

LAMPIRAN

Lampiran 1

Populasi dan Sampel Penelitian

NO	KABUPATEN/KOTA	POPULASI	KELENGKAPAN DATA	SAMPEL
1	Kab. Nias	√	√	Sampel 1
2	Kab. Mandailing Natal	√	√	Sampel 2
3	Kab. Tapanuli Selatan	√	X	
4	Kab. Tapanuli Tengah	√	√	Sampel 3
5	Kab. Tapanuli Utara	√	√	Sampel 4
6	Kab. Toba Samosir	√	√	Sampel 5
7	Kab. Labuhan Batu	√	√	Sampel 6
8	Kab. Asahan	√	√	Sampel 7
9	Kab. Simalungun	√	√	Sampel 8
10	Kab. Dairi	√	√	Sampel 9
11	Kab. Tanah Karo	√	√	Sampel 10
12	Kab. Deli Serdang	√	√	Sampel 11
13	Kab. Langkat	√	√	Sampel 12
14	Kab. Nias Selatan	√	√	Sampel 13
15	Kab. Humbang Hasundutan	√	√	Sampel 14
16	Kab. Pakpak Bharat	√	√	Sampel 15
17	Kab. Samosir	√	√	Sampel 16
18	Kab. Serdang Bedagai	√	√	Sampel 17
19	Kab. Batu Bara	√	X	
20	Kab. Padang Lawas Utara	√	X	
21	Kab. Padang Lawas	√	X	
22	Kab. Labuhan Batu Selatan	√	X	
23	Kab. Labuhan Batu Utara	√	X	
24	Kab. Nias Utara	√	X	
25	Kab. Nias Barat	√	X	
26	Kota Sibolga	√	√	Sampel 18
27	Kota Tanjung Balai	√	√	Sampel 19
28	Kota Pematang Siantar	√	√	Sampel 20
29	Kota Tebing Tinggi	√	√	Sampel 21
30	Kota Medan	√	√	Sampel 22
31	Kota Binjai	√	√	Sampel 23
32	Kota Padang Sidempuan	√	√	Sampel 24
33	Kota Gunung Sitoli	√	X	

Lampiran 2

Tabulasi Data

KABUPATEN/KOTA	TAHUN	DAK PENDIDIKAN	DAK KESEHATAN	KEMISKINAN
Kab. Nias	2008	26795000000	14113000000	110600
	2009	32960000000	13393000000	98940
	2010	28148000000	4173000000	26400
Kab. Mandailing Natal	2008	15221000000	10881000000	60710
	2009	21951000000	6779000000	55240
	2010	31941000000	7141000000	50900
Kab. Tapanuli Tengah	2008	16266000000	9643000000	60400
	2009	25330000000	6723000000	57010
	2010	29855000000	6160000000	52200
Kab. Tapanuli Utara	2008	21449000000	11292000000	37520
	2009	33676000000	7102000000	35090
	2010	26956000000	5533000000	34900
Kab. Toba Samosir	2008	17767000000	11067000000	19780
	2009	21600000000	6338000000	17340
	2010	24358000000	3283000000	17600
Kab. Labuhan Batu	2008	10712000000	2113000000	109710
	2009	18379000000	10991000000	102090
	2010	23341000000	3828000000	44300
Kab. Asahan	2008	31161000000	13430000000	88020
	2009	41398000000	9045000000	83660
	2010	23271000000	5724000000	76300
Kab. Simalungun	2008	36296000000	9307000000	124650
	2009	46077000000	9824000000	107500
	2010	37374000000	5691000000	87700
Kab. Dairi	2008	15740000000	9490000000	29820
	2009	21966000000	8231000000	27090
	2010	20139000000	6259000000	26900
Kab. Tanah Karo	2008	17438000000	11852000000	46050
	2009	22057000000	7633000000	41820
	2010	22219000000	3871000000	38700
Kab. Deli Serdang	2008	38295000000	13637000000	88990
	2009	56303000000	9059000000	91440
	2010	49988000000	10326000000	96000
Kab. Langkat	2008	24243000000	12039000000	152980
	2009	28757000000	9697000000	133140

	2010	34315000000	6549000000	104800
Kab. Nias Selatan	2008	15854000000	13145000000	65820
	2009	15854000000	8026000000	59910
	2010	42053000000	5025000000	60100
Kab. Humbang Hasundutan	2008	12960000000	7787000000	19980
	2009	23911000000	5890000000	17650
	2010	12245000000	4288000000	18200
Kab. Pakpak Bharat	2008	12834000000	8141000000	6130
	2009	14024000000	5760000000	5930
	2010	7637000000	5250000000	5600
Kab. Samosir	2008	16679000000	10987000000	24440
	2009	26897000000	7031000000	22850
	2010	20941000000	6132000000	19700
Kab. Serdang Bedagai	2008	17438000000	10375000000	66320
	2009	35447000000	8296000000	60420
	2010	32412000000	6660000000	62800
Kota Sibolga	2008	12694000000	7139000000	16570
	2009	14323000000	7480000000	15000
	2010	8684000000	2950000000	11700
Kota Tanjung Balai	2008	12118000000	4881000000	29790
	2009	12118000000	7480000000	28300
	2010	9440000000	3402000000	25200
Kota Pematang Siantar	2008	12763000000	4426000000	31590
	2009	19728000000	5906000000	29130
	2010	10772000000	6247000000	27500
Kota Tebing Tinggi	2008	11421000000	5362000000	23070
	2009	11421000000	7080000000	20530
	2010	8040000000	2901000000	18900
Kota Medan	2008	12703000000	1907000000	217300
	2009	20993000000	9691000000	200400
	2010	35121000000	16410000000	212300
Kota Binjai	2008	10603000000	5648000000	20330
	2009	10603000000	5425000000	17880
	2010	15459000000	3458000000	18000
Kota Padang Sidempuan	2008	11045000000	4498000000	21700
	2009	14110000000	5853000000	18510
	2010	9333000000	4281000000	20300

Lampiran 3

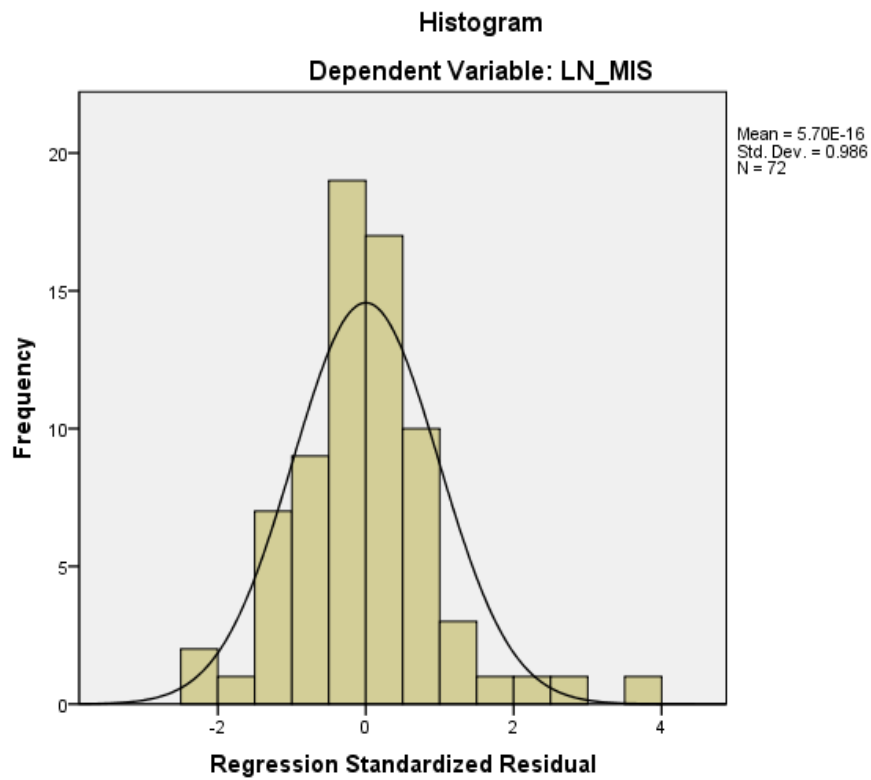
Deskripsi Data

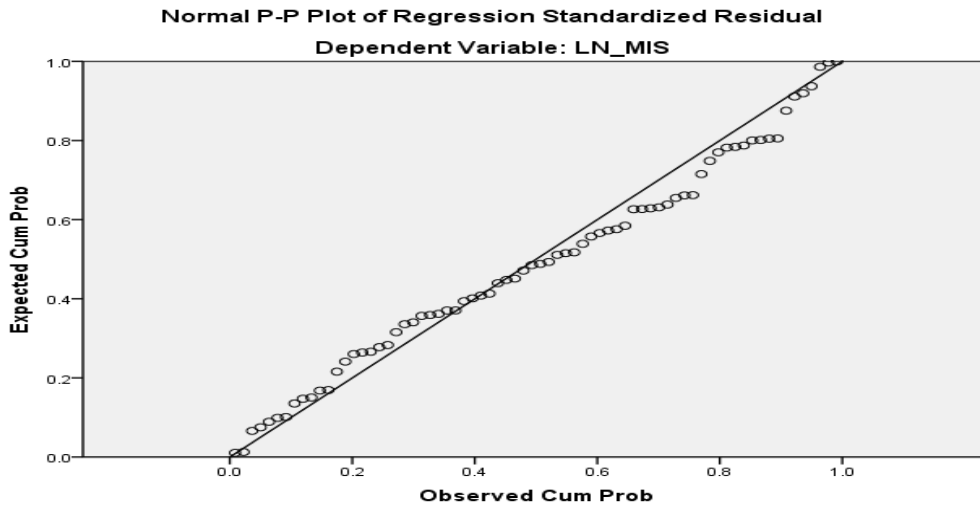
Deskripsi	Tahun	Kabupaten/Kota	Jumlah
DAK Pendidikan Maksimum	2009	Kabupaten Deli Serdang	56.303.000.000
DAK Pendidikan Minimum	2010	Kabupaten Pakpak Bharat	7.637.000.000
DAK Kesehatan Maksimum	2010	Kota Medan	16.410.000.000
DAK Kesehatan Minimum	2008	Kota Medan	1.907.000.000

Lampiran 4

Hasil Uji Pengolahan Data dengan SPSS 19

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
DAK_PEND	72	7637000000	56303000000	22005833333.33	10827622246.880
DAK_KES	72	1907000000	16410000000	7464375000.00	3157538368.339
KEMISKINAN	72	5600	217300	55224.17	47446.494
Valid N (listwise)	72				





One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Unstandardized Residual
N		72
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	.0000000
	Std. Deviation	.66282239
Most Extreme Differences	Absolute	.100
	Positive	.100
	Negative	-.063
Kolmogorov-Smirnov Z		.846
Asymp. Sig. (2-tailed)		.471

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

Sumber: Diolah oleh penulis (2013)

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	T	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1 (Constant)	-16.555	4.631		-3.575	.001		
LN_DIK	.945	.186	.547	5.093	.000	.792	1.263
LN_SEH	.209	.198	.114	1.057	.294	.792	1.263

a. Dependent Variable: lnKEMISKINAN

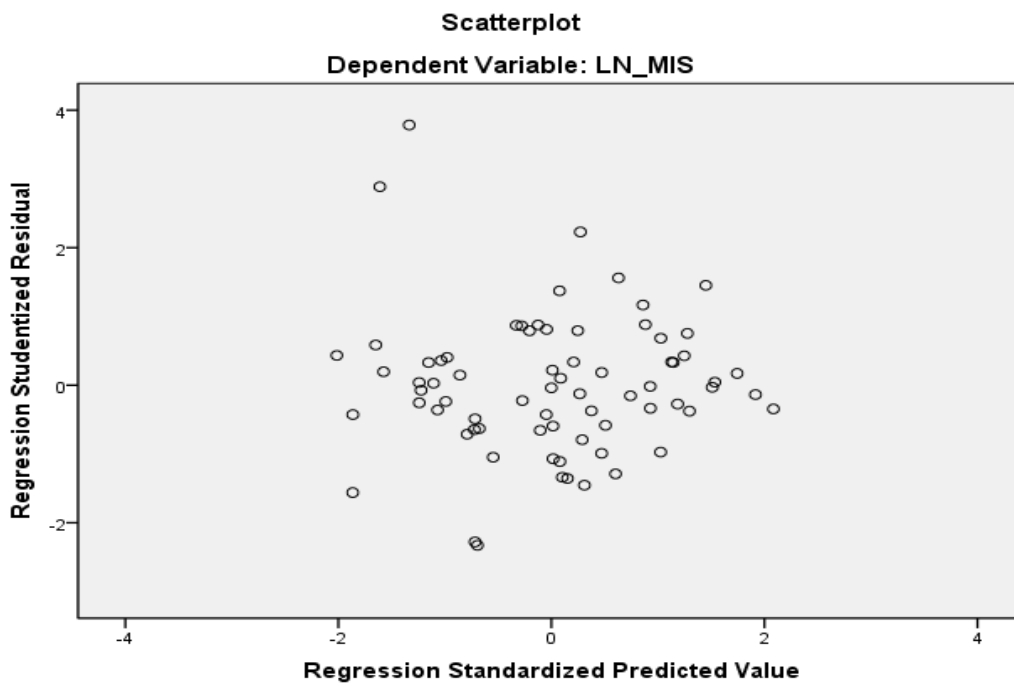
Sumber: Diolah oleh penulis (2013)

Model				
1	Correlations	LN_DIK	-.456	1.000
		LN_SEH	1.000	-.456
	Covariances	LN_DIK	-.017	.034
		LN_SEH	.039	-.017

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.608 ^a	.369	.351	.67236	.980

- a. Predictors: (Constant), lnDIK, lnKES
b. Dependent Variabel: lnKEMISKINAN
Sumber: Diolah oleh penulis (2013)



ANOVA^b

Model		Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	18.256	2	9.128	20.192	.000 ^a
	Residual	31.193	69	.452		
	Total	49.449	71			

a. Predictors: (Constant), lnDIK, lnKES

b. Dependent Variable: lnKEMISKINAN

Sumber: Diolah oleh penulis (2013)

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	T	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	-16.555	4.631		-3.575	.001
	LN_DIK	.945	.186	.547	5.093	.000
	LN_SEH	.209	.198	.114	1.057	.294

a. Dependent Variabel: lnKEMISKINAN

Sumber: Diolah oleh penulis (2013)

**THE INFLUENCE OF SPECIFIC ALOCATION FUND
EDUCATION AND HEALTH SECTOR TO
THE POVERTY IN REGENCY/CITY
NORTH SUMATERA PROVINCE**

**Satria Bintoro Barus (080503139) dan Rasdianto, S.E., M.Si., Ak
satria.barus@yahoo.co.id**

ABSTRACT

The purpose of this research is to find out and to analyze whether Special Alocation Fund which concentrate to education sector and health sector influence to the poverty in North Sumatera province.

The analyze method that is used in this research is quantitative method with multiple linear regression with classical assumption test before finding out the best linear model. The variable used in this research are Special Alocation Fund education sector, Special Alocation Fund health sector and the Poverty as dependent variable. The population is 33 regencies/cities in North Sumatera province, and by using purposive sampling technique, 24 regencies/cities in North Sumatera province the year 2008 up to year 2010 are chosen as sampels.

The result proof that Special Alocation Fund education sector and Special Alocation health sector influence significantly and simultaneously to the overty of regencies/cities in North Sumatera province. Adjusted R^2 expressed that 60,8% influence given by independent variables. The rest 39,2% influence given by other variables is not mentioned in this research model, but the increasing in Special Alocation Fund education sector and Special Alocation Fund health sector still can not reduce the poverty, it's expressed by the positive linearity between Special Alocation Fund education sector and Special Alocation Fund health sector to the poverty. Partially Special Alocation Fund education sector variable has significant influence to the poverty. Special Alocation health sector variable has no significant influence to the poverty.

Keywords: Special Alocation Fund education sector, Special Alocation health sector and Poverty.

BAB 1

PENDAHULUAN

Kemiskinan merupakan salah satu masalah utama yang dialami oleh hampir atau keseluruhan negara di dunia. Indonesia, salah satu dari sekian negara di dunia, juga tidak terlepas dari polemik kemiskinan yang setiap saat melanda. Untuk itu, solusi untuk meminimalisasi tingkat kemiskinan menjadi tantangan bagi seluruh elemen masyarakat. Pembelajaran dari negara maju sebagai salah satu dari solusi pengentasan kemiskinan ialah adanya kesadaran akan pentingnya pendidikan dan kesehatan. Dari sudut pandang politik, ini terlihat bagaimana peran pemerintah dalam menjamin adanya pendidikan yang layak serta pelayanan kesehatan yang memadai untuk seluruh masyarakat.

Pada saat era reformasi bergulir, terjadi perubahan yang sangat mendasar dalam sistem pemerintahan Indonesia, yaitu perubahan sistem pemerintahan yang bersifat sentralisasi menjadi desentralisasi. Sistem desentralisasi tersebut diatur dalam Undang-Undang No. 22 tahun 1999 tentang pemerintahan daerah yang kemudian diperbaharui dengan Undang-Undang No. 32 tahun 2004 dan Undang-Undang No. 25 tahun 1999 dan diperbaharui Undang-Undang No. 33 tahun 2004 tentang perimbangan keuangan antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah. Implementasi Undang-Undang dijabarkan dalam Peraturan Pemerintah Nomor 55 tahun 2005 tentang dana perimbangan. Kedua Undang-Undang tersebut telah memberikan otonomi bagi

pemerintah daerah dan dukungan sistem keuangan pada pelaksanaan otonomi tersebut. Dana perimbangan merupakan dukungan dana dari pemerintah pusat dalam bentuk Dana Alokasi Umum (DAU), Dana Alokasi Khusus (DAK) dan Dana Bagi Hasil (DBH).

Pembangunan pendidikan dan kesehatan harus dipandang sebagai suatu investasi dalam upaya peningkatan kualitas sumber daya manusia, yang antara lain diukur dengan Indeks Pembangunan Manusia (IPM). Dalam pengukuran IPM, kesehatan dan pendidikan adalah salah satu komponen utama selain pendapatan. Kesehatan dan pendidikan juga merupakan suatu investasi untuk mendukung pembangunan ekonomi serta memiliki peranan yang penting dalam upaya penanggulangan kemiskinan.

Pemerintah sebagai pelaksana pembangunan membutuhkan manusia yang berkualitas sebagai modal dasar dari pembangunan. Manusia dalam peranannya merupakan subjek dan objek pembangunan yang berarti manusia selain sebagai pelaku pembangunan juga sebagai sasaran pembangunan. Dalam hal ini dibutuhkan berbagai macam sarana dan prasarana untuk mendorong peran manusia dalam pembangunan. Oleh karena itu, dibutuhkan investasi untuk dapat menciptakan pembentukan sumber daya manusia yang produktif.

Menurut Peraturan Pemerintah No. 55 Tahun 2005, Dana Alokasi Khusus (DAK) adalah “ Dana yang bersumber dari pendapatan APBN

yang dialokasikan kepada daerah tertentu untuk membantu mendanai kegiatan khusus yang merupakan urusan daerah sesuai dengan prioritas nasional”. Tujuan DAK adalah membantu daerah-daerah tertentu untuk mendanai kebutuhan sarana dan prasarana pelayanan masyarakat, dan untuk mendorong percepatan pembangunan daerah dan pencapaian sasaran prioritas nasional. Dua dari 19 bidang yang menjadi target bantuan DAK ialah pendidikan dan kesehatan. Dalam hal ini, penulis membatasi konteks pengeluaran pemerintah di bidang pendidikan dan kesehatan ke dalam DAK bidang pendidikan dan kesehatan.

DAK bidang pendidikan bertujuan untuk mewujudkan pengelolaan pendidikan yang transparan, profesional, dan bertanggung gugat; melibatkan masyarakat secara aktif; mendorong masyarakat untuk ikut mengawasi kegiatan pendidikan secara langsung; dan menggerakkan perekonomian masyarakat bawah. Sedangkan DAK bidang kesehatan dialokasikan untuk usaha peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan. Kegiatannya diarahkan untuk peningkatan, rehabilitasi, perluasan, pengadaan, dan pembangunan berbagai jenis unit pelayanan kesehatan serta pengadaan peralatan kesehatan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan dasar.

DAK ini apabila dikelola dengan baik, dapat memperbaiki mutu pendidikan, meningkatkan pelayanan kesehatan, dan paling tidak mengurangi kerusakan infrastruktur. Hal ini sangat penting untuk menanggulangi kemiskinan

dan membangun perekonomian nasional yang lebih berdaya saing.

Sumatera Utara sebagai salah satu provinsi dengan jumlah penduduk yang besar serta memiliki potensial yang besar memiliki data kemiskinan yang cenderung menurun dalam kurun waktu tahun 2008 sampai dengan tahun 2010. Pada tahun 2008, jumlah penduduk miskin adalah 1.613.800. jiwa (12,55 % dari keseluruhan penduduk di Sumatera Utara). Pada tahun 2009, jumlah penduduk miskin di Sumatera Utara menjadi 1.499.700. jiwa (11,51% dari keseluruhan penduduk di Sumatera Utara). Pada tahun 2010, jumlah penduduk miskin di Sumatera Utara menjadi 1.490.900. jiwa (11,31% dari keseluruhan penduduk di Sumatera Utara). Rangkumannya sebagaimana terlihat dalam tabel berikut ini.

Tabel 1.1
Jumlah dan Persentase Penduduk Miskin
Provinsi Sumatera Utara

Tahun	Jlh Penduduk Miskin (000)	% Penduduk Miskin
2008	1.613,8	12,55%
2009	1.499,7	11,51%
2010	1.490,9	11,31%

Sumber: BPS, diolah oleh penulis (2013)

Sedangkan pengeluaran pemerintah bidang pendidikan dan kesehatan yang dialokasikan ke dalam bentuk DAK bidang pendidikan dan kesehatan seperti terlihat pada tabel berikut ini:

Tabel 1.2
Alokasi Anggaran DAK Bidang
Pendidikan dan Kesehatan
Di Provinsi Sumatera Utara

Tahun	DAK(dalam ribuan)	
	Pendidikan	Kesehatan
2008	452.898	228.656
2009	635.113	216.616
2010	703.993	173.601

Sumber: BPS, diolah oleh penulis
(2013)

Dari data di atas dapat diketahui bahwa DAK bidang pendidikan mengalami kenaikan dari tahun ke tahun, sedangkan, DAK bidang kesehatan mengalami penurunan pada tahun 2010.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

5.1 Tinjauan Umum Dana Alokasi Khusus

Pembahasan mengenai DAK tidak dapat dipisahkan dari sistem desentralisasi, yang bermakna adanya pendelegasian dari pemerintah pusat kepada pemerintah daerah. DAK merupakan salah satu mekanisme transfer keuangan pemerintah pusat ke daerah yang bertujuan untuk membantu mendanai kegiatan khusus yang merupakan urusan daerah dan merupakan prioritas nasional. Sesuai dengan peruntukannya DAK hanya untuk kegiatan fisik. Walaupun kontribusi DAK sangat kecil (hanya sekitar 7%) dari total dana perimbangan, DAK memainkan peranan strategis dalam dinamika pembangunan sarana dan prasarana pelayanan dasar di daerah seperti misalnya pembangunan gedung sekolah, perbaikan sarana dan prasarana pendidikan, serta peningkatan pelayanan kesehatan, karena sesuai dengan prinsip desentralisasi dan akuntabilitas bagi penyediaan pelayanan dasar masyarakat. Di sisi lain, kemampuan keuangan daerah sangat terbatas dan kualitas belanja daerah juga sangat rendah.

Pendelegasian wewenang memiliki konsekuensi pendelegasian fiskal sehubungan dengan pembiayaan tugas-tugas yang akan dijalankan daerah. Hal ini sesuai dengan prinsip desentralisasi fiskal yakni “*money follows function.*” Pendelegasian fiskal ini sendiri memiliki 2 aspek dasar, yakni

keadilan dan efisiensi (Scheineider, 2002) dalam DAK *Whitepaper*, 2011). Aspek keadilan memiliki dua konsep, yaitu persamaan keadaan horizontal dan persamaan kapasitas fiskal. Keadilan horizontal menempatkan keadilan individual ke dalam daerah-daerah (misalnya penghasilan minimum, standar kualitas pelayanan publik, standar kesejahteraan, standar upah, dan lain sebagainya). Sementara konsep kapasitas fiskal berdasarkan keadilan antar daerah, umumnya berupa penentuan standar pajak yang diperlukan untuk membiayai standar pelayanan publik.

Secara umum, terdapat dua jenis transfer pusat ke daerah, yaitu *non-matching transfers* dan *matching transfers*. *Non-matching transfers* diberikan kepada Pemerintah Daerah tanpa adanya dana pendamping dari daerah, dan *matching transfers* dilakukan jika daerah mampu menyediakan dana pendamping. Umumnya, semua jenis *matching transfers* masuk ke dalam *specific transfers*, karena adanya transfer tersebut hanya untuk membiayai jasa dan pelayanan publik tertentu, misalnya Dana Alokasi Khusus (DAK) untuk bidang pendidikan dan kesehatan. *Matching transfers* dapat dirinci lagi dalam *Open ended matching transfers* (apabila dana yang disediakan tidak ada batasan) dan *close ended matching transfers* (apabila dana yang disediakan dibatasi dalam tingkat tertentu). Masing-masing jenis transfer tersebut memiliki dampak yang berbeda-beda dalam penyediaan jasa dan pelayanan publik, dan lebih lanjut kesejahteraan sosial.

5.2 Pengeluaran Pemerintah di Sektor Pendidikan dan Kesehatan

Menurut Agus Salim (2007), pengeluaran pemerintah di sektor pendidikan dan kesehatan, baik secara langsung maupun tidak langsung merupakan suatu kebijakan yang pro poor yang mempunyai dampak negatif terhadap kemiskinan melalui dampaknya terhadap pertumbuhan dan pemerataan. Di samping itu, kebijakan pengeluaran tersebut mempunyai pengaruh positif terhadap pertumbuhan melalui dampaknya terhadap pembentukan modal manusia (*human capital*). Kebijakan inilah yang berdampak ganda (*win-win policies*).

5.3 Kemiskinan

Menurut Wibowo (2003), esensi utama dari pada kemiskinan adalah terletak pada masalah aksesibilitas. Aksesibilitas dalam hal ini bermakna kemampuan seseorang atau sekelompok orang dalam masyarakat untuk dapat mencapai atau untuk mendapatkan sesuatu yang sebenarnya merupakan kebutuhan dasarnya atau merupakan yang seharusnya menjadi haknya sebagai makhluk individu/sosial dan sebagai warga negara yang dijamin dalam Undang-Undang.

Seseorang atau sekelompok orang miskin akan mempunyai aksesibilitas yang rendah dan terbatas terhadap berbagai macam kebutuhan dan layanan dibandingkan mereka yang termasuk golongan menengah ataupun golongan orang berada. Adapun akses-akses yang

tidak bisa atau sulit diperoleh masyarakat miskin ialah:

- Akses untuk mendapatkan makanan yang layak
- Akses untuk mendapatkan sandang yang layak
- Akses untuk mendapatkan rumah yang layak
- Akses untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang baik dan layak
- Akses untuk mendapatkan pelayanan pendidikan, sekurang-kurangnya pendidikan dasar Wajib 9 Tahun
- Akses kepada *leisure* dan *entertainment*
- Akses untuk mendapatkan kualitas hidup yang lebih baik dengan terpenuhinya semua *basic need* dan *supporting need*

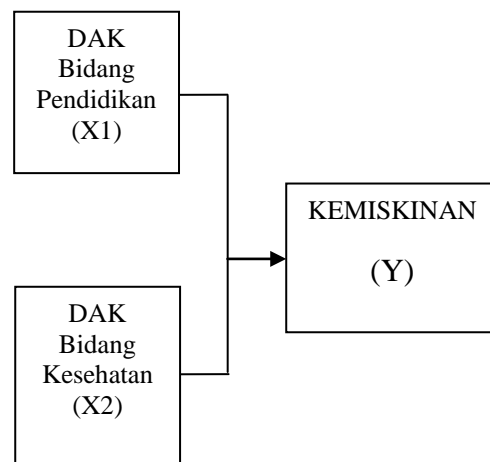
Permasalahan aksesibilitas ini akan menjadi penghambat dalam upaya pemerintah dalam pengentasan kemiskinan. Dalam hal ini, pemerintah selayaknya mengevaluasi serta meningkatkan pelayanan publik terutama kepada masyarakat yang lebih membutuhkan. Dalam teori lingkaran setan, menurut Mahmudi (2007), terdapat tiga poros utama yang menjadi penyebab seseorang menjadi miskin, yaitu: 1) rendahnya tingkat kesehatan, 2) rendahnya pendapatan, dan 3) rendahnya tingkat pendidikan. Rendahnya tingkat kesehatan merupakan salah satu pemicu utama terjadinya kemiskinan. Masyarakat yang kurang memiliki kesehatan yang baik akan kesulitan dalam melakukan pekerjaan guna memperoleh pendapatan. Hal ini akan bermakna tingkat produktivitas akan menurun atau rendah. Dengan demikian masyarakat yang memiliki

pendapatan rendah akan menjadi miskin, dan masyarakat yang miskin akan susah menjangkau kualitas pendidikan yang memadai serta pelayanan kesehatan yang baik. Hal ini sejalan dengan konsep penelitian ini.

Kerangka Konseptual

Desentralisasi fiskal di Indonesia dapat dimaknai sebagai pendelegasian wewenang dari pemerintah pusat terkait transfer yang diberikan guna mencapai hal-hal yang diprioritaskan secara kedaerahan maupun nasional. Dapat juga bermakna bahwa daerah lebih mengetahui apa yang dibutuhkan ketimbang apa yang diketahui oleh pusat. DAK yang merupakan salah satu bentuk transfer dari pemerintah pusat haruslah dikelola dengan baik oleh pemerintah daerah yang menerimanya. Pemerintah daerah harus berfokus terhadap sektor-sektor yang dianggap penting seperti pendidikan dan kesehatan. Pendidikan yang layak dan pelayanan kesehatan yang baik akan menjadi alat dalam pemberantasan kemiskinan, sehingga prioritas nasional akan tercapai. Pengentasan kemiskinan haruslah dianggap penting oleh pemerintah daerah guna mencapai masyarakat yang sejahtera dan berkualitas. Untuk itu, kebijakan pemerintah yang sifatnya prioritas akan sangat mempengaruhi hasil yang diharapkan, sebab, bukan besar-kecilnya alokasi anggaran yang mempengaruhi tetapi

pengelolaan yang efektif dan efisien yang mempengaruhi tercapainya hasil yang baik. DAK bidang pendidikan dan kesehatan diharapkan akan mempengaruhi kemiskinan menuju masyarakat yang sejahtera. Kerangka konseptual penelitian ini digambarkan sebagai berikut:



Gambar 2.1
Kerangka Konseptual

5.4

5.5 Hipotesis Penelitian

Hipotesis dikembangkan dari telaah teoritis sebagai jawaban sementara dari masalah atau pertanyaan penelitian yang memerlukan pengujian secara empiris (Sugiyono, 2007:51) dalam Ritonga (2012). Hipotesis yang dirumuskan dalam penelitian ini adalah: **DAK bidang pendidikan dan kesehatan berpengaruh baik secara simultan maupun parsial terhadap kemiskinan.**

BAB III

METODE PENELITIAN

5.6 Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian yang bersifat asosiatif kausal. Jenis penelitian ini merupakan penelitian yang menganalisis hubungan antara satu variabel dengan variabel lainnya atau satu variabel mempengaruhi variabel lainnya. Dalam penelitian ini akan diuji pengaruh DAK bidang pendidikan dan DAK bidang kesehatan terhadap kemiskinan di Kabupaten/Kota Provinsi Sumatera Utara.

5.7 Populasi dan Sampel

Populasi dalam penelitian ini adalah 33 kabupaten dan kota. Sampel adalah bagian populasi yang digunakan untuk memperkirakan karakteristik populasi (Erlina, 2008:75). Sampel dalam penelitian ini diambil dengan menggunakan metode *purposive sampling*, yaitu pengambilan sampel berdasarkan kriteria tertentu yaitu kelengkapan data yang tersedia. Berdasarkan kriteria tersebut, maka sampel yang diperoleh dalam penelitian ini berjumlah 24 kabupaten dan kota dengan tiga tahun pengamatan yang berarti 72 Sampel.

5.8 Jenis dan Sumber Data

Jenis data dalam penelitian ini adalah data kuantitatif, data yang diukur dalam suatu skala numerik (angka) yaitu data kemiskinan tahun 2008-2010 dan data DAK bidang

pendidikan dan kesehatan tahun 2008-2010, dan merupakan data sekunder yaitu data yang biasanya telah dikumpulkan oleh lembaga pengumpul data dan dipublikasikan kepada masyarakat pengguna data yang diperoleh dari. Sumber data kemiskinan dan data alokasi dana perimbangan diperoleh dari situs BPS provinsi Sumatera Utara, situs Direktorat Jenderal Perimbangan Keuangan (www.djpk.depkeu.go.id) dan situs DAK-Bappenas (www.tkp2e.org).

5.9 Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data dilakukan dengan yang digunakan studi dokumentasi, yaitu dengan mengumpulkan data sekunder berupa data perkembangan alokasi dana perimbangan provinsi Sumatera Utara dan data kemiskinan selama tahun amatan 2008-2010, serta buku, artikel yang menguatkan dan berkaitan dengan penelitian ini. Data diperoleh dari internet dengan cara mengunduh data-data yang diperlukan dengan mengakses dari situs DAK-Bappenas (www.tkp2e.org) dan BPS Sumatera Utara.

5.10 Definisi Operasional dan Pengukuran Variabel

Dana Alokasi Khusus Bidang Pendidikan

DAK bidang pendidikan adalah dana yang dialokasikan kepada daerah tertentu dengan tujuan untuk menunjang program Wajib Belajar (Wajar) Pendidikan Dasar 9

Tahun yang bermutu, yang diprioritaskan pada daerah tertinggal, daerah terpencil, daerah perbatasan, dan daerah pesisir dan pulau-pulau kecil guna mencapai prioritas nasional. Skala yang dipergunakan: rasio.

Dana Alokasi Khusus Bidang Kesehatan

DAK bidang kesehatan dialokasikan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan terutama dalam rangka mempercepat penurunan angka kematian ibu dan angka kematian bayi; meningkatkan pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin serta masyarakat di daerah terpencil, tertinggal, perbatasan, dan kepulauan, melalui peningkatan jangkauan dan kualitas pelayanan kesehatan, khususnya untuk pengadaan, peningkatan dan perbaikan sarana dan prasarana puskesmas, dan jaringannya termasuk poskesdes, dan rumah sakit provinsi/kabupaten/kota untuk pelayanan kesehatan rujukan, serta penyediaan sarana/prasarana penunjang pelayanan kesehatan di kabupaten/kota. Skala yang dipergunakan : rasio.

Kemiskinan

Kemiskinan dalam penelitian ini adalah jumlah penduduk miskin absolut dengan menggunakan kriteria

dari BPS. Jumlah penduduk miskin merupakan total penduduk miskin absolut yang berada di setiap kabupaten/kota dalam satuan orang/jiwa. Penduduk miskin adalah penduduk yang memiliki rata-rata pengeluaran perkapita perbulan dibawah garis kemiskinan. Skala yang dipergunakan: rasio.

Pengujian Hipotesis Penelitian

Pengujian hipotesis penelitian dilakukan dengan analisis regresi berganda (*multiple regression analysis*). Uji ini dilakukan untuk mengetahui seberapa besar pengaruh beberapa variabel independen terhadap satu variabel dependen. Hasil dari analisis regresi berganda berupa koefisien untuk setiap variabel independen. Persamaan regresi linier berganda yang digunakan adalah sebagai berikut:

$$Y = \alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \varepsilon$$

Keterangan:

Y	= kemiskinan
α	= konstanta
β_1, β_2	= koefisien regresi dari variabel independen
X_1	= DAK bidang pendidikan
X_2	= DAK bidang kesehatan
ε	= <i>error</i>

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

5.11 Deskriptif Sampel Penelitian

Data kuantitatif yang dipergunakan pada penelitian ini adalah Laporan Perkembangan Realisasi Dana Alokasi Khusus Bidang Pendidikan dan Kesehatan dan Laporan Jumlah Penduduk Miskin Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota di Provinsi Sumatera Utara tahun 2008 s/d tahun 2010. Dari laporan tahunan tersebut yang menjadi objek penelitian adalah Realisasi Dana Alokasi khusus (DAK) Bidang Pendidikan dan Kesehatan, serta data Jumlah Penduduk Miskin tahun amatan 2008 s/d 2010.

Tabel 4.1
Statistik Deskriptif

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
DAK_PEND	72	763700000	5630300000	220058330333	10827622246880
DAK_KES	72	190700000	1641000000	74643750000	31575383680339
KEMISKINAN	72	5600	217300	5522417	47446494
Valid N (listwise)	72				

Sumber: Diolah oleh penulis (2013)

5.12 Uji Asumsi Klasik

Salah satu syarat yang menjadi dasar penggunaan model regresi berganda dengan metode *Ordinary Least Square* (OLS) adalah dipenuhinya semua asumsi klasik, agar hasil pengujian bersifat tidak bias dan efisien (*Best Linear Unbiased Estimator/BLUE*).

Tabel 4.8
Uji Statistic F

ANOVA^b

Model	Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
1 Regression	18.256	2	9.128	20.192	.000 ^a
Residual	31.193	69	.452		
Total	49.449	71			

a. Predictors: (Constant), lnDIK, lnKES

b. Dependent Variable: lnKEMISKINAN

Sumber: Diolah oleh penulis (2013)

Tabel 4.9
Uji Statistik t
Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error			
1 (Constant)	-16.555	4.631		-3.575	.001

LN_D	.945	.18	.547	5.0	.0
IK		6		93	00
LN_S	.209	.19	.114	1.0	.2
EH		8		57	94

a. Dependent Variabel:
lnKEMISKINAN

Sumber: Diolah oleh penulis (2013)

Pembahasan Hasil Penelitian

Dari hasil pengujian akan dijelaskan pengaruh variabel independen secara satu persatu (parsial) dengan membandingkan antara nilai signifikansi (t hitung) yang terdapat dalam tabel 4.9 dengan t tabel (1,984984), kemudian dari tabel 4.9 diatas dapat diperoleh model persamaan regresi berganda sebagai berikut:

$$\ln Y = -16,555 + 0,945 \ln DIK + 0,209 \ln KES + e$$

Hasil pengujian yang dilakukan secara simultan menunjukkan variabel DAK bidang pendidikan dan DAK bidang kesehatan memiliki pengaruh yang signifikan terhadap kemiskinan. Pengaruh tersebut dapat dilihat jika membandingkan nilai F hitung dengan nilai F tabel. Diketahui bahwa nilai F hitung (20,192) lebih besar dari nilai F tabel (2,699393) jadi dapat disimpulkan bahwa DAK bidang pendidikan dan DAK bidang kesehatan secara bersama-sama berpengaruh terhadap Kemiskinan. Hal ini didukung dari nilai Adjusted R square 0,608 yang mengindikasikan bahwa variabel independen DAK bidang pendidikan dan DAK bidang kesehatan dapat menjelaskan variabel dependen

Kemiskinan sebesar 60,8%. Sedangkan sisanya sebesar 39,2% dijelaskan oleh faktor-faktor lain.

Secara parsial DAK bidang pendidikan berpengaruh secara signifikan terhadap kemiskinan, Hal ini terlihat dari nilai signifikansi (0,00) di bawah atau lebih kecil dari 0,05. Perbandingan nilai t-hitung dengan t-tabel juga menunjukkan bahwa Dana Alokasi Umum berpengaruh terhadap kemiskinan dimana nilai t-hitung lebih besar dari nilai t-tabel (5,903 > 1,984984), tetapi peningkatan dalam penerimaan DAK bidang pendidikan belum mampu mengurangi kemiskinan. Hal ini terlihat pada koefisien lnDIK sebesar 0,945 menunjukkan bahwa variabel DAK bidang pendidikan (lnDIK) memiliki hubungan positif dengan kemiskinan.

DAK bidang kesehatan secara parsial tidak berpengaruh secara signifikan terhadap kemiskinan, Hal ini terlihat dari nilai signifikansi (0,294) di atas atau lebih besar dari 0,05. Perbandingan nilai t-hitung dengan t-tabel juga menunjukkan bahwa DAK bidang kesehatan tidak berpengaruh terhadap kemiskinan dimana nilai t-hitung lebih besar dari nilai t-tabel (1,057 < 1,984984), begitu juga peningkatan dalam penerimaan DAK bidang kesehatan belum mampu mengurangi kemiskinan. Hal ini terlihat pada koefisien lnKES sebesar 0,209 menunjukkan bahwa variabel DAK bidang kesehatan (lnKES) memiliki hubungan positif dengan kemiskinan.

5.13 KESIMPULAN

Penelitian ini menguji apakah Dana Alokasi Khusus (DAK) Bidang Pendidikan dan Kesehatan berpengaruh secara simultan dan parsial terhadap Kemiskinan di kabupaten/kota provinsi Sumatera Utara. Sampel dalam penelitian ini berjumlah 24 kabupaten/kota dengan tiga tahun amatan 2008-2010. Berdasarkan hasil penelitian pada bab sebelumnya, kesimpulan yang dapat diambil dari penelitian ini adalah sebagai berikut :

5. Permasalahan utama dalam melihat pengaruh DAK Bidang Pendidikan dan Kesehatan dalam mempengaruhi Kemiskinan di provinsi Sumatera Utara ialah bukan dilihat dari besar-kecilnya anggaran yang dialokasikan tetapi efisiensi dan efektivitas dari pengelolaan anggaran tersebut.
6. Secara parsial variabel DAK bidang pendidikan berpengaruh signifikan terhadap kemiskinan di kabupaten/kota di provinsi Sumatera Utara. Secara parsial DAK bidang kesehatan tidak berpengaruh signifikan terhadap kemiskinan di kabupaten/kota provinsi Sumatera Utara.
7. Secara simultan DAK bidang pendidikan dan kesehatan berpengaruh signifikan terhadap kemiskinan di kabupaten/kota di provinsi Sumatera Utara.
8. Peningkatan DAK bidang pendidikan dan kesehatan belum mampu untuk mengurangi kemiskinan di provinsi Sumatera Utara. Hal ini terbukti dengan adanya hubungan positif antara kemiskinan dengan peningkatan dalam penerimaan DAK bidang pendidikan dan kesehatan.

5.14 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan yang memerlukan perbaikan dan pengembangan dalam penelitian-penelitian berikutnya. Keterbatasan-keterbatasan dalam penelitian ini adalah :

4. Sampel dalam penelitian ini dibatasi pada kabupaten/kota tertentu yang memiliki ketersediaan data, yaitu 24 kabupaten/kota di provinsi Sumatera Utara. Hal ini menyebabkan hasil penelitian hanya berlaku untuk kabupaten/kota yang menjadi sampel penelitian, sehingga belum dapat di generalisasi untuk seluruh kabupaten/kota di Indonesia,
5. Penelitian hanya mengambil dua variabel independen saja sehingga hasil penelitian ini belum dapat menjelaskan semua variabel yang mempengaruhi kemiskinan di provinsi Sumatera Utara.
6. Periode penelitian yang digunakan hanya tiga tahun yaitu tahun 2008 sampai tahun 2010 yang disebabkan

oleh keterbatasan akses perolehan data.

5.15 Saran

Berdasarkan hasil penelitian ini, peneliti mencoba memberikan saran baik bagi pemerintah daerah, masyarakat serta peneliti selanjutnya.

4. Bagi Pemerintah Daerah

Efektivitas dan efisiensi pengelolaan anggaran DAK bidang pendidikan dan kesehatan dengan pengupayaan program tepat sasaran serta kontrol yang ketat akan memberikan hasil yang baik bagi masyarakat sehingga prioritas dapat dicapai.

5. Bagi Masyarakat

Masyarakat sebagai penerima hasil dapat melihat dan menilai kinerja pemerintah daerah dalam mengelola DAK bidang pendidikan dan kesehatan. Hal ini dapat dilihat, misalnya dalam hal pelaksanaan pembangunan sarana maupun prasarana publik yang tepat sasaran, atau peningkatan standar pelayanan publik. Selain itu dukungan masyarakat serta partisipasi terhadap upaya kinerja pemerintah akan memaksimalkan hasil yang akan dicapai.

6. Bagi peneliti selanjutnya

Peneliti selanjutnya disarankan agar mengambil sampel kabupaten dan kota di luar provinsi Sumatera Utara atau data-data terbaru mengenai

hal-hal terkait penelitian di provinsi Sumatera Utara, semisalnya data tahun 2011 ke atas. Ini dimaksudkan agar dapat hasil penelitian ke depan dapat bersifat lebih *up date* sehingga sesuai dengan kondisi terkini atau juga berlaku untuk kabupaten/kota di luar provinsi Sumatera Utara, dan disarankan juga agar menambah variabel independen dalam penelitian tentang kemiskinan ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Alawi, Nadhif. 2006. *Pengaruh Anggaran Belanja Pembangunan Daerah Terhadap Kemiskinan*. [tesis]. Jakarta: Fakultas Ekonomi, Universitas Indonesia.
- Bahl, R. and Linn, J. (1992). *Urban Public Finance in Developing Countries*. New York: Oxford University Press.
- Bahl, R. and Linn, J. (1994) "Fiscal Decentralization and intergovernmental transfers in less developed countries" *Publius: The Journal of Federalism* vol 24 winter.
- Bird, R.M. and Villaincourt, F. (1998). *Fiscal Decentralization in Developing Countries*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Brata, Aloysius Gunadi. 2005. *Investasi Sektor Publik Lokal, Pembangunan Manusia, dan Kemiskinan*. Lembaga Penelitian - Universitas Atma Jaya Yogyakarta, Februari.
- Brodjonegoro, Bambang (2006), Desentralisasi sebagai Kebijakan Fundamental untuk Mendorong Pertumbuhan Ekonomi Nasional dan Mengurangi Kesenjangan Antar Daerah di Indonesia, Pidato Pengukuhan Guru Besar Tetap UI.
- Davey, KJ. 1983, *Financing Regional Government*, Jhon Weley I Sons, Chicester, UK.
- Dilinger, William (1994). *Decentralization and Its Implications For Urban Service Delivery*. Urban Management Programme.
- Erlina. 2008. *Metode Penelitian Bisnis untuk Akuntansi dan Manajemen*, Cetakan Pertama. Medan: USU Press.
- Ghozali, Imam H. 2006. *Aplikasi Multivariate dengan program SPSS*, Cetakan Keempat. Semarang: Badan Penerbit Universitas Diponegoro.
- Ginting., Charisma Kuriata, 2008, *Analisis Pembangunan Manusia Di Indonesia*, Medan: Sekolah Pascasarjana Universitas Sumatera Utara. Tesis.
- Johanna. 2011. "Analisis Pengeluaran Pemerintah di Sektor Pendidikan dan Kesehatan Terhadap Pengentasan Kemiskinan Melalui Peningkatan Pembangunan Manusia di Provinsi Jawa Tengah", Semarang: Universitas Diponegoro. *Jurnal Dinamika Ekonomi Pembangunan*. Volume 1 Nomor 1.
- Jurusan Akuntansi, Fakultas Ekonomi Universitas Sumatera Utara. 2012. *Buku Pedoman Penulisan Skripsi dan Ujian Komprehensif*.

- Medan: Universitas Sumatera Utara.
- Oates, Wallece E. (1972), *Fiscal Federalism*. New York: Harcourt Brace Jovanovich.
- Oates, W.E. (1999). 'An Essay on Fiscal federalism', *Journal of economic literature*, 37(3): 1120-49.
- Mahmudi. 2007. *Manajemen Kinerja Sektor Publik*. UPP STIM YKPN. Yogyakarta.
- Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 55 tentang *Dana Perimbangan*
- Ritonga, Sanusi. 2012. *Pengaruh Dana Perimbangan Terhadap Kemiskinan di Kabupaten/Kota Provinsi Sumatera Utara*, Medan: Universitas Sumatera Utara. Skripsi.
- Salim, Agus. 2007. 'Peran Anggaran Pemerintah Terhadap Pengurangan Angka Kemiskinan di Indonesia', *Ekonomi dan Bisnis*. Volume 10 Nomor 1.
- Schneider, M. (2002), Local fiscal equalization based on fiscal capacity: the case of Austria. *Fiscal Studies*, 23: 105-133. doi: 10.1111/j. 1475-5890. 2002.tb00056.x.
- Shah, Anwar (1997), *Balance, Accountability and Responsiveness, Lesson About Decentralization*, World Bank, Washington D.C.
- Simanjuntak, Robert. 2003. "Enam Belas Bulan Perjalanan Desentralisasi Fiskal di Indonesia dalam 80 Tahun Mohammad Sadli", *Ekonomi Indonesia di Era Politik Baru*, Jakarta, Kompas.
- Sugiyono, (2007). *Metode Penelitian Bisnis*. Bandung. Alfabeta.
- Todaro, Michael P., 2006. *Pembangunan Ekonomi: Di Dunia Ketiga* Edisi 9, Jakarta: Penerbit Erlangga. Alih bahasa oleh Drs. Haris Munandar.
- Undang-Undang No. 22 tahun 1999 tentang *Pemerintahan Daerah*
- Undang-Undang Nomor 34 Tahun 2004 tentang *Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah*.
- Usmaliadanti, Christina. 2011. *Analisis Pengaruh Tingkat kemiskinan, Pengeluaran Pemerintah Sektor Pendidikan Dan Kesehatan Terhadap Indeks Pembangunan Manusia Di Provinsi Jawa Tengah*, Semarang: Universitas Diponegoro. Skripsi.
- Whitepaper*. 2011. Analisis Perspektif, Permasalahan dan Dampak Dana Alokasi

Khusus (DAK): Bappenas.
Jakarta.

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

www.bps-sumut.go.id

www.djpk.depkeu.go.id

www.tkp2e-bappenas.org

