah sebagai berikut:

1. Felinda Wulandari, Yamardi, Titin Rohayatin, (2019), melakukan penelitian dengan judul Efektivitas Program Keluarga Harapan Dalam Upaya Pengentasan Kemiskinan Di Kecamatan Padalarang Kabupaten Bandung Barat. Penelitian menggunakan metode deskriptif kualitatif. Pengumpulan data menggunakan beberapa teknik seperti wawancara, observasi, dan studi putaka. Hasil dari penelitian menunjukkan bahwa Efektivitas Program Keluarga Harapan dalam Upaya Pengentasan Kemiskinan di Kecamatan Padalarang Kabupaten Bandung Barat belum efektif dikarenakan waktu pemberian dana PKH yang tidak konsisten terhadap waktu yang telah ditentukan, dana yang diterima peserta PKH tidak sesuai dengan jumlah dana akomodasi yang harus dikeluarkan oleh pendamping tidak sesuai dengan dana akomodasi yang harus di keluarkan oleh pendamping PKH , tanggung jawab kecamatan dalam menyediakan infrastruktur untuk menunjang pelaksanaan PKH masih kurang, kurang tegasnya sanksi yang diberikan kepada peserta PKH yang tidak melaksanakan kewajibannya, kecemburuan sosial yang terjadi RTSM peserta PKH dengan RTSM yang bukan merupakan peserta PKH, serta kurang tegasnya sanksi yang diberikan pendamping kepada

peserta PKH yang tidak melaksanakan kewajibannya.

2. Mohd Iqbal Abdul Muin, Siti Abidah Lubis (2020), melakukan penelitian dengan judul Pengaruh Dinas Sosial dalam pemberdayaan masyarakat melalui PKH untuk penanggulangan kemiskinan di desa Sidiangkat kecamatan Sidikalang kabupaten Dairi. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode kualitatif, dengan mengumpulkan data lapangan dengan menggunakan cara observasi, wawancara, dan dokumentasi. Adapun yang menjadi informan dalam penelitian ini adalah Dinas Sosial dan masyarakat yang menadapat bantuan melalalui Program Keluarga Harapan di Desa Sidiangkat berjalan sesuai dengan tujuannya untuk mengentaskan kemiskinan dan meningkatkan sumber daya manusia pada kelompok masyarakat yang sangat miskin dengan memberikan pelayanan kesehatan, pelayanan pendidikan, dan pelayanan kesejahteraan sosial kepada masyarakat yang miskin. Dalam meningkatkan kesejahteraan masyarakat, pemerintah mengalami beberapa hambatan dalam pemberdayaan melalui Program Keluarga Harapan diantaranya adalah pendataan kependudukan masyarakat miskin yang tidak lengkap sehingga menjadi kendala bagi pihak PKH dalam meratakan pemberian penerima bantuan PKH, kurangnya pemahaman masyarakat mengenai PKH.
3. Helvine Gultom, Paulus Kindangen dan George M.V. Kawung (2020), melakukan penelitian dengan judul Analisis Pengaruh Program Bantuan Pangan Non Tunai (BPNT) Dan Program Keluarga Harapan (PKH) Terhadap Kemiskinan Di Kabupaten Minahasa Tenggara. Upaya penanggulangan

kemiskinan daerah Kabupaten Minahasa Tenggara yang di buat oleh pemerintah adalah Bantuan Pangan Non Tunai (BPNT) dan Program Keluarga Harapan (PKH). Bantuan Pangan Non Tunai ini adalah konversi dari beras sejahtera atau Rastra bantuan ini akan disalurkan kepada Keluarga Penerima Manfaat (KPM). PKH adalah sebuah model perlindungan sosial berbasis keluarga. Jenis data yang digunakan adalah data sekunder yang didapat dari dinas sosial dan Badan Pusat Statistik Kabupaten Minahasa Tenggara, alat analisis yang digunakan adalah regresi berganda dan diolah menggunakan bantuan program SPSS 18. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisis BPNT dan PKH terhadap kemiskinan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa Bantuan Pangan Non Tunai berpengaruh positif dan signifikan terhadap kemiskinan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa Program Keluarga Harapan berpengaruh positif terhadap kemiskinan akan tetapi tidak signifikan secara statistik.

4. Nurul Irtiah Fajriati, Nurida Isnaeni, Ridhwan (2020), melakukan penelitian dengan judul Analisis Pengaruh Program Keluarga Harapan Dalam Peningkatan Kesejahteraan Masyarakat Miskin. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui dan menganalisis pengaruh Program Keluarga Harapan (PKH) dalam peningkatan kesejahteraan masyarakat miskin di Kecamatan Tungkal Ilir. Metode penelitian yang digunakan adalah deskriptif kuantitatif. Sumber data yang digunakan adalah data primer berupa hasil kuesioner, observasi, dan wawancara. Metode analisis data berupa uji validitas, uji reabilitas, dan regresi linear sederhana. Hasil penelitian menunjukkan bahwa PKH

memperoleh nilai signifikansi sebesar 0,000 ($0,000 < 0,05$), dengan nilai koefisien 0,326, artinya PKH berpengaruh signifikan dan positif terhadap kesejahteraan masyarakat. Selain itu, diperoleh nilai R^2 sebesar 0,492 atau 49,2% yang artinya PKH mempengaruhi kesejahteraan masyarakat sebesar 49,2%.

5. Yuni Sarifah Fitri, Maria Ulfah, Bambang Genjik (2020), melakukan penelitian dengan judul Pengaruh Program Keluarga Harapan (PKH) Terhadap Pengentasan Kemiskinan Di Kecamatan Sepauk Kabupaten Sintang. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui ada tidaknya pengaruh Keluarga Harapan Program (PKH) Penanggulangan Kemiskinan di Kecamatan Sepauk, Kabupaten Sintang. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode deskriptif dengan bentuk penelitian studi hubungan. Populasi dalam penelitian ini adalah 1.455 dengan sampel 94 keluarga. Pengumpulan data yang digunakan adalah komunikasi tidak langsung (kuesioner) dan studi dokumenter. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada pengaruh antara Program Keluarga Harapan (PKH) dalam pengentasan kemiskinan. Koefisien determinasi (R^2) menunjukkan angka 0,178, jadi persentase pengaruh keluarga harapan program pengentasan kemiskinan sebesar 17,8%.

Berikut ini adalah beberapa persamaan dan perbedaan penelitian yang akan dilakukan dengan penelitian terdahulu yang relevan.

Tabel 2.1 Persamaan dan Perbedaan dengan Penelitian Terdahulu

No	Judul dan Penulis	Persamaan	Perbedaan
1.	Felinda Wulandari, Yamardi, Titin Rohayatin (2019), Efektivitas Program Keluarga Harapan dalam pengentasan kemiskinan di kecamatan Padalarang kabupaten Bandung Barat.	Dinas sosial, PKH, Pengentasan kemiskinan	Tahun penelitian, metode penelitian, lokasi penelitian
2.	Mohd Iqbal Abdul Muin, Siti Abidah Lubis (2020), Peran dinas sosial dalam pemberdayaan masyarakat melalui Program Keluarga Harapan untuk penanggulangan kemiskinan di desa sidiakat kecamatan sidang kabupaten dairi.	Dinas sosial, PKH, Pengentasan kemiskinan	Tahun penelitian, metode penelitian, lokasi penelitian
3.	Helvine Gultom, Paulus Kindangen dan George M.V. Kawung (2020), Analisis Pengaruh Program Bantuan Pangan Non Tunai (BPNT) Dan Program Keluarga Harapan (PKH) Terhadap Kemiskinan Di Kabupaten Minahasa Tenggara	Dinas sosial, PKH, Pengentasan kemiskinan, Regresi linier berganda	BPNT, tahun penelitian, lokasi penelitian, indikator penelitian
4.	Nurul Irtiah Fajriati, Nurida Isnaeni, Ridhwan (2020), Analisis Pengaruh Program Keluarga Harapan Dalam Peningkatan Kesejahteraan Masyarakat Miskin	Dinas sosial, PKH, Pengentasan kemiskinan, Regresi linier berganda	Tahun penelitian, lokasi penelitian, indikator penelitian
5.	Yuni Sarifah Fitri, Maria Ulfah, Bambang Genjik (2020), melakukan penelitian dengan judul Pengaruh Program Keluarga Harapan (PKH) Terhadap Pengentasan Kemiskinan Di Kecamatan Sepauk Kabupaten Sintang.	Dinas sosial, PKH, Pengentasan kemiskinan, Regresi linier berganda	Tahun penelitian, lokasi penelitian, indikator penelitian

Sumber: Wulandari, dkk (2019), Muin, dkk (2020)Wulandari, Gultom, dkk (2020), Fajriati, dkk (2020), dan Fitri, dkk (2020).

2.2 Landasan Teori

2.2.1 Teori Pembangunan

Pembangunan adalah suatu orientasi dan kegiatan usaha yang tanpa akhir. Proses pembangunan sebenarnya adalah merupakan suatu perubahan sosial ekonomi. Pembangunan agar dapat menjadi suatu proses yang dapat bergerak maju atau kekuatan sendiri tergantung kepada manusia dan struktur sosialnya. Jadi, bukan hanya yang dikonsepsikan sebagai usaha pemerintah belaka. Proses pembangunan menghendaki adanya pertumbuhan ekonomi yang diikuti dengan perubahan ekonomi, dari pertanian ke industri atau jasa, perubahan kelembagaan, baik lewat regulasi maupun reformasi kelembagaan. Pembangunan secara berencana lebih dirasakan sebagai suatu usaha yang lebih rasional dan teratur bagi pembangunan masyarakat yang belum atau baru berkembang.

Adapun pembangunan menurut beberapa ahli yaitu : pembangunan menurut Rogers adalah suatu sistem sosial dan ekonomi yang diputuskan sebagai kehendak suatu bangsa. Selanjutnya menurut W.W Rostow proses yang bergerak dalam sebuah garis lurus, yakni dari masyarakat terbelakang ke masyarakat negara yang maju. Pembangunan mula-mula dipakai dalam arti pertumbuhan ekonomi. Sebuah masyarakat dinilai berhasil melaksanakan pembangunan, bila pertumbuhan ekonomi masyarakat tersebut cukup tinggi. Dengan demikian, yang diukur adalah produktivitas masyarakat atau produktivitas negara setiap tahunnya.

Dalam bidang sosial, usaha-usaha pembangunan pada umumnya diarahkan untuk mengembangkan nilai-nilai dan sikap-sikap dalam masyarakat yang lebih kondusif bagi pembaharuan, pembangunan, pembangunan dan pembinaan bangsa.

Dalam hal ini termasuk pengembangan motivasi kegairahan usaha yang bersifat produktif. Dan yang lebih penting adalah dapat dikembangkan suatu proses pendewasaan masyarakat melalui pembinaan dan dorongan serta adanya energi. Usaha dalam bidang ekonomi ditujukan untuk menambah peralatan modal dan keterampilan agar satu sama lain dapat saling mendukung usaha-usaha dalam peningkatan pendapatan perkapita serta produktivitas perkapita. Pemupukan modal sangat tergantung pada tabungan dalam negeri, terutama tabungan masyarakat, untuk itu berbagai upaya perlu diupayakan untuk mencapainya.

Selanjutnya Todaro mengatakan bahwa keberhasilan pembangunan ekonomi ditunjukkan oleh 3 nilai pokok, yaitu:

- a. Berkembangnya kemampuan masyarakat untuk memenuhi kebutuhan pokoknya
- b. Meningkatnya rasa harga diri manusia, dan
- c. Meningkatnya kemampuan masyarakat untuk memilih servitudo

Pembangunan merupakan suatu kenyataan fisik sekaligus tekat suatu masyarakat untuk berupaya sekeras mungkin melalui serangkaian kombinasi proses sosial, ekonomi dan institusional, demi mencapai kehidupan yang serba lebih baik. Untuk mencapai “kehidupan yang serba lebih baik” semua masyarakat minimal harus memiliki tiga tujuan inti sebagai berikut:

- a. Peningkatan ketersediaan serta perluasan distribusi berbagai macam barang kebutuhan hidup yang pokok , seperti pangan , sandang, papan, kesehatan dan perlindungan keamanan.

- b. Peningkatan standar hidup yang tidak hanya berupa peningkatan pendapatan tetapi juga meliputi penambahan penyediaan lapangan kerja, perbaikan kualitas pendidikan, serta peningkatan perhatian atas nilai-nilai kultural dan kemanusiaan, yang kesemua itu tidak hanya untuk memperbaiki kesejahteraan materiil, melainkan juga menumbuhkan jati diri pribadi dan bangsa yang bersangkutan.
- c. Perluasan pilihan-pilihan ekonomis dan sosial bagi setiap individu serta bangsa secara keseluruhan, yakni dengan membebaskan mereka dari belitan sikap menghamba dan ketergantungan, bukan hanya terhadap orang atau negara, bangsa lain, namun juga terhadap setiap kekuatan yang berpotensi merendahkan nilai-nilai kemanusiaan mereka.

2.2.2 Teori Kebijakan Publik

Kebijakan adalah sebuah instrumen pemerintah, bukan saja dalam arti *government* yang hanya menyangkut aparatur negara, melainkan pula *governance* yang menyentuh pengelolaan sumberdaya publik. Kebijakan pada intinya merupakan keputusan-keputusan atau pilihan-pilihan tindakan yang secara langsung mengatur pengelolaan dan pendistribusian sumber daya alam, finansial dan manusia demi kepentingan publik, yakni rakyat banyak, penduduk, masyarakat atau warga negara. Kebijakan merupakan hasil dari adanya sinergi, kompromi atau bahkan kompetisi antara berbagai gagasan, teori, ideology dan kepentingan-kepentingan yang mewakili sistem politik suatu negara.

Menurut Bridgman dan Davis, 2005 dalam Edi Suharto menerangkan kebijakan publik pada umumnya mengandung pengertian mengenai 'whatever government choose to *do or not to do*'. Artinya, kebijakan public adalah 'apa saja yang dipilih oleh pemerintah untuk dilakukan atau tidak dilakukan'. Sedangkan menurut Hogwood dan Gunn, 1990 Edi Suharto menyatakan bahwa kebijakan publik adalah seperangkat tindakan pemerintah yang didesain untuk mencapai hasil-hasil tertentu. Ini tidak berarti bahwa makna 'kebijakan' hanyalah milik atau dominan pemerintah saja. Organisasi-organisasi non-pemerintah, seperti Lembaga Swadaya Masyarakat lembaga sukarela lainnya memiliki kebijakan-kebijakan pula.

Menurut Bridgeman dan Davis, 2004 dalam Edi Suharto menerangkan bahwa kebijakan publik setidaknya memiliki tiga dimensi yang saling bertautan, yakni sebagai tujuan legal atau sah secara hukum

- a. Kebijakan publik sebagai tujuan.

Kebijakan publik pada akhirnya menyangkut pencapaian publik. Artinya, kebijakan publik adalah serangkaian tindakan pemerintah yang didesain untuk mencapai hasil-hasil tertentu yang diharapkan oleh public sebagai konstituen pemerintah.

- b. Kebijakan publik sebagai pilihan tindakan yang legal.

Pilihan tindakan dalam kebijakan bersifat legal atau otoritatif karena dibuat oleh lembaga yang memiliki legitimasi dalam system pemerintahan. Keputusan itu mengikat para pegawai negeri untuk bertindak atau mengarahkan pilihan tindakan atau kegiatan seperti menyiapkan rancangan

undang-undang atau peraturan pemerintah untuk dipertimbangkan oleh parlemen atau mengalokasikan anggaran guna mengimplementasikan program tertentu.

c. Kebijakan publik sebagai hipotesis.

Kebijakan dibuat berdasarkan teori, model atau hipotesis mengenai sebab dan akibat. Kebijakan-kebijakan senantiasa bersandar pada asumsi-asumsi mengenai perilaku. Kebijakan selalu mengandung insentif yang mendorong orang untuk melakukan sesuatu. Kebijakan juga selalu memuat disinsentif yang mendorong orang tidak melakukan sesuatu. Kebijakan harus mampu menyatukan perkiraan-perkiraan mengenai keberhasilan yang akan dicapai dan mekanisme mengatasi kegagalan yang mungkin terjadi.

Dalam kaitannya dengan definisi-definisi tersebut di atas maka dapat disimpulkan beberapa karakteristik utama dari suatu definisi kebijakan publik. Pertama, pada umumnya kebijakan publik perhatiannya ditujukan pada tindakan yang mempunyai maksud atau tujuan tertentu daripada perilaku yang berubah atau acak. Kedua, kebijakan publik pada dasarnya mengandung bagian atau pola kegiatan yang dilakukan oleh pejabat pemerintah daripada keputusan yang terpisah-pisah. Ketiga, kebijakan publik merupakan apa yang sesungguhnya dikerjakan oleh pemerintah dalam mengatur perdagangan, mengontrol inflasi, atau menawarkan perumahan rakyat, bukan apa yang dimaksud dikerjakan atau akandikerjakan. Keempat, kebijakan publik dapat berbentuk positif maupun negatif. Secara positif, kebijakan melibatkan beberapa tindakan pemerintah yang jelas dalam menangani suatu permasalahan, secara negatif, kebijakan publik dapat

melibatkan suatu keputusan pejabat pemerintah untuk tidak melakukan suatu tindakan atau tidak mengerjakan apapun padahal dalam konteks tersebut keterlibatan pemerintah amat diperlukan. Kelima, kebijakan publik paling tidak secara positif, didasarkan pada hukum dan merupakan tindakan yang bersifat memerintah.

2.2.3 Program Keluarga Harapan (PKH)

Program Keluarga Harapan merupakan salah satu upaya yang dilaksanakan pemerintah untuk mengentaskan permasalahan kemiskinan di Indonesia. PKH bukan merupakan lanjutan program Subsidi Langsung Tunai yang sudah berlangsung selama ini dalam rangka mempertahankan daya beli pada saat pemerintah membantu RTM melakukan penyesuaian harga BBM. PKH lebih dimaksudkan sebagai upaya membangun sistem perlindungan sosial kepada masyarakat miskin dalam rangka meningkatkan kesejahteraan sosial penduduk miskin sekaligus sebagai upaya memutus rantai kemiskinan yang terjadi selama ini. 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 di sekitar mereka. 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.

Melalui PKH, KPM didorong untuk memiliki akses dan memanfaatkan

pelayanan sosial dasar kesehatan, pendidikan, pangan dan gizi, perawatan, dan pendampingan, termasuk akses terhadap berbagai program perlindungan sosial lainnya yang merupakan program komplementer secara berkelanjutan. PKH diarahkan untuk menjadi tulang punggung penanggulangan kemiskinan yang mensinergikan berbagai program perlindungan dan pemberdayaan sosial nasional.

Tujuan PKH adalah sebagai bagian dari upaya penanggulangan kemiskinan melalui pemberian bantuan tunai bersyarat, dalam jangka pendek dan diharapkan mampu membantu Keluarga Miskin (KM) mengurangi beban pengeluaran. Pada jangka menengah PKH diharapkan mampu menciptakan perubahan perilaku peserta dalam mengakses layanan kesehatan dan pendidikan sehingga menghasilkan generasi yang lebih sehat dan cerdas. Dalam jangka panjang PKH diharapkan dapat memutus rantai kemiskinan antar generasi. Tujuan khusus PKH meliputi empat hal yaitu:

- a. Meningkatkan status sosial ekonomi RTM.
- b. Meningkatkan status kesehatan dan gizi ibu hamil, ibu nifas, dan anak balita dan anak usia 5-7 tahun yang belum masuk sekolah dasar.
- c. Meningkatkan akses dan kualitas pelayanan pendidikan dan kesehatan, khususnya bagi anak-anak RTM .
- d. Meningkatkan taraf pendidikan dan kesehatan anak-anak RTM.

Agar dapat memperoleh bantuan tunai, Peserta PKH diwajibkan memenuhi persyaratan dan komitmen untuk ikut berperan aktif dalam kegiatan pendidikan anak dan kesehatan keluarga, terutama ibu dan anak. Kewajiban yang harus dipenuhi oleh peserta PKH adalah sebagai berikut:

a. Kesehatan. Peserta PKH diwajibkan memenuhi persyaratan kesehatan yang sudah ditetapkan dalam protokol pelayanan kesehatan seperti di bawah ini:

Anak Usia 0-6 Tahun:

- 1) Anak usia 0-28 hari harus diperiksa kesehatannya sebanyak 3 kali.
- 2) Anak usia 0–11 bulan harus diimunisasi lengkap (BCG, DPT, Polio, Campak, Hepatitis B) dan ditimbang berat badannya secara rutin setiap bulan.
- 3) Anak usia 6-11 bulan harus mendapatkan Vitamin A minimal sebanyak 2 (dua) kali dalam setahun, yaitu bulan Februari dan Agustus. Anak usia 12–59 bulan perlu mendapatkan imunisasi tambahan dan ditimbang berat badannya secara rutin setiap bulan.
- 4) 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, yaitu sekali pada usia kehamilan 0-3 bulan, sekali pada usia kehamilan 4-6 bulan, dua kali pada kehamilan 7- 9 bulan, dan mendapatkan suplemen tablet Fe.
- b) Ibu melahirkan harus ditolong oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan.
- c) Ibu nifas harus melakukan pemeriksaan/diperiksa kesehatan dan

mendapat pelayanan KB pasca persalinan setidaknya 3 (tiga) kali pada minggu I, IV dan VI.

b. Pendidikan

Peserta PKH diwajibkan memenuhi persyaratan berkaitan dengan pendidikan yakni kehadiran di satuan pendidikan minimal 85% dari hari sekolah dalam sebulan selama tahun ajaran berlangsung, dengan beberapa catatan seperti di bawah ini:

- 1) Apabila dalam keluarga terdapat anak yang berusia 5-6 tahun yang sudah masuk sekolah dasar dan sejenisnya, maka yang bersangkutan dikenakan persyaratan pendidikan.
- 2) Jika memiliki anak berusia 7-15 tahun, anak Peserta PKH tersebut harus didaftarkan/terdaftar pada satuan pendidikan (SD/MI/SDLB/ Paket A atau SMP/MTs/SMLB/Paket A atau SMP/MTs Terbuka).
- 3) Jika memiliki anak usia 15-18 tahun yang belum menyelesaikan pendidikan dasar, maka Peserta PKH diwajibkan mendaftarkan anak tersebut ke satuan pendidikan yang menyelenggarakan program Wajib Belajar 9 tahun atau pendidikan kesetaraan.
- 4) Apabila anak tersebut di atas masih buta aksara, maka diwajibkan untuk mengikuti pendidikan keaksaraan fungsional di Pusat Kegiatan Belajar Masyarakat (PKBM) terdekat.
- 5) Apabila anak tersebut bekerja, atau disebut Pekerja Anak (PA) atau telah meninggalkan sekolah dalam waktu yang cukup lama, maka data anak tersebut akan didaftarkan dan disampaikan kepada Dinas Tenaga Kerja dan

Dinas Pendidikan di tingkat Kabupaten/Kota untuk mendapatkan Program Pengurangan Pekerja Anak.

- 6) Apabila anak tersebut terpaksa di jalanan, atau disebut Anak Jalanan (AJ) dan telah meninggalkan sekolah dalam waktu yang cukup lama, maka data anak tersebut akan didaftarkan dan disampaikan kepada Dinas Sosial dan Dinas Pendidikan di tingkat Kabupaten/Kota untuk mendapatkan Program Kesejahteraan Sosial Anak.

c. Lansia 70 Tahun Keatas

Peserta PKH diwajibkan melakukan dan harus memenuhi persyaratan:

- 1) Pemeriksaan kesehatan oleh tenaga kesehatan yang dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan atau mengunjungi puskesmas santun lanjut usia (jika tersedia).
- 2) Mengikuti kegiatan sosial (*day care*).

d. Penyandang Disabilitas Berat

Peserta PKH diwajibkan melakukan dan harus memenuhi persyaratan:

- 1) Pemeliharaan kesehatan sesuai kebutuhan
- 2) Pemeriksaan kesehatan dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan melalui kunjungan rumah (*home care*) Bila persyaratan di atas kesehatan, pendidikan, pemenuhan kebutuhan pokok lansia dan penyandang disabilitas berat dapat dilaksanakan secara konsisten oleh Peserta PKH, maka mereka akan memperoleh bantuan secara teratur dan memiliki hak-hak sebagai anggota, hak-hak peserta PKH adalah sebagai berikut:

- a. Mendapatkan bantuan uang tunai yang besarannya disesuaikan dengan

ketentuan program.

- b. Mendapatkan layanan dan fasilitas kesehatan dan pendidikan bagi seluruh anggota keluarga.
- c. Terdaftar dan mendapatkan program-program komplementaritas dan sinergitas penanggulangan kemiskinan lainnya.
- d. Bagi lansia diatas 70 tahun dan penyandang disabilitas berat mendapatkan pemenuhan kebutuhan dasar dan pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan.

2.2.4 Teori Kesejahteraan

Pembukaan Undang-Undang Dasar 1945 (UUD 1945) menyatakan bahwa bahwa tugas dari pemerintah Negara Indonesia adalah memajukan kesejahteraan umum. Istilah “kesejahteraan umum” yang tercantum dalam pembukaan UUD 1945 mempunyai arti yang sama dengan istilah “kesejahteraan sosial” yang tercantum dalam Bab XIV UUD 1945 (Fahrudin, 2012). Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2009 tentang kesejahteraan sosial, pasal 1 ayat 1 menyatakan bahwa kesejahteraan sosial adalah kondisi terpenuhinya kebutuhan material, spritual, dan sosial warga negara agar dapat hidup layak dan mampu mengembangkan diri sehingga dapat melaksanakan fungsi sosialnya.

Berdasarkan asal kata, kesejahteraan berasal dari kata “sejahtera” yang mengandung pengertian dari bahasa Sanskreta “*cetera*” yang artinya “payung”. Asal kata ini menunjukkan bahwa yang dimaksud dengan kesejahteraan yang terkandung dalam “*cetera*” adalah orang yang sejahtera, yaitu orang yang dalam

hidupnya bebas dari kemiskinan, kebodohan, ketakutan, atau kekhawatiran sehingga hidupnya aman tentram, baik lahir maupun batin (Fahrudin, 2012). Friedlander (1980) mengatakan bahwa kesejahteraan merupakan sistem yang terorganisasi yang dilakukan melalui pelayanan-pelayanan dan lembaga-lembaga sosial dengan tujuan untuk membantu individu dan kelompok agar mencapai tingkat hidup dan kesehatan yang memuaskan serta hubungan-hubungan personal dan sosial yang memberi kesempatan kepada mereka untuk mengembangkan seluruh kemampuannya dan untuk meningkatkan kesejahterannya sesuai dengan kebutuhan-kebutuhan keluarga dan masyarakat.

Adi (2013) menyebutkan beberapa paradigma kesejahteraan sosial, salah satunya adalah paradigma *developmental* atau model kesejahteraan *developmental*. Paradigma ini merupakan konsepsi tentang sistem kesejahteraan sosial yang berdasarkan pada nilai-nilai keadilan sosial (*social justice*) yang menekankan pada aspek kesetaraan, kerja sama, dan kemauan untuk saling berbagi dari anggota masyarakat. Selain itu, Adi menyebutkan bahwa bidang kesejahteraan sosial dapat dikelompokkan berdasarkan besaran (*size*) kelompok yang dituju, yaitu:

- a. kesejahteraan individu,
- b. kesejahteraan keluarga,
- c. kesejahteraan kelompok,
- d. pengembangan kesejahteraan masyarakat lokal, dan
- e. pengembangan kesejahteraan publik secara luas.

Menurut Mayo (1998), masyarakat dapat diartikan dalam 2 (dua) konsep,

yaitu masyarakat sebagai sebuah wilayah geografi yang sama atau tempat bersama dan masyarakat sebagai kesamaan kepentingan berdasarkan kebudayaan dan identitas atau kepentingan bersama. Fahrudin (2012) mengatakan bahwa kesejahteraan berkaitan dengan konsep kualitas hidup (*quality of life*). Sementara itu, Midgley (1997), mendefinisikan bahwa kesejahteraan sosial sebagai suatu kondisi dalam masyarakat, yaitu:

“a state or condition of human well-being that exists when social problems are managed, when human needs are met, and when social opportunities are maximized”.

Adi (2013), menyatakan bahwa beberapa parameter umum yang sesuai dengan kondisi Indonesia yang dapat dipertimbangkan dalam mengukur kesejahteraan masyarakat, antara lain adalah parameter ekonomi, perumahan, pendidikan, kesehatan, lingkungan hidup, spritualitas, rekreasional, dan jaminan sosial. Menurut Lokshin dan Ravallion (2000), kesejahteraan dapat dilihat dari dua pendekatan, yaitu kesejahteraan objektif dan kesejahteraan subjektif. Kesejahteraan subjektif dapat menggambarkan berbagai aspek dalam kehidupan antara lain: lapangan pekerjaan, aktivitas ekonomi, tingkat independensi, semangat hidup, dan *leisure*. Milligan, *et al* (2006) menjelaskan bahwa kesejahteraan objektif adalah tingkat kesejahteraan individu atau kelompok masyarakat yang diukur secara rata-rata dengan patokan tertentu, baik ukuran ekonomi, sosial maupun ukuran lainnya. Sementara itu, Suandi (2006) mengatakan bahwa kesejahteraan subjektif merupakan tingkat kesejahteraan seorang individu yang dilihat secara personal yang diukur dalam bentuk kepuasan dan kebahagiaan.

Inti kesejahteraan menurut Sen (2006) adalah kapabilitas. Setiap masyarakat mempunyai tanggung jawab untuk mengembangkan program bagi setiap warganya, khususnya anak-anak dan gender sehingga mereka dapat mencapai pemenuhan kebutuhan maksimal dan berkembang menjadi manusia yang *capable*. Semakin besar kapabilitas maka semakin besar pula kebebasan dalam merespon peluang-peluang yang ada. Pengembangan kemampuan (kapabilitas) manusia berkaitan dengan peningkatan harapan hidup, bebas dari buta huruf, kesehatan, dan pendidikan dalam masyarakat. Kapabilitas memungkinkan manusia untuk dapat menjalani hidup yang lebih bermakna (sejahtera).

Teori kesejahteraan dengan pendekatan kapabilitas sejalan dengan konsep keberdayaan. Menurut Mardikanto dan Soebianto (2015), dalam pemberdayaan terdapat proses peningkatan kemampuan (kapabilitas) dan sikap kemandirian masyarakat dalam memperbaiki mutu hidup atau kesejahteraan setiap individu dan masyarakat. Kapabilitas dapat pula dimaknai sebagai keberdayaan individu atau organisasi dalam mewujudkan kesejahteraan bagi kehidupannya. Kartasmita (1996) menyatakan bahwa keberdayaan merupakan unsur-unsur yang memungkinkan individu, organisasi atau masyarakat bertahan (*survive*) dan dinamis serta dapat mengembangkan diri mencapai tujuan atau kesejahteraan hidupnya.

Berbagai literatur ekonomi menyatakan bahwa kesejahteraan merupakan istilah yang kompleks karena tidak hanya terkait dengan konsep material yang bersifat kuantitatif, namun terkait pula dengan konsep nonmaterial yang

bersifat kualitatif yang melibatkan nilai-nilai pandangan hidup suatu masyarakat. Oleh karena itu, dalam pengukuran kesejahteraan harus memperhatikan keseimbangan antara unsur material dan nonmaterial. Secara ringkas, kedua unsur tersebut dapat dijelaskan sebagai berikut (Ismail dkk, 2015).

- a. Unsur material. Unsur material terdiri dari kebutuhan fisik dan sosial. Kebutuhan fisik (badan) berhubungan dengan kebutuhan dasar manusia dalam mempertahankan kelangsungan hidupnya. Kebutuhan tersebut adalah sandang (pakaian), pangan (makanan), dan papan (perumahan/tempat tinggal). Adapun kebutuhan sosial merupakan kebutuhan dasar manusia dalam berinteraksi dengan manusia lainnya. Kebutuhan tersebut adalah pendidikan, kesehatan, komunikasi, dan transportasi.
- b. Unsur nonmaterial. Unsur nonmaterial terkait dengan kesejahteraan batiniah. Unsur kesejahteraan ini adalah kebutuhan spritual, keamanan jiwa/kehidupan, serta kemurnian dan kesempurnaan akal. Pengukuran tingkat kesejahteraan, baik kesejahteraan individu, masyarakat ataupun kesejahteraan rakyat dapat menggunakan berbagai pendekatan beserta indikator-indikatornya. Beberapa pendekatan yang digunakan untuk mengukur kesejahteraan secara makro dapat diuraikan sebagai berikut.

- 1) Pendekatan pengukuran kesejahteraan rakyat/masyarakat menurut Badan Pusat Statistik (BPS). Komponen-komponen yang menjadi indikator kesejahteraan menurut BPS adalah kependudukan, kesehatan dan gizi, pendidikan, ketenagakerjaan, taraf dan pola konsumsi, perumahan dan lingkungan, kemiskinan, serta indikator

sosial lainnya.

- 2) Pendekatan pengukuran kesejahteraan dengan menggunakan Indeks Kesejahteraan Rakyat (IKraR). Pengukuran tingkat kesejahteraan rakyat dengan menggunakan Indeks Kesejahteraan Rakyat (IKraR) dikembangkan oleh Kementerian Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat Republik Indonesia yang diluncurkan pada tanggal 21 Maret 2012. Indeks ini digunakan untuk mengukur tingkat kesejahteraan rakyat di Indonesia.

2.2.5 Teori Kemiskinan

Kemiskinan sesungguhnya merupakan sesuatu yang problematik, terlebih lagi apabila diikuti dengan pendefinisian yang kemudian harus diikuti dengan satu set indikator untuk mengukur secara kuantitatif kelompok masyarakat atau individu mana yang dapat disebut miskin. Hal itu telah dicoba dilakukan oleh banyak ahli, pemerintah dan lembaga lainnya untuk mendapatkan rumusan mengenai siapa yang dapat dianggap sebagai penduduk miskin.

Kemiskinan adalah suatu keadaan dimana hidup manusia serba kekurangan, atau dengan bahasa yang tidak lazim disebut dengan tidak berharta benda. Sajogyo (2017) menyatakan bahwa kemiskinan adalah suatu tingkat kehidupan yang berada di bawah standar kebutuhan hidup minimum yang ditetapkan berdasarkan atas kebutuhan pokok pangan yang membuat orang cukup bekerja dan hidup sehat, berdasar atas kebutuhan beras dan kebutuhan gizi.

Secara umum, kemiskinan diartikan sebagai kondisi ketidakmampuan

pendapatan dalam mencukupi kebutuhan pokok sehingga kurang mampu untuk menjamin kelangsungan hidup. Kemampuan pendapatan untuk mencukupi kebutuhan pokok berdasarkan standar harga tertentu adalah rendah sehingga kurang menjamin terpenuhinya standar kualitas hidup pada umumnya.

Kemudian Mubyarto(2017) mengemukakan bahwa kemiskinan adalah kondisi serba kekurangan dalam pemenuhan kebutuhan dasar manusia. Kebutuhan dasar manusia. Menurut Lincoln Arsyad(1993), kemiskinan adalah terjadinya kekurangan modal. Masalah kekurangan modal ini bisa dijelaskan dengan menggunakan konsep lingkaran tak berujung pangkal (*vicious circle*). Kekurangan modal ini disebabkan oleh rendahnya investasi, sedang rendahnya investasi disebabkan oleh rendahnya pendapatan, sedangkan rendahnya pendapatan karena tingkat produktivitas yang rendah dari tenaga kerja, sumber daya alam dan modal. Rendahnya produktivitas disebabkan oleh keterbelakangan penduduk, belum dimanfaatkannya sumber daya alam secara optimal. Sehingga dapat dipahami bahwa kemiskinan seseorang juga dapat disebabkan oleh faktor pendidikan dari orang itu sendiri.

Berdasarkan pengertian yang ada di atas dapat dipahami bahwa kemiskinan sebenarnya merupakan kekurangan kebutuhan yang meliputi sandang, pangan, papan, dan pendidikan dasar. Sehingga konsep kemiskinan itu sendiri merupakan akibat dari situasi ketidakberdayaan untuk mengubah nasib hidup seseorang agar menjadi lebih baik. Dan dalam upaya mencapai kesejahteraan, terdapat beberapa faktor yang menjadi tolok ukurnya sesuai *Human Development Index* (HDI) antara lain; angka harapan hidup, tingkat pendidikan/ angka melek

huruf, dan paritas daya beli.

Menurut Ramlan Surbakti(1995) kemiskinan disebabkan oleh:

- a. Pihak yang menguasai sumber daya ekonomi tak memiliki rasa solidaritas social untuk membantu penduduk miskin keluar dari belenggu kemiskinan.
- b. Penduduk miskin kurang kompak memperjuangkan tuntutan mereka baik kepada pemerintah maupun kepada pihak yang menguasai sumber daya ekonomi agar mereka diperlakukan sama seperti manusia lainnya yang bermartabat.
- c. Pemerintah daerah tidak memiliki komitmen politik yang kuat untuk mendistribusikan sumber daya ekonomi.

Penyebab kemiskinan (Tamrin, 2005) antara lain:

- a. Langkanya kesempatan kerja.
- b. Pemberian upah di bawah minimum,
- c. Rendahnya produktivitas, rendahnya asset yang dikuasai, dan terjadinya diskriminasi jenis kelamin.

Menurut pendapat beberapa pakar menyatakan bahwa sekurang-kurangnya ada empat faktor yang disinyalir menjadi penyebab mengapa kemiskinan di pedesaan masih tetap mencolok:

- a. Adanya pemusatan pemilikan tanah yang dibarengi dengan adanya proses fragmentasi pada arus bawah masyarakat pedesaan.
- b. Nilai tukar hasil produksi warga pedesaan khususnya sektor pertanian yang semakin jauh tertinggal dengan hasil produksi lain, termasuk kebutuhan hidup sehari-hari warga pedesaan.
- c. Lemahnya posisi masyarakat desa khususnya petani dalam mata rantai

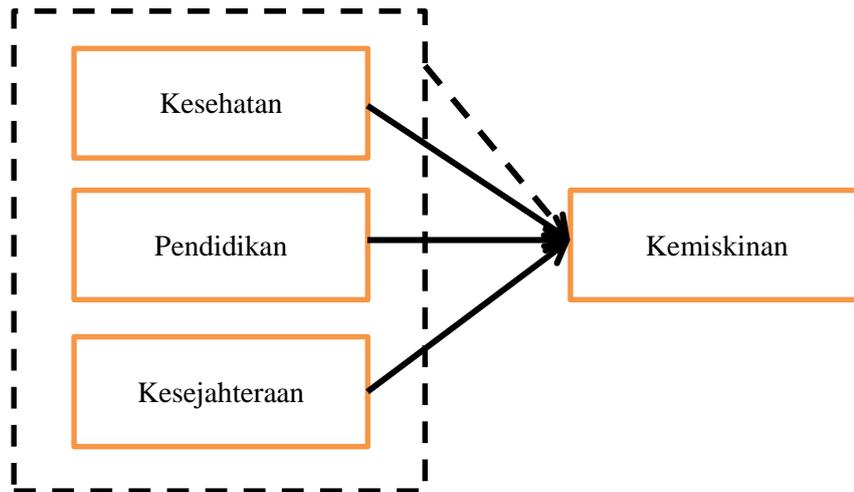
perdagangan.

d. Karakter struktur sosial masyarakat pedesaan yang terpolarisasi.

Kemiskinan sesungguhnya tidak semata disebabkan oleh masalah-masalah internal orang miskin, seperti rendahnya pendapatan, rendahnya posisi tawar, budaya hidup yang tidak mendukung kemajuan atau rendahnya kemampuan orang miskin dalam mengelola sumber daya alam dan lingkungannya

2.3 Kerangka Konseptual

Kemiskinan merupakan pembangunan diberbagai bidang yang ditandai dengan tingkat pengangguran yang tinggi, keterbelakangan dan keterpurukan, yang disebabkan oleh perubahan sosial diantaranya terkena musibah bencana alam, pemutusan hubungan kerja, serta menderita akibat perubahan sosial ekonomi, jumlah penduduk yang semakin banyak tetapi pendapatannya tidak mencukupi kebutuhan primer (pokok). Oleh karena itu, pengentasan kemiskinan telah menjadi prioritas utama dalam pelaksanaan pembangunan daerah. Mengurangi masalah yang disebabkan oleh kemiskinan, berbagai upaya telah dilakukan oleh pemerintah. Salah satunya adalah dengan membuat kebijakan terkait pemberdayaan keluarga miskin, salah satu kebijakannya yaitu membuat Program Keluarga Harapan (PKH) yang mulai dicanangkan pemerintah sejak tahun 2007.



Gambar 2.1 Kerangka Konseptual

Keterangan:

- :Pengaruh variabel (Kesehatan, Pendidikan dan Kesejahteraan) secara parsial terhadap penanggulangan kemiskinan pada Program Keluarga Harapan (PKH)
-→ :Pengaruh variabel (Kesehatan, Pendidikan dan Kesejahteraan) secara simultan terhadap penanggulangan kemiskinan Pada Program Keluarga Harapan (PKH)

Sasaran atau penerima bantuan PKH adalah Rumah Tangga Sangat Miskin (RSTM) yang memiliki anggota keluarga yang terdiri dari anak usia 0-15 tahun, ibu hamil, masa nifas dan berada pada lokasi terpilih. Tujuan utama dari PKH adalah untuk mengurangi kemiskinan dan meningkatkan kualitas sumber daya manusia terutama pada kelompok masyarakat miskin.

2.4 Hipotesis

Hipotesis adalah jawaban sementara terhadap rumusan masalah, yang mana

rumusan masalah telah dinyatakan dalam bentuk pertanyaan. Hipotesis dapat dikatakan jawaban sementara karena didasarkan pada teori yang ada, maka akan diajukan hipotesis sebagai berikut:

- H₁: Faktor Kesehatan, Pendidikan dan Kesejahteraan berpengaruh secara parsial terhadap penanggulangan kemiskinan pada Program Keluarga Harapan (PKH) di Kecamatan Patrang Kabupaten Jember
- H₂: Faktor Kesehatan, Pendidikan dan Kesejahteraan berpengaruh secara simultan terhadap penanggulangan kemiskinan pada Program Keluarga Harapan (PKH) di Kecamatan Patrang Kabupaten Jember

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian dilakukan di Kecamatan Patrang Kabupaten Jember Provinsi Jawa Timur.

Waktu penelitian ini dilaksanakan pada bulan April 2021 sampai dengan bulan Mei tahun 2021.

3.2 Populasi dan Sampel

Menurut sugiyono (2008:115), populasi adalah wilayah generalisasi terdiri atas obyek/subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulan. Populasi dalam penelitian ini (masyarakat penerima progam PKH) yang di ketahui sementara 3.825 orang. pada 8 kelurahan yang menerima bantuan Program Keluarga Harapan (PKH) di Kecamatan Patrang, Kabupaten Jember.

Tabel 3.1 Populasi Penelitian

No	Kelurahan	Populasi
1	Banjar Sengon	257
2	Baratan	647
3	Bintoro	875
4	Gebang	607
5	Jember Lor	442
6	Jumerto	172
7	Patrang	491
8	Slawu	334
	Jumlah	3.825

Sumber: Kementerian Sosial RI. 2021

Sampel adalah sebagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut (Sugiyono, 2008:116), tujuan dari adanya sampel ini yaitu untuk memperoleh suatu keterangan mengenai objek yang diteliti. Ukuran sampel menurut Sekaran (2003:252). sampel yang terlalu besar (lebih dari 500) dapat menjadi masalah karena rentan terhadap kesalahan tipe II, yaitu kita akan menerima temuan penelitian ketika secara fakta seharusnya kita menolak penelitian. Pendapat Roscoe dalam Sekaran (2003:253) menyatakan bahwa ukuran sampel yang layak adalah berkisar antara 30-500. Jumlah yang direkomendasikan untuk analisis multivariate adalah kelipatan 10 (sepuluh kali atau lebih) dari jumlah variabel yang diinginkan dalam penelitian. Jumlah variabel dalam penelitian ini terdiri dari 4 variabel, sehingga jumlah sampel dalam penelitian adalah sebagai berikut : $4 \text{ variabel} \times 10 = 40 \text{ sampel}$.

Selanjutnya, dalam pengambilan sampel peneliti menggunakan teknik sampel daerah (*Area Sampling*). Teknik ini digunakan peneliti dikarenakan sampel yang akan diteliti atau sumber data berada pada daerah yang luas, yakni mencakup seluruh Kecamatan Patrang di Kabupaten Jember yang berjumlah 8 Kelurahan. Adapun rumus yang digunakan untuk menentukan sampel di Kecamatan Patrang, yang terdiri 8 kelurahan dengan menggunakan rumus prosentase :

$$P = F/N \times n$$

Dimana:

$P = \text{Jumlah Responden} / \text{Sampel Per Kecamatan}$

$F = \text{Frekuensi}$

N = Populasi

n = Jumlah Sampel

Adapun hasil penentuan sampel di masing-masing Kelurahan di Kecamatan Patrang dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 3.2 Sampel Penelitian

NO	Kelurahan	Jumlah penerima PKH	Rumus	Responden
1	Banjar Sengon	257	$257/3.825 \times 40 = 2,7$	3
2	Baratan	647	$647/3.825 \times 40 = 6,8$	7
3	Bintoro	875	$875/3.825 \times 40 = 9,1$	9
4	Gebang	607	$607/3.825 \times 40 = 6,3$	6
5	Jember Lor	442	$442/3.825 \times 40 = 4,6$	5
6	Jumerto	172	$172/3.825 \times 40 = 1,8$	2
7	Patrang	491	$491/3.825 \times 40 = 5,1$	5
8	Slawu	334	$334/3.825 \times 40 = 3,4$	3
		Jumlah		40

Sumber: Hasil analisa dengan rumus Slovin.

3.3 Jenis Penelitian

3.3.1 Jenis Penelitian

Menurut Sugiyono (2015), jenis data dibedakan menjadi 2, yaitu kualitatif dan kuantitatif. Pada penelitian ini menggunakan penelitian kuantitatif, penelitian melihat dan memasukan angka pada kuisisioner yang akan diuji.

3.3.2 Sumber Data Penelitian

Sumber data yang digunakan dalam penelitian ini adalah :

a. Data Primer.

Menurut Amirullah (2013), data primer yaitu data yang diperoleh secara langsung dari responden dengan menggunakan kuesioner yang disusun

berdasarkan variabel-variabel yang diteliti.

b. Data Sekunder.

Menurut Amirullah (2013), data sekunder yaitu data yang dikumpulkan tidak hanya untuk keperluan suatu riset tertentu saja. Sumber data sekunder seperti buku, jurnal, dan website yang dapat dipercaya, data ini digunakan sebagai referensi dan pemilihan variabel penelitian dari penelitian terdahulu yang relevan.

3.4 Identifikasi Variabel Penelitian

Variabel penelitian yang digunakan adalah sebagai berikut:

- a. Variabel Dependen/terikat merupakan bentuk variabel yang bersifat terikat dimana pada hakekatnya akan muncul akibat adanya variabel bebas, adapun yang dimaksud variabel dependen dalam penelitian ini adalah penanggulangan kemiskinan (Y).
- b. Variabel Independen/bebas (X) merupakan variabel yang dalam hubungannya dengan variabel lain bertindak sebagai penyebab atau mempengaruhi variabel lain dan yang termasuk variabel bebas dalam penelitian ini adalah:
 - 1) Kesehatan (X_1)
 - 2) Pendidikan (X_2)
 - 3) Kesejahteraan (X_3)

3.5 Definisi Operasional Variabel Penelitian

Definisi operasional variabel penelitian menurut Sugiyono (2015:38) adalah

suatu atribut atau sifat atau nilai dari obyek atau kegiatan yang memiliki variasi tertentu yang telah ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya. Definisi variabel-variabel penelitian harus dirumuskan untuk menghindari kesesatan dalam mengumpulkan data. Definisi operasional dari masing-masing variabel yang digunakan penelitian ini adalah:

- a. Penanggulangan Kemiskinan (Y). Kemiskinan adalah suatu keadaan dimana hidup manusia serba kekurangan, atau dengan bahasa yang tidak lazim disebut dengan tidak berharta benda. Sajogyo(2017) menyatakan bahwa kemiskinan adalah suatu tingkat kehidupan yang berada di bawah standar kebutuhan hidup minimum yang ditetapkan berdasarkan atas kebutuhan pokok pangan yang membuat orang cukup bekerja dan hidup sehat, berdasar atas kebutuhan beras dan kebutuhan gizi. Indikator penanggulangan kemiskinan terdiri dari:
 - 1) Mendapatkan layanan dan fasilitas kesehatan bagi peserta PKH.
 - 2) Mendapatkan layanan dan fasilitas pendidikan bagi peserta PKH.
 - 3) Meningkatkan status sosial ekonomi peserta PKH
- b. Kesehatan (X_1), adalah keadaan jasmani dan rohani peserta PKH. Alat ukur dalam penelitian yaitu:
 - 1) Anak usia 0-6 tahun mendapatkan fasilitas imunisasi
 - 2) Ibu hamil mendapatkan fasilitas pemeriksaan minimal sebanyak 4 kali
 - 3) Ibu melahirkan mendapatkan bantuan tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan.
 - 4) Ibu nifas mendapatkan pemeriksaan pasca persalinan minimal 3 kali.
 - 5) Keluarga mendapatkan pemeriksaan kesehatan di fasilitas kesehatan.

- c. Pendidikan (X_2), layanan pendidikan untuk anak peserta PKH. Alat ukur dalam penelitian, yaitu:
- 1) Anak yang berusia 5-6 tahun dikenakan persyaratan pendidikan.
 - 2) Anak berusia 7-15 tahun, didaftarkan/terdaftar pada satuan pendidikan (SD/MI/SDLB/ Paket A atau SMP/MTs/SMLB/Paket A atau SMP/MTs Terbuka).
 - 3) Anak usia 15-18 tahun yang belum menyelesaikan pendidikan dasar, maka Peserta PKH diwajibkan mendaftarkan anak tersebut ke satuan pendidikan yang menyelenggarakan program Wajib Belajar 9 tahun atau pendidikan kesetaraan.
 - 4) Anak yang buta aksara, diwajibkan untuk mengikuti pendidikan keaksaraan fungsional di Pusat Kegiatan Belajar Masyarakat (PKBM) terdekat.
 - 5) Pekerja Anak (PA) yang telah meninggalkan sekolah dalam waktu yang cukup lama, maka data anak tersebut akan didaftarkan dan disampaikan kepada Dinas Tenaga Kerja dan Dinas Pendidikan di tingkat Kabupaten/Kota untuk mendapatkan Program Pengurangan Pekerja Anak.
 - 6) Anak Jalanan (AJ) yang telah meninggalkan sekolah dalam waktu yang cukup lama, maka data anak tersebut akan didaftarkan dan disampaikan kepada Dinas Sosial dan Dinas Pendidikan di tingkat Kabupaten/Kota untuk mendapatkan Program Kesejahteraan Sosial Anak
- d. Kesejahteraan (X_3), keadaan yang baik pada peserta PKH terutama lansia dan penyandang disabilitas. Alat ukurnya adalah:

- 1) Mendapat pemeriksaan kesehatan oleh tenaga kesehatan.
- 2) Mengikuti kegiatan sosial (*day care*).
- 3) Mendapatkan bantuan uang tunai yang besarnya disesuaikan dengan ketentuan program bagi disabilitas berat.
- 4) Mendapatkan layanan dan fasilitas kesehatan dan pendidikan bagi seluruh anggota keluarga bagi disabilitas berat.
- 5) Terdaftar dan mendapatkan program-program komplementaritas dan sinergitas penanggulangan kemiskinan lainnya bagi disabilitas berat.
- 6) Bagi lansia diatas 70 tahun dan penyandang disabilitas berat mendapatkan pemenuhan kebutuhan dasar dan pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan.

3.6 Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data yang digunakan adalah:

a. Kuisisioner

Kuisisioner merupakan teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan cara memberi seperangkat pertanyaan atau pernyataan tertulis kepada responden untuk dijawabnya. Dalam angket berisi pertanyaan-pertanyaan yang berhubungan dengan penelitian. Untuk dapat mengetahui jawaban dari setiap responden maka perlu dibentuk sebuah skala. Skala pengukuran yang digunakan dalam penelitian ini adalah Skala Likert, yaitu digunakan untuk mengukur sikap, pendapat, dan persepsi seseorang atau sekelompok orang tentang fenomena sosial.

Skala likert yang digunakan adalah:

- SS : Sangat Setuju, dengan nilai 5
 S : Setuju, dengan nilai 4
 N : Netral, dengan nilai 3
 TS : Tidak, Setuju dengan nilai 2
 STS : Sangat, Tidak Setuju dengan nilai 1

b. Wawancara

Yaitu metode pengumpulan data dengan wawancara langsung dengan pihak-pihak yang bersangkutan. Langsung dengan responden menggunakan pertanyaan yang bersifat tertutup dan berkaitan langsung dengan variabel yang digunakan peneliti.

c. Studi Pustaka

Yaitu metode pengumpulan data yang diperoleh dari literatur yang dinilai relevan dengan masalah yang dikaji, yang telah tercantum dalam suatu artikel, buku dan jurnal ilmiah.

3.7 Metode Analisis Data

a. Uji Instrumen (Uji Validitas dan Uji Reliabilitas)

1) Uji Validitas

Uji validitas digunakan untuk mengukur sah atau tidaknya suatu kuesioner. Suatu kuesioner dikatakan valid jika pertanyaan pada kuesioner mampu untuk mengungkapkan suatu yang akan diukur oleh kuesioner tersebut (Ghozali 2017:45). Suatu kuesioner yang valid atau sah mempunyai validitas tinggi. Sebaliknya validitas yang kurang valid berarti memiliki validitas rendah. Agar diperoleh kesahihan dan keterandalan

kuesioner, maka sebelum digunakan sebagai alat pengumpul data dilakukan uji coba. Perhitungan uji validitas dilakukan dengan program SPSS. Uji signifikan dilakukan dengan membandingkan nilai r hitung (untuk r hitung tiap butir dapat dilihat pada tampilan Output *Cronbach Alpha* pada kolom Corrected Item-Total Correlation) dengan r tabel untuk *degree of freedom* (df) (Ghozali 2017:45).

2) Uji Reliabilitas

Reliabilitas adalah alat untuk mengukur suatu kuesioner yang merupakan indikator dari variabel atau konstruk. Suatu kuesioner dikatakan reliabel atau handal jika jawaban seseorang terhadap pernyataan adalah konsisten atau stabil dari waktu ke waktu (Ghozali 2017:41). Suatu konstruk atau variabel dikatakan reliabel jika memberikan nilai cronbach's alpha $> 0,6$ (Nunnally dalam Ghozali, 2017:44).

b. Uji Asumsi Klasik

Untuk memperoleh model regresi linier berganda, maka langkah selanjutnya yang dilakukan apakah model yang dikembangkan bersifat BLUE (*Best Linier Unbiased Estimator*). Metode ini mempunyai kriteria bahwa pengamatan harus mewakili variasi minimum, konstanta, dan efisien. Asumsi BLUE yang harus dipenuhi antara lain : data berdistribusi normal, tidak ada multikolinearitas, dan tidak terjadi heteroskedastisitas.

1) Uji Normalitas Data

Uji normalitas bertujuan untuk menguji apakah dalam model regresi, variabel terikat dan variabel bebas keduanya memiliki distribusi normal atau tidak. Model regresi yang baik adalah memiliki distribusi data normal atau mendekati normal. Pengujian normalitas didapat dari grafik *normal probability plot*. Pada prinsipnya normalitas dapat dideteksi dengan melihat penyebaran data (titik) pada sumbu diagonal dari grafik atau dengan melihat histogram dari residualnya. Dasar pengambilan keputusan dari uji normalitas (Ghozali 2017:112).

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

2) Uji Multikolinearitas

Uji multikolinieritas bertujuan untuk menguji apakah ditemukan adanya korelasi antar variabel independen atau bebas. Menurut Ghozali (2017, p. 105), tujuan uji multikolinearitas adalah untuk menguji apakah model regresi ditemukan adanya korelasi antara variabel bebas. Model regresi yang baik memiliki model yang didalamnya tidak terjadi korelasi diantara variabel independen. Uji multikolinearitas dilihat dari nilai tolerance dan Variance Inflation Factor (VIF). Apabila nilai $VIF < 10$, berarti tidak terdapat

multikolonieritas. Jika nilai VIF > 10 maka terdapat multikolonieritas dalam data.

3) Uji Heterokedastisitas

Ghozali (2017, p. 135) mengatakan bahwa uji heteroskedastisitas bertujuan untuk mengetahui apakah dalam sebuah model regresi terjadi ketidaksamaan varian dari residual suatu pengamatan ke pengamatan lain. Uji heteroskedastisitas untuk menguji terjadi atau tidaknya heteroskedastisitas maka dilihat dari nilai koefisien korelasi Rank Spearman antara masing-masing variabel bebas dengan variabel pengganggu. Apabila nilai probabilitas (sig) $>$ dari 0,05 maka tidak terjadi heteroskedastisitas (Ghozali, 2017, p. 139).

c. Regresi Linier Berganda

Analisis Regresi Linear Berganda merupakan salah satu analisis yang bertujuan untuk mengetahui pengaruh suatu variabel terhadap variabel lain. Dalam analisis regresi variabel yang mempengaruhi disebut *independent variable* (variabel bebas) dan variabel yang mempengaruhi disebut *dependent variable* (variabel terikat). Jika dalam persamaan regresi hanya terdapat salah satu variabel bebas dan satu variabel terikat, maka disebut sebagai regresi sederhana, sedangkan jika variabelnya bebasnya lebih dari satu, maka disebut sebagai persamaan regresi berganda (Prayitno, 2010:61).

Untuk mengetahui pengaruh program PKH terhadap penanggulangan kemiskinan digunakan analisis regresi linier berganda sebagai berikut (Prayitno,

2010:61):

$$Y = a + b_1X_1 + b_2X_2 + b_3X_3 + e$$

Keterangan :

<i>a</i>	= <i>Konstanta</i>
<i>X</i> ₁	= kesehatan
<i>X</i> ₂	= pendidikan
<i>X</i> ₃	= kesejahteraan
<i>Y</i>	= penanggulangan kemiskinan
<i>e</i>	= faktor gangguan

d. Uji Hipotesis

1. Uji t (secara Parsial)

Menurut Ghozali (2017:97) Uji t pada dasarnya menunjukkan seberapa jauh pengaruh satu variabel independen secara individual dalam menerangkan variasi variabel dependen. Pengujian dilakukan dengan menggunakan signifikansi level 0,05 ($\alpha=5\%$). Penerimaan atau penolakan hipotesis dilakukan dengan kriteria:

- a) Jika nilai signifikan $> 0,05$ maka hipotesis ditolak (koefisien regresi tidak signifikan). Ini berarti variabel independen tidak mempunyai pengaruh secara signifikan terhadap variabel dependen.
- b) Jika nilai signifikan $< 0,05$ maka hipotesis diterima (koefisien regresi signifikan). Ini berarti variabel independen mempunyai pengaruh secara signifikan terhadap variabel dependen.

2. Uji F (secara Simultan)

Menurut Ghozali (2017:96) menyatakan bahwa pada dasarnya uji statistik F menunjukkan apakah semua variabel independen yang dimasukkan dalam model mempunyai pengaruh secara simultan terhadap variabel dependen. Uji F dilakukan dengan membandingkan nilai F hitung dengan F tabel dan melihat nilai signifikansi 0,05 dengan cara sebagai berikut:

- a) Bila $F_{hitung} > F_{tabel}$ atau probabilitas < nilai signifikan ($Sig < 0,05$), maka variabel independen berpengaruh signifikan secara simultan terhadap variabel dependen.
- b) Bila $F_{hitung} < F_{tabel}$ atau probabilitas > nilai signifikan ($Sig > 0,05$), maka variabel independen tidak berpengaruh signifikan secara simultan terhadap variabel dependen.

3. Uji R² (Koefisien Determinasi)

Koefisien determinasi adalah data untuk mengetahui seberapa besar prosentase pengaruh langsung variabel bebas yang semakin dekat hubungannya dengan variabel terikat atau dapat dikatakan bahwa penggunaan model tersebut bisa dibenarkan. Dari koefisien determinasi (R^2) dapat diperoleh suatu nilai untuk mengukur besarnya sumbangan dari beberapa variabel X terhadap variasi naik turunnya variabel Y (Prayitno, 2010:66).

$$R^2 = \frac{ESS}{TSS}$$

Keterangan :

R^2 = Koefisien determinan

ESS = Jumlah kuadrat yang dijelaskan

RSS = Jumlah kuadrat yang residual

TSS = ESS+RSS

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian

4.1.1 Kondisi Geografis Kecamatan Patrang

Patrang yaitu sebuah kecamatan di Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur, Indonesia. Di kecamatan inilah juga terdapat Stasiun Jember yang juga merupakan pusat PT Kereta Api (Persero) Kawasan Operasi IX. Luasan daerah delinasi pada laporan ini adalah 42,5 Ha yang berlokasi di Kecamatan Patrang. Koridor yang dipilih adalah sepanjang Jalan Moch Seruji hingga Jalan Slamet Riyadi. Batas timur laut ada pada Taman Makan Pahlawan yang berada di Jl. Slamet Riyadi dengan titik koordinasi 8°08'44.87" S dan 113°43'29.38" E. Sementara batas ujung barat daya berada di pertigaan Jl. Mastrip – Jl. Moch. Seruji – Jl. PB. Sudirman dengan titik koordinasi 8°09'25.81" S dan 113°42'40.40" E.

Tabel 4.1 Keadaan Geografi Luas Daerah Per Kelurahan

NO	Kelurahan	Luas (km ²)	Persentase terhadap luas kecamatan
1	Banjar Sengon	2,71	7,68
2	Baratan	6,28	17,80
3	Bintoro	8,44	23,92
4	Gebang	4,26	12,07
5	Jember Lor	2,98	8,45
6	Jumerto	2,23	6,32
7	Patrang	4,00	11,34
8	Slawu	4,38	12,41
	Kecamatan Patrang	35,28	100

Sumber: <https://jemberkab.bps.go.id>

4.1.2 Gambaran Umum Identitas Responden

Yang dimaksud responden dalam penelitian ini adalah peserta PKH yang berdomisili di Patrang Jember. Responden dikelompokkan berdasarkan jenis kelamin, usia, tingkat pendidikan, pekerjaan dan pendapatan setiap bulan, seperti yang ada pada Tabel 4.2 sebagai berikut :

Tabel 4.2 Gambaran Umum Identitas Responden

Keterangan	Jumlah	Prosentase (%)
Jenis Kelamin		
Laki-laki	17	42,5
Perempuan	23	57,5
Usia		
30-39 Tahun	11	27,5
40-49 Tahun	17	42,5
> 50 Tahun	12	30
Pendidikan Terakhir		
SD	14	35
SMP	8	20
SMA	5	12,5
Tidak Sekolah	13	32,5
Pekerjaan		
Buruh	13	32,5
Karyawan	5	12,5
Pedagang	12	30
Karyawan	5	12,5
Lain-lain	4	10
Pendapatan per bulan		
< Rp 500.000	8	20
Rp 500.000 – Rp 1.000.000	10	25
Rp 1.000.000-Rp 1.500.000	8	20
Rp 1.500.000-Rp 2.000.000	10	25
> Rp 2.000.000	4	10

Sumber: Data Primer Diolah. Lampiran 2. 2021

Berdasarkan Tabel 4.2 dapat diketahui bahwa dari jumlah responden sebesar 40 orang. Secara umum responden adalah berjenis kelamin perempuan sebanyak 23 dan laki-laki sebanyak 17. Usia responden yang menjadi fokus penelitian di dominasi oleh responden dengan rentang usia antara 40-49 tahun

dengan jumlah 17 orang, kemudian usia lebih dari 50 tahun sebanyak 12 orang dan 30-39 tahun sebanyak 11 orang. Pendidikan terakhir responden di dominasi dengan lulusan SD sebanyak 14 orang, kemudian tidak sekolah sebanyak 13 orang, SMP sebanyak 8 orang dan SMA sebanyak 5 orang. Pekerjaan penerima PKH sebagai responden di dominasi oleh buruh sebanyak 13 orang, kemudian pedagang sebanyak 12 orang, tidak bekerja ada 6 orang, karyawan 5 orang dan lain-lain ada 4 orang. Pendapatan perbulan yang diterima oleh responden paling banyak adalah kisaran Rp 500.000-Rp1.000.000 dan Rp 1.500.000-Rp2.000.000 yaitu sebanyak 10 orang, kemudian Rp1.000.000-Rp 1.500.000 dan lebih kecil dari Rp 500.000 sebanyak 8 orang, dan yang lebih dari Rp2.000.000 hanya ada 4 orang.

4.1.3 Rekapitulasi Jawaban Responden

Penelitian ini membahas mengenai pengaruh Program Keluarga Harapan (PKH) dalam kemiskinan di Kecamatan Patrang Kabupaten Jember. Sebelum dilakukan analisis dan pembahasan hasil penelitian, terlebih dahulu akan disajikan tabel mengenai frekuensi masing-masing variabel yang diteliti sebagai berikut:

Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Jawaban Respoden

Skor Jawaban Responden						
Indikator	1	2	3	4	5	Modus
Variabel Kesehatan (X1)						
1	0	0	1	22	17	4
2	0	0	4	16	20	5
3	0	0	6	23	11	4
4	0	0	3	19	18	4
5	0	1	8	18	13	4
Variabel Pendidikan (X2)						
1	0	0	9	21	10	4
2	0	0	1	18	21	5
3	0	3	4	21	12	4
4	0	0	0	24	16	4
5	0	0	1	16	23	5
6	0	0	1	26	13	4
Variabel Kesejahteraan (X3)						
1	0	0	2	23	15	4
2	0	0	1	20	19	4
3	0	1	11	20	8	4
4	0	3	11	21	5	4
5	0	0	2	24	14	4
6	0	3	8	24	5	4
Variabel Kemiskinan (Y)						
1	0	0	3	21	16	4
2	0	1	3	19	17	4
3	0	0	1	23	16	4

Sumber: Data Primer Diolah. Lampiran 3. 2021

Hasil rekapitulasi frekuensi jawaban responden pada setiap variabel dapat dijelaskan sebagai berikut:

1. Variabel kesehatan (X_1) memiliki lima indikator pertanyaan dengan nilai modus 5 ditunjukkan pada item indikator pertanyaan ke dua yaitu ibu hamil mendapatkan fasilitas pemeriksaan minimal sebanyak 4 kali, sedangkan indikator lainnya nilai jawabannya 4. Artinya bahwa seluruh penerima PKH telah mendapatkan fasilitas kesehatan berupa imunisasi, pemeriksaan ibu hamil, melahirkan, pemeriksaan pasca persalinan dan pelayanan kesehatan secara umum.

2. Variabel Pendidikan (X_2) terdiri dari enam indikator dengan jawaban responden rata-rata adalah setuju (4) dan ada 2 indikator dengan jawaban sangat setuju (5) pada indikator 2 dan 5, yang artinya responden setuju bahwa mereka telah dikenakan persyaratan pendidikan untuk anak usia 5-6 tahun, diwajibkan mengikuti program belajar 9 tahun untuk usia 7-15 tahun yang belum didaftarkan, diwajibkan untuk mengikuti pendidikan keaksaraan fungsional di Pusat Kegiatan Belajar Masyarakat (PKBM) terdekat bagi anak yang buta aksara, dan mendapat program kesejahteraan sosial anak untuk anak jalanan. Responden sangat setuju jika mereka telah didaftarkan/terdaftar pada satuan pendidikan (SD/MI/SDLB/ Paket A atau SMP/MTs/SMLB/Paket A atau SMP/MTs Terbuka) untuk Anak berusia 7-15 tahun, dan Pekerja Anak (PA) yang telah meninggalkan sekolah dalam waktu yang cukup lama, maka data anak tersebut akan didaftarkan dan disampaikan kepada Dinas Tenaga Kerja dan Dinas Pendidikan di tingkat Kabupaten/Kota.
3. Variabel kesejahteraan (X_3) terdiri dari enam indikator, dengan jawaban yang dipilih responden adalah setuju untuk semua indikator, yang artinya bahwa responden penerima PKH telah mendapat pemeriksaan kesehatan oleh tenaga kesehatan, mengikuti kegiatan sosial (*day care*), mendapatkan bantuan uang tunai yang besarnya disesuaikan, mendapatkan layanan dan fasilitas kesehatan dan pendidikan bagi seluruh anggota keluarga, terdaftar dan mendapatkan program-program komplementaritas dan sinergitas kemiskinan dan Bagi lansia diatas 70 tahun dan penyandang disabilitas berat mendapatkan pemenuhan kebutuhan dasar dan pelayanan kesehatan sesuai

kebutuhan .

4. Variabel Kemiskinan (Y) terdiri dari tiga indikator dengan jawaban mayoritas setuju untuk semua indikator, yang artinya bahwa seluruh responden penerima PKH telah mendapatkan layanan dan fasilitas kesehatan, pendidikan dan dapat meningkatkan status sosial ekonomi.

4.2 Analisis Hasil Penelitian

Untuk menganalisis pengaruh Program Keluarga Harapan (PKH) dalam kemiskinan di Kecamatan Patrang Kabupaten Jember, maka dilakukan tahapan sebagai berikut.

4.2.1 Uji Instrumen (Uji Validitas dan Uji Reliabilitas)

Uji validitas digunakan untuk mengukur sah atau tidaknya suatu kuesioner. Suatu kuesioner dikatakan valid jika pertanyaan pada kuesioner mampu untuk mengungkapkan suatu yang akan diukur oleh kuesioner tersebut (Ghozali 2017:45). Reliabilitas adalah alat untuk mengukur suatu kuesioner yang merupakan indikator dari variabel atau konstruk. Suatu kuesioner dikatakan reliabel atau handal jika jawaban seseorang terhadap pernyataan adalah konsisten atau stabil dari waktu ke waktu (Ghozali 2017:41). Perhitungan uji validitas dan reliabilitas dilakukan dengan program SPSS.

Tabel 4.4 Rekapitulasi Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas

Variabel	Indikator	Koefisien korelasi	Keputusan validitas	Koefisien alpha	Keputusan reliabilitas
X1	1	0,604	Valid	0,787	Reliabel
	2	0,743	Valid		
	3	0,690	Valid		
	4	0,767	Valid		
	5	0,824	Valid		
X2	1	0,782	Valid	0,787	Reliabel
	2	0,723	Valid		
	3	0,723	Valid		
	4	0,739	Valid		
	5	0,815	Valid		
	6	0,787	Valid		
X3	1	0,522	Valid	0,707	Reliabel
	2	0,483	Valid		
	3	0,661	Valid		
	4	0,574	Valid		
	5	0,404	Valid		
	6	0,570	Valid		
Y	1	0,768	Valid	0,828	Reliabel
	2	0,864	Valid		
	3	0,781	Valid		

Sumber: Data Primer Diolah. Lampiran 4 dan Lampiran 5. 2021

Keterangan: r tabel = 0,312

Hasil uji instrumen menunjukkan bahwa seluruh indikator kuesioner valid dan reliabel karena memiliki nilai r hitung $>$ r tabel dan memiliki nilai cronbach's alpha $>$ 0,6.

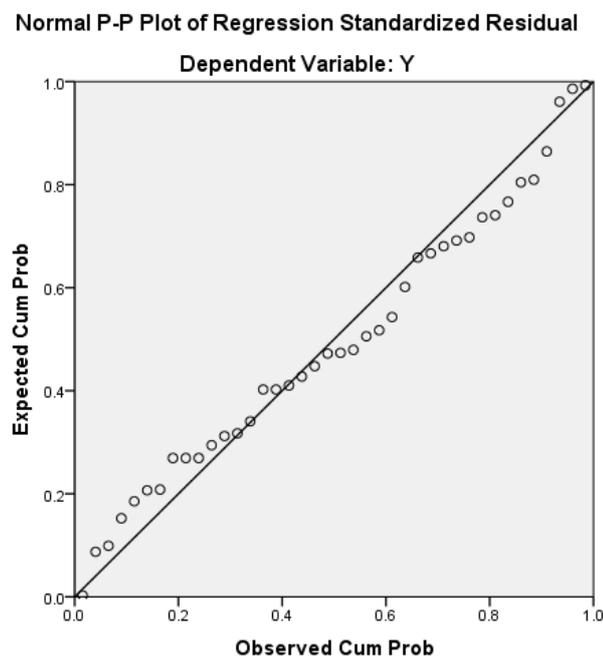
4.2.2 Hasil Uji Asumsi Klasik

Untuk memperoleh model regresi linier berganda, maka langkah selanjutnya yang dilakukan apakah model yang dikembangkan bersifat BLUE (*Best Linier Unbiased Estimator*). Metode ini mempunyai kriteria bahwa pengamatan harus mewakili variasi minimum, konstanta, dan efisien. Asumsi BLUE yang harus

dipenuhi antara lain : data berdistribusi normal, tidak ada multikolinearitas, dan tidak terjadi heteroskedastisitas.

a. Uji Normalitas Data

Uji normalitas bertujuan untuk menguji apakah dalam model regresi, variabel terikat dan variabel bebas keduanya memiliki distribusi normal atau tidak. Model regresi yang baik adalah memiliki distribusi data normal atau mendekati normal. Pengujian normalitas didapat dari grafik *normal probability plot*. Pada prinsipnya normalitas dapat dideteksi dengan melihat penyebaran data (titik) pada sumbu diagonal dari grafik atau dengan melihat histogram dari residualnya.



Gambar 4.1 Hasil Uji Normalitas

Sumber: Data Primer Diolah. Lampiran 6. 2021

Gambar 4.1 menunjukkan bahwa data menyebar disekitar garis diagonal dan mengikuti arah garis diagonal atau grafik histogramnya, yang menunjukkan pola distribusi normal, maka dapat disimpulkan bahwa model regresi memenuhi asumsi normalitas.

b. Uji Multikolinearitas

Uji multikolinieritas bertujuan untuk menguji apakah ditemukan adanya korelasi antar variabel independen atau bebas. Menurut Ghazali (2017, p. 105), tujuan uji multikolinearitas adalah untuk menguji apakah model regresi ditemukan adanya korelasi antara variabel bebas. Model regresi yang baik memiliki model yang didalamnya tidak terjadi korelasi diantara variabel independen.

Tabel 4.5 Hasil Uji Multikolinearitas

Variabel	VIF	Keputusan
Kesehatan (X_1)	2,457	Bebas Multikolinieritas
Pendidikan (X_2)	2,848	Bebas Multikolinieritas
Kesejahteraan (X_3)	1,340	Bebas Multikolinieritas

Sumber: Data Primer diolah. Lampiran 7. 2021

Hasil analisis menunjukkan bahwa semua variabel penelitian memiliki nilai $VIF < 10$, yang berarti tidak terdapat multikolinieritas.

c. Uji Heterokedastisitas

Ghozali (2017, p. 135) mengatakan bahwa uji heteroskedastisitas bertujuan untuk mengetahui apakah dalam sebuah model regresi terjadi ketidaksamaan varian dari residual suatu pengamatan ke pengamatan lain.

Uji heteroskedastisitas untuk menguji terjadi atau tidaknya heteroskedastisitas maka dilihat dari nilai koefisien korelasi Rank Spearman antara masing-masing variabel bebas dengan variabel pengganggu.

Tabel 4.6 Hasil Uji Heterokedastisitas

Variabel	Nilai Sig.	Keputusan
Kesehatan (X_1)	0,744	Bebas Heterokedastisitas
Pendidikan (X_2)	0,862	Bebas Heterokedastisitas
Kesejahteraan (X_3)	0,205	Bebas Heterokedastisitas

Sumber: Data Primer diolah. Lampiran 8. 2021

Hasil analisis menunjukkan bahwa seluruh variabel penelitian memiliki nilai probabilitas (sig) > dari 0,05, maka dapat disimpulkan tidak terjadi heteroskedastisitas.

4.2.3 Hasil Analisis Regresi Linier Berganda

Analisis Regresi Linear Berganda merupakan salah satu analisis yang bertujuan untuk mengetahui pengaruh suatu variabel terhadap variabel lain. Dalam analisis regresi variabel yang mempengaruhi disebut *independent variable* (variabel bebas) dan variabel yang mempengaruhi disebut *dependent variable* (variabel terikat). Jika dalam persamaan regresi hanya terdapat salah satu variabel bebas dan satu variabel terikat, maka disebut sebagai regresi sederhana, sedangkan jika variabelnya bebasnya lebih dari satu, maka disebut sebagai persamaan regresi berganda (Prayitno, 2010:61). Berikut hasil pengaruh program PKH terhadap kemiskinan:

Tabel 4.7 Ringkasan Analisis Regresi Linier Berganda

Variabel	Unstand. Coefficients (β)	T hitung	Signifikan	Keterangan
(Constant)	1,074			
Kesehatan (X_1)	0,200	2,194	0,035	Signifikan
Pendidikan (X_2)	0,229	2,688	0,011	Signifikan
Kesejahteraan (X_3)	0,158	2,217	0,033	Signifikan
R Square	= 0,693	F_{tabel}	= 2,87	
F_{hitung}	= 27,050	t_{tabel}	= 2,002	
Sign. F	= 0,000	Signifikan pada α	= 5%	

Sumber: Data Primer diolah. Lampiran 9. 2021

Model regresi berdasarkan hasil analisis di atas adalah:

$$Y = 1,074 + 0,200X_1 + 0,229X_2 + 0,158X_3$$

Persamaan tersebut menunjukkan bagaimana nilai dari kesehatan, pendidikan dan kesejahteraan memengaruhi besarnya kemiskinan.

Dari persamaan tersebut dapat dijelaskan bahwa :

1. $a = 1,074$ Nilai koefisien sebesar 1,074 dapat diartikan jika program PKH yaitu kesehatan, pendidikan dan kesejahteraan sangat baik atau nilainya sama dengan 0, maka kemiskinan akan meningkat.
2. Variabel kesehatan ($b_1 = 0,200$).
Dari persamaan regresi tersebut diketahui besarnya koefisien variabel kesehatan adalah sebesar 0,200. Hal ini dapat diartikan bahwa, bila program kesehatan meningkat sebesar 1% maka kemiskinan juga akan meningkat sebesar 20%. Nilai perubahan ini terjadi dengan asumsi bahwa variabel yang lain dalam keadaan konstan (tetap). Arti lebih lanjut bahwa seandainya program kesehatan tidak mengalami perubahan, maka kemiskinan tetap baik.
3. Variabel Pendidikan ($b_2 = 0,229$).

Dari persamaan regresi tersebut diketahui besarnya koefisien variabel pendidikan adalah sebesar 0,229. Hal ini dapat diartikan bahwa, bila program pendidikan meningkat sebesar 1% maka kemiskinan juga akan meningkat sebesar 22,9%. Nilai perubahan ini terjadi dengan asumsi bahwa variabel yang lain dalam keadaan konstan (tetap). Arti lebih lanjut bahwa seandainya program pendidikan tidak dilakukan, maka kemiskinan tetap baik.

4. Variabel Kesejahteraan ($b_3 = 0,158$).

Dari persamaan regresi tersebut diketahui besarnya koefisien variabel kesejahteraan adalah sebesar 0,158. Hal ini dapat diartikan bahwa, bila program kesejahteraan meningkat sebesar 1% maka kemiskinan juga akan meningkat sebesar 15,8%. Nilai perubahan ini terjadi dengan asumsi bahwa variabel yang lain dalam keadaan konstan (tetap). Arti lebih lanjut bahwa seandainya program kesejahteraan tidak dilakukan, maka kemiskinan tetap baik.

4.2.4 Uji Hipotesis

a. Uji t (secara Parsial)

Menurut Ghozali (2017:97) Uji t pada dasarnya menunjukkan seberapa jauh pengaruh satu variabel independen secara individual dalam menerangkan variasi variabel dependen. Pengujian dilakukan dengan menggunakan signifikansi level 0,05 ($\alpha=5\%$). Hasil pengujian uji t selengkapnya dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.8 Hasil Uji t masing-masing variabel

Variabel	T _{tabel}	T _{hitung}	Signifikansi	Keterangan
Kesehatan (X ₁)	2,002	2,194	0,035	Signifikan
Pendidikan (X ₂)	2,002	2,688	0,011	Signifikan
Kesejahteraan (X ₃)	2,002	2,217	0,033	Signifikan

Sumber: Data Primer diolah. Lampiran 9. 2021.

Berdasarkan hasil uji t dapat disimpulkan bahwa kesehatan, pendidikan dan kesejahteraan berpengaruh secara parsial terhadap kemiskinan, karena nilai signifikansi masing-masing variabel $< 0,05$, (kesehatan $0,035 < 0,05$; pendidikan $0,011 < 0,05$; dan kesejahteraan $0,033 < 0,05$). Selain itu, nilai t_{hitung} pada masing-masing variabel adalah lebih besar dari t_{tabel} (kesehatan $2,194 > 2,002$; Pendidikan $2,688 > 2,002$; Kesejahteraan $2,217 > 2,002$). Hipotesis pertama yang menyatakan bahwa faktor kesehatan, pendidikan dan kesejahteraan berpengaruh secara parsial terhadap kemiskinan pada Program Keluarga Harapan (PKH) di Kecamatan Patrang Kabupaten Jember, diterima

b. Uji F (secara Simultan)

Menurut Ghazali (2017:96) menyatakan bahwa pada dasarnya uji statistik F menunjukkan apakah semua variabel independen yang dimasukkan dalam model mempunyai pengaruh secara simultan terhadap variabel dependen. Uji F dilakukan dengan membandingkan nilai F hitung dengan F tabel dan melihat nilai signifikansi 0,05. Dari uji ANOVA atau F_{test} , didapat F_{hitung} sebesar 27,050 dengan tingkat signifikansi 0,000. Nilai F_{hitung} lebih besar dari F_{tabel} ($27,050 > 2,87$) dan karena probabilitas 0,000 jauh lebih kecil dari 0,05, hal ini menunjukkan bahwa secara simultan atau bersama-sama terdapat pengaruh yang cukup signifikan dari variabel kesehatan dan pendidikan terhadap kemiskinan,

sehingga hipotesis kedua yang menyatakan bahwa faktor kesehatan, pendidikan dan kesejahteraan berpengaruh secara simultan terhadap kemiskinan pada Program Keluarga Harapan (PKH) di Kecamatan Patrang Kabupaten Jember, diterima.

c. Uji R² (Koefisien Determinasi)

Koefisien determinasi adalah data untuk mengetahui seberapa besar prosentase pengaruh langsung variabel bebas yang semakin dekat hubungannya dengan variabel terikat atau dapat dikatakan bahwa penggunaan model tersebut bisa dibenarkan. Dari koefisien determinasi (R^2) dapat diperoleh suatu nilai untuk mengukur besarnya sumbangan dari beberapa variabel X terhadap variasi naik turunnya variabel Y (Prayitno, 2010:66). Hasil persamaan menunjukkan bagaimana nilai dari ke tiga variabel independen tersebut mempengaruhi besarnya kemiskinan.

Tabel 4.9 Hasil Analisis Koefisien Determinasi Berganda

R	R square (R^2)	Adjusted R square
0,832	0,693	0,667

Sumber: Data Primer diolah. Lampiran 9. 2021.

Hasil analisis menunjukkan bahwa R square (R^2) adalah sebesar 0,693 atau sebesar 69,3% kemiskinan dipengaruhi oleh faktor kesehatan, pendidikan dan kesejahteraan, sedangkan sisanya yaitu 30,7% dipengaruhi oleh variabel lain selain program PKH pada sektor kesehatan, pendidikan dan kesejahteraan.

4.3 Interpretasi

Program Keluarga Harapan merupakan salah satu upaya yang dilaksanakan

pemerintah untuk mengentaskan permasalahan kemiskinan di Indonesia. PKH bukan merupakan lanjutan program Subsidi Langsung Tunai yang sudah berlangsung selama ini dalam rangka mempertahankan daya beli pada saat pemerintah membantu RTM melakukan penyesuaian harga BBM. PKH lebih dimaksudkan sebagai upaya membangun sistem perlindungan sosial kepada masyarakat miskin dalam rangka meningkatkan kesejahteraan sosial penduduk miskin sekaligus sebagai upaya memutus rantai kemiskinan yang terjadi selama ini. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengaruh program keluarga harapan (PKH) dalam kemiskinan di Kecamatan Patrang Kabupaten Jember. Berikut ini pemaparan dari hasil analisis yang sudah dilakukan.

a. Pengaruh Faktor Kesehatan, Pendidikan Dan Kesejahteraan Secara Parsial Terhadap Kemiskinan Pada Program Keluarga Harapan (PKH) di Kecamatan Patrang Kabupaten Jember

Berdasarkan analisis regresi linier berganda dengan uji hipotesis t diperoleh bahwa variabel kesehatan yang merupakan salah satu program keluarga harapan berpengaruh signifikan terhadap kemiskinan di Kecamatan Patrang Kabupaten Jember. Semakin meningkat program terkait kesehatan, maka akan membantu kemiskinan. Responden yang merupakan peserta penerima PKH telah mendapatkan pemeriksaan kesehatan di fasilitas kesehatan, anak usia 0-6 tahun mendapatkan fasilitas imunisasi, ibu hamil mendapatkan fasilitas pemeriksaan minimal sebanyak 4 kali, ibu melahirkan mendapatkan bantuan tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan dan ibu nifas mendapatkan pemeriksaan pasca persalinan minimal 3 kali.

Hasil analisis uji t juga menunjukkan bahwa pendidikan berpengaruh

signifikan secara parsial terhadap kemiskinan. Semakin baik program PKH terkait pendidikan, maka semakin optimal kemiskinannya. Responden penerima PKH telah mendapatkan pendidikan bagi yang memiliki anak usia 5-6 tahun, telah didaftarkan/terdaftar pada satuan pendidikan (SD/MI/SDLB/ Paket A atau SMP/MTs/SMLB/Paket A atau SMP/MTs Terbuka) bagi anak usia 7 – 15 tahun, bagi anak usia 15-18 tahun yang belum menyelesaikan pendidikan dasar, maka Peserta PKH diwajibkan mendaftarkan anak tersebut ke satuan pendidikan yang menyelenggarakan program Wajib Belajar 9 tahun atau pendidikan kesetaraan, anak yang buta aksara, diwajibkan untuk mengikuti pendidikan keaksaraan fungsional di Pusat Kegiatan Belajar Masyarakat (PKBM) terdekat, Pekerja Anak (PA) yang telah meninggalkan sekolah dalam waktu yang cukup lama, maka data anak tersebut akan didaftarkan dan disampaikan kepada Dinas Tenaga Kerja dan Dinas Pendidikan di tingkat Kabupaten/Kota untuk mendapatkan Program Pengurangan Pekerja Anak dan anak Jalanan (AJ) yang telah meninggalkan sekolah dalam waktu yang cukup lama, maka data anak tersebut akan didaftarkan dan disampaikan kepada Dinas Sosial dan Dinas Pendidikan di tingkat Kabupaten/Kota untuk mendapatkan Program Kesejahteraan Sosial Anak.

Hasil uji t menunjukkan bahwa kesejahteraan berpengaruh signifikan secara parsial terhadap kemiskinan. Semakin baik program kesejahteraan yang diberikan, maka kemiskinan juga makin dapat ditingkatkan. Hasil penelitian mengindikasikan bahwa responden yang menerima PKH telah mendapat pemeriksaan kesehatan oleh tenaga kesehatan, mengikuti kegiatan sosial (*day care*), mendapatkan bantuan uang tunai yang besarnya disesuaikan dengan

ketentuan program bagi disabilitas berat, mendapatkan layanan dan fasilitas kesehatan dan pendidikan bagi seluruh anggota keluarga bagi disabilitas berat, terdaftar dan mendapatkan program-program komplementaritas dan sinergitas kemiskinan lainnya bagi disabilitas berat, bagi lansia diatas 70 tahun dan penyandang disabilitas berat mendapatkan pemenuhan kebutuhan dasar dan pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan.

Kesimpulannya adalah hipotesis pertama yang menyatakan bahwa faktor Kesehatan, Pendidikan dan Kesejahteraan berpengaruh secara parsial terhadap kemiskinan pada Program Keluarga Harapan (PKH) di Kecamatan Patrang Kabupaten Jember, diterima. Semakin baik program PKH yang diberikan, maka akan mampu menanggulangi kemiskinan.

Hasil penelitian ini mendukung penelitian yang dilakukan oleh Muin dkk (2020), yang menemukan bahwa Program Keluarga Harapan di Desa Sidiangkat berjalan sesuai dengan tujuannya untuk mengentaskan kemiskinan dan meningkatkan sumber daya manusia pada kelompok masyarakat yang sangat miskin dengan memberikan pelayanan kesehatan, pelayanan pendidikan, dan pelayanan kesejahteraan sosial kepada masyarakat yang miskin. Penelitian ini juga mendukung penelitian yang dilakukan oleh Gultom dkk (2020), yang menemukan bahwa Program Keluarga Harapan berpengaruh positif terhadap kemiskinan akan tetapi tidak signifikan secara statistik. Penelitian Fajriati dkk (2020) juga menemukan bahwa PKH berpengaruh signifikan dan positif terhadap kesejahteraan masyarakat. Penelitian ini tidak mendukung penelitian yang dilakukan oleh Wulandari dkk (2019) yang menemukan bahwa Efektivitas

Program Keluarga Harapan dalam Upaya Pengentasan Kemiskinan di Kecamatan Padalarang Kabupaten Bandung Barat belum efektif dikarenakan waktu pemberian dana PKH yang tidak konsisten terhadap waktu yang telah ditentukan, dana yang diterima peserta PKH tidak sesuai dengan jumlah dana akomodasi yang harus dikeluarkan oleh pendamping tidak sesuai dengan dana akomodasi yang harus di keluarkan oleh pendamping PKH , tanggung jawab kecamatan dalam menyediakan infrastruktur untuk menunjang pelaksanaan PKH masih kurang, kurang tegasnya sanksi yang diberikan kepada peserta PKH yang tidak melaksanakan kewajibannya, kecemburuan sosial yang terjadi RTSM peserta PKH dengan RTSM yang bukan merupakan peserta PKH, serta kurang tegasnya sanksi yang diberikan pendamping kepada peserta PKH yang tidak melaksanakan kewajibannya.

b. Pengaruh Faktor Kesehatan Pendidikan Kesejahteraan Secara Simultan Terhadap Kemiskinan Pada Program Keluarga Harapan (PKH) di Kecamatan Patrang Kabupaten Jember

Berdasarkan hasil analisis regresi dengan uji f dapat diketahui bahwa program PKH yang terdiri dari kesehatan, pendidikan dan kesejahteraan berpengaruh secara simultan terhadap penanganan kemiskinan. Semakin baik PKH yang diberikan, maka kemiskinan semakin baik. Hipotesis kedua yang menyatakan bahwa Faktor Kesehatan, Pendidikan dan Kesejahteraan berpengaruh secara simultan terhadap kemiskinan pada Program Keluarga Harapan (PKH) di Kecamatan Patrang Kabupaten Jember, diterima.

Hasil penelitian mengindikasikan bahwa responden penerima PKH telah

mendapatkan layanan dan fasilitas kesehatan, fasilitas pendidikan dan bantuan PKH tersebut dapat meningkatkan status sosial ekonomi. Program Keluarga Harapan adalah program perlindungan sosial yang memberikan bantuan tunai kepada Keluarga Sangat Miskin (KSM), dan bagi anggota Keluarga Sangat Miskin (KSM) diwajibkan melaksanakan persyaratan dan ketentuan yang telah ditetapkan. Program ini, dalam jangka pendek bertujuan mengurangi beban Keluarga Sangat Miskin (KSM) dan dalam jangka panjang diharapkan dapat memutus mata rantai kemiskinan antar generasi, sehingga generasi berikutnya dapat keluar dari perangkap kemiskinan. Pelaksanaan Program Keluarga Harapan juga mendukung upaya pencapaian Tujuan Pembangunan Millenium. Adapun lima komponen tujuan MDG's yang akan terbantu oleh Program Keluarga Harapan yaitu: Pengurangan penduduk miskin dan kelaparan, Pendidikan Dasar, Kesetaraan Gender, Pengurangan angka kematian bayi dan balita, serta Pengurangan kematian ibu melahirkan.

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

5.1 Simpulan

Secara umum, penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengaruh Program Keluarga Harapan (PKH) dalam kemiskinan di Kecamatan Patrang Kabupaten Jember. Sampel penelitian adalah sebanyak 40 responden. Pengujian hipotesis menggunakan alat uji Regresi Linier Berganda.

Setelah dilakukan analisis data, dapat diambil beberapa kesimpulan yaitu:

1. Hasil analisis regresi berganda dengan menggunakan uji t menyatakan bahwa faktor kesehatan, pendidikan dan kesejahteraan berpengaruh secara parsial terhadap kemiskinan pada Program Keluarga Harapan (PKH) di Kecamatan Patrang Kabupaten Jember. Dengan demikian hipotesis pertama terbukti kebenarannya, atau diterima.
2. Hasil analisis regresi berganda dengan menggunakan uji F menyatakan bahwa faktor kesehatan pendidikan kesejahteraan berpengaruh secara simultan terhadap kemiskinan pada Program Keluarga Harapan (PKH) di Kecamatan Patrang Kabupaten Jember. Dengan demikian hipotesis ke dua terbukti kebenarannya, atau diterima.

5.2 Implikasi

Implikasi penelitian ini berdasarkan hasil analisis adalah sebagai berikut:

1. Koordinasi diantara lembaga pemerintah yang terkait dengan program keluarga harapan (PKH) harus lebih ditingkatkan lagi. Koordinasi antara program keluarga harapan dengan lembaga-lembaga pemerintah yaitu lembaga-lembaga pendidikan dan lembaga-lembaga kesehatan harus lebih ditingkatkan lagi. Hal ini perlu dilakukan karena koordinasi dengan lembaga-lembaga pemerintah tersebut mempunyai peranan yang penting di dalam pelaksanaan program keluarga harapan itu sendiri.
2. Peranan Pemerintah Daerah selalu menjadi persoalan penting yang akan selalu memberi motivasi kepada KSM sehingga dalam jangka panjang akan membawa dampak baik bagi generasi selanjutnya.
3. Perlunya evaluasi dan monitoring secara berkala terhadap pelaksanaan Program Keluarga Harapan baik dari tingkat Nasional maupun di tingkat daerah agar program dapat berjalan lebih baik lagi dan tujuan program dapat terwujud dan masyarakat miskin dapat lebih sejahtera.

5.3 Saran

Berdasarkan hasil analisis dan kesimpulan penelitian ini, maka dapat diajukan beberapa saran, antara lain:

1. Pemerintah dapat terus melanjutkan program keluarga harapan (PKH) dan mengoptimalkan evaluasi dan pengawasan pelaksanaan program serta menggiatkan keterpaduan program pengentasan kemiskinan lain yang menjadi bantuan komplementer PKH (Program Keluarga Harapan).

2. Setiap tahunnya PKH harus memperbaharui data penerima bantuan PKH, agar masyarakat yang sudah mampu dapat di berhentikan menjadi penerima bantuan PKH, sehingga masyarakat miskin lainnya yang belum menjadi peserta PKH dapat dijadikan peserta dan bisa menerima bantuan.
3. Karena adanya keterbatasan dan kekurangan pada penelitian ini, maka diharapkan bagi para peneliti selanjutnya untuk dapat menambah dan memperluas variabel – variabel penelitian serta dapat melakukan penelitian pada program pengentasan kemiskinan lainnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Amirullah. 2013. Metodologi Penelitian Manajemen : Disertai Contoh Judul. Penelitian dan Proposal. Bayumedia Publishing Anggota IKAPI: Malang
- Aprilia Sarawati 2018, *Analisis Pengaruh Program Keluarga Harapan (PKH) Terhadap Pengentasan Kemiskinan Dalam Perspektif Ekonomi Islam.*
- Felinda Wulandari, Yamardi, Titin Rohayatin 2019. *Efektivitas Program Keluarga Harapan Dalam Upaya Pengentasan Kemiskinan di Kecamatan Padalarang Kabupaten Bandung Barat.*
- Ghozali, Imam. 2017. Aplikasi Analisis Multivariate Dengan Program SPSS. Universitas Diponegoro, Semarang.
- Helvine Gultom, Paulus Kindangen dan George M.V. Kawung. 2020. Analisis Pengaruh Program Bantuan Pangan Non Tunai (BPNT) Dan Program Keluarga Harapan (PKH) Terhadap Kemiskinan Di Kabupaten Minahasa Tenggara. *Jurnal Pembangunan Ekonomi dan Keuangan Daerah.* Vol.21 No. 1 (39-53)
- Hikmah Wati 2016, *Peran Dinas Sosial Dalam Penyaluran Bantuan Sosial Sebagai Upaya Penanggulangan Kemiskinan Perkotaan Di Provinsi Lampung.*
- Irfan Rosyidi Khoirudin 2017. *Strategi Dinas Sosial daerah Istimewa Yogyakarta dalam Mengatasi Kemiskinan.*
- Keputusan Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat selaku ketua Tim Koordinasi Penanggulangan Kemiskinan, No: 31/KEP/MENKO/KESRA/IX/2007 tentang “Tim Pengendalian Program Keluarga Harapan”
- Lincoln Arsyad. 1993. Ekonomi manajerial ekonomi mikro terapan untuk manajemen bisnis edisi 1. Universitas Gadjah Mada.
- Mohd Iqbal Abdul Muin, Siti Abidah Lubis 2020. *Peran Dinas Sosial Dalam Pemberdayaan Masyarakat Melalui Program Keluarga Harapan (PKH) Untuk Penanggulangan Kemiskinan di Desa Sidiangkat Kecamatan Sidikalang Kabupaten Dairi.*
- Mubyarto. 2017. Pengantar Ekonomi Pertanian. Jakarta: LP3ES.

- Muslim Sabarina 2015. *Peran Dinas Sosial Dalam Penanggulangan Kemiskinan di Kota Sukabumi*.
- Nurul Irtiah Fajriati, Nurida Isnaeni, Ridhwan. 2020. Analisis Pengaruh Program Keluarga Harapan Dalam Peningkatan Kesejahteraan Masyarakat Miskin. *Journal of Islamic Economic and Finance*
- Pandji, 2001. *Manajemen Bisnis*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Kementrian Sosial Republik Indonesia. 2020. *Pedoman Pelaksanaan Program Keluarga Harapan*.
- Prayitno. 2010. *Layanan Bimbingan Kelompok Dan Konseling Kelompok*. Padang: Universitas Negeri Padang
- Ramlan Surbakti. 1995. *Memahami Ilmu Politik*, Jakarta: Gramedia Widya Sarana
- RPJMN 2015-2019.
- Sajogyo. 2017. *Garis Kemiskinan dan Kebutuhan Minimum Pangan*. LPSBIPB, Bogor
- Siregar. 2013. *Metode Penelitian Kuantitatif*. Jakarta: PT Fajar. Interpratama Mandiri.
- Slamet Agus Purwanto, Sumartono, M. Makmur 2013, *Implementasi Kebijakan Program Keluarga Harapan (PKH) Dalam Memutus Rantai Kemiskinan (Kajian di Kecamatan Mojosari Kabupaten Mojokerto)*
- Sri Masita Luluhang 2010, *Implementasi Program Keluarga Harapan (PKH) Dalam Rangka Penanggulangan Kemiskinan di Desa Kendahe Kecamatan Kendahe Kabupaten Sangihe*.
- Sugiyono. 2008. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung : ALFABETA
- Yogi Citra Pratama 2014, *Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kemiskinan di Indonesia*.
- Yuni Sarifah Fitri, Maria Ulfah, Bambang Genjik. 2020. Pengaruh Program Keluarga Harapan (PKH) Terhadap Pengentasan Kemiskinan Di Kecamatan Sepauk Kabupaten Sintang. *Jurnal Pendidikan Dan Pembelajaran*

Khatulistiwa. Vol.9. No.9

LAMPIRAN 1. KUESIONER



Kuesioner Penelitian Analisis Pengaruh Program Keluarga Harapan (PKH) Dalam Penanggulangan Kemiskinan Di Kecamatan Patrang Kabupaten Jember

Yth:

Responden Penelitian

Di Tempat

Saat ini saya sedang menyusun skripsi yang berjudul "ANALISIS PENGARUH PROGRAM KELUARGA HARAPAN (PKH) DALAM PENANGGULANGAN KEMISKINAN DI KECAMATAN PATRANG KABUPATEN JEMBER" maka saya mohon kesediaannya saudara untuk meluangkan sedikit waktu mengisi angket ini dengan lengkap dan sejujurnya. Angket ini semata mata untuk kepentingan ilmiah, oleh karenanya kesungguhan saudara dalam mengisi setiap poin pertanyaan akan sangat menentukan keberhasilan penelitian ini, saya akan merahasiakan identitas dan informasi yang saudara berikan. Atas bantuan dan informasinya saya ucapkan terima kasih.

Hormat Saya,

Nadatul Humairo

Identitas Responden

1. Jenis kelamin :
2. Umur :
3. Tingkat pendidikan :
4. Pekerjaan :
5. Penghasilan tiap bulan:.....

Petunjuk Pengisian

Pertanyaan ini mohon diisi dengan sejujur-jujurnya dan sesuai dengan keadaan dan kenyataan yang ada. Berikan tanda *Chek List* (✓) pada salah satu pernyataan sesuai dengan apa yang anda alami dan rasakan selama ini. Terdapat 5 (lima) pilihan jawaban pernyataan, yaitu :

- SS : Sangat Setuju
- S : Setuju
- N : Netral
- TS : Tidak Setuju
- STS : Sangat Tidak Setuju

a. Kesehatan (X1)

NO	PERNYATAAN	Pilih Jawaban				
		SS	S	N	TS	STS
1	Anak usia 0-6 tahun mendapatkan fasilitas imunisasi					
2	Ibu hamil mendapatkan fasilitas pemeriksaan minimal sebanyak 4 kali					
3	Ibu melahirkan mendapatkan bantuan tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan					
4	Ibu nifas mendapatkan pemeriksaan pasca persalinan minimal 3 kali					
5	Keluarga mendapatkan pemeriksaan kesehatan di fasilitas kesehatan					

b. Pendidikan (X2)

NO	PERNYATAAN	Pilih Jawaban				
		SS	S	N	TS	STS
1	Anak yang berusia 5-6 tahun dikenakan persyaratan pendidikan					
2	Anak berusia 7-15 tahun, didaftarkan/terdaftar pada satuan pendidikan (SD/MI/SDLB/ Paket A atau SMP/MTs/SMLB/Paket A atau SMP/MTs Terbuka)					
3	Anak usia 15-18 tahun yang belum menyelesaikan pendidikan dasar, maka diwajibkan mendaftarkan program Wajib Belajar 9 tahun					
4	Anak yang buta aksara, diwajibkan untuk mengikuti pendidikan keaksaraan fungsional di Pusat Kegiatan Belajar Masyarakat (PKBM) terdekat					
5	Pekerja Anak (PA) yang telah meninggalkan sekolah dalam waktu yang cukup lama, maka data anak tersebut akan didaftarkan dan disampaikan kepada Dinas Tenaga Kerja dan Dinas Pendidikan di tingkat Kabupaten/Kota					
6	Anak Jalanan (AJ) yang telah meninggalkan sekolah dalam waktu yang cukup lama, maka akan didaftarkan dan disampaikan kepada Dinas Sosial dan Dinas Pendidikan untuk mendapatkan Program Kesejahteraan Sosial Anak					

c. Kesejahteraan (X3)

NO	PERNYATAAN	Pilih Jawaban				
		SS	S	N	TS	STS
1	Saya mendapat pemeriksaan kesehatan oleh tenaga kesehatan					
2	Saya mengikuti kegiatan sosial (<i>day care</i>)					
3	Saya mendapatkan bantuan uang tunai yang besarnya disesuaikan.					
4	Saya mendapatkan layanan dan fasilitas kesehatan dan pendidikan bagi seluruh anggota keluarga					
5	Saya terdaftar dan mendapatkan program-program komplementaritas dan sinergitas penanggulangan kemiskinan					
6	Bagi lansia diatas 70 tahun dan penyandang disabilitas berat mendapatkan pemenuhan kebutuhan dasar dan pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan					

d. Penanggulangan kemiskinan (Y)

NO	PERNYATAAN	Pilih Jawaban				
		SS	S	N	TS	STS
1	Saya mendapatkan layanan dan fasilitas kesehatan					
2	Saya mendapatkan layanan dan fasilitas pendidikan					
3	Bantuan PKH dapat meningkatkan status sosial ekonomi					

Lampiran 2. Rekapitulasi Karakteristik Responden

Jenis Kelamin

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	17	42.5	42.5
	Perempuan	23	57.5	100.0
	Total	40	100.0	100.0

Usia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	> 50 Tahun	12	30.0	30.0
	30 - 39 Tahun	11	27.5	57.5
	40 - 49 Tahun	17	42.5	100.0
	Total	40	100.0	100.0

Pendidikan Terakhir

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	14	35.0	35.0
	SMA	5	12.5	47.5
	SMP	8	20.0	67.5
	Tidak Sekolah	13	32.5	100.0
	Total	40	100.0	100.0

Pekerjaan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Buruh	13	32.5	32.5
	Karyawan	5	12.5	45.0
	Lain-lain	4	10.0	55.0
	Pedagang	12	30.0	85.0
	Tidak bekerja	6	15.0	100.0
	Total	40	100.0	100.0

Pendapatan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 500.000	8	20.0	20.0
	> 2.000.000	4	10.0	30.0
	1.000.000 - 1.500.000	8	20.0	50.0
	1.500.000 - 2.000.000	10	25.0	75.0
	500.000 - 1.000.000	10	25.0	100.0
	Total	40	100.0	100.0

Lampiran 3. Rekapitulasi Jawaban Responden

a. Penanggulangan Kemiskinan

Y1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
3	3	7.5	7.5	7.5
Valid 4	21	52.5	52.5	60.0
5	16	40.0	40.0	100.0
Total	40	100.0	100.0	

Y2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
2	1	2.5	2.5	2.5
Valid 3	3	7.5	7.5	10.0
4	19	47.5	47.5	57.5
5	17	42.5	42.5	100.0
Total	40	100.0	100.0	

Y3

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
3	1	2.5	2.5	2.5
Valid 4	23	57.5	57.5	60.0
5	16	40.0	40.0	100.0
Total	40	100.0	100.0	

b. Kesehatan

X11

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 3	1	2.5	2.5	2.5
4	22	55.0	55.0	57.5
5	17	42.5	42.5	100.0
Total	40	100.0	100.0	

X12

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 3	4	10.0	10.0	10.0
4	16	40.0	40.0	50.0
5	20	50.0	50.0	100.0
Total	40	100.0	100.0	

X13

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 3	6	15.0	15.0	15.0
4	23	57.5	57.5	72.5
5	11	27.5	27.5	100.0
Total	40	100.0	100.0	

X14

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 3	3	7.5	7.5	7.5
4	19	47.5	47.5	55.0
5	18	45.0	45.0	100.0
Total	40	100.0	100.0	

X15

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 2	1	2.5	2.5	2.5
3	8	20.0	20.0	22.5
4	18	45.0	45.0	67.5
5	13	32.5	32.5	100.0
Total	40	100.0	100.0	

c. Pendidikan

X21

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 3	9	22.5	22.5	22.5
Valid 4	21	52.5	52.5	75.0
Valid 5	10	25.0	25.0	100.0
Total	40	100.0	100.0	

X22

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 3	1	2.5	2.5	2.5
Valid 4	18	45.0	45.0	47.5
Valid 5	21	52.5	52.5	100.0
Total	40	100.0	100.0	

X23

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 2	3	7.5	7.5	7.5
Valid 3	4	10.0	10.0	17.5
Valid 4	21	52.5	52.5	70.0
Valid 5	12	30.0	30.0	100.0
Total	40	100.0	100.0	

X24

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 4	24	60.0	60.0	60.0
Valid 5	16	40.0	40.0	100.0
Total	40	100.0	100.0	

X25

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 3	1	2.5	2.5	2.5
Valid 4	16	40.0	40.0	42.5
Valid 5	23	57.5	57.5	100.0
Total	40	100.0	100.0	

X26

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 3	1	2.5	2.5	2.5
Valid 4	26	65.0	65.0	67.5
Valid 5	13	32.5	32.5	100.0
Total	40	100.0	100.0	

d. Kesejahteraan

X31

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 3	2	5.0	5.0	5.0
Valid 4	23	57.5	57.5	62.5
Valid 5	15	37.5	37.5	100.0
Total	40	100.0	100.0	

X32

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 3	1	2.5	2.5	2.5
Valid 4	20	50.0	50.0	52.5
Valid 5	19	47.5	47.5	100.0
Total	40	100.0	100.0	

X33

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 2	1	2.5	2.5	2.5
Valid 3	11	27.5	27.5	30.0
Valid 4	20	50.0	50.0	80.0
Valid 5	8	20.0	20.0	100.0
Total	40	100.0	100.0	

X34

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 2	3	7.5	7.5	7.5
Valid 3	11	27.5	27.5	35.0
Valid 4	21	52.5	52.5	87.5
Valid 5	5	12.5	12.5	100.0
Total	40	100.0	100.0	

X35

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 3	2	5.0	5.0	5.0
Valid 4	24	60.0	60.0	65.0
Valid 5	14	35.0	35.0	100.0
Total	40	100.0	100.0	

X36

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 2	3	7.5	7.5	7.5
Valid 3	8	20.0	20.0	27.5
Valid 4	24	60.0	60.0	87.5
Valid 5	5	12.5	12.5	100.0
Total	40	100.0	100.0	

Lampiran 4. Hasil Uji Validitas

a. Penanggulangan Kemiskinan

		Correlations			
		Y1	Y2	Y3	Y
Y1	Pearson Correlation	1	.467**	.395*	.768**
	Sig. (2-tailed)		.002	.012	.000
	N	40	40	40	40
Y2	Pearson Correlation	.467	1	.558	.864
	Sig. (2-tailed)	.002		.000	.000
	N	40	40	40	40
Y3	Pearson Correlation	.395*	.558	1	.781
	Sig. (2-tailed)	.012	.000		.000
	N	40	40	40	40
Y	Pearson Correlation	.768	.864	.781	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	
	N	40	40	40	40

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

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

b. Kesehatan

		Correlations					
		X11	X12	X13	X14	X15	X1
X11	Pearson Correlation	1	.322*	.290	.300	.401	.604
	Sig. (2-tailed)		.043	.069	.060	.010	.000
	N	40	40	40	40	40	40
X12	Pearson Correlation	.322	1	.353	.365	.613	.743
	Sig. (2-tailed)	.043		.025	.021	.000	.000
	N	40	40	40	40	40	40
X13	Pearson Correlation	.290	.353	1	.575	.329	.690
	Sig. (2-tailed)	.069	.025		.000	.038	.000
	N	40	40	40	40	40	40
X14	Pearson Correlation	.300	.365	.575	1	.557	.767
	Sig. (2-tailed)	.060	.021	.000		.000	.000
	N	40	40	40	40	40	40
X15	Pearson Correlation	.401	.613*	.329	.557	1	.824
	Sig. (2-tailed)	.010	.000	.038	.000		.000
	N	40	40	40	40	40	40
X1	Pearson Correlation	.604	.743	.690	.767	.824	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	
	N	40	40	40	40	40	40

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

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

c. Pendidikan

		Correlations						
		X21	X22	X23	X24	X25	X26	X2
X21	Pearson Correlation	1	.431**	.476**	.415**	.562**	.619**	.782**
	Sig. (2-tailed)		.006	.002	.008	.000	.000	.000
	N	40	40	40	40	40	40	40
X22	Pearson Correlation	.431**	1	.328*	.559**	.502**	.627**	.723**
	Sig. (2-tailed)	.006		.039	.000	.001	.000	.000
	N	40	40	40	40	40	40	40
X23	Pearson Correlation	.476**	.328*	1	.379*	.543**	.317*	.723**
	Sig. (2-tailed)	.002	.039		.016	.000	.046	.000
	N	40	40	40	40	40	40	40
X24	Pearson Correlation	.415**	.559**	.379*	1	.580**	.620**	.739**
	Sig. (2-tailed)	.008	.000	.016		.000	.000	.000
	N	40	40	40	40	40	40	40
X25	Pearson Correlation	.562**	.502**	.543**	.580**	1	.575**	.815**
	Sig. (2-tailed)	.000	.001	.000	.000		.000	.000
	N	40	40	40	40	40	40	40
X26	Pearson Correlation	.619**	.627**	.317*	.620**	.575**	1	.787**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.046	.000	.000		.000
	N	40	40	40	40	40	40	40
X2	Pearson Correlation	.782**	.723**	.723**	.739**	.815**	.787**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	
	N	40	40	40	40	40	40	40

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

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

d. Kesejahteraan

		Correlations						
		X31	X32	X33	X34	X35	X36	X3
X31	Pearson Correlation	1	.742**	.055	.120	.061	.033	.522**
	Sig. (2-tailed)		.000	.737	.461	.710	.841	.001
	N	40	40	40	40	40	40	40
X32	Pearson Correlation	.742**	1	-.038	.138	-.150	.147	.483**
	Sig. (2-tailed)	.000		.817	.395	.355	.366	.002
	N	40	40	40	40	40	40	40
X33	Pearson Correlation	.055	-.038	1	.316*	.280	.328*	.661**
	Sig. (2-tailed)	.737	.817		.047	.081	.039	.000
	N	40	40	40	40	40	40	40
X34	Pearson Correlation	.120	.138	.316*	1	.067	.037	.574**
	Sig. (2-tailed)	.461	.395	.047		.683	.820	.000
	N	40	40	40	40	40	40	40
X35	Pearson Correlation	.061	-.150	.280	.067	1	.142	.404**
	Sig. (2-tailed)	.710	.355	.081	.683		.384	.010
	N	40	40	40	40	40	40	40
X36	Pearson Correlation	.033	.147	.328*	.037	.142	1	.570**
	Sig. (2-tailed)	.841	.366	.039	.820	.384		.000
	N	40	40	40	40	40	40	40
X3	Pearson Correlation	.522**	.483**	.661**	.574**	.404**	.570**	1
	Sig. (2-tailed)	.001	.002	.000	.000	.010	.000	
	N	40	40	40	40	40	40	40

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

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

Lampiran 5. Hasil Uji Reliabilitas

a. Penanggulangan kemiskinan

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.828	4

b. Kesehatan

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.787	6

c. Pendidikan

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.787	7

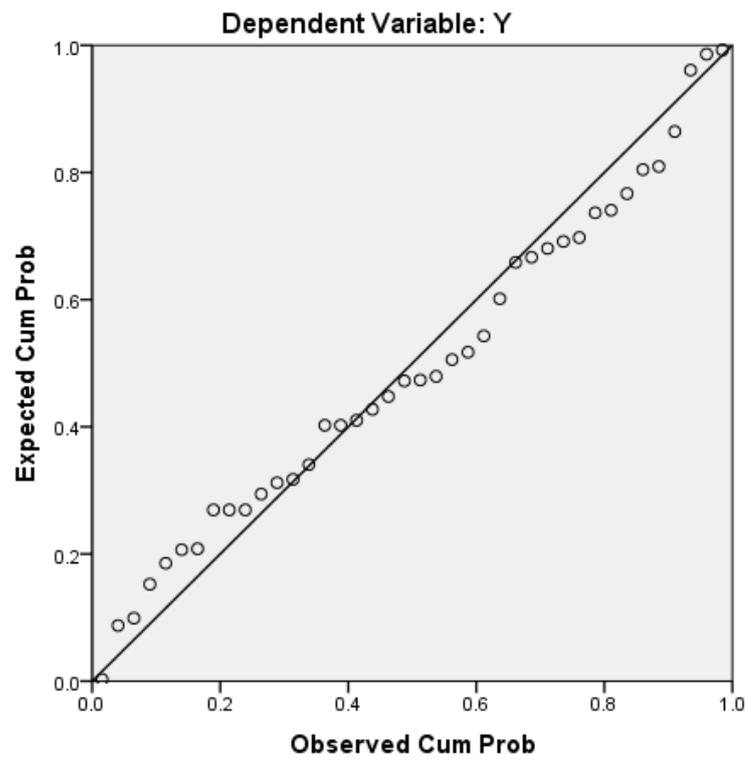
d. Kesejahteraan

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.707	7

Lampiran 6. Hasil Uji Normalitas

Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual



Lampiran 7. Hasil Uji Multikolinieritas

Model		Coefficients ^a						
		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	1.074	1.697		-.633	.531		
	X1	.200	.091	.318	2.194	.035	.407	2.457
	X2	.229	.085	.419	2.688	.011	.351	2.848
	X3	.158	.071	.237	2.217	.033	.746	1.340

a. Dependent Variable: Y

Lampiran 8. Hasil Uji Heterkedastisitas

Correlations

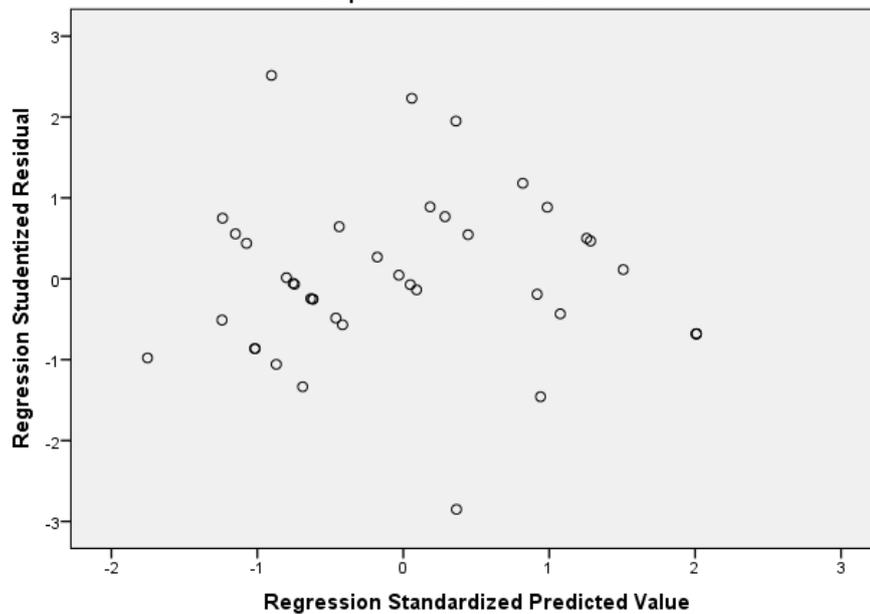
			X1	X2	X3	Unstandardized Residual
Spearman's rho	X1	Correlation Coefficient	1.000	.759**	.339*	.053
		Sig. (2-tailed)	.	.000	.032	.744
		N	40	40	40	40
	X2	Correlation Coefficient	.759**	1.000	.393*	.028
		Sig. (2-tailed)	.000	.	.012	.862
		N	40	40	40	40
	X3	Correlation Coefficient	.339*	.393*	1.000	.205
		Sig. (2-tailed)	.032	.012	.	.205
		N	40	40	40	40
	Unstandardized Residual	Correlation Coefficient	.053	.028	.205	1.000
		Sig. (2-tailed)	.744	.862	.205	.
		N	40	40	40	40

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

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

Scatterplot

Dependent Variable: Y



Lampiran 9. Hasil Analisis Regresi Linier Berganda

Variables Entered/Removed^a

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	X3, X1, X2 ^b	.	Enter

- a. Dependent Variable: Y
 b. All requested variables entered.

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.832 ^a	.693	.667	.876

- a. Predictors: (Constant), X3, X1, X2
 b. Dependent Variable: Y

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	62.343	3	20.781	27.050	.000 ^b
	Residual	27.657	36	.768		
	Total	90.000	39			

- a. Dependent Variable: Y
 b. Predictors: (Constant), X3, X1, X2

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	1.074	1.697		-.633	.531		
	X1	.200	.091	.318	2.194	.035	.407	2.457
	X2	.229	.085	.419	2.688	.011	.351	2.848
	X3	.158	.071	.237	2.217	.033	.746	1.340

- a. Dependent Variable: Y

Lampiran 10. Jawaban Respoden

NO	Kemiskinan			Kesehatan					Pendidikan						Kesejahteraan					
	Y 1	Y 2	Y 3	X1 1	X1 2	X1 3	X1 4	X1 5	X2 1	X2 2	X2 3	X2 4	X2 5	X2 6	X3 1	X3 2	X3 3	X3 4	X3 5	X3 6
1	4	3	5	5	3	4	3	3	3	4	4	4	5	4	4	4	5	3	4	4
2	4	4	4	4	4	3	4	4	5	4	4	4	5	4	3	4	4	5	4	4
3	5	4	4	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	3	4	5	4	3	4
5	5	4	4	4	5	4	4	3	3	5	5	5	5	4	4	5	3	3	5	5
6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
7	4	4	4	4	3	5	5	3	4	5	4	4	5	4	3	3	3	3	5	4
8	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
9	4	3	4	4	3	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	5	3
10	5	5	5	5	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	5
11	4	4	3	5	4	5	5	3	4	5	3	5	5	5	5	5	3	4	5	3
12	5	5	5	5	5	4	4	4	4	5	4	4	5	4	4	5	4	4	3	4
13	5	5	5	5	5	4	5	5	4	5	4	5	5	5	5	4	5	4	5	3
14	4	5	5	5	4	4	5	4	4	5	2	5	5	5	5	5	4	4	5	2
15	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4
16	4	4	4	4	5	4	4	3	3	5	4	4	4	4	4	4	3	3	5	4
17	4	5	5	5	4	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4
18	5	5	5	5	4	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	5	5
19	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	2
20	4	4	5	4	5	4	5	5	4	5	4	4	5	4	4	4	5	2	5	4
21	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5	4	5	5	2	2	4	3
22	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	4	2	4	4
23	4	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4	5	4	4	4	3
24	4	5	4	4	4	4	5	4	4	5	4	4	4	4	4	4	5	3	5	5
25	3	4	4	4	4	4	4	3	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	5	4
26	4	2	4	4	4	4	3	4	3	4	2	4	3	4	4	4	4	3	4	3
27	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	4	4	4	3
28	5	4	4	4	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	4	4	4	3
29	4	3	4	4	4	4	5	4	3	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	2
30	3	4	4	4	5	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4
31	3	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4
32	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
33	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4
34	4	4	4	3	3	4	4	2	3	4	3	4	4	4	4	4	5	5	5	4
35	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4
36	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4
37	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
38	4	5	5	5	5	4	4	5	4	4	4	4	5	4	4	5	5	5	5	4
39	4	4	4	4	4	3	3	3	3	4	4	4	4	4	5	3	4	4	4	4
40	5	5	4	4	5	5	5	5	4	3	5	4	5	4	5	5	4	5	3	4

Lampiran 11. r_{tabel}

DISTRIBUSI NILAI r_{tabel} SIGNIFIKANSI 5% dan 1%

N	The Level of Significance		N	The Level of Significance	
	5%	1%		5%	1%
3	0.997	0.999	38	0.320	0.413
4	0.950	0.990	39	0.316	0.408
5	0.878	0.959	40	0.312	0.403
6	0.811	0.917	41	0.308	0.398
7	0.754	0.874	42	0.304	0.393
8	0.707	0.834	43	0.301	0.389
9	0.666	0.798	44	0.297	0.384
10	0.632	0.765	45	0.294	0.380
11	0.602	0.735	46	0.291	0.376
12	0.576	0.708	47	0.288	0.372
13	0.553	0.684	48	0.284	0.368
14	0.532	0.661	49	0.281	0.364
15	0.514	0.641	50	0.279	0.361
16	0.497	0.623	55	0.266	0.345
17	0.482	0.606	60	0.254	0.330
18	0.468	0.590	65	0.244	0.317
19	0.456	0.575	70	0.235	0.306
20	0.444	0.561	75	0.227	0.296
21	0.433	0.549	80	0.220	0.286
22	0.432	0.537	85	0.213	0.278
23	0.413	0.526	90	0.207	0.267
24	0.404	0.515	95	0.202	0.263
25	0.396	0.505	100	0.195	0.256
26	0.388	0.496	125	0.176	0.230
27	0.381	0.487	150	0.159	0.210
28	0.374	0.478	175	0.148	0.194
29	0.367	0.470	200	0.138	0.181
30	0.361	0.463	300	0.113	0.148
31	0.355	0.456	400	0.098	0.128
32	0.349	0.449	500	0.088	0.115
33	0.344	0.442	600	0.080	0.105
34	0.339	0.436	700	0.074	0.097
35	0.334	0.430	800	0.070	0.091
36	0.329	0.424	900	0.065	0.086
37	0.325	0.418	1000	0.062	0.081

Keterangan:

N = 40, signifikansi = 5%, nilai r = 0,312

Lampiran 12. t-tabel

Titik Persentase Distribusi t (df = 1 – 40)

Pr	0.25	0.10	0.05	0.025	0.01	0.005	0.001
df	0.50	0.20	0.10	0.050	0.02	0.010	0.002
1	1.00000	3.07768	6.31375	12.70620	31.82052	63.65674	318.30884
2	0.61650	1.88562	2.91999	4.30265	6.96456	9.92464	22.32712
3	0.76489	1.63774	2.35336	3.18245	4.54070	5.84091	10.21453
4	0.74070	1.53321	2.13185	2.77645	3.74695	4.60409	7.17316
5	0.72669	1.47580	2.01505	2.57056	3.36493	4.03214	5.89343
6	0.71756	1.43976	1.94316	2.44691	3.14267	3.70743	5.20763
7	0.71114	1.41492	1.89456	2.36462	2.99795	3.49946	4.76529
8	0.70639	1.39662	1.85955	2.30600	2.89646	3.35539	4.50079
9	0.70272	1.38303	1.83311	2.26216	2.82144	3.24964	4.29661
10	0.69981	1.37216	1.81246	2.22814	2.76377	3.16927	4.14370
11	0.69745	1.36343	1.79586	2.20099	2.71806	3.10581	4.02470
12	0.69548	1.35622	1.78229	2.17861	2.68100	3.05454	3.92963
13	0.69383	1.35017	1.77093	2.16037	2.65031	3.01226	3.85196
14	0.69242	1.34503	1.76131	2.14479	2.62449	2.97664	3.78739
15	0.69120	1.34061	1.75305	2.13145	2.60246	2.94671	3.73263
16	0.69013	1.33676	1.74586	2.11991	2.58349	2.92076	3.68615
17	0.68920	1.33336	1.73961	2.10962	2.56693	2.89823	3.64577
18	0.68836	1.33039	1.73406	2.10092	2.55236	2.87944	3.61046
19	0.68762	1.32773	1.72913	2.09302	2.53946	2.86393	3.57940
20	0.68695	1.32534	1.72472	2.08596	2.52796	2.85134	3.55161
21	0.68635	1.32319	1.72074	2.07961	2.51765	2.84136	3.52715
22	0.68581	1.32124	1.71714	2.07367	2.50832	2.83176	3.50499
23	0.68531	1.31946	1.71397	2.06806	2.49967	2.82334	3.48496
24	0.68485	1.31784	1.71099	2.06369	2.49216	2.79694	3.46676
25	0.68443	1.31635	1.70814	2.05954	2.48511	2.78744	3.45019
26	0.68404	1.31497	1.70562	2.05563	2.47863	2.77871	3.43500
27	0.68366	1.31370	1.70329	2.05193	2.47266	2.77066	3.42103
28	0.68335	1.31253	1.70113	2.04841	2.46714	2.76326	3.40816
29	0.68304	1.31143	1.69913	2.04523	2.46202	2.75639	3.39624
30	0.68276	1.31042	1.69726	2.04227	2.45726	2.75000	3.38516
31	0.68249	1.30946	1.69552	2.03951	2.45282	2.74404	3.37490
32	0.68223	1.30857	1.69389	2.03693	2.44866	2.73846	3.36531
33	0.68200	1.30774	1.69236	2.03452	2.44479	2.73326	3.35634
34	0.68177	1.30695	1.69092	2.03224	2.44115	2.72839	3.34793
35	0.68156	1.30621	1.68957	2.03011	2.43772	2.72381	3.34005
36	0.68137	1.30551	1.68830	2.02809	2.43449	2.71946	3.33262
37	0.68118	1.30485	1.68709	2.02619	2.43145	2.71541	3.32563
38	0.68100	1.30423	1.68595	2.02439	2.42857	2.71166	3.31903
39	0.68083	1.30364	1.68486	2.02269	2.42584	2.70791	3.31279
40	0.68067	1.30306	1.68385	2.02106	2.42326	2.70446	3.30686

Keterangan:

Df = 39, signifikansi = 5%, nilai t tabel = 2,002

Lampiran 13. ftabel

Titik Persentase Distribusi F untuk Probabilita = 0,05

df untuk penyebut (N2)	df untuk pembilang (N1)														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	161	199	216	225	230	234	237	239	241	242	243	244	245	245	246
2	18.51	18.00	18.16	18.25	18.30	18.33	18.35	18.37	18.38	18.40	18.40	18.41	18.42	18.42	18.43
3	10.13	9.55	9.26	9.12	9.01	8.94	8.89	8.85	8.81	8.79	8.76	8.74	8.73	8.71	8.70
4	7.71	6.94	6.59	6.39	6.26	6.16	6.09	6.04	6.00	5.96	5.94	5.91	5.89	5.87	5.86
5	6.61	5.79	5.41	5.19	5.05	4.95	4.88	4.82	4.77	4.74	4.70	4.68	4.66	4.64	4.62
6	5.99	5.14	4.76	4.53	4.39	4.28	4.21	4.15	4.10	4.06	4.03	4.00	3.98	3.96	3.94
7	5.59	4.74	4.35	4.12	3.97	3.87	3.79	3.73	3.68	3.64	3.60	3.57	3.55	3.53	3.51
8	5.32	4.46	4.07	3.84	3.69	3.58	3.50	3.44	3.39	3.35	3.31	3.28	3.26	3.24	3.22
9	5.12	4.26	3.86	3.63	3.48	3.37	3.29	3.23	3.18	3.14	3.10	3.07	3.05	3.03	3.01
10	4.96	4.10	3.71	3.48	3.33	3.22	3.14	3.07	3.02	2.98	2.94	2.91	2.89	2.86	2.85
11	4.84	3.98	3.59	3.36	3.20	3.09	3.01	2.95	2.90	2.85	2.82	2.79	2.76	2.74	2.72
12	4.75	3.89	3.49	3.26	3.11	3.00	2.91	2.85	2.80	2.75	2.72	2.69	2.66	2.64	2.62
13	4.67	3.81	3.41	3.18	3.03	2.92	2.83	2.77	2.71	2.67	2.63	2.60	2.58	2.55	2.53
14	4.60	3.74	3.34	3.11	2.96	2.85	2.76	2.70	2.65	2.60	2.57	2.53	2.51	2.48	2.46
15	4.54	3.68	3.29	3.06	2.90	2.79	2.71	2.64	2.59	2.54	2.51	2.48	2.45	2.42	2.40
16	4.49	3.63	3.24	3.01	2.85	2.74	2.66	2.59	2.54	2.49	2.46	2.42	2.40	2.37	2.35
17	4.45	3.59	3.20	2.96	2.81	2.70	2.61	2.55	2.49	2.45	2.41	2.38	2.35	2.33	2.31
18	4.41	3.55	3.16	2.93	2.77	2.66	2.58	2.51	2.46	2.41	2.37	2.34	2.31	2.29	2.27
19	4.38	3.52	3.13	2.90	2.74	2.63	2.54	2.48	2.42	2.38	2.34	2.31	2.28	2.26	2.23
20	4.35	3.49	3.10	2.87	2.71	2.60	2.51	2.45	2.39	2.35	2.31	2.28	2.25	2.22	2.20
21	4.32	3.47	3.07	2.84	2.68	2.57	2.49	2.42	2.37	2.32	2.28	2.25	2.22	2.20	2.18
22	4.30	3.44	3.05	2.82	2.66	2.55	2.46	2.40	2.34	2.30	2.26	2.23	2.20	2.17	2.15
23	4.28	3.42	3.03	2.80	2.64	2.53	2.44	2.37	2.32	2.27	2.24	2.20	2.18	2.15	2.13
24	4.26	3.40	3.01	2.78	2.62	2.51	2.42	2.36	2.30	2.25	2.22	2.18	2.15	2.13	2.11
25	4.24	3.39	2.99	2.76	2.60	2.49	2.40	2.34	2.28	2.24	2.20	2.16	2.14	2.11	2.09
26	4.23	3.37	2.98	2.74	2.59	2.47	2.39	2.32	2.27	2.22	2.18	2.15	2.12	2.09	2.07
27	4.21	3.35	2.96	2.73	2.57	2.46	2.37	2.31	2.25	2.20	2.17	2.13	2.10	2.08	2.06
28	4.20	3.34	2.95	2.71	2.56	2.45	2.36	2.29	2.24	2.19	2.15	2.12	2.09	2.06	2.04
29	4.18	3.33	2.93	2.70	2.55	2.43	2.35	2.28	2.22	2.18	2.14	2.10	2.08	2.05	2.03
30	4.17	3.32	2.92	2.69	2.53	2.42	2.33	2.27	2.21	2.16	2.13	2.09	2.06	2.04	2.01
31	4.16	3.30	2.91	2.68	2.52	2.41	2.32	2.25	2.20	2.15	2.11	2.08	2.05	2.03	2.00
32	4.15	3.29	2.90	2.67	2.51	2.40	2.31	2.24	2.19	2.14	2.10	2.07	2.04	2.01	1.99
33	4.14	3.28	2.89	2.66	2.50	2.39	2.30	2.23	2.18	2.13	2.09	2.06	2.03	2.00	1.98
34	4.13	3.26	2.88	2.65	2.49	2.38	2.29	2.23	2.17	2.12	2.08	2.05	2.02	1.99	1.97
35	4.12	3.27	2.87	2.64	2.49	2.37	2.29	2.22	2.16	2.11	2.07	2.04	2.01	1.99	1.96
36	4.11	3.26	2.87	2.63	2.48	2.36	2.28	2.21	2.15	2.11	2.07	2.03	2.00	1.98	1.95
37	4.11	3.25	2.86	2.63	2.47	2.36	2.27	2.20	2.14	2.10	2.06	2.02	2.00	1.97	1.95
38	4.10	3.24	2.85	2.62	2.46	2.35	2.26	2.19	2.14	2.09	2.05	2.02	1.99	1.96	1.94
39	4.09	3.24	2.85	2.61	2.46	2.34	2.26	2.19	2.13	2.08	2.04	2.01	1.98	1.95	1.93
40	4.08	3.23	2.84	2.61	2.45	2.34	2.25	2.18	2.12	2.08	2.04	2.00	1.97	1.95	1.92
41	4.08	3.23	2.83	2.60	2.44	2.33	2.24	2.17	2.12	2.07	2.03	2.00	1.97	1.94	1.92
42	4.07	3.22	2.83	2.59	2.44	2.32	2.24	2.17	2.11	2.06	2.03	1.99	1.96	1.94	1.91
43	4.07	3.21	2.82	2.59	2.43	2.32	2.23	2.16	2.11	2.06	2.02	1.99	1.96	1.93	1.91
44	4.06	3.21	2.82	2.58	2.43	2.31	2.23	2.16	2.10	2.05	2.01	1.98	1.95	1.92	1.90
45	4.06	3.20	2.81	2.58	2.42	2.31	2.22	2.15	2.10	2.05	2.01	1.97	1.94	1.92	1.89

Keterangan:

Df N2 = 36, N1 = 3, Signifikansi = 5%, f tabel = 2,87