



MONOGRAF PARADOKS KEMISKINAN

Dr. Heffi Crhistya Rahayu, M.Si
Dr. ETTY Puji Lestari, M.Si
Purwantoro, M.Si

MONOGRAF PARADOKS KEMISKINAN

Penulis

Dr. Heffi Crhistya Rahayu, M.Si
Dr. Etty Puji Lestari, M.Si
Purwantoro, M.Si



2022

MONOGRAF PARADOKS KEMISKINAN

Penulis

Dr. Heffi Crhistya Rahayu, M.Si
Dr. Ety Puji Lestari, M.Si
Purwantoro, M.Si

ISBN

978-623-8014-21-7

Layout & Desain Cover
Fitriani Dwi Ramadhani

ANGGOTA IKAPI
062/BANTEN/2021

Penerbit

Pascal Books
PT. Mediatama Digital Cendekia

Redaksi :

Jl Garuda B 30 Rt 1 Rw 12 Cipayung, Kec. Ciputat, Kota Tangerang
Selatan Tangerang Selatan

Email: penerbitpascalbooks@gmail.com

Website: <https://pascalbooks.mdcgrup.com/>

Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang memperbanyak karya tulisan ini dalam bentuk dan dengan
cara apapun tanpa izin penerbit.

KATA PENGANTAR

Penulis panjatkan beribu puji syukur atas kehadiran Allah SWT. berkat rahmat dan karunianya penulis bisa menyelesaikan buku monograf ini. Buku monograf ini adalah pemaparan bagaimana perbandingan peranan aspek geografi dan kelembagaan terhadap kemiskinan di Provinsi Riau.

Terimakasih yang sebanyak-banyaknya penulis sampaikan kepada semua pihak yang terlibat dalam penulisan dan penyusunan buku monograf ini. Terimakasih juga penulis sampaikan kepada keluarga yang selalu memberikan doa dan dorongan terlaksananya penulisan buku monograf ini.

Di Indonesia, Isu Kemiskinan menjadi sangat penting untuk dikaji, karena dalam 10 tahun terakhir, angka jumlah penduduk miskin di Indonesia termasuk di Provinsi Riau cenderung mengalami peningkatan. Dalam buku ini di paparkan bagaimana pengaruh geografi dan factor kelembagaan terhadap angka kemiskinan di Provinsi Riau.

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	iii
DAFTAR ISI.....	v
BAB I PENGANTAR KEMISKINAN.....	7
1.1. Latar Belakang.....	7
BAB II TEORI KEMISKINAN.....	13
2.1. Konsep Kemiskinan.....	16
2.2. Indikator-indikator Kemiskinan.....	17
2.3. Penyebab Kemiskinan.....	18
2.4. Jenis-jenis Kemiskinan.....	19
2.5. Teori Kemiskinan.....	19
2.6. Kemiskinan Ditinjau Dari Berbagai Ilmu.....	20
BAB III ANALISIS KEMISKINAN WILAYAH.....	25
BAB IV TINJAUAN KEMISKINAN WILAYAH.....	33
4.1. Deskripsi Geografi.....	38
4.2. Deskripsi Pendidikan.....	41
4.3. Deskripsi Kesehatan.....	43
4.4. Keterkaitan Kemiskinan dan Geografi.....	44
4.5. Keterkaitan Kemiskinan dengan Pendidikan.....	46
4.6. Keterkaitan kemiskinan dan Kesehatan.....	46
BAB V FAKTOR-FAKTOR KEMISKINAN WILAYAH.....	69
DAFTAR PUSTAKA.....	74



PENGANTAR

Kemiskinan

BAB I PENGANTAR KEMISKINAN

1.1. Latar Belakang

Terdapat dua pendekatan tentang kemiskinan geografi dan institusi yang digunakan untuk mengeksplorasi kemiskinan di Propinsi Riau. Terdapat paradoks di Propinsi Riau yang menjelaskan kemiskinan didaerah kaya sumber daya alam. Riau salah satu propinsi terkaya di Indonesia karena memiliki sumber daya alamnya minyak bumi, gas alam, dan kelapa sawit. PDRB propinsi yang berasal dari minyak dan gas bumi merupakan yang pertama terbesar di Indonesia. Riau terkenal sebagai daerah penghasil minyak bumi terbesar di Indonesia 365.827 barrel per hari. Di dalam perut buminya terkandung minyak bumi, batubara, emas, timah dan bahan tambang lainnya. Kontribusi sektor pertambangan terhadap Produk Domestik Regional Bruto (PDRB) Riau tahun 2018 mencapai Rp.755.275.29,- atau sekitar 27,82%. Sektor pertambangan menjadi andalan provinsi dalam memperkokoh perekonomiannya.

Sementara luas lahan perkebunan kelapa sawit yang ada di Riau sekitar 2,3 juta hektar dan menghasilkan CPO sebanyak 8.198.962 ton per tahun. Namun dengan tingkat kesejahteraan di Propinsi Riau masih rendah. *Human Development Index* (HDI) atau Indeks Pembangunan Manusia (IPM). IPM masyarakat (indeks pembangunan manusia) dan pendapatan daerah di Propinsi Riau dan

untuk informasi saat ini IPM Provinsi Riau tahun 2017 sebesar 71,79 % yang berada diatas rata rata Nasional sebesar 70,81%.

Kemiskinan merupakan salah satu masalah sosial yang mendasar di tengah-tengah masyarakat, khususnya di negara-negara berkembang (Hassan, 2014; Wan, 2015; Li, 2016; David 2018). Kemiskinan secara ekonomi dapat diartikan sebagai kekurangan sumber daya yang dapat digunakan untuk meningkatkan kesejahteraan (Barbier 2010; Maiyo; Kheerajit and Flor 2013). Studi Martin Ravallion (2016) menjelaskan bahwa jumlah penduduk yang relatif miskin di Indonesia sebagai negara berkembang dan kemungkinan kerentanan yang lebih besar terhadap risiko miskin.

Pendidikan dan kesehatan adalah komponen penting dari modal manusia untuk menghasilkan manusia yang produktif dan meningkatkan standar hidup atau mengurangi kemiskinan (Gupta dan Mitra, 2004; Jahan dan McCleery, 2005; Jerome dan Ariyo, 2004; Bank Dunia, 2004; Bramley dan Karley 2007). Pertumbuhan infrastruktur dan layanan dapat memegang peranan penting dalam pertumbuhan ekonomi dan pengurangan kemiskinan sementara keamanan manusia (Jahan dan McCleery, 2005). Pengurangan kemiskinan dan pencapaian tujuan pembangunan milenium, adalah bukti bahwa penyediaan infrastruktur di Afrika jauh di bawah standar dalam hal kuantitas dan kualitas (Jerome dan Ariyo, 2004).

Propinsi Riau adalah sebuah provinsi di Indonesia yang terletak di bagian tengah pulau Sumatera. Provinsi ini terletak di bagian tengah pantai timur Pulau Sumatera, yaitu di sepanjang pesisir Selat Melaka. Secara geografis Propinsi Riau terletak pada jalur yang sangat strategis karena terletak pada wilayah jalur perdagangan Regional maupun Internasional di Kawasan ASEAN. Letak Provinsi Riau yang strategis ini akan sangat menguntungkan Riau sebagai salah satu provinsi terluar Indonesia.

Provinsi Riau dengan potensi sumber daya alam tapi masih banyak penduduk Riau yang tergolong penduduk miskin tahun 2018 sebesar 7,21 %. Pertumbuhan ekonomi propinsi Riau sebesar 2,34%. Hal ini

terjadi dikarenakan jumlah penduduk yang tinggi serta tidak didukung oleh pendidikan dan kesehatan yang memadai. Selain itu juga disebabkan oleh semakin banyaknya jumlah penduduk yang pindah dari desa ke kota maupun dari luar daerah Riau yang pada dasarnya bertujuan untuk mendapatkan kehidupan yang lebih layak (Girsang, 2015).

Kemiskinan telah menyebabkan ribuan bahkan jutaan anak tidak bisa mengenyam pendidikan, kesulitan dalam membiayai persoalan kemiskinan penduduk berbagai aspek seperti pendidikan dan kesehatan.. Masalah kemiskinan yang sulit diatasi kemiskinan di pedesaan karena minimnya pengetahuan yang dimiliki penduduk desa sangat rawan menyebabkan terjadinya kemiskinan. Faktor utama penyebab kemiskinan di pedesaan yaitu rendahnya kualitas sumber daya manusia, terbatasnya fasilitas umum, dan sebagainya. Pendidikan di Provinsi Riau masih dihadapkan pada beberapa permasalahan terdapatnya anak yang tidak tersentuh pendidikan dimana penyebabnya penyebaran jumlah sekolah yang belum merata sehingga jarak ke sekolah menjadi salah satu faktor penyebab sulitnya berkembang pendidikan di Provinsi Riau. Ketidakmampuan ekonomi masyarakat untuk membiayai pendidikan anak-anaknya. Kesehatan merupakan aspek yang terpenting dalam meningkatkan kesejahteraan rakyatnya. Kesehatan juga dapat meningkatkan kualitas sumber daya manusia. Prasarana yang sangat mempengaruhi kualitas pelayanan kesehatan, sistem pelayanan kesehatan yang belum responsif, ketersediaan prasarana kesehatan yang belum merata. Di kota-kota besar seperti rumah sakit, puskesmas, tempat praktek dokter, jumlah tenaga kesehatan dapat ditemukan diperkotaan, dibandingkan dengan pedesaan. Akses jalan yang jauh dari rumah sakit atau puskesmas sehingga masyarakat harus menempuh ke kota dahulu untuk memeriksakan kesehatannya. Masih kurangnya tenaga medis untuk di daerah-daerah yang jauh dari pusat kota.

Tabel 1.1 Jumlah Penduduk, Jumlah Pendidikan, Jumlah Prasarana dan Jumlah Tenaga Medis, Tahun 2012-2017 di Provinsi Riau

Tahun	Jumlah Penduduk	Jumlah Pendidikan				Jumlah Prasarana			Jumlah Tenaga Medis	
		SD	SMP	SMA	SMK	Rumah Sakit	Puskesmas	Apotik	Dokter	Bidan
2012	5839,10	3 489	964	391	206	59	205	554	1.052	4 508
2013	6033,26	3 583	1 082	413	262	63	209	515	1 004	4 294
2014	6188,44	3 598	1 097	417	273	64	211	598	1 137	5 231
2015	6344,40	3 568	1 061	400	253	67	212	672	1 254	4 986
2016	6500,09	3 489	973	365	229	71	213	699	1 322	5 824
2017	6671,81	3 573	1 082	413	262	70	215	744	1 397	6 820
2018	6814,90	3 670	1 152	443	294	69	216	-	1 383	6 402
2019	6971,74	3 693	1168	443	295	74	226	591	1 992	6 842
2020	6394,08	3 727	1196	449	299	74	228	562	-	-

Sumber : BPS 2018

Jumlah Pendidikan SD mengalami penurunan mulai tahun 2015-2016, tetapi tahun 2017 jumlah pendidikan SD meningkat berjumlah 3 573 sekolah. Pada tingkat SMP terjadi penurunan jumlah sekolah tahun 2016 sebesar 973 sekolah. Bersamaan dengan jumlah sekolah SMA tahun 2016 turun berjumlah 365 sekolah. Dilihat dari jumlah prasarana kesehatan jumlah rumah sakit mengalami kenaikan, tetapi ditahun tahun 2016 sebesar 71 rumah sakit tetapi tahun 2017 jumlah rumah sakit mengalami penurunan sebesar 70 rumah sakit. Tetapi jumlah puskesmas setiap tahun mengalami kenaikan. Jumlah tenaga medis di tahun 2016 jumlah tenaga dokter 1322 orang dan tahun 2017 jumlah tenaga dokter mengalami kenaikan sebesar 1397 orang. Tahun 2016 jumlah bidan sebesar 5.824 orang dan tahun 2017 jumlah bidan mengalami kenaikan sebesar 6.820 orang. Apotik tiap tahun mengalami kenaikan. Prasarana kesehatan perlu diperhatikan, namun harus diimbangi dengan tenaga kesehatan. Masih kekurangan tenaga medis tidakimbang antara tenaga medis dengan pasien sehingga kondisi ini yang membuat pelayanan belum maksimal.

Berdasarkan uraian dalam latar belakang dan fenomena kemiskinan maka pertanyaan penelitian yang di ajukan dalam penelitian ini adalah Bagaimana perbandingan peranan aspek geografi dan kelembagaan analisis panel data pada tingkat desa di Propinsi

Riau? Selanjutnya untuk mencari jawab atas pertanyaan penelitian tersebut maka digunakan beberapa rumusan sebagai berikut :



TEORI

Kemiskinan

BAB II TEORI KEMISKINAN

Millennium Development Goals (MDGs) atau dalam bahasa Indonesia diterjemahkan menjadi “Tujuan Pembangunan Milenium”, adalah sebuah paradigma pembangunan global yang dideklarasikan Konferensi Tingkat Tinggi Milenium oleh 189 negara anggota Perserikatan Bangsa Bangsa (PBB) di New York pada bulan September 2000. Visi MDGs untuk menghapuskan kemiskinan global dalam hal ini merupakan bagian dari konsep hak asasi manusia yang diperluas maknanya (Alston 2005; Nelson 2007).

Tujuan Pembangunan Milenium ini merupakan agenda untuk mengurangi kemiskinan dan memperbaiki kehidupan. MDGs ini merupakan wujud dari komitmen negara-negara yang mengikutinya sebagai bagian dari program pembangunan nasional dalam upaya menangani penyelesaian isu-isu mendasar tentang hak asasi dan kebebasan manusia. MDGs tersebut terdiri dari 8 tujuan pokok, yaitu:

1. Menanggulangi kemiskinan dan kelaparan

Pada tingkat nasional, dengan usaha yang lebih keras, Indonesia akan dapat mengurangi kemiskinan dan kelaparan hingga setengahnya pada 2015, jika tingkat pendapatan masyarakatnya meningkat terutama pada masyarakat miskin. Tingkat pendapatan masyarakat miskin di Indonesia akan meningkat dengan peningkatan kesempatan kerja dan pengembangan usaha.

2. Mencapai pendidikan dasar untuk semua

Target MDGs kedua adalah mencapai pendidikan dasar untuk semua pada 2015. Ini artinya bahwa semua anak Indonesia, baik laki-laki maupun perempuan, akan dapat menyelesaikan pendidikan dasar. Pemerintah Indonesia berkomitmen untuk memenuhi target ini dengan mencanangkan program wajib belajar 9 tahun. Kebijakan ini terbukti telah meningkatkan akses untuk pendidikan SD. Akan tetapi, masih banyak anak usia sekolah di pelosok negeri yang belum dapat menyelesaikan SD-nya. Bahkan di perdesaan, tingkat putus sekolah dapat mencapai 8,5%. Kualitas pendidikan di Indonesia selama ini masih perlu ditingkatkan dan manajemen pendidikan juga kurang baik.

3. Mendorong kesetaraan gender, dan pemberdayaan perempuan

Pada pasal 27 UUD 1945 telah dijamin kesetaraan hak bagi seluruh penduduk Indonesia-laki-laki maupun perempuan sehingga Indonesia telah mencapai kemajuan dalam mengatasi persoalan kesenjangan antara laki-laki dan perempuan. Program wajib belajar 9 tahun telah membawa dampak positif dalam pengurangan kesenjangan dalam dunia pendidikan. Rasio antara partisipasi murid laki-laki dan perempuan, baik partisipasi bersih maupun kotor, sudah hampir mencapai 100% di seluruh tingkat pendidikan. Proporsi perempuan dalam pekerjaan non-pertanian relatif stagnan, begitu pula dengan keterwakilan perempuan di parlemen, yang masing-masing masih berkisar pada 33% dan 11%.

4. Menurunkan angka kematian anak

Indonesia telah mencapai target yang ditetapkan oleh MDGs (MDGs menargetkan angka kematian bayi dan balita 65/1000 kelahiran hidup) yaitu, Angka Kematian Balita (AKBA) menurun dari 97/1000 kelahiran hidup pada tahun 1989 menjadi 46/1000 kelahiran hidup pada tahun 2000; Angka Kematian Bayi (AKB) menurun dari

68/1000 kelahiran menjadi 35/1000 kelahiran hidup pada tahun 1999.

5. Meningkatkan kesehatan ibu

Angka Kematian Ibu (AKI) menurun dari 400/100.000 kelahiran hidup pada tahun 1990 menjadi 307/100.000 kelahiran hidup pada tahun 2000. Angka tersebut masih jauh dari target Nasional pada tahun 2015 yaitu 124/100.000 kelahiran.

6. Memerangi HIV/AIDS, malaria dan penyakit menular lainnya

Penurunan HIV/AIDS, malaria dan penyakit menular lainnya mendapat perhatian yang besar dalam MDGs bidang kesehatan. Di Indonesia, sampai akhir September 2003, tercatat 1239 kasus AIDS dan 2685 kasus HIV positif. Para ahli memperkirakan hingga saat ini terdapat 90.000-130.000 orang Indonesia yang hidup dengan HIV. Pola penyebarannya lewat hubungan seksual dan napza suntik.

7. Memastikan kelestarian lingkungan hidup

Di Indonesia ancaman terhadap hutan hujan semakin menjadi-jadi, apalagi pada era desentralisasi dan otonomi daerah lebih banyak lagi hutan yang dieksploitasi, pembalakan liar semakin menjadi-jadi dan batas kawasan lindung sudah tidak diperdulikan lagi. Penyebab utamanya adalah lemahnya supresmasi hukum dan kurangnya pengertian dan pengetahuan mengenai tujuan pembangunan jangka panjang dan perlindungan biosfer.

8. Membangun kemitraan global untuk pembangunan.

Tujuan kedelapan berisikan aksi yang harus dilakukan oleh negara maju kepada negara berkembang untuk mencapai tujuan 1-7 MDGs.

2.1. Konsep Kemiskinan

Millennium Development Goals (MDGs) pada bulan September 2000 menyetujui delapan butir komitmen untuk mencapai tujuan nyata memberantas kemiskinan dan pembangunan yang lebih manusiawi pada tahun 2015, yaitu (Todaro, 2002) :

1. Mengentaskan kemiskinan dan kelaparan absolut.
2. Mencapai pendidikan dasar universal.
3. Mendukung persamaan gender dan pemberdayaan wanita.
4. Mengurai tingkat mortalitas anak.
5. Memperbaiki kesehatan ibu hamil.
6. Memerangi penyakit HIV / AIDS, malaria, dan penyakit lainnya.
7. Menjaga kelangsungan lingkungan.
8. Mengembangkan kerja sama global untuk pembangunan.

Menurut BPS, ada 14 kriteria untuk menentukan keluarga/rumah tangga miskin, yaitu :

1. Luas bangunan tempat tinggal kurang dari 8 m² per orang.
2. Jenis lantai tempat tinggal terbuat dari tanah/bambu/kayu murahan.
3. Jenis dinding tempat tinggal dari bambu/rumbia/kayu berkualitas rendah/tembok tanpa diplester.
4. Tidak memiliki fasilitas buang air besar/bersama-sama dengan rumah tangga lain.
5. Sumber penerangan rumah tangga tidak menggunakan listrik.
6. Sumber air minum berasal dari sumur/mata air tidak terlindung/sungai/air hujan.
7. Bahan bakar untuk memasak sehari-hari adalah kayu bakar/arang/minyak tanah.
8. Hanya mengonsumsi daging/susu/ayam satu kali dalam seminggu
9. Hanya membeli satu stel pakaian baru dalam setahun
10. Hanya sanggup makan hanya satu/dua kali dalam sehari.

11. Tidak sanggup membayar biaya pengobatan di puskesmas/poliklinik.
12. Sumber penghasilan kepala keluarga adalah petani dengan luas lahan 500 m², buruh tani, nelayan, buruh bangunan, buruh perkebunan, dan atau pekerjaan lainnya dengan pendapatan di bawah Rp. 600.000,- (Enam Ratus Ribu) per bulan.
13. Pendidikan tertinggi kepala keluarga : tidak bersekolah/tidak tamat SD/hanya SD.
14. Tidak memiliki tabungan/barang yang mudah dijual dengan nilai minimal Rp. 500.000,- (Lima Ratus Ribu Rupiah), seperti sepeda motor kredit/non-kredit, emas, ternak, kapal motor, atau barang modal lainnya.
Jika minimal 9 kriteria terpenuhi, maka dikategorikan sebagai rumah tangga miskin.

2.2. Indikator-indikator Kemiskinan

Menurut Todaro (1997) menyatakan bahwa variasi kemiskinan dinegara berkembang disebabkan oleh beberapa faktor, yaitu:

1. Perbedaan geografis, jumlah penduduk dan tingkat pendapatan
2. Perbedaan sejarah, sebagian dijajah oleh negara yang berlainan
3. Perbedaan kekayaan sumber daya alam dan kualitas sumber daya manusianya
4. Perbedaan peranan sektor swasta dan negara
5. Perbedaan struktur industri
6. Perbedaan derajat ketergantungan pada kekuatan ekonomi dan politik negara lain
7. Perbedaan pembagian kekuasaan, struktur politik dan kelembagaan

2.3. Penyebab Kemiskinan

Mudrajad Kuncoro (1997) mencoba mengidentifikasi penyebab kemiskinan dipandang dari sisi ekonomi:

1. Secara mikro, kemiskinan muncul karena adanya ketidaksamaan pola kepemilikan sumberdaya yang menimbulkan distribusi pendapatan yang timpang. Penduduk miskin hanya memiliki sumberdaya dalam jumlah terbatas dan kualitas yang rendah.
2. Kemiskinan muncul akibat perbedaan dalam kualitas sumberdaya manusia. Kualitas sumberdaya manusia yang rendah mengindikasikan produktifitas yang rendah, pada akhirnya berimplikasi pada upah yang rendah. Rendahnya kualitas sumberdaya manusia dikarenakan oleh rendahnya pendidikan, nasib yang kurang beruntung, adanya diskriminasi, dan keturunan.
3. Kemiskinan muncul diakibatkan perbedaan akses dalam modal.

Ketiga penyebab kemiskinan di atas bermuara pada teori lingkaran kemiskinan (*vicious circle of poverty*) oleh Ragnar Nurkse (1953) (dalam Jhingan, 2010). Pengertian lingkaran kemiskinan adalah suatu lingkaran rangkaian yang saling mempengaruhi satu sama lain sedemikian rupa, sehingga menimbulkan suatu keadaan dimana negara akan tetap miskin dan akan banyak mengalami kesukaran untuk mencapai tingkat pembangunan yang lebih baik. Adanya keterbelakangan, ketidaksempurnaan pasar, dan kurangnya modal menyebabkan rendahnya produktifitas. Rendahnya produktifitas mengakibatkan rendahnya pendapatan yang mereka terima. Rendahnya pendapatan akan berimplikasi pada rendahnya tabungan dan investasi, baik investasi manusia maupun investasi modal. Rendahnya investasi berakibat pada keterbelakangan dan seterusnya.

2.4. Jenis-jenis Kemiskinan

Menurut Jamasy (2004) terdapat empat bentuk kemiskinan yang mana setiap bentuk memiliki arti tersendiri. Keempat bentuk tersebut adalah kemiskinan absolut dan kemiskinan relatif yang melihat kemiskinan dari segi pendapatan, sementara kemiskinan struktural dan kemiskinan kultural yang melihat kemiskinan dari segi penyebabnya.

1. **Kemiskinan absolut** terjadi apabila tingkat pendapatannya dibawah garis kemiskinan atau sejumlah pendapatannya tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan minimum, antara lain kebutuhan pangan, sandang, kesehatan, perumahan dan pendidikan yang diperlukan untuk meningkatkan kapasitas agar bisa hidup dan bekerja.
2. **Kemiskinan relatif** adalah kondisi dimana pendapatannya berada pada posisi di atas garis kemiskinan, namun relatif lebih rendah dibanding pendapatan masyarakat sekitarnya.
3. **Kemiskinan struktural** ialah kondisi atau situasi miskin karena pengaruh kebijakan pembangunan yang belum menjangkau seluruh masyarakat sehingga menyebabkan ketimpangan pendapatan.
4. **Kemiskinan struktural** hadir dan muncul bukan karena takdir, bukan karena kemalasan, atau bukan karena karena nasib. **Kemiskinan struktural** adalah kemiskinan yang timbul dari adanya korelasi struktur yang timpang, yang timbul dari tiadanya suatu hubungan yang simetris dan sebangun yang menempatkan manusia sebagai obyek.

2.5. Teori Kemiskinan

1. **Hipotesis Geografi**

Menurut Acemoglu and Robinson (2012) menyatakan bahwa penyebab mengapa suatu negara lebih miskin daripada negara lainnya adalah karena adanya perbedaan kondisi geografis.

2. Hipotesis Kebudayaan

Menurut Acemoglu and Robinson (2012) berpendapat teori hipotesis kebudayaan yang cukup luas pengaruhnya mengaitkan kemakmuran dengan kebudayaan. Seperti halnya hipotesis geografi, hipotesis kebudayaan dikembangkan oleh sosiolog terkenal asal Jerman, Max Weber.

3. Hipotesis Ketidaktahuan

Menurut Acemoglu dan Robinson (2012) berpendapat bahwa hipotesis ketidaktahuan yang menyatakan bahwa kesenjangan yang terjadi karena karena para penguasa tidak tahu cara memakmurkan bangsanya yang melarat. Ide ini dikembangkan oleh Lionel Robbins pada tahun 1935:”Ekonomi adalah ilmu yang mengkaji tingkah laku manusia sebagai hubungan antara upaya pemenuhan kebutuhan dengan ketersediaan sumber daya yang langka.

4. Hipotesis kelembagaan/institusi

Acemoglu dan Robinson (2012) berpendapat penyebab utama kesenjangan adalah institusi politik di masing-masing negara, karena institusi politik itulah yang akan menentukan institusi ekonomi suatu negara, dan selanjutnya mempengaruhi kemajuan perekonomiannya. Institusi ekonomi inklusif akan mendorong kreativitas dan kemajuan ekonomi suatu bangsa, sebaliknya, institusi ekonomi ekstraktif akan memiskinkan (Acemoglu dan Robinson 2008).

2.6. Kemiskinan Ditinjau Dari Berbagai Ilmu

a. Kemiskinan ditinjau dari geografi

Konsep geografi, berdasarkan hasil seminar dan lokakarya di Semarang pada tahun 1988 dalam Suharyono dan Moch Amien (1994) menjelaskan konsep esensial geografi, yaitu: lokasi, jarak, keterjangkauan, pola, morfologi, aglomerasi, keterkaitan keruangan, diferensiasi areal, interaksi/interdependensi, dan nilai guna.

Namun, konsep geografi yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Konsep lokasi merupakan konsep utama geografi yang menjadi ciri khusus dalam keilmuan geografi. Secara umum lokasi dibagi menjadi dua yaitu lokasi absolut dan lokasi relatif.
 2. Konsep jarak sebagai konsep geografi mempunyai arti penting bagi kehidupan sosial, ekonomi maupun juga untuk kepentingan pertahanan. Jarak dapat merupakan faktor pembatas yang bersifat alami.
 3. Konsep keterjangkauan lebih berkaitan dengan kondisi medan atau ada tidaknya sarana angkutan atau transportasi yang dipakai. Keterjangkauan umumnya berubah dengan adanya perkembangan perekonomian dan kemajuan teknologi, dan bagi daerah dengan keterjangkauan sangat rendah akan sangat sulit mencapai kemajuan dan perkembangan perekonomian.
- b. Kemiskinan ditinjau dari pendidikan.

Menurut BPS Pendidikan adalah kegiatan belajar mengajar disegala tingkatan baik formal maupun informal. Menurut pendidikan dapat diartikan yakni bimbingan yang diberikan oleh orang dewasa kepada perkembangan anak untuk mencapai kedewasaannya agar mampu melaksanakan tugas hidupnya sendiri tanpa tergantung pada orang lain.

Terdapat beberapa jalur pendidikan di Indonesia menurut UU No. 20 Tahun 2003, yakni :

- a. Pendidikan formal adalah jalur pendidikan yang memiliki struktur dan berjenjang yang terdiri atas pendidikan dasar, menengah dan tinggi. Adapun jenjang-jenjang pendidikan formal yakni Pendidikan dasar, Pendidikan menengah, Pendidikan tinggi.
- b. Pendidikan nonformal adalah jalur pendidikan di luar pendidikan formal yang dapat dilaksanakan secara terstruktur dan berjenjang .Pendidikan nonformal diselenggarakan bagi warga masyarakat yang memerlukan layanan pendidikan yang

berfungsi sebagai pengganti, penambah, dan pelengkap pendidikan formal.

- c. Pendidikan informal adalah jalur pendidikan yang dilakukan oleh Keluarga dan lingkungan berbentuk kegiatan belajar secara mandiri.

Salah satu tujuan dari *MDGs* adalah pendidikan dasar untuk semua. Dengan pendidikan diharapkan pembangunan sumber daya manusia dapat terealisasi. Buruknya kualitas pendidikan menunjukkan buruknya kualitas suatu negara begitu juga sebaliknya.

- c. Kemiskinan ditinjau dari kesehatan

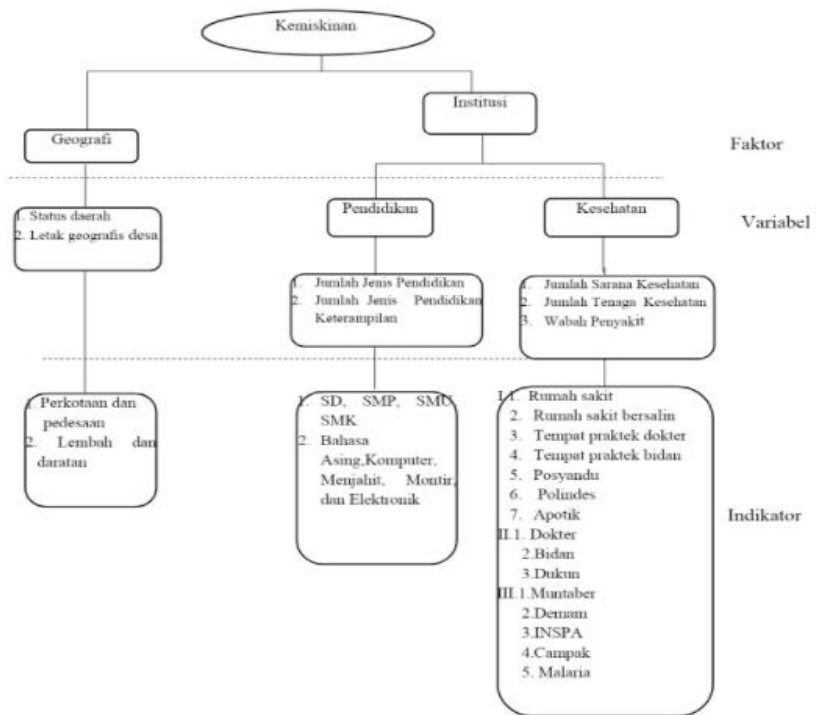
Hubungan antara kemiskinan dan kesehatan tidak sederhana. Kesehatan menjadi katalis untuk kemiskinan dan pada gilirannya kemiskinan dapat menciptakan kesehatan yang buruk. Hubungan juga bekerja secara positif. Kesehatan fisik dan mental yang baik sangat penting untuk produksi yang efektif, sementara strategi penghidupan produktif dan manajemen risiko adalah penting untuk menjaga kesehatan individu dan rumah tangga (Harpham dan Grant 2002).

Kerangka Konsep Penelitian

Faktor geografi Provinsi Riau terdiri status daerah dan letak geografis desa. Faktor ketidaktahuan terbagi jenis pendidikan dan jenis pendidikan keterampilan. Variabel jenis pendidikan penduduk terdiri dari indikator SD, SMP, SMU, SMK. Sedangkan untuk variabel jenis pendidikan ketrampilan indikator bahasa asing, komputer, menjahit, elektronik dan montir.

Faktor institusi terdiri dari variabel formal sistem konstitusi, hukum dan hak kepemilikan (*property rights*), dimana kesemua hal tersebut telah diatur dalam aturan perundang-undangan yang dibuat oleh pemerintah dalam rangka menjaga tatanan (*order*) dalam masyarakat. Pelanggaran atas aturan-aturan formal akan dikenakan sanksi sesuai dengan perundang-undangan yang

berlaku. Sedangkan informal misalnya: adat istiadat, tradisi, perbuatan yang dianggap tabu dan tingkah laku dalam masyarakat, dimana kesemua hal tersebut merupakan aturan tak tertulis yang sudah tertanam dan telah berlangsung dalam masyarakat secara turun-temurun. Pelanggaran atas aturan- aturan informal akan dikenakan sanksi sesuai dengan adat istiadat yang berlaku dalam masyarakat. Institusi yang peneliti gunakan dalam penelitian ini adalah faktor Kesehatan.



Gambar 2.1
 Kerangka Analisis Penelitian
 (Sumber : Acemaglo dan Robinson 2012)



ANALISIS

Kemiskinan

BAB III ANALISIS KEMISKINAN WILAYAH

Desain Penelitian

Lokasi penelitian dilaksanakan di Kabupaten/Kota di Provinsi Riau. Untuk melaksanakan penelitian maka diperlukan suatu desain penelitian. Desain penelitian ini di rancang dalam bentuk penelitian hubungan sebab akibat (kausal). Menurut Sugiyono (2010) metode kausal adalah hubungan yang bersifat sebab akibat yang terdiri dari variabel independen (variabel yang mempengaruhi) dan dependen (variabel yang dipengaruhi) keterkaitan dengan penelitian tertentu.

Sumber Data

Data penelitian diperoleh dari raw data (data dasar) dari hasil survey potensi desa dari Bappenas. Podes adalah survey yang dilakukan oleh Bappenas secara 2 periodik sampai 4 tahun sekali meliputi seluruh desa/keurahan di Indonesia. Sejak tahun Data Podes dikumpulkan pertama kali pada tahun 1976 dengan nama Fasilitas Desa (Fasdes). Data PODES merupakan data keruangan secara keseluruhan yang mencatat potensi-potensi dimiliki desa yang tidak tercatat/termasuk dalam data Susenas. Sumber data dari survey podes adalah potensi desa yang dimulai tahun 2003, 2006, 2008, 2011, 2014 dan 2018.

Model Penelitian

Model yang digunakan adalah : $K=f$ (LOW, LDKH, WLEW, WDAR, JKDC, JKDK, JLP, JLK, JMLP, JMLK, WBP)

Atau dijabarkan dalam :

$$\begin{aligned}
 K_{it} &= \\
 &\alpha_0 + \beta_1 \text{LOW}_{it} + \beta_2 \text{LDKH}_{it} + \beta_3 \text{WLE}_{it} + \beta_4 \text{WDAR}_{it} + \beta_5 \text{JKDC}_{it} + \beta_6 \text{JKDK}_{it} + \beta_7 \text{JLP}_{it} + \beta_8 \text{JLK}_{it} + \beta_9 \text{JMLP}_{it} + \beta_{10} \text{JMLK}_{it} + \beta_{11} \text{WBP}_{it} + \varepsilon_{it}
 \end{aligned}$$

Pengukuran Variabel Penelitian

Tabel 3.1 Pengukuran Variabel Penelitian

Variabel Penelitian	Simbol	Indikator/Pengukuran variabel	Skala Data
Variabel Dependent			
Kemiskinan	K	Orang yang mendapat kartu sehat	Interval
Variabel Independent			
Lokasi Wilayah	LOW	Perkotaan = 1 Pedesaan = 0	Kategori/Nominal
Letak desa berada di dalam kawasan hutan	LDKH	Di dalam kawasan hutan = 1	Kategori/Nominal

		Bukan di dalam kawasan hutan=0	
Letak Wilayah Lembah	WLEM	Lembah = 1 Bukan lembah = 0	Kategori/Nominal
Letak Wilayah Dataran	WDAR	Dataran = 1 Bukan Dataran = 0	Kategori/Nominal
Jarak dari kantor desa ke kantor kecamatan	JKDC	Km	Interval
Jarak dari kantor desa ke kantor kabupaten	JKDK	Km	Interval
Jarak dari desa ke SD	JSD	Km	Interval
Jarak dari desa ke SMP	JSMP	Km	Interval
Jarak dari desa ke SMA/SMK	JSMA/SMK	Km	Interval
Jarak dari desa ke rumah sakit	JRS	Km	Interval
Jarak dari desa ke rumah sakit bersalin	JRB	Km	Interval
Jarak dari desa ke Poliklinik	JPT	Km	Interval
Jarak dari desa ke Puskesmas	JPM	Km	Interval
Jarak dari desa ke tempat praktek Dokter	JPD	Km	Interval
Jarak dari desa ke	JPB	Km	Interval

tempat praktek Bidan			
Jumlah SD	JMS D	Unit	Interval
Jumlah SMP	JMS MP	Unit	Interval
Jumlah SMA/SMK	JMSMA /SMK	Unit	Interval
Jumlah Lembaga Keterampilan	JMLK	Unit	Interval
Jumlah Rumah Sakit	JMRS	Unit	Interval
Jumlah Rumah Bersalin	JMRB	Unit	Interval
Jumlah Poliklinik	JMPO	Unit	Interval
Jumlah Puskesmas	JMPM	Unit	Interval
Jumlah Puskesmas Pembantu	JMPP	Unit	Interval
Jumlah Tempat Praktik Dokter	JMPD	Unit	Interval
Jumlah Tempat Praktik Bidan	JMPB	Unit	Interval
Jumlah Posyandu	JMPY	Unit	Interval
Jumlah Polindes	JMPO	Unit	Interval
Jumlah Apotik	JMAP	Unit	Interval
Jumlah Dokter	JMDO	Unit	Interval
Jumlah Bidan	JMBI	Unit	Interval
Jumlah Dukun Terlatih	JMDT	Unit	Interval
Wabah Penyakit	WBP	Jumlah orang meninggal	Interval

Teknik Analisis Data

Penelitian ini menggunakan data panel, Pemilihan tahun 2003 sebagai awal penelitian dikarenakan ketersediaan data yang digunakan dalam penelitian ini. Terdapat 3 metode regresi panel diantaranya melalui:

1. Pendekatan *Pooled Least Square (Common Effect)*, dengan persamaan regresi sebagai berikut:

$$Y_{it} = \beta_0 + \beta_1 X_{it} + \beta_2 t + \dots + \beta_p X_{pit} + \mu_{it} \dots \dots \dots (1.1)$$

Dimana i sama dengan *cross-section* dan t sama dengan periode waktu, dengan asumsi terdapat komponen error saat pengolahan kuadrat terkecil.

2. Pendekatan *Fixed Effects (FE)*, Kelemahan model efek tetap adalah penggunaan jumlah derajat kebebasan yang banyak serta penggunaan peubah boneka tidak secara langsung mengidentifikasi apa yang menyebabkan garis regresi bergeser lintas waktu dan lintas individu.

Modelnya ditulis sebagai $Y_i = \alpha_i + \beta X_i + \epsilon_i \dots \dots \dots (1.2)$

3. Pendekatan *Fixed Effects (FE)*, Model estimasinya yang digunakan adalah :

$$y_{it} = \alpha_i + \beta x_{it} + \mu_i + \epsilon_i \dots \dots \dots (1.3)$$

Dengan (μ_i) adalah nilai gangguan acak pada observasi (i) dan konstan sepanjang waktu. Dapat dikatakan bahwa FE digunakan atas asumsi bahwa dari gangguan mempunyai pengaruh yang tetap. Sedangkan RE digunakan atas asumsi bahwa gangguan diasumsikan bersifat acak.

Dalam menguji spesifikasi model data panel, untuk mendapatkan metode tepat, menggunakan beberapa metode pengujian diantaranya yaitu:

a. Uji *Chow*

Uji signifikansi ini bertujuan untuk menentukan model yang paling baik, antara *fixed effect* atau *common effect*. Pengujian dilakukan

dengan uji *Chow* yang merupakan uji perbedaan dua model regresi dengan menggunakan statistik uji F (Widarjono, 2007).

b. Uji Hausman

Uji *Hausman* dapat didefinisikan sebagai pengujian statistik untuk memilih apakah model *Fixed Effect* atau *Random Effect* yang paling tepat digunakan.

Pengujian uji Hausman dilakukan dengan melihat jika nilai statistik Hausman lebih besar dari nilai kritisnya maka H_0 ditolak dan model yang tepat adalah model *Fixed Effect* sedangkan sebaliknya bila nilai statistik Hausman lebih kecil dari nilai kritisnya maka model yang tepat adalah model *Random Effect*. Jika *p-value* dari hasil Uji *Hausman* signifikan (lebih kecil dari 5%) maka H_0 ditolak, artinya lebih baik menggunakan metode FEM.

3.1.1. Uji Asumsi Klasik

3.1.1.1. Uji Normalitas

Uji normalitas bertujuan untuk menguji apakah dalam model regresi, variabel pengganggu atau residual memiliki distribusi normal (Ghozali 2013). Uji normalitas digunakan untuk mengetahui kondisi data apakah berdistribusi normal atau tidak.

3.1.1.2. Uji Multikolinearitas

Uji multikolinearitas bertujuan untuk mengetahui apakah model regresi ditemukan adanya korelasi antar variabel independen (Ghozali, 2013). Model regresi yang baik seharusnya tidak terdapat korelasi antar variabel independen. Dalam penelitian ini uji multikolonieritas dideteksi dengan menganalisis matrik korelasi antar variabel independen dan perhitungan nilai *tolerance* dan VIF.

3.1.1.3. Uji Heteroskedastisitas

Ghozali (2013) menyatakan tujuan uji heteroskedastisitas adalah untuk menguji apakah dalam model regresi, terjadi ketidaksamaan *variance* dari residual dari suatu pengamatan ke pengamatan lain. Jika *variance* dari suatu pengamatan ke pengamatan lain tetap, maka disebut homoskedastisitas, dan jika varians berbeda disebut heteroskedastisitas.

3.1.2. Pengujian Hipotesis

Uji hipotesis dalam penelitian ini dilakukan terhadap hipotesis statistik menggunakan uji T dan uji F.

3.5.2.1 Uji T

Suatu variabel akan memiliki pengaruh yang berarti jika nilai T hitung variabel tersebut lebih besar daripada T-tabel. Dalam pengujian ini digunakan uji satu arah karena hipotesis yang diajukan sudah menunjukkan arah yaitu ada pengaruh yang signifikan antara variabel X1 dengan Y, X2 dengan Y, X3 dengan Y, X4 dengan Y secara parsial.

3.5.2.2 Uji F

Uji F adalah pengujian secara simultan (bersama-sama) untuk mengetahui adanya pengaruh antara variabel independen. Jika variabel bebas memiliki pengaruh secara simultan terhadap variabel tergantung maka model persamaan regresi masuk dalam kriteria cocok atau *fit*. Sebaliknya jika tidak terdapat pengaruh secara simultan maka masuk dalam kategori tidak cocok atau *non fit*.

3.5.2.3 Koefisien Determinasi (R^2)

Koefisien determinasi (R^2) kegunaannya adalah untuk mengukur seberapa jauh kemampuan model dalam menerangkan variasi variabel terikatnya. Nilai koefisien determinasi yang kecil mengindikasikan kemampuan variabel-variabel independent dalam menjelaskan variabel dependen amat terbatas. Nilai koefisien determinasi adalah antara nol dan satu. Semakin besar nilai R^2 maka semakin bagus garis regresi yang terbentuk. Sebaliknya semakin kecil nilai R^2 semakin tidak tepat garis regresi tersebut dalam mewakili data hasil observasi.



TINJAUAN

Kemiskinan Wilayah

BAB IV TINJAUAN KEMISKINAN WILAYAH

Analisa Deskripsi Kemiskinan

Peningkatan persentase penduduk miskin ini antara lain akibat kemiskinan yang tersisa cenderung kronis dan lokasi penduduk makin cenderung tersebar di wilayah pedesaan. Beberapa kendala yang menyebabkan adanya sebahagian masyarakat pedesaan dan daerah terpencil yang tidak mendapat sentuhan pembangunan, akibatnya mereka tertinggal hampir pada semua bidang kehidupan baik bersifat fisik maupun non fisik.

Tabel 4.1 Jumlah Penduduk, Jumlah Penduduk Miskin dan Persentase Penduduk Miskin di Provinsi Riau Tahun 2012-2018

Tahun	Jumlah Penduduk (000)			Jumlah Penduduk Miskin (000)			Persentase Penduduk Miskin (%)		
	Kota	Desa	Kota + Desa	Kota	Desa	Kota + Desa	Kota	Desa	Kota + Desa
2012	2288,80	3550,27	5839,07	147,17	332,66	479,83	6,43	9,37	8,22

201 3	2345, 37	3647, 54	5992, 91	144 ,24	318 ,43	462 ,67	6,15	8,7 3	7,7 2
201 4	2411, 01	3743, 32	6154, 33	166 ,36	333 ,52	499 ,89	6,90	8,9 1	8,1 2
201 5	2451, 40	3857, 72	6309, 12	166 ,45	364 ,94	531 ,39	6,79	9,4 6	8,4 2
201 6	2538, 28	3921, 67	6459, 95	162 ,45	352 ,95	515 ,40	6,40	9,0 0	7,9 8
201 7	2630, 04	3986, 24	6616, 28	178 ,58	336 ,04	514 ,62	6,79	8,4 3	7,7 8
201 8	2699, 68	4155, 53	6855, 21	171 ,43	322 ,83	494 ,26	6,35	7,7 6	7,2 1

Sumber: BPS, 2021 (diolah)

Perkembangan jumlah penduduk di Riau 2012-2018 mengalami peningkatan dari tahun ke tahun. Komposisi penduduk miskin menurut daerah tempat tinggal di Riau pada di pedesaan pada tahun 2012 di pedesaan 9,37 % sedangkan diperkotaan 6,43% dan jumlah penduduk miskin sebesar 479,83 ribu jiwa. Pada tahun 2013 mencapai 462,67 ribu jiwa. Komposisi tersebut mengalami pergeseran pada tahun 2014 di mana persentase penduduk miskin di pedesaan naik 8,91% dan di perkotaan naik 6,90%. Sementara komposisi tahun 2015 persentase penduduk miskin di pedesaan naik 8.42% sedangkan jumlah persentase penduduk miskin diperkotaan turun menjadi 6,79%. Hal ini menunjukkan bahwa penurunan persentase penduduk miskin di pedesaan tidak secepat di perkotaan. Tahun 2016 persentase penduduk miskin di pedesaan turun sebesar 6,40% dan perkotaan 9,00% dengan jumlah penduduk miskin sebesar 515,40 jiwa. Tetapi pada tahun 2017 persentase penduduk miskin di pedesaan turun 8.43% sedangkan jumlah persentase penduduk miskin diperkotaan naik sebesar 6,79%. Tahun 2018 persentase penduduk miskin perkotaan turun sebesar 6,35% dan penduduk miskin pedesaan mengalami penurunan sebesar 7,76%.

Tabel 4.2
Jumlah Penduduk dan Penduduk Miskin Propinsi Riau
Tahun 2012-2018 (000)

Tahun	Jumlah Penduduk (000)	Jumlah Penduduk Miskin (000)
2012	5839,07	479,83
2013	5992,91	462,67
2014	6154,33	499,89
2015	6309,12	531,39
2016	6459,95	515,40
2017	6616,28	514,62
2018	6855,21	494,26
2019	6971,74	490,72
2020	6394,08	483,39

Sumber : BPS, 2018 (diolah)

Penduduk miskin di Riau pada tahun 2012-2018 yang menunjukkan kecenderungan berfluktuatif. Tahun 2012 jumlah penduduk miskin sebesar 479,83 ribu jiwa tetapi tahun 2013 jumlah penduduk miskin mengalami penurunan sebesar 462,67 ribu jiwa. Tahun 2014 sampai tahun 2017 jumlah penduduk miskin terus menerus mengalami kenaikan. Tetapi tahun 2018 jumlah penduduk miskin mengalami penurunan sebesar 494,26 ribu jiwa.

Jumlah penduduk miskin di Riau 2017 mencapai angka 514,62 ribu jiwa, atau sekitar 7,78 persen. Angka ini mengalami penurunan jika dibandingkan data di tahun 2016, yakni 7,98 persen atau sekitar 515,40 ribu jiwa. Angka ini mengalami penurunan jika dibandingkan data di tahun 2016.

Tabel 4.3
Jumlah Penduduk (000) dan Persentase Penduduk Miskin (%)
Propinsi Riau Tahun 2012-2018

Tahun	Jumlah Penduduk (000)	Prsentasi Jumlah Penduduk Miskin (%)
2012	5839,07	8,22
2013	5992,91	7,72
2014	6154,33	8,12
2015	6309,12	8,42
2016	6459,95	7,98
2017	6616,28	7,78
2018	6855,21	7,21
2019	6971,74	7,08
2020	6394,08	6,82

Sumber: BPS, 2018 (diolah)

Pada tahun 2015 ada sebanyak 8,42% penduduk miskin di Riau. Adapun penyebabnya guncangan harga migas dan melemahnya harga komoditas perkebunan unggulan antara lain telah menyebabkan banyak pemutusan hubungan kerja sehingga ikut menurunkan pendapatan perkapita penduduk Sementara tahun 2016, menurun menjadi 7,98%. Penurunan persentase berlanjut di tahun 2017, menjadi 7.78%, dan di tahun 2018 menjadi 7,21%.

Pekanbaru yang juga menyandang status sebagai ibukota Provinsi Riau sebagai daerah terpadat di Riau. Kepadatan penduduk terdapat di kota Pekanbaru mencapai 10,64 jiwa dan yang paling sedikit jumlah penduduk di Kepulauan Meranti mencapai 182 jiwa. Jumlah penduduk miskin terbanyak di Kepulauan Meranti mencapai 56,18 jiwa dan jumlah penduduk miskin yang paling kecil di Kota Dumai 13,76 jiwa. Persentase penduduk miskin terbesar di Kepulauan Meranti mencapai 30,84% dan yang terkecil di kota Pekanbaru mencapai 3,05%. Pertambahan jumlah penduduk dari tahun ke tahun terjadi kenaikan. Pada tahun 2012 jumlah penduduk mencapai 5,879

jiwa. Kemudian tahun 2013 jumlah penduduk mencapai 6,033 jiwa hingga mencapai 6,188 jiwa di tahun 2014

Tabel 4.4 Jumlah Penduduk Kabupaten/Kota Provinsi Riau Tahun 2012- 2020

Kabupaten/Kota	Jumlah Penduduk (000) Jiwa									
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
1.Kuantan Singingi	302,63	306,71	310,61	314,27	317,93	320,46	324,41	327,31	334,94	
2.Indragiri Hulu	383,81	392,23	400,9	409,43	417,73	423,92	433,93	441,78	444,54	
3.Indragiri Hilir	676,41	685,53	694,61	703,73	713,03	719,48	731,39	740,59	654,90	
4.Pelalawan	339,86	358,21	377,22	396,99	417,49	433,17	460,78	483,62	390,04	
5.Siak	404,09	416,29	428,49	440,84	453,05	462,58	477,67	489,99	457,94	
6.Kampar	733,5	753,37	773,17	793	812,7	827,06	851,83	871,11	841,33	
7.Rokan Hulu	523,02	545,48	568,57	592,27	616,46	634,65	666,41	692,12	561,38	
8.Bengkalis	519,38	527,91	536,13	543,98	551,68	557,52	566,22	573,00	565,56	
9.Rokan Hilir	592,4	609,77	627,23	644,68	662,24	675	697,21	714,49	637,16	
10.Kep.Meranti	177,58	178,83	179,89	181,09	182,15	182,99	184,37	185,51	206,11	
11.Pekanbaru	958,35	984,67	10.114,67	10.381,18	10.645,66	1.084,92	1117,35	1143,35	983,35	
12.Dumai	268,02	274,08	280,1	285,96	291,9	296,06	303,29	308,81	316,78	
Propinsi Riau	5.879,10	6.033,26	6.188,44	6.344,40	6.500,09	6617,81	6814,90	6971,74	6394,08	

Tabel 4.5 Jumlah Penduduk Miskin Perkabupaten/Kota Provinsi Riau Tahun 2012- 2020

Kabupaten/Kota	Jumlah Penduduk Miskin (000) Jiwa									
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
1.Kuantan Singingi	31,26	34,71	33,52	34,1	31,22	31,95	32,10	31,22	29,34	
2.Indragiri Hulu	27,68	29,6	29,4	31,63	29,73	29,42	27,22	26,66	26,66	
3.Indragiri Hilir	53,01	54,18	52,39	56,85	56,82	55,4	51,42	48,29	44,29	
4.Pelalawan	38,28	43,55	42,67	47,53	45,35	44,4	44,29	45,98	45,88	
5.Siak	21,04	23,21	22,54	24,81	24,86	26,83	25,81	24,49	25,38	
6.Kampar	61,75	68,58	67,61	72,22	67,68	66,33	69,32	66,81	65,30	
7.Rokan Hulu	53,55	59,85	58,29	64,74	67,42	69,24	72,28	72,21	73,35	
8.Bengkalis	35,25	40,11	38,82	40,44	37,49	38,19	35,11	35,83	36,96	
9.Rokan Hilir	44,02	47,47	46,97	49,13	52,4	53,19	48,92	49,80	48,85	
10.Kep.Meranti	63,85	64,02	61,07	61,64	56,18	53,05	51,17	49,89	47,10	
11.Pekanbaru	32,66	32,46	32,29	33,76	32,49	33,09	31,62	28,60	30,40	
12.Dumai	14,11	13,72	13,62	14,97	13,76	13,53	11,19	10,95	9,88	
Propinsi Riau	476,46	511,47	498,28	531,39	515,4	514,62	500,44	490,72	483,39	

Tabel 4.6 Persentase Penduduk Miskin Perkabupaten/Kota Provinsi Riau Tahun 2012- 2020

Kabupaten/Kota	Jumlah Persentase Penduduk Miskin (%)									
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
1.Kuantan Singingi	10,29	11,28	10,75	10,8	9,85	9,97	9,92	9,56	8,91	
2.Indragiri Hulu	7,17	7,5	7,28	7,26	7,15	6,94	6,30	6,06	5,96	
3.Indragiri Hilir	7,81	7,88	7,51	8,11	7,99	7,7	7,05	6,54	5,93	
4.Pelalawan	11,11	12	11,15	12,09	11	10,25	9,73	9,62	9,16	
5.Siak	5,17	5,54	5,22	5,67	5,52	5,8	5,44	5,03	5,09	
6.Kampar	8,36	9,04	8,68	9,17	8,38	8,02	8,18	7,71	7,38	
7.Rokan Hulu	10,13	10,86	10,13	11,05	11,05	10,91	10,95	10,53	10,31	
8.Bengkalis	6,76	7,57	7,2	7,38	6,82	6,85	6,22	6,27	6,40	
9.Rokan Hilir	7,38	7,73	7,28	7,67	7,97	7,88	7,06	7,01	6,72	
10.Kep.Meranti	35,89	35,74	33,85	34,08	30,89	28,99	27,99	26,93	25,28	
11.Pekanbaru	3,38	3,27	3,17	3,27	3,07	3,05	2,85	2,52	2,62	
12.Dumai	5,24	4,98	4,83	5,26	4,74	4,57	3,71	3,56	3,16	
Propinsi Riau	8,05	8,42	7,99	8,42	7,98	7,78	7,39	7,08	6,82	

Penduduk miskin Riau tahun 2016 berjumlah 515,4 jiwa, sedangkan di tahun 2017 menjadi 514,62 jiwa. Jumlah penduduk miskin terbanyak di Provinsi Riau ada di Kabupaten Rokan Hulu dengan jumlah 69.240. Kemudian Kampar 66.330 jiwa, Inhil 55.400 jiwa, Rohil 53.190 jiwa dan Kepulauan Meranti 53.050 jiwa. Sedangkan persentase penduduk miskin tertinggi di Riau adalah Kepulauan Meranti 28,99%, Rokan Hulu 10,91%, Pelalawan 10,25%, Kuansing 9,97% dan Kabupaten Kampar 8,02%.

4.1. Deskripsi Geografi

Provinsi Riau terdiri dari daerah daratan dan perairan, dengan luas lebih kurang 8.915.016 Ha (89.150 Km²), keberadaannya membentang dari lereng Bukit Barisan sampai dengan Selat Malaka terletak antara 01° 05' 00" Lintang Selatan - 02° 25' 00" Lintang Utara atau antara 100°00' 00" - 105° 05' 00" Bujur Timur. Disamping itu sesuai Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 terdapat wilayah lautan sejauh 12 mil dari garis pantai. Di daratan terdapat 15 sungai, diantaranya ada 4 sungai besar yang mempunyai arti penting sebagai sarana perhubungan seperti Sungai Siak (300 Km) dengan kedalaman 8 -12 m, Sungai Rokan (400 Km) dengan kedalaman 6-8 m, Sungai Kampar (400 Km) dengan kedalaman lebih kurang 6 m dan Sungai

Indragiri (500Km) dengan kedalaman 6-8 m. Ke 4 sungai yang membelah dari pegunungan daratan tinggi Bukit Barisan Bermuara di Selat Malaka dan Laut Cina Selatan itu dipengaruhi pasang surut laut.

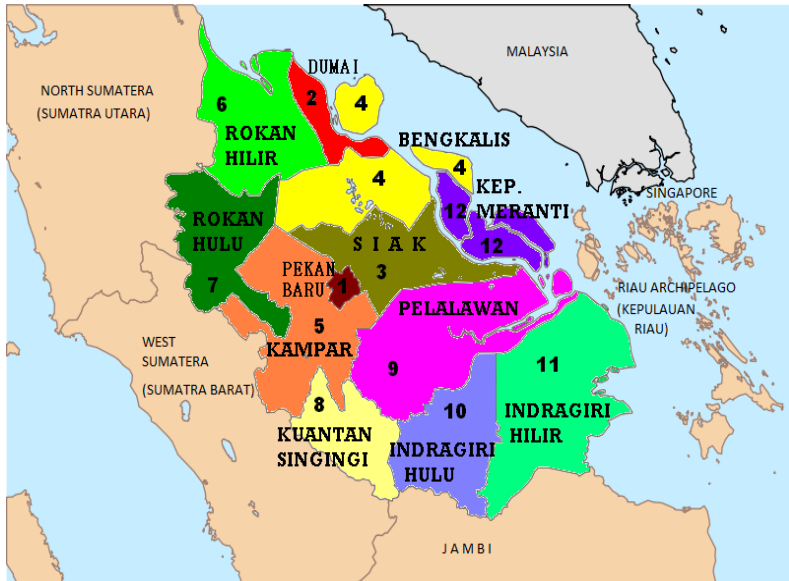
Secara administratif, wilayah Provinsi Riau terdiri dari 9 kabupaten dan 2 kota, dengan luas wilayah +108 ribu km². Pada tahun 2005 jumlah penduduk mencapai 4.614.532 jiwa, dan rata-rata kepadatan penduduknya 42 jiwa per km². Jumlah penduduk terbanyak pada kelompok usia 15-64 tahun (67,89 persen), kelompok usia 0-14 tahun (30,27 persen), dan di atas 65 tahun (1,84persen). Sebagian besar kawasan dataran rendah di Riau berupa rawa dan tanahber gambut tebal, yang dialiri empat sungai besar yaitu Rokan, Siak, Kampar, Kuantan dan Indragiri. Secara geografis, wilayah Provinsi Riau berbatasan dengan Malaysia, dan berada pada jalur lalu lintas laut internasional terpadat.

Riau adalah sebuah provinsi di Indonesia yang terletak di bagian tengah pulau Sumatera. Provinsi ini terletak di bagian tengah pantai timur Pulau Sumatera, yaitu di sepanjang pesisir Selat Melaka. Hingga tahun 2004, provinsi ini juga meliputi Kepulauan Riau, sekelompok besar pulau-pulau kecil (pulau-pulau utamanya antara lain Pulau Batam dan Pulau Bintan) yang terletak di sebelah timur Sumatera dan sebelah selatan Singapura. Kepulauan ini dimekarkan menjadi provinsi tersendiri pada Juli 2004. Ibu kota dan kota terbesar Riau adalah Pekanbaru. Kota lainnya yakni Dumai, Selatpanjang, Bagansiapiapi, Bengkalis, Bangkinang dan Rengat. Riau saat ini merupakan salah satu provinsi terkaya di Indonesia, dan sumber dayanya didominasi oleh sumber alam, terutama minyak bumi, gas alam, karet, kelapa sawit dan perkebunan serat.

Kabupaten/Kota Ibu kota

1. Kabupaten Bengkalis - Bengkalis
2. Kabupaten Indragiri Hilir - Tembilahan
1. Kabupaten Indragiri Hulu - Rengat
2. Kabupaten Kampar - Bangkinang
3. Kabupaten Kuantan Singingi - Teluk kuantan

4. Kabupaten Pelalawan – Pangkalan kerinci
5. Kabupaten Rokan Hilir – Bagan siapiapi
6. Kabupaten Rokan Hulu – Pasir pengaraian
7. Kabupaten Siak Siak -- Sri Indrapura
8. Kabupaten Kep Meranti – Selat panjang
9. Kota Dumai – Dumai
- 10.Kota Pekanbaru – Pekanbaru



Gambar 4.1 Peta Perkabupaten Propinsi Riau

Jumlah penduduk Provinsi Riau yang terdiri dari 12 Kabupaten/Kota untuk saat ini bertambah sekitar 2,52% lebih dari jumlah sebelumnya. Penambahan ini menjadikan jumlah penduduk Provinsi Riau jadi 6,3 juta jiwa lebih dari sekitar 6,1 juta jiwa lebih pada tahun sebelumnya. Ini berdampak pada semakin banyaknya angka pengangguran yang identik semakin meningkatnya angka kemiskinan.

4.2. Deskripsi Pendidikan

Berhasil atau tidaknya pembangunan suatu bangsa banyak dipengaruhi oleh tingkat pendidikan penduduknya. Semakin maju pendidikan berarti akan membawa berbagai pengaruh positif bagi masa depan berbagai bidang kehidupan. Pendidikan di Provinsi Riau belum berjalan dengan baik. Hal ini dikarenakan masih kurangnya sarana pendidikan yang tersedia, padahal volume penduduk semakin meningkat sedangkan jumlah sekolah tidak cukup untuk menjalankan aktivitas belajar-mengajar belum mendapat perbaikan.

Angka putus sekolah di Provinsi Riau ternyata masih tinggi. Meskipun setiap tahunnya mengalami penurunan dari angka sebelumnya namun masih saja selalu terjadi angka putus sekolah. Pada tahun 2012 jumlah anak yang putus sekolah 8.282 ribu jiwa. Tetapi pada tahun 2014 jumlah anak putus sekolah meningkat 8.467 ribu jiwa sampai pada tahun 2015 jumlah anak putus sekolah mencapai 8.557 ribu jiwa. Tahun 2017 jumlah anak putus sekolah mengalami penurunan sebesar 8.361.

Tabel 4.7 Jumlah Penduduk, Tidak Melanjutkan/Putus Sekolah dan Rasio Putus Sekolah Terhadap Jumlah Penduduk (%) di Provinsi Riau Tahun 2012-2017.

Kabupaten/Kota	Jumlah Penduduk (000 Jiwa)						Tidak Melanjutkan/Putus Sekolah					Rasio Putus Sekolah Terhadap Jumlah Penduduk (%)						
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2012	2013	2014	2015	2016	2017
1. Kuantan Singingi	302,63	306,71	310,61	314,27	317,93	320,46	868	865	877	888	858	865	0,29	0,28	0,28	0,28	0,27	0,27
2. Indragiri Hilir	383,81	392,35	400,90	409,43	417,73	423,92	280	266	272	275	292	254	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07	0,06
3. Indragiri Hilir	676,41	683,53	694,61	703,73	713,03	719,48	1.623	1.665	1.689	1.698	1.711	1.654	0,24	0,24	0,24	0,24	0,24	0,23
4. Pelalawan	339,86	338,21	337,22	336,59	337,49	333,17	271	273	288	295	292	259	0,08	0,08	0,08	0,08	0,07	0,06
5. Suka	404,09	416,29	428,49	440,84	453,05	462,59	282	309	319	323	271	277	0,07	0,07	0,07	0,07	0,06	0,06
6. Kampar	733,50	753,37	773,17	793,00	812,70	827,06	1.467	1.502	1.542	1.559	1.544	1.571	0,20	0,20	0,20	0,20	0,19	0,19
7. Rokan Hilir	525,02	545,48	568,57	592,27	616,46	634,65	679	646	674	687	739	698	0,14	0,12	0,12	0,12	0,12	0,11
8. Bengkalis	519,88	527,91	536,13	543,98	551,68	557,52	727	701	713	717	717	724	0,14	0,13	0,13	0,13	0,13	0,13
9. Rokan Hilir	592,40	609,77	627,23	644,68	662,24	675,00	1.516	1.525	1.571	1.590	1.655	1.620	0,26	0,25	0,25	0,25	0,25	0,24
10. Kepulauan Meranti	177,58	178,83	179,89	181,09	182,15	182,99	259	243	245	246	255	237	0,15	0,14	0,14	0,14	0,14	0,13
11. Pekanbaru	958,35	984,67	984,00	1.038,11	1.064,57	1.084,92	220	177	182	184	106	108	0,02	0,02	0,02	0,02	0,01	0,01
12. Dumai	268,02	274,08	274,08	285,96	291,90	296,06	85	92	95	95	87	88	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03
Provinsi Riau	5.879,05	6.031,20	6.154,90	6.344,35	6.500,93	6.617,82	8.282	8.264	8.467	8.557	8.531	8.361	0,14	0,14	0,14	0,14	0,13	0,13

Sumber: BPS, 2013 (dalam)

Angka putus sekolah di Provinsi Riau ternyata masih tinggi. Meskipun setiap Biaya pendidikan ini sudah dikenal dari tahap SD,SMP, SMA, Selain biaya pendidikan faktor penghambat pendidikan lainnya adalah sarana dan prasana yang dimiliki oleh sekolah. Provinsi Riau jika dilihat dibagian kota Pekanbaru, bisa dikatakan sarana yang dimiliki setiap sekolah sudah lengkap, namun berbanding terbalik yang dimiliki oleh sekolah-sekolah yang berada di Kabupaten lainnya yang jauh dari Kota Pekanbaru. Misalnya di Kabupaten Tembilahan, Kabupaten Indragiri Hilir, menjadi kabupaten yang paling banyak anak putus sekolah. Kabupaten Kampar, Kabupaten Rokan Hilir Kepulauan Meranti dan masih banyak kabupaten-kabupaten di Propinsi Riau yang banyak ditemui sekolah-sekolah yang kekurangan sarana dan prasarana.

Rendahnya relevansi pendidikan juga merupakan faktor penghambat pendidikan. Relevansi pendidikan timbul karena tidak sesuai antara sistem pendidikan dengan pembangunan setara kebutuhan perorangan, keluarga, dan masyarakat. Hal ini dapat dilihat banyaknya anak Riau yang pengangguran setelah lulus dari sekolah. Karena banyak anak yang lulus sekolah namun tidak memiliki keterampilan sesuai dengan kebutuhan dunia kerja. Faktor sosial ekonomi, geografis, dan kemiskinan faktor pertama yakni sosial dimana kesadaran masyarakat tentang arti pentingnya pendidikan masih rendah. Ini terkait kondisi nyata masyarakat seperti pekerjaan yang tidak menuntut pendidikan yang tinggi. Kemudian faktor ekonomi dimana sekolah masih membutuhkan biaya yang dirasa masih berat oleh masyarakat. Faktor geografis, hal itu terkait masih jauhnya jarak antara daerah yang satu dengan sekolah. Masih terbatasnya akses untuk mencapai sekolah itu baik di Riau pedalaman maupun pesisir dan pulau-pulau kecil. Faktor kesenjangan antar SD, SMP, dan SMA. Dalam hal ini rasionya masih jauh dan kurang seimbang sehingga ada beberapa anak putus sekolah hanya karena tak tertampung lagi. Tingkat pendidikan menjadi permasalahan besar bagi masyarakat. dengan pendidikan, mulai dari sekolah dasar hingga ke

jenjang yang tinggi, masih tidak sebanding atau jauh lebih banyak di wilayah perdesaan.

Jumlah penduduk Propinsi Riau setiap tahunnya mengalami peningkatan dari tahun 2012 mencapai 5,8 juta jiwa sampai tahun 2017 mencapai 6,6 juta jiwa. Sementara itu angka anak yang putus sekolah masih tinggi pada tahun 2015 mencapai 531 jiwa . Pada umumnya anak putus sekolah berada di kawasan perkebunan. Sebagian besar mereka adalah pendatang yang dibawa orangtuanya. Orang tua anak itu bekerja di perkebunan, disamping itu sarana pendidikan jauh dari tempat tinggal, sehingga membuat anaknya putus sekolah.

4.3. Deskripsi Kesehatan

Juanita (2002) menyatakan salah satu modal dasar dalam melaksanakan pembangunan ekonomi adalah kondisi kesehatan masyarakat yang baik. Kesehatan merupakan faktor penentu bagi kesejahteraan sosial. Orang yang sejahtera bukan saja orang yang memiliki pendapatan atau rumah yang memadai. Melainkan pula orang yang sehat baik jasmani maupun rohani (Suharto, 2007).

Tabel 4.8 Penduduk Miskin dan Angka Harapan Hidup (AHH)
Tahun 2010-2017 Propinsi Riau

Tahun	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Penduduk Miskin	558	472,45	476,46	511,47	498,28	531,39	515,4	514,62
Angka Harapan Hidup	70,15	70,32	70,49	70,67	70,76	70,93	70,97	70,99

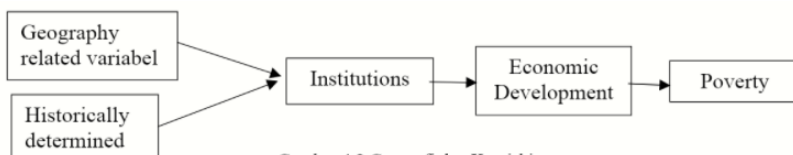
Sumber : BPS RIAU Dalam Angka 2018

Dari tahun ke tahun AHH Riau menunjukkan kenaikan yang signifikan. capaian AHH Riau dari 2014 sampai 2016 terus

mengalami peningkatan. Rata-rata capaian dari tahun 2014 hingga 2016 sebesar 0,10 per tahun AHH Riau dari tahun ke tahun mengalami peningkatan yang cukup signifikan. Pada tahun 2014 baru sebesar 70,76, naik menjadi 70,93 di 2015, menjadi 70,97 di 2016, dan meningkat menjadi 71,20 di 2017. Sementara di tahun 2018 ditargetkan sebesar 71,33.

4.4. Keterkaitan Kemiskinan dan Geografi

Menurut Sach (2005) menjelaskan keadaan di mana sekelompok orang kehilangan akses untuk menggunakan sumber daya yang diperlukan, baik sumber daya ekonomi, politik maupun kebudayaan. Ia mengungkapkan bahwa negara-negara yang berada di area iklim tropis cenderung lebih mudah terserang penyakit tropis seperti yang paling parah malaria. Penyakit-penyakit tropis tersebut menyebabkan fokus negara sebagian besar mengacu pada masalah kesehatan dan kemudian penyakit-penyakit itu sendiri menyebabkan produktifitas dari negara iklim tropis rendah. Kondisi geografis, terlebih lagi perbedaan iklim dari negara merupakan faktor utama dari fenomena ini.



Gambar 4.2 Geografi dan Kemiskinan

Gambar 4.2 Geografi dan Kemiskinan

Gambar ini mengilustrasikan jalur yang melaluinya variabel-variabel terkait geografi mempengaruhi kemiskinan. Kekuatan fundamental seperti geografi dan iklim juga mempengaruhi kemiskinan (Sachs 2003). Menurut Jeffrey Sachs di dalam bukunya “*The End of Proverty*” salah satu mekanisme dalam penuntasan kemiskinan ialah pengembangan *human capital* terutama pendidikan dan kesehatan/ Analisis menunjukkan bahwa kemungkinan menjadi

miskin tinggi untuk negara-negara di khatulistiwa bahwa geografi variabel terkait (seperti iklim dan kejadian penyakit menular). Nosick dan Jeffrey Sachs mengemukakan enam penuntasan kemiskinan, yaitu :

1. Kapital manusia (*human capital*) terutama dalam kesehatan, gizi, dan ketrampilan yang diperoleh melalui pendidikan dan pelatihan.
2. Kapital bisnis (*business capital*), sarana-sarana yang diperlukan di dalam transportasi untuk pertanian, industri dan servis.
3. Infra-struktur: jalan, tenaga listrik, air minum. Sanitasi, dsb.
4. Kapital alamiah (*natural capital*) berupa tanah pertanian, biodiversitas.
5. Kapital lembaga-lembaga publik seperti hukum dagang, hukum peradilan, pelayanan pemerintah.
6. Kapital ilmu pengetahuan (*knowledge capital*) berupa *know how* ilmu dan teknologi yang meningkatkan produktivitas yang dapat meningkatkan *natural capital*.

Jeffrey Sach menegaskan bahwa kemiskinan adalah keadaan terakhir, bukan keadaan mula-mula dari suatu paradigam ekonomi yang menghancurkan system ekologi dan sosial yang berguna untuk menjaga kehidupan, kesehatan dan keberlanjutan planet bumi dan manusia.

Masalah kemiskinan berhubungan erat dengan persoalan geografis (Sach, 2005). Menurut Mc Arthur dan Sachs (2001) terdapat beberapa empat pola transmisi pendekatan geografi dan kelembagaan dalam mempengaruhi pembangunan. Pola I menunjukkan bahwa geografi akan berpengaruh terhadap kelembagaan, sedangkan kelembagaan akan mempengaruhi pembangunan. Pola II bergerak dalam geografi mempengaruhi teknologi, sedangkan teknologi berpengaruh terhadap kelembagaan dan terakhir berdampak terhadap pembangunan. Sementara pola III dan IV jalur pengaruh geografi terhadap pembangunan menjadi lebih rumit. Pola III dibagi menjadi dua jalur. Jalur pertama adalah geografi-teknologi-pembangunan, sementara jalur kedua, geografi dan teknologi mempengaruhi

kelembagaan yang berpengaruh terhadap pembangunan. Sementara pola IV, proses utamanya sama dengan pola III, namun diakhir jalur, pembangunan akan mempengaruhi teknologi dan seterusnya.

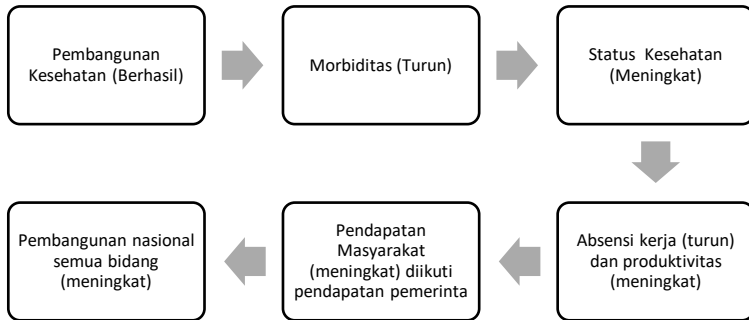
4.5. Keterkaitan Kemiskinan dengan Pendidikan

Kemiskinan disebabkan oleh pendidikan yang rendah. Penyebab kurangnya pendidikan pada masyarakat adalah biaya pendidikan yang sangat mahal. Bank Dunia (2006) kemiskinan memiliki kaitan erat dengan pendidikan yang tidak memadai. Capaian jenjang tingkat pendidikan yang lebih tinggi berkaitan dengan konsumsi rumah tangga yang lebih tinggi. Koefisien korelasi parsial pada umumnya lebih tinggi di daerah perkotaan dibandingkan dengan daerah di pedesaan, baik bagi kepala rumah tangga maupun anggota keluarga lainnya. Hal ini menunjukkan bahwa rumah tangga di daerah perkotaan memperoleh manfaat yang jauh lebih besar dibandingkan dengan rumah tinggal di daerah pedesaan untuk setiap tambahan tahun pendidikan.

Menurut Jundi (2014) semakin tinggi pendidikan yang dimiliki maka semakin besar kemampuan dan kesempatan untuk memperoleh penghasilan dan pekerjaan yang lebih baik sehingga akan terhindar dari kemiskinan yang ada. Semakin tinggi pendidikan suatu individu, maka keahlian serta pengetahuan juga meningkat sehingga mendorong peningkatan produktivitas individu tersebut.

4.6. Keterkaitan kemiskinan dan Kesehatan

Strauss dan Thomas (1995) berpendapat bahwa ada keterkaitan yang kuat antara kesehatan dengan kemiskinan. Kemiskinan dan kesehatan pada dasarnya saling berhubungan, yaitu hubungan yang tidak pernah putus terkecuali dilakukan intervensi pada salah satu atau kedua sisi, yakni pada kemiskinan (Richard *et al*/2012).



Sumber: Chriswardani Suryawati (2005), diolah

Gambar ini memaparkan bahwa apabila pembangunan kesehatan berhasil, maka status kesehatan akan mengalami peningkatan, yang dicerminkan menurunnya angka morbiditas, dan pada gilirannya akan meningkatkan produktivitas. Seiring peningkatan produktivitas maka berimplikasi pada peningkatan pendapatan masyarakat yang diikuti pula pendapatan pemerintah. Akhirnya berujung pada peningkatan pembangunan nasional di seluruh bidang.

Kesehatan yang lebih baik akan meningkatkan daya kerja, mengurangi hari tidak bekerja dan menaikkan output energi. Sedangkan Todaro (2013) menyatakan bahwa salah satu modal manusia yang paling penting adalah pendidikan formal. Semakin baik akses masyarakat dalam memperoleh pendidikan, semakin besar pula kesempatan mereka untuk meningkatkan kesejahteraan. Mariyanti dan Mahfudz (2016) memperoleh hasil yang juga sama, yaitu tingkat kesehatan berpengaruh terhadap tingkat kemiskinan. Kesehatan individu menentukan produktivitas sehingga semakin rendah tingkat kesehatan, semakin besar kemungkinan individu untuk terjebak dalam kemiskinan.

Pembahasan

Uji Pemilihan Model Regresi Data Panel

Pada bagian ini akan dijelaskan hasil pengujian terhadap model dan juga analisis terhadap hasil estimasi pengolahan data tersebut. Pemodelan dalam menggunakan teknik regresi panel data dapat dilakukan dengan menggunakan tiga pendekatan alternatif metode dalam pengelolannya. Pendekatan-pendekatan tersebut adalah Metode *Common-Constant (The Pooled OLS Method)*, Metode *Fixed Effect* dan yang terakhir adalah Metode *Random Effect*.

Dalam memilih satu diantara ketiga metode tersebut, ada tiga tes yang digunakan, yaitu *Chow Test*, *The Breusch -Pagan LM Test* dan *Hausman Specification Test*. *Chow Test* merupakan tes yang menguji apakah model sebaiknya menggunakan metode *common-constant* atau metode *fixed effect*. *The Breusch-Pagan LM Test* adalah tes untuk menentukan apakah model sebaiknya menggunakan metode *random effect* atau metode *common constant*. Sedangkan *Hausman Specification test* adalah tes untuk menentukan apakah model sebaiknya menggunakan metode *random effect* atau metode *fixed effect*. Dalam karya ilmiah ini, penulis menggunakan ketiga tes tersebut untuk menentukan metode yang tepat pada penelitian ini.

4.8.1.1 *Restricted F- test (Chow Test)*

Berdasarkan uji Chow, dapat dilihat bahwa model ini memiliki probabilitas yang mana angka tersebut lebih besar dibandingkan dengan nilai α yaitu sebesar 0.05. Oleh karena itu dapat diambil kesimpulan bahwa *fixed effect* model lebih baik digunakan dalam penelitian.

Tabel 4.9 *Chow Test*

No	Daerah	F hitung	Prob>chi2	PLS/FE
1	Propinsi Riau	1.37	0.0000	FE
2	Kuantan Singingi	1.35	0.0018	FE
3	Indragiri Hulu	0.98	0.5507	PLS

4	Indragiri Hilir	1.09	0.2021	PLS
5	Pelalawan	0.92	0.6954	PLS
6	Siak	1.22	0.0733	FE
7	Kampar	1.00	0.5134	PLS
8	Rokan Hulu	1.25	0.0387	FE
9	Bengkalis	1.01	0.4555	PLS
10	Rokan Hilir	2.23	0.0000	FE
11	Pekanbaru	0.85	0.7883	PLS
12	Dumai	0.78	0.7949	PLS

Sumber: Hasil Pengolahan Data, Stata.

4.8.1.2. *Hausman Test*

Berdasarkan hasil uji Hausman dapat dilihat bahwa nilai probabilitasnya lebih kecil dari pada signifikansi α sebesar 0.05 sehingga dapat disimpulkan bahwa model yang lebih baik digunakan dalam penelitian ini adalah *Fixed Effect (FE)*.

Tabel 4.10 *Hausman Test*

No	Daerah	Chi-square	Prob > chi	FE/RE
1	Propinsi Riau	429.69	0.0000	FE
2	Kuantan Singingi	112.66	0.0000	FE
3	Indragiri Hulu	48.26	0.0326	FE
4	Indragiri Hilir	57.59	0.0036	FE
5	Pelalawan	53.24	0.0106	FE
6	Siak	58.20	0.0031	FE
7	Kampar	66.76	0.0003	FE
8	Rokan Hulu	72.55	0.0001	FE
9	Bengkalis	109.69	0.0000	FE
10	Rokan Hilir	83.31	0.0000	FE
11	Pekanbaru	38.20	0.2083	RE
12	Dumai	28.37	0.6508	RE

Sumber: Hasil Pengolahan Data, Stata.

Setelah dilakukan uji kelayakan model dengan uji Chow dan uji Hausman, kesimpulannya model yang baik digunakan adalah model fixed effect. Dengan begitu tidak perlu dilakukan uji Langrange Multiplier (LM). Uji LM dilakukan dengan membandingkan antara model common effect dan model random effect., dengan syarat apabila pada uji *Chow* model yang baik digunakan yaitu model fixed effect dan pada uji *Hausman* model yang baik digunakan yaitu model random effect

Uji Asumsi Klasik

Dilakukannya pengujian asumsi klasik untuk memperoleh hasil regresi Best Linier *Unbiased Estimator* atau biasa yang disebut dengan BLUE. Model yang baik maka harus memenuhi asumsi klasik, yaitu data residual harus berdistribusi normal, dengan tidak adanya multikolinearitas, dan heteroskedasitas.

Uji Normalitas

Uji ini bertujuan untuk menguji apakah data yang digunakan dalam regresi berdistribusi normal atau tidak. Uji normalitas yang digunakan dalam penelitian ini adalah *skewness and kurtosis*.

Tabel 4.11 Hasil Uji Normalitas

<i>Skewness/Kurtosis Tests for Normality</i>						
No	Daerah	Obs	Pr (Skewness)	Pr (Kurtosis)	Adj chi2(2)	Prob >chi2
1	Propinsi Riau	6.746	8.16e+0.8	2.49e+13	45.40	0.0000
2	Kuantan	867	1.57e+0	6.34e+1	21.97	0.000

	Singingi		7	0		0
3	Indragiri Hulu	741	1.69e+0 7	4.24e+1 0	38.52	0.000 0
4	Indragiri Hilir	855	1.53e+0 8	1.98e+1 2	54.43	0.000 0
5	Pelalawan	446	6.24e+0 7	2.54e+1 1	53.71	0.000 0
6	Siak	494	3.58e+0 7	8.64e+1 0	74.27	0.000 0
7	Kampar	930	1.19e+0. 8	1.35e+1 2	66.60	0.000 0
8	Rokan Hulu	561	9.55e+0 7	6.49e+1 1	32.63	0.000 0
9	Bengkalis	849	1.55e+0 8	1.01e+1 1	80.43	0.000 0
10	Rokan Hilir	623	- 1.03e+0 7	1.56e+1 2	7.58	0.000 0
11	Pekan Baru	249	3.39e+0 9	1+48e+1 4	22.78	0.000 0
12	Dumai	131	3.79e+0 8	1.88e+1 2	0.73	0.000 0

Sumber: Hasil Pengolahan Data, Stata.

Berdasarkan hasil uji normalitas di atas menunjukkan bahwa nilai prob > z sebesar 0.0000. Sedangkan jika p-value < 0,05 maka data tidak terdistribusi secara normal. Sehingga berdasarkan hasil uji normalitas di atas terdapat distribusi yang tidak normal. Namun masalah ini dapat terselesaikan karena observasi pada penelitian ini berjumlah 6.746 yang berdasarkan pendekatan *central limit theorem* karena jumlah observasi yang besar distribusi dari hasil estimasi ols (*ordinary linear square*) akan mendekati distribusi normal (Baltagi, 2008) (Gujarati, 2009).

4.9.2 Multikolinearitas

Tabel 4.12 Uji Multikolinearitas

No	Daerah	VIF
1	Propinsi Riau	1.65
2	Kuantan Singingi	1.85
3	Indragiri Hulu	2.04
4	Indragiri Hilir	2.12
5	Pelalawan	2.38
6	Siak	2.11
7	Kampar	1.96
8	Rokan Hulu	1.88
9	Bengkalis	1.81
10	Rokan Hilir	1.81
11	Pekan Baru	2.23
12	Dumai	5.37

Sumber: Hasil Pengolahan Data Stata.

Uji multikolinearitas pada penelitian ini bertujuan untuk mengetahui adanya hubungan linier antar variable bebas dalam model regresi yang terbentuk. Uji multikolinearitas dalam penelitian ini dapat dilihat dari nilai *Tolerance* atau *Variance Inflation Factor* (VIF). Dari seluruh variabel menunjukkan nilai VIF < 10 dan 1/VIF atau tolerance > 0,1 sehingga dari hasil tabel diatas dapat disimpulkan bahwa model regresi linier bebas gejala multikolinearitas dan lolos dari uji asumsi klasik multikolinearitas.

4.9.2. Uji Heteroskedastisitas

Tabel 4.13 Uji Heterokedastistias

No	Daerah	Chi2	Prob chi2
1	Propinsi Riau	1.3e+38	0.0000
2	Kuantan Singingi	3.5e+35	0.0000
3	Indragiri Hulu	1.4e+05	0.0000
4	Indragiri Hilir	2.9e+34	0.0000

5	Pelawan	1.9e+05	0.0000
6	Siak	6.4e+32	0.0000
7	Kampar	8.7e+06	0.0000
8	Rokan Hulu	1.9e+09	0.0000
9	Bengkalis	8.5e+35	0.0000
10	Rokan Hilir	2.3e+34	0.0000
11	Pekan Baru	1.1e+05	0.0000
12	Dumai	8.7e+32	0.0000

Sumber: Hasil Pengolahan Data, Stata.

Hasil pengujian menunjukkan adanya masalah heterokedastisitas, dimana nilai (Prob>Chi2) kurang dari α (0,05). Untuk mengetahui ada tidaknya heteroskedastisitas digunakan *Wald test*. Namun masalah ini dapat terselesaikan dengan menggunakan regresi *robust*. Robust ini digunakan apabila terdapat masalah outlier dan heteoskedastisitas dalam data. (Gujarati, 2013).

Tabel 4.14 *Robustness Test*

Kabupaten/Kota	Propinsi Riau	Kanttan Singingi	Indragiri Hulu	Indragiri Hilir	Pelalawan	Siak	Kampar	Rokan Hulu	Bengkalis	Rokan Hilir	Kota Pekan Baru	Kota Dumai
GEOGRAFI												
Lokasi Perkotaan	-16.15 (30.98)	11.37 (23.58)	175.90** (36.28)	44.08 (58.12)	139.83* (63.93)	189.78** (46.06)	335.35 (47.82)	113.66 (44.02)	30.95 (73.45)	171.29* (97.70)	3.506.60*** (548.99)	-752.16*** (230.25)
Letak desa berada didalam kawasan hutan	-35.85 (27.92)	-20.38 (22.10)	122.14* (50.54)	24.52 (56.43)	-136.26 (89.51)	-2.80 (64.17)	-128.89 (105.40)	40.58 (89.01)	11.79 (69.93)	-141.05 (122.24)	1.198.05 (755.85)	396.73 (270.25)
Wilayah Lembah	-1.28 (47.91)	2.31 (48.33)	100.48 (88.80)	90.13 (271.15)	-38.31 (162.62)	391.35* (211.09)	286.51* (124.92)	6.39 (245.24)	- (-)	-231.96 (306.65)	1.092.73 (1.093.26)	-28.15 (447.55)
Wilayah Dataran	-0.20 (36.85)	-61.85 (49.90)	59.25 (52.33)	-12.74 (237.14)	189.69* (105.24)	-245.22 (172.79)	-87.77 (84.15)	-1.69 (115.80)	209.06 (210.12)	-214.46 (242.48)	-239.56 (726.66)	510.88* (265.71)
Jarak dari kantor desa ke kantor kecamatan	0.07 (0.15)	-0.70 (1.51)	0.03 (0.08)	0.95 (1.93)	0.14 (0.19)	3.06 (1.89)	3.30** (1.53)	1.42 (5.37)	-4.88** (2.33)	-0.50 (0.50)	40.49 (85.94)	-21.21 (16.41)
Jarak dari kantor desa ke kantor kabupaten	1.09*** (0.29)	1.39*** (0.53)	0.14 (0.84)	-0.47 (0.82)	1.96** (0.98)	0.67 (1.13)	3.64*** (1.11)	1.57 (1.18)	4.98*** (1.91)	1.10*** (0.36)	-31.00 (42.01)	-18.79** (9.25)
Jarak dari desa ke SD	3.58 (2.31)	0.14 (1.95)	-6.69 (4.80)	3.88 (5.12)	4.87 (7.12)	1.79 (4.52)	7.37 (5.87)	-4.74 (9.10)	1.57 (4.91)	1.57 (8.29)	1.57 (88.01)	1.57 (42.74)
Jarak dari desa ke SMP	-0.11 (1.18)	8.24* (4.20)	0.75 (3.62)	7.02** (2.77)	-1.64 (2.25)	3.30 (2.41)	2.89 (3.01)	4.12 (1.94)	-8.64** (4.21)	-0.39 (3.48)	-46.03 (152.16)	99.01** (45.38)
Jarak dari desa ke SMK/SMA	-0.63	-0.36	4.04*	-2.68	-2.57	1.62	-3.77	1.94	6.97***	0.23	131.38*	-5.86

Jarak dari desa ke Rumah Sakit	-0.56 (0.61)	-1.17 (1.17)	- (1.18)	2.11 (1.39)	1.26 (1.47)	0.08 (1.16)	-3.62 (2.77)	-1.02 (1.21)	-1.20 (1.88)	0.37 (1.45)	35.75 (41.16)	-2.41 (16.23)
Jarak dari desa ke Rumah Bersalin	1.30** (0.56)	4.38*** (1.17)	-0.39 (1.20)	-2.35 (1.59)	-2.31 (1.57)	-1.38* (0.75)	1.90 (1.60)	1.16 (1.00)	-1.58* (0.91)	2.71* (1.53)	16.11 (15.44)	13.04* (7.37)
Jarak dari desa ke Poliklinik	-0.90** (0.41)	2.65*** (0.91)	0.34 (0.94)	(0.94)	0.38 (1.64)	-1.52* (0.88)	-0.76 (2.12)	-0.18 (0.85)	0.35 (0.79)	-0.94 (1.07)	23.24 (64.73)	3.24 (15.75)
Jarak dari desa ke Puskesmas	-2.66** (1.05)	1.22 (1.13)	-5.65* (3.14)	3.29* (1.96)	-4.24* (2.29)	0.06 (1.90)	4.49 (3.67)	-0.87 (2.95)	4.00* (2.41)	-0.87 (2.39)	-38.20 (33.75)	-42.16 (31.31)
Jarak dari desa ke tempat Praktek Dokter	1.13 (0.72)	4.94*** (1.71)	2.12 (0.72)	1.54 (1.71)	2.98 (1.89)	2.84 (1.41)	-3.15 (1.85)	-4.73* (1.93)	0.54 (1.94)	0.03 (2.65)	13.76 (1.89)	-21.78 (1.52)
Jarak dari desa ke tempat Praktek Bidan	1.08 (0.67)	2.33* (1.29)	-1.57 (1.16)	-0.40 (1.15)	2.44 (1.56)	2.72*** (1.01)	0.38 (1.38)	1.23 (1.73)	1.48 (1.89)	0.66 (1.24)	203.28* (110.35)	5.72 (14.83)
PENDIDIKAN												
Jumlah SD	-8.75 (17.65)	44.77** (17.84)	0.94 (26.82)	-12.03 (25.45)	23.30 (58.65)	46.43 (36.88)	55.84 (48.41)	-17.62 (22.66)	-20.48 (34.02)	7.72 (19.58)	18.29 (72.46)	-1.06 (63.41)
Jumlah SMP	55.05** (22.68)	47.92 (43.36)	6.93 (25.54)	112.90* (45.26)	53.41 (60.99)	8.23 (32.65)	56.02 (43.24)	95.13** (36.68)	-79.47** (38.55)	8.69 (26.37)	-65.16 (114.71)	473.59*** (113.05)
Jumlah SMA/SMK	63.71** (31.80)	-24.89 (29.80)	9.96 (33.78)	-22.61 (81.12)	20.87 (52.15)	88.59* (51.03)	-8.16 (35.58)	58.55** (27.62)	72.44 (57.90)	29.28 (44.21)	117.73 (131.72)	-94.13 (120.63)
Jumlah Lembaga Keterampilan	-13.00* (7.34)	15.82* (8.40)	-18.70* (10.46)	-23.05 (31.75)	-24.52 (22.86)	6.72 (14.53)	-12.26 (7.70)	-21.54 (22.97)	-0.32 (3.36)	21.06** (4.30)	-18.15 (33.99)	-64.80* (35.18)
KESEHATAN												
Jumlah Rumah Sakit	-69.86 (148.21)	-218.00 (148.13)	-90.32 (117.17)	87.35 (990.02)	- (1,002.77 (1,248.39)	288.53* (132.84)	148.43 (205.77)	-123.57 (89.06)	-123.89 (243.25)	14.05 (126.15)	-263.99 (179.45)	-53.30 (238.21)
Jumlah Rumah Bersalin	114.97 (97.92)	112.03 (102.35)	19.58 (99.00)	963.58* (544.62)	982.15* (432.02)	92.01** (42.35)	117.71 (121.73)	-212.06 (183.35)	-184.69** (93.35)	233.88* (102.07)	295.21* (171.68)	119.26 (89.89)
Jumlah Poliklinik	-46.96 (30.65)	-15.73 (54.76)	104.47 (68.61)	156.27 (220.35)	-94.05 (97.12)	-75.68 (56.62)	-38.69 (41.18)	-66.14 (61.32)	-165.60* (94.65)	-8.56 (15.97)	90.75 (112.96)	41.93 (216.05)
Jumlah Puskesmas	-12.89 (34.92)	36.34 (24.59)	-28.47 (33.48)	70.64 (86.51)	-73.34 (100.53)	-10.69 (47.67)	136.32 (88.15)	86.03* (50.49)	147.02 (92.23)	-120.88 (85.78)	49.85 (354.70)	-65.66 (203.33)
Jumlah Tempat Praktek Dokter	134.03** (41.95)	-29.94 (32.69)	-5.50 (70.94)	-9.38 (138.43)	91.88 (146.96)	-26.31 (45.26)	-29.95 (73.15)	18.94 (37.43)	43.19 (68.62)	100.26 (82.47)	1.98 (62.62)	-35.96 (116.14)

Robust Standart Errors In Parentheses *** $p < 0,01$, ** $p < 0,05$, * $p < 0,10$
*) sampel ke Uji Signifikansi

4.1.1. Uji T

Berdasarkan hasil regresi dengan 5% maka diperoleh hasil uji t (Lampiran). Uji Statistik t menunjukkan seberapa jauh pengaruh satu variabel independen secara individual dalam menerangkan variasi variabel dependen. Uji t pada penelitian ini dilakukan dengan membandingkan signifikansi t dengan α sebesar 5% pengambilan keputusan adalah sebagai berikut :

1. Bila nilai signifikansi t dari variabel independent lebih besar dari $\alpha = 0.1$ maka H_0 diterima dan H_a ditolak
2. Bila nilai signifikansi t dari variabel independent lebih kecil dari $\alpha = 0.1$ maka H_0 ditolak dan H_a diterima

4.1.2. Uji F

Berdasarkan hasil regresi dengan $\alpha 5\%$, maka diperoleh hasil Uji F sebagai berikut:

Tabel 4.15 Uji F

No	Daerah	Nilai F _{statistik}	P Value	Keterangan
1	Propinsi Riau	5.35	0.0000	Signifikan
2	Kuantan Singingi	4.63	0.0000	Signifikan
3	Indragiri Hulu	2.68	0.0000	Signifikan
4	Indragiri Hilir	5.30	0.0000	Signifikan
5	Pelalawan	10.29	0.0000	Signifikan
6	Siak	3.75	0.0000	Signifikan
7	Kampar	5.08	0.0000	Signifikan
8	Rokan Hulu	2.92	0.0000	Signifikan
9	Bengkalis	2.04	0.000	Signifikan
10	Rokan Hilir	1.84	0.0000	Signifikan
11	Pekan Baru	7.49	0.0000	Signifikan
12	Dumai	7.39	0.0000	Signifikan

Sumber: Hasil Pengolahan Data, Stata.

Dari tabel 4.15, terlihat bahwa nilai signifikansi $F = 0,000$ (lebih kecil dari $\alpha = 0,005$). Artinya H_a diterima. Dengan kata lain, variabel independent secara simultan berpengaruh secara signifikan terhadap variabel dependent.

4.1.3. Uji Koefisien Determinasi (R^2)

Berdasarkan hasil regresi maka diperoleh hasil *R-Square* sebagai berikut:

Tabel 4.16 *R-Square*

No	Model	Nilai <i>R-Square</i>
1.	Propinsi Riau	0.09
2.	Kuantan Singingi	0.12
3.	Indragiri Hulu	0.09
4.	Indragiri Hilir	0.14
5.	Pelalawan	0.37
6.	Siak	0.18
7.	Kampar	0.12
8.	Rokan Hulu	0.12
9.	Bengkalis	0.07
10.	Rokan Hilir	0.09
11.	Pekan Baru	0.48
12.	Dumai	0,45

Sumber: Hasil Pengolahan Data, Stata.

Berdasarkan tabel 4.16 variasi variabel terikat yaitu dependent dapat dijelaskan oleh tiga variasi variabel bebas yaitu independent. Sedangkan sisanya dijelaskan oleh variabel lain di luar penelitian

Hasil Perbandingan Estimasi di Propinsi Riau

Model Kabupaten/Kota

Berdasarkan hasil uji pemilihan model estimasi, model yang tepat adalah *fixed effects*. Variabel yang signifikan terhadap jumlah orang miskin per desa jarak kantor desa ke kantor kabupaten, jumlah SMP, jumlah SMA/SMK, jumlah lembaga keterampilan, jumlah tempat praktek bidan, jumlah apotik, jarak rumah bersalin dan jarak poliklinik dan jarak puskesmas. Secara umum, status perdesaaan dan perkotaan tidak menjelaskan perbedaan jumlah orang miskin pada

seluruh desa di provinsi Riau. Hal ini menandakan bahwa jumlah orang miskin yang tinggal di desa yang berstatus perdesaan dengan perkotaan tidak berbeda signifikan. Sebaliknya, wilayah desa dapat menjelaskan perbedaan variasi tingkat kemiskinan. Kondisi ini menunjukkan konsentrasi kemiskinan di Provinsi Riau lebih banyak terjadi pada desa dengan wilayah dataran desa dengan wilayah lembah secara rata-rata memiliki orang miskin lebih banyak.

Letak desa berada dikawasan hutan akan menurunkan jumlah orang miskin di desa sebanyak 35 orang, *ceteris paribus*. Jarak kantor desa ke kantor kecamatan berpengaruh positif terhadap tingkat kemiskinan. Sedangkan jarak kantor desa ke kantor kabupaten berpengaruh positif dan signifikan terhadap tingkat kemiskinan. Dengan kata lain, semakin jauh jarak desa terhadap kabupaten, maka desa tersebut akan semakin miskin. Penjelasannya masing-masing terdapat desa-desa yang berada di lembah dan belum mempunyai akses jalan cukup ke kabupaten.

Variabel jumlah pendidikan, khususnya SMP dan SMA/SMK berpengaruh positif terhadap jumlah orang miskin desa. Padahal, ketersediaan fasilitas pendidikan justru diharapkan dapat menurunkan jumlah orang miskin di desa. Hal ini dimungkinkan terjadi apabila pemerintah memberikan prioritas pembangunan SMP ataupun SMA/SMK pada desa yang jumlah orang miskinnya lebih banyak. Kemungkinan lainnya adalah pembangunan SMP ataupun SMA/SMK memiliki efek jangka panjang terhadap penurunan tingkat kemiskinan di desa, sehingga dalam jangka pendek, koefisiennya justru berkebalikan dengan harapan. Akan tetapi, jumlah keterampilan justru menunjukkan hubungan negatif signifikan. Setiap kenaikan satu lembaga keterampilan, secara rata-rata akan menurunkan jumlah orang miskin di desa sebanyak 13 orang, *ceteris paribus*.

Terkait variabel jarak, variabel yang signifikan positif adalah jarak kantor desa ke kantor kabupaten, jumlah SMP, jumlah SMA/SMK, jumlah tempat praktek dokter, jumlah tempat praktek bidan, jumlah apotik dan jarak rumah sakit bersalin. Sedangkan jumlah lembaga

pendidikan, jarak poliklinik dan jarak puskesmas menunjukkan koefisien yang negatif. Dengan kata lain, semakin jauh jarak dari sarana pendidikan dan kesehatan, maka desa tersebut akan semakin miskin. Sementara itu, pada variabel jarak yang koefisiennya positif, perlu diinterpretasikan secara hati-hati, sebab hal ini dimungkinkan terjadi, terutama pada desa-desa yang akses infrastruktur transportasi terbatas. Oleh karenanya, meskipun jarak ke fasilitas kesehatan relatif dekat, tetapi jumlah orang miskin bisa lebih banyak apabila fasilitas tersebut susah diakses oleh masyarakat.

Terakhir, ketersediaan tenaga kesehatan tidak berpengaruh terhadap jumlah orang miskin di desa. Salah satu kemungkinannya adalah ketersediaan tenaga kesehatan, seperti dokter, bidan, dan dukun terlatih, masih relatif kecil pada sebagian besar desa di Provinsi, sehingga belum bisa menunjukkan pengaruhnya terhadap penurunan jumlah orang miskin di desa.

Faktor dominan terdapat pada kelembagaan, dalam hal ini kelembagaan dibandingkan faktor geografi Kabupaten/Kota di Propinsi Riau.

1. Kuantan Singingi

Berdasarkan hasil uji pemilihan model estimasi, model yang tepat adalah *fixed effects*. Variabel yang berpengaruh signifikan terhadap jumlah orang miskin jarak kantor desa ke kantor kabupaten, jumlah SD, jarak SMP, jumlah lembaga keterampilan, jumlah posyandu, jumlah polindes, jarak rumah bersalin, jarak poliklinik, jarak tempat praktek dokter dan jarak tempat praktek bidan. Secara rata-rata jumlah orang miskin per desa di perkotaan lebih rendah 11 orang dibanding di perdesaan.

Seperti halnya di model provinsi, setiap tambahan 1 posyandu, jumlah orang miskin di desa akan berkurang 42 orang, *ceteris paribus*. Jarak poliklinik ke desa akan mengurangi orang miskin sebesar 2 orang. Sementara itu jarak tempat praktek dokter ke desa akan mengurangi orang miskin sebesar 4 orang. Sementara itu, setiap tambahan 1 km jarak dari desa ke rumah bersalin, maka secara rata-

rata jumlah orang miskin di desa akan meningkat 4 orang, *ceteris paribus*.

2. Indragiri Hulu

Berdasarkan hasil uji pemilihan model estimasi, model yang tepat adalah *fixed effects*. Variabel yang berpengaruh signifikan terhadap jumlah orang miskin adalah wilayah perkotaan lebih banyak 175 orang dibanding wilayah pedesaan. Artinya daerah perkotaan dan pedesaan mempengaruhi kemiskinan disuatu wilayah sesuai dengan teori Chamber mengenai kemiskinan di perkotaan (*urban poverty*) dan kemiskinan di pedesaan (*rural poverty*). Daerah perkotaan maupun di pedesaan memiliki pokok permasalahan yang saling berkaitan, yaitu urbanisasi atau perpindahan/migrasi penduduk dari desa menuju ke kota.

Letak wilayah lembah secara rata-rata lebih tinggi 100 orang dibanding di dataran. Terdapat beberapa variabel yang menunjukkan berpengaruh positif dan signifikan yaitu lokasi perkotaan, jarak SMA/SMK, dan jumlah tempat praktek bidan, Sedangkan variabel letak desa berada didalam kawasan hutan, variabel jumlah lembaga keterampilan berpengaruh signifikan dan negatif, artinya setiap tambahan 1 lembaga keterampilan maka secara rata-rata jumlah orang miskin didesa berkurang 18 orang. Sementara variabel jarak rumah sakit diartikan bahwa setiap tambahan 1 km jarak rumah sakit secara rata-rata jumlah orang miskin didesa berkurang 3 orang. Hal yang sama setiap tambahan 1 km jarak puskesmas maka rata-rata jumlah orang miskin didesa berkurang 5 orang.

Ketersediaan tenaga kesehatan tidak berpengaruh terhadap jumlah orang miskin di desa. Salah satu kemungkinannya adalah ketersediaan tenaga kesehatan, seperti dokter, bidan, dan dukun terlatih, masih relatif kecil pada sebagian besar desa di Provinsi Riau, sehingga belum dapat menunjukkan pengaruhnya terhadap penurunan jumlah orang miskin di desa.

3. Indragiri Hilir

Berdasarkan hasil uji pemilihan model estimasi, model yang tepat adalah *fixed effects*. Kondisi ini menunjukkan konsentrasi kemiskinan di kabupaten Indragiri Hulu lebih banyak terjadi pada desa dengan wilayah lembah desa dengan wilayah dataran secara rata-rata memiliki orang miskin lebih banyak dibanding wilayah lembah. Secara rata-rata, desa dengan wilayah dataran memiliki orang miskin didesa lebih rendah 12 orang dibanding letak wilayah lembah.

Variabel yang berpengaruh signifikan dan positif terhadap jumlah orang miskin adalah jumlah SMP, jarak SMP, jarak puskesmas, jumlah dokter dan jumlah bidan. Variabel yang berpengaruh signifikan dan positif terhadap jumlah orang miskin adalah jumlah rumah sakit bersalin.

Seperti di model provinsi, setiap tambahan 1 jumlah rumah sakit bersalin, maka jumlah orang miskin berkurang 963 orang, *ceteris paribus*.

4. Pelalawan

Berdasarkan hasil uji pemilihan model estimasi, model yang tepat adalah *fixed effects*. Variabel yang berpengaruh signifikan dan positif terhadap jumlah orang miskin adalah lokasi perkotaan, jarak kantor desa ke kantor kabupaten, jumlah rumah sakit bersalin, jumlah tempat praktek bidan, jumlah apotik.

Sementara itu untuk tenaga medis yang berpengaruh signifikan dan positif terhadap jumlah orang miskin adalah jumlah dokter, jumlah bidan dan jumlah dukun terlatih. Secara rata-rata, jumlah orang miskin di perkotaan lebih tinggi 139 orang dibanding di perdesaan. Variabel yang berpengaruh signifikan dan negatif terhadap jumlah orang miskin wilayah dataran, jumlah posyandu dan jarak puskesmas.

Setiap kenaikan 1 jumlah posyandu maka jumlah orang miskin berkurang 46 orang, *ceteris paribus*. Variabel jarak puskesmas setiap kenaikan 1 km akan mengurangi orang miskin sebesar 4 orang.

5. Siak

Berdasarkan hasil uji pemilihan model estimasi, model yang tepat adalah *fixed effects*. Variabel yang berpengaruh signifikan dan positif terhadap jumlah orang miskin adalah lokasi perkotaan, jumlah SMA, jumlah apotik, dan jumlah dokter. Secara rata-rata jumlah orang miskin di kota lebih tinggi 189 orang dibanding di perdesaan. Variabel yang berpengaruh signifikan dan negatif terhadap jumlah orang miskin adalah wilayah lembah, jumlah rumah sakit, jumlah rumah sakit bersalin, jarak rumah sakit bersalin, jarak poliklinik dan jarak tempat praktek bidan.

Keberadaan rumah sakit, dimana setiap tambahan 1 jumlah rumah sakit, maka secara rata-rata jumlah orang miskin akan berkurang 288 orang, *ceteris paribus*.

Jumlah rumah sakit bersalin, dimana setiap tambahan 1 jumlah rumah sakit bersalin maka secara rata-rata jumlah orang miskin akan berkurang 92 orang, *ceteris paribus*. Jarak rumah sakit bersalin dimana setiap tambahan 1 km maka secara rata-rata jumlah orang miskin akan berkurang 1 orang, *ceteris paribus*. Jarak poliklinik dimana setiap tambahan 1 km, maka secara rata-rata jumlah orang miskin akan berkurang 1 orang, *ceteris paribus*. Jarak tempat praktek bidan dimana setiap tambahan 1 km, maka secara rata-rata jumlah orang miskin akan berkurang 2 orang, *ceteris paribus*. Hal ini sesuai dengan teori konsep geografi, Suharyono dan Moch Amien (1994) menjelaskan konsep esensial geografi salah satunya adalah jarak. Jarak adalah hubungan antar dua lokasi

6. Kampar

Berdasarkan hasil uji pemilihan model estimasi, model yang tepat adalah *fixed effects*. Variabel yang berpengaruh signifikan dan positif terhadap jumlah orang miskin adalah lokasi perkotaan, jarak kantor desa ke kecamatan, jarak kantor desa ke kabupaten. Variabel yang berpengaruh signifikan dan negatif terhadap jumlah orang miskin adalah wilayah lembah.

7. Rokan Hulu

Berdasarkan hasil uji pemilihan model estimasi, model yang tepat adalah *fixed effects*. Variabel yang berpengaruh signifikan dan positif terhadap jumlah orang miskin adalah lokasi perkotaan, jumlah SMP, dan jumlah puskesmas. Secara rata-rata, jumlah orang miskin di lokasi perkotaan lebih tinggi 113 orang dibanding di perdesaan. Variabel yang berpengaruh signifikan dan negatif terhadap jumlah orang miskin adalah jumlah SMA dan jarak tempat praktek dokter

Teori yang dikemukakan oleh Nugroho (1995) menjelaskan bahwa tempat tinggal ataupun pemukiman yang layak merupakan salah satu dari standar hidup atau standar kesejahteraan masyarakat di suatu daerah. Setiap tambahan jumlah SMA maka secara rata-rata akan menurunkan jumlah orang miskin sebesar 58 orang, *ceteris paribus*. Jarak tempat praktek dokter dimana setiap tambahan 1 km, maka secara rata-rata jumlah orang miskin akan berkurang 4 orang, *ceteris paribus*.

8. Bengkalis

Berdasarkan hasil uji pemilihan model estimasi, model yang tepat adalah *fixed effects*. Variabel yang berpengaruh signifikan dan positif terhadap jumlah orang miskin adalah jarak ke kantor desa ke kabupaten, jarak SMA, jarak puskesmas. Variabel yang berpengaruh signifikan dan negatif terhadap jumlah orang miskin adalah jarak ke kantor desa ke kecamatan, jumlah SMP, jarak SMP, jumlah rumah sakit bersalin, jumlah poliklinik, jumlah posyandu, jarak rumah sakit bersalin.

Secara rata-rata, jumlah orang miskin di perkotaan lebih tinggi orang dibanding di perdesaan, setiap tambahan 1 km jarak kantor desa ke kantor kecamatan akan menurunkan 4 orang miskin, *ceteris paribus*. Setiap tambahan 1 km jarak SMA/SMK akan meningkatkan jumlah orang miskin sebesar 4 orang. Setiap tambahan 1 SMP akan menurunkan 79 orang miskin, *ceteris paribus*. Setiap tambahan 1 km jarak SMP, maka secara rata-rata jumlah orang miskin akan meningkat 8 orang, *ceteris paribus*. Pada fasilitas kesehatan, setiap

tambahan 1 jumlah rumah bersalin, akan menurunkan orang miskin sebesar 184 orang.

Setiap tambahan 1 jumlah poliklinik akan menurunkan orang miskin sebesar 165 orang. Setiap tambahan 1 km jarak rumah sakit bersalin, maka secara rata-rata jumlah orang miskin akan meningkat 1 orang, *ceteris paribus*. Terakhir, setiap tambahan 1 jumlah posyandu, secara rata-rata akan menurunkan 47 orang miskin didesa, *ceteris paribus*. Artinya bahwa semakin tinggi banyak jumlah posyandu maka akan mengurangi kemiskinan

9. Rokan Hilir

Berdasarkan hasil uji pemilihan model estimasi, model yang tepat adalah *fixed effects*. Variabel yang berpengaruh signifikan dan positif terhadap jumlah orang miskin adalah lokasi perkotaan, jarak kantor ke desa ke kabupaten dan jarak rumah sakit bersalin. Variabel yang berpengaruh signifikan dan negatif terhadap jumlah orang miskin adalah jumlah lembaga keterampilan dan jumlah rumah sakit bersalin. Secara rata-rata, jumlah orang miskin di perkotaan lebih tinggi 171 orang dibanding di perdesaan. Sementara itu, setiap tambahan 1 jumlah rumah sakit bersalin secara rata-rata akan menurunkan 233 orang miskin, *ceteris paribus*. Setiap tambahan 1 pendidikan keterampilan, secara rata-rata akan menurunkan 21 orang miskin, *ceteris paribus*.

10. Pekanbaru

Berdasarkan hasil uji pemilihan model estimasi, model yang tepat adalah *random effects*. Variabel yang berpengaruh signifikan dan positif terhadap jumlah orang miskin adalah jarak SMA/SMK, jumlah rumah bersalin, jumlah tempat praktik bidan, jumlah posyandu dan jumlah apotek. Variabel yang berpengaruh signifikan dan negatif terhadap jumlah orang miskin adalah lokasi perkotaan dan jarak tempat praktek bidan. Secara rata-rata jumlah orang miskin di perkotaan lebih rendah 3,506 orang dibanding di perdesaan. Setiap tambahan 1 km jarak tempat praktek bidan maka jumlah orang miskin di desa akan naik 203 orang, *ceteris paribus*.

11. Dumai

Berdasarkan hasil uji pemilihan model estimasi, model yang tepat adalah *random effects*. Variabel yang berpengaruh signifikan dan positif terhadap jumlah orang miskin adalah wilayah dataran, jumlah SMP, jarak SMP dan jarak rumah sakit bersalin. Variabel yang berpengaruh signifikan dan negatif terhadap jumlah orang miskin adalah lokasi perkotaan, jarak kantor desa ke kabupaten, jumlah lembaga pendidikan, jumlah polindes dan jumlah dukun.

Secara rata-rata jumlah orang miskin di perkotaan lebih rendah 752 orang dibanding di perdesaan. Setiap tambahan 1 km jarak kantor desa ke kantor kabupaten maka jumlah orang miskin di desa akan turun 18 orang, *ceteris paribus*. Sementara itu setiap tambahan jumlah pendidikan keterampilan, maka secara rata-rata jumlah orang miskin didesa akan berkurang 64 orang, *ceteris paribus*. Setiap tambahan jumlah polindes maka secara rata-rata jumlah orang miskin akan berkurang 418 orang, *ceteris paribus*. setiap tambahan jumlah dukun terlatih maka secara rata-rata jumlah orang miskin akan berkurang 54 orang.

Kabupaten Kepulauan Meranti tidak dianalisis secara terpisah dalam penelitian ini karena merupakan daerah pemekaran dari Kabupaten Bengkalis. Kabupaten Kepulauan Meranti dibentuk pada tanggal 19 Desember 2008 berdasarkan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2009, pada tanggal 16 Januari 2009. Oleh karena itu, data PODES memuat informasi desa di Kabupaten Kepulauan Meranti baru dimulai tahun 2011. Agar hasil estimasi lebih tepat, maka observasi desa yang berada di Kepulauan Meranti digabungkan dengan Bengkalis.

Perbandingan Estimasi

Dari ke-12 model estimasi, terdiri dari 1 model provinsi dan 11 model kabupaten/kota, terdapat beberapa kesamaan koefisien regresi, yang dapat diuraikan sebagai berikut:

1. Faktor geografi

jumlah orang miskin lebih tinggi di desa yang bersatus perkotaan, seperti di Kabupaten Indragiri Hulu, Pelalawan, Siak, Kampar, Rokan Hulu dan Rokan Hilir berpengaruh signifikan dan positif. Sementara itu, Kota Pekanbaru dan Dumai berpengaruh signifikan dan negatif, semakin kabupaten tersebut dekat dengan lokasi perkotaan akan mengurangi kemiskinan. Wilayah lembah secara umum tidak menjelaskan perbedaan jumlah orang miskin di sebagian besar kabupaten/kota di provinsi Riau.

Kabupaten Siak, dan Kampar berpengaruh signifikan dan negatif. Sementara itu, di tingkat observasi seluruh provinsi, desa dengan letak wilayah dataran di Kabupaten Pelalawan berpengaruh signifikan dan negatif. letak wilayah dataran di kota Dumai berpengaruh signifikan dan positif. Letak desa berada didalam kawasan hutan di Kabupaten Indragiri Hulu dan berpengaruh signifikan dan negatif. Variabel jarak kantor desa ke kantor kecamatan pada kabupaten Kampar, berpengaruh signifikan dan positif. Variabel jarak kantor desa ke kantor kecamatan pada kabupaten Bengkalis, berpengaruh signifikan dan negatif.

Jarak kantor desa ke kantor kabupaten berpengaruh positif dan signifikan di Propinsi, Kabupaten Kuantan Singingi, Pelalawan, Kampar, Bengkalis dan Rokan Hilir. Jarak kantor desa ke kantor kabupaten berpengaruh negatif dan signifikan pada kota Dumai. Variabel jarak SMP di Kabupaten Kuantan Singingi, Indragiri Hilir dan kota Dumai berpengaruh signifikan dan positif. Variabel jarak SD di Kabupaten Bengkalis berpengaruh signifikan dan negatif. Sedangkan kota Dumai variabel jarak SD berpengaruh signifikan dan positif. Variabel jarak SMA/SMK di Kabupaten Indragiri Hulu, Bengkalis dan kota Pekanbaru berpengaruh signifikan dan positif.

2. Faktor kelembagaan

a. Pendidikan

keberadaan jumlah sekolah SD, SMP, dan SMA/SMK di desa secara umum tidak signifikan berpengaruh terhadap jumlah orang

miskin. Beberapa kabupaten/kota yang variabel pendidikannya signifikan justru menunjukkan koefisien yang positif. Misalnya pada variabel jumlah SD pada Kabupaten Kuantan Singingi berpengaruh signifikan dan positif. Variabel jumlah SMP pada Propinsi Riau, Kabupaten Indragiri Hilir, Rokan Hulu dan kota Dumai berpengaruh signifikan dan positif. Sementara itu di Kabupaten Bengkalis variabel jumlah SMP berpengaruh signifikan dan positif. Jumlah SMA/SMK, koefisien pada Propinsi, Kabupaten Pelalawan, Siak berpengaruh signifikan dan positif, sedangkan yang negatif pada kabupaten Rokan Hulu.

Hal ini terjadi karena penambahan jumlah SMA/SMK diprioritaskan pada desa-desa dengan jumlah orang miskin yang banyak. Jumlah lembaga keterampilan pada berbagai model secara umum menunjukkan koefisien positif, yaitu pada model Kuantan Singingi. Variabel jumlah lembaga keterampilan berpengaruh signifikan dan negatif pada Propinsi, Indargiri Hulu, rokan Hilir dan kota Dumai.

b. Faktor Kesehatan

pengaruh keberadaan fasilitas kesehatan, yaitu rumah sakit, rumah bersalin, poliklinik, puskesmas tempat praktik dokter, tempat praktik bidan, posyandu, polindes, dan apotek, menunjukkan hasil yang beragam. Variabel tempat praktek bidan yang paling banyak signifikan. Namun tanda koefisiennya bervariasi. Di model variabel jumlah rumah sakit di kabupaten Siak. Variabel jumlah rumah sakit bersalin berpengaruh signifikan dan positif pada Pelalawan dan kota Pekanbaru. Variabel jumlah rumah sakit bersalin berpengaruh signifikan dan negatif pada Indargiri Hilir, Siak, Bengkalis, Rokan Hilir. Variabel jumlah poliklinik berpengaruh signifikan dan negatif pada Bengkalis. Variabel Puskesmas di Kabupaten Rokan Hulu berpengaruh signifikan dan positif. Variabel jumlah tempat praktek dokter berpengaruh signifikan dan positif pada model Propinsi. Variabel jumlah tempat praktek bidan berpengaruh signifikan

dan positif pada model Propinsi, kabupaten Indragiri Hulu, Pelalawan dan kota Pekanbaru.

Variabel jumlah posyandu berpengaruh signifikan dan negatif pada Kuantan Singingi, Pelalawan dan Bengkalis. Sementara itu Kota Pekanbaru variabel jumlah posyandu berpengaruh signifikan dan positif. Variabel jumlah polindes berpengaruh positif dan signifikan pada Kuantan Singingi. Variabel Polindes berpengaruh negatif dan signifikan pada kota Dumai. Jumlah apotik berpengaruh signifikan dan positif pada model Propinsi, Pelalawan, Siak dan kota Pekanbaru.

Tenaga medis seperti dokter yang berpengaruh signifikan dan positif pada Kabupaten Indragiri Hilir, Pelalawan dan Siak. Variabel jumlah bidan berpengaruh signifikan dan positif pada Kabupaten Indragiri Hilir dan Pelalawan. Sementara variabel jumlah dukun berpengaruh signifikan dan positif pada Kabupaten Pelalawan. Sementara itu variabel jumlah dukun berpengaruh signifikan dan negatif pada kota Dumai. Sementara itu faktor geografi yang dominan pada Kabupaten Kuantan Singingi, Indragiri Hulu, Kampar, Bengkalis, Rokan Hilir, dan kota Dumai. Faktor kelembagaan yang dominan terletak di Propinsi, Indragiri Hulu, Pelalawan, Rokan Hulu dan kota Pekanbaru.



FAKTOR-FAKTOR

Kemiskinan Wilayah

BAB V FAKTOR-FAKTOR KEMISKINAN WILAYAH

KESIMPULAN

Setiap negara akan selalu menghadapi masalah kemiskinan, tidak terkecuali Indonesia. Keberhasilan suatu pemerintahan salah satunya dapat diukur melalui penurunan tingkat kemiskinan secara signifikan. Penelitian ini mengkaji faktor-faktor yang berpengaruh terhadap tingkat kemiskinan di setiap kabupaten/kota di Propinsi Riau dan Propinsi Riau ditinjau dari aspek geografi, pendidikan dan kesehatan.

1. Faktor Geografi

Variabel yang digunakan untuk mengukur faktor geografi adalah daerah perkotaan, letak geografis (lembah dan dataran), jarak dari kelurahan ke sarana pendidikan, dan jarak dari kelurahan ke sarana kesehatan. Hasil analisis menunjukkan:

- a. Variabel daerah perkotaan berpengaruh terhadap kemiskinan di Kabupaten Indragiri Hulu, Pelalawan, Siak, Kampar, Rokan Hulu, Rokan Hilir, Kota Pekanbaru dan Kota Dumai.
- b. Variabel lembah berpengaruh terhadap kemiskinan di Kabupaten Siak dan Kampar
- c. Variabel wilayah dataran berpengaruh signifikan terhadap kemiskinan di Kabupaten Pelalawan dan Kota Dumai

- d. Variabel letak desa berada didalam kawasan hutan berpengaruh signifikan terhadap kemiskinan pada Kabupaten Indragiri Hulu
- e. Variabel jarak kantor desa ke kantor kecamatan berpengaruh signifikan terhadap kemiskinan pada Kabupaten Kampar
- f. Variabel jarak kantor ke kantor kabupaten signifikan terhadap kemiskinan pada model Propinsi, Kabupaten Kuantan Singingi, Pelalawan , Kampar, Bengkalis dan kota Dumai
- g. Variabel jarak dari kelurahan ke sarana pendidikan berpengaruh terhadap kemiskinan di Kabupaten Indragiri Hilir, Kampar, Bengkalis, Rokan Hilir, kota Pekanbaru dan Dumai
- h. Variabel jarak dari kelurahan ke sarana kesehatan berpengaruh terhadap kemiskinan pada Propinsi Riau, Kabupaten Kuantan Singingi, Indragiri Hulu, Siak, Rokan Hilir, Bengkalis Rokan Hilir, Kota Pekanbaru dan Kota Dumai.

2. Faktor Kelembagaan

1) Pendidikan

Variabel yang digunakan untuk mengukur faktor pendidikan adalah jumlah sarana pendidikan SD, SMP, SMK/SMA, dan lembaga keterampilan. Hasil analisis menunjukkan:

- a. Variabel jumlah fasilitas pendidikan berpengaruh terhadap kemiskinan pada Propinsi Riau, Kuantan Singingi, Indragiri Hilir, Rokan Hulu, Bengkalis dan kota Dumai.
- b. Variabel jumlah lembaga pendidikan berpengaruh terhadap kemiskinan di Propinsi Riau, Kabupaten Kuantan Singingi dan Indargiri Hulu.

2) Faktor Kesehatan

Variabel yang digunakan untuk mengukur faktor kesehatan adalah jumlah sarana kesehatan, seperti rumah sakit, puskesmas, rumah bersalin, poliklinik, tempat praktik dokter, tempat praktik bidan, polindes, posyandu, apotek. Selain itu, faktor kesehatan juga diukur dengan ketersediaan sumber daya manusia, seperti dokter, bidan, dan dukun terlatih. Hasil analisis menunjukkan:

Secara umum variabel jumlah fasilitas kesehatan berpengaruh terhadap kemiskinan di Propinsi Riau, Kabupaten Kuantan Singingi, Indragiri Hulu, Indragiri Hulu, Pelalawan, Siak, Rokan Hulu, Bengkalis, Kota Pekanbaru dan Dumai. Di beberapa kabupaten, variabel rumah sakit, puskesmas, tempat praktek dokter, tempat praktek bidan dan posyandu berpengaruh positif terhadap tingkat kemiskinan, hal ini dapat terjadi ketika beberapa sarana kesehatan tersebut susah diakses oleh orang miskin serta kesulitan administrasi yang dihadapi oleh orang miskin sehingga mengalihkan preferensi sarana kesehatan ke yang lain seperti apotik, atau dukun tempat penduduk itu tinggal.

Berdasarkan ketiga faktor di atas, maka dapat disimpulkan bahwa faktor kelembagaan lebih dominan berpengaruh terhadap kemiskinan dibanding faktor geografi.

IMPLIKASI

Faktor geografi dan faktor kelembagaan memiliki peran fundamental terhadap kemiskinan di kabupaten/kota dan provinsi di Riau. Berdasarkan hasil penelitian ini, maka terdapat sejumlah implikasi yang perlu diperhatikan oleh pemerintah daerah:

1. Setiap musim hujan, jalan lintas di beberapa desa sangat memprihatinkan sehingga anak-anak yang pergi ke sekolah kesulitan melewati jalan sehingga harus mencari alternatif jalan lain yang membutuhkan jarak tempuh jauh bahkan menggunakan jalur air, yaitu dengan penggunaan speedboat atau pompong. Akses kesehatan dan keterjangkauan yang belum optimal, seperti sarana kesehatan belum dapat dijangkau masyarakat desa terutama terkait dengan biaya dan jarak tempuh yang jauh diakibatkan jalan yang rusak. Pemerintah daerah perlu memprioritaskan program infrastruktur jalan yang dapat memberikan kemudahan dan keterjangkauan masyarakat miskin terhadap akses jalan. Oleh

karena itu, masyarakat yang ada di perdesaan dan perkotaan mendapatkan pelayanan kesehatan yang lebih baik.

2. Propinsi Riau merupakan provinsi dengan jumlah penduduk yang banyak. Propinsi Riau jika dilihat di bagian kota Pekanbaru, bisa dikatakan jumlah sekolah sudah cukup, namun berbanding terbalik dengan yang dimiliki oleh sekolah-sekolah di Kabupaten lainnya yang jauh dari Kota Pekanbaru. Hal inilah yang membuktikan bahwa anak yang bersekolah di perkotaan lebih maju dari pada di pelosok karena tidak seimbang sarana dan prasarana yang dimiliki. Pemerintah sudah sewajarnya menambah jumlah sekolah dan lembaga pendidikan yang berada di Kabupaten lainnya yang jauh dari Kota Pekanbaru.
3. Kemenkes dan Dinkes Propinsi Riau harus menambah tenaga kesehatan di daerah terpencil. Propinsi Riau saat ini masih kekurangan tenaga kesehatan di daerah terpencil. Kalau saat ini yang ada adalah satu desa ada satu bidan. Namun satu desa di Riau itu luas wilayahnya sangat besar, sehingga untuk menjangkau semuanya sangat sulit. Pengadaan sumber daya manusia di daerah terpencil sangat diperlukan, karena tidak mungkin seorang tenaga kesehatan setiap desanya bisa menangani semua masalah kesehatan masyarakat yang jumlahnya sangat banyak, dan lokasinya sangat luas

KETERBATASAN

Penelitian masih memiliki beberapa keterbatasan penelitian di antaranya adalah:

1. Penelitian ini hanya menggunakan 3 variabel kemiskinan. Penelitian selanjutnya bisa memperkaya analisis dengan menambahkan variabel yang terkait lainnya.
2. Penelitian ini hanya menggunakan panel statis. Penelitian selanjutnya menggunakan panel dinamis.

SARAN

Berdasarkan keterbatasan dalam penelitian ini maka saran yang dapat diajukan khususnya bagi pemerintah daerah di Propinsi Riau adalah sebagai berikut :

1. Penelitian selanjutnya diharapkan dapat memasukkan variabel-variabel lain selain variabel dalam penelitian ini agar hasilnya lebih sempurna dan lebih baik lagi dalam menganalisis tingkat kemiskinan. Selain itu, penambahan data PODES terbaru diharapkan dapat menghasilkan kesimpulan yang lebih terkini.
2. Penelitian ini menggunakan analisis data panel statis dengan model *fixed effects*. Karakteristik kemiskinan dimungkinkan memiliki efek antar waktu, maka disarankan menggunakan analisis data panel dinamis.
3. Penelitian selanjutnya diharapkan dapat mempertimbangkan adanya isu pemekaran desa dalam model analisis. Data yang digunakan dalam penelitian ini menunjukkan adanya kenaikan jumlah desa selama kurun waktu 2003 hingga 2018.
4. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan bagi pemerintah daerah di Propinsi Riau dalam pengambilan kebijakan di masa yang akan datang sebagai upaya mengurangi kemiskinan. Rekomendasi dari penelitian ini adalah pemerintah daerah hendaknya meningkatkan ketersediaan dan akses masyarakat di desa terhadap sarana sekolah, sarana lembaga keterampilan, sarana kesehatan, dan sarana tenaga kesehatan.
5. Sejak tahun 2014, pemerintah desa mendapatkan alokasi dana desa dari pemerintah pusat. Keberadaan dana desa ini ditujukan untuk mengakselerasi pembangunan di setiap desa. Oleh karena itu, penggunaannya harus tepat dan bernilai tambah tinggi bagi masyarakat desa, sehingga dapat menurunkan tingkat kemiskinan di desa.

DAFTAR PUSTAKA

- Amartya, Sen, 1999. *Developmentas Freedom*, Alfred Knopf, New York. Badan Acemaglu D; James A. R; Simon, J; Pierre, Y. 2008. Income and Democracy. *American Economic Review* 2008, 98:3, 808-842
- Acemaglu Daron and James A. Robinson. 2013. Economics versus Politics: Pitfalls of Policy Advice, *Journal of Economic Perspective*, Vol. 27, No.2, Spring, Pages 173-192
- Acemaglu, D; James A. R; Rafael J. S. 2013. The Monopoly of Violence: Evidence From Colombia, *Journal of the European Economic Association*, January 11(S1):5-44
- Acemaglu, D and James A. R. 2012. *Why Nations Fail: The Origins of Power, Prosperity, and Poverty* Published in the United States by Crown Publishers, an imprint of the Crown Publishing Group, Advision of Random House, Inc, New York
- Alston, Philip, 2005. A Human Rights Perspective on the Millenium Development Goals, dalam *Project Task Force on Poverty and Economic Development*.
- Albornoz, M. A., Becker, M., Cahyat, A., Cronkleton, P., Jong, W.d., Evans, K., Wollenberg, E., 2007, *Menuju Kesejahteraan dalam Masyarakat Hutan: Buku Panduan untuk Pemerintah Daerah, Bogor: Cifor*.
- Aliber, M. 2003. Chronic Poverty in South Africa: Incidence, Causes and Policies, *World Development* Vol. 31, No. 3, pp. 473-490
- Alkire and Foster, 2008, Counting and Multidimensional Povety Measurement, *OPHI Working Paper*, Series No.7.
- Allen, G, P, and Chamber. J. L.C. 1998. Sedimentation in the Modern and Miocene Mahakam Delta, *24th Indonesian Petroleum Association Proceeding*, Jakarta. p. 225 - 231.
- Amartya, Sen. 1999. *Developmentas Freedom*, Alfred Knopf, New York.

- Amzat, H, I, 2010. The Effect of Poverty on Education in Nigeria: Obstacles and Solutions. *OIDA International Journal of Sustainable Development*, Vol: 01:04
- Arestis, P. and Asena, C. 2009. Financial Liberalization and the Geography of Poverty: *Cambridge Centre for Economic and Public Policy*, Department of Land Economy, University of Cambridge.
- Armstrong, P, Lekezwa, B. and Siebrits, F. K. 2008. Poverty in South Africa: A Profile Based on a Recent Household Survey. *Stellenbosch Economic Working Papers* 04/08. Stellenbosch: University of Stellenbosch.
- Arsyad, L, 1999. *Pengantar perencanaan dan pembangunan ekonomi daerah*, BPFE Yogyakarta.
- Arsyad, L. 2010. *Ekonomi Pembangunan*. Yogyakarta: UPP STIM YKPN
- Arsyad Sitanala, 2010. *Konservasi Tanah dan Air*. Edisi Kedua, IPB Press. Bogor
- Asnawi, S. 1994. *Masalah Kemiskinan di Pedesaan dan Strategi Penaggulangannya*, Seminar Sosial Budaya Mengentaskan Kemiskinan. Kelompok Kerja Panitia Dasawarsa Pengembangan Kebudayaan Provinsi TK.I. Sumatera Barat.
- Awan, S, Malik, N, & Sarwar, H. 2008. Impact of Education on Poverty Reduction, *EABRT and TLC Conference Proceedings*. Germany. Rothenburg.
- Backlund E, Sorlie PD, Johnson NJ. 1996. The Shape of The Relationship Between Income and Mortality in the United States: Evidence from the National Longitudinal Mortality Study. *Annals of Epidemiology* 6: 12-20. Badan Pusat Statistik, 2002, Statistik Indonesia, Semarang.
- Baker, Judy L and Margaret Grosh. 1994. Measuring the Effects of Geographic Targeting on Poverty Reduction, *World Bank LSMS Working Paper* 99, Washington, D.C.

- Barbier, E, D. 2010. Poverty, Development, and Environment, *Environment and Development Economics* 15: 635–660.
- Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. 2012. Epidemiology of Multimorbidity and Implications for Health Care, Research and Medical Education: A Cross-Sectional Study. *Lancet*. 380:37–43.
- Bakhtiari, S, and Meisami, H. 2010. An Empirical Investigation of The Effects of Health and Education on Income Distribution and Poverty in Islamic Countries. *International Journal of Social Economics*, 37(4), 293-301
- Balisacan, Arsenio M, Ernesto M. Pernia dan Abuzar Asra. 2003. *Revisiting Growth and Poverty Reduction in Indonesia*. Bulletin of Indonesian Economic Studies, 39(3), December, pp. 329-353.
- Baltagi, H. B. 2013. *Econometric Analysis of Panel Data* 5nd ed. United Kingdom: Wiley.
- Basuki, Ismet dan Hariyanto. 2014. *Asesmen Pembelajaran. Bandung: PT Remaja Rosdakarya*.
- Badan Pusat Statistik. 2008. *Analisis dan Penghitungan Tingkat Kemiskinan. Tahun 2008*.
- Bintarto R dan Surastopo Hadi Sumarno, 1978. *Metode Analisis Geografi*. Yogyakarta. LP3IS.
- Bramley, G, Karley, K. N. 2005. Home-Ownership, Poverty and Educational Achievement: Individual, School and Neighbourhood Effects. *CRSIS Research Report*.
- Brown,T, and Graham, M. 2012. Commentary Geography and Global Health, *The Geographical Journal*, Vol. 178, No. 1, March, pp. 13-17
- Burki, A. and Mushtaq, K. 2010. Spatial Inequality and Geographic Concentration of Manufacturing Industries in Pakistan. *Paper presented at the 26th Annual General Meeting & Conference*

- (AGM) of the Pakistan Society of Development Economists, (PSDE), Islamabad: December 28-30.
- Cahyat Ade, Gonner Christian, Haug Michaela. 2007. *Mengkaji Kemiskinan dan Kesejahteraan Keluarga*. Bogor: Cifor.
- Case, K. E, & Fair, R. C, 2010, *Prinsip-prinsip Ekonomi*, Ed. Ke 8, JI. I, Penerbit Erlangga, Jakarta.
- Cremin, P and Mary, G, N. Education. 2012. Development and Poverty Reduction: A Literature Critique, *International Journal of Educational Development* 32 499-506
- Cepparulo, A; Juan, C, C and Maurizio I. 2016. Financial Development, Institutions and Poverty Alleviation: an Empirica Analysis, *Working Paper*
- Chaudhary, *et al.* 2010. Does Education Alleviate Poverty? Empirical Evidence From Pakistan. *International Research Journal of Finance and Economics*, Issue 52.
- Chambers, Robert. 1997. *Pembangunan Desa Mulai Dari Belakang*, LP3ES, Jakarta.
- Chen, J; Yun W, Jie W; Fuqian F; Malin S, 2015, The Influences of Aging Population and Economic Growth on Chinese Rural Poverty, *Journal of Rural Studies*, P. 1-12
- Chong, A. and Ceasar, C. 2002. Institutional Quality and Income Distribution, *Economic Development and Cultural Change*, Vol. 48, No. 4, pp. 761-786.
- Chong, Alberto and Gradstein, Mark, 2007 Inequality, Democracy, Institutional Quality, and Fiscal Redistribution. *IDB Working Paper* No. 522
- Colclough, C. 2005. Does Education Abroad Help to Alleviate Poverty at Home? An Assessment. *Pakistan Development Review*, 44(4): 439-454.
- Cooper, A.R; Matthew, A, C; Emily, L, M ; Xiaolin, F, and J. Thomas, R. 2012. Poverty, Wealth, and Health Care

- Utilization: A Geographic Assessment, *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, Vol. 89, No. 5
- Das, T. K. 2012. Does Geography Have Impact on Poverty in India? UNESCO.2008. *Education for All Monitoring Report*. Paris.
- David, A; Nathalie, Gu; Nobuski, H; Yudal, H; Hiroyuki, H, Murray Leibbrandt, Muna, S. 2018. Spatial Poverty and Inequality in South Africa : A Municipality Level Anaysis, Research Institute, for Economics and Business Administration, *Kobe University*.
- Demurger, S ; Jeffrey D.S ; Wing, T,W ; Shuming, B ; Gene, C ; Andrew, M. 2002. Geography, Economic Policy, and Regional Development in China, *NBER Working Paper Series 8897*
- Depdiknas. 2003. Undang-undang RI No.20 tahun 2003. *Tentang Sistem Pendidikan Nasional*.
- Departemen Kesehatan RI. Undang-Undang Republik Indonesia No.36. *Tahun 2009 Tentang Kesehatan*.
- Dhrifi, A. 2013. A Revisit of the Growth Inequality Poverty Relationship: The Role of Institutional Quality, *International Journal of Advances in Management and Economics*. Vol.2 Issue 1, 94-102
- Dharma, Surya. 2013. *Manajemen Kinerja : Falsafah, Teori Dan Penerapannya*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Dollar, D. and Kraay, A. 2002 Growth is Good for the Poor. *Journal of Economic Growth*, 7(3), pp. 195- 225.
- Din, Zaman, Ashraf, Sajjad, Salem, Raja. 2014. Quality Versus Quantity in Health Care and Educational Reforms: Combating Poverty, Springer *Science+Business Media Dordrecht*
- Dollar, D., and A. Kraay, 2002. Growth is Good for the Poor. The World Bank, Washington, D.C.
- Durham, J.B. 2004 Economic Growth and Institutions: Some Sensitivity Analyses 1961-2000. *International Organization*, 58, pp. 485-529.

- Easterly, W. and Ross, R. 2003. Tropics, Germs, and Crops: How Endowments Influence Economic
- Edi. Suharto. 2007. *Kebijakan Sosial Sebagai Kebijakan Publik*. Bandung: Alfabeta.
- Enders, W and Hoover, G.A. 2003. The Effect of Robust Growth on Poverty: a Nonlinear Analysis, *Applied Economics*, Vol. 35(9), pp. 1063-1071.
- Esposito, T; Martin, C ; David W. R; Nico, T; Ashleigh, D. 2016. Out-of-home Placement and Regional Variations in Poverty and Health and Social. *Children and Youth Services Review*, CYSR-03110. No of Pages 10
- Friedman, John. 1979. Urban Poverty in Latin America, Some Theoretical Considerations, Development Dialogue, Upsala, *Dag Hammarskjold Foundation*, Vol.1.
- Gallup, John Luke, Jeffrey D. Sachs, dan Andrew D. Mellinger. 1999. Geography and Economic Development. *International Regional Science Review*, 22(2), pp. 179-232.
- Ghozali, Imam. 2013. *Aplikasi Analisis Multivariate Dengan Program SPSS*. Semarang: Badan Penerbit Universitas Diponegoro.
- Girsang, Silvieni, 2015. Analisa Faktor-Faktor Penyebab Kemiskinan di Propinsi Riau, *Jom Fekon*, Vo. 2 No. 2
- Glaeser, E.L., La Porta, R., Lopez-de-Silanes, F. and Shleifer, A. 2004 Do Institutions Cause Growth? NBER Working Papers 10568. Cambridge: *National Bureau of Economic Research*.
- Glewwe, Paul, Targeting Assistance to the Poor: Efficient Allocation of Transfers When Household Income Is Not Observed. 1992, *Journal of Development Economics*, 38(2), 297-321.
- Goddard M, Smith P. 1998. *Equity of Access to Health Care*. York, University of York.
- Gonner, C., Cahyat, A., Haug, M., & Godwin Limberg, 2007, *Menuju Kesejahteraan: Pemantauan Kemiskinan di Kutai Barat, Indonesia*. Bogor: Cifor.

- Gray, C, L and William, G, M. 2005. A Geographical Perspective on Poverty Environment Interactions. *The Geographical Journal*, Vol. 171, No. 1, March, pp. 9-23
- Gujarati, Damodar N. 2009. *Ekonometrika Dasar*. Jakarta : Penerbit Erlangga
- Gupta, Indrani, and Arup Mitra 2004. Economic Growth, Health and Poverty: An Exploratory Study of India in *Developed Policy Review*, Vol.22.
- Grindle, M. 2004. Governance: An International Journal of Policy, Administration, and Institutions, Vol. 17, No. 4, pp. 525-548.
- Gwatkin D, Rutstein S, Johnson K, Suliman E, Wagstaff A. 2003. *Socio-Economic Differences in Health, Nutrition and Population*. Second Edition, Volumes I and II. Washington DC: World Bank
- Hannum, E, and Meiyang, W. 2006. Geography and Educational Inequality in China, *China Economic Review*, 17, 253-265
- Hassan, A. 2014. The Challenge in Poverty Alleviation: Role of Islamic Microfinance and Social Capital, *Humanomics*, Vol. 30 Issue: 1, pp.76-90
- Harkness, S ; Paul, G and Lindsey, M. 2012. Poverty : The Role of Institutions Behaviours and Culture, *JRF Programme Paper*
- Harpham, T., Grant, E. & Thomas, E. 2002 *Measuring Social Capital Within Health Surveys: Key Issues*. Health Policy and Planning, 17 (1): 106-11.
- Hansen, J; Jon H; Todd R; Eleanor, Fi; Jill, C; Clare, S; Christine L; Jacob, v, E, Alison. R; Bruce C. 2018. Climate Risk Management and Rural Poverty Reduction, *Agricultural Systems*.
- Hulme, David dan Sakiko Fukuda-Parr, 2009. International Norm Dynamics and the End of Poverty: Understanding the

- Millennium Development Goals (MDGs), *Brooks World Poverty Institute Working Paper*, No. 96, June.
- Hussein, I, A. 2010. The Effect of Poverty on Education in Nigeria : Obstacles and Solution, *OIDA International Jurnal of Sustainable Development*, Vol. 01:04
- Ismail, 2010. *Manajemen Perbankan. Edisi Pertama*. Jakarta.
- Jahan, S. and R. McCleery. 2005. *Making infrastructure work for the poor*. UNDP.
- Jamasi, Owin. 2004. *Keadilan, Pemberdayaan, dan Penanggulangan Kemiskinan*. Jakarta : Belantika.
- Janjua, P. Z. and Kamal, U. A. 2011. *The Role of Education and Income in Poverty Alleviation: A Cross-Country Analysis*. The Lahore Journal of Economic, 2, 37-44.
- Jain, T., & Khanna, O., 2009, *Basic Economics*, New Delhi: VK Publication.
- Jeffery, R. and Basu, M.A. 1996. Girls' Schooling, Women's Autonomy and Fertility Change in South Asia. *New Delhi: Sage Publications*.
- Jerome, A., and A. Ariyo 2004. Infrastructure Reform and Poverty Reduction in Africa. African Development and Poverty Reduction: *The Macro-Micro Linkage*. TIP/DPRU Forum, South Africa.
- Jha, Raghendra, Bagala, Biswl. 2001. An Empirical Analysis of the Public Expenditures on Education and Health on Poverty in Indian States. Working Paper No. 2991/05. Australia South Asia Research Center (ASARC). *Australian National University (ANU)*. Canberra. Australia.
- Jhingan, M.L. 2000. *Ekonomi Pembangunan dan Perencanaan*. PT Raja Grafindo Persada. Jakarta.
- Jhingan, M.L. 2010. *Ekonomi Pembangunan dan Perencanaan, Terjemahan*. Penerbit Rajawali. Jakarta

- Jhingan, M. L. 2012. *Ekonomi Pembangunan dan Perencanaan*. Jakarta: Rajawali Press.
- Juanda, Bambang dan Junaidi. 2012. *Ekonometrika Deret Waktu Teori dan Aplikasi*. Bogor: IPB Press.
- Juanita, 2002. *Kesehatan dan Pembangunan Nasional* . Medan: Tesis Magister AKK FKM USU.
- Julius, K, Maiyo and Jyoti Bawane . 2011. Education and Poverty, Relationship and Concerns. A Case for Kenya, Education and Poverty, *Relationship and Concerns*. A Case for Kenya, Volume 32
- Kakwani, N., and E. Pernia, 2000. What is Pro-poor Growth? *Asian Development Review* 18(1):1-16.
- Khan, M, M; David, R, H; Andre, S, A, B; Paul, L, H. 2005 Geographic Aspects of Poverty and Health in Tanzania: Does Living In a Poor Area Matter? *School of Public Health and Tropical Medicine*, Tulane University, New Orleans, LA 70112, USA
- Kheerajita, C, Alexander G. Florb. 2013. Participatory Development Communication for Natural Resources Management in Ratchaburi Province, Thailand, *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 103 703 - 709
- Klasen, S. 2008. Economic Growth and Poverty Reduction: Measurement Issues Using Income and Nonincome Indicators. *World Development*, 36(3), pp. 420-445.
- Lasser KE, Himmelstein DU, Woolhandler S. 2006. Access To Care, Health Status, and Health Disparities in the United States and Canada: Results of A Crossnational Population-Based Survey. *Am J Public Health*. 96:1300-7.
- Liu, Yansui. *et. al*. 2017. Spatio Temporal Patterns of Rural Poverty in China and Targeted Poverty Alleviation Strategies, *Journal of Rural Studies* 52 p. 66-75.
- Li, Y Baozhong S; Yansui L. 2016. Realizing Targeted Poverty Alleviation in China: People's Voices, Implementation

- Challenges and Policy Implications, *China Agricultural Economic Review*, Vol. 8 Issue: 3, pp. 443-454.
- Liu, Y; Jilai L, Yang Z.2017. Spatio-Temporal Patterns of Rural Poverty in China and Targeted Poverty Alleviation Strategies, *Journal of Rural Studies*, 52 66-75.
- Lokshin, M., and Ruslan, T. 2005. Has Rural Infrastructure Rehabilitation in Georgia Helped the Poor?, *The World Bank Economic Review*, Vol. 19, No. 2, pp. 311–333
- Locatelli, B., Kanninen, M., Brockhaus, M., Colfer, C. J., Murdiyarso, D., & Santosa, H. 2009. *Menghadapi Masa Depan Yang Tak Pasti: Bagaimana Hutan dan Manusia Beradaptasi terhadap Perubahan Iklim*, Bogor: Cifor.
- Lomazzi, M; Bettina, B; Ulrich, L. 2014. The Millennium Development Goals:Experiences, Achievements and What's next, *Global Health Action*, 7: 23695
- Lorant V, Boland B, Humblet P, and Deliege D. 2002. Equity in Prevention and Health Care. *Journal of Epidemiology and Community Health*,56:510-516.
- Mahmud, M,K; David, R, H; Andre, S, A, B, and Paul, L, H. 2005. Geographic Aspects of Poverty and Health in Tanzania: Does Living in a Poor area Matter?*The London School of Hygiene and Tropical Medicine*.
- Majumder, S; Soma, C, B. 2017. Impact of Education and Health in Poverty Alleviation in Bangladesh: A logistic Regression Analysis, *American Academic & Scholarly Research Journal*, Vol 9, No 6, Sept 2017
- Majumder, S; Soma, C, B. 2017. The Role of Education in Poverty Alleviation: Evidence from Bangladesh, *Journal of Economics and Sustainable Development*, Vol.8, No.20
- Mahsun. 2013. *Metode Penelitian Bahasa: Tahapan, Strategi, Metode, dan Tekniknya*. Jakarta: Raja Grafindo Persada.

- Maiyo, J, Jane, K, & Irene, A. 2009. Poverty Alleviation: The Educational Planning Perspective. *Journal of Education Administration and Policy Studies*, Vol. 1 (2), pp. 015-022, June
- Maiyo J, Amunga JK, Ashioya IA. 2009. Poverty alleviation : The Educational Planning Perspective. *Journal of Education Administrasi and Policy Studies*.
Kenya : University of Science and Technology.
- Mariyanti, T, & Mahfudz, A. A. 2016. *Dynamic Circular Causation Model in Poverty Alleviation: Empirical Evidence from Indonesia*. *Humanomics*, 32(3), 275-299.
- Marmot M. 1999. Introduction. In: Marmot M, Wilkinson RG (eds). *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press.
- McArthur, John W dan Jeffrey D. Sachs. 2001. Institution and Geography: Comment on Acemoglu, Johnson and Robinson. *NBER Working Paper Series No: w8114*.
- Mihai, M; Emilia T; Daniela, M. 2015, Education and Poverty, Emerging Markets Queries in Finance and Business, *Procedia Economics and Finance* 32 855 - 860.
- Minot N, Bob, B. 2002. The Spatial Distribution of Poverty in Vietnam And The Potential for Targeting. Washington DC: *International Food Policy Research Institute (IFPRI)*, April, Unpublished report.
- Morrison, C. 2002. *Health, Education and Poverty Reduction*. Policy Brief No. 19, OECD Development Centre. Paris. Organisation for Economic Cooperation and Development.
- Mubyarto. 1998. *Reformasi Sistem Ekonomi dari Kapitalisme menuju Ekonomi. Kerakyatan*. Yogyakarta : Aditya Media.
- Mudrajad Kuncoro, 1997, *Ekonomi Pembangunan, Teori Masalah dan Kebijakan*, UPP AMP YKPN, Yogyakarta.
- Mueller, Jon. 2006. *Authentic Assessment*. North Central College

- Mualuko, N. 2007. The Issue of Poverty in The Provision of Quality Education in Kenya Secondary Schools. *Educational Research and Review*, Vol. 2 (7), pp. 157-164, July.
- Murphy, K, A; Scott W. Allard, 2016. The Changing Geography of Poverty. Spring/Summer, *Focus* Vol. 32, No. 1
- Naveed, A, Wood, G., Muhammad, U, G.2016. Geography of Poverty in Pakistan 2008-09 to 2012-13: Distribution, Trends and Explanations. *Pakistan Poverty Alleviation Fund and Sustainable Development Policy Institute*, Islamabad
- Nazeem ud din & Khalid Zaman & Shagufta Ashraf & Faiza Sajjad & Sundas Saleem & Uzma Raja, 2015. Quality versus quantity in health care and educational reforms: combating poverty, *Quality & Quantity: International Journal of Methodology*, Springer, vol. 49(1), pages 267-293,
- Nelson, Paul.2007. Human Rights, the Millennium Development Goals, and the Future of Development Cooperation, *World Development*, 35 (12): 2041-2055.
- Ngoma, C and Mayimbo, S. 2017. The Negative Impact of Poverty on the Health of Women and Children. *Ann Med Health Sci Res*. 7: 442-446
- Novignon, J, J, Nonvignon, R. Mussa, and L. S. Chiwaula. 2012. Health and Vulnerability to Poverty in Ghana: Evidence from the Ghana Living Standards Survey, *Health EconomicsRreview* 2 (1), Round 5
- Nugroho, Heru. 1995. *Kemiskinan, Ketimpangan dan Kesenjangan*. Yogyakarta : Aditya Media.
- Okojie CEE. 2002. Gender and Education as Determinants of Household Poverty in Nigeria, Discussion Paper No. 2002/37, *World Institute for Development Economics Research (WIDER)*.
- Ogun, T.P. 2010. Infrastructure and Poverty Reduction Implications for Urban Development in Nigeria, *UNU World Institute for*

Development Economics Research (UNU-WIDER), Working Paper No. 2010/43

- Osmani S. R. and Latif M. A. 2013. The Pattern and Determinants of Poverty in Rural Bangladesh: 2000-2010; *Working Paper* No. 18
- Orpana HM, Lemyre L, Kelly S. 2007. Do Stressors Explain The Association Between Income and Declines in Self-rated Health? A Longitudinal Analysis of The National Population Health Survey. *Int J Behav Med*.14:40-7.
- Quy, T.D; Lakshmi, I. 2009. Geography, Poverty and Conflict in Nepal, *Working Paper*, 07-065
- Parr, F, S and 1 David, H. 2009. International Norm Dynamics and The End of Poverty: Understanding the Millennium Development Goals (MDGs), *BWPI Working Paper 96*
- Pernia, Ernesto, M. dan M.G. Quibra. 1999. *Poverty in Developing Countries*, Dalam Paul Cheshire dan Edwin S. Mills, *Handbook of Regional and Urban Economics*, Vol 3, Amsterdam: Elseiver
- Polednak AP. 1997. *Segregation, Poverty and Mortality in Urban African Americans*. Oxford: Oxford University Press.
- Ravallion, Martin. 2016. *Economics of Poverty: History, Measurement and Policy*. New York: Oxford University Press.
- Ravallion, M. and Chen, S. 2003. Measuring Pro-poor Growth. *Economics Letters* Vol.78, pp. 93-99.
- Ritonga, H. 2003. *Kemiskinan dan Kesenjangan Ekonomi Antar Wilayah*. Makalah disampaikan pada Konsultasi Regional Produk Domestik Bruto se Propinsi Riau
- Roberts, John. 2003. Poverty Reduction Outcomes in Education and Health: Public Expenditure and Aid, *Working Paper*
- Rodrik, D., Subramanian, A. and Trebbi, F. .2004. Institutions Rule: the Primacy of Institutions over Geography and Integration in Economic Development. *Journal of Economic Growth*, 9(2), pp. 131-165.

- Runsinarith, P. 2004. Infrastructure Development and Poverty Reduction: Evidence from Cambodia's Border Provinces, *Graduate School of International Studies Nagoya University*
- Sachs, Jeffrey D. 2001. Tropical Underdevelopment, *NBER Working Paper* No. 8119
- Sachs, Jeffrey D. 2003. Institutions Don't Rule : Direct Effects of Geography on Percapita Income, *NBER Working Paper* No. 9490
- Sachs, Jeffrey D. 2005. *The End of Poverty: Economic Possibilities for Our Time*. Penguin Books, New York.
- Sajogyo. 2005. *Sosiologi Pedesaan*. Yogyakarta: Gadjah Mada Press
- Sanz, R, Peris, J. A, & Escámez, J. 2017. Higher Education in the Fight Against Poverty From The Capabilities Approach: The Case of Spain. *Journal of Innovation & Knowledge*, 2(2), 53-66.
- Santoso, Singgih. 2010. *Statistik Parametrik, Konsep dan Aplikasi dengan SPSS*. Cetakan Pertama, PT Elex Media Komputindo, Jakarta, PT Gramedia., Jakarta.
- Sarwar, M, Awan, Nouman M., Haroon S, Muhammad, W. 2011. Impact of Education on Poverty Reduction, *MPRA Paper*, No. 31826
- Schady, R. N. 2002. Picking the Poor : Indicators For Geographic Targeting in Peru, *Review of Income and Wealth*, Series 48, Number 3, September
- Schellenberg JRMA, Nathan R, Abdulla S et al. 2002. Risk Factors for Child Mortality inRrural Tanzania. *Tropical Medicine and International Health* 7: 506-11.
- Sen, A. 1992. *Inequality reexamined*. Oxford. Oxford University Press.
- Sen, Amartya Kumar. 2000. *Development as Freedom*. New York:Anchor Books.
- Sen, A. 2001. *Development as freedom*. Oxford. Oxford University Press.

- Sebnem, E. H. 2017. Income Generation, Informality and Poverty in Urban Turkey, *International Journal of Sociology and Social Policy*, Vol. 37 Issue: 5/6
- Shaw M, Dorling D, Smith G. 1999. Poverty, Social Exclusion and Minorities. In: Marmot M, Wilkinson RG (eds). *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press.
- Soekidjo, Notoatmadjo. 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*, Rinneka Cipta, Jakarta.
- Sindzingre, A. 2005. Explaining Threshold Effects of Globalization on Poverty An Institutional Perspective, *UNU-WIDER Research Paper*, No. 2005/53 Helsinki, Finland.
- Strauss, J, & Thomas, D. 1998. Health, Nutrition, and Economic Development. *Journal of Economic Literature*, 36 (2), 766-817.
- Sugiyono. 2010. *Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif, kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Suharyono, Moch. Amin. 1994. *Pengantar Filsafat Geografi*, Dirjendikti. Jakarta: Depdikbud.
- Sultan, Sonia. 2018. The Effects of Education, Poverty, and Resources on Family Planning in Developing Countries, *Clinics Mother Child Health*, 15:1
- Suryawati Chriswardani, 2005, *Memahami Kemiskinan Secara Multidimensional*, *Jurnal Manajemen Pembangunan dan Kebijakan*, Volume 08, No. 03, Edisi September (121-129).
- Szwarcwald, L,C; Francisco, I, ; Christovam, B; Maria de F, P; Maria, A; Pires, E. 2000. Health Conditions and Residential Concentration of Poverty: A Study in Rio de Janeiro, Brazil, *J Epidemiol Community Health*, 54 : p.530-536
- Tampubolon, G and Wulung H. 2014. Poverty and Mental Health in Indonesia, *Social Science & Medicine*, 106 20-27.

- Tebaldi, E. and R. Mohan. 2010. Institutions and Poverty, *Journal of Development Studies*, Vol. 46, Issue 6.
- Thapa, B, S 2013. Relationship Between Education and Poverty in Nepal, *Economic Journal of Development*, Issues Vol. 15 & 16 No. 1-2
- Tilak, B G.2005. Post-Elementary Education, Poverty And Development in India, Working Paper Series-No. 6, *Centre of African Studies*, University of Dinburgh
- Tilak, J.B. 1994. *Education for Development in Asia*. New Delhi. Sage Publications.
- Tilak, J B G 2002 Education Poverty in India, *Review of Development and Change* 7 (1) (January-June): 1-44.
- Tebaldi, E and Rames, M. 2010. Institutions and Poverty, *Journal of Development Studies*, 46:6, 1047-1066
- Tim Persiapan P2KP. 2004. *Penjelasan Umum Proyek Penanggulangan Keniskinan di Perkotaan (P2KP)*. Diterbitkan oleh Sekretariat P2KP Pusat.
- Timmer, C.Peter. 2007. How Indonesia Connected the Poor to Rapid Ekonomik Grawth, in Word Bank, 2007, *Dellivering on the Promise of Pro Poor Growth-Insigths and Lessons From Country Experiences*, diedit oleh Timothy Besley dan Loise J. Cord.
- Todaro, Michael. P.1997. *Pembangunan Ekonomi di Dunia Ketiga*. Jilid 1 & 2. Jakarta : Erlangga
- Todaro, Michael P.2002. *Pembangunan Ekonomi di Dunia Ketiga*. Erlangga. Jakarta.
- Todaro, Michael P. dan Stephen C. Smith. 2006. *Pembangunan Ekonomi (edisi kesembilan, jilid I)*. Jakarta : Erlangga.
- Todaro, M.P. 2013. *Pembangunan Ekonomi*. Jakarta: Penerbit Erlangga

- Topuz, S. K. 2009. General Tendency of Social Spending in Turkey: 2001- 2009 on Education, Health, and Other Insurances. *Alternatif Politika*, 1(1),115-136.
- Valdivia, M. 2004. Poverty, Health Infrastructure and the Nutrition of Peruvian Children, *Inter-American Development Bank*
- Van den Berg, H. 2005. *Economic Growth and Development*. International Edition. Singapore: McGraw-Hill Book Co.
- Wan, H, S, D, G. 2015. Income Inequality and Rural Poverty in China: Focusing on the Role of Government Transfer Payments, *China Agricultural Economic Review*, Vol. 7 Iss 1
- Wen, M; Christopher, R, B; Kathleen, A, C. 2003. Poverty, Affluence, and Income Inequality: Neighborhood Economic Structure and Its Implications for Health, *Social Science & Medicine*, 57, 843-860
- Widarjono, Agus. 2013. *Ekonometrika: Pengantar dan aplikasinya*, Ekonosia, Jakarta.
- Wickham, S. 2016. Poverty and Child Health in the UK: Using Evidence for Action, *Arch Dis Child*, 101:759-766.
- Wing Wahyu Winarno. 2011. *Analisis Ekonometrika dan Statistika dengan Eviews*, Edisi Ketiga. Yogyakarta : Unit Penerbit dan Percetakan (UPP STIM YKPN)
- WHO. 2005. Health and the Millennium Development Goals
- World Bank. 2004. *World Development Report: making services work for poor people*. Washington, D.C. World Bank.
- World Bank. 2006. *Era Baru dalam Pengentasan Kemiskinan di Indonesia*
- World Bank. 2008. *World Development Report*. Washington, D.C. World Bank.
- World Bank. 2010. *The World Bank Annual Report 2010*.
- Wooldridge, J. M. 2012. *Introductory Econometrics: A Modern Approach* (5th ed.). Mason, OH, USA: Cengage Learning.

- Whitehead M, Dahlgren G, Evans T. 2001. Equity and Health Sector Reforms: Can Low-Income Countries Escape the Medical Poverty Trap? *The Lancet* 358: 833-6.
- Wu, F; Deyuan, Z; Jinghua Zhang. 2008. Unequal Education, Poverty and Low Growth—A theoretical Framework for Rural Education of China, *Economics of Education Review* 2, pp. 308-318
- Zhang, H. 2014. The Poverty Trap of Education: Education-Poverty Connections in Western China, *International Journal of Educational Development*, EDEV-1564, No. of Pages 12 .



MONOGRAF PARADOKS KEMISKINAN

Di Indonesia, Isu Kemiskinan menjadi sangat penting untuk dikaji, karena dalam 10 tahun terakhir, angka jumlah penduduk miskin di Indonesia termasuk di Provinsi Riau cenderung mengalami peningkatan. Dalam buku ini di paparkan bagaimana pengaruh geografi dan factor kelembagaan terhadap angka kemiskinan di Provinsi Riau.



IKAPI
IKATAN PENERBIT INDONESIA

