

**ANALISIS PENGARUH PROGRAM KELUARGA HARAPAN
(PKH) TERHADAP KESEJAHTERAAN MASYARAKAT DI
KOTA MAGELANG TAHUN 2020**

SKRIPSI

**Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat
Memperoleh Gelar Sarjana
Pada Program Studi Ekonomi Pembangunan**



Disusun oleh:

Novia Suci Andaniyati

1710101081

**FAKULTAS EKONOMI
UNIVERSITAS TIDAR**

2021

HALAMAN PERSETUJUAN PEMBIMBING SKRIPSI

Nama Penyusun : Novia Suci Andaniyati
NPM : 1710101081
Fakultas/Jurusan : Ekonomi/ Ekonomi Pembangunan
Judul Skripsi : Analisis Pengaruh Program Keluarga Harapan (PKH) terhadap Kesejahteraan Masyarakat di Kota Magelang Tahun 2020
Dosen Pembimbing : 1. Rian Destiningsih, S.E., M.Si.
2. Yustirania Septiani, S.Pd., M.Sc.
Skripsi ini disetujui pada tanggal : 28 Juli 2021

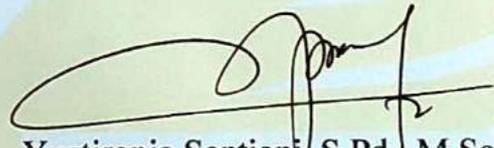
Dosen Pembimbing 1



Rian Destiningsih, S.E., M.Si.
NIK. 1989912242016021K057

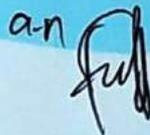
Magelang, 28 Juli 2021

Dosen Pembimbing 2



Yustirania Septiani, S.Pd., M.Sc.
NIP. 198909122019032017

Mengetahui,
Ketua Jurusan Ekonomi Pembangunan
Fakultas Ekonomi
Universitas Tidar



Gentur Jalungono S.E., M.Si.
NIP. 198810252019031006

HALAMAN PENGESAHAN PENGUJI

SKRIPSI

Judul:

**ANALISIS PENGARUH PROGRAM KELUARGA HARAPAN (PKH)
TERHADAP KESEJAHTERAAN MASYARAKAT DI KOTA
MAGELANG TAHUN 2020**

Oleh:

Nama: Novia Suci Andaniyati

NPM: 1710101081

**Telah diuji dan dipertahankan di depan Tim Penguji
Pada tanggal: 1 Juli 2020**

Nama Penguji

Tanda Tangan

1. Rian Destiningsih, S.E., M.Si.
Penguji I/Ketua

1.

2. Yustirania Septiani, S.Pd., M.Sc.
Penguji II/Sekretaris

2.

3. Rr. Retno Sugiharti, S.E., M.Si.
Penguji III/Anggota

3.

Magelang, 1 Juli 2021
Dekan Fakultas Ekonomi
Universitas Tidar



Prof. Dr. Hadi Sasana, S.E., M.Si.
NIP.196901211997021001

PERNYATAAN KEASLIAN KARYA TULIS

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya menyatakan bahwa Skripsi dengan judul:

Analisis Pengaruh Program Keluarga Harapan (PKH) terhadap Kesejahteraan Masyarakat di Kota Magelang Tahun 2020

Dengan ini saya menyatakan dengan sesungguhnya bahwa Skripsi dengan judul diatas yang diajukan untuk diuji pada tanggal 1 Juli 2021, adalah hasil karya saya. Skripsi ini tidak terdapat keseluruhan atau sebagian tulisan orang lain yang saya ambil dengan cara menyalin atau meniru dalam bentuk rangkaian kalimat atau simbol yang menunjukkan gagasan atau pendapat atau pemikiran dari penulis lain, yang saya akui seolah-olah sebagai tulisan saya sendiri, dan atau tidak terdapat bagian atau keseluruhan tulisan yang saya salin, tiru atau yang saya ambil dari tulisan orang lain tanpa memberikan pengakuan pada penulis aslinya.

Apabila saya melakukan hal tersebut di atas, baik dengan sengaja maupun tidak, dengan ini saya menyatakan menarik Skripsi yang saya ajukan sebagai hasil tulisan saya sendiri ini. Bila kemudian terbukti bahwa saya ternyata melakukan tindakan menyalin atau meniru tulisan orang lain seolah-olah hasil pemikiran saya sendiri, berarti gelar dan ijazah yang telah diberikan universitas batal saya terima.

Magelang, 1 Juli 2021



Novia Suci Andaniyati

Saksi 2,
sebagai Pembimbing 2 merangkap
Sekretaris Penguji

Yustirania Septiani, S.Pd., M.Sc.
NIP. 198909122019032017

Saksi 1,
sebagai Pembimbing I merangkap
Ketua Penguji

Rian Destiningsih, S.E., M.Si.
NIK. 1989912242016021K057

Saksi 3,
sebagai Anggota Penguji

Rr. Retno Sugiharti, S.E., M.Si.
NIP.198603052019032015

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO

“Tuhanmu tidak meninggalkan engkau dan tidak (pula) membencimu.”

Q.S. Ad-Dhuha: 3

PERSEMBAHAN

Dengan mengucapkan bismillah dan syukur alhamdulillah atas kehadiran Allah SWT atas limpahan rahmat dan ridho-Nya yang telah memberikan kemudahan serta kelancaran sehingga terselesaikannya skripsi ini.

Skripsi ini saya persembahkan untuk kedua orang tua saya, Bapak Gatot Sutaryono dan Ibu Tumiya dengan jerih payah dan kesabaran yang telah merawat, membimbing, mendidik, mencintai dan mendoakan saya.

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga penulisan skripsi yang berjudul “Analisis Pengaruh Program Keluarga Harapan (PKH) terhadap Kesejahteraan masyarakat di Kota Magelang Tahun 2020” dapat terselesaikan dengan baik. Penyusunan skripsi ini penulis banyak mendapat bantuan dari berbagai pihak, maka pada kesempatan ini perkenankanlah penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Prof. Dr. Ir. Mukh Arifin, M.Sc. selaku Rektor Universitas Tidar.
2. Prof. Dr. Hadi Sasana, S.E., M.Si. selaku Dekan Fakultas Ekonomi Universitas Tidar.
3. Ibu Rian Destiningsih, S.E., M.Si. selaku dosen pembimbing I yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan hingga tersusunnya skripsi ini.
4. Ibu Yustirania Septiani, S.Pd., M.Sc. selaku dosen pembimbing II dan dosen pembimbing akademik yang telah memberikan pengarahan yang tak terbatas waktu dari awal hingga akhir studi.
5. Ibu Rr. Retno Sugiharti, S.E., M.Si. selaku dosen penguji yang telah memberikan pengarahan dan saran perbaikan terhadap skripsi ini.
6. Dinas Sosial Kota Magelang terutama Seksi Perlindungan Jaminan Sosial dan pendamping sosial PKH yang telah memberikan ijin penelitian dan membantu memperoleh data dan informasi yang aktual serta relevan dalam penyelesaian penulisan.
7. Bapak, Ibu, Kakak dan Adik-adik tercinta yang telah memberikan doa, bantuan dan dukungan baik secara moril maupun materil.
8. Evin Nasrulloh Ansori dan sahabat saya Meggita Dhea Savesti Restu Kinanti yang telah mendampingi, membantu dan mendukung saya selama proses pengambilan data dan penyusunan skripsi.

9. Seluruh pihak yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan skripsi ini.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa hasil penyusunan skripsi ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu penulis sangat mengharapkan kesediaan pembaca untuk memberikan kritik dan saran demi sempurnanya skripsi ini.

Akhirnya penulis menyampaikan permohonan maaf kepada pembaca seandainya terdapat kesalahan-kesalahan di dalam skripsi ini dan penulis berharap semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi semua pihak yang membutuhkan.

Magelang, 1 Juli 2021

Penulis



ABSTRAK

Penanggulangan kemiskinan dan perlindungan sosial menjadi upaya yang dilakukan pemerintah dalam mencapai kesejahteraan masyarakat, didukung dengan terselenggaranya program afirmatif yang menargetkan penduduk miskin. Anggaran Program Keluarga Harapan (PKH) di Kota Magelang pada tahun 2020 mengalami peningkatan, jumlah penduduk miskin justru mengalami peningkatan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh PKH terhadap kesejahteraan masyarakat di Kota Magelang tahun 2020. Variabel Y dalam penelitian ini adalah kesejahteraan masyarakat dan variabel X yaitu: akses pelayanan kesehatan, akses pelayanan pendidikan, pendamping sosial PKH dan Pertemuan Peningkatan Kemampuan Keluarga (P2K2). Penelitian ini menggunakan data primer yang diperoleh dari hasil wawancara dengan keluarga penerima manfaat PKH di Kota Magelang pada tahun 2020 dengan mengambil sampel yang berjumlah 113 keluarga yang dipilih secara acak dari 3 kecamatan di Kota Magelang. Periode pengambilan data dimulai pada 2 Mei 2021 - 20 Mei 2021. Analisis data menggunakan metode analisis regresi linear berganda. Hasil penelitian menunjukkan bahwa variabel akses pelayanan kesehatan, pendamping sosial PKH dan P2K2 berpengaruh positif signifikan terhadap kesejahteraan masyarakat di Kota Magelang tahun 2020 sedangkan akses pelayanan pendidikan berpengaruh negatif signifikan. Secara simultan maupun parsial variabel independen berpengaruh secara signifikan. Berdasarkan temuan ini, implikasi kebijakan yang dapat diambil pemerintah pusat dan daerah yaitu dengan memperkuat skema bantuan PKH dengan menambah anggaran untuk memperluas cakupan PKH dan mencapai kesejahteraan masyarakat.

Kata kunci: Program Keluarga Harapan (PKH), kesehatan, pendidikan, pendamping sosial, kesejahteraan masyarakat

ABSTRACT

Poverty alleviation and social protection are efforts made by the government in achieving community welfare, supported by the implementation of affirmative programs targeting the poor. Program Keluarga Harapan (PKH) budget in Magelang City in 2020 has increased, the number of poor people has actually increased. This study aims to determine the effect of PKH on community welfare in Magelang City in 2020. Variable Y in this study is community welfare and variable X namely: access to health services, access to education services, PKH social assistance and Family Capacity Building Meetings (P2K2). This study uses primary data obtained from interviews with PKH beneficiary families in Magelang City in 2020 by taking a sample of 113 families selected randomly from 3 sub-districts in Magelang City. The data collection period starts on May 2, 2021 - May 20, 2021. Data analysis uses multiple linear regression analysis methods. The results showed that the variables of access to health services, PKH social assistants and P2K2 had a significant positive effect on community welfare in Magelang City in 2020 while access to education services had a significant negative effect. Simultaneously or partially independent variables have a significant effect. Based on these findings, the policy implications that can be taken by the central and local governments are to strengthen the PKH assistance scheme by increasing the budget to expand PKH coverage and achieve community welfare.

Keywords: Program Keluarga Harapan (PKH), health, education, social assistance, community welfare

DAFTAR ISI

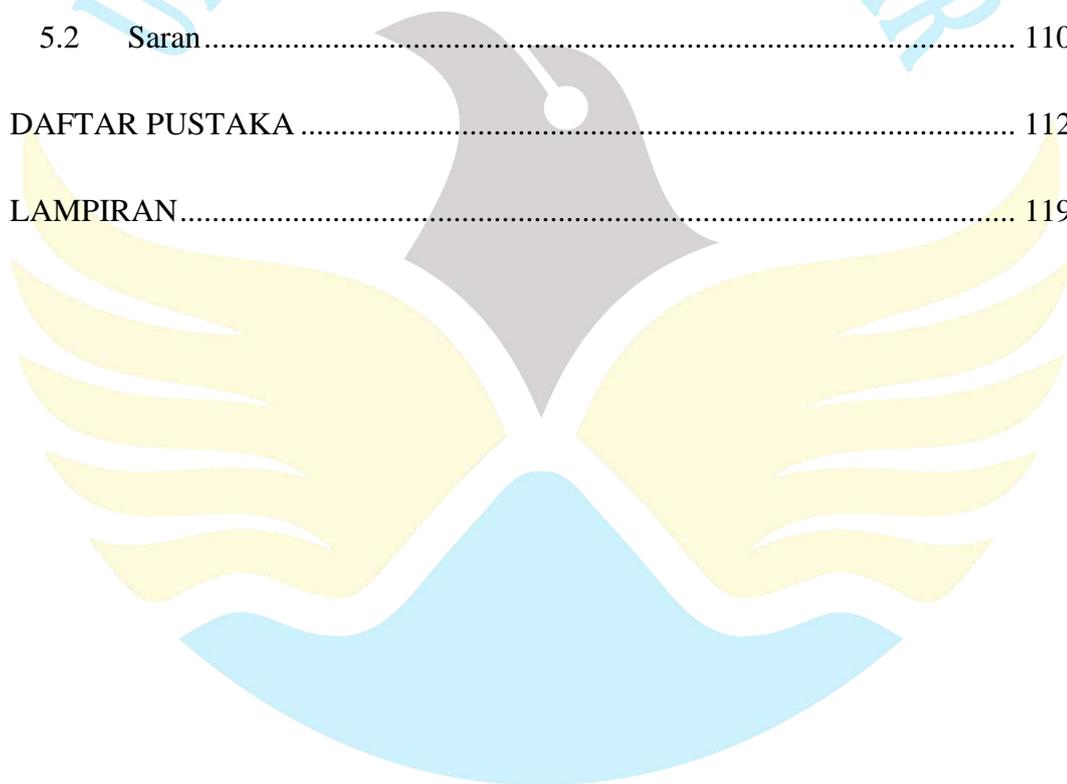
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN PEMBIMBING SKRIPSI	ii
HALAMAN PENGESAHAN PENGUJI	iii
PERNYATAAN KEASLIAN KARYA TULIS	iv
MOTTO DAN PERSEMBAHAN	v
KATA PENGANTAR	vi
ABSTRAK.....	viii
<i>ABSTRACT</i>	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xv
DAFTAR GAMBAR	xvii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xviii
BAB I.....	1
PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang Masalah.....	1
1.2 Identifikasi Masalah	9
1.3 Rumusan Masalah	11
1.4 Tujuan Penelitian.....	11
1.5 Manfaat Penelitian.....	12

BAB II.....	15
LANDASAN TEORI.....	15
2.1 Kajian Pustaka.....	15
2.1.1 Teori Kesejahteraan Masyarakat.....	15
2.1.2 Program Keluarga Harapan (PKH).....	16
2.1.3 Akses Pelayanan Kesehatan.....	20
2.1.4 Akses Pelayanan Pendidikan.....	20
2.1.5 Pendamping Sosial PKH.....	21
2.1.6 Pertemuan Peningkatan Kemampuan Keluarga (P2K2).....	22
2.2 Penelitian Terdahulu.....	22
2.3 Kerangka Teoritis.....	33
2.4 Kerangka Berpikir.....	35
2.5 Hipotesis Penelitian.....	38
BAB III.....	39
METODE PENELITIAN.....	39
3.1 Desain Penelitian.....	39
3.2 Subjek dan Objek Penelitian.....	39
3.3 Populasi dan Sampel.....	40
3.3.1 Populasi.....	40
3.3.2 Sampel.....	41
1.4 Variabel Penelitian.....	43

1.4.1	Kesejahteraan Masyarakat (y).....	43
1.4.2	Akses Pelayanan Kesehatan (x_1).....	44
1.4.3	Akses Pelayanan Pendidikan (x_2).....	44
1.4.4	Pendamping Sosial PKH (x_3).....	44
1.4.5	Pertemuan Peningkatan Kemampuan Keluarga (P2K2) (x_4).....	45
3.5	Definisi Operasional Variabel Penelitian.....	45
3.5.1	Kesejahteraan Masyarakat (y).....	45
3.5.2	Akses Pelayanan Kesehatan (x_1).....	46
3.5.3	Akses Pelayanan Pendidikan (x_2).....	47
3.5.4	Pendamping Sosial PKH (x_3).....	47
3.5.5	Pertemuan Peningkatan Kemampuan Keluarga (P2K2) (x_4).....	48
3.6	Teknik Pengumpulan Data.....	49
3.7	Validitas dan Reliabilitas Data.....	54
3.7.1	Teknik Pengujian Validitas.....	54
3.7.2	Teknik Pengujian Reliabilitas.....	55
3.8	Teknik Analisis Data.....	56
3.8.2	Uji Asumsi Klasik.....	57
3.9	Analisis Regresi Linier Berganda.....	59
3.10	Uji Statistik.....	61
3.10.1	Koefisien Determinasi (Adjusted R-Squared).....	61
3.10.2	Uji t Koefisien Regresi Individual.....	62

3.10.3 Uji F untuk Siginifikansi Model dan Uji Hipotesis Gabungan	
Koefisiensi Regresi	66
BAB IV	69
HASIL DAN PEMBAHASAN.....	69
4.1 Gambaran Umum Obyek Penelitian	69
4.2 Gambaran Khusus Obyek Penelitian.....	72
4.3 Hasil Penelitian	76
4.3.1 Pilot Study Alat Ukur	76
4.3.2 Uji Validitas Data	79
4.3.3 Uji Reliabilitas Data.....	81
4.3.4 Uji Asumsi Klasik.....	83
4.3.5 Analisis Regresi Linear Berganda.....	87
4.3.6 Uji Statistik	89
4.4 Pembahasan.....	96
4.4.1 Pengaruh Akses Pelayanan Kesehatan terhadap Kesejahteraan Masyarakat di Kota Magelang Tahun 2020.....	96
4.4.2 Pengaruh Akses Pelayanan Pendidikan terhadap Kesejahteraan Masyarakat di Kota Magelang Tahun 2020.....	99
4.4.3 Pengaruh Pendamping Sosial PKH terhadap Kesejahteraan Masyarakat di Kota Magelang Tahun 2020.....	103

4.4.4	Pengaruh Pertemuan Peningkatan Kemampuan Keluarga (P2K2) terhadap Kesejahteraan Masyarakat di Kota Magelang Tahun 2020	104
4.4.5	Pengaruh Akses Pelayanan Kesehatan, Akses Pelayanan Pendidikan, Pendamping Sosial PKH, dan P2K2 secara bersama-sama terhadap Kesejahteraan Masyarakat di Kota Magelang Tahun 2020.....	106
BAB V		109
PENUTUP.....		109
5.1	Kesimpulan.....	109
5.2	Saran.....	110
DAFTAR PUSTAKA		112
LAMPIRAN.....		119



DAFTAR TABEL

Tabel 1. 1 Jumlah Penduduk Miskin Indonesia Tahun 2016-2020	1
Tabel 1. 2 Realisasi Anggaran PKH, Jumlah Penduduk Miskin dan Jumlah KPM PKH di Kota Magelang Tahun 2020	3
Tabel 1. 3. Angka Partisipasi Murni (APM) dan Angka Partisipasi Kasar (APK) Menurut Jenjang Pendidikan di Kota Magelang, 2016-2019	6
Tabel 2. 1 Sasaran dan Indeks Bantuan Sosial PKH di Kota Magelang Tahun 2020	18
Tabel 3. 1. Tingkat Jawaban dan Skor dalam Kuesioner.....	52
Tabel 4. 1. Karakteristik Responden Menurut Usia di Kota Magelang Tahun 2020	72
Tabel 4. 2. Karakteristik Responden Menurut Tingkat Pendidikan di Kota Magelang Tahun 2020	73
Tabel 4. 3. Karakteristik Responden Menurut Pekerjaan di Kota Magelang Tahun 2020.....	74
Tabel 4. 4. Karakteristik Responden Menurut Penghasilan per Bulan di Kota Magelang Tahun 2020	75
Tabel 4. 5. Karakteristik Responden Menurut Jumlah Anak di Kota Magelang Tahun 2020	76
Tabel 4. 6 Hasil Uji Validitas Variabel Saat Pilot Study	77

Tabel 4. 7 Hasil Uji Reliabilitas Saat Pilot Study	79
Tabel 4. 8. Hasil Uji Validitas	80
Tabel 4. 9. Hasil Uji Reliabilitas.....	82
Tabel 4. 10. Hasil Uji Multikolinieritas	83
Tabel 4. 11. Hasil Uji Heteroskedastisitas	84
Tabel 4. 12. Hasil Uji Normalitas	85
Tabel 4. 13. Hasil Regresi.....	87
Tabel 4. 14. Koefisien determinasi (R-Squared).....	89
Tabel 4. 15 Hasil Uji t.....	90
Tabel 4. 16. Hasil Uji F.....	95
Tabel 4. 17. Responden Penerima Jaminan Kesehatan Nasional atau KIS di Kota Magelang Tahun 2020	97
Tabel 4. 18. Karakteristik Komponen PKH Kesehatan di Kota Magelang Tahun 2020.....	98
Tabel 4. 19. Karakteristik Komponen PKH Pendidikan di Kota Magelang Tahun 2020.....	101

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1. Kerangka Pemikiran Teoritis	33
Gambar 2. 2. Kerangka Berpikir Penelitian.....	36
Gambar 3. 1 Jumlah Keluarga Penerima Manfaat PKH di Kota Magelang tahun 2020.....	41
Gambar 3. 2. Uji Hipotesis Satu Pihak Kanan Uji t Variabel X_1	64
Gambar 3. 3. Uji Hipotesis Satu Pihak Kanan Uji t Variabel X_2	65
Gambar 3. 4. Uji Hipotesis Satu Pihak Kanan Uji t Variabel X_3	65
Gambar 3. 5. Uji Hipotesis Satu Pihak Kanan Uji t Variabel X_4	66
Gambar 3. 6. Daerah penerimaan dan penolakan H_0 pada F-hitung	68
Gambar 4. 1. Peta Wilayah Kota Magelang	70
Gambar 4. 2. Hasil Uji Normalitas	86
Gambar 4. 3. Uji Hipotesis Satu Pihak Kanan Uji t Variabel X_1	91
Gambar 4. 4. Uji Hipotesis Satu Pihak Kanan Uji t Variabel X_2	92
Gambar 4. 5. Uji Hipotesis Satu Pihak Kanan Uji t Variabel X_3	93
Gambar 4. 6. Uji Hipotesis Satu Pihak Kanan Uji t Variabel X_4	94
Gambar 4. 7. Daerah Penolakan H_0 dan Penerimaan H_0 pada F-hitung.....	96

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Kuesioner Penelitian.....	119
Lampiran 2. Data Penelitian.....	126
Lampiran 3. Hasil Uji Validitas	131
Lampiran 4. Hasil Uji Reliabilitas	136
Lampiran 5. Hasil Uji Multikolinearitas	137
Lampiran 6. Hasil Uji Heteroskedastisitas.....	138
Lampiran 7. Hasil Uji Normalitas.....	139
Lampiran 8. Grafik P-P Plot	140
Lampiran 9. Hasil Uji Regresi Linier Berganda.....	141
Lampiran 10. Koefisien Determinasi	142
Lampiran 11. Hasil Uji t	143
Lampiran 12. Hasil Uji F	144
Lampiran 13. Table Product Moment.....	145
Lampiran 14. Dokumentasi Penelitian.....	146

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Kesejahteraan sosial masyarakat dan kemiskinan dalam sebuah negara berkembang menjadi permasalahan yang sangat krusial bagi sebuah negara untuk dapat menanggulangi permasalahan tersebut. Masalah kesejahteraan sosial masyarakat dan kemiskinan adalah masalah yang amat penting untuk kemudian suatu negara dapat meningkatkan kesejahteraan masyarakat mencapai tujuan akhirnya yaitu menekan angka kemiskinan Menurut Badan Pusat Statistik (BPS) indikator kesejahteraan masyarakat yang diharapkan dapat digunakan sebagai dasar perencanaan pembangunan maupun evaluasi terhadap upaya peningkatan kualitas hidup masyarakat, indikator tersebut antara lain aspek kependudukan, kesehatan, pendidikan, ketenagakerjaan, taraf dan pola konsumsi, perumahan, kemiskinan serta keadaan sosial lainnya. Tabel di bawah ini menunjukkan salah satu indikator kesejahteraan masyarakat yaitu kemiskinan.

Tabel 1. 1 Jumlah Penduduk Miskin Indonesia Tahun 2016-2020

Tahun	Jumlah Penduduk Miskin (Juta Jiwa)
2016	10.485.640
2017	10.272.550
2018	10.131.280
2019	24.785.870
2020	27.549.690

Sumber: BPS, (2020)

Berdasarkan Tabel 1.1 Jumlah penduduk miskin di Indonesia tahun 2016 hingga tahun 2018 mengalami penurunan dari angka 10.485.640 juta jiwa menjadi 10.272.550 pada tahun 2017 dan 10.131.280 juta jiwa pada tahun 2018. Jumlah ini menurun sebanyak 213.090 juta jiwa tahun 2017 dan 141.270 juta jiwa tahun 2018. Sedangkan pada tahun 2019, jumlah penduduk miskin meningkat drastis sebanyak 14.654.590 jiwa dari 10.131.280 menjadi 24.785.870. Jumlah penduduk miskin Indonesia mencapai 27.549.690 juta jiwa pada tahun 2020.

Pemerintah Indonesia dalam upayanya untuk mengurangi jumlah penduduk miskin kemudian membuat kebijakan salah satunya dengan menjalankan *Conditional Cash Transfer* (CCT). Program ini kemudian dikenal sebagai Program Keluarga Harapan (PKH) yang menjadi salah satu upaya yang dilakukan pemerintah dalam mencapai pembangunan kesejahteraan sosial masyarakat dan penanggulangan kemiskinan. PKH adalah program pemberian bantuan sosial bersyarat kepada keluarga miskin dan rentan yang terdaftar dalam data terpadu penanganan fakir miskin, diolah oleh pusat data dan informasi kesejahteraan sosial dan ditetapkan sebagai Keluarga Penerima Manfaat (KPM) PKH (Najidah dan Lestari, 2017).

PKH diberlakukan pertama kali sebagai uji coba pada tahun 2007 di sejumlah provinsi di Indonesia, diantaranya DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Timur, Nusa Tenggara Timur, Sulawesi Utara, Gorontalo dan Sumatera Barat. Awal diberlakukannya PKH terdapat 382.000 keluarga penerima manfaat dari target 500.000 keluarga. Jumlah ini terus

meningkat seiring diperluasnya penerapan PKH di berbagai provinsi lain di Indonesia. Hingga pada tahun 2019, jumlahnya mencapai 98,41 persen dari target 10 juta KPM artinya ada 9.841.000 KPM (Kemensos, 2019). Peningkatan jumlah KPM PKH juga diikuti oleh peningkatan anggaran yang dikeluarkan oleh pemerintah pusat melalui Kementerian Sosial Republik Indonesia, menurut data pada tahun 2016 besaran anggaran yang dikeluarkan oleh pemerintah adalah 7,7 triliun rupiah, 2017 sebesar 11,3 triliun rupiah, 2018 sebesar 17,3 triliun, 2019 sebesar 34,4 triliun rupiah dan pada tahun 2020 anggaran pemerintah untuk program PKH sebesar 29,1 triliun rupiah (Zakiah, et al., 2020).

Provinsi Jawa Tengah menjadi peserta PKH mulai tahun 2011 dengan kepesertaan awal terdiri dari 7 Kabupaten yaitu Kabupaten Brebes, Kabupaten Cilacap, Kabupaten Pemasang, Kabupaten Semarang, Kabupaten Rembang, dan Kabupaten Wonogiri (Dinas Sosial Jawa Tengah, 2020). Di tahun 2016 seluruh Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Tengah sudah tergabung dalam PKH, sedangkan pelaksanaan PKH di Kota Magelang dimulai pada tahun 2015 dengan KPM PKH 1.573 keluarga dan dengan anggaran sebesar 2,7 miliar rupiah (Dinas Sosial Kota Magelang, 2019).

Tabel 1. 2 Realisasi Anggran PKH, Jumlah Penduduk Miskin dan Jumlah KPM PKH di Kota Magelang Tahun 2020

Tahun	Anggaran	Jumlah Penduduk Miskin	Jumlah KPM PKH
-------	----------	------------------------	----------------

2019	Rp 7.053.600.000.00	9.100	2.658 KPM
2020	Rp 11.314.073.000,00	9.270	3.521 KPM

Sumber: BPS Kota Magelang, Dinas Sosial Kota Magelang, (2020)

Berdasarkan Tabel 1.2 diatas menunjukkan pada tahun 2019 anggaran sebesar 7,0 miliar dengan jumlah penerima 2.658 KPM. Pada tahun berikutnya realisasi anggaran PKH di Kota Magelang sebesar 11,3 miliar rupiah meningkat 4,3 miliar dari tahun sebelumnya. Hal ini juga diikuti peningkatan penduduk miskin dari 9100 jiwa menjadi 9.270 jiwa.

Anggaran PKH di Kota Magelang pada tahun 2019 dan 2020 mengalami peningkatan, jumlah penduduk miskin justru mengalami peningkatan. Pada tahun 2019 penduduk miskin Kota Magelang sebanyak 9.100 jiwa. Dari total penduduk miskin Kota Magelang tahun 2019 hanya 2.658 yang menerima PKH, artinya PKH pada tahun 2019 hanya mampu mengcover 29,2% dari total penduduk miskin di Kota Magelang. Sedangkan Pada tahun 2020 penduduk miskin justru mengalami peningkatan menjadi 9.270 jiwa. Penerima KPM PKH pada tahun 2020 juga mengalami peningkatan yaitu sebanyak 3.521. Dengan peningkatan anggaran dan juga peningkatan jumlah KPM PKH seharusnya terjadi penurunan penduduk miskin di Kota Magelang tahun 2020. Namun menurut data, jumlah penduduk miskin Kota Magelang justru mengalami peningkatan.

Menurut Puslitbangkesos (2019), anggaran pemerintah untuk bantuan berpengaruh terhadap penurunan angka kemiskinan. Jika bantuan sosial efektif maka efek yang diberikan juga akan efektif dalam menekan

angka kemiskinan. Tidak hanya menekan angka kemiskinan sesaat tetapi juga bisa keluar dari garis kemiskinan. KPM PKH yang graduasi mandiri atau keluar dari kepesertaan karena sudah mampu secara ekonomi menandakan bahwa PKH sangat berperan dalam mengurangi kemiskinan (Alsukri, 2020).

Penelitian ini menggunakan variabel yang merupakan komponen PKH dan kesejahteraan masyarakat. Dalam penelitian yang dilakukan oleh Wiku, et al. (2020) menyebutkan agar program bantuan sosial yang berfungsi sebagai pelengkap bagi pengeluaran rumah tangga, sebaiknya dibarengi dengan penyuluhan tentang kemandirian ekonomi agar dapat memperkuat persepsi masyarakat tentang kemandirian ekonomi keluarga.. Hal ini sejalan dengan penelitian Museliza, et al. (2020) bahwa variabel PKH memiliki pengaruh terhadap kesejahteraan KPM PKH di Kecamatan Tampan Kota Pekanbaru. Oleh karena itu, perlu dilakukan pembinaan terhadap KPM PKH dalam hal pemenuhan kewajiban kepesertaan PKH. Pemenuhan kewajiban ini akan berdampak pada bantuan sosial dan hak kepesertaan lainnya. Sedangkan Cahya (2014) dalam penelitiannya menyebutkan, dengan semakin meningkatnya penduduk miskin di Kabupaten Bangka Tengah, perlu ditambahi pendamping PKH agar dalam pelayanan kepada masyarakat dapat berjalan lebih efektif dan efisien.

Akses pelayanan kesehatan masyarakat dapat dilihat melalui akses pemenuhan imunisasi balita. Data menunjukkan kelompok pengeluaran 40 persen terbawah belum memenuhi 100 persen balita yang pernah mendapatkan imunisasi. Pada kelompok pengeluaran 40 persen terbawah

baru mendapatkan imunisasi sekitar 97,01% BCG, 94,41% DPT, 93,41% polio, 75,33% campak MMR dan 99,14% hepatitis B (BPS Kota Magelang, 2020). Dalam penelitian Dharmayanti, et al. (2017) akses kesehatan berpengaruh terhadap kesejahteraan penduduk di Kota Denpasar.

Berdasarkan data BPS (2019) menunjukkan masih terdapat anak putus sekolah disetiap jenjang pendidikan di Kota Magelang. Angka Partisipasi Murni (APM) pada empat tahun terakhir menunjukkan peningkatan. Partispasi sekolah masih bervariasi antar jenjang pendidikan yang terlihat melalui Angka Partipasi Kasar (APK). Peningkatan akses dan kualitas pendidikan tidak hanya dapat meningkatkan kesejahteraan tetapi membawa orang lepas dari kemiskinan. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan Aini et al. (2018) bahwa tingkat pendidikan dapat mempengaruhi kesejahteraan penduduk di Kelurahan Kesatrian, Kota Malang. Pendidikan memiliki arti penting sebagai investasi bagi manusia yang merupakan suatu bentuk modal yang akhirnya dapat meningkatkan kesejahteraan hidupnya dimasa yang akan datang. Kondisi APM dan APK di Kota Magelang dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

Tabel 1. 3. Angka Partisipasi Murni (APM) dan Angka Partisipasi Kasar (APK) Menurut Jenjang Pendidikan di Kota Magelang, 2016-2019

Jenjang Pendidikan	APM				APK			
	2016	2017	2018	2019	2016	2017	2018	2019
SD/MI	100,0	98,99	97,17	97,91	100,0	105,98	103,64	104,54
SMP/MTs	81,8	77,97	81,39	81,49	98,7	92,70	95,52	95,70

SMA/SMK/MA	62,7	64,66	68,49	70,07	85,1	107,24	91,97	89,74
------------	------	-------	-------	-------	------	--------	-------	-------

Sumber: (Badan Pusat Statistik Jawa Tengah 2019)

APM jenjang Pendidikan SD dan SMP di Kota Magelang tahun 2016-2019 masih cenderung fluktuatif dan belum dapat mencapai APM 100,0 kecuali jenjang SD pada tahun 2016, ini berarti masih ada penduduk usia sekolah yang tidak menempuh pendidikan sesuai jenjang pendidikan yang seharusnya ditempuh. Sementara perkembangan APM jenjang pendidikan SD dan SMP berfluktuatif, APM jenjang SMA terus mengalami penurunan sejak tahun 2016, dari 62,7 pada tahun 2016 menjadi 64,66 tahun 2017, 68,49 tahun 2018 dan 70,07 tahun 2019. Sedangkan, APK di Kota Magelang menunjukkan angka yang fluktuatif disemua jenjang pendidikan. Menurut Tabel 1.3 mengindikasikan bahwa ada anak usia sekolah yang tidak menempuh pendidikannya. Hal ini sejalan dengan pemaparan dari Dinas Sosial Kota Magelang bahwa kemungkinan anak putus sekolah meskipun telah mendapatkan bantuan tetap akan ada karena kurangnya motivasi untuk menempuh pendidikan.

Pendamping sosial PKH memegang peran penting dalam kontribusinya meningkatkan pengetahuan dan kemampuan keluarga untuk mengelola dana bantuan sesuai tujuan PKH diperuntukkan, yaitu pendidikan dan kesehatan. Namun di sisi lain, pendamping sosial masih mengalami berbagai permasalahan dan kendala ketika melaksanakan pendampingan. Pendamping sosial PKH yang ada di Kota Magelang saat ini sejak tahun 2020 hingga sekarang berjumlah 11 orang (Dinas Sosial Kota Magelang, 2021). Kurangnya jumlah pendamping dapat menghambat

tugasnya dalam mencapai tujuan PKH sebagai program yang memperbaiki kualitas masyarakat miskin. Dalam pelaksanaannya terdapat kewajiban bagi KPM PKH dengan menghadiri Pertemuan Peningkatan Kemampuan Keluarga (P2K2) bersama pendamping sosial PKH. Pendamping sosial PKH bertugas membantu penerima manfaat mengolah dana bantuan sosial, yang sudah diterima oleh peserta PKH (Sasmito dan Nawangsari, 2019).

P2K2 sebagai upaya mencapai peningkatan sumber daya manusia dan bukan hanya menyelesaikan permasalahan kemiskinan jangka pendek melalui ketergantungan terhadap pemerintah. P2K2 membutuhkan peran pendamping dalam penyampaian materi dan modul, peningkatan kemampuan keluarga menjadi terkendala karena pandemi yang terjadi. Di beberapa wilayah zona merah termasuk Kota Magelang, P2K2 tidak bisa dilaksanakan dengan maksimal (Dinas Sosial Kota Magelang, 2021).

Dari berbagai perkembangan dan fenomena tersebut, peneliti tertarik untuk menganalisis pengaruh PKH sebagai salah satu skema bantuan sosial yang diberikan pemerintah untuk masyarakat dalam upaya peningkatan kesejahteraan sosial masyarakat dan pengentasan kemiskinan maka disusunlah penelitian dengan judul **“Analisis Pengaruh Program Keluarga Harapan (PKH) terhadap Kesejahteraan Masyarakat Kota Magelang Tahun 2020.”**

1.2 Identifikasi Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah dipaparkan dalam penelitian ini, peneliti mengidentifikasi permasalahan melalui variabel-variabel komponen PKH yang diberlakukan, antara lain:

1. Kesejahteraan di Kota Magelang pada tahun 2019 yang dilihat dari jumlah penduduk miskin Kota Magelang sebanyak 9.100 jiwa. Dari total penduduk miskin Kota Magelang tahun 2019 hanya 2.658 yang menerima PKH, artinya PKH pada tahun 2019 hanya mampu mengcover 29,2% dari total penduduk miskin Kota Magelang. Sedangkan Pada tahun 2020 penduduk miskin justru mengalami peningkatan menjadi 9.270 jiwa. Penerima KPM PKH pada tahun 2020 juga mengalami peningkatan yaitu sebanyak 3.521. Dengan peningkatan anggaran dan juga peningkatan jumlah KPM PKH seharusnya terjadi penurunan penduduk miskin di Kota Magelang tahun 2020. Namun menurut data, jumlah penduduk miskin Kota Magelang justru mengalami peningkatan.
2. Akses pelayanan kesehatan masyarakat dapat dilihat melalui akses pemenuhan imunisasi balita. Data menunjukkan kelompok pengeluaran 40 persen terbawah belum memenuhi 100 persen balita yang pernah mendapatkan imunisasi. Pada kelompok pengeluaran 40 persen terbawah baru mendapatkan imunisasi sekitar 97,01% BCG, 94,41% DPT, 93,41% polio, 75,33% campak MMR dan 99,14% hepatitis B (BPS Kota Magelang, 2020)

3. Pembangunan pendidikan merupakan salah satu upaya penting dalam penanganan kemiskinan untuk mencapai kehidupan yang sejahtera. Apabila dilihat dari APS untuk kelompok usia 7-12 tahun dan kelompok usia 13-15 tahun menunjukkan degradasi yang cukup tajam. Pada kelompok usia 13-15 tahun, APS pada tahun 2020 (85,88 persen) jauh lebih rendah dibanding tahun 2018 (100 persen) dan 2019 (90,56 persen) (BPS Kota Magelang, 2020). Angka Partisipasi Sekolah di Kota Magelang yang terus menurun dari tahun 2018 hingga tahun 2020 menjadi indikasi adanya anak usia sekolah yang tidak menempuh pendidikan atau putus sekolah. Khususnya kelompok usia 13-15 tahun yang seharusnya dalam usia menempuh jenjang pendidikan SMP.
4. Pendamping sosial PKH memegang peran penting dalam kontribusinya meningkatkan pengetahuan dan kemampuan keluarga untuk mengelola dana bantuan sesuai tujuan PKH diperuntukkan, yaitu pendidikan dan kesehatan. Namun di sisi lain, pendamping sosial masih mengalami berbagai permasalahan dan kendala ketika melaksanakan pendampingan. Pendamping sosial PKH yang ada di Kota Magelang saat ini sejak tahun 2020 hingga sekarang berjumlah 11 orang (Dinas Sosial Kota Magelang, 2021). Kurangnya jumlah pendamping dapat menghambat tugasnya dalam mencapai tujuan PKH sebagai program yang memperbaiki kualitas masyarakat miskin.
5. P2K2 sebagai upaya mencapai peningkatan sumber daya manusia dan bukan hanya menyelesaikan permasalahan kemiskinan jangka pendek melalui ketergantungan terhadap pemerintah. P2K2 membutuhkan

peran pendamping dalam penyampaian materi dan modul, peningkatan kemampuan keluarga menjadi terkendala karena pandemi yang terjadi. Di beberapa wilayah zona merah termasuk Kota Magelang, P2K2 tidak bisa dilaksanakan dengan maksimal (Dinas Sosial Kota Magelang, 2021).

1.3 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian pada latar belakang dan identifikasi masalah yang ada, peneliti merumuskan masalah-masalah penelitian sebagai berikut:

1. Bagaimana pengaruh akses pelayanan kesehatan terhadap kesejahteraan masyarakat di Kota Magelang tahun 2020?
2. Bagaimana pengaruh akses pelayanan pendidikan terhadap kesejahteraan masyarakat di Kota Magelang tahun 2020?
3. Bagaimana pengaruh pendamping sosial PKH terhadap kesejahteraan masyarakat di Kota Magelang 2020?
4. Bagaimana pengaruh P2K2 terhadap kesejahteraan masyarakat di Kota Magelang tahun 2020?
5. Bagaimana pengaruh akses pelayanan kesehatan, akses pelayanan pendidikan, pendamping sosial PKH, dan P2K2 secara bersama-sama terhadap kesejahteraan masyarakat di Kota Magelang tahun 2020?

1.4 Tujuan Penelitian

Berdasarkan latar belakang dan rumusan masalah, secara umum penelitian ini untuk mengidentifikasi pengaruh PKH terhadap

kesejahteraan masyarakat di Kota Magelang. Sedangkan tujuan khusus dalam penelitian ini ialah:

1. Menganalisis pengaruh akses pelayanan kesehatan terhadap kesejahteraan masyarakat di Kota Magelang tahun 2020.
2. Menganalisis pengaruh pelayanan pendidikan terhadap kesejahteraan masyarakat di Kota Magelang tahun 2020.
3. Menganalisis pengaruh pendamping sosial PKH terhadap kesejahteraan masyarakat di Kota Magelang tahun 2020.
4. Menganalisis pengaruh P2K2 terhadap kesejahteraan masyarakat di Kota Magelang tahun 2020.
5. Mengidentifikasi pengaruh akses pelayanan kesehatan, akses pelayanan pendidikan, pendamping sosial PKH, dan P2K2 secara bersama-sama terhadap kesejahteraan masyarakat di Kota Magelang tahun 2020?

1.5 Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat secara teoritis maupun praktis yang berupa:

1. Manfaat Teoritis

Manfaat secara teoritis yang diharapkan dari adanya penelitian ini yaitu mampu memperkaya teori-teori kemiskinan, kesejahteraan, peningkatan pendidikan dan kesehatan maupun sebagai bahan referensi dan data tambahan bagi peneliti-peneliti lainnya yang tertarik

pada bidang kajian kebijakan pengentasan kemiskinan, kesejahteraan masyarakat, bantuan sosial, dan juga program CCT.

2. Manfaat Praktis

Selain manfaat teoritis, penelitian ini juga diharapkan dapat memberikan manfaat praktis:

- a. Bagi pemerintah pusat dan daerah khususnya pemerintah Kota Magelang dan Provinsi Jawa Tengah, dapat digunakan sebagai masukan dan evaluasi dalam menyusun kebijakan yang akan datang yang berkaitan dengan pengentasan kemiskinan, peningkatan sumber daya manusia dan kesejahteraan masyarakat di tingkat daerah maupun pusat.
- b. Bagi masyarakat, dapat menambah informasi dan pengetahuan masyarakat akan program-program pemerintah dalam mengentaskan kemiskinan, sehingga masyarakat dapat memiliki kesadaran untuk berperan aktif untuk ikut mewujudkan kesejahteraan masyarakat secara sinergis bersama pemerintah terutama melalui PKH.
- c. Bagi pendamping sosial PKH, dapat digunakan sebagai bahan evaluasi dan refleksi dalam memberikan pendampingan yang tepat bagi penerima PKH sesuai dengan potensi daerahnya.
- d. Bagi peneliti, bermanfaat sebagai media yang dapat digunakan untuk mengamalkan ilmu serta memperdalam ilmu yang selama ini diterima selama masa perkuliahan serta menerapkan teori yang ada

ke dalam masyarakat. Mampu memberikan pengetahuan kepada peneliti mengenai kebijakan pemerintah dalam mengurangi kemiskinan yaitu PKH dengan melakukan penelitian dalam rangka menyelesaikan pendidikan sebagai mahasiswa Ekonomi Pembangunan Fakultas Ekonomi Universitas Tidar.



BAB II

LANDASAN TEORI

2.1 Kajian Pustaka

2.1.1 Teori Kesejahteraan Masyarakat

Teorema Ekonomi Kesejahteraan Kedua menyatakan bahwa setiap alokasi utilitas yang diinginkan di antara anggota masyarakat dapat dicapai melalui operasi pasar yang kompetitif dengan menyediakan dana abadi yang ditentukan secara memadai (Nicholson dan Westhoff, 2009; Susilo dan Wahyudi, 2020). Meskipun dalam pasar persaingan sempurna dengan sumber daya yang dialokasikan secara efisien di antara pelaku ekonomi, hasilnya belum tentu ideal. Keadaan ekonomi masyarakat tergantung pada keadaan awal kepemilikan harta dan nasib baik atau buruk, di samping usaha mereka dalam melakukan kegiatan ekonomi. Apalagi pemerintah berperan vital dalam melakukan redistribusi pendapatan (Ihori, 2017). Pemerintah harus mengalokasikan kebijakan sosial untuk mendorong efisiensi (harga kompetitif), sehingga membuat porsi agen sebesar mungkin, dan setiap ketimpangan yang dihasilkan dapat diatasi dengan pajak dan transfer sekaligus (Stukas et al. 2016)

Pemerintah menjalankan fungsi redistribusi, antara lain pajak penghasilan progresif, pajak warisan, program kesejahteraan sosial, dan jaminan pensiun dan kesehatan masyarakat (Ihori, 2017). Salah satu bagian dari program kesejahteraan sosial adalah bantuan tunai. Bantuan tunai kepada masyarakat miskin merupakan komponen penting dari kebijakan perlindungan sosial dan merupakan alat yang populer dalam

pembangunan (Bastagli et al., 2016). Bantuan tunai tidak hanya sebagai jaring pengaman untuk melindungi orang miskin dan mendistribusikan kembali sumber daya di antara warga negara, tetapi juga sebagai instrumen yang dapat memfasilitasi orang miskin keluar dari kemiskinan (Daidone et al., 2015; Sabates et al., 2019). Dua tujuan utama dari transfer tunai adalah: (1) untuk menyediakan rumah tangga miskin dengan ambang batas pendapatan minimum (mengurangi kemiskinan dalam jangka pendek), dan (2) untuk meningkatkan akumulasi modal manusia untuk generasi berikutnya (mengurangi kemiskinan dalam jangka panjang) (Baird et al., 2010).

2.1.2 Program Keluarga Harapan (PKH)

PKH adalah program bantuan tunai bersyarat yang dikelola oleh Kementerian Sosial Republik Indonesia yang berbasis *Cash Transfer Programs* (CCT). CCT merupakan inovasi program kesejahteraan yang dilakukan di berbagai negara berkembang selama beberapa dekade terakhir. Program-program ini memberikan bantuan tunai secara teratur kepada rumah tangga miskin untuk membantu mengurangi kemiskinan tetapi mengkondisikan rumah tangga yang melakukan serangkaian investasi modal manusia pada anak-anak mereka yang masih kecil. (Cahyadi et al. 2020). Dalam penelitian (Parker and Todd 2017) melakukan pengembangan model teoretis sederhana bahwa CCT menunjukkan efek harga dan efek pendapatan. Efek harga terjadi karena subsidi mengurangi upah bayangan (atau nilai relatif) waktu anak-anak dalam kegiatan selain sekolah (Martinelli dan Parker 2008; Todd dan

Wolpin 2006; 2008; Attanasio, Meghir, dan Santiago 2012). Ada juga efek pendapatan, karena subsidi meningkatkan total pendapatan potensial keluarga. Kondisi optimalitas menunjukkan bahwa subsidi mempengaruhi biaya marginal sekolah dengan mengurangi upah bayangan (atau nilai relatif) waktu anak-anak dalam kegiatan selain sekolah. Program ini juga dapat mempengaruhi penggunaan waktu orang dewasa dalam rumah tangga, dan efek dari transfer bersyarat cenderung berbeda dibandingkan dengan transfer tunai tanpa syarat. Transfer tunai tanpa syarat mewakili efek pendapatan murni, yang diharapkan dapat meningkatkan konsumsi waktu luang (dengan asumsi waktu luang adalah barang normal) dan mengurangi waktu yang didedikasikan untuk aktivitas kerja.

Sementara itu, PKH termasuk dalam kategori transfer bersyarat. Penerima PKH di Indonesia memiliki kewajiban yang harus dipenuhi, yaitu Menghadiri Kelompok Rapat atau Rapat Peningkatan Kemampuan Keluarga (P2K2). Dalam pertemuan tersebut, berbagai materi diberikan antara lain materi kesehatan dan gizi. Penanggung jawab penyampaian materi di P2K2 adalah pendamping PKH. Untuk menyampaikan materi dengan baik, beberapa modul dapat dipelajari dan diikuti oleh pendamping selama pertemuan. Untuk materi kesehatan dan gizi disampaikan dalam 3 modul yang isinya adalah: 1. Memahami kesehatan ibu hamil, balita, dan anak; 2. Gizi ibu hamil yang cukup; 3. Gaya hidup bersih; dan 4. Sakit pada anak.(1-3) Keluarga berencana diyakini sebagai salah satu pengembangan investasi yang paling hemat biaya; Ini tidak hanya berkontribusi pada penurunan angka kematian ibu tetapi juga

memberdayakan perempuan dan membuat pintu kemakmuran (Nurkhalim, et al., 2020). Program ini menysasar keluarga sangat miskin yang memiliki ibu hamil atau menyusui bayi anak prasekolah, anak sekolah dasar, sekolah menengah pertama dan sekolah menengah atas serta memiliki lansia. Keluarga penerima manfaat harus menyekolahkan anaknya dengan tingkat kehadiran tertentu, melakukan pemeriksaan kesehatan dan memperhatikan kebutuhan gizi. Pemerintah Indonesia tidak memberikan program PKH seumur hidup, tetapi menetapkan program hanya selama 5 tahun. Jika keluarga penerima manfaat masih membutuhkan program, pemerintah akan mengevaluasi program kepada keluarga tersebut sebelum memutuskan untuk melanjutkan atau menghentikan program (Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan, 2014). Jika tingkat ekonomi keluarga penerima program PKH tidak meningkat secara bertahap, keluarga tersebut masih mendapatkan perpanjangan sampai tiga tahun. PKH merupakan salah satu program ampuh dari pemerintah Republik Indonesia untuk memutus lingkaran setan kemiskinan melalui peningkatan kesejahteraan anak dan ibu hamil (Handoyo 2020). Berikut adalah sasaran dan indeks bantuan yang diterima KPM PKH di Kota Magelang tahun 2020

Tabel 2. 1 Sasaran dan Indeks Bantuan Sosial PKH di Kota Magelang

	Sasaran	Indeks Bantuan Sosial PKH
Bantuan tetap setiap keluarga:	Reguler	Rp 550.000
	PKH Akses	Rp 1.000.000

Bantuan komponen setiap jiwa:	Ibu hamil/menyusui	Rp 3.000.000
	Anak berusia 0-6 bulan	Rp 3.000.000
Kriteria komponen pendidikan meliputi:	Anak SD/MI atau sederajat;	Rp 900.000
	Anak usia 6 (enam) tahun - 18 (dua belas) tahun yang belum menyelesaikan wajib belajar 12 (dua belas) tahun	Rp 1.500.000
	Anak SMP/MTs atau sederajat;	Rp 1.500.000
	Anak SMA/MA atau sederajat; dan	Rp 2.000.000
Kriteria komponen kesejahteraan sosial:	Lanjut usia mulai dari 70 (tujuh puluh) tahun	Rp 2.400.000
	Penyandang disabilitas berat	Rp 2.000.000

Sumber: Dinas Sosial Kota Magelang, 2020

Berdasarkan Tabel 2.1 bantuan tetap yang diberikan kepada KPM PKH minimal yaitu Rp 550.000, berbeda dengan PKH Akses yaitu PKH yang diberikan di wilayah terpencil dan perbatasan. Di wilayah tersebut bantuan tetap minimal yang diberikan untuk KPM PKH sebanyak Rp 1.000.000. Di samping itu, PKH juga mengatur pemberian bantuan per komponen yang ada. bantuan kesehatan yang diberikan untuk ibu hamil/menyusui sebesar Rp 3.000.000. jumlah tersebut sama dengan yang diberikan untuk anak balita. Selanjutnya, bantuan yang diberikan untuk komponen pendidikan sebanyak Rp 900.000 untuk anak SD, Rp 1.500.000 untuk anak SMP dan Rp 2.000.000 untuk anak SMA. Sedangkan, komponen kesejahteraan sosial lansia dan penyandang disabilitas berat secara berturut, masing-masing mendapatkan Rp 2.400.000 dan Rp 2.000.000.

2.1.3 Akses Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan merupakan salah satu komponen dalam sistem kesehatan nasional yang bersentuhan langsung dengan masyarakat. Akses pelayanan kesehatan seringkali dilihat dari perspektif pemberi pelayanan saja, sementara akses dari sisi masyarakat sebagai pengguna kurang diperhatikan dan penelitian tentang akses pelayanan kesehatan dari sisi penggunapun kurang diperhatikan. Perbaikan kualitas pelayanan kesehatan dari sisi akses memerlukan perspektif yang lengkap dari sisi yang berbeda ini (Higgs, Bayne Murphy, 2001) (Leach, Wiese, Agnew dan Thakkar, 2018). Sebagai program perlindungan sosial, PKH memberikan perlindungan sosial untuk masyarakat miskin dan rentan agar dapat mengakses kesehatan melalui jaminan kesehatan. Hal ini dilakukan sebagai upaya awal dalam investasi sumber daya manusia berkualitas.

2.1.4 Akses Pelayanan Pendidikan

Pendidikan mempunyai peranan penting dan strategis dalam pembangunan bangsa serta memberikan kontribusi signifikan atas pertumbuhan ekonomi dan transformasi sosial. Pembangunan pendidikan telah memberikan hasil yang relatif baik, terlihat dari meningkatnya rata-rata lama sekolah dan angka melek aksara penduduk usia lima belas tahun ke atas. Meningkatnya partisipasi pendidikan masih dihadapkan pada permasalahan seperti masih banyaknya anak usia sekolah dari kelompok miskin yang tidak dapat mengakses pendidikan karena mahalnya biaya pendidikan bagi mereka.

2.1.5 Pendamping Sosial PKH

Pendamping sosial merupakan mitra kerja kementerian sosial dalam mewujudkan investasi sumber daya manusia yang berkualitas pada masyarakat miskin dan rentan. Masyarakat dengan tingkat kesejahteraan yang rendah cenderung memiliki wawasan yang terbatas, hal ini yang mendasari peran dan fungsi pendamping sosial sebagai katalis yang memberikan fasilitasi, mediasi dan advokasi terkait PKH dan upaya meningkatkan kesejahteraan masyarakat. Pendamping sosial yang juga berasal dari masyarakat sesuai dengan prinsip pembangunan dari, dan untuk rakyat demi tercapainya masyarakat yang maju, mandiri dan sejahtera.

Pendamping sosial PKH juga memiliki kualifikasi tertentu serta kinerja yang diatur termasuk etika menjadi pendamping, hak dan kewajiban serta penilaian kinerja. Hak dari pendamping sosial, yaitu: mengikuti diklat, bimbingan pemantapan dan bimbingan teknis; mendapatkan honor, fasilitas kerja, libur/cuti serta *reward* atau penghargaan dalam pencapaian prestasi; serta mendapatkan jaminan kecelakaan kerja (JKK) dan jaminan kematian (JK). Selain mendapatkan haknya, pendamping sosial memiliki beberapa kewajiban, diantaranya:

- a. Memverifikasi komitmen anggota KPM PKH dengan memastikan anggota PKH mengakses pelayanan kesehatan, pendidikan dan kesejahteraan sosial;

- b. Melakukan pemutakhiran data dengan memastikan setiap ada perubahan sebagian atau seluruh data anggota KPM PKH;
- c. Memfasilitasi KPM PKH mendapatkan program bantuan komplementer di bidang kesehatan, pendidikan, subsidi energi, ekonomi, perumahan dan pemenuhan kebutuhan dasar;
- d. Memastikan bantuan sosial PKH diterima KPM PKH tepat jumlah dan tepat sasaran;
- e. Mengadakan dan menghadiri P2K2 paling sedikit satu kali setiap bulan.

2.1.6 Pertemuan Peningkatan Kemampuan Keluarga (P2K2)

P2K2 merupakan proses belajar secara terstruktur untuk memperkuat terjadi perubahan perilaku pada KPM. Secara umum P2K2 bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, pemahaman mengenai pentingnya pendidikan, kesehatan dan pengelolaan keuangan bagi keluarga atau dengan kata lain menciptakan perubahan perilaku dalam masyarakat dalam akses pendidikan dan kesehatan kearah yang lebih baik. Peralatan yang digunakan dalam P2K2 salah satunya terdapat modul bagi pendamping, modul ini terdiri dari: modul kesehatan dan gizi, modul pengasuhan dan pendidikan, modul perlindungan anak, modul pengelolaan keuangan keluarga dan modul kesejahteraan sosial.

2.2 Penelitian Terdahulu

Selain berpedoman pada teori-teori yang didapatkan pada literatur-literatur yang dijadikan acuan, peneliti juga berpedoman pada penelitian-

penelitian terdahulu yang dilakukan sesuai tema dan topik penelitian. Terdapat penelitian yang termasuk dalam jurnal nasional maupun internasional. Ringkasan penelitian-penelitian terdahulu mengenai *Cash Conditional Transfer (CCT)* atau program Keluarga Harapan (PKH) dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

1. Museliza, et al. (2020) dalam penelitiannya yang berjudul Pengaruh Program Keluarga Harapan (PKH) terhadap Kesejahteraan Keluarga Penerima Manfaat di Kecamatan Tampan Kota Pekanbaru. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui apakah PKH berpengaruh terhadap kesejahteraan keluarga penerima manfaat di Kecamatan Tampan, Kota Pekanbaru. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode kuantitatif yang diterapkan pada 95 sampel yang dijadikan responden dengan menggunakan teknik Slovin, skala likert. Hasil penelitian ini menyimpulkan bahwa PKH berpengaruh terhadap keluarga penerima manfaat di Kecamatan Tampan, Pekanbaru.
2. Lestari dan Talkah (2020) dalam penelitiannya yang berjudul Analisis Pengaruh Bantuan Sosial PKH terhadap Kesejahteraan Masyarakat PKH di Kecamatan Panggungrejo Kabupaten Blitar. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh PKH terhadap kesejahteraan sosial masyarakat kurang mampu di Kabupaten Panggungrejo. Metode analisis yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis regresi berganda. Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa terdapat pengaruh PKH terhadap kesejahteraan masyarakat Kabupaten Panggungrejo.

3. Widyastuti (2012) dalam penelitian yang berjudul Analisis Hubungan antara Produktivitas Pekerja dan Tingkat Pendidikan Pekerja terhadap Kesejahteraan Keluarga di Jawa Tengah Tahun 2009. Model yang digunakan adalah analisis regresi berganda model semi log, dengan metode *Ordinary Least Square* (OLS). Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis pengaruh antara produktivitas dan tingkat pendidikan terhadap kesejahteraan keluarganya. Hasil penelitian menunjukkan bahwa produktivitas pekerja berpengaruh positif karena dapat berpengaruh secara langsung terhadap kesejahteraan keluarga melalui peningkatan pendapatan yang diukur melalui pembagian upah dan jam kerja. Sedangkan tingkat pendidikan berpengaruh negatif terhadap kesejahteraan keluarga karena dalam jangka pendek manfaat yang didapat dari pendidikan tinggi belum terlihat. Secara bersama-sama maupun parsial variabel independen berpengaruh secara signifikan.
4. Penelitian yang dilakukan Parker & Todd (2017) dengan judul *Conditional Cash Transfer: The Case of Progresa/ Oportunidades*. Penelitian ini menggambarkan dampak luas dari Progresa/ Oportunidades sebagai program *conditional cash transfer*. Sebagian besar studi evaluasi didasarkan pada evaluasi eksperimental data asli dan menunjukkan dampak positif yang jelas pada pendidikan, kesehatan dan terhadap indikator pemenuhan gizi.
5. Penelitian yang dilakukan Cahyadi (2020) dengan judul *Cumulative Impact of Conditional Cash Transfer: Experimental Evidence from*

Indonesia. Penelitian ini bertujuan mengevaluasi dampak longitudinal program bantuan tunai bersyarat di Indonesia setelah enam tahun. Alat analisis yang digunakan yaitu evaluasi dampak dengan desain eksperimental. Hasil dari penelitian yang dilakukan, peneliti menemukan efek statis pada banyak indikator yang menjadi target seperti meningkatnya persalinan dengan tenaga profesional secara dramatis dan menurunnya jumlah anak dengan usia dibawah 15 tahun yang tidak bersekolah hingga setengahnya. Dampak kumulatif terjadi dengan turunnya angka stunting hingga 23 persen dan modal manusia dapat mengubah perekonomian rumah tangga.

6. Penelitian yang dilakukan Aizawa (2020) yang berjudul *Joint Impact of the Conditional Cash Transfer on Child Nutrition Status of Household Expenditure in Indonesia*. Studi ini menyelidiki dampak program bantuan tunai bersyarat di Indonesia menggunakan desain eksperimental, PKH terhadap distribusi marginal status gizi dan pengeluaran rumah tangga 26-30 bulan setelah pelaksanaannya. PKH meningkatkan jumlah z skor berat untuk usia yang lebih tinggi diantara anak-anak berusia 26-30 bulan. Peningkatannya bukan disebabkan oleh peningkatan pengeluaran rumah tangga akibat PKH tetapi oleh perubahan hubungan antara status gizi dan pengeluaran rumah tangga. Lebih lanjut, PKH memperkuat hubungan positif antara status gizi dan pengeluaran rumah tangga.

7. Penelitian yang dilakukan Sasmito dan Nawangsari (2019) yang berjudul *Implementasi Program Keluarga Harapan dalam Upaya*

Mengentaskan Kemiskinan di Kota Batu. Analisis data menggunakan model Miles dan Huberman. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif kualitatif. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa implementasi PKH dalam upaya mengentaskan kemiskinan pada Dinas Sosial Kota Batu telah berjalan dengan lancar. Komunikasi terjalin dengan baik antara pendamping PKH dan penerima PKH.

8. Penelitian yang dilakukan Seftiani (2018) dalam penelitiannya yang berjudul Pengaruh Implementasi Kebijakan tentang Bantuan Sosial PKH terhadap Kesejahteraan Masyarakat di Desa Talagasari Kecamatan Kawali Kabupaten Ciamis. Teknik pengolahan data yaitu menentukan rentang, menentukan kategori penilaian, menentukan persentase, analisis regresi korelasi, koefisien determinasi dan menguji tingkat signifikansi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa 1) implementasi kebijakan PKH telah dilaksanakan dengan cukup baik. Hal ini dibuktikan dengan hasil angket dengan rata-rata skor sebesar 123,44 apabila dipersentasekan sebesar 59,26 pada kategori cukup baik. 2) Kesejahteraan masyarakat sudah cukup baik, hal ini ditunjukkan dengan nilai rata-rata skor sebesar 125 apabila dipersentasekan sebesar 59,52 % berada pada kategori cukup baik. 3) Terdapat pengaruh implementasi kebijakan PKH oleh pendamping PKH terhadap kesejahteraan masyarakat, hal ini dibuktikan dengan hasil koefisien determinasi sebesar 23,4% yang menunjukkan tingkat pengaruhnya cukup berarti.

9. Suryahadi (2019) dalam penelitiannya yang berjudul Dampak Program Bantuan Tunai terhadap Kemiskinan dan Ketimpangan serta Respon Perilaku Penerima. Metode utama yang digunakan adalah *Propensity Score Matching (PSM)*. Penelitian menyimpulkan bahwa PKH telah memberikan kontribusi dalam mengurangi kemiskinan, terutama kedalaman dan keparahan kemiskinan tetapi tidak terlalu mampu memberikan kontribusi dalam menurunkan ketimpangan. Kontribusi PKH dalam pengurangan kemiskinan meningkat dari 2014-2018 sejalan dengan cakupan penerima program.

10. Penelitian yang dilakukan Nainggolan dan Susantyo (2018) dalam penelitiannya dengan judul Upaya Percepatan Penanggulangan Kemiskinan melalui Program Keluarga Harapan: Studi di Empat Daerah di Indonesia. Tujuan penelitian untuk mendeskripsikan upaya agar PKH dapat mempercepat penanggulangan kemiskinan di Indonesia menggunakan pendekatan kualitatif. Hasil penelitian menyimpulkan bahwa untuk mempercepat penanggulangan kemiskinan melalui PKH perlu dilakukan *re-design* berupa inovasi program dalam rangka pengembangan program fundamental.

11. Penelitian yang dilakukan Wijaya (2019) dengan judul Gerakan Literasi dalam P2K2 Masyarakat Pra Sejahtera (KPM PKH di Kecamatan Walantaka Kota Serang). Hasil dari penelitian tersebut diharapkan pendamping PKH dapat meningkatkan kualitas P2K2 menjadi lebih baik dalam upaya memberikan pemahaman bagi KPM bahwa materi dalam kegiatan P2K2 bermanfaat dan perlu dipraktikkan

dalam kehidupan keseharian. Metodologi pada penelitian ini menggunakan studi kualitatif deskriptif dengan pendekatan studi kasus dengan fokus wilayah kajian adalah Kecamatan Walantaka Kota Serang dan menggunakan peserta PKH sebagai subjek penelitian.

12. Penelitian yang berjudul *The Access to Available Health Services for Elderly People in Indonesian Urban Areas* yang dilakukan Glenn Massie (2019) menunjukkan akses pelayanan kesehatan terhadap lansia sangat tergantung pada ketersediaan sumber daya kesehatan, peralatan yang memadai dan program yang sesuai. Lansia kurang memanfaatkan pelayanan kesehatan disebabkan oleh jarak fasilitas kesehatan yang cukup jauh dari tempat tinggalnya dan tidak ada yang mengantarnya. Kajian ini dilakukan dengan meta-analisis akses kesehatan publik bagi lansia di wilayah perkotaan yang tersedia pada tingkat fasilitas kesehatan tingkat pertama.

13. Penelitian yang dilakukan Dharmayanti, et al. (2017) dengan judul *Memediasi Variabel Pendapatan, Tingkat Pendidikan dan Status Ketenagakerjaan terhadap Kesejahteraan Penduduk Lanjut Usia di Kota Denpasar*. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pendapatan, tingkat pendidikan dan status ketenagakerjaan terhadap kesejahteraan penduduk lanjut usia di Kota Denpasar. Metode statistik inferensial yang digunakan dalam analisis data penelitian ini adalah *Structural Equation Modeling* (SEM). Hasilnya terdapat pengaruh yang positif dan signifikan variabel pendapatan, tingkat pendidikan

dan status ketenagakerjaan terhadap kesejahteraan penduduk lanjut usia di Kota Denpasar.

14. Azizah, et al. (2018) dalam penelitiannya Pengaruh Pendidikan, Pendapatan Perkapita dan Jumlah Penduduk terhadap Kemiskinan di Provinsi Jawa Timur. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh pendidikan, pendapatan perkapita dan jumlah penduduk terhadap kemiskinan di Provinsi Jawa Timur. Metode alat analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis regresi data panel. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pendidikan berpengaruh negatif dan signifikan terhadap kemiskinan kabupaten dan kota Provinsi Jawa Timur.

15. Penelitian yang berjudul Kinerja Pendamping Sosial pada Penyelenggaraan Kesejahteraan Sosial di Kota Tarakan dilakukan oleh Suradi dan Mujiyadi (2018) bertujuan mendeskripsikan kinerja pendamping sosial pada program penanganan kemiskinan dan kelompok rentan di Kota Tarakan. Dengan teknik wawancara dan diskusi kelompok terarah, serta studi dokumentasi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pendamping sosial telah melaksanakan tugas dan peranannya, dan sudah mengembangkan jejaring kerja dengan berbagai pihak. Meskipun demikian, kinerja pendamping sosial masih pada kategori *moderate*, sehingga masih memerlukan upaya optimalisasi.

16. Irawan, et al. (2020) dalam penelitiannya yang berjudul Peran Moderasi Kinerja Pendamping pada Pengaruh PKH terhadap Pengentasan Kemiskinan di Kota Tanjungbalai. Hasil penelitian menunjukkan secara signifikan PKH mempengaruhi pengentasan kemiskinan di Kota Tanjungbalai. Sedangkan menurut hasil penelitian kinerja pendamping menunjukkan secara signifikan kinerja pendamping memoderasi hubungan PKH terhadap pengentasan kemiskinan di Kota Tanjungbalai yang artinya kinerja pendamping dapat memperkuat pelaksanaan kegiatan PKH di Kota Tanjungbalai. Teknik analisis data dimulai dari pengumpulan informasi melalui angket dalam bentuk pernyataan dan pada tahap akhir dengan menarik kesimpulan dengan pendekatan kuantitatif.

17. Penelitian yang dilakukan Melinda (2020) dengan judul Pemberdayaan pada P2K2 di Kelurahan Sukajaya Kota Palembang dengan metode deskriptif kualitatif dengan unit analisis adalah keluarga. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui keberhasilan pemberdayaan P2K2 di Kelurahan Sukajaya. Hasil pemberdayaan menunjukkan bahwa adanya peningkatan kemampuan dan keterampilan yang didapat oleh penerima manfaat.

18. Penelitian dengan judul *Community Perspective about Health Services Access* yang dilakukan Megatsari et al. (2018) menunjukkan aksesibilitas pelayanan kesehatan yang ada, secara umum masyarakat berpendapat bahwa masih ada kekurangan yang dirasakan. Terutama pada aspek akses secara fisik, dikarenakan sarana dan prasarana yang

kurang baik. Penelitian deskriptif kualitatif ini menyimpulkan masyarakat masih merasa akses dari aspek fisik dan sosial masih sulit.

19. Penelitian yang dilakukan Susilo dan Wahyudi (2020) dengan judul *Keeping Rural Children Hope to Stay in Senior High School through Conditional Cash Transfer: An Indonesia Case*. Penelitian ini menyelidiki hubungan antara bantuan bersyarat di Indonesia, Program Indonesia Pintar (PIP) dan Program Keluarga Harapan (PKH) dengan partisipasi sekolah menengah atas pada anak-anak di pedesaan Indonesia. Pada penelitian ini digunakan model binomial logit untuk menganalisis perbedaan PKH dan KIP pada kecenderungan anak untuk menghadiri sekolah menengah. Hasil penelitian ini menyarankan pemerintah untuk memasukkan komponen pendidikan yang ada dalam PKH kedalam skema PIP karena PIP lebih efektif dan efisien dalam meningkatkan partisipasi sekolah anak.

20. Millán, et al. (2020) dalam penelitiannya yang berjudul *Experimental Long-Term Effect of Early-Childhood and School-Age Exposure to a Conditional Cash Transfer Program*. Penelitian ini bertujuan mengevaluasi program bantuan bersyarat ke dalam keuntungan jangka panjang yang berkelanjutan. Makalah ini menggunakan penugasan acak tingkat kota dari program CCT yang dilaksanakan selama lima tahun di Honduras untuk memperkirakan efek jangka panjang 13 tahun setelah program dimulai. Peneliti menemukan dampak positif dan kuat pada hasil pendidikan untuk kelompok dari rentang usia yang sangat luas. Baik paparan anak usia dini terhadap nutrisi dan komponen

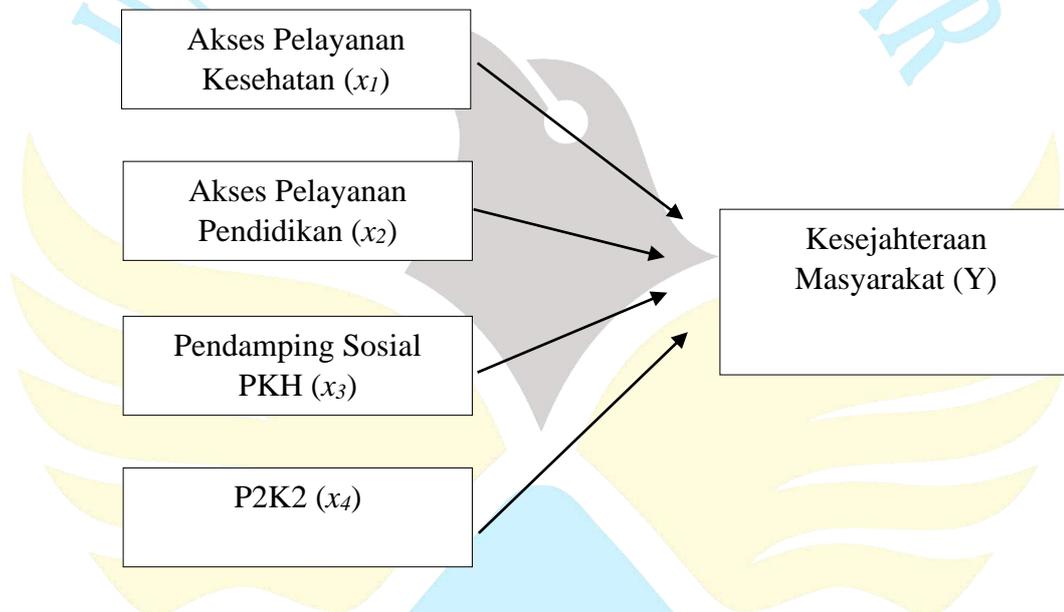
kesehatan CCT maupun paparan selama usia sekolah terhadap komponen pendidikan menyebabkan peningkatan berkelanjutan dalam modal manusia.

21. Fadliyah dan Triani (2019) dalam penelitiannya yang berjudul Pengaruh Pengeluaran Pemerintah Sektor Kesehatan, Pendidikan dan Infrastruktur terhadap Kesejahteraan Masyarakat di Indonesia. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh pengeluaran pemerintah sektor kesehatan, pendidikan dan infrastruktur terhadap kesejahteraan masyarakat di Indonesia. Model yang digunakan adalah model regresi panel dengan metode Fixed Effect Model. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengeluaran pemerintah sektor kesehatan, pendidikan dan infrastruktur secara parsial berpengaruh signifikan terhadap kesejahteraan masyarakat di Indonesia.

22. Judul penelitian Analisis Pengaruh Pertemuan Peningkatan Kesejahteraan Keluarga (P2K2) terhadap Graduasi Sejahtera Mandiri (GSM) di Jawa Timur yang dilakukan Sukesri (2020), tujuannya untuk menguji dan menganalisis pengaruh antara outcome P2K2 dan inovasi pendamping terhadap GSM KPM PKH di Jawa Timur. Menggunakan teknik analisis regresi linier berganda, Uji t dan Uji F dengan bantuan software SPSS. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa variabel outcome P2K2 dan variabel inovasi pendamping P2K2 memiliki pengaruh yang signifikan terhadap GSM KPM PKH di Jawa Timur.

2.3 Kerangka Teoritis

Berdasarkan pada telaah yang telah dilakukan sebelumnya, penelitian ini bertujuan untuk meneliti adanya pengaruh program bantuan tunai bersyarat atau yang dikenal sebagai PKH terhadap kesejahteraan masyarakat di Kota Magelang tahun 2020. Model penelitian yang dituangkan di bawah ini merupakan kerangka konseptual dalam menguji hipotesis.



Gambar 2. 1. Kerangka Pemikiran Teoritis

Pada gambar 2.1 dapat diketahui bahwa variabel akses pelayanan kesehatan (x_1), akses pelayanan pendidikan (x_2), pendamping sosial PKH (x_3), dan P2K2 (x_4) berpengaruh terhadap kesejahteraan masyarakat (y). Variabel-variabel yang digunakan merupakan komponen-komponen yang ada dalam Program Keluarga Harapan (PKH).

Pemilihan variabel-variabel yang digunakan dalam penelitian ini berdasarkan penelitian-penelitian yang telah dilakukan sebelumnya. Pendidikan memiliki arti penting sebagai investasi bagi manusia yang merupakan suatu bentuk modal yang akhirnya dapat meningkatkan kesejahteraan hidup masyarakat dimasa yang akan datang. Kesimpulannya, kemampuan masyarakat dalam mengakses pendidikan berpengaruh terhadap kesejahteraan masyarakat tersebut. Ditambah lagi, pelayanan kesehatan di Indonesia untuk masyarakat miskin masih belum optimal. Hal ini dibuktikan dengan derajat kesehatan masyarakat di Indonesia masih rendah khususnya masyarakat miskin (Seftiani 2018). Oleh karena itu, dapat disimpulkan bahwa akses pelayanan kesehatan mempengaruhi kesejahteraan masyarakat.

Dalam penelitian Kiswati (2020), menyimpulkan peran pendamping sosial dapat mengubah perilaku (kebiasaan) ataupun pola pikir yang kurang tepat, terutama pemahaman tentang pendidikan dan kesehatan. Adapun upaya yang dilakukan yaitu melakukan kegiatan rutin P2K2 setiap 1 bulan sekali terkait bantuan PKH pada penerima manfaat untuk dipergunakan sebaik mungkin. Ditambah hasil penelitian yang dilakukan Sukesni (2020) menyimpulkan bahwa variabel inovasi pendamping P2K2 memiliki pengaruh yang signifikan terhadap graduasi sejahtera mandiri KPM PKH di Jawa Tengah.

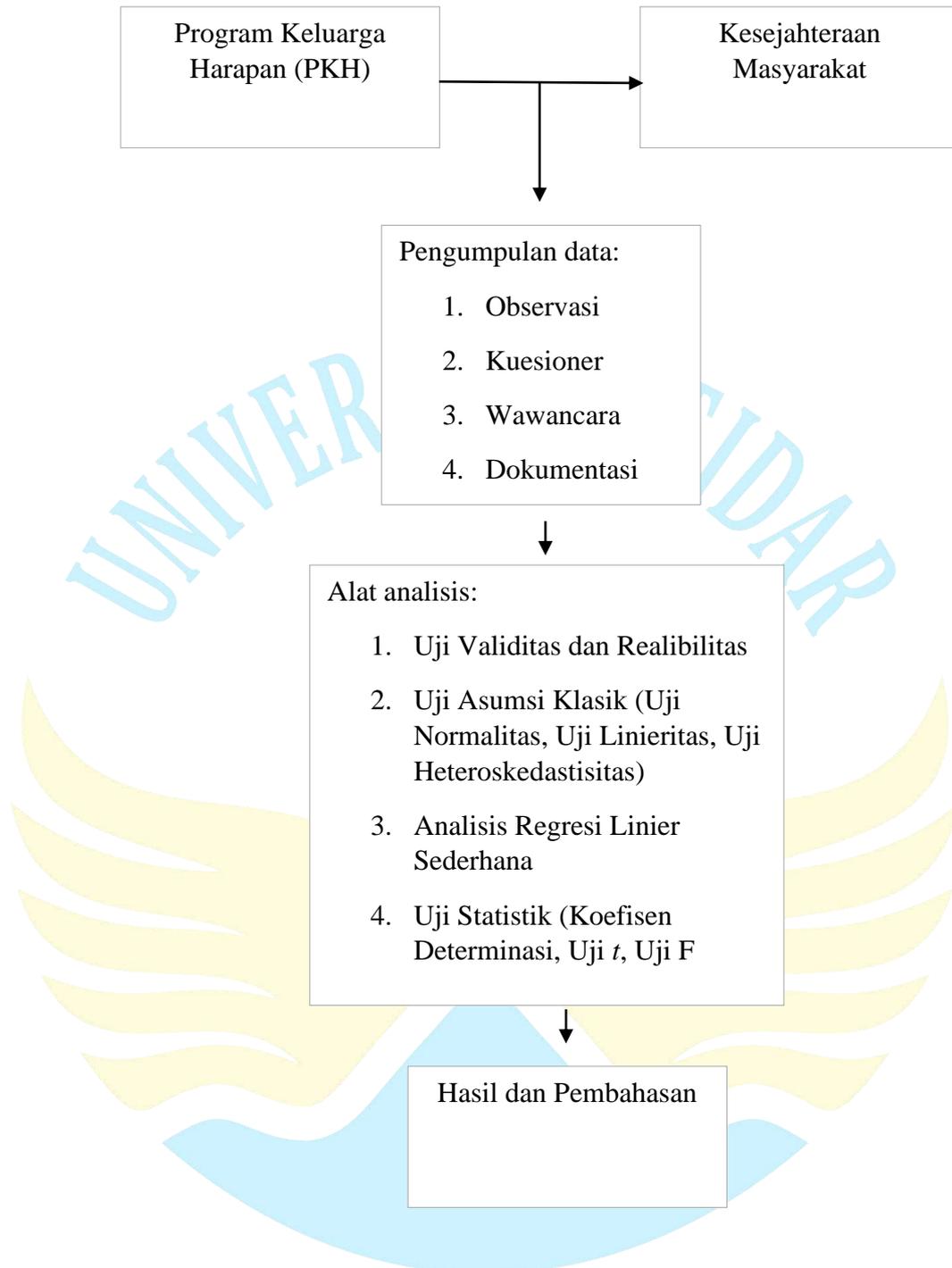
Disamping itu, penelitian Wiku, et al. (2020) menjelaskan besarnya pengaruh dari PKH dan KUBe terhadap peningkatan kesejahteraan masyarakat di Kabupaten Minahasa Tenggara memberikan saran implikasi

kebijakan agar program bantuan sosial yang berfungsi sebagai pelengkap bagi pengeluaran rumah tangga, sebaiknya dibarengi dengan penyuluhan tentang kemandirian ekonomi agar dapat memperkuat persepsi masyarakat tentang kemandirian ekonomi keluarga.

Menurut Hasna, et al. (2019) dalam hasil penelitiannya menunjukkan bahwa PKH memberikan dampak positif bagi kesejahteraan masyarakat khususnya KPM PKH yaitu meningkatkan taraf pendidikan, partisipasi sekolah semakin meningkat, meringankan beban, meningkatkan kualitas kesehatan keluarga, meningkatkan pola hidup sehat, mendapatkan layanan kesehatan gratis, meningkatkan kondisi ekonomi keluarga, meningkatkan sumber daya manusia dan merekatkan kekeluargaan. Selain dampak positif yang dirasakan juga terdapat dampak negatif dari pemberian PKH yaitu kecemburuan sosial, ketergantungan dan alokasi dana yang kurang tepat.

2.4 Kerangka Berpikir

Kerangka berpikir disini menggambarkan pola alur pemikiran peneliti yang disusun secara sistematis berdasarkan kerangka teoritis yang sudah dijelaskan sebelumnya, berguna untuk memecahkan dan menjawab hipotesis yang ditemukan dalam penelitian. Kerangka berpikir peneliti digambarkan melalui bagan di bawah ini:



Gambar 2. 2. Kerangka Berpikir Penelitian

Tujuan akhir atau muara adanya Program Keluarga Harapan (PKH) ialah meningkatkan kesejahteraan masyarakat golongan 40% terbawah dari seluruh penduduk di Indonesia. Data yang digunakan dalam meneliti

pengaruh PKH terhadap kesejahteraan masyarakat di Kota Magelang digunakan teknik pengambilan data melalui observasi literasi yang berkaitan dengan bantuan sosial dan kesejahteraan masyarakat, pembuatan kuesioner dengan menyesuaikan pertanyaan yang ada dengan variabel pengukur yang ingin digunakan. Dilanjutkan dengan proses wawancara secara langsung dengan keluarga penerima manfaat bantuan sosial PKH. Dilengkapi dengan dokumentasi atau data yang dapat diambil selama proses wawancara dengan responden.

Data yang diperoleh dianalisis menggunakan uji validitas dan realibilitas untuk mengetahui instrument pertanyaan yang digunakan valid dan reliabel. Uji validitas dilakukan untuk mengukur sah atau valid tidaknya suatu kuesioner (Ghozali, 2013). Uji reliabilitas untuk digunakan sebagai alat pengumpul data karena instrumen tersebut sudah baik (Arikunto, 2013). Selanjutnya alat analisis yang digunakan untuk menjawab pertanyaan ada atau tidaknya pengaruh variabel independen (x) terhadap variabel dependen (y) digunakan alat analisis regresi liner sederhana. Hasil model regresi yang baik harus memenuhi asumsi klasik atau model datanya harus *Best Linear Unbiased Estimator* (BLUE) (Widarjono, 2018). Kemudian digunakan uji statistik koefisien determinasi digunakan untuk mengetahui korelasi antara variabel independen dan variabel dependen. Uji t digunakan digunakan untuk melihat adanya pengaruh secara parsial antara variabel independen dan variabel dependen. Sedangkan uji F digunakan untuk melihat pengaruh secara simultan (bersama-sama) variabel independen dan variabel dependen.

Penelitian ini menggunakan skala untuk mengukur perasaan atau pendapat seseorang tentang sesuatu. Skala juga membantu dalam konseptualisasi dan operasionalisasi. Skala menurut Neuman (2016) merupakan kelas ukuran data kuantitatif yang sering digunakan dalam penelitian survei yang menangkap intensitas, arah, tingkat atau pontesi dari konstruk variabel disepanjang kontinum; kebanyakan berada pada pengukuran tingkat ordinal. Data yang diperoleh dari hasil kuesioner dianalisis dengan mengelompokkan data sesuai variabelnya, membuat tabulasi data dan selanjutnya diolah dengan menggunakan komputerisasi menggunakan aplikasi SPSS 2.4.

2.5 Hipotesis Penelitian

1. Diduga adanya pengaruh akses pelayanan kesehatan terhadap kesejahteraan masyarakat di Kota Magelang tahun 2020.
2. Diduga adanya pengaruh akses pelayanan pendidikan terhadap kesejahteraan masyarakat di Kota Magelang tahun 2020.
3. Diduga adanya pengaruh pendamping sosial PKH terhadap kesejahteraan masyarakat di Kota Magelang tahun 2020.
4. Diduga adanya pengaruh P2K2 terhadap kesejahteraan masyarakat di Kota Magelang tahun 2020.
5. Diduga adanya pengaruh akses pelayanan kesehatan, akses pelayanan pendidikan, pendamping sosia PKH, dan P2K2 secara bersama-sama terhadap kesejahteraan masyarakat di Kota Magelang tahun 2020.

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Menurut Sugiyono (2018), dalam merumuskan desain penelitian harus dibuat secara spesifik, jelas dan terperinci, sudah sejak awal ditentukan secara mantap untuk menjadi pegangan langkah demi langkah melakukan proses penelitian. Dalam penelitian ini, peneliti melakukan penelitian terhadap data primer yaitu merupakan data yang didapatkan langsung oleh peneliti dari lapangan. Data yang didapat dianalisis menggunakan metode kuantitatif. Menurut Sugiyono (2018) metode kuantitatif dapat diartikan sebagai metode penelitian yang berlandaskan pada filsafat *positivisme*, digunakan untuk meneliti pada populasi atau sampel tertentu, pengumpulan data menggunakan instrumen penelitian, analisis data bersifat kuantitatif/statistik dengan tujuan untuk menggambarkan atau menguji hipotesis yang telah ditetapkan. Hipotesis perlu diuji untuk mengetahui hubungan antara variabel yang digunakan, mengetahui apabila terdapat asosiasi variabel satu dengan variabel lainnya atau suatu variabel dipengaruhi variabel lainnya.

3.2 Subjek dan Objek Penelitian

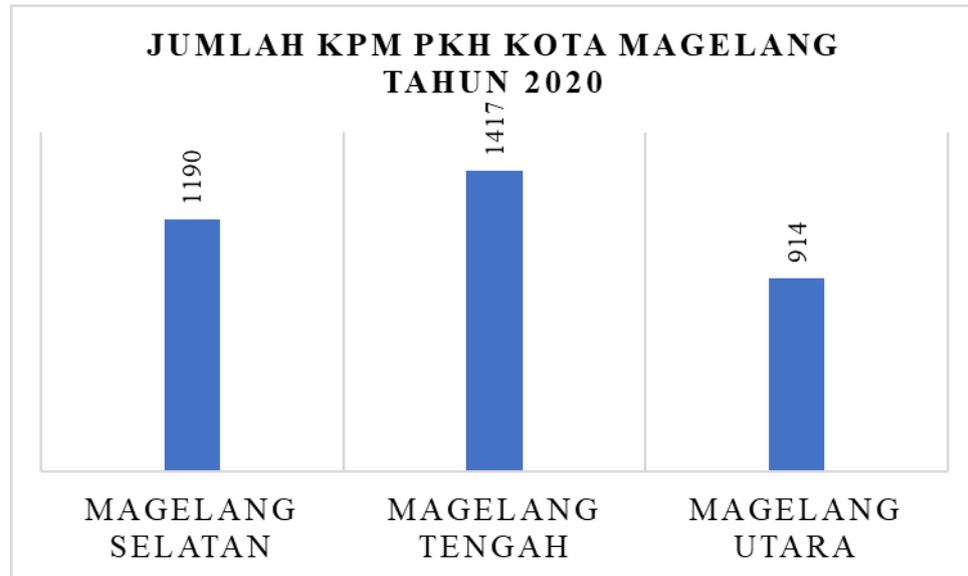
Lokasi yang dipilih untuk melakukan penelitian analisis pengaruh PKH terhadap kesejahteraan masyarakat tahun 2020 oleh peneliti yaitu Kota Magelang. Kota Magelang merupakan wilayah terkecil di Jawa Tengah, luasnya hanya sekitar 0,05 persen dari luas wilayah Provinsi Jawa

Tengah. Penelitian ini dilaksanakan di seluruh kecamatan yang ada di Kota Magelang yang dilakukan pada tanggal 2 Mei - 20 Mei 2021 dengan subjek penelitian adalah sejumlah keluarga penerima manfaat (PKH). Subjek penelitian ini dipilih karena kesejahteraan dan peningkatan kualitas hidup merupakan tolok ukur dan tujuan utama program bantuan tunai bersyarat PKH yang didistribusikan ke masyarakat miskin dan rentan.

3.3 Populasi dan Sampel

3.3.1 Populasi

Menurut Neuman (2016) populasi merupakan ide abstrak dari sehimpunan besar kasus yang peneliti ambil sampelnya, dari sampel tersebut digeneralisasikan. Di samping itu, Sugiyono (2017) menyatakan bahwa populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas, objek/subjek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya. Populasi dalam penelitian ini adalah keluarga penerima manfaat PKH di Kota Magelang tahun 2020 yang berjumlah 3.521 keluarga.



Sumber: Dinas Sosial Kota Magelang, 2020

Gambar 3. 1 Jumlah Keluarga Penerima Manfaat PKH di Kota Magelang tahun 2020

Menurut Grafik 3.1 jumlah KPM PKH di Kota MAgelang tahun 2020 di Kecamatan Magelang Selatan berjumlah 1.190 KPM PKH, 1.427 KPM PKH di Kecamatan Magelang Tengah dan 914 di Kecamatan Magelang Utara sehingga total 3.521 KPM PKH.

3.3.2 Sampel

Pengukuran sampel merupakan suatu langkah untuk menentukan besarnya sampel yang diambil dalam melaksanakan penelitian suatu objek (Sugiyono, 2014). Menurut Neuman (2016) sampel merupakan sehimpunan kasus yang dipilih peneliti dari himpunan besar (populasi) dan akan mengeneralisasikan populasi. Peneliti tidak mungkin mempelajari semua yang ada pada populasi karena keterbatasan dana, tenaga dan waktu, maka peneliti menentukan sampel yang diambil dari populasi

tersebut. Kesimpulan dari penelitian yang dilakukan terhadap sampel yang diambil harus benar-benar mewakili populasi.

Dalam penelitian ini peneliti menggunakan teknik sampling probabilitas atau random sampling (*probability random sampling*). Hal ini didasarkan pada penalaran dan matematis terapan secara cermat yang mencoba menciptakan sampel *representative* yang akurat, yang kesalahannya dapat diprediksi secara matematis. Proses acak berarti bahwa setiap elemen akan memiliki probabilitas yang sama untuk terpilih. Sampling probabilitas adalah standar emas untuk menciptakan sampel yang representatif (Neuman, 2016). Selanjutnya, peneliti menentukan ukuran sampel menggunakan rumus Slovin. Dalam penelitian ini menggunakan rumus Slovin sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Museliza, Afrizal, dan Eliza (2020) dan Rizal (2018) dengan topik yang sama yaitu menganalisis pengaruh PKH terhadap kesejahteraan masyarakat. Rumus Slovin merupakan sebuah rumus atau formula untuk menghitung jumlah sampel minimal apabila perilaku dari suatu populasi tidak diketahui secara pasti. Rumus Slovin ditunjukkan di bawah ini:

$$n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

Keterangan:

n = jumlah sampel yang diperlukan

N = jumlah populasi

e = tingkat kesalahan sampel (*sampling error*), (1%, 5%, 10%)

Perhitungan sampel penelitian menggunakan Rumus Slovin:

$$n = \frac{3.521}{1 + 3.521 (0,1)^2}$$

$$n = \frac{3.521}{1 + 3.521 (0,01)}$$

$$n = \frac{3.521}{1 + 35,21}$$

$$n = \frac{3.521}{36,21}$$

$$n = 97,23$$

Populasi dari penelitian ini berjumlah 3.521 keluarga penerima manfaat PKH di Kota Magelang tahun 2020. Menggunakan rumus Slovin dengan tingkat kesalahan yang digunakan sebesar 10% sehingga jumlah sampel yang diperoleh sejumlah: 97,23 dibulatkan menjadi 100 sampel. Namun, dalam proses pengambilan data di lapangan, peneliti dapat melebihi jumlah sampel sebagai responden sesuai dengan kriteria yang ditetapkan di awal.

3.4 Variabel Penelitian

3.4.1 Kesejahteraan Masyarakat (y)

Kesejahteraan masyarakat di Kota Magelang belum menyeluruh sepenuhnya karena masih terdapat 3.521 keluarga yang menjadi penerima manfaat Program Keluarga Harapan (PKH). Dana bantuan yang diberikan dimanfaatkan untuk akses pelayanan kesehatan maupun pendidikan untuk meningkatkan kualitas hidupnya. Penerima manfaat PKH rata-rata masih kurang mampu memenuhi kebutuhan pokok secara mandiri dan sulit untuk mendapat pekerjaan.

3.4.2 Akses Pelayanan Kesehatan (x_1)

Akses pelayanan kesehatan yang tersedia di Kota Magelang sudah memadai dari segi fasilitas dan pelayanan, di setiap kecamatan terdapat puskesmas bahkan dilengkapi dengan puskesmas pembantu di beberapa tempat. Keluarga penerima manfaat PKH dapat meningkatkan akses pelayanan kesehatan dan menggunakan fasilitas kesehatan yang ada dengan baik melalui program pemerintah yang menjamin kesehatan secara nasional.

3.4.3 Akses Pelayanan Pendidikan (x_2)

Akses pelayanan pendidikan yang tersedia di Kota Magelang sudah memadai dari segi fasilitas dan juga pelayanannya. Semua anak usia sekolah dari keluarga dengan tingkat kesejahteraan terendahpun dapat mengakses pendidikan dengan bantuan program pendidikan dari pemerintah. Kemudahan akses pendidikan memberikan motivasi dan keinginan untuk mendapatkan pendidikan yang berkualitas dari pelajar yang terlibat.

3.4.4 Pendamping Sosial PKH (x_3)

Keadaan pendamping sosial PKH di Kota Magelang sangat memadai dalam segi kualitas namun belum memadai dari segi kuantitas. Untuk 17 kelurahan di Kota Magelang hanya terdapat 11 pendamping sehingga satu orang pendamping mendampingi beberapa kelompok (3-4 kelompok PKH). Meskipun begitu, menurut keluarga penerima manfaat pendamping sosial yang mendampingi sudah melakukan tugas dan fungsinya sebagai pendamping sosial PKH dengan memberikan bantuan,

menjadi perantara/katalisator dan memberikan advokasi atau menerima kritik dan saran dari KPM PKH.

3.4.5 Pertemuan Peningkatan Kemampuan Keluarga (P2K2) (x_4)

P2K2 yang dilakukan rutin setiap satu bulan sekali menjadi kunci keberhasilan PKH di Kota Magelang, meskipun pengaruhnya tidak dapat dirasakan secara langsung dalam waktu dekat. Meningkatnya kemampuan ibu sebagai anggota PKH dapat memberikan solusi atas permasalahan yang dihadapi keluarga terkait keuangan maupun interaksi dalam keluarga seperti mendidik anak. Saat P2K2 tidak dapat dilaksanakan karena pandemi, pendamping sosial berinovasi dengan membuat tayangan edukatif bagi anggota PKH yang disampaikan melalui *online*.

3.5 Definisi Operasional Variabel Penelitian

3.5.1 Kesejahteraan Masyarakat (y)

Pengertian sejahtera itu sendiri adalah kondisi manusia dimana orang-orangnya dalam keadaan makmur, dalam keadaan sehat, dan damai, sehingga untuk mencapai kondisi itu orang tersebut memerlukan suatu usaha sesuai kemampuan yang dimilikinya. Salah satu indikator yang dapat digunakan untuk mengukur kesejahteraan masyarakat adalah pendapatan. Dalam penelitian ini variabel kesejahteraan masyarakat diukur menggunakan data persepsi masyarakat mengenai kondisi kesejahteraan yang diakibatkan dari tambahan pendapatan bantuan PKH yang dituangkan dalam kuesioner yang sudah disusun sebelumnya. Kuesioner tersebut digunakan untuk melihat persepsi masyarakat terhadap beberapa indikator kesejahteraan masyarakat, antara lain:

- a. Kemampuan masyarakat dalam memenuhi kebutuhan pokok
- b. Kemampuan masyarakat dalam akses pelayanan kesehatan dan pendidikan
- c. Persepsi masyarakat terhadap bantuan yang didapat
- d. Kondisi masyarakat untuk memenuhi kebutuhan hidup
- e. Kondisi kesejahteraan rumah tangga
- f. Harapan masyarakat mengenai bantuan dari pemerintah
- g. Kemampuan masyarakat dalam akses pekerjaan
- h. Kondisi interaksi sosial ekonomi masyarakat

3.5.2 Akses Pelayanan Kesehatan (x_1)

Pengertian akses pelayanan kesehatan adalah kemampuan setiap individu untuk mencari pelayanan kesehatan yang dibutuhkan. Dalam variabel ini mencakup pelayanan kesehatan yang diterima KPM PKH serta perilaku yang terjadi pada keluarga dalam memperhatikan kesehatan rumah tangganya, terutama untuk ibu hamil, anak usia balita dan lansia. Dalam penelitian ini variabel ini diukur menggunakan data persepsi masyarakat mengenai kemampuan dalam akses pelayanan kesehatan. Satuan yang digunakan merupakan tingkat kepuasan KPM PKH. Indikator yang digunakan, antara lain:

- a. Jarak fasilitas kesehatan/puskesmas
- b. Persepsi mengenai bantuan pelayanan kesehatan yang didapat
- c. Kondisi kesehatan balita dan lansia
- d. Kemudahan akses pelayanan dan informasi kesehatan

- e. Frekuensi dalam mengakses fasilitas kesehatan
- f. Kondisi petugas kesehatan di fasilitas kesehatan yg digunakan

3.5.3 Akses Pelayanan Pendidikan (x_2)

Pengertian akses pelayanan pendidikan adalah kemampuan setiap individu untuk mencari pelayanan pendidikan yang dibutuhkan. diukur menggunakan data persepsi masyarakat mengenai kemampuan dalam akses pelayanan kesehatan. Satuan yang digunakan merupakan tingkat kepuasan KPM PKH dan kehadiran siswa dalam pembelajaran. Indikator yang digunakan antara lain:

- a. Jarak fasilitas kesehatan/puskesmas
- b. Persepsi mengenai bantuan pelayanan pendidikan yang didapat
- c. Kehadiran anggota keluarga usia sekolah dalam KPM PKH
- d. Kemudahan akses fasilitas pendidikan
- e. Respon orang tua terhadap bantuan pendidikan
- f. Motivasi dalam menempuh pendidikan
- g. Kondisi petugas kesehatan di fasilitas kesehatan yg digunakan
- h. Manfaat dan penggunaan dana bantuan untuk pendidikan

3.5.4 Pendamping Sosial PKH (x_3)

Pendamping sosial yang terdapat dalam PKH merupakan mitra kerja kementerian sosial yang terqualifikasi. Pendamping sosial dalam penelitian ini menggunakan data peran dan fungsi pendamping sosial dalam

mendampingi KPM PKH, dengan menggunakan kuesioner dengan satuan tingkat kepuasan KPM PKH. Indikator yang digunakan, antara lain:

- a. Hubungan KPM PKH dengan pendamping sosial
- b. Fungsi dan tugas pendamping sosial
- c. Kesesuaian peran mediasi yg dilakukan pendamping sosial
- d. Kesesuaian peran advokasi pendamping sosial
- e. Peran pendamping sosial dalam kesejahteraan

3.5.5 Pertemuan Peningkatan Kemampuan Keluarga (P2K2) (x_4)

P2K2 merupakan sebuah intervensi perubahan perilaku yang terstruktur (Wijaya 2019). Penelitian ini menggunakan data anggapan atau persepsi masyarakat terhadap tujuan dan manfaat P2K2 menggunakan kuesioner yang diukur dengan satuan tingkat kepuasan KPM PKH. Indikator yang digunakan dalam penelitian ini, antara lain:

- a. Kehadiran KPM PKH dalam P2K2
- b. Kemampuan KPM dalam mengatasi permasalahan yang ada dalam keluarga
- c. Motivasi yang diakibatkan P2K2 untuk lebih sejahtera
- d. Kemampuan KPM dalam mengalokasikan dana bantuan
- e. Fungsi dan tujuan P2K2

3.6 Teknik Pengumpulan Data

Data yang digunakan dalam penelitian ini merupakan data primer dan data sekunder. Data primer adalah data yang diperoleh dan dikumpulkan langsung dari responden penelitian dengan menggunakan alat pengukuran atau alat pengambilan data secara langsung sebagai sumber informasi yang dicari. Data primer merupakan sumber data yang langsung memberikan data kepada pengumpul data (Sugiyono, 2016:225). Sumber data primer didapatkan melalui kegiatan wawancara dengan subjek penelitian dan dengan observasi atau pengamatan langsung di lapangan. Sujarweni (2015: 7) menyatakan bahwa data sekunder adalah data yang tidak langsung diperoleh dari sumber pertama dan telah tersusun dalam bentuk dokumen tertulis. Sumber data sekunder digunakan untuk mendukung informasi yang didapatkan dari sumber data primer yaitu dari bahan pustaka, literatur, penelitian terdahulu, buku, dan laporan-laporan. Data sekunder dalam penelitian ini adalah laporan mengenai data persebaran keluarga penerima manfaat PKH.

Alat pengukuran yang digunakan dalam penelitian ini merupakan angket atau kuesioner. Sedangkan data sekunder adalah sumber data yang tidak secara langsung memberikan data kepada peneliti. Adapun data sekunder yang digunakan dalam penelitian ini yaitu: literatur berupa jurnal, buku dan publikasi, berita elektronik, data dari Badan Pusat Statistik Kota Magelang maupun Jawa Tengah, Dinas Sosial Kota Magelang berupa profil PKH Kota Magelang dan jumlah KPM PKH di Kota Magelang. Teknik pengumpulan data merupakan langkah yang

paling strategi dalam penelitian, karena tujuan utama dari penelitian adalah mendapatkan data (Sugiyono, 2014:62). Untuk menghasilkan data yang valid dan dapat dipertanggungjawabkan, peneliti menggunakan teknik pengumpulan data sebagai berikut:

1) Observasi

Observasi merupakan teknik pengumpulan data yang mempunyai ciri spesifik bila dibandingkan dengan teknik lain. Hal ini dikarenakan dalam observasi dilakukan proses-proses pengamatan guna penelitian yang khususnya berkaitan dengan perilaku manusia. Menurut Arifin (2013, hlm.153) menyebutkan bahwa observasi adalah suatu proses pengamatan dan pencatatan secara sistematis, logis, objektif, dan rasional dari berbagai fenomena, baik dalam situasi yang sebenarnya maupun di dalam situasi buatan untuk mencapai tujuan tertentu. Sedangkan, menurut Sugiyono (2015) observasi merupakan kegiatan pemuatan penelitian terhadap suatu objek. Alasan peneliti menggunakan observasi adalah untuk mengetahui gambaran awal mengenai kemiskinan dan kesejahteraan masyarakat, kondisi sosial masyarakat di Kota Magelang yang masuk dalam tingkat kesejahteraan terbawah dan observasi mengenai perkembangan Program Keluarga Harapan (PKH) di Kota Magelang.

2) Angket

Menurut Sugiyono (2018) kuesioner merupakan teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan cara memberi seperangkat

pertanyaan atau pernyataan tertulis kepada responden untuk dijawab. Penggunaan angket dalam penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh PKH terhadap kesejahteraan masyarakat di Kota Magelang tahun 2020, dengan memberikan daftar pertanyaan tertulis kepada responden lalu diisi oleh responden melalui kuesioner berbentuk *hardcopy* yang dibuat peneliti yang selanjutnya hasil kuesioner dikuantitatifkan berupa angka. Hasil angket didapatkan dari responden yang menjadi sampel pada penelitian ini yaitu keluarga penerima manfaat Program Keluarga Harapan (PKH) di Kota Magelang tahun 2020. Penelitian ini tidak menggunakan Google Form justru menggunakan kuesioner *hardcopy* untuk menyesuaikan dan memudahkan responden.

Penelitian ini menggunakan penskalaan Likert. Skala yang paling mudah digunakan adalah skala likert. Skala likert menggunakan beberapa butir pertanyaan untuk mengukur perilaku individu dengan merespon 5 titik pilihan pada setiap butir pertanyaan, sangat setuju, setuju, tidak memutuskan, tidak setuju, dan sangat tidak setuju (Likert 1932). Skala likert dikembangkan pertama kali menggunakan 5 titik respon yaitu sangat setuju, setuju, tidak memutuskan, tidak setuju, dan sangat tidak setuju (Likert 1932). Jumlah titik 5 dan 7 juga sebanding (Budiaji, 2013). Skala Likert disebut *summated-rating* atau skala aditif karena nilai atau skor seseorang pada skala dihitung dengan menjumlahkan jumlah tanggapan yang diberikan. Ketika menggabungkan beberapa butir pertanyaan yang telah diperingkatkan,

peneliti mendapatkan ukuran indikator majemuk yang lebih komprehensif. Menurut Sugiyono (2018: 152) menyatakan bahwa skala likert digunakan untuk mengukur sikap, pendapat, dan persepsi seseorang atau sekelompok orang tentang fenomena sosial. Analisis data dengan menggunakan skala likert dalam penelitian ini digunakan untuk mengukur persepsi responden terkait variabel-variabel terkait dengan pengembangan UMKM. Skoring pada setiap item pertanyaan kuesioner pada indikator proses penelitian ini menggunakan skala likert, seperti pada tabel berikut:

Tabel 3. 1. Tingkat Jawaban dan Skor dalam Kuesioner

Opsi	Alternatif Jawaban	Bobot Nilai
A	Sangat setuju	5
B	Setuju	4
C	Netral	3
D	Kurang setuju	2
E	Tidak setuju	1

Sumber: (Budiaji, 2013)

Sesuai dengan Tabel 3.1 diatas skala likert yang digunakan dalam penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan (Usman 2014) bahwa daftar pertanyaan didesain berdasarkan skala Likert dan disiapkan 5 (lima) alternatif pilihan (opsi) jawaban untuk dipilih responden berdasarkan fakta, pengetahuan dan pengalaman mereka tentang variabel yang ditanyakan. Skala likert 5 juga digunakan dalam penelitian (Museliza, Afrizal, and Eliza 2020) untuk melihat pengaruh

PKH terhadap kesejahteraan masyarakat di Kecamatan Tampan Kota Pekanbaru.

3) Wawancara

Wawancara diartikan sebagai sebuah interaksi yang didalamnya terdapat pertukaran atau berbagi aturan, tanggung jawab, perasaan, kepercayaan, motif dan informasi. Wawancara merupakan interaksi pewawancara dan informan melalui interaksi yang berkesinambungan dalam rentang waktu tertentu. Menurut Sugiyono (2014: 72) mendefinisikan wawancara merupakan pertemuan dua orang untuk bertukar informasi dan ide melalui tanya jawab, sehingga dapat dikonstruksikan makna dalam suatu topik tertentu. Dalam penelitian ini wawancara dilakukan secara langsung dan terstruktur menggunakan alat bantu berupa kuesioner yang telah disiapkan sebelumnya kemudian peneliti mencatat atau merekam hasil dari wawancara.

4) Dokumentasi

Dokumentasi adalah metode pengumpulan data yang digunakan untuk menelusuri historis. Sugiyono (2013, hlm. 240) menyatakan bahwa dokumen merupakan catatan peristiwa yang sudah berlalu. Dokumen bisa berbentuk tulisan, gambar, atau karya-karya monumental dari seorang. Dokumen yang berbentuk tulisan misalnya catatan harian, sejarah kehidupan (life histories), ceritera, biografi, peraturan, kebijakan. Penggunaan dokumentasi pada penelitian ini

untuk mengukur validnya data dan kelayakan data untuk mengetahui pengaruh PKH terhadap kesejahteraan masyarakat Kota Magelang 2020. Hal-hal yang berkaitan dengan dokumentasi antara lain: profil Kota Magelang, profil PKH Kota Magelang, jumlah KPM PKH Kota Magelang tahun 2020, proses pengambilan data di lapangan, proses penyebaran angket dan wawancara maupun literatur yang didapatkan dari berbagai sumber mulai dari internet, jurnal, skripsi maupun literatur pendukung lainnya.

3.7 Validitas dan Reliabilitas Data

3.7.1 Teknik Pengujian Validitas

Menurut Neuman (2018) validitas pengukuran merupakan seberapa baik kesesuaian indikator empiris dengan definisi konseptual dalam konstruk yang seharusnya diukur oleh indikator tersebut. Pada intinya, validitas pengukuran memberitahu peneliti seberapa baik definisi konseptual dan operasional berkejasama satu sama lain: semakin baik kesesuaiannya, semakin tinggi validitas pengukurannya. Uji validitas dilakukan untuk seberapa baik suatu instrumen digunakan dalam penelitian ini dengan cara mengkorelasikan antar skor butir pertanyaan dengan skor totalnya. Instrumen yang dimaksud disini ialah kuesioner yang diukur dengan menggunakan rumus Product Moment dari Karl Pearson dalam Sugiyono (2017) sebagai berikut:

$$r_i = \frac{n \sum XY - (\sum X \sum XY)}{\sqrt{N \sum X^2 - (\sum X)^2} (N \sum Y^2 - (\sum Y)^2)}$$

Keterangan:

X = skor yang diperoleh subjek dari seluruh item

Y = skor total yang diperoleh dari seluruh item

$\sum X$ = jumlah skor dalam distribusi

$X.\sum Y$ = jumlah skor dalam distribusi Y

$\sum X^2$ = jumlah skor kuadrat dalam distribusi X

$\sum Y^2$ = jumlah kuadrat dalam distribusi Y

N = banyak responden

Kemudian hasil dari r_{xy} dibandingkan dengan harga/nilai kritis Product Moment (r -tabel), apabila hasil yang diperoleh r -hitung $>$ r -tabel maka instrumen (kuesioner) yang digunakan dalam penelitian valid.

3.7.2 Teknik Pengujian Reliabilitas

Menurut Neuman (2018) reliabilitas pengukuran berarti bahwa hasil numerik yang dihasilkan oleh indikator tidak bervariasi karena karakteristik dari proses pengukuran atau instrumen pengukuran itu sendiri. Dengan kata lain reliabilitas pengukuran dapat diartikan sebagai kemampuan diandalkan atau konsistensi dari ukuran suatu variabel. Reliabilitas dalam penelitian ini bertujuan untuk melihat tingkat ketetapan hasil pengukuran kuesioner yang digunakan. Instrumen (kuesioner) ini dikatakan reliabel jika dapat memberi hasil relatif sama pada saat dilakukan pengukuran kembali pada objek yang berlainan pada waktu yang berbeda atau memberikan hasil yang tetap. Uji reliabilitas ini

menggunakan rumus Cronbach's Alpha dalam Sujarweni (2015), sebagai berikut:

$$r_i = \left[\frac{k}{k-1} \right] \left[1 - \frac{\sum \sigma_b^2}{\sigma_t^2} \right]$$

Keterangan:

Ri = reliabilitas instrumen

N = jumlah butir pertanyaan

σ_b^2 = varian butir

σ_t^2 = varian total

Nilai reliabilitas dilakukan dengan membandingkan antara koefisien reliabilitas (r-hitung) dengan r-tabel sebagai berikut:

- a. Apabila nilai r-hitung $>$ r-tabel, dengan $df = n - 2$, pada level confidence 95% ($\alpha = 0,05$), maka instrumen tersebut dianggap reliabel.
- b. Apabila nilai r-hitung $<$ r-tabel, dengan $df = n - 2$ pada level confidence 95% ($\alpha = 0,05$), maka instrumen tersebut dianggap tidak reliabel.

3.8 Teknik Analisis Data

Teknik analisis data dalam penelitian kuantitatif merupakan kegiatan setelah data dari seluruh responden terkumpul, menggunakan statistik. Dalam penelitian ini peneliti ingin menguji hipotesis, membuat kesimpulan yang berlaku untuk populasi dan memutuskan hasilnya cukup

besar atau tidak untuk menunjukkan bahwa suatu hubungan benar-benar ada dan bukan karena kebetulan saja. Sebelum melakukan uji statistic dilakukan uji asumsi klasik terhadap data.

3.8.2 Uji Asumsi Klasik

Uji asumsi klasik perlu dilakukan untuk mengetahui estimator yang digunakan tidak bias, linier dan mempunyai varian yang minimum (*best linear unbiased estimators*).

3.8.2.1 Uji Multikolinearitas

Multikolinearitas adalah keadaan antara dua variabel independen atau lebih pada model regresi terjadi hubungan linier yang sempurna atau mendekati sempurna. Model regresi yang baik berarti tidak adanya masalah multikolinearitas. Dampak yang diakibatkan dengan adanya multikolinearitas yaitu: nilai standar error masing-masing koefisien tinggi sehingga t-hitung menjadi rendah dan pengaruh masing-masing variabel independen sulit dideteksi.

Untuk mendeteksi multikolinearitas digunakan nilai *tolerance* dan VIF. Semakin kecil nilai *tolerance* dan semakin besar VIF maka semakin mendekati terjadinya masalah multikolinearitas. Dengan melihat nilai VIF masing-masing variabel, jika nilai $VIF < 10$, maka dapat disimpulkan data bebas dari gejala multikolinearitas (Ghozali, 2013).

3.8.2.2 Uji Heteroskedastisitas

Heteroskedastisitas adalah keadaan terjadinya ketidaksamaan varian dari residual pada model regresi. Model regresi yang baik mensyaratkan tidak adanya masalah heteroskedastisitas. Heteroskedastisitas menyebabkan penaksir atau estimator menjadi tidak efisien, nilai koefisien determinasi akan menjadi sangat tinggi serta standar error dari model regresi menjadi bias sehingga menyebabkan nilai t-statistik dan f-hitung menjadi bias. Dampak akhirnya adalah pengambilan kesimpulan statistik untuk menguji hipotesis menjadi tidak valid. Ada beberapa cara untuk menguji heteroskedastisitas yaitu uji grafik plot pada scatterplots regresi, uji Park, uji Glejser dan uji White. Dalam penelitian ini digunakan uji Glejser dan melihat titik-titik pada scatterplots. Untuk menguji ada atau tidaknya heteroskedastisitas dengan melihat pola titik-titik pada scatterplots regresi, jika titik-titik menyebar dengan pola yang tidak jelas di atas dan di bawah angka 0 pada sumbu Y maka tidak terjadi regresi (Priyatno, 2013). Model regresi yang baik adalah yang homokedastisitas atau tidak terjadi heteroskedastisitas.

3.8.2.3 Uji Normalitas

Syarat dalam analisis parametrik yaitu distribusi data harus normal. Uji normalitas dilakukan sebelum dilaksanakannya uji hipotesis untuk mengetahui alat uji statistika mana yang paling sesuai untuk digunakan. Uji normalitas dapat diuji menggunakan

uji Kolmogorov-Smirnov (analisis *explore*) untuk mengetahui distribusi pada setiap variabel (Priyatno, 2013). Metode yang digunakan dalam uji normalitas yaitu uji Kolmogorov-Smirnov untuk residual data maupun data dan dengan melihat grafik P-P Plot yang terbentuk untuk residual data. Menurut Ghozali (2013) digunakan uji Kolmogorov-Smirnov untuk mengetahui data maupun residual terdistribusi normal atau tidak dengan melihat tingkat signifikansinya.

Pengujian normalitas data pada penelitian menggunakan uji One Sample Kolmogorov-Smirnov. yang mana dasar pengambilan keputusan sebagai berikut:

- 1) Jika nilai signifikansi $> 0,05$, maka data tersebut berdistribusi normal
- 2) Jika nilai signifikansi $< 0,05$, maka data tersebut tidak berdistribusi normal

3.9 Analisis Regresi Linier Berganda

Seperti pada regresi sederhana, peneliti menggunakan metode *Ordinary Least Square (OLS)* untuk mendapatkan koefisien garis regresi berganda. Metode OLS dibangun berdasarkan asumsi-asumsi klasik. Ada beberapa asumsi OLS yang kita gunakan dalam regresi berganda seperti dalam regresi sederhana. Jika asumsi klasik terpenuhi maka metode OLS akan tetap mampu mendapatkan $\beta_0, \beta_1, \beta_2, \dots, \beta_k$ yang *best linear unbiased estimators* = BLUE sehingga menyebabkan garis regresi sedekat mungkin

pada data aktualnya. Bentuk umum regresi berganda dengan sejumlah k variabel dapat ditulis sebagai berikut:

$$Y_i = \beta_0 + \beta_1 X_{1i} + \beta_2 X_{2i} + \dots + \beta_k X_{ki} + e_i$$

Dalam penelitian ini digunakan analisis kuantitatif dengan menggunakan metode regresi linier berganda. Regresi linier berganda merupakan hubungan secara linier antara dua atau lebih variabel independen (x) dengan variabel dependen (y). Analisis regresi digunakan untuk mengukur kekuatan antara dua variabel atau lebih, juga menunjukkan arah hubungan antara variabel dependen dengan variabel independen. Variabel dependen diasumsikan sebagai random/stokastik yang berarti mempunyai distribusi probabilitas. Variabel independen/bebas diasumsikan memiliki nilai tetap (dalam pengambilan sampel yang berulang) (Ghozali, 2018). Dalam penelitian ini digunakan alat analisis regresi linier berganda untuk menjawab hipotesis 1-5 yaitu adanya pengaruh variabel independen (x) (akses pelayanan kesehatan, akses pelayanan pendidikan, pendamping sosial PKH dan P2K2 terhadap kesejahteraan masyarakat sebagai variabel dependen (y)).

Persamaan dari model regresi berganda pada penelitian ini dapat dirumuskan sebagai berikut:

$$Y_i = \beta + \beta_1 X_{1i} + \beta_2 X_{2i} + \beta_3 X_{3i} + \beta_4 X_{4i} + \varepsilon_i$$

Keterangan:

Y_i = kesejahteraan masyarakat

X_{1i} = akses pelayanan kesehatan

X_{2i} = akses pelayanan pendidikan

X_{3i} = pendamping sosial PKH

X_{4i} = P2K2

β = konstanta

$\beta_1\beta_2\beta_3$ dst = koefisien regresi (nilai peningkatan atau penurunan)

ε_i = error term/ residual

3.10 Uji Statistik

Uji statistik bertujuan untuk mengetahui ada tidaknya pengaruh variabel bebas terhadap variabel terikat.

3.10.1 Koefisien Determinasi (Adjusted R-Squared)

Koefisien determinasi (R^2) pada intinya mengukur seberapa jauh kemampuan model dalam menerangkan variasi variabel terikat. Dalam regresi berganda juga digunakan koefisien determinasi (R^2) untuk mengukur seberapa baik garis regresi yang dimiliki, mengukur seberapa besar proporsi variasi variabel dependen dijelaskan oleh semua variabel independen. Formula untuk menghitung koefisien determinasi regresi berganda sama dengan regresi sederhana. Koefisien determinasi merupakan ukuran umum yang digunakan untuk mengukur *goodness of fit* dari sebuah hasil regresi. Batasan koefisien determinasi adalah $0 \leq R^2 \leq 1$. Jika R^2 bernilai 1 maka 100% variasi dari Y dapat dijelaskan oleh X. Namun, jika tidak ada daerah yang saling tumpang tindih atau berhimpit, R^2 pasti bernilai 0 (Gujarati, 2015).

Salah satu persoalan besar penggunaan koefisien determinasi adalah nilai R^2 selalu naik ketika menambah variabel independen (x) dalam model walaupun penambahan variabel independen (x) belum tentu mempunyai justifikasi atau pembenaran dari teori ekonomi ataupun logika ekonomi. Para ahli ekonometrika telah mengembangkan alternatif lain agar nilai R^2 tidak merupakan fungsi dari variabel independen (Widarjono, 2018). Sebagai alternatif digunakan R^2 yang disesuaikan (*Adjusted R^2*) dengan rumus sebagai berikut:

$$R^2 = 1 - \frac{\sum \hat{e}_i^2 / (n - k)}{\sum (Y_i - \bar{Y})^2 / (n - 1)}$$

Dimana: k = jumlah parameter, termasuk intersep dan n = jumlah observasi

Terminologi koefisien determinasi yang disesuaikan ini karena disesuaikan dengan derajat kebebasan (*df*) dimana $\sum \hat{e}_i^2$ mempunyai *df* sebesar $n - k$ dan $\sum (Y_i - \bar{Y})^2$ dengan *df* sebesar $n - 1$.

3.10.2 Uji t Koefisien Regresi Individual

Perbedaan uji t regresi berganda yang mempunyai lebih dari satu variabel independen dengan regresi sederhana dengan hanya satu variabel independen terletak pada besarnya derajat kebebasan atau *degree of freedom (df)*, untuk regresi sederhana *df*-nya sebesar $n-2$ sedangkan regresi berganda tergantung dari jumlah variabel independen ditambah dengan konstanta yaitu $n-k$. Prosedur uji t pada koefisiensi regresi parsial regresi berganda sama dengan prosedur uji koefisiensi regresi sederhana (Widarjono, 2018). Menurut Kuncoro dalam Ghozali (2016), uji t pada

dasarnya menunjukkan seberapa besar pengaruh satu variabel independen secara individual menerangkan variasi variabel terikat. Pengujian parsial regresi dimaksudkan untuk mengetahui apakah variabel bebas secara individual mempunyai pengaruh terhadap variabel terikat dengan asumsi variabel yang lain konstan. Untuk melakukan uji t dapat menggunakan rumus sebagai berikut:

$$t_{hitung} = \beta_n + S\beta_n$$

Keterangan:

t = mengikuti fungsi t dengan derajat kebebasan (df)

β_n = koefisien regresi masing-masing variabel

$S\beta_n$ = standar error/ standar deviasi masing-masing variabel, (1%, 5%, 10%)

Hasil t-hitung masing-masing estimator selanjutnya dibandingkan dengan t-tabel (t-kritis dari t-tabel) dengan menggunakan tingkat kesalahan 0,05. Keputusan menolak atau gagal menolak H_0 sebagai berikut:

- a. Jika nilai t-hitung > nilai t-kritis maka H_0 ditolak atau menerima H_a
- b. Jika nilai t-hitung < nilai t-kritis maka H_0 gagal ditolak

Bila terjadi penerimaan H_0 maka dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat pengaruh signifikan, sedangkan apabila H_0 ditolak berarti terdapat pengaruh yang signifikan. Rancangan pengujian hipotesis statistik ini digunakan untuk menguji ada tidaknya pengaruh antara variabel independen (x) yaitu akses pelayanan kesehatan (x_1), akses pelayanan

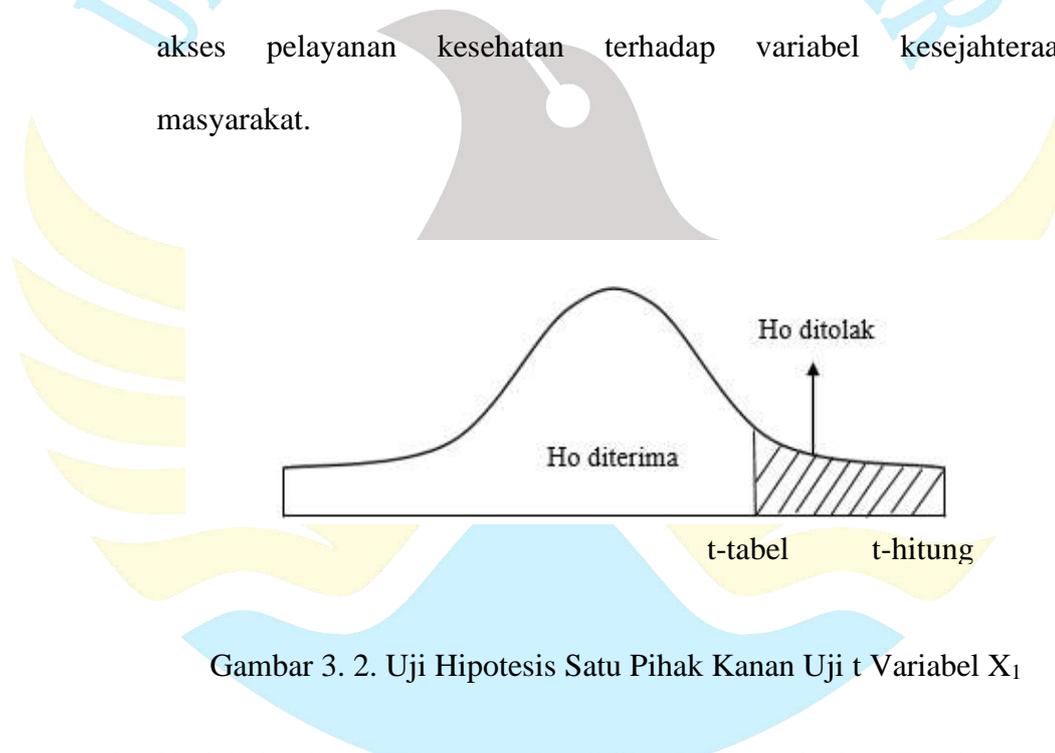
pendidikan (x_2), pendamping sosial PKH (x_3), dan P2K2 (x_4) terhadap variabel dependen kesejahteraan masyarakat (y).

Hipotesis dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Variabel Akses Pelayanan Kesehatan (X_1) terhadap Variabel Kesejahteraan Masyarakat (Y)

$H_0: \beta_i \leq 0$, Tidak terdapat pengaruh positif dan tidak signifikan antara variabel akses pelayanan kesehatan terhadap variabel kesejahteraan masyarakat.

$H_a: \beta_1 > 0$, Terdapat pengaruh positif dan signifikan antara variabel akses pelayanan kesehatan terhadap variabel kesejahteraan masyarakat.

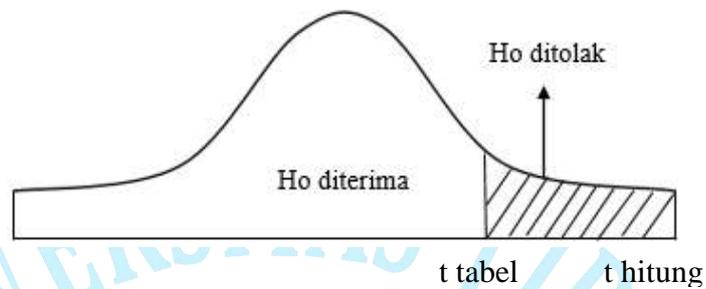


Gambar 3. 2. Uji Hipotesis Satu Pihak Kanan Uji t Variabel X_1

2. Variabel Akses Pelayanan Pendidikan (X_2) terhadap Kesejahteraan Masyarakat (Y)

$H_0: \beta_i \leq 0$, Tidak terdapat pengaruh negatif dan tidak signifikan antara variabel akses pelayanan pendidikan terhadap variabel kesejahteraan masyarakat.

$H_a: \beta_1 > 0$, Terdapat pengaruh negatif dan signifikan antara variabel akses pelayanan pendidikan terhadap kesejahteraan masyarakat.

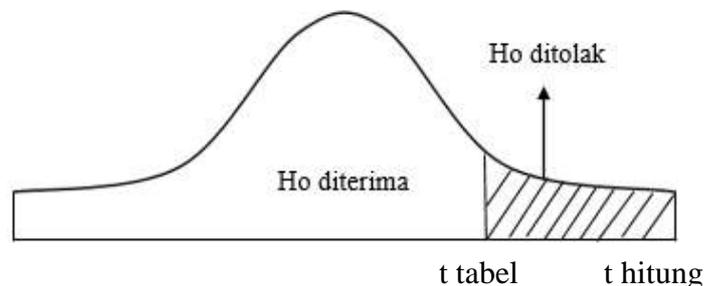


Gambar 3. 3. Uji Hipotesis Satu Pihak Kanan Uji t Variabel X_2

3. Variabel Pendamping Sosial PKH (X_3) terhadap Kesejahteraan Masyarakat (Y)

$H_0: \beta_i \leq 0$, Tidak terdapat pengaruh positif dan tidak signifikan antara variabel pendamping sosial PKH terhadap variabel kesejahteraan masyarakat.

$H_a: \beta_1 > 0$, Terdapat pengaruh positif dan signifikan antara variabel pendamping sosial PKH terhadap variabel kesejahteraan masyarakat.

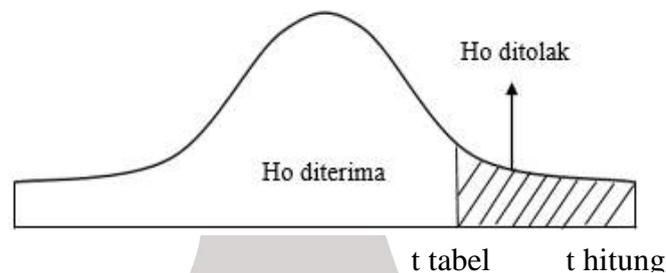


Gambar 3. 4. Uji Hipotesis Satu Pihak Kanan Uji t Variabel X_3

4. Variabel Pertemuan Peningkatan Kemampuan Keluarga (P2K2) (X_4) terhadap Kesejahteraan Masyarakat (Y)

$H_0: \beta_i \leq 0$, Tidak terdapat pengaruh positif dan tidak signifikan antara variabel P2K2 terhadap variabel kesejahteraan masyarakat.

$H_a: \beta_1 > 0$, Terdapat pengaruh positif dan signifikan variabel antara variabel P2K2 terhadap variabel kesejahteraan masyarakat.



Gambar 3. 5. Uji Hipotesis Satu Pihak Kanan Uji t Variabel X_4

3.10.3 Uji F untuk Signifikansi Model dan Uji Hipotesis Gabungan Koefisien Regresi

Uji F atau uji koefisien regresi secara serentak (simultan), yaitu untuk mengetahui pengaruh variabel independen secara serentak terhadap variabel dependen, apakah pengaruhnya signifikan atau tidak. Uji F dapat diaplikasikan untuk berbagai uji di dalam regresi. Uji F digunakan untuk uji signifikansi model dengan melakukan uji hipotesis secara serentak koefisien regresi melalui uji F. Uji F ini bisa dijelaskan dengan menggunakan analisis varian (*analysis of variance* = ANOVA). Uji F juga dapat digunakan untuk uji hipotesis koefisien regresi gabungan (*joint*

hypothesis) (Widarjono, 2018). Menurut Sugiyono (2014), dan Widarjono (2018) uji signifikansi dengan uji F dirumuskan sebagai berikut:

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

Keterangan:

R^2 = koefisien determinasi

k = jumlah variabel independen

n = jumlah anggota data atau kasus

Hipotesis statistik dalam pengujian ini adalah:

$H_0: \beta_1, \beta_2, \beta_3, \beta_4 = 0$, artinya variabel independen secara bersama-sama tidak berpengaruh signifikan terhadap variabel dependen.

$H_a: \beta_1, \beta_2, \beta_3, \beta_4 \neq 0$, artinya variabel independen secara bersama-sama berpengaruh signifikan terhadap variabel dependen

F hasil perhitungan (F-hitung) dibandingkan dengan F-tabel yang diperoleh dengan menggunakan tingkat risiko atau signifikansi level 5% atau *degree of freedom* (df) = $k(n-k-1)$, dengan kriteria sebagai berikut:

H_0 ditolak jika F-hitung > F-tabel atau nilai signifikansi < α

H_0 diterima jika F-hitung < F-tabel atau nilai signifikansi > α

Jika terjadi penerimaan H_0 , maka dapat disimpulkan tidak ada pengaruh yang signifikan model regresi berganda yang diperoleh sehingga mengakibatkan tidak signifikan pula pengaruh dari variabel-variabel bebas secara simultan terhadap variabel terikat.

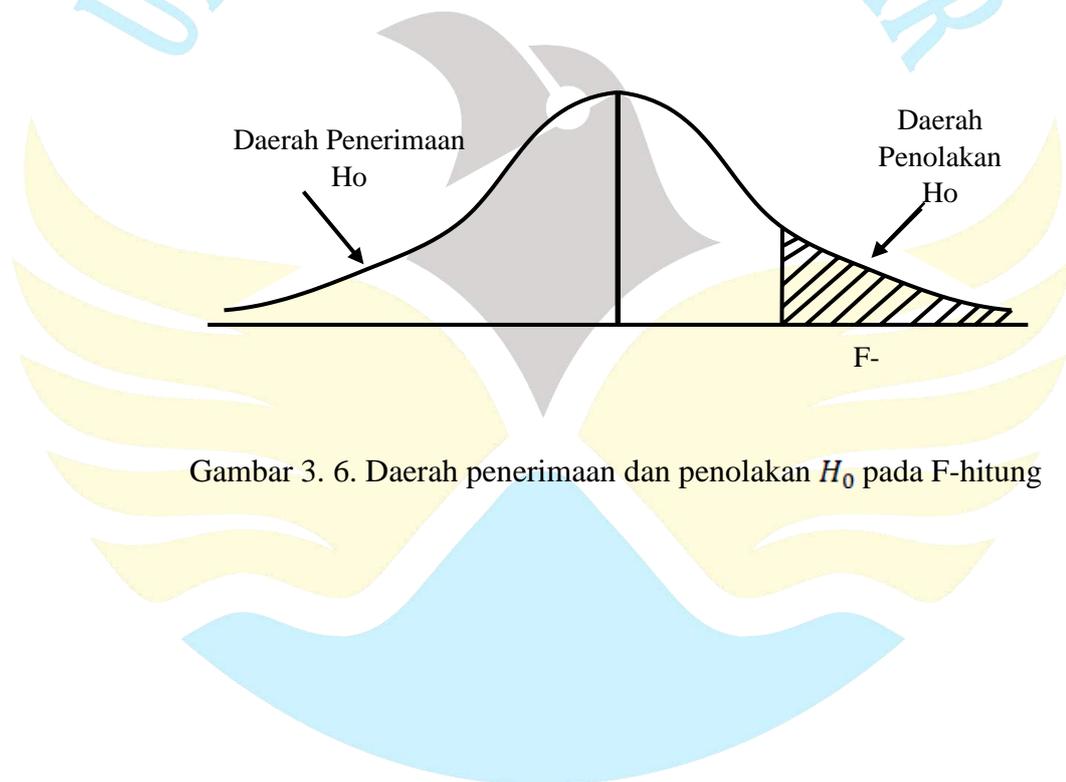
Keterangan:

1. Penetapan tingkat signifikansi

Pengujian hipotesis akan menggunakan tingkat signifikansi sebesar 0,05 ($\alpha=0$) atau tingkat keyakinannya 0,95%. Dalam ilmu sosial tingkat signifikansi 0,05 sudah lazim digunakan karena dianggap cukup tepat untuk mewakili hubungan antar variabel yang diteliti.

2. Penetapan kriteria penerimaan dan penolakan hipotesis

Hipotesis yang telah ditetapkan sebelumnya diuji dengan menggunakan metode pengujian statistik uji F dengan kriteria penerimaan dan penolakan hipotesis.



Gambar 3. 6. Daerah penerimaan dan penolakan H_0 pada F-hitung

BAB IV

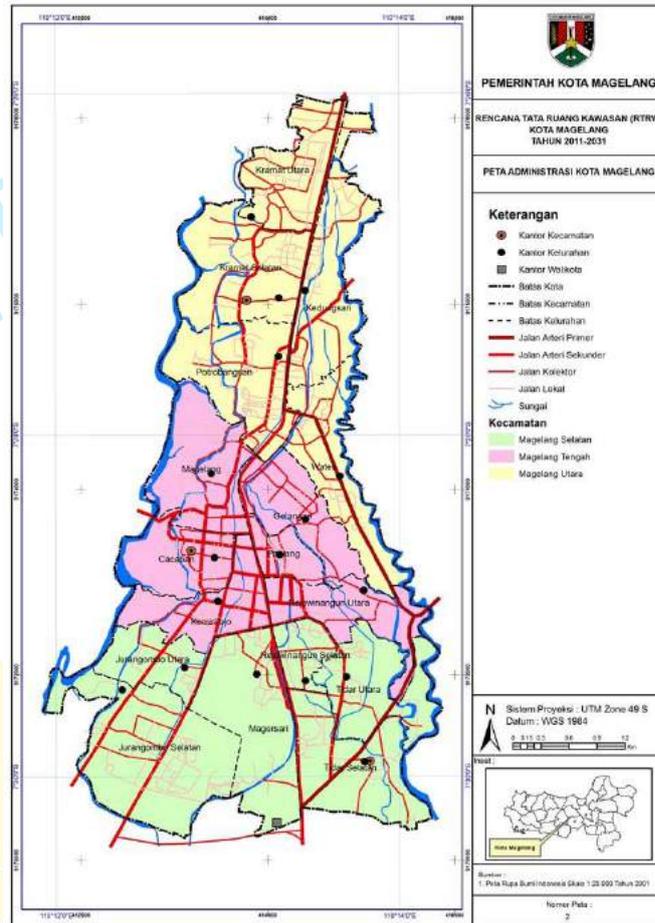
HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Gambaran Umum Obyek Penelitian

Kota Magelang merupakan kota kecil yang terletak di Provinsi Jawa Tengah dan berada pada posisi yang strategis karena berada di tengah - tengah, sehingga mudah dijangkau dari berbagai arah. Provinsi Jawa Tengah merupakan salah satu provinsi yang ada di pulau Jawa, letaknya diapit oleh dua provinsi besar yaitu Jawa Barat dan Jawa Timur. Secara geografis provinsi Jawa Tengah terletak antara $5^{\circ} 40'$ dan $8^{\circ} 30'$ Lintang Selatan dan antara $108^{\circ} 30'$ dan $111^{\circ} 30'$ Bujur Timur, adapun jarak terjauh dari Barat ke Timur yaitu 263 km dan dari Utara ke Selatan 226 km. Jawa Tengah secara administratif terbagi menjadi 29 kabupaten dan 6 kota. Luas wilayah Jawa Tengah sebesar 3,25 juta hektar atau sekitar 25,04 persen dari keseluruhan luas pulau Jawa. Sedangkan secara geografis, Kota Magelang terletak pada $7^{\circ} 26'18''$ dan $7^{\circ} 30'9''$ Lintang Selatan dan antara $110^{\circ} 12'30''$ dan $110^{\circ} 12'52''$ Bujur Timur (Badan Pusat Statistik Kota Magelang, 2019).

Kota Magelang adalah salah satu dari 35 kab/kota yang ada di Jawa Tengah, terletak di tengah-tengah Kabupaten Magelang. Luas wilayah Kota Magelang adalah $18,54 \text{ km}^2$ atau hanya sekitar 0,05 persen dari luas wilayah Provinsi Jawa Tengah. Kota Magelang merupakan wilayah terkecil di Jawa Tengah. Luasnya hanya sekitar 1,68 persen jika dibandingkan dengan luas wilayah kabupaten yang mengitarinya yaitu

Kabupaten Magelang. Sementara itu dilihat dari jarak dengan ibukota Provinsi Jawa Tengah, Kota Magelang berada pada jarak 75 km. Peta wilayah Kota Magelang ditunjukkan oleh gambar di bawah ini:



Gambar 4. 1. Peta Wilayah Kota Magelang

Kota Magelang memiliki luas daerah 18.120 kilo meter persegi yang terbagi menjadi tiga kecamatan administratif, yaitu Kecamatan Magelang Utara, Kecamatan Magelang Tengah dan Kecamatan Magelang Selatan dengan luas wilayah berturut-turut 6.128 km², 5.104 km², dan 6.888 km². Dengan begitu, Kota Magelang terdiri dari 3 kecamatan, dan 17 kelurahan dengan wilayah meliputi:

1. Kecamatan Magelang Utara terdiri dari Kelurahan Kedungsari, Kelurahan Kramat Selatan, Kelurahan Kramat Utara, Kelurahan Potrobangsari dan Kelurahan Wates.
2. Kecamatan Magelang Tengah terdiri dari Kelurahan Cacaban, Kelurahan Gelangan, Kelurahan Kemirirejo, Kelurahan Magelang, Kelurahan Panjang dan Kelurahan Rejowinangun Utara.
3. Kecamatan Magelang Selatan terdiri dari Kelurahan Jurangombo Selatan, Kelurahan Jurangombo Utara, Kelurahan Magersari, Kelurahan Rejowinangun Selatan, Kelurahan Tidar Selatan dan Kelurahan Tidar Utara (Statistik Daerah Kota Magelang, 2019).

Salah satu indikator kesejahteraan masyarakat ialah kemiskinan, kondisi masyarakat miskin di Kota Magelang dapat menjelakan kesejahteraan masyarakat di kota ini. Permasalahan tingkat kemiskinan memerlukan kebijakan yang terpadu dan berkesinambungan. Tanpa adanya program kebijakan tersebut, masalah kemiskinan akan melahirkan permasalahan baru. Masalah sosial, ekonomi, dan politik bisa menjadi masalah lanjutan dari masalah kemiskinan. Tingkat kemiskinan di Kota Magelang, terus turun secara melambat. Meskipun demikian, target yang ditetapkan adalah adanya penurunan yang signifikan pada tingkat kemiskinan dari satu periode ke periode berikutnya. Oleh karena itu, dibutuhkan sinergi dan koordinasi program-program pembangunan di berbagai sektor, terutama program yang menyumbang langsung pada penurunan kemiskinan.

Program Keluarga Harapan (PKH) merupakan salah satu program pengentasan kemiskinan yang diterapkan di Kota Magelang. Menurut data dari Dinas Sosial Kota Magelang terdapat 3.521 keluarga yang menerima manfaat dari program ini. Seluruh jumlah tersebut tersebar dalam tiga kecamatan di Kota Magelang yaitu Kecamatan Magelang Utara, Magelang Tengah dan Magelang Selatan. Terdapat 914 keluarga penerima PKH di Kecamatan Magelang Utara, 1.417 di Kecamatan Magelang Tengah dan 1190 di Kecamatan Magelang Selatan.

4.2 Gambaran Khusus Obyek Penelitian

Pada bagian ini dijelaskan secara khusus karakteristik responden yang di dapat peneliti di lapangan. Dari penelitian yang dilakukan didapat responden sejumlah 113 responden yang merupakan keluarga penerima Program Keluarga Harapan (PKH) di Kota Magelang. Seluruh sampel yang menjadi objek penelitian dipilih secara *random sampling*. Selanjutnya, dari sejumlah responden yang menjadi fokus pada penelitian ini diklasifikasikan berdasarkan berbagai macam karakteristik, seperti usia, tingkat pendidikan, pekerjaan, penghasilan tiap bulan dan jumlah anak. Lebih jelasnya dari berbagai karakteristik responden tersebut akan disajikan dalam beberapa tabel dibawah ini:

Tabel 4. 1. Karakteristik Responden Menurut Usia di Kota Magelang Tahun 2020

No	Usia	Jumlah Responden	Persentase
1	<30 tahun	3	2,65%

No	Usia	Jumlah Responden	Persentase
2	30-39 tahun	24	21,23%
3	40-49 tahun	51	45,13%
4	50-59 tahun	27	23,89%
5	>60 tahun/lansia	8	7,07%
Jumlah		113	100%

Sumber: data primer diolah, 2021

Apabila dilihat pada Tabel 4.1 diatas, dapat diketahui bahwa usia responden yang menjadi fokus pada penelitian ini didominasi oleh responden dengan rentang usia antara 40-49 tahun dengan jumlah 51 (45,13%) orang. Selanjutnya diikuti oleh rentang usia 50-59 tahun sebanyak 27 (23,89%) orang, serta yang terendah adalah responden dengan usia <30 tahun yang jumlahnya hanya sebanyak 3 (2,65%) orang.

Tabel 4. 2. Karakteristik Responden Menurut Tingkat Pendidikan di Kota Magelang Tahun 2020

No	Tingkat Pendidikan	Jumlah Responden	Persentase
1	Tidak sekolah/tidak lulus sekolah dasar	3	2,65%
2	SD	35	30,97%
3	SMP	31	27,43%
4	SMA	39	35,51%
5	Tidak mengisi	5	4,42%
Jumlah		113	100%

Sumber: data primer diolah, 2021

Berdasarkan Tabel 4.2 di atas, dapat diketahui bahwa penerima manfaat PKH yang menjadi responden pada penelitian ini apabila diklasifikasikan menurut pendidikan terakhirnya terdiri dari klasifikasi responden yang tidak menempuh pendidikan atau tidak lulus SD sebanyak

3 (2,65%) orang, sejumlah 35 (30,97%) responden merupakan lulusan Sekolah Dasar (SD) atau yang sederajat, kemudian sebesar 31 (27,43%) lulusan Sekolah Menengah Pertama (SMP) atau yang sederajat. Diikuti sebanyak 39 (35,51%) responden lulusan Sekolah Menengah Atas (SMA) atau yang sederajat, serta sebanyak 5 (4,42%) responden yang tidak mengisi tingkat pendidikannya. Dapat disimpulkan, responden dalam penelitian ini didominasi oleh responden dengan tingkat pendidikan terakhir SMA atau yang sederajat.

Tabel 4. 3. Karakteristik Responden Menurut Pekerjaan di Kota Magelang Tahun 2020

No	Pekerjaan	Jumlah Responden	Persentase
1	Pedagang	24	21,23%
2	Karyawan swasta	1	0,88%
3	Buruh	27	23,89%
4	Ibu rumah tangga	45	39,82%
5	Lainnya	9	7,96%
6	Tidak mengisi	7	6,19%
	Jumlah	113	100%

Sumber: data primer diolah, 2021

Dengan melihat Tabel 4.3 diketahui bahwa responden yang merupakan perempuan/ibu dalam keluarga di penelitian ini di dominasi oleh ibu rumah tangga yaitu sejumlah 45 (39,82%) orang dari 113 orang keseluruhan responden. Sedangkan sisanya merupakan pedagang sebanyak 24 (21,23%) orang, karyawan swasta 1 (0,88%) orang, buruh 27 (23,89%) orang, memiliki pekerjaan lainnya yang tidak terkategori 9 (7,96%) dan responden yang tidak mengisi 7 (6,19 %) orang.

Tabel 4. 4. Karakteristik Responden Menurut Penghasilan per Bulan di Kota Magelang Tahun 2020

No	Penghasilan	Jumlah Responden	Persentase
1	< Rp 500.000	19	16,81 %
2	Rp 500.000 – Rp 1.000.000	19	16,81 %
3	Rp 1.000.000 – Rp 1.500.000	6	5,3 %
4	Rp 1.500.000 – Rp 2.000.000	10	8,84 %
5	> Rp 2.000.000	2	1,76 %
6	Tidak berpenghasilan	37	32,74 %
7	Tidak mengisi	20	17,69 %
	Jumlah	113	100 %

Sumber: data primer diolah, 2021

Berdasarkan Tabel 4.4 diatas dapat diketahui karakteristik responden menurut penghasilan kotor per bulannya. Dari seluruh 113 orang sebagai responden, terdapat 19 orang (16,81%) orang yang memiliki penghasilan kurang dari Rp 500.000, juga ada 19 orang (16,81%) orang yang berpenghasilan antara Rp 1.000.000 dan Rp 1.500.000, responden dengan penghasilan antara Rp 1.000.000 – Rp 1.500.000 sebanyak 6 (5,3%) orang, sebanyak 10 (8,84%) orang berpenghasilan antara Rp 1.500.000 – Rp 2.000.000, sedangkan responden dengan penghasilan tertinggi yaitu lebih dari Rp 2.000.000 hanya sebanyak 2 (1,76%) orang. Sedangkan sisanya tidak mengisi sebanyak 20 (17,49%) orang dan sebanyak 37 (32,74%) orang tidak berpenghasilan. Responden dalam penelitian ini didominasi oleh responden yang tidak berpenghasilan. Sebagian besar responden yang tidak berpenghasilan merupakan ibu rumah tangga. Di samping itu, responden yang tidak mengisi disebabkan

karena tidak punya penghasilan atau berpenghasilan tidak menentu sehingga sulit untuk menentukan penghasilan per bulannya.

Tabel 4. 5. Karakteristik Responden Menurut Jumlah Anak di Kota Magelang Tahun 2020

No	Jumlah Anak	Jumlah Responden	Persentase
1	1 anak	14	12,38%
2	2 anak	46	40,70%
3	3 anak	33	29,20%
4	>4 anak	18	15,92%
5	Tidak diisi/tidak memiliki anak	2	1,76%
Jumlah		113	100%

Sumber: data primer diolah, 2021

Pada Tabel 4.5 diatas dapat diketahui bahwa jumlah anak responden dalam penelitian ini yaitu sebanyak 14 (12,38%) dengan 1 anak, 46 (40,70%) responden dengan 2 anak, 33 (29,20%) responden dengan 3 anak, serta sebanyak 17 (15,92%) responden dengan anak lebih dari sama dengan 4. Sedangkan terdapat 2 (1,76%) responden yang tidak mengisi atau tidak memiliki anak.

4.3 Hasil Penelitian

4.3.1 Pilot Study Alat Ukur

Pilot study atau *pilot test* adalah untuk menguji keefektifan instrumen survei (kuesioner) sebagai alat komunikasi antara peneliti dan responden (Hartono, 2010). Pengujian yang dilakukan dalam *pilot study* meliputi dua hal yaitu validasi muka dan validasi konten. *Pilot test* ini bertujuan untuk memastikan bahwa kuisisioner dan kasus yang akan

diberikan tidak menimbulkan bias. Peneliti melakukan *pilot test* terlebih dahulu kepada 20 keluarga penerima manfaat PKH di Kota Magelang pada tanggal 2 Mei 2021. Dalam pelaksanaan pilot study peneliti dibantu oleh satu rekan peneliti. Peneliti memulai pilot study pada pukul 09.00 WIB dalam P2K2 di salah satu rumah KPM PKH di Kelurahan Cacaban. Untuk memudahkan pengambilan data, peneliti menggunakan metode klasikal, yaitu dengan bertemu langsung dengan KPM PKH di Kota Magelang tahun 2020 dan membagikan kuesioner pada KPM PKH yang hadir. Total kuesioner yang disebarakan berjumlah sebanyak 20 eksemplar dan semuanya dapat diolah. Selanjutnya, berdasarkan penelitian *pilot study* tersebut, peneliti kemudian melakukan perhitungan statistic untuk melakukan uji validitas dan realibilitas.

Tabel 4. 6. Hasil Uji Validitas Variabel Saat *Pilot Study*

Variabel	No. Instrumen	Sig. (2-tailed)	r-hitung	r-tabel	Keterangan
Y	1	0.002	0.586	0,423	Valid
	2	0.002	0.586	0,423	Valid
	3	0.034	0.432	0,423	Valid
	4	0.000	0.721	0,423	Valid
	5	0.000	0.969	0,423	Valid
	6	0.004	0.624	0,423	Valid
	7	0.000	0.724	0,423	Valid
	8	0.008	0.561	0,423	Valid
X ₁	1	0.002	0.610	0,423	Valid
	2	0.000	0.821	0,423	Valid
	3	0.004	0.609	0,423	Valid
	4	0.006	0.590	0,423	Valid
	5	0.001	0.686	0,423	Valid
	6	0.007	0.584	0,423	Valid

Variabel	No. Instrumen	Sig. (2-tailed)	r-hitung	r-tabel	Keterangan
X ₂	1	0.002	0.499	0,423	Valid
	2	0.008	0.571	0,423	Valid
	3	0.000	0.746	0,423	Valid
	4	0.003	0.628	0,423	Valid
	5	0.000	0.750	0,423	Valid
	6	0.007	0.584	0,423	Valid
	7	0.003	0.636	0,423	Valid
	8	0.000	0.770	0,423	Valid
X ₃	1	0.002	0.660	0,423	Valid
	2	0.001	0.675	0,423	Valid
	3	0.006	0.593	0,423	Valid
	4	0.000	0.760	0,423	Valid
	5	0.000	0.780	0,423	Valid
X ₄	1	0.032	0.480	0,423	Valid
	2	0.000	0.744	0,423	Valid
	3	0.015	0.537	0,423	Valid
	4	0.000	0.824	0,423	Valid
	5	0.000	0.843	0,423	Valid

Sumber: data primer diolah, 2021

Uji validitas data primer dapat ditentukan dengan melihat nilai *Significansi (2-tailed)*, apabila nilai *Sig. (2-tailed)* kurang dari 0,05 maka data dinyatakan valid. Selain itu, uji validitas juga dapat menggunakan nilai *Pearson Correlation* atau r-hitung yaitu dengan membandingkan nilai r-hitung dengan nilai r-tabel dari *Table Product Moment*. Dengan jumlah data 20 pada saat pilot study diketahui nilai r-tabel 0,423. Apabila nilai r-hitung lebih besar dari nilai r-tabel maka data dinyatakan valid. Berdasarkan hasil uji validitas *Sig. (2-tailed)* dan nilai *Pearson Correlation* instrumen pertanyaan yang digunakan dalam penelitian ini dinyatakan valid.

Hasil uji validitas berdasarkan Tabel 4.6 menunjukkan bahwa seluruh item pertanyaan dinyatakan valid karena hasil r -hitung lebih besar dari pada r -tabel. Berdasarkan hasil tersebut, pertanyaan yang digunakan dalam penelitian ini secara keseluruhan layak digunakan sebagai instrumen untuk mengukur data penelitian.

Tabel 4. 7. Hasil Uji Reliabilitas Saat *Pilot Study*

Variabel	Cronbach's Alpha	Keterangan
Y	0.710	Reliabel
X ₁	0.683	Reliabel
X ₂	0.790	Reliabel
X ₃	0.733	Reliabel
X ₄	0.724	Reliabel

Sumber: data primer diolah, 2021

Uji realibilitas digunakan untuk melihat melihat kestabilan dan keajegan alat ukur (Anastasi dan Urbina, 1997). Hasil uji reabilitas berdasarkan Tabel 4.7 menunjukkan bahwa nilai *Cronbach's Alpha* pada variabel lebih besar dari 0,6-0,7 sehingga dapat disimpulkan bahwa semua item pertanyaan konsisten (reliabel) atau handal dalam tingkat moderate dan *sufficient reliability*. Dalam beberapa kasus, nilai koefisien relibilitas 0,5 atau 0,6 dapat diterima untuk suatu tes yang reliabel (Kerlinger dan Lee, 2000).

4.3.2 Uji Validitas Data

Uji validitas digunakan untuk menguji masing-masing variabel yang digunakan dalam penelitian ini, dimana keseluruhan variabel memuat 32 pertanyaan dengan jawaban skala Likert. Uji validitas dilakukan untuk

memastikan instrumen atau pertanyaan yang digunakan dalam penelitian yang dilakukan dengan cara mengkorelasikan antar skor butir pertanyaan dengan skor totalnya sudah baik. Hasil uji validitas dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

Tabel 4. 8. Hasil Uji Validitas

Variabel	No. Instrumen	Sig. (2-tailed)	r-hitung	r-tabel	Keterangan
Y	1	0.000	0.363	0,183	Valid
	2	0.000	0.445	0,183	Valid
	3	0.000	0.711	0,183	Valid
	4	0.000	0.783	0,183	Valid
	5	0.000	0.751	0,183	Valid
	6	0.000	0.724	0,183	Valid
	7	0.000	0.634	0,183	Valid
	8	0.000	0.485	0,183	Valid
X ₁	1	0.000	0.445	0,183	Valid
	2	0.000	0.513	0,183	Valid
	3	0.000	0.661	0,183	Valid
	4	0.000	0.666	0,183	Valid
	5	0.000	0.716	0,183	Valid
	6	0.000	0.672	0,183	Valid
X ₂	1	0.000	0.483	0,183	Valid
	2	0.000	0.675	0,183	Valid
	3	0.000	0.702	0,183	Valid
	4	0.000	0.667	0,183	Valid
	5	0.000	0.771	0,183	Valid
	6	0.000	0.709	0,183	Valid
	7	0.000	0.698	0,183	Valid
	8	0.000	0.801	0,183	Valid
X ₃	1	0.000	0.701	0,183	Valid
	2	0.000	0.798	0,183	Valid
	3	0.000	0.786	0,183	Valid
	4	0.000	0.798	0,183	Valid
	5	0.000	0.773	0,183	Valid

Variabel	No. Instrumen	Sig. (2-tailed)	r-hitung	r-tabel	Keterangan
X_4	1	0.000	0.606	0,183	Valid
	2	0.000	0.782	0,183	Valid
	3	0.000	0.764	0,183	Valid
	4	0.000	0.810	0,183	Valid
	5	0.000	0.791	0,183	Valid

Sumber: data primer diolah, 2021

Uji validitas data primer dapat ditentukan dengan melihat nilai *Significansi (2-tailed)*, apabila nilai *Sig. (2-tailed)* kurang dari 0,05 maka data dinyatakan valid. Selain itu, uji validitas juga dapat menggunakan nilai *Pearson Correlation* atau r-hitung yaitu dengan membandingkan nilai r-hitung dengan nilai r-tabel dari *Table Product Moment*. Dengan jumlah data 113 diketahui nilai r-tabel 0,183. Apabila nilai r-hitung lebih besar dari nilai r-tabel maka data dinyatakan valid. Berdasarkan hasil uji validitas *Sig. (2-tailed)* dan nilai *Pearson Correlation* instrumen pertanyaan yang digunakan dalam penelitian ini dinyatakan valid.

Hasil uji validitas berdasarkan Tabel 4.8 menunjukkan bahwa seluruh item pertanyaan dinyatakan valid karena hasil r-hitung lebih besar dari pada r-tabel. Berdasarkan hasil tersebut, pertanyaan yang digunakan dalam penelitian ini secara keseluruhan layak digunakan sebagai instrumen untuk mengukur data penelitian.

4.3.3 Uji Reliabilitas Data

Uji reliabilitas data pada penelitian ini digunakan untuk mengetahui tingkat ketetapan hasil pengukuran kuesioner yang digunakan. Hasil uji reliabilitas dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

Tabel 4. 9. Hasil Uji Reliabilitas

Variabel	Cronbach's Alpha	Keterangan
Y	0.770	Reliabel
X ₁	0.665	Reliabel
X ₂	0.826	Reliabel
X ₃	0.815	Reliabel
X ₄	0.808	Reliabel

Sumber: data primer diolah, 2021

Reliabilitas data atau item pertanyaan ditentukan berdasarkan nilai *Cronbach's Alpha*. Menurut Ghazali (2018) nilai *Cronbach's Alpha* minimal sebuah data dikatakan reliabel adalah sebesar 0,70. Namun, menurut Sugiarto (2016) nilai *Cronbach's Alpha* memiliki rentang, sebagai berikut:

- a. < 0,50 reliabilitas rendah
- b. 0,50 – 0,70 reliabilitas moderat
- c. > 0,70 reliabilitas mencukupi (*sufficient reliability*)
- d. > 0,80 reliabilitas kuat
- e. > 0,90 reliabilitas sempurna

Hasil uji reabilitas berdasarkan Tabel 4.9 menunjukkan bahwa nilai *Cronbach's Alpha* pada variabel lebih besar dari 0,6-0,8 sehingga dapat disimpulkan bahwa semua item pertanyaan konsisten (reliabel) atau handal dalam tingkat moderat dan *sufficient realibility*. Dalam beberapa kasus, nilai koefisien reliabilitas 0,5 atau 0,6 dapat diterima untuk suatu tes yang reliabel (Kerlinger dan Lee, 2000).

4.3.4 Uji Asumsi Klasik

4.3.4.1 Uji Multikolinearitas

Uji multikolinearitas bertujuan untuk menguji apakah model regresi ditemukan adanya korelasi antar variabel bebas (variabel independen). Model regresi yang baik harus tidak ada korelasi antar variabel bebas. Untuk dapat menentukan apakah terdapat multikolinearitas dalam model regresi pada penelitian ini adalah dengan melihat nilai *Variance Inflation Factor* (VIF) dan nilai *tolerance* serta menganalisis matriks korelasi variabel-variabel bebas. Berikut ini adalah tabel yang menunjukkan hasil uji multikolinearitas:

Tabel 4. 10. Hasil Uji Multikolinieritas

Model	Collinearity Statistics	
	Tolerance	VIF
1		
(Constant)		
X1	0.712	1,404
X2	0.676	1,480
X3	0.684	1,462
X4	0.540	1,854

a. Dependen Variable: Y

Sumber: data primer diolah, 2021.

Apabila nilai *tolerance* berada diantara 0.01 dan 0.1 maka terjadi multikolinearitas. Pada Tabel 4.10 menunjukkan bahwa nilai *tolerance* untuk seluruh variabel di luar 0.01 dan 0.1 sehingga

data tidak terjadi multikolinearitas. Hal ini juga didukung dengan nilai VIF yang nilainya lebih dari 1 dan kurang dari 10 maka data terbebas dari multikolinearitas.

4.3.4.2 Uji Heterokedastisitas

Uji heteroskedastisitas bertujuan untuk mengkaji apakah dalam model regresi terdapat gangguan variannya. Uji heteroskedastisitas dapat dilakukan menggunakan uji Glejser. Uji ini dilakukan dengan mengabsolutkan residual dan melihat nilai signifikansinya. Apabila nilai signifikansi lebih besar dari 0.05 maka terbebas dari gejala heterokedastisitas. Hasil uji Glejser ditampilkan pada tabel di bawah ini:

Tabel 4. 11. Hasil Uji Heteroskedastisitas

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		
	B	Std. Error	Beta	t	Sign.
1 (Constant)	0,776	0,342		2,269	0,025
X1	-0,014	0,012	-0,135	-1,210	0,229
X2	0,009	0,008	0,125	1,091	0,278
X3	-0,028	0,016	-0,197	-1,737	0,085
X4	0,010	0,015	0,080	0,628	0,531

a. Dependen Variabel: Abs_Residual

Sumber: data primer diolah, 2021.

Tabel 4.11 di atas menunjukkan bahwa nilai signifikansi semua variabel lebih dari 0.05, berarti semua variabel homokedastisitas atau tidak mengalami heteroskedastisitas.

4.3.4.3 Uji Normalitas

Dalam penelitian ini dilakukan uji normalitas terhadap residual dan juga data menggunakan *Kolmogorov-Smirnov Test*. Residual dan data dikatakan terdistribusi normal apabila nilai signifikansi lebih dari alpha 0.05 atau 5%. Hasil uji normalitas dengan *Kolmogorov-Smirnov* dapat ditunjukkan pada tabel di bawah ini:

Tabel 4. 12. Hasil Uji Normalitas

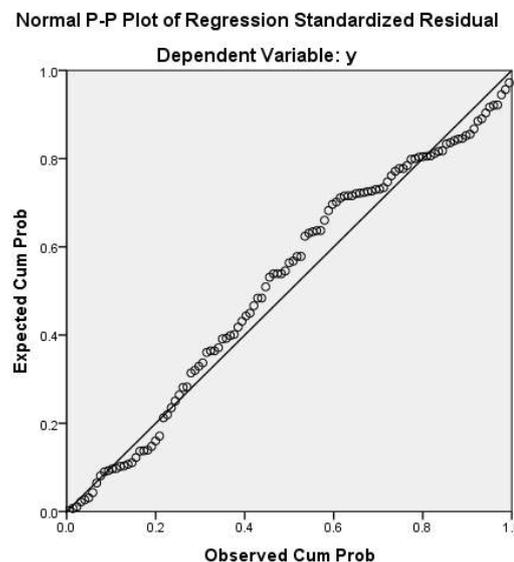
Variabel	Exact Sig. (2-tailed)	Keterangan
Unstandardized Residual	0,066	Terdistribusi normal

Sumber: data primer diolah, 2021

Tabel 4.12 menunjukkan bahwa nilai *Exact Significansi (2-tailed) Unstandardized Residual* yaitu 0.066 lebih besar dari 0.05, maka dapat diartikan bahwa residual data terdistribusi normal sehingga data lolos uji normalitas. Penelitian ini tidak melihat nilai signifikansi *Asymptotic (2-tailed)* karena banyak kumpulan data terlalu besar untuk perhitungan nilai p yang tepat, namun terlalu jarang atau tidak seimbang untuk hasil asimtotik yang dapat diandalkan (Mehta, C.R., dan Patel 2007). Oleh karena itu, digunakan nilai *Exact Significansi (2-tailed)* untuk mengidentifikasi tabel yang lebih ekstrim daripada tabel yang diamati di bawah hipotesis nol, dan dengan demikian memperoleh nilai p yang tepat. Idealnya menggunakan nilai p *exact* sepanjang

waktu. Hanya dengan memutuskan untuk menerima atau menolak hipotesis nol berdasarkan yang tepat, nilai dijamin terlindungi dari kesalahan tipe 1 pada tingkat signifikansi yang diinginkan.

Pengujian normalitas juga dapat dilakukan dengan menggunakan pengujian grafik *P-P Plot* untuk pengujian residual model regresi. Hasil uji normalitas menggunakan grafik *P-P Plot* ditunjukkan oleh gambar di bawah ini:



Gambar 4. 2. Hasil Uji Normalitas

Uji normalitas bertujuan untuk menguji nilai residual pada model regresi terdistribusi normal atau tidak. Data dikatakan terdistribusi normal apabila data atau titik pada grafik *P-P Plot* menyebar disekitar garis diagonal dan mengikuti arah garis diagonal. Grafik histogramnya membentuk kurva distribusi normal sehingga dapat disimpulkan bahwa residu berdistribusi normal. Data

menyebar disekitar garis diagonal dan mengikuti garis diagonalnya sehingga asumsi normalitas terpenuhi.

4.3.5 Analisis Regresi Linear Berganda

Analisis regresi linear berganda digunakan dalam penelitian ini dengan tujuan untuk mengetahui pengaruh variabel bebas (variabel independen) terhadap variabel terikat (variabel dependen). Perhitungan statistik dalam analisis regresi linear berganda yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan bantuan program komputer *SPSS for Windows* versi 2.4. Ringkasan hasil pengolahan data dengan menggunakan program SPSS tersebut adalah sebagai berikut :

Tabel 4. 13. Hasil Regresi

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		
	B	Std. Error	Beta	t	Sign.
1 (Constant)	17,389	0,470		36,977	0,000
X1	0,080	0,016	0,172	5,007	0,000
X2	-0,144	0,011	-0,451	-12,813	0,000
X3	0,274	0,022	0,437	12,479	0,000
X4	0,392	0,021	0,737	18,710	0,000

Dependen variabel: Y

Sumber: data primer diolah, 2021

Dari hasil tersebut apabila ditulis dalam bentuk dari persamaan regresinya adalah sebagai berikut :

$$Y_i = 17,389 + 0.172X_{1i} + 0.451X_{2i} + 0.437X_{3i} + 0.737X_{4i} + \varepsilon_i$$

Keterangan:

Y_i = kesejahteraan masyarakat

X_{1i} = akses pelayanan kesehatan

X_{2i} = akses pelayanan pendidikan

X_{3i} = pendamping sosial PKH

X_{4i} = P2K2

ε_i = *error term*/ residual

Dari hasil regresi linear berganda dan uji t pada Tabel 4.13 di atas menunjukkan bahwa terdapat koefisien regresi yang bertanda positif maupun negatif. Melalui hasil uji t apabila nilai Sign. (signifikansi) kurang dari 0.05 maka dapat diartikan variabel berpengaruh secara signifikan. Dilihat dari nilai signifikansi yang semuanya lebih dari 0.05, berarti variabel independen yang digunakan berpengaruh secara signifikan terhadap variabel dependen. Dari model regresi tersebut dapat dijelaskan lebih lanjut yakni sebagai berikut:

1. Nilai *constant* (variabel Y) sebesar 17,389 yang berarti bahwa jika akses pelayanan kesehatan, akses pelayanan pendidikan, pendamping sosial PKH, P2K2 sama dengan nol (0) maka kesejahteraan masyarakat mengalami peningkatan sebesar 17,38 persen.
2. Nilai *Standardized Coefficients* pada variabel akses pelayanan kesehatan (X_1) bernilai positif yaitu 0.172 sehingga dapat dikatakan bahwa semakin tinggi akses pelayanan kesehatan maka akan semakin tinggi pula kesejahteraan masyarakat (Y).

3. Nilai *Standardized Coefficients* pada variabel akses pelayanan pendidikan (X_2) bernilai negatif yaitu -0.451 sehingga dapat dikatakan bahwa semakin tinggi akses pelayanan pendidikan maka tidak berarti akan semakin tinggi pula kesejahteraan masyarakat (Y).
4. Nilai *Standardized Coefficients* pada variabel pendamping sosial PKH (X_3) bernilai positif yaitu 0.437 sehingga dapat dikatakan bahwa semakin tinggi pendamping sosial PKH maka akan semakin tinggi pula kesejahteraan masyarakat (Y).
5. Nilai *Standardized Coefficients* pada variabel P2K2 (X_4) bernilai positif yaitu 0.737 sehingga dapat dikatakan bahwa semakin P2K2 (X_4) maka akan semakin tinggi pula kesejahteraan masyarakat (Y).

4.3.6 Uji Statistik

4.3.6.1 Koefisien Determinasi

Koefisien determinasi (R^2) dapat diartikan sebagai sumbangan pengaruh yang diberikan variabel bebas atau variabel independen (x) terhadap variabel terikat atau variabel dependen (y).

Tabel 4. 14. Koefisien Determinasi (*R-Squared*)

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	0,954	0,910	0,906	0,44512

a. Predictors: (Constant), X_4 , X_3 , X_2 , X_1

Sumber: data primer diolah, 2021

Berdasarkan Tabel 4.14 diatas dapat diketahui bahwa koefisien determinasi dapat dilihat dari nilai *Adjusted R Square*

yaitu 0,906. Artinya seluruh variabel independen dalam model ini mampu menjelaskan hubungan pengaruhnya terhadap variabel dependen hanya sebesar 90,6 persen sedangkan sisanya dipengaruhi oleh variabel lain diluar model.

4.3.6.2 Hasil Uji t

Uji t digunakan untuk mengetahui seberapa jauh pengaruh satu variabel bebas atau variabel independen secara individual dalam menerangkan variabel terikat atau variabel dependen. Hasil uji t pada penelitian ini dapat dijelaskan pada tabel berikut ini:

Tabel 4. 15. Hasil Uji t

Model		Collinearity Statistics			
		t	Sign.	Tolerance	VIF
1	(Constant)	36,977	0,000		
	X1	5,007	0,000	0,712	1,404
	X2	-12.813	0,000	0,676	1,480
	X3	12.479	0,000	0,684	1,462
	X4	18.710	0,000	0,540	1,854

a. Dependen Variable: Y

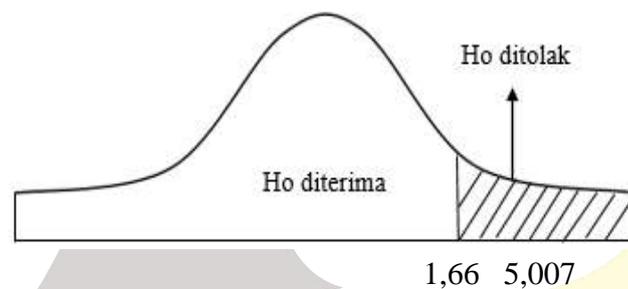
Sumber: data primer diolah, 2021

Berdasarkan Tabel 4.15 diatas hasil dari uji t adalah sebagai berikut:

1. Variabel Akses Pelayanan Kesehatan (X_1) terhadap Variabel Kesejahteraan Masyarakat (Y)

$H_0: \beta_i \leq 0$, Tidak terdapat pengaruh positif dan tidak signifikan antara variabel akses pelayanan kesehatan terhadap variabel kesejahteraan masyarakat.

$H_a: \beta_1 > 0$, Terdapat pengaruh positif dan signifikan antara variabel akses pelayanan kesehatan terhadap variabel kesejahteraan masyarakat.



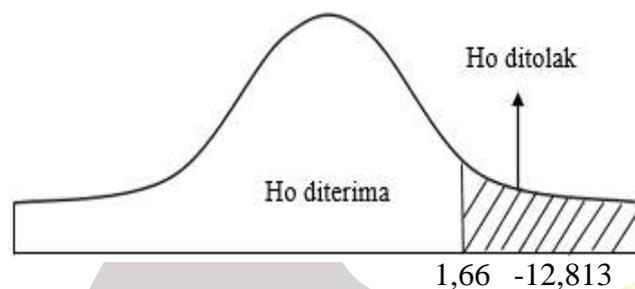
Gambar 4. 3. Uji Hipotesis Satu Pihak Kanan Uji t Variabel X_1

Berdasarkan hasil uji t pada Tabel 4.14 akses pelayanan kesehatan memiliki t-hitung sebesar 5,007 dengan tingkat signifikansi sebesar 0,000. Hal ini menunjukkan $t\text{-hitung} > t\text{-tabel}$ ($5,007 < 1,66$) dan nilai signifikansi $0,000 < 0,05$, maka H_0 ditolak dan H_a diterima. Sehingga dapat disimpulkan bahwa variabel akses pelayanan kesehatan (X_1) terdapat pengaruh positif dan signifikan terhadap kesejahteraan masyarakat (Y).

2. Variabel Akses Pelayanan Pendidikan (X_2) terhadap Kesejahteraan Masyarakat (Y)

$H_0: \beta_i \leq 0$, Tidak terdapat pengaruh negatif dan tidak signifikan antara variabel akses pelayanan pendidikan terhadap variabel kesejahteraan masyarakat.

$H_a: \beta_1 > 0$, Terdapat pengaruh negatif dan signifikan antara variabel akses pelayanan pendidikan terhadap variabel kesejahteraan masyarakat.



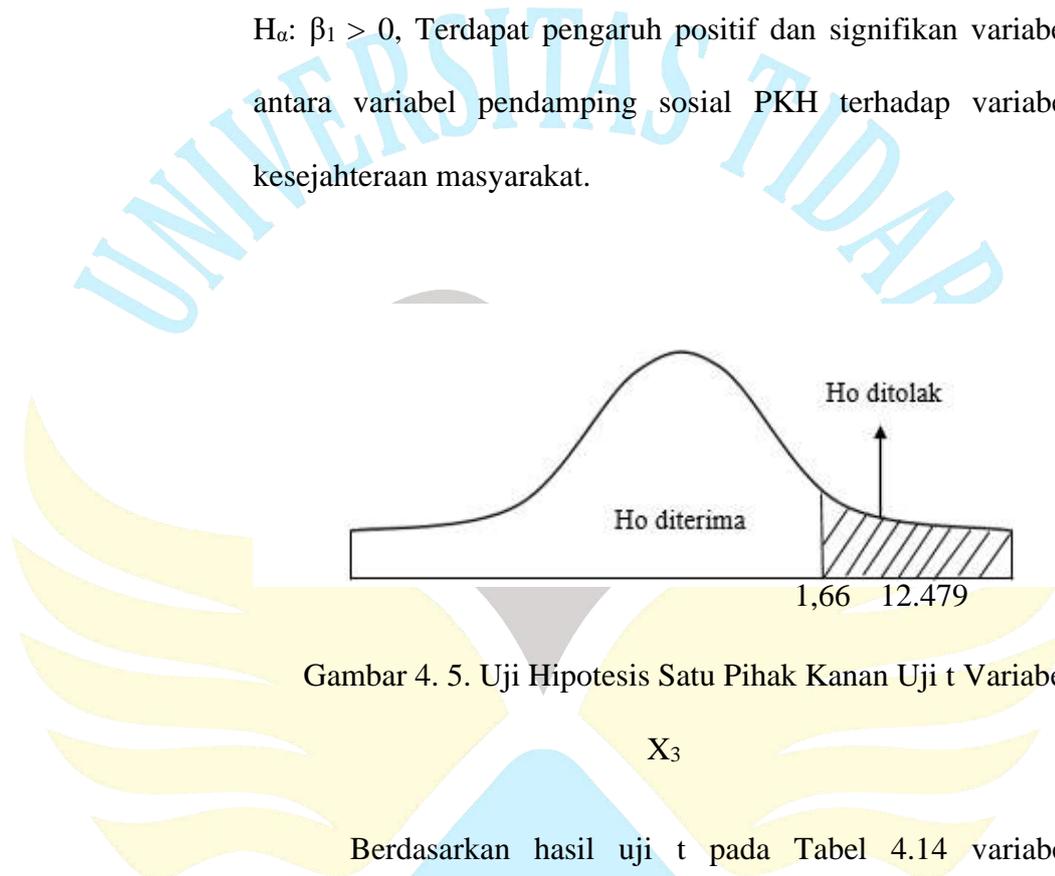
Gambar 4. 4. Uji Hipotesis Satu Pihak Kanan Uji t Variabel X_2

Berdasarkan hasil uji t pada Tabel 4.14 akses pelayanan pendidikan memiliki t-hitung sebesar -12,813 dengan tingkat signifikansi sebesar 0,000. Hal ini menunjukkan $t\text{-hitung} < t\text{-tabel}$ ($-12,813 > 1,66$) dan nilai signifikansi $0,000 > 0,05$, maka H_0 ditolak dan H_a diterima namun arahnya negatif. Sehingga dapat disimpulkan bahwa variabel akses pelayanan pendidikan (X_2) terdapat pengaruh negatif dan signifikan terhadap kesejahteraan masyarakat (Y).

3. Variabel Pendamping Sosial PKH (X_3) terhadap Kesejahteraan Masyarakat (Y)

$H_0: \beta_i \leq 0$, Tidak terdapat pengaruh positif dan tidak signifikan antara variabel pendamping sosial PKH terhadap variabel kesejahteraan masyarakat.

$H_a: \beta_1 > 0$, Terdapat pengaruh positif dan signifikan variabel antara variabel pendamping sosial PKH terhadap variabel kesejahteraan masyarakat.



Gambar 4. 5. Uji Hipotesis Satu Pihak Kanan Uji t Variabel

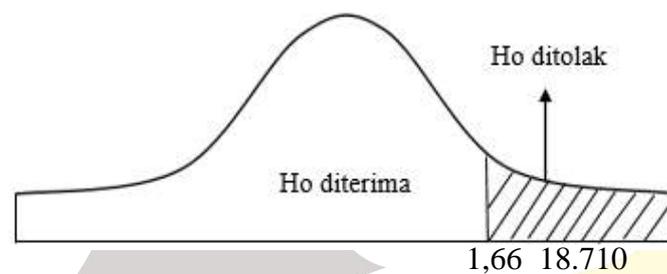
X_3

Berdasarkan hasil uji t pada Tabel 4.14 variabel pendamping sosial PKH memiliki t-hitung sebesar 12.479 dengan tingkat signifikansi sebesar 0,000. Hal ini menunjukkan $t\text{-hitung} < t\text{-tabel}$ ($12.479 > 1,66$) dan nilai signifikansi $0,000 < 0,05$, maka H_0 ditolak dan H_a diterima. Sehingga dapat disimpulkan bahwa variabel pendamping sosial PKH (X_3) terdapat pengaruh positif dan signifikan terhadap kesejahteraan masyarakat (Y).

4. Variabel P2K2 (X_4) terhadap Kesejahteraan Masyarakat (Y)

$H_0: \beta_i \leq 0$, Tidak terdapat pengaruh positif dan tidak signifikan antara variabel P2K2 terhadap variabel kesejahteraan masyarakat (Y).

$H_a: \beta_1 > 0$, Terdapat pengaruh positif dan signifikan antara variabel P2K2 terhadap variabel kesejahteraan masyarakat (Y).



Gambar 4. 6. Uji Hipotesis Satu Pihak Kanan Uji t Variabel X_4

Berdasarkan hasil uji t pada Tabel 4.14 P2K2 memiliki t-hitung sebesar 18.710 dengan tingkat signifikansi sebesar 0,000. Hal ini menunjukkan $t\text{-hitung} > t\text{-tabel}$ ($18.710 > 1,66$), dan nilai signifikansi $0,000 < 0,05$, maka H_0 ditolak dan H_a diterima. Sehingga dapat disimpulkan bahwa variabel P2K2 (X_4) terdapat pengaruh positif dan signifikan terhadap variabel kesejahteraan masyarakat (Y).

4.3.6.3 Hasil Uji F

Uji F dapat digunakan untuk melihat kelayakan dari model yang digunakan dalam penelitian (Ghozali, 2013). Selain itu, uji signifikansi F pada dasarnya menunjukkan apakah semua variabel independen yang dimasukkan dalam model mempunyai pengaruh secara bersama-sama terhadap variabel dependen. Uji F digunakan untuk menguji apakah variabel independen secara simultan berpengaruh terhadap variabel dependen. Dalam penelitian ini, cara yang digunakan yaitu dengan membandingkan nilai F-hitung dan F-tabel. Jika $F\text{-hitung} < F\text{-tabel}$, maka variabel independen secara simultan tidak berpengaruh terhadap variabel dependen (hipotesis ditolak). Jika $F\text{-hitung} > F\text{-tabel}$, maka variabel independen secara simultan berpengaruh terhadap variabel dependen (hipotesis diterima).

Tabel 4. 16. Hasil Uji F

	Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	215,044	4	53,761	271,343	0,000
	Residual	21,398	108	0,198		
	Total	236,442	112			

a. Dependen Variable: Y

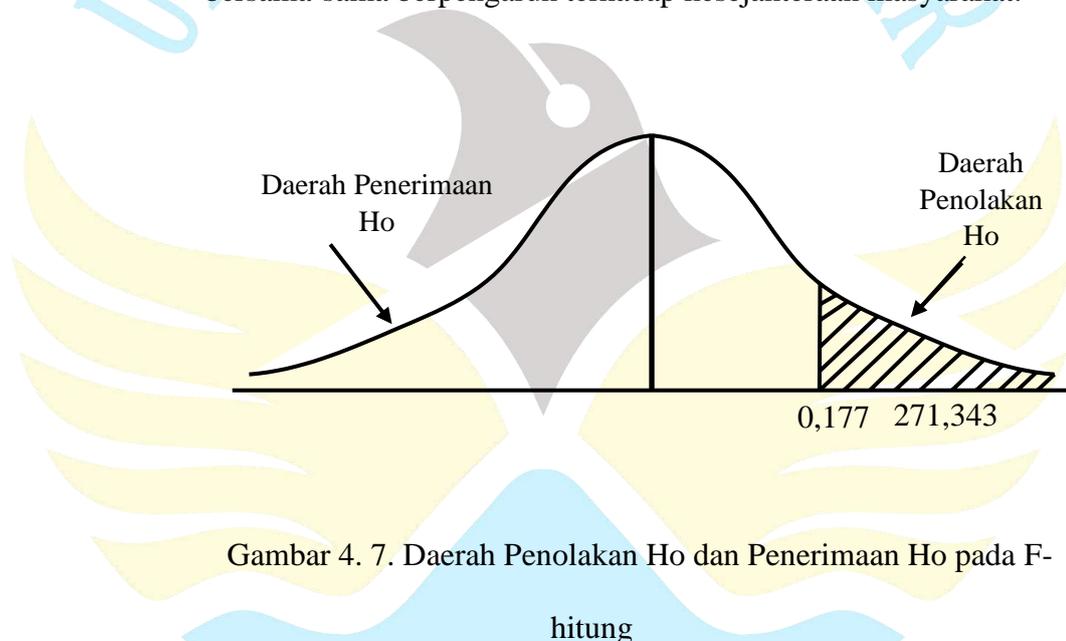
b. Predictors: (Constant), X₄, X₃, X₂, X₁

Sumber: data primer diolah, 2021

Uji F dapat digunakan untuk mengetahui seberapa layak model ini untuk digunakan. Model dikatakan layak apabila nilai signifikansi dibawah 0,05. Diketahui melalui Tabel 4.16 bahwa

nilai Sig. 0,000 sehingga dapat disimpulkan bahwa model yang digunakan dalam penelitian ini layak.

Berdasarkan hasil uji F diketahui bahwa F-hitung memiliki nilai 271,343 lebih besar dari F tabel yaitu 0,177 ($df=4(108)$) dan nilai signifikansi sebesar 0,000 ($p < 0,05$). Atas dasar perbandingan tersebut, maka H_0 ditolak dan H_a diterima. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa variabel akses pelayanan kesehatan, akses pelayanan pendidikan, pedamping sosial PKH dan P2K2 secara bersama-sama berpengaruh terhadap kesejahteraan masyarakat.



Gambar 4. 7. Daerah Penolakan H_0 dan Penerimaan H_0 pada F-hitung

4.4 Pembahasan

4.4.1 Pengaruh Akses Pelayanan Kesehatan terhadap Kesejahteraan Masyarakat di Kota Magelang Tahun 2020

Pernyataan hipotesis pertama bahwa terdapat pengaruh positif akses pelayanan kesehatan terhadap kesejahteraan masyarakat di Kota Magelang tahun 2020 terbukti. Hal ini dapat ditunjukkan dengan hasil

statistik uji t, t-hitung variabel akses pelayanan kesehatan sebesar 5,007 lebih besar dari t-tabel 1,66 (df=108) dengan tingkat signifikansi $0,000 < 0,05$ serta nilai koefisien regresi 0,172 maka H_0 ditolak dan H_a diterima. Sehingga akses pelayanan kesehatan berpengaruh positif dan signifikan terhadap kesejahteraan masyarakat di Kota Magelang tahun 2020. Artinya jika terjadi peningkatan akses pelayanan kesehatan keluarga penerima manfaat PKH di Kota Magelang, maka kesejahteraan masyarakat meningkat secara signifikan.

Meningkatnya akses pelayanan kesehatan masyarakat Kota Magelang tahun 2020 dipengaruhi oleh PKH secara langsung. Hal ini sejalan dengan kesehatan merupakan sasaran utama PKH. Peningkatan kesehatan masyarakat Kota Magelang selain dijamin oleh PKH juga dijamin program lain yaitu Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dapat diakses melalui Kartu Indonesia Sehat (KIS). Program-program pemerintah ini saling bersinergi. Berikut disajikan data responden dalam penelitian ini yang menerima JKN, yaitu:

Tabel 4. 17. Responden Penerima Jaminan Kesehatan Nasional atau KIS di Kota Magelang Tahun 2020

No	Keterangan	Jumlah	Persentase
1	Jumlah KPM PKH penerima KIS	113	100 %
2	Jumlah KPM PKH bukan penerima KIS	0	0 %
Jumlah		113	100 %

Sumber: data primer diolah, 2021

Dengan adanya bantuan bersyarat PKH, PKH membantu dan bermanfaat meningkatkan kesehatan masyarakat terutama untuk anak usia balita (0-6 tahun) dan lansia. Dana bantuan yang didapat anggota PKH untuk anak balita maupun lansia digunakan untuk pemenuhan kebutuhan konsumsi yang dapat menunjang kesehatan kelompok tersebut karena kelompok balita dan lansia rentan terhadap penyakit. Dalam penelitian yang dilakukan Glenn dan Massie (2019) akses pelayanan kesehatan terhadap lanjut usia sangat tergantung pada kebijakan kesehatan pemerintah dan sumber daya yang ada pada fasilitas kesehatan. Berikut ditunjukkan karakteristik penerima PKH untuk kesehatan pada tabel di bawah ini:

Tabel 4. 18. Karakteristik Komponen PKH Kesehatan di Kota Magelang Tahun 2020

No	Karakteristik Komponen PKH	Jumlah	Persentase
1	Ibu hamil	0	0%
2	Anak usia 0-6 tahun	18	15,92%
3	Lanjut usia	17	15,06%
4	Tidak memiliki komponen balita, lansia, ibu hamil	78	69,02%
Jumlah		113	100 %

Sumber: data primer diolah, 2021

Berdasarkan Tabel 4.18 di atas diketahui bahwa dari sampel yang berjumlah 113 terbagi menjadi beberapa kategori keluarga penerima manfaat bantuan PKH untuk kesehatan. Dari hasil lapangan tidak terdapat ibu yang sedang hamil sebagai responden, terdapat responden yang memiliki komponen anak usia balita dan menerima bantuan sejumlah 18

(15,92%) orang dan responden dengan komponen atau sebagai penerima bantuan kesehatan PKH untuk usia lanjut sejumlah 17 (15,06%) orang. Sedangkan sisanya yaitu 78 (69,02%) orang merupakan responden yang hanya memiliki komponen anak usia sekolah atau anak yang menempuh pendidikan di jenjang SD-SMA.

Penelitian terdahulu menyebutkan perlu adanya rekomendasi kepada pemerintah daerah untuk memperbaiki akses pelayanan kesehatan secara fisik. Pemerintah daerah juga perlu menyebar luaskan informasi kesehatan mengenai hak pasien kepada masyarakat (Megatsari, et al. 2018). Dengan begitu hasil penelitian ini didukung dengan hasil penelitian yang telah dilakukan Fadliyah dan Triani (2019) bahwa pengeluaran pemerintah di bidang kesehatan berpengaruh positif terhadap kesejahteraan masyarakat di Indonesia. Ditambah lagi, penelitian yang dilakukan Cahyadi et al. (2020) bahwa bantuan tunai bersyarat membantu rumah tangga miskin melakukan investasi yang signifikan dalam kesehatan dan pendidikan anak.

4.4.2 Pengaruh Akses Pelayanan Pendidikan terhadap Kesejahteraan Masyarakat di Kota Magelang Tahun 2020

Pernyataan hipotesis kedua bahwa terdapat pengaruh negatif akses pelayanan pendidikan terhadap kesejahteraan masyarakat di Kota Magelang tahun 2020 terbukti. Hal ini dapat ditunjukkan dengan hasil statistik uji t, t-hitung variabel akses pelayanan pendidikan sebesar -12.813 lebih besar dari t-tabel 1,66 (df=108) dengan tingkat signifikansi $0,000 >$

0,05 serta nilai koefisien regresi 0,451 maka H_0 ditolak dan H_a diterima. Sehingga akses pelayanan pendidikan berpengaruh negatif dan signifikan terhadap kesejahteraan masyarakat di Kota Magelang tahun 2020. Artinya jika terjadi peningkatan akses pelayanan pendidikan keluarga penerima manfaat PKH di Kota Magelang, maka kesejahteraan masyarakat menurun secara signifikan. Hal ini dapat terjadi dikarenakan pendidikan merupakan investasi jangka panjang yang hasilnya tidak langsung dapat dirasakan oleh masyarakat.

Meningkatnya akses pelayanan pendidikan masyarakat Kota Magelang tahun 2020 selain dipengaruhi PKH juga dipengaruhi Program Indonesia Pintar (PIP) yang diakses melalui Kartu Indonesia Pintar (KIP). PIP merupakan program komplementer yang dapat diakses keluarga penerima manfaat PKH yang memiliki komponen pendidikan. Didukung oleh penelitian yang dilakukan Susilo dan Wahyudi (2020), dalam penelitiannya menyarankan pemerintah untuk memasukkan komponen pendidikan PKH dalam skema PIP karena PIP lebih efektif dan efisien dalam meningkatkan partisipasi sekolah anak. Anak penerima PKH memiliki peluang lebih rendah untuk bersekolah di SMA dibandingkan dengan anak yang berasal dari keluarga yang tidak menerima PKH. Meskipun bantuan tunai bersyarat umumnya berdampak positif terhadap partisipasi sekolah anak, keberhasilan bantuan tunai bersyarat bergantung pada pengetahuan masyarakat tentang pentingnya investasi pendidikan anak, skema program sederhana, skema pembayaran yang aman, dan

berbasis teknologi yang efisien dan efektif. Karakteristik penerima PKH untuk pendidikan dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

Tabel 4. 19. Karakteristik Komponen PKH Pendidikan di Kota Magelang Tahun 2020

No	Karakteristik Komponen PKH	Jumlah
1	SD	53
2	SMP	26
3	SMA	32

Sumber: data primer diolah, 2021

Berdasarkan Tabel 4.19 di atas diketahui bahwa dari sampel yang berjumlah 113 terdapat keluarga yang memiliki komponen anak usia sekolah sebanyak 94 keluarga. Dari jumlah tersebut terdapat anak SD sebanyak 53 orang, anak SMP sebanyak 26 orang dan anak SMA sebanyak 32 orang. Sehingga totalnya menjadi 111 orang. Selain PKH, untuk menjamin pendidikan masyarakat miskin juga terdapat bantuan komplementer untuk pendidikan yaitu PIP yang dapat diakses menggunakan KIP. Dalam penelitian ini sebanyak 89 (78,76%) keluarga yang anaknya mendapatkan jaminan pendidikan nasional KIP sedangkan sisanya 24 (21,23%) keluarga tidak memiliki KIP.

Keluarga penerima manfaat PKH di Kota Magelang saat ini merasa kesulitan dalam memenuhi kebutuhan pokok dan mencari lapangan pekerjaan. Dengan begitu, kemudahan akses pendidikan yang di dapat sekarang diharapkan dapat meningkatkan kesejahteraan di masa yang akan datang. Hal ini dijelaskan dalam penelitian terdahulu yang dilakukan Millán et al. (2020) bahwa peneliti menemukan dampak positif dan kuat

pada hasil pendidikan untuk kelompok dari rentang usia yang sangat luas. Ini termasuk peningkatan lebih dari 50 persen untuk tingkat kelulusan sekolah menengah dan kemungkinan mencapai studi universitas bagi mereka yang terpapar bantuan tunai bersyarat pada usia sekolah. Mereka juga memasukkan keuntungan substantif untuk nilai yang dicapai dan pendaftaran saat ini untuk orang lain yang terpapar selama masa kanak-kanak, meningkatkan kemungkinan keuntungan lebih lanjut di masa depan.

Pendidikan yang rendah mengakibatkan perubahan pada kesejahteraan masyarakat. Pendidikan adalah investasi dalam modal manusia yang sama pentingnya dengan investasi dalam modal fisik untuk mencapai kesuksesan ekonomi jangka panjang suatu negara. Azizah, et al. (2018) dalam penelitiannya menunjukkan bahwa pendidikan berpengaruh negatif dan signifikan terhadap kemiskinan yang ada di kabupaten dan kota Provinsi Jawa Timur. Dalam penelitian lain juga menunjukkan tingkat pendidikan berpengaruh negatif terhadap kesejahteraan keluarga. Hal ini disebabkan karena dalam jangka pendek manfaat yang didapat dari pendidikan belum terlihat (Widyastuti, 2012). Sedangkan penelitian Dharmayanti, et al. (2017) menunjukkan bahwa variabel pendapatan, tingkat pendidikan, status ketenagakerjaan, dan akses kesehatan berpengaruh positif dan signifikan terhadap kesejahteraan penduduk lanjut usia di Kota Denpasar.

4.4.3 Pengaruh Pendamping Sosial PKH terhadap Kesejahteraan Masyarakat di Kota Magelang Tahun 2020

Pernyataan hipotesis ketiga bahwa terdapat pengaruh positif pendamping sosial PKH terhadap kesejahteraan masyarakat di Kota Magelang tahun 2020 terbukti. Hal ini dapat ditunjukkan dengan hasil statistik uji t, t-hitung variabel pendamping sosial sebesar 12.479 lebih besar dari t-tabel 1,66 (df=108) dengan tingkat signifikansi $0,000 > 0,05$ serta nilai koefisien regresi 0,437 maka H_0 ditolak dan H_a diterima. Sehingga pendamping sosial PKH berpengaruh positif dan signifikan terhadap kesejahteraan masyarakat di Kota Magelang tahun 2020. Artinya jika terjadi peningkatan variabel pendamping sosial PKH terhadap keluarga penerima manfaat PKH di Kota Magelang, maka kesejahteraan masyarakat meningkat secara signifikan.

Menurut hasil penelitian Irawan, et al. (2020) kinerja pendamping menunjukkan bahwa secara signifikan variabel kinerja pendamping memoderasi hubungan PKH terhadap pengentasan kemiskinan di Kota Tanjungbalai yang berarti kinerja pendamping dapat memperkuat pelaksanaan PKH di Kota Tanjungbalai. Penelitian lainnya menunjukkan bahwa pendamping sosial telah melaksanakan tugas dan peranannya, dan sudah mengembangkan jejaring kerja dengan berbagai pihak. Meskipun demikian, kinerja pendamping sosial masih pada kategori *moderate*, sehingga masih memerlukan upaya optimalisasi (Suradi dan Mujiyadi, 2018). Hal ini juga didukung oleh penelitian yang dilakukan Nainggolan dan Susantyo (2018) yang menyimpulkan bahwa untuk mempercepat

penanggulangan kemiskinan melalui PKH perlu dilakukan *re-design* berupa inovasi program dalam dalam rangka pengembangan program fundamental. Inovasi ini difokuskan pada 2 hal: 1) merespon upaya yang sudah dilakukan tetapi belum optimal, 2) melakukan re-orientasi program secara mendasar dengan menjadikan sebagai pintu masuk menuju integrasi program perlindungan sosial sekaligus program penanggulangan kemiskinan di Indonesia, dengan fokus memperkuat fungsi keluarga miskin secara utuh.

Dalam penelitian yang dilakukan Sasmito dan Nawangsari (2019) menyebutkan bahwa implementasi PKH dalam upaya mengentaskan kemiskinan pada Dinas Sosial Pemerintahan Kota Batu telah berjalan dengan baik dan lancar. Hal ini dapat terjadi karena komunikasi terjalin secara baik dengan pendamping PKH dan peserta PKH. Dinas Sosial melibatkan pendamping PKH dalam rapat koordinasi, seminar dan matrikasi sebagai bekal untuk meningkatkan profesional dalam implementasi PKH dalam upaya mengentaskan kemiskinan. Dinas Sosial memberikan tugas pada pendamping PKH untuk membantu peserta PKH dalam memberikan penyuluhan terkait syarat dan ketentuan wajib yang harus dipenuhi peserta PKH.

4.4.4 Pengaruh Pertemuan Peningkatan Kemampuan Keluarga (P2K2) terhadap Kesejahteraan Masyarakat di Kota Magelang Tahun 2020

Pernyataan hipotesis keempat bahwa terdapat pengaruh positif P2K2 terhadap kesejahteraan masyarakat di Kota Magelang tahun 2020 terbukti. Hal ini dapat ditunjukkan dengan hasil statistik uji t, t-hitung

variabel P2K2 sebesar 18.710 lebih besar dari t-tabel 1,66 (df=108) dengan tingkat signifikansi $0,000 > 0,05$ serta nilai koefisien regresi 0,737 maka H_0 ditolak dan H_a diterima. Sehingga P2K2 berpengaruh positif dan signifikan terhadap kesejahteraan masyarakat di Kota Magelang tahun 2020. Artinya jika terjadi peningkatan P2K2 keluarga penerima manfaat PKH di Kota Magelang, maka kesejahteraan masyarakat meningkat secara signifikan.

Hal ini disebabkan peran P2K2 di Kota Magelang dilaksanakan dengan baik, sehingga kesejahteraan masyarakat di kota ini dapat tercapai. Masyarakat merasa terbantu dan mendapatkan manfaat dari mengikuti dan mendapatkan materi melalui P2K2 meskipun belum terwujudnya pemberdayaan masyarakat. Variabel P2K2 merupakan variabel istimewa karena hanya ada dalam bantuan bersyarat PKH. P2K2 dimaksudkan sebagai upaya meningkatkan kemampuan keluarga melalui penyampaian materi sosial yang dibantu oleh pendamping sosial PKH. Dengan demikian, variabel ini selaras dengan pendamping sosial dalam penelitian ini. Sejalan dengan hasil dari analisis pendamping sosial PKH, dalam variabel ini responden rata-rata mengikuti dan menganggap P2K2 sudah membantu. Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan Suryahadi (2019) bahwa kontribusi PKH dalam pengurangan kemiskinan meningkat dari 2014-2018 sejalan dengan cakupan penerima program. Selanjutnya, studi ini tidak menemukan bukti bahwa menerima bantuan tunai merubah perilaku penerima bantuan secara signifikan, baik bersifat negatif

(misalnya mengurangi lama bekerja) maupun positif (misalnya memeriksa kesehatan).

Dalam pencapaian tujuan P2K2 secara khusus dan umum, terdapat peran besar para pendamping PKH yang selalu terus bekerja mendampingi keluarga penerima manfaat. Tugas dan tanggungjawab pendamping yang dilakukan belum maksimal akan tetapi tanpa peran pendamping kegiatan P2K2 tidak dapat terlaksana secara baik (Wijaya, 2019). Begitu juga hasil pemberdayaan P2K2 menunjukkan bahwa adanya peningkatan kemampuan dan keterampilan yang didapat oleh penerima manfaat (Melinda, 2020). Dari penelitian tersebut tanpa adanya pemberdayaan P2K2 tidak berpengaruh terhadap peningkatan kemampuan dan keterampilan anggota. Selain itu, hasil penelitian yang dilakukan Sukei (2020) menunjukkan bahwa variabel *outcome* P2K2 memiliki pengaruh yang signifikan terhadap graduasi sejahtera mandiri KPM PKH di Jawa Timur. Variabel inovasi pendamping P2K2 memiliki pengaruh yang signifikan terhadap graduasi sejahtera mandiri PKM PKH di Jawa Timur.

4.4.5 Pengaruh Akses Pelayanan Kesehatan, Akses Pelayanan Pendidikan, Pendamping Sosial PKH, dan P2K2 secara bersama-sama terhadap Kesejahteraan Masyarakat di Kota Magelang Tahun 2020

Pernyataan hipotesis kelima bahwa variabel akses pelayanan kesehatan, akses pelayanan pendidikan, pendamping sosial PKH, dan P2K2 secara bersama-sama berpengaruh positif dan signifikan terhadap kesejahteraan masyarakat di Kota Magelang tahun 2020 terbukti. Berdasarkan hasil uji F diketahui bahwa F-hitung memiliki nilai 271.343

lebih besar dari F-tabel yaitu 0,177 ($df=5(108)$) dan nilai signifikansi sebesar 0,000 ($p < 0,05$). Atas dasar perbandingan tersebut, maka H_0 ditolak dan H_a diterima. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa variabel akses pelayanan kesehatan, akses pelayanan pendidikan, pendamping sosial PKH, dan P2K2 secara bersama-sama berpengaruh positif dan signifikan terhadap kesejahteraan masyarakat di Kota Magelang tahun 2020.

Hal ini dapat terjadi karena keluarga penerima manfaat PKH di Kota Magelang tahun 2020 merasa kesejahteraannya meningkat berkat pengaruh yang diberikan PKH. Di Kota Magelang penerima manfaat bantuan PKH cakupannya selalu meningkat tiap tahun sejalan dengan jumlah penerima PKH nasional, meskipun terdapat keluarga yang lulus atau tergraduasi, bantuan akan diberikan (bergantian) untuk keluarga yang belum tersentuh bantuan pemerintah. Rata-rata KPM PKH akan dihimbau untuk lepas dari program setelah 5 tahun menjadi penerima manfaat atau apabila sudah sejahtera. Dengan begitu, kuota bantuan PKH dapat dialihkan untuk keluarga lain sehingga tidak hanya meningkatkan kesejahteraan beberapa keluarga saja, namun dapat meningkatkan kesejahteraan masyarakat di Kota Magelang (Dinas Sosial Kota Magelang, 2021).

Hal ini didukung oleh penelitian yang menyebutkan bahwa PKH berpengaruh terhadap keluarga penerima manfaat di Kecamatan Tampan, Pekanbaru. Penelitian ini menyimpulkan bahwa nilai R-Squared 0,345 yang berarti persentase pengaruh PKH dalam kesejahteraan 34,5%

sedangkan 65,5% dipengaruhi oleh variabel lain yang tidak termasuk dalam model (Museliza, et al., 2020). Ditambah lagi dengan ditemukannya pengaruh bantuan sosial PKH terhadap kesejahteraan masyarakat PKH di Kecamatan Panggungrejo Kabupaten Blitar dalam penelitian Lestari dan Talkah (2020). Selain itu, penelitian yang dilakukan Seftiani (2018) juga menyimpulkan hasil yang sama bahwa terdapat pengaruh implementasi kebijakan PKH oleh pendamping PKH terhadap kesejahteraan masyarakat, hal ini dibuktikan dengan hasil koefisien determinasi sebesar 23,4% yang menunjukkan tingkat pengaruhnya cukup berarti. PKH memperkuat hubungan positif antara status gizi dan pengeluaran rumah tangga (Aizawa, 2020).



BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan penelitian ini, maka kesimpulan yang dapat diambil antara lain:

1. Akses pelayanan kesehatan keluarga penerima manfaat PKH terdapat pengaruh terhadap kesejahteraan masyarakat di Kota Magelang tahun 2020. Hal ini terjadi dikarenakan apabila akses pelayanan kesehatan keluarga penerima manfaat PKH meningkat maka kesejahteraan masyarakat meningkat secara signifikan.
2. Akses pelayanan pendidikan keluarga penerima manfaat PKH terdapat pengaruh terhadap kesejahteraan masyarakat di Kota Magelang tahun 2020. Hal ini terjadi dikarenakan apabila akses pelayanan pendidikan keluarga penerima manfaat PKH meningkat maka kesejahteraan masyarakat menurun secara signifikan.
3. Pendamping sosial PKH terdapat pengaruh terhadap kesejahteraan masyarakat di Kota Magelang tahun 2020. Hal ini terjadi dikarenakan apabila pendamping sosial PKH meningkat maka kesejahteraan masyarakat meningkat secara signifikan.
4. Pertemuan Peningkatan Kemampuan Keluarga (P2K2) terdapat pengaruh terhadap kesejahteraan masyarakat di Kota Magelang

tahun 2020. Hal ini terjadi dikarenakan apabila P2K2 meningkat maka kesejahteraan masyarakat meningkat secara signifikan.

5. Akses pelayanan kesehatan, akses pelayanan pendidikan, pendamping sosial PKH, dan P2K2 secara bersama-sama berpengaruh positif dan signifikan terhadap kesejahteraan masyarakat di Kota Magelang tahun 2020.

5.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian, pembahasan dan kesimpulan yang diperoleh, maka saran yang dapat diberikan sebagai berikut:

1. Pemerintah pusat dan daerah dapat memperbaiki skema pelaksanaan PKH Kesehatan dan menambah besaran bantuan biaya supaya lebih terpadu untuk meningkatkan akses pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan rentan terutama untuk kelompok anak usia balita dan lansia.
2. Pemerintah dapat menambah skema dalam penyaluran komponen pendidikan PKH dalam bentuk kelompok khusus pendidikan dengan mendatangkan anak-anak sekolah penerima PKH untuk kemudian menerima bimbingan dan motivasi belajar. Pemerintah menciptakan strategi pendidikan dengan menciptakan sistem pendidikan yang konsisten dan dapat dibuktikan pengaruh jangka panjangnya terhadap kesejahteraan masyarakat.
3. Pendamping sosial PKH dapat menguatkan skema P2K2 dengan melakukan inovasi penyampaian materi sosial dalam P2K2

terutama materi menghadapi persoalan ekonomi dan meningkatkan perekonomian keluarga sehingga dapat menciptakan perbedayaan masyarakat untuk dapat sejahtera secara terpadu dan mandiri. Pemerintah daerah terkait dapat bekerjasama dengan dinas yang berhubungan (Dinas Perdagangan dan Perindustrian, Dinas Pariwisata maupun Dinas Pertanian Kota Magelang) untuk mengidentifikasi bahkan menciptakan potensi setiap daerah sebagai strategi pemberdayaan masyarakat keluarga penerima manfaat PKH di Kota Magelang.

4. Pemerintah pusat dan daerah dapat meningkatkan cakupan penerima manfaat Program Keluarga Harapan (PKH). Menyelaraskan upaya peningkatan akses pelayanan kesehatan, akses pelayanan pendidikan, pendamping sosial PKH dan P2K2 dalam implementasinya dengan program jaminan perlindungan sosial yang lain sebagai upaya meningkatkan kesejahteraan masyarakat yang lebih luas lagi.

DAFTAR PUSTAKA

- Aini, Ela Nur, Ifa Isnaini, Sri Sukamti, and Lolita Noor Amalia. 2018. "Pengaruh Tingkat Pendidikan Terhadap Tingkat Kesejahteraan Masyarakat Di Kelurahan Kesatrian Kota Malang." *Technomedia Journal* 3, no. 1: 58–72. <https://doi.org/10.33050/tmj.v3i1.333>.
- Aizawa, Toshiaki. 2020. "Joint Impact of The Conditional Cash Transfer on Child Nutritional Status and Household Expenditure in Indonesia." *Journal of Human Capital* 14, no. 1: 122–64. <https://doi.org/10.1086/708093>.
- Alsukri, Saipul. 2020. "Implementasi Program Keluarga Harapan (PKH) Terhadap Keluarga Penerima Manfaat (KPM) Di Kota Pekanbaru." *Jurnal Ilmiah Muqoddimah: Jurnal Ilmu Sosial, Politik Dan Hummanioramania* 4, no. 1: 26. <https://doi.org/10.31604/jim.v4i1.2020.26-33>.
- Badan Pusat Statistik Jawa Tengah. 2019. *Statistik Pendidikan Jawa Tengah 2019*. CV. Surya Lestari Dilarang.
- Badan Pusat Statistik Kota Magelang. 2020. *Statistik Kesejahteraan Rakyat Kota Magelang 2020*. TM Advertising.
- Bastagli, Francesca, Jessica Hagen-zanker, Luke Harman, Valentina Barca, Georgina Sturge, Tanja Schmidt, and Luca Pellerano. 2016. *Cash Transfers : What Does the Evidence Say ? A Rigorous Review of Programme Impact and of the Role of Design and Implementation Features*.
- Budiaji, Weksi. 2013. "Skala Pengukuran Dan Jumlah Respon Skala Likert (The Measurement Scale and The Number of Responses in Likert Scale)." *Ilmu*

Pertanian Dan Perikanan 2, no. 2: 127–33. <http://umbidharma.org/jipp>.

Cahaya, Rifqi Fauzan Dwi. 2014. “Evaluasi Program Keluarga Harapan Dalam Meningkatkan Kesejahteraan Masyarakat Di Kabupaten Bangka Tengah Provinsi Kepulauan Bangka Belitung.” *E-Journal Katalogs* 2, no. 7: 158–69.

Cahyadi, Nur, Rema Hanna, Benjamin A. Olken, Rizal Adi Prima, Elan Satriawan, and Ekki Syamsulhakim. 2020. “Cumulative Impacts of Conditional Cash Transfer Programs: Experimental Evidence from Indonesia.” *American Economic Journal: Economic Policy* 12, no. 4: 88–110. <https://doi.org/10.1257/pol.20190245>.

Dharmayanti, Ni Putu Ayu Putri, Ketut Sudibia, and Ni Made Heny Urmila Dewi. 2017. “Peran Akses Kesehatan Dalam Memediasi Variabel Pendapatan, Tingkat Pendidikan Dan Status Ketenagakerjaan Terhadap Kesejahteraan Penduduk Lanjut Usia Di Kota Denpasar.” *Ekonomi Dan Bisnis Universitas Udayana* 5, no. 2017: 1995–2020.

Fadliyah, Chairiti, and Mike Triani. 2019. “Pengaruh Pengeluaran Pemerintah Sektor Kesehatan, Pendidikan Dan Infrastruktur Terhadap Kesejahteraan Masyarakat Di Indonesia.” *Jurnal Kajian Ekonomi Dan Pembangunan* 1, no. 3.

Frenty Nurkhalim, Ratna, Indah Susilowati, and Krisnita Dwi Jayanti. 2020. “Contraceptive Method Preference among Conditional Cash Transfer Beneficiaries in Indonesia.” *Disease Prevention and Public Health Journal* 14, no. 1: 15. <https://doi.org/10.12928/dpphj.v14i1.1803>.

Glenn, Roy, and Albert Massie. 2019. “The Access to Available Health Services

for Elderly People In Indonesian Urban Areas.” *Jurnal Penelitian Dan Pengembangan Pelayanan Kesehatan* 3, no. 1: 46–56.
<https://doi.org/10.22435/jpppk.v3i1.130>.

Handoyo, Felix Wisnu. 2020. “Does Conditional Cash Transfer (PKH) Affect Infant Welfare ?” *Economic Research Center, Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia* 5, no. 1: 1–10.

Irawan, Deden, Muis Fauzi Ramber, and Adi Munasib. 2020. “Peran Moderasi Kinerja Pendamping Pada Pengaruh Program Keluarga Harapan Terhadap Pengentasan Kemiskinan Di Kota Tanjungbalai.” *Maneggio: Jurnal Ilmiah Magister Manajemen* 3, no. 1: 136–47.

Kemensos. 2019. “Laporan Kinerja Kementerian Sosial Republik Indonesia.” *Kementerian Sosial Republik Indonesia*.

Kiswati, Ayu. 2020. “Peran Pendamping Program Keluarga Harapan (PKH) Dalam Membantu Meningkatkan Kesejahteraan Masyarakat Miskin Melalui Kegiatan Rutin Pertemuan Peningkatan Kemampuan Keluarga (P2K2) Kelurahan Blotongan, Sidorejo, Salatiga Tahun 2020.” Institut Agama Islam (IAIN) Salatiga.

Megatsari, Hario, Agung Dwi Laksono, Ilham Akhsanu Ridlo, Mohammad Yoto, and Arsyah Nur Azizah. 2018. “Community Perspective about Health Services Access.” *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan* 21, no. 4: 247–53.

Mehta, C.R., and Patel, N.R. 2007. “SPSS Exact Tests.” *SPSS16.0 Manual*, no. January: 1–220.

- Melinda, Melinda. 2020. "Pemberdayaan Pada Pertemuan Peningkatan Kemampuan Keluarga (P2K2) Di Kelurahan Sukajaya Kota Palembang." *Jurnal Penelitian Pendidikan Sosial Humaniora* 5, no. 1: 37–41.
- Molina Millán, Teresa, Karen Macours, John A. Maluccio, and Luis Tejerina. 2020. "Experimental Long-Term Effects of Early-Childhood and School-Age Exposure to A Conditional Cash Transfer Program." *Journal of Development Economics* 143: 102385. <https://doi.org/10.1016/j.jdeveco.2019.102385>.
- Museliza, Virna, Afrizal Afrizal, and Risma Eliza. 2020. "Pengaruh Program Keluarga Harapan (PKH) Terhadap Kesejahteraan Keluarga Penerima Manfaat Di Kecamatan Tampan Kota Pekanbaru." *Jurnal Mahasiwa Ilmu Administrasi Publik (JMIAP)* 2, no. 2: 70–79.
- Nainggolan, Togiaratua, and Badrun Susantyo. 2018. "Upaya Percepatan Penanggulangan Kemiskinan Melalui Pogram Keluarga Harapan Studi Di Empat Daerah Di Indonesia." *Sosio Konsepsia* 7, no. 1: 31–46. <https://doi.org/10.33007/ska.v7i1.1104>.
- Najidah, Nurul, and Hesti Lestari. 2017. "Efektivitas Program Keluarga Harapan (PKH) Di Kelurahan Rowosari Kecamatan Tembalang Kota Semarang." *Departemen Administrasi Publik Fakultas Ilmu Sosial Dan Ilmu Politik Universitas Diponegoro*.
- Nicholson, Walter, and Frank Westhoff. 2009. "General Equilibrium Models: Improving the Microeconomics Classroom." *Journal of Economic Education* 40, no. 3: 297–314. <https://doi.org/10.3200/JECE.40.3.297-314>.
- Parker, Susan W., and Petra E. Todd. 2017. "Conditional Cash Transfers: The

Case of Progres/Oportunidades.” *Journal of Economic Literature* 55, no. 3: 866–915. <https://doi.org/10.1257/jel.20151233>.

Rizal, Mohammad. 2018. “Pengaruh Program Keluarga Harapan Terhadap Kesejahteraan Masyarakat Kabupaten Sidoarjo Tahun 2017.” Universitas Islam Negeri Sunan Ampel Surabaya.

Sasmito, Cahyo, and Ertien Rining Nawangsari. 2019. “Implementasi Program Keluarga Harapan Dalam Upaya Mengentaskan Kemiskinan Di Kota Batu.” *JPSI (Journal of Public Sector Innovations)* 3, no. 2: 68. <https://doi.org/10.26740/jpsi.v3n2.p68-74>.

Seftiani, Dewi. 2018. “Pengaruh Implementasi Kebijakan Tentang Bantuan Sosial Program Keluarga Harapan Oleh Pendamping Program Keluarga Harapan (PKH) Terhadap Kesejahteraan Masyarakat Di Desa Talagasari Kecamatan Kawali Kabupaten Ciamis.” *Fakultas Ilmu Sosial Dan Ilmu Politik Universitas Galuh*, 35–47.

Stukas, Arthur A., Russell Hoye, Matthew Nicholson, Kevin M. Brown, and Laura Aisbett. 2016. “Motivations to Volunteer and Their Associations With Volunteers’ Well-Being.” *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly* 45, no. 1: 112–32. <https://doi.org/10.1177/0899764014561122>.

Sukesi. 2020. “Analisis Pengaruh Pertemuan Peningkatan Kesejahteraan Keluarga (P2K2) Terhadap Graduasi Sejahtera Mandiri (GSM) Di Jawa Timur.” *Cakrawala: Jurnal Litbang Kebijakan* 14, no. 1: 16–26. <https://doi.org/10.32781/cakrawala.v14i1.340>.

Suradi, Suradi, and Benedictus Mujiyadi. 2018. “Kinerja Pendamping Sosial Pada

Penyelenggaraan Kesejahteraan Sosial Di Kota Tarakan.” *Sosio Konsepsia* 7, no. 3: 130–45. <https://doi.org/10.33007/ska.v7i3.1476>.

Suryahadi, Asep. 2019. “Dampak Program Bantuan Tunai Terhadap Kemiskinan Dan Ketimpangan Serta Respon Perilaku Penerima.” *The Smeru Research Institute*.

Susilo, Hendrawan, and Setyo Tri Wahyudi. 2020. “Keeping Rural Children’s Hope to Stay in The Senior High School through Conditional Cash Transfer: An Indonesian Case.” *Sebelas Maret Business Review* 5, no. 1: 1. <https://doi.org/10.20961/smbr.v5i1.41197>.

Toshihiro Ithori. 2017. *Principles of Public Finance*. Vol. 87. <https://doi.org/10.1007/978-981-10-2389-7>.

Usman, Claudio. 2014. “Efektivitas Program Keluarga Harapan (PKH) Dalam Rangka Penanggulangan Kemiskinan (Suatu Studi Di Kecamatan Kota Utara Kota Gorontalo).” *Jurnal Administrasi Publik Unsrat* 2, no. 001: 1200.

Wahyu Azizah, Elda, Sudarti Sudarti, and Hendra Kusuma. 2018. “Pengaruh Pendidikan, Pendapatan Perkapita Dan Jumlah Penduduk Terhadap Kemiskinan Di Provinsi Jawa Timur.” *Jurnal Ilmu Ekonomi* 2, no. 1: 167–80.

Widhi Lestari, Rohana, and Abu Talkah. 2020. “Analisis Pengaruh Bantuan Sosial PKH Terhadap Kesejahteraan Masyarakat PKH Di Kecamatan Panggungrejo Kabupaten Blitar.” *REVITALISASI: Jurnal Ilmu Manajemen* 9: 229–41. <https://doi.org/10.6009/jjrt.KJ00003532241>.

- Widyastuti, Astriana. 2012. "Analisis Hubungan Antara Produktivitas Pekerja Dan Tingkat Pendidikan Pekerja Terhadap Kesejahteraan Keluarga Di Jawa Tengah Tahun 2009." *Economics Development Analysis Journal* 1, no. 1.
- Wijaya, Sastra. 2019. "Gerakan Literasi Dalam Pertemuan Peningkatan Kemampuan Keluarga (P2K2) Masyarakat Pra Sejahtera." *P-ISSN 2549-1717 e-ISSN 2541-1462* 4, no. 2: 131–45.
- Wiku, Firda, Tri Oldy Rotinsulu, and Een N Walewangko. 2020. "Analisis Pengaruh Bantuan Sosial (PKH Dan KUBe) Terhadap Tingkat Kesejahteraan Masyarakat Di Kabupaten Minahasa Tenggara." *Jurnal Pembangunan Ekonomi Dan Keuangan Daerah* 20, no. 04: 1–16.
<https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/jpekd/article/view/29226>.
- Zakiah, Kiki, Vita Puji Lestari, and Hafiz Dwi Putra. 2020. "Akuntabilitas Pelaksanaan Program Keluarga Harapan (PKH) Komponen Kesejahteraan Sosial (Lanjut Usia Dan Disabilitas Berat) Di Indonesia." *Pusat Kajian Akuntabilitas Keuangan Negara, Badan Keahlian DPR RI*.

LAMPIRAN

Lampiran 1. Kuesioner Penelitian

UNIVERSITAS TIDAR

KUESIONER

ANALISIS DAMPAK PROGRAM KELUARGA HARAPAN (PKH) TERHADAP UPAYA PENINGKATAN KESEJAHTERAAN MASYARAKAT DI KOTA MAGELANG TAHUN 2020

Selamat pagi/siang/sore/malam. Saya Novia Suci Andaniyati dari Universitas Tidar sedang mengumpulkan data/informasi dampak Program Keluarga Harapan (PKH) di Kota Magelang. Untuk itu, saya akan mewawancarai Bapak/Ibu atau anggota rumah tangga lainnya.

Seluruh data yang Bapak/Ibu berikan kepada kami akan dirahasiakan dan hanya akan digunakan untuk keperluan penelitian skripsi saya untuk mendapatkan gelar sarjana ekonomi (SE).

Saya mengharapkan bantuan Bapak/Ibu untuk mengisi kuesioner yang saya berikan dengan sebaik-baiknya. Atas partisipasi Bapak/Ibu semua, saya mengucapkan terima kasih.

Boleh saya mulai wawancara sekarang? Ya bersedia (1) → Mulai wawancara

Tidak bersedia (0) → Lengkapi isian data responden

KETERANGAN IDENTITAS	
Kecamatan:	
Desa/Kelurahan:	
Nama Kepala Rumah Tangga:	
Pekerjaan Kepala Rumah Tangga:	
Penghasilan Kepala Rumah Tangga:	
Nama Pengisi:	
Pekerjaan Pengisi:	
Penghasilan Pengisi:	
Usia Pengisi:	

Pendidikan Terakhir:	
Jumlah Anak:	
Alamat (Nama Jalan/Gang, RT/RW/Dusun):	
No. Telepon:	

Data Kuesioner

Petunjuk pengisian: Berilah tanda ceklist (√) pada jawaban yang Ibu anggap paling tepat.

Keterangan Kepesertaan (PKH)

Keterangan Kepesertaan (PKH)	
Dalam setahun terakhir/tahun 2020, apakah rumah tangga Ibu pernah menjadi penerima Program Keluarga Harapan (PKH)?	Ya (1) Tidak (0)
Apakah saat ini rumah tangga Ibu masih tercatat menjadi penerima PKH?	Ya (1) Tidak (0)

Kesejahteraan Masyarakat (y)

Pengeluaran rumah untuk makanan per hari: Rp _____ /hari

Pengeluaran rumah untuk non makanan per bulan: Rp _____ /bulan

Keterangan Kesejahteraan Masyarakat		
1	Apakah Bapak/Ibu dapat memenuhi kebutuhan pokok secara mandiri?	Sangat setuju (5) Setuju (4) Netral (3) Kurang setuju (2) Tidak setuju (1)
2	Apakah Bapak/Ibu dapat meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan dan pendidikan selama menerima pkh?	Sangat setuju (5) Setuju (4) Netral (3) Kurang setuju (2) Tidak setuju (1)
3	Menurut Ibu, apakah dengan mendapat pkh sudah cukup membantu dalam memenuhi kebutuhan rumah tangga?	Sangat setuju (5) Setuju (4) Netral (3) Kurang setuju (2) Tidak setuju (1)
4	Menurut Ibu, apakah selama mendapat pkh	Sangat setuju (5)

	kebutuhan rumah tangga dapat terpenuhi semua?	Setuju (4) Netral (3) Kurang setuju (2) Tidak setuju (1)
5	Apakah keluarga Ibu merasa sejahtera selama menerima bantuan pkh?	Sangat setuju (5) Setuju (4) Netral (3) Kurang setuju (2) Tidak setuju (1)
6	Apakah program keluarga harapan (pkh) sudah sesuai dengan harapan Ibu?	Sangat setuju (5) Setuju (4) Netral (3) Kurang setuju (2) Tidak setuju (1)
7	Apakah anggota keluarga Ibu mudah dalam mendapat pekerjaan?	Sangat setuju (5) Setuju (4) Netral (3) Kurang setuju (2) Tidak setuju (1)
8	Apakah keluarga Ibu dapat berpartisipasi dalam agenda (arisan, kumpul rt, kerja bakti, dll) di masyarakat setempat dengan baik?	Sangat setuju (5) Setuju (4) Netral (3) Kurang setuju (2) Tidak setuju (1)

Akses Pelayanan Kesehatan (xI)

Jumlah anggota rumah tangga penerima manfaat PKH (ibu hamil/balita/lansia):

Proporsi bantuan kesehatan: Rp /3 bulan

Nama puskesmas:

Pengeluaran untuk kesehatan: Rp /bulan

Keterangan Akses Pelayanan Kesehatan		
1	Apakah jarak tempuh fasilitas kesehatan/puskesmas dekat dari rumah?	Sangat setuju (5) Setuju (4) Netral (3) Kurang setuju (2) Tidak setuju (1)
2	Menurut Ibu, apakah pkh sudah dapat memberikan akses pelayanan kesehatan yang dibutuhkan?	Sangat setuju (5) Setuju (4) Netral (3) Kurang setuju (2) Tidak setuju (1)
3	Menurut Ibu, apakah pkh sudah membantu ibu hamil/anak usia 0-6 tahun/lansia mendapatkan gizi	Sangat setuju (5) Setuju (4)

	penuh sehingga terhindar dari penyakit dan <i>stunting</i> /gizi buruk?	Netral (3) Kurang setuju (2) Tidak setuju (1)
4	Menurut Ibu, apakah pkh memberikan manfaat dalam segi kesehatan untuk keluarga Ibu?	Sangat setuju (5) Setuju (4) Netral (3) Kurang setuju (2) Tidak setuju (1)
5	Menurut Ibu, apakah keluarga Ibu sering menggunakan akses pelayanan kesehatan yang tersedia?	Sangat setuju (5) Setuju (4) Netral (3) Kurang setuju (2) Tidak setuju (1)
6	Menurut Ibu, apakah petugas pelayanan kesehatan di puskesmas membantu kpm pkh dengan baik dalam mengakses kesehatan?	Sangat setuju (5) Setuju (4) Netral (3) Kurang setuju (2) Tidak setuju (1)

Akses Pelayanan Pendidikan (x2)

Jumlah anggota rumah tangga penerima manfaat:

Proporsi bantuan pendidikan: Rp /3 bulan

Nama sekolah:

Pengeluaran untuk pendidikan: Rp /bulan

Keterangan Akses Layanan Pendidikan		
1	Apakah jarak tempuh fasilitas pendidikan dekat dari rumah?	Sangat setuju (5) Setuju (4) Netral (3) Kurang setuju (2) Tidak setuju (1)
2	Menurut Ibu, apakah pkh sudah dapat memberikan akses pelayanan pendidikan yang dibutuhkan?	Sangat setuju (5) Setuju (4) Netral (3) Kurang setuju (2) Tidak setuju (1)
3	Apakah putra/putri Ibu selalu menghadiri sekolah (online/offlie) secara rutin?	Sangat setuju (5) Setuju (4) Netral (3) Kurang setuju (2) Tidak setuju (1)
4	Apakah putra/putri Ibu saat mendapatkan pkh menjadi lebih semangat dalam belajar?	Sangat setuju (5) Setuju (4)

		Netral (3) Kurang setuju (2) Tidak setuju (1)
5	Apakah Ibu lebih optimis dan tidak kuatir terhadap pendidikan anak Ibu saat mendapat pkh?	Sangat setuju (5) Setuju (4) Netral (3) Kurang setuju (2) Tidak setuju (1)
6	Apakah putra/putri Ibu setelah mendapat pkh termotivasi untuk terus melanjutkan pendidikan ke jenjang berikutnya?	Sangat setuju (5) Setuju (4) Netral (3) Kurang setuju (2) Tidak setuju (1)
7	Apakah petugas pelayanan pendidikan (guru, karyawan TU, dll) membantu kpm pkh dengan baik dalam mengakses pendidikan?	Sangat setuju (5) Setuju (4) Netral (3) Kurang setuju (2) Tidak setuju (1)
8	Menurut Ibu, apakah pkh memberikan manfaat dalam segi pendidikan untuk keluarga bapak/ibu?	Sangat setuju (5) Setuju (4) Netral (3) Kurang setuju (2) Tidak setuju (1)

Pendamping Sosial PKH (x3)

Nama pendamping sosial:

Alamat pendamping (sepengatahuan Ibu):

KETERANGAN PENDAMPING SOSIAL PKH		
1	Apakah Ibu mengenal dengan baik pendamping sosial pkh dalam kelompok Ibu?	Sangat setuju (5) Setuju (4) Netral (3) Kurang setuju (2) Tidak setuju (1)
2	Menurut Ibu, apakah pendamping sosial pkh Ibu sudah memberikan fasilitas/bantuan dalam mengakses dan memanfaatkan pkh?	Sangat setuju (5) Setuju (4) Netral (3) Kurang setuju (2) Tidak setuju (1)
3	Menurut Ibu, apakah pendamping sosial pkh Ibu sudah memberikan mediasi/perantara dalam membantu menyelesaikan permasalahan yang dihadapi Ibu terkait tugas dan fungsinya?	Sangat setuju (5) Setuju (4) Netral (3) Kurang setuju (2) Tidak setuju (1)
4	Menurut Ibu, apakah pendamping sosial pkh Ibu sudah	Sangat setuju (5)

	memberikan advokasi/menerima dan mengumpulkan keluhan, kritik dan saran dari Ibu?	Setuju (4) Netral (3) Kurang setuju (2) Tidak setuju (1)
5	Menurut Ibu, apakah adanya pendamping sosial membantu Ibu untuk lebih sejahtera atau tergraduasi dari pkh?	Sangat setuju (5) Setuju (4) Netral (3) Kurang setuju (2) Tidak setuju (1)

Pertemuan Peningkatan Kemampuan Keluarga (P2K2) (x4)

KETERANGAN P2K2		
1	Apakah Ibu rutin menghadiri pertemuan peningkatan kemampuan keluarga (p2k2)?	Sangat setuju (5) Setuju (4) Netral (3) Kurang setuju (2) Tidak setuju (1)
2	Apakah Ibu selalu mendapatkan solusi untuk pemmasalahan yang dihadapi dalam memenuhi kebutuhan ekonomi melalui p2k2/fds?	Sangat setuju (5) Setuju (4) Netral (3) Kurang setuju (2) Tidak setuju (1)
3	Apakah dengan mengikuti p2k2/fds memberikan motivasi untuk lebih sejahtera dan lulus dari pkh?	Sangat setuju (5) Setuju (4) Netral (3) Kurang setuju (2) Tidak setuju (1)
4	Apakah menurut Ibu p2k2/fds membantu Ibu untuk meningkatkan kesejahteraan keluarga?	Sangat setuju (5) Setuju (4) Netral (3) Kurang setuju (2) Tidak setuju (1)
5	Apakah menurut Ibu p2k2/fds dapat meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengatasi permasalahan ekonomi?	Sangat setuju (5) Setuju (4) Netral (3) Kurang setuju (2) Tidak setuju (1)

Ket: Pertemuan Peningkatan Kemampuan Keluarga (P2K2) atau Family Development Session (FDS)

Kepesertaan Kelompok Usaha Bersama (KUBE) (x5) dummy

Apakah bapak/ibu memiliki usaha?

Ya (1)

Tidak (0)

Jenis usaha:

Apakah bapak/ibu menjadi anggota Kelompok Usaha Bersama (KUBE)?

Ya, menerima (1)

Tidak, tidak menerima (0)

Jenis usaha bersama:

Pendapatan per bulan:

Keterangan Bantuan Komplementer		
1	Selama setahun terakhir selama menerima pkh, apakah bapak/ibu juga menerima jaminan kesehatan nasional/kartu indonesia sehat (KIS)?	Ya (1) Tidak (0)
2	Apakah bapak/ibu juga menerima bansos rastra?	Ya (1) Tidak (0)
3	Apakah bapak/ibu menerima bantuan pangan non tunai (BNPT)?	Ya (1) Tidak (0)
4	Apakah bapak/ ibu pernah menerima bantuan program indonesia pintar (PIP)?	Ya (1) Tidak (0)

Lampiran 2. Data Penelitian

No	Kelurahan	Nama Kepala Rumah Tangga:	Nama Ibu:	Pekerjaan Ibu:	Penghasilan Ibu:	Usia Ibu:	Pendidikan Terakhir:	Jumlah Anak:
1	Kedungsari	Mukminah	Mukminah	Buruh	2100000	39	SD	2
2	Kedungsari	Muchamad Solekhan	Diani Lestari	Jualan	1500000	43	SLTA	3
3	Kedungsari	Djumeri	Purwanti	Buruh pabrik	900000	56	SD	2
4	Kedungsari	Mustanir	Sarjinhah	Buruh	1200000	53	SD	4
5	Kedungsari	Irfan Hanafi	Siti Rojanah	IRT	0	34	SMP	3
6	Kedungsari	Ahmadi	Wagiyem			41	SMP	2
7	Kedungsari	Slamet	Dwi Eka Yati	Buruh		52	SD	4
8	Kedungsari	Darno	Endah	IRT	0	42	SMK	3
9	Kedungsari	Feri Siswanto	Diah Tri ristanti	Buruh	800000	31	SMP	2
10	Kedungsari	Erik	Eka Ristiyanti	IRT	0	40	SMP	2
11	Kedungsari	Jaryati	Jaryati	Penjahit	800000	35	SMP	4
12	Wates	Maryati	Maryati	ART	500000	51	SD	2
13	Wates	Suparno	Rumani	ART	700000	49	SD	4
14	Wates	Aef Saefudin	Wiwik Utarni	IRT	0	53	SMA	3
15	Wates	Tri Febriantu Setiawan	Noer Chasanah	IRT	1500000	37	SMK	3
16	Wates	Desi Natalia Ningrum	Desi Natalia Ningrum	Karyawan pabrik	1500000	32	SMA	2
17	Wates	Tri Haryanto	Yuniarti	IRT	200000	32	SMA	2
18	Wates	Agus Santoko	Sri Lasmiyatun	IRT	0	42	SMK/SMEA	2
19	Wates	Agus Riyadi	Suratini	IRT	200000	45	SD	3
20	Wates	Kustiyono	Mariasih	Penjahit	1500000	49	SMK	2
21	Wates	Sulistiono	Munawaroh			42	SLTP	1
22	Wates	Tri Muryati	Tri Muryati	Buruh	900000	44	SD	2

23	Wates	Sodin Amrulloh	Sri Suwarni	Tukang pijet	500000	42	SMEA	4
24	Wates	Heru Hermawan	Susilah	IRT	300000	40	SD	2
25	Wates	Sukardi	Rahayu	Buruh batik	400000	45	SMP	2
26	Wates	Dwi Wuryantini	Dwi Wuryantini	IRT	600000	54	SMA	4
27	Wates	Marsam	Rahayu Kurniati	Jualan	200000	41	SD	2
28	Wates	Mustakim	Mursiti	IRT	0	44	SMP	2
29	Wates	Suharno	Paryanti	IRT	0	42	SMP	3
30	Wates	Sugiarti	Sugiarti	Jualan kelontong	800000	57	SMP	5
31	Kramat Selatan	Tri Puladi	Sumiyati	Jualan	500000	52	SMP	3
32	Kramat Selatan		Waltiyah	PRT	800000	42	3 SD	3
33	Kramat Selatan	Pramono Putro	Ruwiyah	IRT	0	54	SD	1
34	Kramat Selatan	Sunoto	Rinawati			38	SLTA	3
35	Kramat Selatan	Untung	Muryani	Jualan sayur	2000000	48	SD	4
36	Kramat Selatan	Marsiyah	Marsiyah	Buruh	500000	52	SD	3
37	Kramat Selatan	Rahmat Wahyudin	Siti Supartini	Jualan lotek	500000	43	SMEA	2
38	Kramat Selatan	Riyanto	Sumarsih	Jualan	500000	49	SD	2
39	Kramat Selatan	Salamudin	Prihati	IRT	0	64	4 SD	3
40	Kramat Selatan	Rahadi	Sri Wahyuninga ih	IRT	500000	40	SMK	2
41	Kramat Selatan	Teguh Santoso	Walimah	PRT	800000	48	SD	4
42	Kramat Selatan	Kadar	Maryam	IRT	0	51	SD	2
43	Cacaban	Tri Yulianto	Sulastri	Buruh	1000000	37	SMU	2
44	Cacaban	Kasian	Darni	Buruh		50	SMP	3
45	Cacaban	Indriyanto Wijaya	Ida Susanti	IRT	200000	42	SMK	3
46	Cacaban	Siswanto	Purwanti	Jualan	300000	33	SD	2

47	Cacaban	Sugiarti	Sugiarti	Jualan milung		55	SMA	3
48	Cacaban	Yoga Heru Winarso	Yuniora Kusumawati	IRT	0	46	SMP	3
49	Cacaban	Kunatri Istanto	Munbadiyah	IRT	0	43	SLTA	1
50	Cacaban	Ris Indarto	Wiwin Nurhidayati	IRT	0	44	SLTA	1
51	Cacaban	Agus Sriwododo	Naomi Suyanti	Buruh	1500000	40	SMP	1
52	Cacaban	Tri Imam Santoso	Supraptini	IRT	0	47	SMA	5
53	Cacaban	Eko Toni Hermawan	Sulas Miyati	Buruh	1380000	47	SD	3
54	Cacaban	Heri Porwanto	Puji Tuing Utami	IRT	0	45	SMP	2
55	Cacaban	Puji Susanto	Wagiyem	IRT	0	38	SD	2
56	Cacaban	Sugiman	Roichmah	Jualan kecil kecilan		50	SD	1
57	Cacaban	Fredi Kristianto	Diah Ayu Dwi A	Wiraswasta	300000	34	SMA	3
58	Cacaban	Sutiman	Turasmi	Wiraswasta		40	SMA	2
59	Cacaban	Adi Sukaleksono	Titin Rohimah	IRT	0	42	SMP	2
60	Cacaban	Sisworo	Sri Lestyowati	IRT	0	51	SMEA	3
61	Cacaban	Siun	Walyatini	IRT	0	43	SD	4
62	Cacaban	Sulasmi	Sulasmi	Pedagang	200000	68		3
63	Kemirirejo	Niti	Sumari	IRT	500000	38	SLTP	2
64	Kemirirejo	Suroso	Mujiah	IRT	0	52	SD	3
65	Kemirirejo	Choiriyah	Nur Erika Sari	Buruh	360000	37	SMA	
66	Kemirirejo	Budiyono	Anik	IRT	0	41	SD	2
67	Kemirirejo	Mujiono	Suharyati	Jualan makanan		52	SMP	1
68	Kemirirejo	Titi Marianto	Anastasia Setya Nugraheni	Jualan sate	500000	52	SMA	2
69	Kemirirejo	Eko Budi Astutiningsih	Eko Budi Astutiningsih	Ngesum baju		46	SMP	3

70	Kemirirejo	Heri Kristianto	Bekti Lestari	IRT	0	37	SD	3
71	Kemirirejo	Supriyanto	Budi Yuniarti	Pedagang	900000	44	SMEA	4
72	Kemirirejo	Rudi Kristiawan	Kristiyorini	IRT	0	38	SMA	2
73	Kemirirejo	Grata Abadi	Yuni Budi Utami	IRT	0	38	SMK	4
74	Kemirirejo	Suradi	Wahyuni	IRT	100000	57		1
75	Kemirirejo	Suryanto	Suyati	Buruh harian	500000	35	SMP	3
76	Kemirirejo	Poyapi	Witdriyati	Jualan kelontong	1500000	58		5
77	Kemirirejo	Suparjo	Murjiyanti	Jualan gorengan		53	SMA	2
78	Kemirirejo	Budi Cahyini	Anggia Delta	IRT	0	29	SMA	2
79	Kemirirejo	Muhdori	Watini	Buruh	600000	40	SD	2
80	Rejowinang un Selatan	Ngadiyo	Sumiyati	Bantu suami	0	65	SD	3
81	Rejowinang un Selatan	Alm. Edi Santoso	Rochana	Membuat makanan kecil	4500000	55	SMEA	4
82	Rejowinang un Selatan	Subari	Warsini	Bantu suami	0	45	SMP	3
83	Rejowinang un Selatan	Sutejo	Martini	Buruh	500000	30a n	SD	1
84	Rejowinang un Selatan	Hindro Kusmanto	Nur Chasanah	IRT	0	42	SMP	2
85	Rejowinang un Selatan	Dirjo	Dalyati	IRT	0	47	SMA	1
86	Rejowinang un Selatan	Ponikem	Marsumi	Buruh	1000000	52	Tidak sekolah	
87	Rejowinang un Selatan	Agus Hartanto	Sumiyati	Buruh lepas	1000000	47	SD	2
88	Tidar Selatan	M. Nasihul Mubin	Indah Riyanti	IRT		34	SMK	1
89	Tidar Selatan	Atmo Wagimin	Ngatirah	Buruh pabrik tahu		70	SD	3
90	Tidar Selatan	Slamet Waluyo	Parwati	Buruh pabrik	2000000	39	SLTP	2
91	Tidar Selatan	Antok Mariyono	Nonik Setyowati	Jualan jus, sup buah	2000000	53	SLTA	4

92	Tidar Selatan	Suhartono	Indah Kurniasih	IRT	0	42	SMK	2
93	Tidar Selatan	Agus Jarwadi	Nuryanti	Wiraswasta		48	SMP	2
94	Tidar Selatan	Alip Wasito	Devanda (anaknya)			16		7
95	Jurangombo Utara	Maryam	Maryam			84		1
96	Jurangombo Utara	Sulsmiyati	Sulsmiyati	Penjahit	1500000	57	SD	1
97	Jurangombo Utara	Slamet Waluyo	Rukiyah	Jualan		62	SMP	3
98	Jurangombo Utara	Sunarman				42	SMA	2
99	Jurangombo Utara	Buchori	Sumiati			71	SD	3
100	Jurangombo Utara	Harsoyo	Siti Aminah	Usaha rumahan	900000	47	SMP	2
101	Jurangombo Utara	Nur Efendi	Aida Halimah	Kapster salon	1000000	43	SMK	2
102	Jurangombo Utara	Jajang Rismana	Istiqomah	IRT	0	41	SMP	2
103	Jurangombo Utara	Daman	Nuriyah	Jualan Peyek	750000	64	SD	3
104	Jurangombo Utara	Muhcolis	Nur Khasanah	IRT	0	27	SMP	2
105	Jurangombo Utara	Machfur Musarif	Suprapti	IRT	0	41	SMA	3
106	Jurangombo Utara	Prasetyo	Sumiyati	IRT	0	42	SMP	3
107	Jurangombo Utara	Usman	muntinah	IRT	0	42	SMP	5
108	Jurangombo Utara	Anwar Syafii	Suripah	IRT	0	48	SD	2
109	Jurangombo Utara	Nurjanah	Nurjanah	Usaha Jualan	450000	59	SD	1
110	Jurangombo Utara	Ari	Eka Gilang	Buruh	750000	33	SMA	3
111	Jurangombo Utara	Suratno	Rukiyah	Buruh	720000	37	SD	2
112	Jurangombo Utara	Istachori	Puji Nuryati	IRT	0	30	SMK	2
113	Jurangombo Utara	Dinuk Artstri	Dinuk Artstri	Buruh		52	SMP	2

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

Correlations

		kesehatan 1	kesehata n2	kesehata n3	kesehata n4	kesehata n5	kesehata n6	kesehatan_ total
kesehatan1	Pearson Correlation	1	.029	.216*	.128	.085	.199*	.445**
	Sig. (2-tailed)		.760	.022	.177	.368	.034	.000
	N	113	113	113	113	113	113	113
kesehatan2	Pearson Correlation	.029	1	.281**	.304**	.207*	.193*	.513**
	Sig. (2-tailed)	.760		.003	.001	.028	.041	.000
	N	113	113	113	113	113	113	113
kesehatan3	Pearson Correlation	.216*	.281**	1	.447**	.373**	.179	.661**
	Sig. (2-tailed)	.022	.003		.000	.000	.058	.000
	N	113	113	113	113	113	113	113
kesehatan4	Pearson Correlation	.128	.304**	.447**	1	.356**	.357**	.666**
	Sig. (2-tailed)	.177	.001	.000		.000	.000	.000
	N	113	113	113	113	113	113	113
kesehatan5	Pearson Correlation	.085	.207*	.373**	.356**	1	.444**	.716**
	Sig. (2-tailed)	.368	.028	.000	.000		.000	.000
	N	113	113	113	113	113	113	113
kesehatan6	Pearson Correlation	.199*	.193*	.179	.357**	.444**	1	.672**
	Sig. (2-tailed)	.034	.041	.058	.000	.000		.000
	N	113	113	113	113	113	113	113
kesehatan_to tal	Pearson Correlation	.445**	.513**	.661**	.666**	.716**	.672**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	
	N	113	113	113	113	113	113	113

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

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

pendidika n8	Pearson	.279**	.435**	.469**	.474**	.618**	.695**	.503**	1	.801**
	Correlation									
	Sig. (2-tailed)	.003	.000	.000	.000	.000	.000	.000		.000
N		113	113	113	113	113	113	113	113	113
pendidika n_total	Pearson	.483**	.675**	.702**	.667**	.771**	.709**	.698**	.801**	1
	Correlation									
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	
N		113	113	113	113	113	113	113	113	113

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

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

Correlations

		pendampin g1	pendampin g2	pendampin g3	pendampin g4	pendampin g5	pendampin g_total
pendamping1	Pearson	1	.483**	.424**	.489**	.330**	.701**
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000	.000	.000
N		113	113	113	113	113	113
pendamping2	Pearson	.483**	1	.548**	.597**	.541**	.798**
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	.000		.000	.000	.000	.000
N		113	113	113	113	113	113
pendamping3	Pearson	.424**	.548**	1	.604**	.488**	.786**
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	.000	.000		.000	.000	.000
N		113	113	113	113	113	113
pendamping4	Pearson	.489**	.597**	.604**	1	.469**	.798**
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000		.000	.000
N		113	113	113	113	113	113
pendamping5	Pearson	.330**	.541**	.488**	.469**	1	.773**
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000		.000
N		113	113	113	113	113	113

pendamping_t otal	Pearson	.701**	.798**	.786**	.798**	.773**	1
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	
	N	113	113	113	113	113	113

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

Correlations

		fds1	fds2	fds3	fds4	fds5	fds_total
fds1	Pearson Correlation	1	.422**	.351**	.408**	.245**	.606**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000	.009	.000
	N	113	113	113	113	113	113
fds2	Pearson Correlation	.422**	1	.558**	.451**	.515**	.782**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000	.000	.000	.000
	N	113	113	113	113	113	113
fds3	Pearson Correlation	.351**	.558**	1	.501**	.443**	.764**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000		.000	.000	.000
	N	113	113	113	113	113	113
fds4	Pearson Correlation	.408**	.451**	.501**	1	.671**	.810**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000		.000	.000
	N	113	113	113	113	113	113
fds5	Pearson Correlation	.245**	.515**	.443**	.671**	1	.791**
	Sig. (2-tailed)	.009	.000	.000	.000		.000
	N	113	113	113	113	113	113
fds_total	Pearson Correlation	.606**	.782**	.764**	.810**	.791**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	
	N	113	113	113	113	113	113

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

Lampiran 4. Hasil Uji Reliabilitas

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha Based on Standardized		
Cronbach's Alpha	Items	N of Items
.770	.763	8

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha Based on Standardized		
Cronbach's Alpha	Items	N of Items
.665	.670	6

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha Based on Standardized		
Cronbach's Alpha	Items	N of Items
.826	.843	8

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha Based on Standardized		
Cronbach's Alpha	Items	N of Items
.815	.832	5

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha Based on Standardized		
Cronbach's Alpha	Items	N of Items
.808	.808	5

Lampiran 5. Hasil Uji Multikolinearitas

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Coefficients Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	17.389	.470		36.977	.000		
	kesehatan	.080	.016	.172	5.007	.000	.712	1.404
	pendidikan	-.144	.011	-.451	-12.813	.000	.676	1.480
	pendamping	.274	.022	.437	12.479	.000	.684	1.462
	fds	.392	.021	.737	18.710	.000	.540	1.854

a. Dependent Variable: y



Lampiran 6. Hasil Uji Heteroskedastisitas

		Coefficients ^a				
		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
Model		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	.776	.342		2.269	.025
	kesehatan	-.014	.012	-.135	-1.210	.229
	pendidikan	.009	.008	.125	1.091	.278
	pendamping	-.028	.016	-.197	-1.737	.085
	fds	.010	.015	.080	.628	.531

a. Dependent Variable: Abs_residual



Lampiran 7. Hasil Uji Normalitas

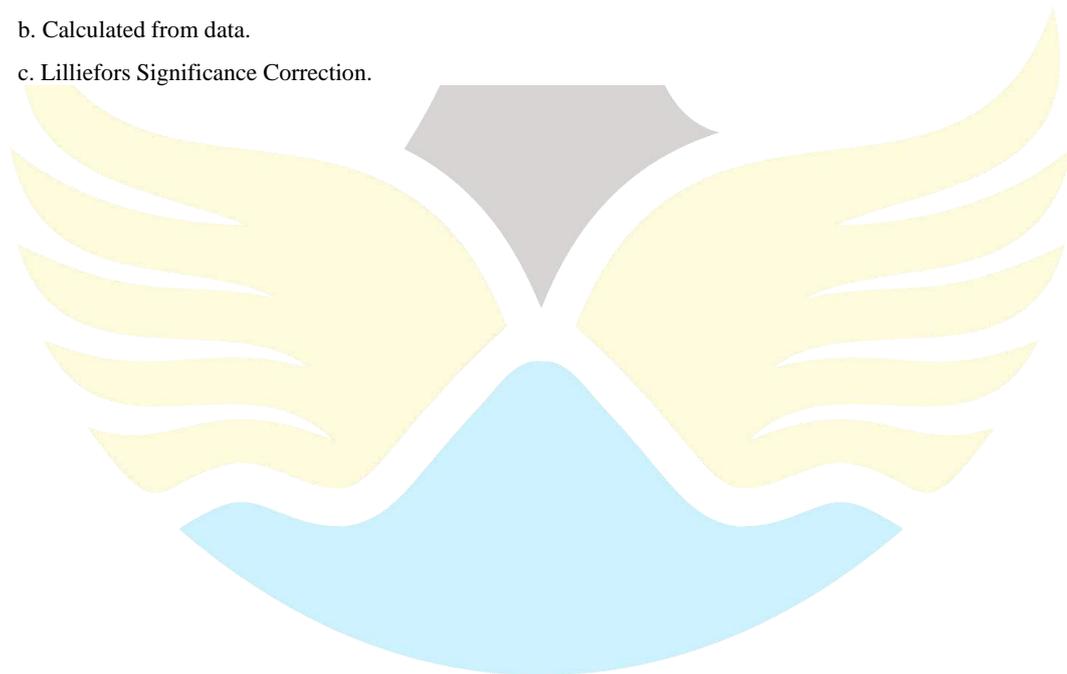
One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

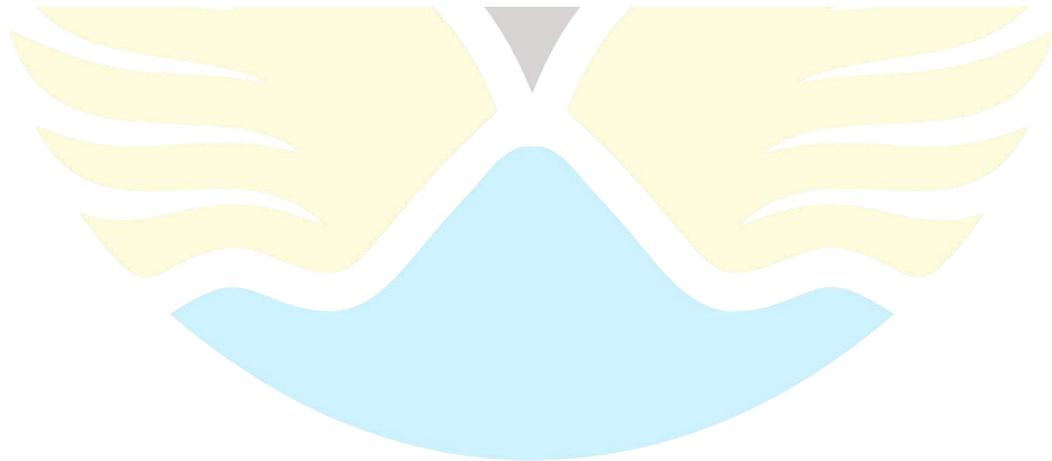
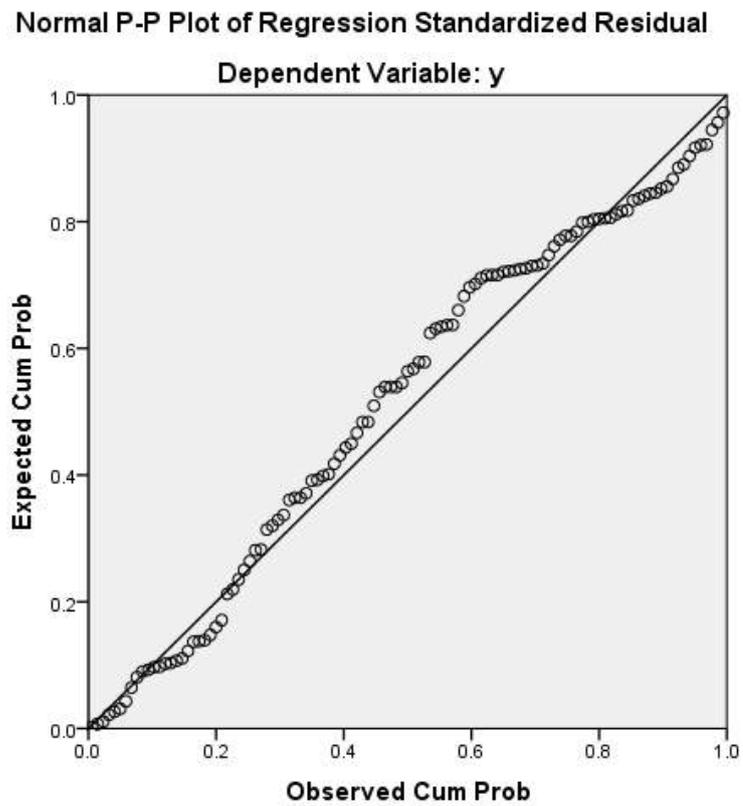
		Unstandardized Residual
N		113
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	.0000000
	Std. Deviation	.43709708
Most Extreme Differences	Absolute	.121
	Positive	.121
	Negative	-.098
Test Statistic		.121
Asymp. Sig. (2-tailed)		.000 ^c
Exact Sig. (2-tailed)		.066
Point Probability		.000

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

c. Lilliefors Significance Correction.



Lampiran 8. Grafik P-P Plot

Lampiran 9. Hasil Uji Regresi Linier Berganda

		Coefficients ^a					Collinearity Statistics	
		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Tolerance	VIF
Model		B	Std. Error	Beta				
1	(Constant)	17.389	.470		36.977	.000		
	kesehatan	.080	.016	.172	5.007	.000	.712	1.404
	pendidikan	-.144	.011	-.451	-12.813	.000	.676	1.480
	pendamping	.274	.022	.437	12.479	.000	.684	1.462
	fds	.392	.021	.737	18.710	.000	.540	1.854

a. Dependent Variable: y



Lampiran 10. Koefisien Determinasi

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.954 ^a	.910	.906	.44512

a. Predictors: (Constant), fds, kesehatan, pendamping, pendidikan

b. Dependent Variable: y



Lampiran 11. Hasil Uji t

		Coefficients ^a					Collinearity Statistics	
		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Tolerance	VIF
Model		B	Std. Error	Beta				
1	(Constant)	17.389	.470		36.977	.000		
	kesehatan	.080	.016	.172	5.007	.000	.712	1.404
	pendidikan	-.144	.011	-.451	-12.813	.000	.676	1.480
	pendamping	.274	.022	.437	12.479	.000	.684	1.462
	fds	.392	.021	.737	18.710	.000	.540	1.854

a. Dependent Variable: y



Lampiran 12. Hasil Uji F

ANOVA ^a						
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	215.044	4	53.761	271.343	.000 ^b
	Residual	21.398	108	.198		
	Total	236.442	112			

a. Dependent Variable: y

b. Predictors: (Constant), fds, kesehatan, pendamping, pendidikan



Lampiran 13. Table Product Moment

Tabel 1 Product Moment:
Pada Gij.DDS (Two Tail)

N	r	N	R	N	R	N	r	N	r	N	R
1	0.957	41	0.301	81	0.216	121	0.177	161	0.134	201	0.138
2	0.95	42	0.297	82	0.215	122	0.176	162	0.133	202	0.137
3	0.875	43	0.294	83	0.213	123	0.175	163	0.133	203	0.137
4	0.811	44	0.291	84	0.212	124	0.173	164	0.132	204	0.137
5	0.754	45	0.285	85	0.211	125	0.174	165	0.132	205	0.136
6	0.707	46	0.285	86	0.21	126	0.174	166	0.131	206	0.136
7	0.665	47	0.282	87	0.208	127	0.173	167	0.131	207	0.136
8	0.628	48	0.275	88	0.207	128	0.172	168	0.131	208	0.136
9	0.592	49	0.275	89	0.206	129	0.172	169	0.13	209	0.136
10	0.576	50	0.273	90	0.205	130	0.171	170	0.13	210	0.136
11	0.553	51	0.271	91	0.204	131	0.17	171	0.129	211	0.134
12	0.538	52	0.265	92	0.203	132	0.17	172	0.129	212	0.134
13	0.514	53	0.265	93	0.202	133	0.169	173	0.128	213	0.134
14	0.497	54	0.263	94	0.201	134	0.168	174	0.128	214	0.134
15	0.482	55	0.261	95	0.2	135	0.168	175	0.128	215	0.133
16	0.466	56	0.255	96	0.199	136	0.167	176	0.127	216	0.133
17	0.455	57	0.255	97	0.198	137	0.167	177	0.127	217	0.133
18	0.441	58	0.254	98	0.197	138	0.166	178	0.126	218	0.132
19	0.423	59	0.252	99	0.196	139	0.165	179	0.126	219	0.132
20	0.423	60	0.25	100	0.195	140	0.165	180	0.126	220	0.132
21	0.413	61	0.245	101	0.194	141	0.164	181	0.125	221	0.131
22	0.404	62	0.245	102	0.193	142	0.164	182	0.125	222	0.131
23	0.395	63	0.244	103	0.192	143	0.163	183	0.124	223	0.131
24	0.385	64	0.242	104	0.191	144	0.163	184	0.124	224	0.131
25	0.381	65	0.24	105	0.19	145	0.162	185	0.124	225	0.13
26	0.374	66	0.235	106	0.189	146	0.161	186	0.123	226	0.13
27	0.367	67	0.237	107	0.188	147	0.161	187	0.123	227	0.13
28	0.361	68	0.235	108	0.187	148	0.16	188	0.122	228	0.129
29	0.355	69	0.234	109	0.187	149	0.16	189	0.122	229	0.129
30	0.345	70	0.232	110	0.186	150	0.159	190	0.122	230	0.129
31	0.344	71	0.23	111	0.185	151	0.159	191	0.121	231	0.129
32	0.335	72	0.225	112	0.184	152	0.158	192	0.121	232	0.128
33	0.334	73	0.227	113	0.183	153	0.158	193	0.121	233	0.128
34	0.325	74	0.225	114	0.182	154	0.157	194	0.12	234	0.128
35	0.325	75	0.224	115	0.182	155	0.157	195	0.12	235	0.127
36	0.32	76	0.223	116	0.181	156	0.156	196	0.119	236	0.127
37	0.315	77	0.221	117	0.18	157	0.156	197	0.119	237	0.127
38	0.312	78	0.22	118	0.179	158	0.155	198	0.119	238	0.127

Lampiran 14. Dokumentasi Penelitian





