

**ANALISIS PERANAN SEKTOR EKONOMI, SUMBER DAYA
MANUSIA DAN KESEHATAN TERHADAP TINGKAT
KEMISKINAN DI DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA**

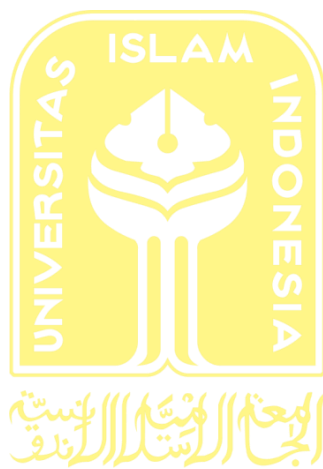
Tesis S-2 program Ilmu Ekonomi



Diajukan Oleh
Siti Fathimatuz Zahroh
23918030

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU EKONOMI
FAKULTAS BISNIS DAN EKONOMIKA
UNIVERSITAS ISLAM YOGYAKARTA
2026**

HALAMAN PENGESAHAN



Yogyakarta, 6 Juli 2026

Telah diterima dan disetujui dengan baik oleh : Dosen

Pembimbing

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Sahabudin Sidiq', is written over a horizontal line.

Dr. Sahabudin Sidiq, M.A.

BERITA ACARA UJIAN TESIS

Pada hari Selasa tanggal 2 Juni 2026 Program Studi Ilmu Ekonomi Program Magister,
Fakultas Bisnis dan Ekonomika Universitas Islam Indonesia telah mengadakan ujian tesis
yang disusun oleh :

SITI FATHIMATUZ ZAHROH

No. Mhs. : 23918030

Konsentrasi : Ekonomika Kebijakan Publik

Dengan Judul:

**ANALISIS PERANAN SEKTOR EKONOMI, SUMBER DAYA MANUSIA DAN
KESEHATAN TERHADAP TINGKAT KEMISKINAN
DI DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA**

Berdasarkan penilaian yang diberikan oleh Tim Penguji, maka
tesis tersebut dinyatakan **LULUS**

Penguji I



Dr. Sahabudin Sidiq, M.A.

Penguji II



Drs. Akhsyim Afandi, M.A., Ph.D.

Mengetahui Ketua

Program Studi,



Prof. Drs. Agus Widarjono, M.A., Ph.D.

PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

“Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam penulisan tesis ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi, dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam referensi. Apabila dikemudian hari terbukti bahwa pernyataan ini tidak benar, maka saya sanggup menerima hukuman/sanksi apapun sesuai peraturan yang berlaku”.

Yogyakarta, 2 Juli

2026



Siti Fathimatuz Zahroh

KATA PENGANTAR

Assalamu 'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Puji dan syukur ke hadirat Allah SWT atas rahmat dan karunia-Nya, penulis dapat menyelesaikan tesis dengan judul “**Analisis Peranan Sektor Ekonomi, Sumber Daya Manusia dan Kesehatan Terhadap Tingkat Kemiskinan Di Daerah Istimewa Yogyakarta**”. Tesis ini disusun sebagai salah satu syarat memperoleh gelar Magister Ilmu Ekonomi pada Program Studi Ilmu Ekonomi Fakultas Bisnis dan Ekonomika Universitas Islam Indonesia.

Penulisan tesis ini tidak lepas dari dukungan, bantuan serta bimbingan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, dalam kesempatan ini penulis menyampaikan rasa terimakasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Alloh SWT, atas berkat dan Rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini dengan baik.
2. Bapak Dr. Sahabudin Sidiq, SE, MA selaku dosen pembimbing penulis yang telah memberikan arahan, bimbingan serta motivasi dalam penyusunan tesis ini.
3. Suami tercinta Dr. Agus Wibowo, S. Pd. I, s. Pd, M. Pd, anak-anak tersayang Muhammad Fakhry Usman dan Hilya Azzahra Nareswari yang selalu memberikan semangat serta dukungannya dalam penulisan tesis ini.
4. Pimpinan dan Staff Badan Perencanaan Pembangunan, Riset dan Inovasi Daerah Kabupaten Gunungkidul khususnya bidang Pemerintahan Kesejahteraan Rakyat dan Pembangunan Manusia yang selalu memberikan semangat dan dukungan dalam proses penulisan tesis ini.
5. Teman-teman seperjuangan Magister Ilmu Ekonomi Angkatan 28 yang selalu memberikan semangat, saling mendukung dan berbagi pengalaman selama masa studi dan penulisan tesis ini.
6. Seluruh dosen dan staff Program Studi Magister Ilmu Ekonomi Universitas Islam Indonesia yang telah memberikan ilmu dan bimbingan selama masa studi.
7. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu, yang telah memberikan dukungan dalam bentuk apa pun selama proses penyusunan tesis ini.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan tesis ini masih terdapat kekurangan dan keterbatasan. Oleh karena itu, penulis terbuka terhadap kritik dan saran yang membangun untuk perbaikan di masa mendatang. Penulis berharap, tesis ini dapat memberikan manfaat serta kontribusi positif bagi semua pihak yang berkepentingan juga menjadi referensi dalam pengembangan ilmu pengetahuan.

Yogyakarta, 2026

Siti Fathimatuz Zahroh

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR GRAFIK	ix
ABSTRACT	x
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1.Latar Belakang.....	1
1.2.Rumusan Masalah	4
1.3.Tujuan Penelitian.....	5
1.4.Manfaat Penelitian.....	5
1.5.Sistematika Penulisan.....	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	9
2.1.Landasan Teori	9
2.2.Penelitian Terdahulu.....	20
2.3.Kebaharuan Penelitian Ini dari Penelitian Lain	24
2.4.Kerangka Berpikir	26
2.5.Hipotesis Penelitian	26
BAB III METODE PENELITIAN	29
3.1.Jenis dan Pendekatan Penelitian	29
3.2.Populasi dan Sampel	29
3.3.Data dan Sumber Data.....	29
3.4.Teknik Pengumpulan Data.....	30
3.5.Definisi Operasional dan Pengukuran Variabel Penelitian	30
3.6.Model Data	31
3.7.Teknik Analisis Data	32
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	40
4.1.Hasil Penelitian.....	40

4.2. Analisis Data Panel.....	73
4.3. Pengujian Hipotesis Penelitian.....	88
4.4. Pembahasan Hasil Penelitian	97
BAB IV KESIMPULAN DAN SARAN.....	103
5.1. Kesimpulan	103
5.2. Saran	104
DAFTAR PUSTAKA.....	106
Lampiran	111

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Rangkuman Penelitian Terdahulu	21
Tabel 4.1 Hasil Analisis Deskriptif	72
Tabel 4.2 Hasil Olah Data Estimasi dengan <i>Common Effect Model</i>	76
Tabel 4.3 Hasil Olah Data Estimasi dengan <i>Fixed Effect Model</i>	78
Tabel 4.4 Hasil Olah Data Estimasi dengan <i>Random Effect Model</i>	81
Tabel 4.5 Hasil Uji Chow	84
Tabel 4.6 Hasil Uji Hausman	85
Tabel 4.7 Hasil Uji Hausman dengan Sigmamamore	85
Tabel 4.8 Hasil Uji Autokorelasi	87
Tabel 4.9 Tabel Koefisien Determinasi	89
Tabel 4.10 Hasil Uji Parsial (uji t)	89

DAFTAR GRAFIK

Grafik 2.1 Kerangka Berpikir.....	30
Grafik 4. 1 Tingkat Kemiskinan di Daerah Istimewa Yogyakarta tahun 2018-2023.....	40
Grafik 4. 2 Pertumbuhan Ekonomi di Daerah Istimewa Yogyakarta tahun 2018-2023 ...	44
Grafik 4. 3 Indeks Pembangunan Manusia di Daerah Istimewa Yogyakarta tahun 2018-2023	49
Grafik 4. 4 Rasio Gini di Daerah Istimewa Yogyakarta tahun 2018-2023.....	55
Grafik 4. 5 Penduduk dengan Keluhan Kesehatan di Daerah Istimewa Yogyakarta tahun 2018-2023	61
Grafik 4. 6 Sanitasi Layak di Daerah Istimewa Yogyakarta tahun 2018-2023	67

ABSTRACT

This study examines the roles of economic growth, human development, and health factors in explaining regional poverty. Using a quantitative approach with panel data from five local governments during 2015–2023, the study applies panel regression analysis and selects the Fixed Effect Model as the most appropriate estimator. Poverty is measured by the percentage of population living below the poverty line, while explanatory variables include economic growth, the Human Development Index, income inequality, population with health complaints, and access to proper sanitation. The results indicate that economic growth does not significantly reduce poverty, suggesting that growth alone is insufficient to improve welfare distribution. In contrast, human development has a significant negative effect on poverty, confirming the importance of education, health, and living standards. Income inequality is positively associated with poverty, while health complaints and sanitation show no direct significant effects. These findings imply that poverty reduction requires inclusive development strategies combining growth, human capital investment, and equitable income distribution.

Keywords: Poverty, economic growth, human development, income inequality, panel data.

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Sampai saat ini kemiskinan masih menjadi topik kajian menarik para peneliti di negara maju dan berkembang, terutama di Indonesia (Sudaryanto et al., 2023; Goh et al., 2024; Gibson et al., 2023). Kemiskinan merupakan persoalan ketidakmampuan dalam memenuhi kebutuhan dasar (makanan, sandang, papan, kesehatan, pendidikan) yang diukur dengan garis kemiskinan (*poverty line*) (WHO, 2022). Secara detail, Gweshengwe dan Hassan (2020) mencatat bahwa kemiskinan mencakup berbagai dimensi seperti keuangan, ekonomi, sosial, politik, kesehatan, lingkungan, dan musiman. Dimensi-dimensi ini saling terkait dan memperkuat satu sama lain, menjadikan kemiskinan sebagai fenomena yang kompleks dan tidak dapat diukur hanya dengan satu indikator (Gweshengwe & Hassan, 2020).

Di Indonesia, kemiskinan masih menjadi persoalan klasik sekaligus tantangan utama pembangunan di Indonesia, termasuk di daerah-daerah yang memiliki potensi ekonomi dan sumber daya manusia yang besar (Siburian, 2022; Goh et al., 2024). Sejumlah studi mencatat bahwa kemiskinan di Indonesia dipengaruhi oleh berbagai faktor, termasuk pendapatan per kapita, pendidikan, infrastruktur sosial, inklusi keuangan, disabilitas, dan ketimpangan gender (Iqbal et al., 2022; Rusdianto et al., 2024). Upaya pengentasan kemiskinan memerlukan pendekatan multidimensional yang mencakup peningkatan akses terhadap pendidikan dan layanan kesehatan, pengembangan infrastruktur, pemberdayaan kelompok rentan, serta pengurangan ketimpangan sosial dan ekonomi.

Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY), dikenal sebagai provinsi dengan indeks pembangunan manusia (IPM) yang tinggi, namun masih memiliki tantangan dalam menurunkan tingkat kemiskinan secara merata (Alifah & Imaningsih, 2023; Rasnadanti, 2024). Berdasarkan data BPS (2023), DIY memiliki tingkat kemiskinan sebesar 11,04%, tertinggi di antara provinsi-provinsi di Pulau Jawa. Hal ini menunjukkan bahwa pertumbuhan ekonomi yang terjadi belum sepenuhnya

inklusif dan belum mampu menjangkau seluruh lapisan masyarakat (Septiani, 2024).

Angka kemiskinan tersebut berbanding terbalik dengan pertumbuhan ekonomi DIY yang terus meningkat beberapa tahun terakhir. BPS merilis data Produk Domestik Bruto (PDRB) atas dasar harga berlaku terus meningkat dari tahun ke tahun, artinya menggambarkan adanya pertumbuhan aktivitas ekonomi. Akan tetapi, pertumbuhan ekonomi ini belum berdampak sepenuhnya terhadap penurunan angka kemiskinan di DIY (Raharjo, 2024). Sejalan dengan hasil penelitian Ravallion (2001) yang menyatakan bahwa pertumbuhan ekonomi tidak secara otomatis akan mengurangi kemiskinan apabila tidak dibarengi dengan pemertaan hasil pembangunan (Arga, 2022). Hal ini menjadi pertanyaan penting terkait apakah pertumbuhan ekonomi di DIY bersifat menyeluruh atau hanya dinikmati oleh sebagian kelompok masyarakat saja.

Selain faktor ekonomi, kesehatan juga berdampak terhadap kualitas hidup masyarakat. Indeks Pembangunan Manusia (IPM) mengalami perlambatan akibat terganggunya akses pendidikan dan layanan kesehatan. Jumlah penduduk yang mengalami keluhan kesehatan meningkat, sementara fasilitas sanitasi di beberapa wilayah belum memadai. Faktor kesehatan dan sanitasi menjadi isu penting karena berkaitan dengan daya tahan ekonomi rumah tangga miskin selama krisis.

Sebagaimana telah diuraikan sebelumnya, pembangunan manusia yang dilihat berdasarkan Indeks Pembangunan Manusia (IPM) merupakan indikator komposit yang mencerminkan pencapaian rata-rata suatu wilayah dalam tiga dimensi dasar pembangunan manusia: umur panjang dan sehat, pengetahuan, dan standar hidup layak (UNDP, 2015). Selanjutnya, peningkatan Indeks Pembangunan Manusia (IPM) secara konsisten mampu berkontribusi terhadap pengurangan kemiskinan, terutama bila didukung oleh kebijakan yang berpihak pada kelompok miskin (Prasetyoningrum & Sukmawati, 2018; UNDP, 2020; Utami, 2020). Selanjutnya, rasio gini menggambarkan sejauh mana distribusi pendapatan atau konsumsi dalam suatu masyarakat merata atau timpang. Semakin tinggi nilai Gini, semakin besar ketimpangan yang terjadi (Todaro & Smith, 2020). Selain itu,

Nugraha dan Fitriani (2023) juga menekankan bahwa ketimoangan pendapatan dapat menghambat efektivitas program peanggulangan kemiskinan.

Akses terhadap pelayanan kesehatan berkaitan secara langsung terhadap produktivitas dan pengeluaran rumah tangga miskin, di mana diketahui dari jumlah fasilitas kesehatan seperti puskesmas dan rumah sakit. Menurut data BPS DIY (2023), terdapat lebih dari 120 puskesmas dan 50 rumah sakit, baik milik pemerintah maupun swasta, yang tersebar di lima kabupaten/kota. Walaupun distribusinya cukup baik di wilayah perkotaan, masih terdapat kesenjangan dalam akses layanan kesehatan di wilayah pedesaan seperti Gunungkidul dan Kulon Progo. Hal ini menghambat upaya penanggulangan kemiskinan karena masyarakat miskin di wilayah tersebut cenderung mengalami keterbatasan akses pelayanan kesehatan dasar. Lestari dan Wahyuni (2024) menyatakan jika daerah dengan fasilitas kesehatan yang memadai cenderung memiliki angka kemiskinan yang lebih rendah.

Akses terhadap sanitasi layak juga mencerminkan kualitas pelayanan publik yang dapat memperbaiki kesejahteraan masyarakat (WHO, 2017; Amartya Sen, 1999). Sanitasi yang tidak memadai berdampak pada kesehatan masyarakat, terutama kelompok miskin yang lebih rentan terhadap penyakit akibat sanitasi buruk. Studi BPS (2022) menunjukkan bahwa wilayah dengan cakupan sanitasi layak di atas 80% memiliki tingkat kemiskinan yang lebih rendah dibandingkan dengan wilayah dengan akses sanitasi yang terbatas.

Berdasarkan data Susenas (BPS, 2023), sekitar 25,4% penduduk di DIY melaporkan mengalami keluhan kesehatan dalam sebulan terakhir, di mana sebagian besar tidak mendapat penanganan medis yang memadai. Hal ini mengindikasikan masih adanya keterbatasan dalam akses layanan kesehatan dan rendahnya kualitas kesehatan masyarakat, terutama di kalangan penduduk miskin. Keluhan kesehatan dapat menurunkan kapasitas kerja, produktivitas, serta memperbesar beban pengeluaran rumah tangga, yang pada akhirnya memperkuat siklus kemiskinan (Kemenkes, 2023). Oleh karena itu, analisis keluhan kesehatan sebagai salah satu determinan kemiskinan menjadi penting untuk memastikan

bahwa pendekatan pengurangan kemiskinan tidak hanya berorientasi pada ekonomi, tetapi juga pada perbaikan kesehatan masyarakat.

Penelitian terdahulu menunjukkan bahwa faktor-faktor sosial seperti IPM, ketimpangan pendapatan, dan infrastruktur dasar berkontribusi signifikan terhadap kemiskinan. Penelitian Putri (2020) di Jawa Timur menyimpulkan bahwa IPM dan Rasio Gini berpengaruh signifikan terhadap kemiskinan di Jawa Tengah. Sementara itu, Rahmawati (2021) menemukan bahwa peningkatan jumlah fasilitas kesehatan dan akses sanitasi layak secara signifikan mampu menurunkan angka kemiskinan di Nusa Tenggara Barat. Selanjutnya Sari dan Nugroho (2022) menyimpulkan adanya keseimbangan antara pembangunan ekonomi dan sosial merupakan strategi yang efektif untuk menanggulangi kemiskinan di Indonesia. Ananda dan Prasetyo (2023) menekankan bahwa peningkatan IPM dan pemerataan infrastruktur sosial di kawasan timur Indonesia mampu menurunkan kemiskinan secara signifikan.

Dengan mempertimbangkan kondisi dan permasalahan tersebut, penelitian ini bertujuan untuk mengkaji secara empiris analisis peranan sektor ekonomi, sumber daya manusia, dan kesehatan terhadap tingkat kemiskinan di DIY. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan berharga bagi penyusunan kebijakan pemerintah DIY, khususnya dalam merancang strategi penanggulangan kemiskinan yang lebih efektif dan inklusif.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah sebagaimana telah diuraikan, maka rumusan penelitian ini adalah sebagai berikut:

- 1.2.1. Bagaimana perkembangan tingkat kemiskinan di DIY pada tahun 2015-2023
- 1.2.2. Bagaimana pertumbuhan ekonomi mempengaruhi kemiskinan di DIY tahun 2015–2023?
- 1.2.3. Bagaimana pembangunan manusia mempengaruhi kemiskinan di DIY tahun 2015–2023?
- 1.2.4. Bagaimana ketimpangan pendapatan mempengaruhi kemiskinan di DIY tahun 2015–2023?

- 1.2.5. Bagaimana penduduk dengan keluhan kesehatan mempengaruhi kemiskinan di DIY tahun 2015–2023?
- 1.2.6. Bagaimana sanitasi layak mempengaruhi kemiskinan di DIY tahun 2015–2023?
- 1.2.7. Faktor mana yang paling dominan mempengaruhi tingkat kemiskinan di DIY selama periode tahun 2015-2023?

1.3. Tujuan Penelitian

Berdasarkan latar belakang dan rumusan masalah sebagaimana telah diuraikan, maka penelitian ini bertujuan:

- 1.3.1. Menganalisis perkembangan tingkat kemiskinan di DIY tahun 2015-2023.
- 1.3.2. Menganalisis pengaruh pertumbuhan ekonomi terhadap kemiskinan di DIY tahun 2015–2023.
- 1.3.3. Menganalisis pengaruh pembangunan manusia terhadap kemiskinan di DIY tahun 2015–2023.
- 1.3.4. Menganalisis pengaruh ketimpangan pendapatan terhadap kemiskinan di DIY tahun 2015–2023.
- 1.3.5. Menganalisis pengaruh penduduk dengan keluhan kesehatan terhadap kemiskinan di DIY tahun 2015–2023.
- 1.3.6. Menganalisis pengaruh sanitasi layak terhadap kemiskinan di DIY tahun 2015–2023.
- 1.3.7. Mengidentifikasi faktor yang paling dominan mempengaruhi kemiskinan di DIY tahun 2015-2023.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Manfaat Teoritis:

Secara teori, penelitian ini diharapkan memberikan kontribusi dan pengembangan literatur terkait pengaruh pertumbuhan ekonomi, indeks pembangunan manusia, rasio gini, penduduk dengan keluhan kesehatan dan sanitasi layak terhadap kemiskinan.

1.4.2. Manfaat Praktis:

1.4.2.1. Bagi Pemerintah DIY:

- 1.4.2.1.1. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi dasar dalam merancang kebijakan pertumbuhan ekonomi, kesehatan, pendidikan dan sosial yang lebih terintegrasi dan berbasis data.
- 1.4.2.1.2. Hasil penelitian ini diharapkan menjadi bahan evaluasi terhadap program-program pengentasan kemiskinan dengan melihat pengaruh langsung dari pembangunan manusia, ketimpangan pendapatan, jumlah penduduk dengan keluhan kesehatan dan sanitasi.
- 1.4.2.1.3. Hasil penelitian ini diharapkan sebagai rekomendasi dalam menentukan prioritas anggaran serta pengembangan infrastruktur pendidikan, kesehatan dan sosial dalam meningkatkan kesejahteraan masyarakat.

1.4.2.2. Bagi Masyarakat DIY:

- 1.4.2.2.1. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan pemahaman kepada masyarakat tentang pentingnya pendidikan, kesehatan dan sosial dalam mengurangi dan memberantas kemiskinan.
- 1.4.2.2.2. Hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pendidikan, kesehatan, dan sosial agar mampu berpartisipasi dalam program-program pembangunan yang direncanakan pemerintah.

1.4.2.3. Bagi Peneliti

- 1.4.2.3.1. Hasil penelitian ini diharapkan menjadi referensi dan bahan perbandingan untuk penelitian sejenis di wilayah lain.
- 1.4.2.3.2. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memperluas wawasan akademik tentang hubungan multidimensi antara pertumbuhan ekonomi, indeks pembangunan manusia, rasio gini, penduduk dengan keluhan kesehatan, sanitasi layak dan kemiskinan.

1.5. Sistematika Penulisan

Berikut adalah paparan sistematika penelitian dalam bentuk paragraf per bab untuk:

BAB I: PENDAHULUAN:

Bab ini menjelaskan latar belakang masalah, rumusan masalah, tujuan penelitian, serta manfaat teoritis dan praktis. Latar belakang menguraikan kondisi kemiskinan di Daerah Istimewa Yogyakarta dan faktor-faktor yang diduga memengaruhinya. Rumusan masalah dirancang untuk menjawab pengaruh pertumbuhan ekonomi, pembangunan manusia, ketimpangan pendapatan, keluhan kesehatan, sanitasi layak terhadap kemiskinan. Tujuan penelitian menyajikan arah analisis yang akan dicapai, sedangkan manfaat penelitian menggambarkan kontribusi bagi ilmu ekonomi dan kebijakan daerah.

BAB II: TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini menyajikan teori dan hasil penelitian terdahulu yang relevan. Kajian teori meliputi konsep kemiskinan, teori pertumbuhan ekonomi, teori pembangunan manusia, ketimpangan pendapatan, serta pendekatan kebutuhan dasar. Tinjauan empiris menguraikan hasil penelitian mengenai hubungan antara pertumbuhan, kesehatan, sanitasi, dan kemiskinan di berbagai wilayah.

BAB III: METODOLOGI PENELITIAN

Bab ini menjelaskan rancangan penelitian yang digunakan. Jenis penelitian bersifat kuantitatif dengan pendekatan deskriptif dan inferensial. Data yang digunakan merupakan data sekunder panel dari Badan Pusat Statistik periode 2015–2023 mencakup lima kabupaten dan kota di Daerah Istimewa Yogyakarta. Variabel yang diteliti terdiri dari tingkat kemiskinan sebagai variabel terikat, sedangkan variabel bebas meliputi pertumbuhan ekonomi, indeks pembangunan manusia, rasio gini, jumlah penduduk dengan keluhan kesehatan, sanitasi layak. Analisis data menggunakan model regresi

data panel yang diuji melalui uji Chow, uji Hausman, serta uji signifikansi parsial dan simultan. Bab ini juga menjelaskan definisi operasional, sumber data, serta metode pengolahan statistik.

BAB IV: HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Bab ini menyajikan hasil analisis data panel serta pembahasan terhadap temuan empiris. Hasil penelitian dijelaskan melalui tabel, gambar, dan interpretasi koefisien regresi. Pembahasan mengaitkan hasil empiris dengan teori ekonomi pembangunan dan hasil penelitian terdahulu. Analisis dilakukan untuk menjelaskan hubungan antara pertumbuhan ekonomi, pembangunan manusia, ketimpangan, kesehatan, sanitasi, dan pandemi terhadap kemiskinan di Daerah Istimewa Yogyakarta.

BAB V : KESIMPULAN DAN SARAN

Bab terakhir berisi kesimpulan dari hasil penelitian serta saran kebijakan yang relevan. Kesimpulan dirumuskan berdasarkan hasil analisis statistik dan temuan empiris yang paling signifikan. Saran diarahkan pada pemerintah daerah, lembaga perencana pembangunan, serta akademisi yang meneliti bidang kemiskinan dan pembangunan sosial ekonomi. Bab ini menjadi penutup yang menegaskan kontribusi teoritis dan praktis penelitian terhadap upaya pengentasan kemiskinan di Daerah Istimewa Yogyakarta.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Teori dan Konsep Kemiskinan

Pembangunan ekonomi dan kemiskinan merupakan dua isu yang sangat erat kaitannya. Tujuan utama pembangunan ekonomi adalah meningkatkan kesejahteraan masyarakat, yang secara langsung tercermin dalam penurunan tingkat kemiskinan. Mengacu pendapat Todaro dan Smith (2020), pembangunan ekonomi bukan hanya pertumbuhan pendapatan per kapita, melainkan juga perbaikan indikator kesejahteraan sosial seperti pendidikan, kesehatan, dan distribusi pendapatan yang adil.

Menurut Todaro dan Smith (2020) pembangunan ekonomi memiliki tiga nilai utama yaitu *life sustance*, *self esteem*, dan *freedom to choose*. Di mana *life sustance* berkaitan dengan kemampuan masyarakat untuk memenuhi kebutuhan dasar seperti pangan, tempat tinggal, kesehatan dan keamanan. *Self esteem* berkaitan dengan rasa harga diri dan martabat manusia sebagai makhluk sosial. Sedangkan *freedom to choose* tentang kebebasan individu untuk menentukan pilihan hidup seperti pendidikan layak pekerjaan yang produktif dan kesempatan ekonomi yang lebih baik. Dari ketiga nilai tersebut diketahui bahwa pembangunan ekonomi tidak hanya fokus pada kegiatan ekonomi saja, namun juga peningkatan kualitas hidup manusia secara menyeluruh.

Kemiskinan merupakan kondisi ketidakmampuan individu atau rumah tangga untuk memenuhi kebutuhan dasar, baik berupa makanan, tempat tinggal, kesehatan, pendidikan, dan partisipasi sosial. Sen (1999) dalam pendekatan " menyatakan bahwa kemiskinan bukan hanya persoalan ekonomi, tetapi juga keterbatasan dalam menjalani kehidupan yang bernilai. Selanjutnya, *World Bank* (2022) mengklasifikasikan kemiskinan ke dalam kemiskinan absolut dan relatif. Kemiskinan absolut merujuk pada kondisi pendapatan di bawah ambang batas minimum, sedangkan kemiskinan relatif mempertimbangkan ketimpangan dalam distribusi kekayaan di dalam suatu masyarakat.

Berdasarkan uraian-uraian di atas dapat disintesis bahwa pembangunan ekonomi memiliki keterkaitan yang erat dengan upaya pengentasan kemiskinan, karena inti dari pembangunan adalah peningkatan kesejahteraan masyarakat secara menyeluruh. Tidak cukup hanya dengan meningkatkan pendapatan per kapita, pembangunan juga harus mencakup perbaikan dalam aspek sosial seperti akses terhadap pendidikan, layanan kesehatan, dan distribusi pendapatan yang adil. Selanjutnya, kemiskinan, dalam konteks ini tidak hanya dipahami sebagai kekurangan materi, tetapi juga sebagai keterbatasan dalam kemampuan individu untuk menjalani kehidupan yang bermakna dan produktif. Lebih lanjut, kemiskinan terdiri dari dua jenis utama: kemiskinan absolut, yang mengacu pada ketidakmampuan memenuhi kebutuhan dasar, dan kemiskinan relatif, yang mencerminkan ketimpangan sosial dan ekonomi dalam masyarakat. Dengan demikian, keberhasilan pembangunan ekonomi dapat diukur dari sejauh mana ia mampu menurunkan berbagai bentuk kemiskinan dan memperluas akses masyarakat terhadap sumber daya yang memungkinkan peningkatan kualitas hidup.

2.1.2 Pertumbuhan Ekonomi

Menurut Todaro dan Smith (2020), pertumbuhan ekonomi mencerminkan peningkatan dalam pendapatan nasional riil dan merupakan indikator utama dalam mengukur keberhasilan pembangunan ekonomi suatu negara atau daerah. Sementara menurut Sukirno (2019), pertumbuhan ekonomi menggambarkan perkembangan kegiatan ekonomi yang menyebabkan barang dan jasa yang diproduksi dalam masyarakat bertambah, serta kesejahteraan masyarakat meningkat.

Pertumbuhan ekonomi menjadi topik penting dalam studi pembangunan karena menunjukkan peningkatan kemampuan suatu wilayah menghasilkan barang dan jasa secara berkelanjutan. Pertumbuhan yang tinggi menandakan peningkatan kapasitas produksi dan pendapatan masyarakat dalam jangka panjang. Menurut Barro (1991), pertumbuhan ekonomi berkaitan erat dengan stabilitas makroekonomi dan investasi publik yang produktif. Negara dengan inflasi rendah, tingkat tabungan tinggi, serta kebijakan fiskal stabil umumnya mengalami

pertumbuhan lebih cepat. Teori ini mengindikasikan bahwa kebijakan ekonomi makro yang sehat dapat memperkuat kinerja sektor riil dan menstimulasi kegiatan ekonomi daerah.

Model pertumbuhan neoklasik dikembangkan oleh Solow (1956) dan diperluas oleh Mankiw, et al (1992) melalui penambahan variabel modal manusia. Model tersebut menekankan peran akumulasi modal fisik, modal manusia, serta kemajuan teknologi dalam meningkatkan output per kapita. Studi empiris Mankiw et al. (1992) menunjukkan bahwa negara dengan investasi pendidikan dan pelatihan tenaga kerja yang tinggi mengalami laju pertumbuhan yang lebih stabil. Hal ini menjelaskan bahwa peningkatan kualitas sumber daya manusia berkontribusi langsung terhadap produktivitas nasional.

Selain faktor modal, pertumbuhan ekonomi juga dipengaruhi oleh keterbukaan perdagangan, investasi, dan kualitas institusi. Dollar dan Kraay (2002) meneliti hubungan antara pertumbuhan dan kesejahteraan masyarakat miskin. Hasil penelitian mereka menunjukkan bahwa pertumbuhan ekonomi yang disertai pemerataan distribusi pendapatan berdampak nyata dalam menurunkan tingkat kemiskinan. Temuan tersebut memperkuat pandangan bahwa manfaat pertumbuhan baru dapat dirasakan secara luas apabila struktur ekonomi bersifat inklusif dan partisipatif. Dalam konteks pembangunan daerah, hal ini berarti pertumbuhan perlu diarahkan pada penciptaan lapangan kerja serta penguatan sektor produktif.

Ravallion (2001) menegaskan bahwa hubungan antara pertumbuhan dan kemiskinan bersifat tidak linear. Pertumbuhan ekonomi dapat menurunkan kemiskinan apabila ketimpangan pendapatan tetap terkendali. Namun, ketika ketimpangan meningkat, pertumbuhan kehilangan kemampuan dalam mengurangi kemiskinan. Penelitian ini menjadi dasar bagi pendekatan *pro-poor growth* yang memandang pertumbuhan harus diikuti kebijakan pemerataan sosial. Kakwani dan Pernia (2000) juga menilai bahwa pertumbuhan pro-rakyat dicapai ketika kelompok masyarakat berpendapatan rendah memperoleh manfaat proporsional terhadap peningkatan pendapatan nasional.

Beberapa penelitian terkini di Indonesia memperlihatkan hasil serupa.

Fazaalloh, Setiawan, dan Sari (2024) menemukan bahwa investasi asing langsung (FDI) meningkatkan Produk Domestik Regional Bruto (PDRB) provinsi, tetapi pengaruhnya terhadap pengurangan kemiskinan masih terbatas. Thorbecke (2023) menunjukkan bahwa konsumsi rumah tangga dan harga komoditas menjadi faktor dominan yang mendorong pertumbuhan ekonomi Indonesia pada periode pascapandemi. Penelitian Hardi (2024) menguraikan bahwa kebebasan ekonomi dan kualitas tata kelola publik berpengaruh positif terhadap pertumbuhan, terutama melalui peningkatan efisiensi sektor swasta.

Selain faktor investasi dan perdagangan, literatur juga menyoroti pentingnya infrastruktur dan pembangunan sosial sebagai komponen pertumbuhan berkelanjutan. Laporan World Bank (2023) menjelaskan bahwa ketersediaan infrastruktur dasar seperti jalan, listrik, air bersih, dan jaringan telekomunikasi mendorong produktivitas sektor industri dan jasa. Infrastruktur yang baik memperluas akses pasar serta meningkatkan efisiensi distribusi barang dan tenaga kerja. Dalam konteks pembangunan daerah, investasi infrastruktur publik dapat mengurangi kesenjangan ekonomi antarwilayah dan memperluas manfaat pertumbuhan bagi masyarakat berpenghasilan rendah.

Kajian di tingkat provinsi menunjukkan bahwa perbedaan kapasitas fiskal dan kualitas sumber daya manusia berpengaruh terhadap variasi pertumbuhan antarwilayah. Penelitian Rahmawati dan Purbani (2022) menunjukkan bahwa pertumbuhan ekonomi daerah sangat dipengaruhi oleh peningkatan indeks pembangunan manusia dan pemerataan infrastruktur pendidikan. Di sisi lain, studi oleh Susanto (2023) menegaskan bahwa ketimpangan distribusi pendapatan masih menjadi hambatan utama bagi efektivitas pertumbuhan di Indonesia bagian tengah dan timur. Hasil tersebut memperkuat pandangan bahwa faktor sosial memiliki kontribusi penting terhadap keberlanjutan pertumbuhan.

Dari perspektif teori pembangunan, Todaro dan Smith (2020) menjelaskan bahwa pertumbuhan ekonomi tidak dapat dilepaskan dari upaya peningkatan kesejahteraan manusia. Pertumbuhan yang berkelanjutan harus diiringi dengan penciptaan kesempatan kerja, peningkatan produktivitas tenaga kerja, serta penguatan akses terhadap layanan dasar. Dalam jangka panjang, pembangunan

yang berorientasi manusia akan menghasilkan pertumbuhan yang stabil dan inklusif. Dalam konteks Daerah Istimewa Yogyakarta, karakteristik ekonomi berbasis pendidikan dan pariwisata menuntut kebijakan yang mendorong inovasi, peningkatan produktivitas, dan pemerataan pendapatan antarwilayah.

Berdasarkan kajian teoritis dan empiris tersebut, pertumbuhan ekonomi memiliki peranan penting dalam mengurangi kemiskinan, tetapi efektivitasnya dipengaruhi oleh ketimpangan, kualitas sumber daya manusia, serta pemerataan pembangunan antarwilayah. Pertumbuhan yang tinggi tidak selalu menjamin peningkatan kesejahteraan apabila tidak disertai akses yang adil terhadap pendidikan, kesehatan, dan infrastruktur dasar.

2.1.3 Pembangunan Manusia

Pembangunan manusia merupakan proses peningkatan kualitas hidup penduduk suatu wilayah. Konsep pembangunan manusia memandang manusia sebagai tujuan utama pembangunan. Menurut *United Nations Development Programme*, pembangunan manusia berkaitan perluasan pilihan hidup masyarakat. Pilihan hidup tersebut meliputi kesehatan, pendidikan, serta taraf hidup layak. Kehidupan panjang dan sehat menjadi tujuan penting pembangunan manusia. Pendidikan berperan penting bagi peningkatan kapasitas pengetahuan penduduk. Standar hidup layak berkaitan kemampuan memenuhi kebutuhan dasar masyarakat. Konsep pembangunan manusia tidak terbatas pada pertumbuhan ekonomi semata. Pendekatan tersebut menilai kesejahteraan melalui kualitas hidup masyarakat. Gagasan pembangunan manusia berkembang melalui laporan *Human Development Report*. Laporan tersebut diterbitkan secara berkala oleh *United Nations Development Programme*.

Indeks Pembangunan Manusia (IPM) atau *Human Development Index (HDI)* merupakan indikator gabungan yang digunakan oleh *United Nations Development Programme (UNDP)* untuk mengukur pencapaian pembangunan manusia dalam tiga dimensi dasar: umur panjang dan hidup sehat, pengetahuan,

serta standar hidup yang layak. IPM pertama kali diperkenalkan pada tahun 1990 sebagai alternatif dari indikator makroekonomi tradisional seperti Produk Domestik Bruto (PDB) yang tidak mencerminkan kesejahteraan masyarakat secara menyeluruh. Indikator utama IPM dilihat berdasarkan kesehatan yang diukur dari umur harapan hidup saat lahir; pendidikan yang diukur melalui rata-rata lama sekolah dan harapan lama sekolah; dan yang terakhir standar hidup yang diukur melalui pendapatan per kapita dengan penyesuaian paritas daya beli. Jika ketiga indikator tersebut menjadi satu nilai indeks. Di mana nilai IPM yang lebih tinggi menunjukkan tingkat pembangunan manusia yang lebih baik. IPM merupakan alat yang efektif untuk menilai sejauh mana pemerintah dan masyarakat berhasil dalam meningkatkan kualitas hidup penduduknya secara merata. Menurut BPS (2023) terdapat 4 kategori nilai IPM, yaitu sangat tinggi jika $80 \leq \text{IPM} \leq 100$; tinggi jika $70 \leq \text{IPM} \leq 80$; sedang $60 \leq \text{IPM} \leq 70$; dan rendah $\text{IPM} < 60$.

IPM sebagai indikator multidimensi yang menggambarkan beberapa aspek dari pemerataan sosial, tidak hanya dari sisi ekonomi namun juga melalui akses terhadap pendidikan dan kesehatan. Seperti yang dikatakan Todaro dan Smith (2020) bahwa pertumbuhan ekonomi yang tinggi belum tentu diikuti dengan pemerataan sosial jika hanya dilihat dari indikator moneter PDB per kapita. IPM memberikan pemahaman secara menyeluruh tentang aspek pembangunan manusia yang esensial bagi kualitas hidup. Sebagai contoh di DIY dan Bali pada tahun 2022 dengan pendapatan pengeluaran per kapita masing-masing Rp 11.76 juta.tahun dan Rp 11.52 juta per tahun, IPMnya berbeda yaitu 81.81 (sangat tinggi) untuk DIY dan 77.47 (tinggi untuk Bali. Hal ini menunjukkan bahwa adanya perbedaan sistem dalam pendidikan maupun kesehatan yang sangat penting dalam meningkatkan kesejahteraan manusia.

Selanjutnya perbedaan IPM antar wilayah menunjukkan kesenjangan akses terhadap pendidikan, layanan kesehatan dan sumber pendapatan layak. Dampaknya juga akan menjadi ketimpangan pembangunan antar wilayah sebagai salah satu tantangan dalam mencapai pemerataan sosial. Data BPS (2023) menunjukkan bahwa wilayah-wilayah di Indonesia bagian timur seperti Papua dan Nusa Tenggara memiliki skor IPM yang jauh lebih rendah dibandingkan dengan wilayah barat

seperti DKI Jakarta dan Bali. Ketimpangan ini mencerminkan perlunya kebijakan afirmatif yang tidak hanya mendorong pertumbuhan ekonomi tetapi juga meningkatkan kualitas layanan publik di wilayah tertinggal.

Pemerintah memiliki peran penting dalam meningkatkan IPM sebagai wujud dari upaya pemerataan sosial. Kebijakan fiskal dan anggaran negara perlu diarahkan untuk memperbaiki kualitas layanan dasar seperti pendidikan dan kesehatan, terutama di daerah yang masih tertinggal. Program-program seperti Kartu Indonesia Pintar (KIP), Kartu Indonesia Sehat (KIS), dan Dana Desa merupakan bagian dari strategi pemerintah dalam memperluas akses terhadap layanan dasar. Namun, efektivitas program-program ini sangat tergantung pada pengelolaan yang transparan dan partisipatif di tingkat lokal.

Menurut UNDP (2023), peningkatan IPM secara berkelanjutan memerlukan kolaborasi antara pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan masyarakat sipil. Evaluasi dan pemantauan secara berkala juga diperlukan untuk memastikan bahwa kebijakan yang diambil benar-benar mampu mengurangi ketimpangan. IPM sangat berkaitan dengan kemiskinan, terutama kemiskinan multidimensi. Ketika nilai IPM rendah, hal ini menunjukkan bahwa masyarakat mengalami keterbatasan dalam dimensi pendidikan, kesehatan, dan pendapatan. Oleh karena itu, peningkatan IPM secara langsung berdampak pada penurunan angka kemiskinan.

Alkire dan Santos (2014) mengembangkan *Multidimensional Poverty Index* (MPI) yang melengkapi IPM untuk mengidentifikasi individu atau rumah tangga yang mengalami kekurangan dalam beberapa dimensi sekaligus. IPM dan MPI dapat digunakan secara bersamaan untuk memberikan gambaran yang lebih utuh mengenai kondisi sosial-ekonomi masyarakat.

Setiawan (2021) menekankan bahwa daerah dengan investasi yang tinggi dalam sektor pendidikan dan kesehatan cenderung memiliki nilai IPM yang lebih tinggi. Hal ini mengindikasikan pentingnya alokasi anggaran yang proporsional untuk sektor-sektor tersebut sebagai sarana pemerataan sosial. Selanjutnya Wulandari et al (2021) dalam penelitiannya menemukan bahwa peningkatan IPM secara signifikan akan menurunkan angka kemiskinan. Artinya IPM memiliki korelasi negatif terhadap tingkat kemiskinan, semakin tinggi nilai IPM semakin

rendah tingkat kemiskinan.

2.1.4 Ketimpangan Pendapatan

Ketimpangan pendapatan menggambarkan perbedaan distribusi pendapatan antarindividu atau kelompok masyarakat. Kondisi tersebut menunjukkan ketidaksamaan penerimaan pendapatan dalam suatu wilayah ekonomi. Sebagian masyarakat memperoleh pendapatan tinggi, sementara kelompok lain berpendapatan rendah. Perbedaan pendapatan tersebut menghasilkan kesenjangan kesejahteraan antar kelompok penduduk. Menurut Badan Pusat Statistik ketimpangan distribusi pendapatan dalam suatu wilayah dapat diketahui melalui Rasio gini. Dalam kajian ekonomi, ketimpangan pendapatan yang tinggi sering kali dihubungkan dengan ketidakmerataan dalam distribusi kesempatan sosial, pendidikan, dan layanan kesehatan.

Sebagai indikator utama dari ketimpangan pendapatan, Rasio Gini memberikan informasi yang berharga tentang tingkat pemerataan sosial di suatu negara. Pemerataan sosial, yang mencakup kesetaraan dalam akses terhadap sumber daya dan kesempatan, dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor, termasuk kebijakan ekonomi, distribusi kekayaan, dan faktor struktural dalam perekonomian suatu negara.

Jika rasio gini dihitung berdasarkan kurva Lorenz, maka akan menggambarkan distribusi kumulatif pendapatan atau kekayaan terhadap populasi. Nilai Gini dihitung sebagai perbandingan antara luas area yang berada di bawah garis distribusi yang sempurna dan area yang terletak di bawah kurva Lorenz. Rasio Gini dapat dihitung dengan rumus berikut:

$$G = \frac{A}{A + B}$$

Di mana:

A adalah area di bawah kurva Lorenz

B adalah area di bawah garis distribusi yang sempurna (kurva 45 derajat).

Nilai gini berkisar antara 0 (distribusi pendapatan yang merata) dan 1 (distribusi yang sangat tidak merata). Menurut Bank Dunia (2022) rasioa gini yang

lebih tinggi dari Rasio Gini mengindikasikan ketimpangan pendapatan yang lebih besar, sehingga dapat menjadi penghambat utama dalam pengentasan kemiskinan. Studi yang dilakukan oleh Budiarto dan Kuncoro (2021) menunjukkan bahwa peningkatan Rasio Gini di daerah perkotaan Indonesia berkorelasi dengan peningkatan angka kemiskinan, meskipun terjadi pertumbuhan ekonomi. Hal ini sejalan dengan temuan Ferreira et al. (2018) yang menyatakan bahwa penurunan ketimpangan pendapatan memiliki dampak signifikan terhadap percepatan pengurangan kemiskinan di negara-negara berkembang. Dalam konteks Indonesia, Rasio Gini menjadi indikator penting yang digunakan dalam pengambilan kebijakan sosial dan ekonomi.

Di Provinsi DIY, BPS (2023) mencatat bahwa Rasio Gini masih tergolong tinggi dibandingkan provinsi lain di Jawa. Ketimpangan ini cenderung menghambat efektivitas program penanggulangan kemiskinan, terutama di sektor informal dan perdesaan. Oleh karena itu, memahami dinamika Rasio Gini dan dampaknya terhadap kemiskinan menjadi penting dalam menyusun kebijakan pembangunan daerah. Pemerataan sosial dapat tercapai apabila pendapatan, kekayaan, dan kesempatan dalam masyarakat didistribusikan secara adil. Dalam konteks ini, Rasio Gini menjadi alat ukur yang sangat berguna untuk mengevaluasi sejauh mana ketimpangan distribusi pendapatan mempengaruhi pemerataan sosial di suatu negara.

Pemerataan sosial tidak hanya mencakup distribusi pendapatan yang adil, tetapi juga akses yang setara terhadap berbagai sumber daya sosial dan ekonomi. Negara dengan Rasio Gini rendah cenderung memiliki pemerataan sosial yang lebih baik, dengan akses yang lebih luas terhadap pendidikan, layanan kesehatan, dan kesempatan kerja. Sebaliknya, negara dengan Rasio Gini tinggi sering kali memiliki ketimpangan yang memperburuk kualitas hidup masyarakat, khususnya mereka yang berada di lapisan bawah.

2.1.5 Penduduk Dengan Keluhan Kesehatan

Keluhan kesehatan mencerminkan persepsi individu terhadap kondisi kesehatannya – seperti demam, batuk, nyeri tubuh, hingga gangguan psikologis.

Penduduk yang memiliki keluhan kesehatan merupakan bagian populasi mengalami gangguan kesehatan tertentu. Gangguan tersebut berkaitan kondisi fisik ataupun kondisi kejiwaan individu. Keluhan kesehatan dapat berupa penyakit ringan maupun penyakit kronis. Contoh keluhan kesehatan meliputi demam, batuk, diare, pusing, atau sakit kepala. Keluhan kesehatan dapat pula berasal dari penyakit akut ataupun penyakit kronis. Gangguan kesehatan tersebut dapat memengaruhi aktivitas sehari-hari penduduk. Menurut Badan Pusat Statistik, keluhan kesehatan merupakan kondisi seseorang mengalami gangguan kesehatan atau kejiwaan. Gangguan tersebut dapat berasal dari penyakit umum maupun kejadian lain. Kejadian tersebut meliputi kecelakaan, kriminalitas, ataupun gangguan kesehatan lain. Penduduk yang mengalami keluhan kesehatan dihitung selama periode waktu tertentu. Periode pengamatan umumnya merujuk satu bulan terakhir sebelum survei. Persentase penduduk yang memiliki keluhan kesehatan menunjukkan tingkat morbiditas masyarakat. Morbiditas menggambarkan kondisi kesehatan penduduk suatu wilayah. Nilai persentase tinggi menunjukkan jumlah penduduk sakit relatif besar. Nilai persentase rendah menunjukkan kondisi kesehatan penduduk relatif lebih baik. Oleh sebab itu, indikator keluhan kesehatan penting bagi analisis kesejahteraan masyarakat. Indikator tersebut berkaitan kualitas kesehatan serta akses layanan kesehatan Masyarakat

Keluhan kesehatan memiliki dampak nyata terhadap kesejahteraan sosial ekonomi rumah tangga, terutama dalam konteks kemiskinan. Suryani (2020) dalam penelitiannya di Sumatera menunjukkan bahwa keluhan kesehatan yang tinggi menurunkan produktivitas kerja, meningkatkan absensi, serta memperbesar pengeluaran rumah tangga untuk pengobatan, yang secara keseluruhan berkontribusi pada meningkatnya risiko kemiskinan. Hidayati dan Hartono (2021) juga menunjukkan bahwa rumah tangga di Jawa Tengah yang memiliki anggota dengan keluhan kesehatan lebih rentan terhadap kemiskinan, terutama karena lingkungan yang tidak sehat dan akses layanan kesehatan yang terbatas.

Penelitian di pedesaan Indonesia oleh Kurniawati et al. (2022) mengungkapkan bahwa proporsi penduduk dengan keluhan kesehatan tinggi berdampak pada menurunnya daya saing tenaga kerja dan menghambat mobilitas

ekonomi. Selanjutnya, Fitriani dan Yusuf (2023) menemukan korelasi positif antara keluhan kesehatan dan garis kemiskinan absolut di tingkat nasional, yang mengindikasikan bahwa meningkatnya beban non-produktif dan penurunan akumulasi modal manusia akibat gangguan kesehatan merupakan faktor signifikan dalam mempertahankan kondisi miskin. Putra dan Hendarto (2022), dalam konteks Sumatera Barat, menggunakan pendekatan panel data dan menemukan bahwa variabel tingkat kesehatan yang diukur melalui keluhan kesehatan memiliki pengaruh negatif signifikan terhadap pendapatan rumah tangga.

Penelitian terbaru oleh Rahmawati et al. (2023) yang menggunakan data panel dari 34 provinsi di Indonesia antara tahun 2017–2021 menunjukkan bahwa meskipun secara parsial persentase keluhan kesehatan tidak berpengaruh signifikan terhadap kemiskinan, secara simultan bersama variabel lain, keluhan kesehatan berkontribusi pada variasi kemiskinan antar provinsi. Puteri dan Suasih (2023) menyatakan juga bahwa keluhan kesehatan di Provinsi Bali berpengaruh positif dan signifikan terhadap kemiskinan

Secara teoritis, hubungan antara keluhan kesehatan dan kemiskinan didukung oleh Social Determinants of Health dari WHO (2010), yang menyatakan bahwa kesehatan sangat dipengaruhi oleh kondisi sosial ekonomi, lingkungan tempat tinggal, pendidikan, dan akses terhadap layanan. Di mana sosial-ekonomi – termasuk kemiskinan – berperan sebagai akar penyebab kesenjangan kesehatan, karena mempengaruhi akses, pengetahuan, dan sumber daya.

Sedangkan menurut *Theory of Fundamental Causes* dari Link dan Phelan (1995), menyatakan bahwa faktor sosial ekonomi seperti pendapatan dan pendidikan tetap menjadi penyebab utama ketimpangan kesehatan bahkan ketika sistem layanan kesehatan meningkat. Sementara itu, *Drift Hypothesis* menjelaskan bahwa kondisi kesehatan yang buruk dapat menyebabkan penurunan status sosial ekonomi karena menurunnya produktivitas dan kapasitas kerja individu.

2.1.6 Sanitasi Layak

Sanitasi layak merupakan kondisi fasilitas sanitasi yang memenuhi standar Kesehatan lingkungan. Di mana fasilitas sanitasi berperan penting sebagai

perlindungan Kesehatan Masyarakat. Menurut WHO dan UNICEF (2022) sanitasi layak adalah sistem yang menjamin pembuangan kotoran manusia dengan aman, termasuk toilet tertutup, saluran limbah terkelola, dan fasilitas cuci tangan. Ketersediaan akses terhadap sanitasi yang layak merupakan indikator penting dalam mengukur kesejahteraan dan kualitas hidup suatu populasi, serta menjadi bagian dari indikator *Sustainable Development Goals* (SDGs), khususnya pada Tujuan 6: Air Bersih dan Sanitasi Layak untuk Semua. Sanitasi yang buruk meningkatkan risiko penyakit, terutama pada anak-anak. Lebih lanjut Pruss-Ustun et al (2019) menjelaskan bahwa sanitasi yang buruk merupakan penyebab utama penyebaran penyakit menular seperti diare, kolera, disentri, hepatitis A, dan infeksi cacing usus. Di Indonesia, penyakit-penyakit tersebut memberikan beban ekonomi tambahan kepada rumah tangga miskin melalui biaya pengobatan dan hilangnya produktivitas akibat sakit. Dengan demikian, sanitasi yang tidak layak menjadi salah satu akar struktural kemiskinan multidimensi.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Hutton dan Varughese (2016) atas nama *World Bank*, setiap USD 1 yang diinvestasikan dalam sanitasi layak dapat menghasilkan manfaat ekonomi senilai USD 4,3 melalui pengurangan beban kesehatan, peningkatan produktivitas, dan penghematan waktu.

Berdasarkan laporan *Joint Monitoring Programme* oleh WHO dan UNICEF (2022), lebih dari 419 juta orang di Asia Tenggara masih tidak memiliki akses terhadap layanan sanitasi dasar. Ketimpangan ini cenderung terjadi antara daerah perkotaan dan perdesaan, serta antar kelompok pendapatan. Di Indonesia, BPS (2023) melaporkan bahwa akses terhadap sanitasi layak di wilayah perdesaan masih jauh tertinggal dibandingkan daerah perkotaan, menciptakan kesenjangan dalam capaian pembangunan manusia.

Ketimpangan akses ini juga tercermin dalam data kabupaten/kota. Daerah dengan tingkat kemiskinan tinggi umumnya menunjukkan persentase akses sanitasi yang rendah. Hal ini menciptakan lingkaran setan: sanitasi buruk menyebabkan masalah kesehatan yang akan menurunkan produktivitas dan pendapatan dampaknya lebih lanjut akan memperkuat kemiskinan.

Penelitian oleh Sari dan Pramudyo (2023) menunjukkan bahwa sanitasi

layak memiliki pengaruh negatif yang signifikan terhadap tingkat kemiskinan. Artinya, semakin tinggi cakupan sanitasi layak, semakin rendah tingkat kemiskinan suatu wilayah. Temuan ini diperkuat oleh studi McMichael (2020) yang menunjukkan bahwa perbaikan infrastruktur sanitasi di negara berkembang menurunkan prevalensi penyakit terkait kemiskinan dan meningkatkan angka partisipasi sekolah dan kerja, terutama di kalangan perempuan dan anak-anak. Selain itu, studi dari Huda et al. (2012) di Bangladesh menemukan bahwa program sanitasi komunitas berhasil menurunkan pengeluaran rumah tangga untuk pengobatan hingga 36%, yang menunjukkan bahwa sanitasi adalah intervensi strategis dalam upaya pengentasan kemiskinan berbasis komunitas.

Dalam konteks kebijakan nasional, pemerintah Indonesia melalui Kementerian Kesehatan dan BAPPENAS telah memasukkan sanitasi sebagai bagian dari strategi penanggulangan kemiskinan dan pembangunan berkelanjutan. Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) merupakan salah satu contoh intervensi berbasis perilaku dan pemberdayaan masyarakat untuk meningkatkan akses terhadap sanitasi yang layak (Kemenkes RI, 2021).

2.2 Penelitian Terdahulu

Tabel 2.1 Rangkuman Penelitian Terdahulu

No	Keterangan	Alat Analisis dan Hasil Penelitian	Persamaan dan Perbedaan
1.	Irawan, T., & Wahyudi, E. (2023). Economic growth and poverty reduction in Indonesia: The role of infrastructure and public services. <i>Journal of Development Economics and Policy</i> , 5(1), 22–37.	Menggunakan pendekatan model Komputable General Equilibrium (CGE). Hasilnya menunjukkan bahwa pertumbuhan PDRB di Indonesia berkontribusi dalam	Persamaan: meneliti pengaruh pertumbuhan ekonomi dengan kemiskinan. Perbedaan: pengolahan data menggunakan model CGE dan mencakup nasional, sedangkan

No	Keterangan	Alat Analisis dan Hasil Penelitian	Persamaan dan Perbedaan
		menurunkan kemiskinan, terutama di daerah yang memiliki akses terhadap layanan publik dan infrastruktur yang baik. Namun, efek ini melemah jika ketimpangan pendapatan tetap tinggi	proposal tesis ini menggunakan regresi panel dan fokus di DIY.
2.	Nugroho, A., & Prasetya, D. (2022). Economic growth, social development, and poverty: Evidence from Indonesia. <i>Indonesian Journal of Economic and Social Research</i> , 8(2), 101–115.	Metode analisis yang digunakan adalah regresi panel (FEM/REM) dengan uji Hausman/Chow. Hasil penelitiannya menemukan bahwa di provinsi-provinsi Indonesia, peningkatan pertumbuhan ekonomi secara signifikan menurunkan angka kemiskinan apabila disertai dengan pembangunan sosial	Persamaan:metode analisis dalam mengetahui pengaruh pertumbuhan ekonomi, IPM, dan rasio gini terhadap kemiskinan. Perbedaan terletak pada cakupan wilayah dan variabel penelitian. Di mana pada proposal ini meneliti di wilayah DIY, sedangkan pada hasil penelitian meneliti di seluruh

No	Keterangan	Alat Analisis dan Hasil Penelitian	Persamaan dan Perbedaan
		yang mendukung, seperti pendidikan dan kesehatan.	Indonesia. Selanjutnya, variabel penelitian pada proposal tesis ini ditambahkan jumlah fasilitas kesehatan dan sanitasi layak.
3.	Sari, P. L., & Pramudyo, B. (2023). Sanitasi layak dan akses kesehatan sebagai determinan kemiskinan di Indonesia. <i>Jurnal Pembangunan Daerah</i> , 11(1), 45–60.	Menggunakan analisis time series dan cross section, regresi data panel dengan model Fixed Effect (FEM) dan Random Effect (REM) pada data provinsi di Indonesia tahun 2015–2021. Uji Hausman dilakukan untuk menentukan model terbaik. Variabel dependen adalah tingkat kemiskinan, sedangkan variabel independen meliputi sanitasi layak, akses kesehatan (diukur melalui jumlah fasilitas kesehatan per	Persamaannya, sama-sama menggunakan regresi data panel untuk menganalisis determinan kemiskinan. Selain itu memasukkan variabel sanitasi layak dan indikator kesehatan sebagai variabel independen. Perbedaannya akses kesehatan diukur dari jumlah fasilitas kesehatan per kapita, sedangkan proposal tesis ini menggunakan persentase penduduk dengan keluhan kesehatan sebagai indikator kondisi

No	Keterangan	Alat Analisis dan Hasil Penelitian	Persamaan dan Perbedaan
		kapita), serta variabel kontrol seperti pertumbuhan ekonomi dan tingkat pendidikan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sanitasi layak berpengaruh negatif signifikan terhadap tingkat kemiskinan — setiap peningkatan 1% akses sanitasi layak menurunkan tingkat kemiskinan secara signifikan. Selanjutnya pertumbuhan ekonomi memiliki efek negatif terhadap kemiskinan, sedangkan ketimpangan pendapatan memiliki efek positif.	kesehatan. Penelitian tersebut menganalisis tingkat provinsi seluruh Indonesia, sedangkan tesis ini fokus pada kabupaten/kota di DIY. Penelitian tersebut menggunakan pertumbuhan ekonomi dan tingkat pendidikan sebagai variabel kontrol tambahan, sedangkan tesis ini menambahkan IPM dan Rasio Gini sebagai variabel utama.
4.	Putri, A., & Rachman, T. (2021). Sanitasi layak dan pengaruhnya terhadap kesejahteraan masyarakat. <i>Jurnal Kesehatan Lingkungan</i> , 9(2), 80–90.	Analisis yang digunakan adalah regresi OLS kabupaten/kota di Indonesia. Hasil penelitiannya: sanitasi layak berpengaruh	Persamaan: sama-sama meneliti sanitasi layak terhadap kemiskinan. Perbedaan: penelitian ini fokus OLS lintas daerah nasional; dan

No	Keterangan	Alat Analisis dan Hasil Penelitian	Persamaan dan Perbedaan
		positif signifikan terhadap kesejahteraan dan menurunkan risiko kemiskinan.	menggunakan data panel khusus DIY.
5.	Suryani, T. (2020). Akses kesehatan dan kemiskinan: Analisis regional di Indonesia. <i>Jurnal Ekonomi dan Kebijakan Kesehatan</i> , 2(3), 45–58.	Analisis menggunakan regresi panel antarprovinsi 2010–2018. Hasil: akses kesehatan rendah meningkatkan kemiskinan; perbaikan layanan kesehatan signifikan menurunkan kemiskinan.	Persamaan: sama-sama meneliti variabel kesehatan terhadap kemiskinan. Perbedaan: indikator kesehatan berbeda dalam penelitian ini digunakan indikator akses layanan sedangkan pada tesis ini menggunakan indikator keluhan kesehatan
6.	Rahmawati, A., Haribowo, R. Y. K., & Purnomosidi, S. (2023). Determinan kemiskinan di Indonesia: Studi data panel 2017–2021. Universitas Gadjah Mada.	Analisis menggunakan Regresi panel 34 provinsi. Hasil penelitiannya IPM dan sanitasi layak signifikan menurunkan kemiskinan; keluhan kesehatan tidak signifikan secara parsial namun signifikan simultan dengan variabel lain.	Persamaan: variabel yang digunakan keluhan kesehatan, IPM, dan sanitasi layak. Perbedaan: level provinsi dan kabupaten/kota DIY; hasil signifikansi mungkin berbeda.
7.	Susilowati, I., & Rahayu, S. (2022). Access to Sanitation, Health, and Poverty in Indonesia: An Empirical Study. <i>Jurnal Ekonomi dan Pembangunan Indonesia</i> , 22(2), 145–160.	Alat analisis yang digunakan adalah Regresi data panel (<i>Fixed Effect Model</i>). Hasil penelitian menunjukkan bahwa peningkatan akses sanitasi berhubungan negatif signifikan terhadap tingkat kemiskinan.	Persamaan: variabel independennya sanitasi layak dan variabel dependent tingkat kemiskinan. Perbedaan di cakupan data dalam artikel data yang digunakan seluruh Indonesia, sedangkan dalam proposal DIY.

No	Keterangan	Alat Analisis dan Hasil Penelitian	Persamaan dan Perbedaan
8.	Hidayat, R., & Kusuma, A. (2021). The Impact of Health and Sanitation on Poverty in Rural Indonesia. <i>Journal of Economics and Policy</i> , 14(3), 201–215.	Alat analisis yang digunakan adalah regresi liner berganda (<i>Ordinary Least Squares/OLS</i>). Hasil penelitian menunjukkan bahwa akses air bersih dan sanitasi layak berpengaruh negatif signifikan terhadap tingkat kemiskinan.	Persamaan: variabel independennya sanitasi layak dan variabel dependennya kemiskinan. Perbedaan cakupan data lebih luas, yaitu Indonesia dengan rentang waktu 2012-2019 dengan sumber data Susenas.
9.	Puteri, N. W. M. C., & Suasih, N. N. R. (2023). Pengaruh Pdrb Per Kapita, Pengangguran, Keluhan Kesehatan Dan Pertumbuhan Penduduk Terhadap Tingkat Kemiskinan Pada Kabupaten/Kota Di Provinsi Bali. <i>E-Jurnal Ekonomi Pembangunan</i> , 12(12), 811-825.	Alat analisis yang digunakan regresi data panel dengan aplikasi <i>Eviews</i> . Hasil penelitian menyatakan bahwa PDRB perkapita dapat menurunkan kemiskinan, selain itu pengangguran, keluhan kesehatan dan pertumbuhan penduduk berpengaruh signifikan terhadap kemiskinan.	Persamaan: terdapat variabel keluhan kesehatan pada variabel independen dan kemiskinan pada variabel dependen. Perbedaan cakupan data di DIY.
10.	Syahrani, E., Kusumaningdyah, A. A., & Dewa, D. D. (2021). Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Tingkat Kemiskinan Kabupaten/Kota di Jawa Tengah. <i>Geodika: Jurnal Kajian Ilmu dan Pendidikan Geografi</i> , 5(2), 247-258.	Alat analisis yang digunakan dengan analisis eksploratif dengan metode PCA dan Rotasi Varimax. Hasil penelitiannya adalah keluhan kesehatan dan kepemilikan jaminan kesehatan sebagai faktor kesehatan yang berpengaruh pada kemiskinan.	Persamaan variabel yang independennya penduduk dengan keluhan kesehatan dan variabel dependen kemiskinan.

Penelitian mengenai faktor penentu kemiskinan telah banyak dilakukan sebelumnya. Irawan dan Wahyudi (2023) mengkaji hubungan pertumbuhan ekonomi dan kemiskinan. Hasil penelitian menunjukkan peningkatan PDRB menurunkan kemiskinan pada wilayah berinfrastruktur baik. Nugroho dan Prasetya (2022) meneliti hubungan pertumbuhan ekonomi, pembangunan sosial, serta kemiskinan. Pertumbuhan ekonomi berhubungan negatif terhadap kemiskinan pada tingkat provinsi. Sari dan Pramudyo (2023) mengkaji sanitasi layak dan akses kesehatan. Hasil penelitian menunjukkan sanitasi layak menurunkan tingkat kemiskinan secara signifikan. Putri dan Rachman (2021) meneliti sanitasi layak dan kesejahteraan masyarakat. Hasil penelitian menunjukkan sanitasi layak berhubungan negatif terhadap risiko kemiskinan. Suryani (2020) mengkaji akses kesehatan serta tingkat kemiskinan antarprovinsi Indonesia. Hasil penelitian menunjukkan perbaikan layanan kesehatan menurunkan tingkat kemiskinan. Rahmawati, Haribowo, dan Purnomosidi (2023) menganalisis determinan kemiskinan tingkat provinsi. IPM dan sanitasi layak berhubungan negatif terhadap tingkat kemiskinan. Susilowati dan Rahayu (2022) meneliti sanitasi dan kemiskinan pada tingkat nasional. Hasil penelitian menunjukkan sanitasi layak menurunkan tingkat kemiskinan secara signifikan. Hidayat dan Kusuma (2021) meneliti air bersih, sanitasi, serta kemiskinan. Hasil penelitian menunjukkan sanitasi layak berhubungan negatif terhadap kemiskinan. Puteri dan Suasih (2023) meneliti PDRB per kapita dan keluhan kesehatan. Hasil penelitian menunjukkan keluhan kesehatan berhubungan positif terhadap kemiskinan. Syahrani, Kusumaningdyah, dan Dewa (2021) meneliti faktor kesehatan terhadap kemiskinan. Hasil penelitian menunjukkan keluhan kesehatan berpengaruh terhadap tingkat kemiskinan. Berbagai penelitian tersebut menunjukkan kemiskinan dipengaruhi faktor ekonomi dan sosial. Penelitian tersebut banyak berfokus pada tingkat nasional atau provinsi. Penelitian ini menganalisis kemiskinan pada kabupaten atau kota Daerah Istimewa Yogyakarta.

Berbagai penelitian sebelumnya mengkaji faktor ekonomi dan sosial terhadap kemiskinan. Sebagian besar penelitian menggunakan cakupan wilayah nasional atau tingkat provinsi. Kajian pada tingkat kabupaten atau kota masih relatif

terbatas. Padahal karakteristik wilayah sering mempengaruhi kondisi kemiskinan daerah. Perbedaan kondisi ekonomi daerah menghasilkan variasi tingkat kemiskinan masyarakat. Penelitian terdahulu juga memakai indikator kesehatan berupa akses layanan kesehatan. Sementara itu indikator keluhan kesehatan jarang dianalisis pada penelitian kemiskinan. Selain itu beberapa penelitian menempatkan sanitasi layak sebagai faktor penting kemiskinan. Namun kajian sanitasi pada wilayah kabupaten atau kota masih terbatas. Penelitian sebelumnya juga belum banyak mengkaji peran ketimpangan pendapatan daerah. Ketimpangan pendapatan sering diukur melalui rasio gini. Rasio gini memiliki hubungan erat terhadap distribusi kesejahteraan masyarakat. Oleh karena itu penelitian tentang determinan kemiskinan masih relevan dilakukan. Penelitian ini menganalisis pengaruh pertumbuhan ekonomi terhadap kemiskinan daerah. Penelitian ini juga mengkaji peran IPM dan rasio gini daerah. Selain itu penelitian menilai kondisi kesehatan melalui indikator keluhan kesehatan. Penelitian juga menilai pengaruh akses sanitasi layak terhadap kemiskinan. Analisis dilakukan pada kabupaten atau kota Daerah Istimewa Yogyakarta. Kajian tersebut diharapkan memberi gambaran faktor penentu kemiskinan daerah.

2.3 Kebaharuan Penelitian Ini dari Penelitian Lain

Penelitian ini memiliki sejumlah keunggulan dibandingkan dengan penelitian sebelumnya:

a. Penambahan Variabel.

Penelitian sebelumnya yang cenderung hanya menyoroti satu atau dua aspek (misalnya hanya IPM atau Rasio Gini), penelitian ini menambahkan variabel persentase Jumlah Penduduk dengan keluhan kesehatan, dan Sanitasi Layak. Penambahan variabel persentase jumlah penduduk dengan keluhan kesehatan dan sanitasi layak bertujuan memperluas pemahaman mengenai faktor sosial yang berpengaruh terhadap kemiskinan. Penduduk yang sering mengalami keluhan kesehatan menghadapi keterbatasan produktivitas dan beban pengeluaran tinggi untuk pengobatan. Kondisi tersebut menurunkan kemampuan ekonomi rumah tangga serta meningkatkan risiko kemiskinan.

Sementara itu, akses terhadap sanitasi layak berperan penting dalam menjaga kesehatan masyarakat dan kualitas lingkungan. Daerah yang memiliki sanitasi baik cenderung memiliki masyarakat lebih sehat dan produktif. Kedua variabel tersebut memberikan gambaran nyata tentang kesejahteraan sosial yang tidak tergambar sepenuhnya melalui indeks pembangunan manusia dan ketimpangan pendapatan. Oleh karena itu, penambahan variabel kesehatan dan sanitasi diharapkan mampu memberikan analisis yang lebih utuh terhadap faktor-faktor penentu kemiskinan di Daerah Istimewa Yogyakarta selama periode penelitian.

b. Spesifikasi Wilayah yang Strategis.

Fokus pada Provinsi DIY yang memiliki karakteristik sosial-ekonomi unik, termasuk disparitas wilayah yang tinggi antara daerah urban dan rural, menjadikan hasil penelitian ini lebih kontekstual dan bermanfaat untuk perumusan kebijakan daerah.

c. Relevansi Kebijakan Daerah.

Hasil penelitian ini diharapkan memberikan rekomendasi kebijakan yang konkret bagi Pemerintah Daerah DIY dalam mengoptimalkan pemerataan sosial untuk pengentasan kemiskinan.

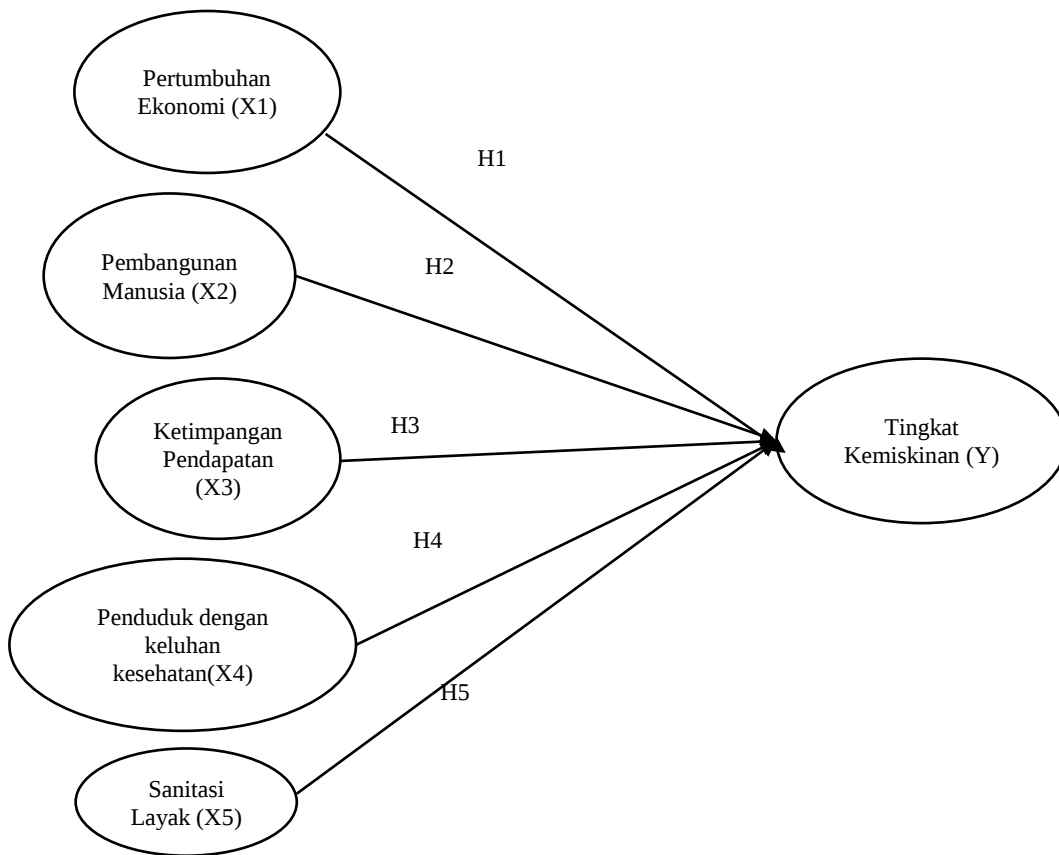
d. Gabungan Pendekatan Ekonomi, Sosial dan Kesehatan.

Penelitian ini menggunakan pendekatan gabungan antara perspektif ekonomi makro dan dimensi sosial, sehingga memberikan pemahaman yang lebih dalam terhadap mekanisme penanggulangan kemiskinan.

e. Kontribusi Teoritis dan Praktis.

Penelitian ini tidak hanya memperkuat literatur teoritis mengenai hubungan antara pembangunan ekonomi, pemerataan sosial, dan kemiskinan, tetapi juga memiliki kontribusi praktis dalam mendukung pencapaian target pembangunan berkelanjutan (SDGs) di tingkat daerah.

2.4 Kerangka Berpikir



Grafik 2.1 Kerangka Berpikir

2.5 Hipotesis Penelitian

Berdasarkan kajian pustaka dan kerangka berpikir (grafik 2.1) sebagaimana telah diuraikan pada paragraf-paragraf sebelumnya, maka hipotesis yang diuji pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

H₁: Pertumbuhan ekonomi berpengaruh negatif terhadap tingkat kemiskinan

H₂: Pembangunan Manusia berpengaruh negatif terhadap tingkat kemiskinan

H₃: Ketimpangan pendapatan berpengaruh positif terhadap tingkat kemiskinan

H₄: Penduduk dengan Keluhan Kesehatan berpengaruh positif terhadap tingkat kemiskinan

H₅: Sanitasi layak berpengaruh negatif terhadap tingkat kemiskinan.

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Jenis dan Pendekatan Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan pendekatan asosiatif. Pendekatan asosiatif ini digunakan untuk menganalisis pengaruh pembangunan ekonomi dan pemerataan sosial terhadap tingkat kemiskinan di DIY pada periode 2015-2023.

3.2 Populasi dan Sampel

Penelitian dilakukan di Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) yang terdiri dari 4 kabupaten dan 1 kota, yaitu Kota Yogyakarta, Sleman, Bantul, Kulon Progo dan Gunungkidul. Adapun data penelitian ini yang dikumpulkan untuk periode 2015-2023. Maka total populasi dalam penelitian ini terdiri dari 5 kabupaten/kota x 9 tahun = 45 unit observasi.

3.3 Data dan Sumber Data

Jenis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data kuantitatif sekunder yang berjenis data panel, yaitu menggabungkan data *cross sectional* dan *time series*. Data panel mengamati beberapa unit observasi secara berulang dalam beberapa periode waktu. Data yang dikumpulkan mencakup:

- 3.3.1. Data Pertumbuhan Ekonomi. Data ini berdasarkan laju pertumbuhan ekonomi diukur melalui laju pertumbuhan Produk Domestik Bruto/ Produk Domestik Regional Bruto Atas Dasar Harga Konstan 2010. Adapun sumber data yang dipergunakan berasal dari Badan Pusat Statistik (BPS).
- 3.3.2. Indeks Pembangunan Manusia (IPM) DIY yang diambil dari Badan Pusat Statistik (BPS) DIY tahun 2015-2023
- 3.3.3. Rasio Gini yang bersumber dari Badan Pusat Statistik (BPS) DIY tahun 2015-2023.
- 3.3.4. Persentase Penduduk dengan Keluhan Kesehatan sebulan terakhir bersumber dari Badan Pusat Statistik (BPS) DIY tahun 2015-2023

- 3.3.5. Persentase rumah tangga memiliki akses sanitasi layak. Sumber data Badan Pusat Statistik (BPS) DIY.
- 3.3.6. Data Tingkat Kemiskinan. Data Tingkat kemiskinan pada penelitian ini adalah persentase penduduk miskin per kabupaten/kota per tahun, yang bersumber dari Badan Pusat Statistik (BPS) DIY tahun 2015-2023.

3.4 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data dilakukan melalui dokumentasi, yaitu dengan mengakses dan mengunduh data dari situs resmi lembaga-lembaga yang relevan seperti BPS dan Bappeda. Data diambil dalam bentuk laporan tahunan, basis data statistik daring, dan publikasi resmi lainnya.

3.5 Definisi Operasional dan Pengukuran Variabel Penelitian

3.5.1. Tingkat Kemiskinan (Y)

Badan Pusat Statistik (BPS) menghitung proporsi penduduk yang hidup di bawah garis kemiskinan berdasarkan kebutuhan dasar pada tahun 2015-2023. Jumlah penduduk yang pendapatannya per kapitanya di bawah garis kemiskinan merupakan jumlah penduduk miskin menurut BPS. Sumber data kemiskinan dari Biro Pusat Statistik dan skala rasio (persentase).

3.5.2. Pertumbuhan Ekonomi (X1)

Pertumbuhan ekonomi adalah kapasitas suatu perekonomian dalam jangka panjang yang digunakan untuk menghasilkan barang dan jasa, dapat dilihat dari output riil per kapita. pertumbuhan ekonomi menggambarkan perkembangan aktivitas ekonomi suatu wilayah dari waktu ke waktu. Dalam penelitian ini, pertumbuhan ekonomi diukur melalui laju pertumbuhan Produk Domestik Bruto/ Produk Domestik Regional Bruto Atas Dasar Harga Konstan 2010 dengan satuan persen (%). Di mana data tersebut bersumber dari Biro Pusat Statistik DIY.

3.5.3. Pembangunan Manusia (X3):

Variabel Pembangunan manusia diketahui melalui data Indeks Pembangunan Manusia merupakan indikator komposit yang digunakan untuk mengukur capaian pembangunan manusia yang digambarkan dengan tiga dimensi,

yaitu kesehatan, pendidikan dan standar hidup yang layak (UNPD, 2022). IPM dinyatakan dalam indeks gabungan dengan rentang antara 0-100. Data IPM dikumpulkan dari Biro Pusat Statistik DIY.

3.5.4. Variabel Ketimpangan Pendapatan (X4)

Ketimpangan pendapatan dalam suatu populasi diukur melalui Rasio dengan nilai antara 0 sampai dengan 1. Data ini menggunakan skala rasio dan dikumpulkan dari Biro Pusat Statistik DIY.

3.5.5. Penduduk dengan Keluhan Kesehatan (X5)

Menurut BPS (2023) persentase penduduk dengan keluhan kesehatan adalah persentase masyarakat yang mengalami gangguan kesehatan dalam periode satu bulan terakhir, baik itu keluhan yang ringan ataupun berat tanpa memperhitungkan apakah mencari pengobatan atau tidak. Variabel ini diukur dalam persentase penduduk yang mempunyai keluhan kesehatan, dikumpulkan dari Biro Pusat Statistik DIY.

3.5.6. Sanitasi Layak (X6)

Akses terhadap sanitasi layak menggambarkan persentase penduduk yang memiliki fasilitas pembuangan limbah manusia sesuai dengan standar kesehatan (WHO, 2021). Variabel ini diukur dengan persentase rumah tangga yang memiliki akses terhadap sanitasi layak. Data ini dikumpulkan dari Biro Pusat Statistik DIY.

3.6 Model Data

Model regresi data panel yang digunakan dalam penelitian ini untuk menganalisis pengaruh pembangunan ekonomi dan pemerataan sosial terhadap tingkat kemiskinan adalah sebagai berikut:

$$Y_{it} = \alpha + \beta_1 X_{1it} + \beta_2 X_{2it} + \beta_3 X_{3it} + \beta_4 X_{4it} + \beta_5 X_{5it} + \epsilon_{it}. \quad (1)$$

$$Y_{it} = \alpha + \beta_1 X_{1it} + \beta_2 X_{2it} + \beta_3 X_{3it} + \beta_4 X_{4it} + \beta_5 X_{5it} + \beta_6 (X_{3it} \times X_{1it}) + \beta_7 (X_{4it} \times X_{1it}) + \epsilon_{it}. \quad (2)$$

Keterangan:

Y_{it} = Tingkat kemiskinan pada wilayah i dan tahun t

X_{1it} = Pertumbuhan ekonomi pada wilayah i dan tahun t

X_{2it} = IPM pada wilayah i dan tahun t

X_{3it} = Rasio Gini pada wilayah i dan tahun t

X_{4it} = Penduduk dengan keluhan kesehatan wilayah i dan tahun t

X_{5it} = Persentase rumah tangga dengan akses sanitasi layak pada wilayah i dan tahun t

α = konstanta

β_1 – β_7 = koefisien regresi masing-masing variabel independen

ε_{it} = error term

3.7 Teknik Analisis Data

Data dianalisis menggunakan metode regresi data panel dengan bantuan software statistik STATA. Langkah-langkah analisis yang dilakukan adalah sebagai berikut:

3.7.1. Statistik Deskriptif

Uji Statistik deskriptif digunakan untuk menggambarkan karakteristik data setiap variabel penelitian.

3.7.2. Uji Asumsi Klasik

Uji asumsi klasik dilakukan untuk mendapatkan persamaan regresi yang digunakan dalam penelitian memenuhi kriteria *Best Linear Unbiased Estimator* (BLUE) sesuai dengan teori Gauss-Markov. Sehingga nantinya dapat dipercaya ketika akan digunakan sebagai dasar pengambilan kebijakan. Uji asumsi klasik terdiri dari:

a. Uji Normalitas

Tujuan dari uji normalitas adalah untuk mengetahui apakah nilai residula dalam model regresi yang digunakan berdistribusi normal. Distribusi residual yang normal diperlukan agar uji signifikansi statistik baik uji t maupun uji F dapat memberikan hasil yang valid. Uji normalitas dilakukan dengan metode *Jarque-Bera*, *Kologorov-Smirnov* atau *Shapiro-Wilk* yang

mengukur penyimpangan distribusi residu terhadap distribusi normal standar. Model dinyatakan memenuhi asumsi normalitas apabila nilai probabilitas uji lebih besar dari tingkat signifikansi 0,05.

b. Uji Multikolineritas

Tujuan dari uji multikolineritas adalah untuk mengetahui apakah terdapat korelasi antar variabel independen dalam model regresi. Harapannya dalam analisis regresi linier berganda, dua atau lebih variabel independen dapat mempengaruhi variabel dependen. Dilakukan dengan melihat nilai VIF (*Variance Inflation Factor*). $VIF > 10$ menunjukkan adanya multikolineritas.

c. Uji Heteroskedastisitas

Uji heteroskedastisitas digunakan untuk memastikan varians residu bersifat konstan pada setiap pengamatan. Jika varians residual tidak konstan, maka terjadi heteroskedastisitas yang menjadikan hasil estimasi tidak efisien dan kesalahan baku tidak dapat dipecahkan. Metode yang dilakukan dalam uji ini adalah *Glejser*, *Breusch-Pagan*, atau *White Test* di mana hasilnya mendeteksi pola penyebaran residu terhadap variabel bebas. Bebas heteroskedastisitas apabila nilai probabilitas uji lebih besar dari 0,05. Jika terdapat heteroskedastisitas dapat dilakukan perbaikan melalui logaritmik, penerapan *robust standar error* atau metode *Generalized Least Square* (GLS).

d. Uji Autokorelasi

Uji Autokorelasi digunakan untuk melihat apakah terdapat korelasi antara residu periode sekarang dan residu periode sebelumnya. Autokorelasi biasanya muncul pada data panel, di mana observasi antar periode saling berkaitan. Model regresi yang baik harus memiliki residu yang bebas dari autokorelasi agar varians koefisien regresi tetap efisien. Metode yang dilakukan dalam uji ini adalah *Wooldridge test*. Di mana *Wooldridge test* mempertimbangkan struktur panel yang terdiri atas dimensi waktu dan individu. Pendekatan tersebut lebih sesuai dibandingkan metode

autokorelasi pada data runtut waktu.

Hipotesis nol menyatakan tidak terdapat autokorelasi dalam model panel. Hipotesis alternatif menyatakan terdapat autokorelasi pada residual model penelitian. Pengujian dilakukan melalui transformasi model menjadi bentuk first difference. Residual hasil estimasi kemudian diuji menggunakan regresi tambahan.

Statistik uji *Wooldridge* berbentuk nilai F hasil estimasi regresi tersebut. Nilai probabilitas dibandingkan terhadap tingkat signifikansi yang ditetapkan. Penolakan hipotesis nol menunjukkan adanya autokorelasi dalam model panel. Penerimaan hipotesis nol menunjukkan tidak terdapat autokorelasi residual.

3.7.3. Uji Regresi Data Panel:

a. *Common Effect Model (CEM)*

Merupakan model yang paling mudah digunakan pada model data panel, di mana memadukan data *cross-sectional* dan *time series* tanpa memperhitungkan fitur individual atau temporal. Oleh karena itu, diasumsikan bahwa orang akan bertindak dengan cara yang sama, namun di waktu yang berbeda. Model persamaan regresinya sebagai berikut:

$$Y_{it} = \alpha + X_{it}\beta + \epsilon_{it}$$

b. *Fixed Effect Model (FEM)*

Merupakan model yang mengasumsikan *intersep* antar individu berbeda, sedangkan kemiringan setiap individu tetap konstan. Untuk mempertimbangan perbedaan objeknya menggunakan variabel *dummy*. Teknik estimasi ini juga dikenal dengan *Least Square Dummy Variable (LSDV)*.

c. *Random Effect Model (REM)*

Merupakan model yang mengasumsikan setiap individu mempunyai perbedaan *intersep*, di mana *intersep* tersebut adalah variabel random. Model ini sangat berguna jika individu yang diambil sebagai

sampel dipilih secara random serta merupakan wakil dari populasi.

3.7.4. Uji Kesesuaian Model

Untuk menguji kesesuaian dari tiga model di atas, maka dilakukan uji antara lain:

a. Chow Test

Uji Chow berfungsi menentukan apakah model regresi panel sebaiknya memakai *Common Effect Model* atau *Fixed Effect Model*. Pengujian ini dilakukan untuk menilai ada tidaknya perbedaan signifikan antar individu atau unit *cross section* pada data panel. Jika nilai *Probablitas intersep F* lebih kecil dari 0,05, maka hipotesis nol ditolak dan model yang sesuai adalah *Fixed Effect Model*. Sebaliknya, jika nilai *Probablilitas intersep F* lebih besar dari 0,05, maka hipotesis nol diterima dan model yang tepat adalah *Common Effect Model*. Hasil uji Chow menjadi dasar awal dalam pemilihan model panel sebelum dilakukan uji Hausman yang membandingkan antara *Fixed Effect* dan *Random Effect*. Pemilihan model berdasarkan uji Chow penting agar analisis data panel menghasilkan estimasi yang tidak bias dan sesuai dengan karakteristik data penelitian (Gujarati & Porter, 2020; Baltagi, 2021; Nachrowi & Usman, 2006).

b. Hausman Test

Uji Hausman berfungsi menentukan model regresi panel yang paling tepat antara *Fixed Effect Model* dan *Random Effect Model*. Pengujian ini dilakukan untuk mengetahui adanya hubungan antara efek individu dan variabel independen. Jika nilai *Probabilitas Chi-square* lebih kecil dari 0,05, maka model yang sesuai adalah *Fixed Effect Model*. Sebaliknya, jika nilai tersebut lebih besar dari 0,05, maka model yang digunakan adalah *Random Effect Model*. Pemilihan model yang tepat sangat penting agar hasil estimasi tidak mengalami bias dan menggambarkan kondisi data secara akurat. (Gujarati & Porter, 2020; Baltagi, 2021; Nachrowi & Usman, 2006).

c. *Lagrange Multiplier (LM) Test*

Uji Lagrange Multiplier digunakan untuk menentukan apakah model regresi panel lebih tepat memakai *Random Effect Model* atau *Common Effect Model*. Pengujian ini dikembangkan oleh Breusch dan Pagan untuk menilai keberadaan varians antar individu dalam data panel. Jika nilai *Probabilitas Chi-square* lebih kecil dari 0,05, maka hipotesis nol ditolak dan model yang sesuai adalah *Random Effect Model*. Sebaliknya, jika nilai *Probabilitas Chi-square* lebih besar dari 0,05, maka hipotesis nol diterima dan model yang tepat adalah *Common Effect Model*. Uji Lagrange Multiplier menjadi tahap penting setelah model *Fixed Effect* tidak terpilih pada uji Chow, karena pengujian ini memastikan apakah perbedaan acak antar individu berpengaruh terhadap variabel terikat. Hasil uji tersebut membantu peneliti memperoleh model estimasi yang efisien dan sesuai dengan karakteristik data panel ekonomi regional (Gujarati & Porter, 2020; Baltagi, 2021; Nachrowi & Usman, 2006).

d. *Uji F (uji simultan)*

Uji F digunakan untuk mengetahui pengaruh variabel independen secara simultan terhadap variabel dependen dalam model regresi. Pengujian ini menilai apakah semua koefisien regresi variabel bebas sama dengan nol atau terdapat minimal satu koefisien yang tidak bernilai nol. Jika nilai *Probabilitas F* lebih kecil dari 0,05, maka hipotesis nol ditolak dan dinyatakan bahwa seluruh variabel bebas berpengaruh secara bersama-sama terhadap variabel terikat. Sebaliknya, jika nilai *Probabilitas F* lebih besar dari 0,05, maka hipotesis nol diterima dan menunjukkan bahwa tidak terdapat pengaruh simultan antar variabel independen terhadap variabel dependen. Uji F digunakan setelah model terbaik ditentukan agar hasil estimasi regresi panel menggambarkan hubungan antar variabel secara keseluruhan. Nilai F yang signifikan menunjukkan bahwa model layak digunakan dalam analisis dan dapat menjelaskan variasi variabel dependen secara statistik (Gujarati & Porter, 2020; Baltagi, 2021; Nachrowi & Usman, 2006).

3.7.5. Uji t (uji parsial)

Untuk mengetahui bagaimana masing-masing variabel independen (secara parsial) mempengaruhi variabel dependen merupakan tujuan dari uji statistik yang dikenal dengan uji-t. Pada tingkat signifikansi ($\alpha=5\%$ atau 0,05). Jika nilai *Probabilitas t* lebih kecil dari 0,05, maka hipotesis nol ditolak dan variabel independen tersebut berpengaruh signifikan terhadap variabel dependen. Sebaliknya, jika nilai *Probabilitas t* lebih besar dari 0,05, maka hipotesis nol diterima dan menunjukkan bahwa variabel independen tidak berpengaruh signifikan terhadap variabel dependen. Nilai *t-statistic* dan koefisien regresi digunakan untuk menentukan arah serta kekuatan pengaruh setiap variabel. Uji t dilakukan setelah model regresi panel ditetapkan agar dapat diketahui variabel bebas mana yang paling dominan dalam menjelaskan variasi variabel terikat (Gujarati & Porter, 2020; Baltagi, 2021; Nachrowi & Usman, 2006).

3.7.6. Koefisien Determinasi (R-squared)

Koefisien determinasi atau *R-squared* digunakan untuk melihat seberapa besar variabel independen mampu menjelaskan variasi pada variabel dependen (Wooldridge, 2010; Torres-Reyna, 2007). Nilai *R-squared* berada antara 0 dan 1, di mana nilai mendekati 1 menunjukkan bahwa sebagian besar variasi variabel dependen dapat dijelaskan oleh variabel bebas, sedangkan nilai mendekati 0 menunjukkan kemampuan penjelasan model yang rendah. Koefisien determinasi juga menjadi ukuran sejauh mana model regresi memiliki daya jelaskan yang baik terhadap data yang diamati. Dalam analisis data panel, nilai *R-squared* dihitung untuk menilai kesesuaian model setelah dilakukan estimasi pada *Common Effect*, *Fixed Effect*, atau *Random Effect Model*. Nilai yang tinggi menunjukkan bahwa model memiliki kemampuan yang kuat dalam menjelaskan variasi variabel terikat, meskipun tidak selalu berarti model terbaik secara ekonometrik (Gujarati & Porter, 2020; Baltagi, 2021; Nachrowi & Usman, 2006).

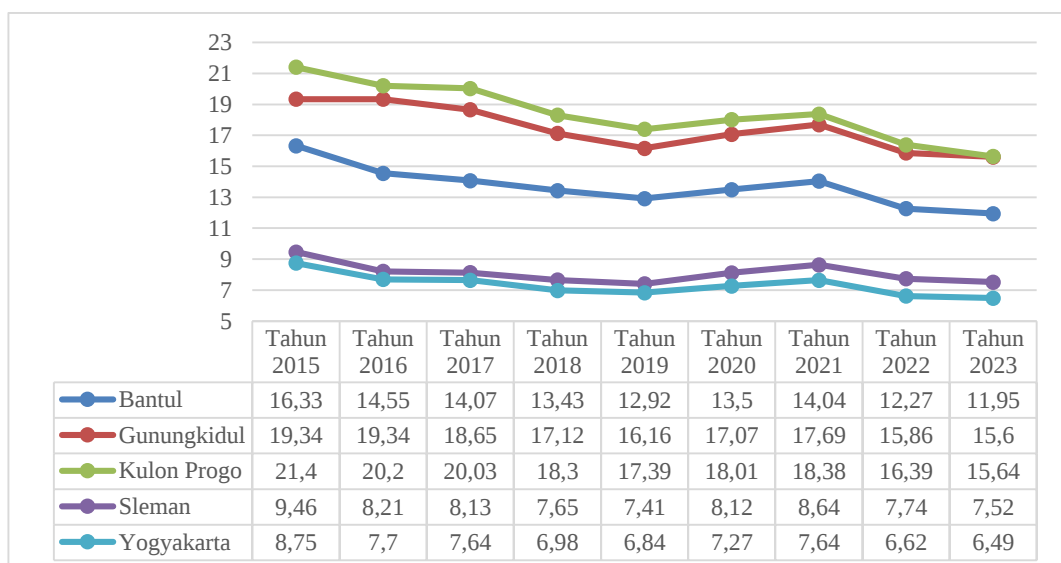
BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1. Hasil Penelitian

4.1.1. Tingkat Kemiskinan di Daerah Istimewa Yogyakarta

Tingkat kemiskinan merupakan indikator yang menggambarkan persentase penduduk berada di bawah garis kemiskinan. Di mana, garis kemiskinan menunjukkan batas minimum pengeluaran dasar per kapita. Biro Pusat Statistik menghitung tingkat kemiskinan berdasarkan persentase penduduk miskin terhadap total jumlah penduduk yang ada di wilayah. Grafik 4.1 berikut ini merupakan tren tingkat kemiskinan di Daerah Istimewa Yogyakarta Tahun 2015-2023.



Grafik 4.1. Tingkat Kemiskinan di Daerah Istimewa Yogyakarta tahun 2018-2023

Berdasarkan grafik 4.1 diketahui bahwa perkembangan tingkat kemiskinan lima kabupaten dan kota di Daerah Istimewa Yogyakarta selama periode 2015–2023. Tahun 2015 menunjukkan tingkat kemiskinan tertinggi berada pada Kabupaten Kulon Progo sebesar 21,4 persen. Kabupaten Gunungkidul menempati posisi kedua tingkat kemiskinan di Daerah Istimewa Yogyakarta sebesar 19,34 persen. Kabupaten Bantul mencatat tingkat

kemiskinan sebesar 16,33 persen pada tahun tersebut. Kabupaten Sleman memiliki tingkat kemiskinan sebesar 9,46 persen pada periode awal pengamatan. Kota Yogyakarta menunjukkan tingkat kemiskinan terendah sebesar 8,75 persen.

Pada tahun 2016 memperlihatkan penurunan tingkat kemiskinan sebagian besar di Daerah Istimewa Yogyakarta. Kabupaten Bantul turun menjadi 14,55 persen pada tahun tersebut. Kabupaten Gunungkidul menunjukkan nilai kemiskinan sebesar 19,34 persen pada periode sama. Kabupaten Kulon Progo menurun menjadi 20,2 persen pada tahun tersebut. Kabupaten Sleman turun menjadi 8,21 persen pada tahun tersebut. Kota Yogyakarta menurun menjadi 7,7 persen pada periode sama.

Selanjutnya pada tahun 2017 menunjukkan penurunan lanjutan tingkat kemiskinan di Daerah Istimewa Yogyakarta. Kabupaten Bantul turun menjadi 14,07 persen pada periode tersebut. Kabupaten Gunungkidul menurun menjadi 18,65 persen pada tahun pengamatan. Kabupaten Kulon Progo mencatat tingkat kemiskinan sebesar 20,03 persen pada periode sama. Kabupaten Sleman menunjukkan nilai kemiskinan sebesar 8,13 persen tahun tersebut. Kota Yogyakarta mencatat tingkat kemiskinan sebesar 7,64 persen pada tahun sama.

Tahun 2018 memperlihatkan penurunan kembali tingkat kemiskinan seluruh di Daerah Istimewa Yogyakarta. Kabupaten Bantul menurun menjadi 13,43 persen pada tahun tersebut. Kabupaten Gunungkidul turun menjadi 17,12 persen pada periode sama. Kabupaten Kulon Progo menurun menjadi 18,3 persen pada tahun tersebut. Kabupaten Sleman menunjukkan nilai kemiskinan sebesar 7,65 persen pada tahun tersebut. Kota Yogyakarta mencatat tingkat kemiskinan sebesar 6,98 persen pada periode sama.

Tahun 2019 menunjukkan tingkat kemiskinan terendah sebelum pandemi pada di Daerah Istimewa Yogyakarta. Kabupaten Bantul mencatat nilai kemiskinan sebesar 12,92 persen pada tahun tersebut. Kabupaten Gunungkidul menurun menjadi 16,16 persen pada periode sama. Kabupaten Kulon Progo mencatat nilai sebesar 17,39 persen pada tahun tersebut.

Kabupaten Sleman menunjukkan nilai kemiskinan sebesar 7,41 persen tahun tersebut. Kota Yogyakarta mencatat nilai kemiskinan sebesar 6,84 persen pada periode sama.

Tahun 2020 memperlihatkan kenaikan tingkat kemiskinan hampir seluruh di Daerah Istimewa Yogyakarta. Kabupaten Bantul meningkat menjadi 13,5 persen pada tahun tersebut. Kabupaten Gunungkidul meningkat menjadi 17,07 persen pada periode sama. Kabupaten Kulon Progo meningkat menjadi 18,01 persen pada tahun tersebut. Kabupaten Sleman meningkat menjadi 8,12 persen pada periode sama. Kota Yogyakarta meningkat menjadi 7,27 persen pada tahun tersebut.

Tahun 2021 menunjukkan kenaikan lanjutan tingkat kemiskinan beberapa di Daerah Istimewa Yogyakarta. Kabupaten Bantul meningkat menjadi 14,04 persen pada tahun tersebut. Kabupaten Gunungkidul meningkat menjadi 17,69 persen pada periode sama. Kabupaten Kulon Progo meningkat menjadi 18,38 persen pada tahun tersebut. Kabupaten Sleman meningkat menjadi 8,64 persen pada periode sama. Kota Yogyakarta meningkat menjadi 7,64 persen pada tahun tersebut.

Tahun 2022 memperlihatkan penurunan kembali tingkat kemiskinan di Daerah Istimewa Yogyakarta. Kabupaten Bantul turun menjadi 12,27 persen pada tahun tersebut. Kabupaten Gunungkidul menurun menjadi 15,86 persen pada periode sama. Kabupaten Kulon Progo menurun menjadi 16,39 persen pada tahun tersebut. Kabupaten Sleman turun menjadi 7,74 persen pada periode sama. Kota Yogyakarta menurun menjadi 6,62 persen pada tahun tersebut.

Tahun 2023 menunjukkan penurunan lanjutan tingkat kemiskinan di Daerah Istimewa Yogyakarta. Kabupaten Bantul mencatat nilai kemiskinan sebesar 11,95 persen pada tahun tersebut. Kabupaten Gunungkidul mencatat nilai sebesar 15,6 persen pada periode sama. Kabupaten Kulon Progo mencatat nilai sebesar 15,64 persen pada tahun tersebut. Kabupaten Sleman menunjukkan nilai kemiskinan sebesar 7,52 persen pada periode sama. Kota Yogyakarta mencatat nilai kemiskinan sebesar 6,49 persen pada tahun tersebut.

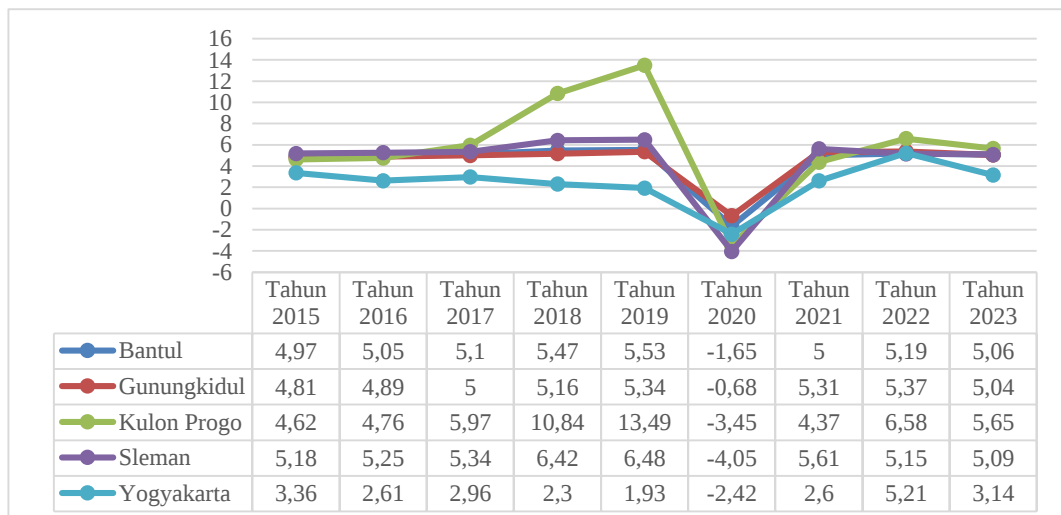
Perbandingan antarwilayah memperlihatkan perbedaan tingkat kemiskinan cukup besar selama periode penelitian. Kabupaten Kulon Progo serta Gunungkidul berada pada kelompok kemiskinan relatif tinggi. Kabupaten Sleman serta Kota Yogyakarta menunjukkan tingkat kemiskinan relatif rendah. Kabupaten Bantul berada pada kelompok tingkat kemiskinan menengah di Daerah Istimewa Yogyakarta. Perbedaan tingkat kemiskinan berkaitan kondisi sosial ekonomi serta struktur kegiatan ekonomi wilayah. Pola perubahan kemiskinan selama periode penelitian menjadi dasar analisis faktor penentu kemiskinan daerah.

Berdasarkan uraian pada paragraf-paragraf di atas dapat disimpulkan bahwa perkembangan tingkat kemiskinan di lima kabupaten/kota Daerah Istimewa Yogyakarta selama 2015–2023 memperlihatkan pola yang jelas, yaitu menurun secara bertahap sebelum pandemi, meningkat ketika pandemi melanda, lalu kembali menurun pada masa pemulihan. Kabupaten Kulon Progo dan Gunungkidul secara konsisten berada pada kelompok dengan tingkat kemiskinan tertinggi, sedangkan Kota Yogyakarta dan Kabupaten Sleman menempati posisi terendah, sementara Bantul berada pada tingkat menengah. Sebelum pandemi, seluruh wilayah menunjukkan perbaikan yang cukup nyata hingga mencapai titik terendah pada 2019; namun pada 2020–2021 angka kemiskinan kembali naik di hampir semua daerah, mencerminkan kuatnya tekanan ekonomi terhadap rumah tangga rentan. Memasuki 2022–2023, tren penurunan kembali terjadi, meskipun belum seluruhnya menghapus kesenjangan antarwilayah yang sudah terbentuk sejak awal periode pengamatan. Dengan demikian, dinamika ini menegaskan bahwa kemiskinan di DIY tidak hanya dipengaruhi oleh guncangan makro seperti pandemi, tetapi juga sangat terkait dengan karakteristik struktural masing-masing wilayah, terutama kapasitas ekonomi lokal, tingkat urbanisasi, dan ketahanan sosial masyarakat.

4.1.2. Pertumbuhan Ekonomi

Menurut Todaro dan Smith (2020), pertumbuhan ekonomi merupakan

cerminan dari meningkatnya pendapatan nasional riil yang menjadi salah satu tolok ukur utama dalam menilai keberhasilan pembangunan ekonomi, baik pada tingkat negara maupun daerah. Dalam konteks Daerah Istimewa Yogyakarta, dinamika tersebut tergambar pada perkembangan pertumbuhan ekonomi selama periode 2015–2023. Grafik 4.2 di bawah ini memperlihatkan bagaimana laju pertumbuhan ekonomi DIY bergerak secara dinamis dari tahun ke tahun, sekaligus merefleksikan kemampuan daerah dalam menjaga aktivitas produksi, mendorong pendapatan masyarakat, dan merespons berbagai tantangan ekonomi yang muncul sepanjang periode tersebut.



Grafik 4.2. Pertumbuhan Ekonomi di Daerah Istimewa Yogyakarta Tahun 2015-2023

Dari grafik 4.2 di atas dapat dilihat bahwa pertumbuhan ekonomi di Daerah Istimewa Yogyakarta selama 2015–2023 bergerak secara dinamis dan merefleksikan perubahan aktivitas ekonomi di masing-masing kabupaten/kota dari tahun ke tahun. Pada 2015, pertumbuhan ekonomi di seluruh wilayah relatif stabil, dengan Kabupaten Sleman mencatat angka tertinggi sebesar 5,18 persen, disusul Kabupaten Bantul 4,97 persen, Kabupaten Gunungkidul 4,81 persen, Kabupaten Kulon Progo 4,62 persen, dan Kota Yogyakarta 3,36 persen. Pola ini menunjukkan bahwa pada awal periode pengamatan, sebagian besar wilayah di DIY telah memiliki fondasi pertumbuhan yang cukup baik,

meskipun masih terdapat perbedaan kapasitas ekonomi antarwilayah. Perbedaan tersebut mengisyaratkan adanya variasi dalam struktur ekonomi, tingkat investasi, serta kekuatan sektor-sektor unggulan di masing-masing daerah. Dengan demikian, tahun 2015 dapat dipandang sebagai titik awal yang memperlihatkan stabilitas sekaligus diferensiasi karakter pertumbuhan ekonomi di DIY.

Pada 2016, pertumbuhan ekonomi di Daerah Istimewa Yogyakarta masih menunjukkan perubahan yang relatif kecil, tetapi arah perubahannya cenderung positif di sebagian besar wilayah. Kabupaten Bantul naik menjadi 5,05 persen, Kabupaten Gunungkidul meningkat menjadi 4,89 persen, Kabupaten Kulon Progo naik menjadi 4,76 persen, dan Kabupaten Sleman kembali menguat menjadi 5,25 persen. Di sisi lain, Kota Yogyakarta justru mengalami penurunan menjadi 2,61 persen, memperlihatkan bahwa dinamika pertumbuhan tidak berlangsung seragam di seluruh daerah. Kondisi ini menunjukkan bahwa pusat kota tidak selalu menjadi wilayah dengan kinerja pertumbuhan tertinggi, terutama ketika sektor-sektor tertentu mengalami perlambatan. Secara umum, tahun 2016 menandai fase konsolidasi pertumbuhan, ketika sebagian besar kabupaten tetap bergerak naik meskipun belum menunjukkan lompatan yang sangat besar.

Tahun 2017 memperlihatkan kecenderungan peningkatan pertumbuhan ekonomi yang semakin nyata di sebagian besar wilayah Daerah Istimewa Yogyakarta. Kabupaten Bantul meningkat menjadi 5,10 persen, Kabupaten Gunungkidul mencapai 5,00 persen, Kabupaten Kulon Progo naik cukup kuat menjadi 5,97 persen, dan Kabupaten Sleman meningkat menjadi 5,34 persen. Sementara itu, Kota Yogyakarta juga mengalami kenaikan menjadi 2,96 persen, walaupun masih berada pada tingkat yang lebih rendah dibandingkan wilayah lainnya. Perkembangan ini menandakan bahwa aktivitas ekonomi daerah mulai menguat secara lebih merata, dengan Kulon Progo mulai menunjukkan akselerasi yang menonjol. Kenaikan tersebut dapat dibaca sebagai sinyal tumbuhnya dorongan investasi dan ekspansi ekonomi di beberapa kawasan strategis. Oleh karena itu, tahun 2017 menjadi fase transisi

penting menuju pertumbuhan yang lebih ekspansif.

Tahun 2018 menunjukkan perubahan yang lebih signifikan dalam peta pertumbuhan ekonomi Daerah Istimewa Yogyakarta. Kabupaten Bantul meningkat menjadi 5,47 persen, Kabupaten Gunungkidul naik menjadi 5,16 persen, dan Kabupaten Sleman tumbuh cukup tinggi sebesar 6,42 persen. Namun, perkembangan paling mencolok terjadi di Kabupaten Kulon Progo yang melonjak tajam hingga 10,84 persen, jauh melampaui wilayah lain di DIY. Sebaliknya, Kota Yogyakarta justru turun menjadi 2,30 persen, memperlihatkan kontras yang semakin kuat antara wilayah yang sedang mengalami akselerasi pembangunan dan wilayah yang pertumbuhannya lebih tertahan. Lonjakan Kulon Progo menandakan adanya faktor pendorong ekonomi yang sangat kuat, baik dari sisi pembangunan infrastruktur maupun meningkatnya aktivitas investasi. Dengan demikian, tahun 2018 menjadi titik balik yang memperlihatkan ketimpangan laju pertumbuhan antardaerah secara lebih tegas.

Pada 2019, sejumlah wilayah di Daerah Istimewa Yogyakarta mencapai salah satu fase pertumbuhan ekonomi tertinggi selama periode penelitian. Kabupaten Bantul meningkat menjadi 5,53 persen, Kabupaten Gunungkidul naik menjadi 5,34 persen, Kabupaten Sleman mencapai 6,48 persen, dan Kabupaten Kulon Progo kembali mencatat lonjakan sangat tinggi sebesar 13,49 persen. Sebaliknya, Kota Yogyakarta justru kembali menurun menjadi 1,93 persen, sehingga menjadi wilayah dengan laju pertumbuhan paling rendah pada tahun tersebut. Data ini memperlihatkan bahwa sebelum pandemi, struktur pertumbuhan ekonomi DIY sangat dipengaruhi oleh ekspansi yang terkonsentrasi di wilayah tertentu, terutama Kulon Progo. Perbedaan ini menunjukkan bahwa pertumbuhan ekonomi daerah tidak selalu tersebar secara merata, melainkan kerap bertumpu pada proyek-proyek strategis dan konsentrasi kegiatan ekonomi tertentu. Karena itu, tahun 2019 dapat dibaca sebagai puncak akselerasi sebelum terjadinya guncangan besar pada tahun berikutnya.

Tahun 2020 menjadi periode paling berat karena seluruh wilayah di

Daerah Istimewa Yogyakarta mengalami kontraksi ekonomi secara serentak. Kabupaten Bantul mencatat pertumbuhan sebesar $-1,65$ persen, Kabupaten Gunungkidul sebesar $-0,68$ persen, Kabupaten Kulon Progo sebesar $-3,45$ persen, Kabupaten Sleman sebesar $-4,05$ persen, dan Kota Yogyakarta sebesar $-2,42$ persen. Angka-angka tersebut menunjukkan bahwa pandemi telah menekan hampir seluruh sendi perekonomian daerah, baik di wilayah perkotaan maupun perdesaan. Kontraksi yang terjadi secara menyeluruh menegaskan kuatnya dampak krisis terhadap konsumsi, investasi, mobilitas, serta aktivitas sektor jasa dan perdagangan. Bahkan wilayah yang pada tahun-tahun sebelumnya tumbuh sangat tinggi pun tidak mampu menghindari tekanan ekonomi yang tajam. Dengan demikian, 2020 menandai titik disrupsi paling dalam dalam perjalanan pertumbuhan ekonomi DIY selama periode pengamatan.

Pada 2021, pertumbuhan ekonomi di Daerah Istimewa Yogyakarta mulai menunjukkan tanda-tanda pemulihan yang cukup kuat setelah mengalami kontraksi pada tahun sebelumnya. Kabupaten Bantul bangkit menjadi $5,00$ persen, Kabupaten Gunungkidul meningkat menjadi $5,31$ persen, Kabupaten Kulon Progo pulih menjadi $4,37$ persen, Kabupaten Sleman naik menjadi $5,61$ persen, dan Kota Yogyakarta kembali tumbuh sebesar $2,60$ persen. Pemulihan ini memperlihatkan bahwa aktivitas ekonomi masyarakat mulai bergerak kembali seiring membaiknya kondisi pascakrisis. Meskipun demikian, pola pemulihan antardaerah tetap tidak sepenuhnya sama, karena beberapa wilayah mampu pulih lebih cepat dibandingkan yang lain. Perbedaan tersebut menunjukkan adanya variasi daya lenting ekonomi lokal serta perbedaan ketergantungan pada sektor-sektor yang paling terdampak pandemi. Tahun 2021 dengan demikian mencerminkan fase rebound ekonomi yang mulai mengembalikan optimisme pembangunan daerah.

Tahun 2022 memperlihatkan penguatan lebih lanjut terhadap proses pemulihan pertumbuhan ekonomi di Daerah Istimewa Yogyakarta. Kabupaten Bantul meningkat menjadi $5,19$ persen, Kabupaten Gunungkidul naik menjadi $5,37$ persen, dan Kabupaten Kulon Progo kembali menguat menjadi $6,58$

persen. Kabupaten Sleman sedikit menurun menjadi 5,15 persen, namun tetap berada pada tingkat pertumbuhan yang relatif solid, sedangkan Kota Yogyakarta melonjak menjadi 5,21 persen. Kenaikan Kota Yogyakarta pada tahun ini menjadi perkembangan penting karena menunjukkan kebangkitan kembali aktivitas ekonomi perkotaan yang sebelumnya tertahan cukup lama. Secara keseluruhan, tahun 2022 menggambarkan bahwa proses pemulihan tidak lagi sekadar berlangsung, tetapi mulai mengarah pada normalisasi pertumbuhan di hampir seluruh wilayah. Hal ini menandakan bahwa fondasi ekonomi daerah mulai kembali stabil setelah melewati tekanan krisis yang berat.

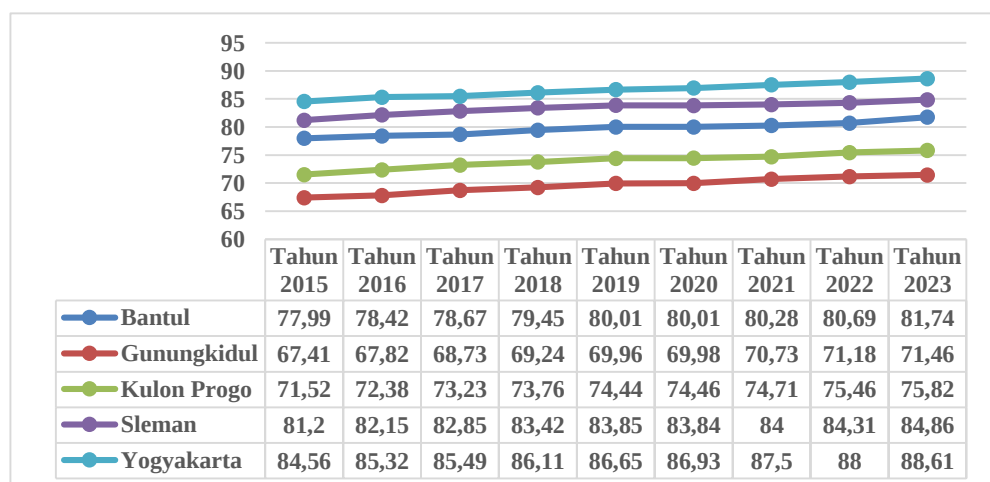
Pada 2023, pertumbuhan ekonomi di Daerah Istimewa Yogyakarta cenderung bergerak pada jalur yang lebih stabil. Kabupaten Bantul mencatat pertumbuhan sebesar 5,06 persen, Kabupaten Gunungkidul sebesar 5,04 persen, Kabupaten Kulon Progo sebesar 5,65 persen, Kabupaten Sleman sebesar 5,09 persen, dan Kota Yogyakarta sebesar 3,14 persen. Angka-angka tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar wilayah telah kembali pada kisaran pertumbuhan moderat yang relatif sehat, meskipun Kota Yogyakarta masih berada di bawah kabupaten lainnya. Stabilitas pada tahun ini penting karena menandakan bahwa pemulihan ekonomi pascapandemi mulai memasuki fase yang lebih terkendali dan tidak lagi ditandai fluktuasi ekstrem. Dalam konteks pembangunan daerah, kondisi ini memberi sinyal bahwa aktivitas ekonomi telah kembali berjalan dengan ritme yang lebih seimbang. Oleh sebab itu, tahun 2023 dapat dipahami sebagai fase konsolidasi setelah periode gejolak dan pemulihan.

Perbandingan antarwilayah selama periode penelitian menunjukkan bahwa pertumbuhan ekonomi di Daerah Istimewa Yogyakarta tidak berlangsung secara seragam, melainkan memperlihatkan variasi yang cukup besar. Kabupaten Kulon Progo tampil sebagai wilayah dengan lonjakan pertumbuhan paling menonjol, terutama pada 2018 dan 2019, sedangkan Kota Yogyakarta cenderung mencatat pertumbuhan yang lebih rendah pada beberapa tahun pengamatan. Seluruh wilayah sama-sama mengalami kontraksi

pada 2020, tetapi sesudahnya menunjukkan pemulihan yang bertahap hingga kembali stabil pada 2023. Pola ini menegaskan bahwa dinamika pertumbuhan ekonomi daerah sangat dipengaruhi oleh struktur ekonomi lokal, skala investasi, sensitivitas terhadap krisis, serta kapasitas pemulihan masing-masing wilayah. Dengan demikian, perubahan nilai pertumbuhan ekonomi selama 2015–2023 tidak hanya menggambarkan pergerakan angka tahunan, tetapi juga merekam denyut ketahanan dan transformasi ekonomi Daerah Istimewa Yogyakarta secara lebih utuh.

4.1.3. Pembangunan Manusia

Pembangunan manusia merupakan proses yang menempatkan peningkatan kualitas hidup penduduk sebagai orientasi utama pembangunan. Dalam perspektif ini, manusia tidak hanya dipandang sebagai pelaku, tetapi juga sebagai tujuan akhir dari seluruh proses pembangunan. Keberhasilan pembangunan manusia umumnya diukur melalui Indeks Pembangunan Manusia (IPM), yaitu indikator komposit yang merefleksikan capaian kualitas hidup masyarakat dalam suatu wilayah. Oleh karena itu, IPM menjadi salah satu ukuran penting untuk menilai tingkat kemajuan pembangunan manusia secara menyeluruh. Grafik 4.3 berikut ini merupakan data perkembangan Indeks Pembangunan Manusia (IPM) di Daerah Istimewa Yogyakarta selama periode 2015–2023.



Grafik 4.3. Indeks Pembangunan Manusia di Daerah Istimewa Yogyakarta

Tahun 2015-2023

Berdasarkan data pada grafik 4.3 di atas terlihat adanya kecenderungan peningkatan yang konsisten pada seluruh kabupaten/kota di Daerah Istimewa Yogyakarta selama periode 2015–2023. Pola ini menunjukkan bahwa indikator pembangunan yang ditampilkan pada grafik 4.3 mengalami perbaikan dari tahun ke tahun tanpa adanya penurunan yang berarti. Kenaikan tersebut mencerminkan proses pembangunan daerah yang berlangsung secara berkelanjutan, meskipun dengan laju yang berbeda antarwilayah. Dalam perspektif pembangunan wilayah, tren semacam ini penting karena menunjukkan adanya penguatan kapasitas sosial dan ekonomi masyarakat secara bertahap. Dengan demikian, grafik 4.3 tersebut menggambarkan arah pembangunan DIY yang relatif progresif sepanjang hampir satu dekade pengamatan.

Pada tahun 2015, posisi tertinggi ditempati oleh Kota Yogyakarta dengan nilai 84,56, diikuti Kabupaten Sleman sebesar 81,20, Kabupaten Bantul 77,99, Kabupaten Kulon Progo 71,52, dan Kabupaten Gunungkidul 67,41. Susunan ini memperlihatkan adanya kesenjangan awal yang cukup nyata antarwilayah. Kota Yogyakarta dan Sleman tampak berada pada level pembangunan yang lebih maju dibandingkan tiga kabupaten lainnya. Sementara itu, Gunungkidul berada pada posisi paling rendah, yang menunjukkan bahwa tantangan pembangunan di wilayah ini relatif lebih besar. Pada titik awal ini saja, terlihat bahwa karakter geografis, struktur ekonomi, dan akses terhadap layanan publik kemungkinan besar berperan dalam membentuk perbedaan capaian antarwilayah.

Tahun 2016 menunjukkan bahwa seluruh wilayah mengalami peningkatan dibandingkan tahun sebelumnya. Kota Yogyakarta naik menjadi 85,32, Sleman menjadi 82,15, Bantul menjadi 78,42, Kulon Progo menjadi 72,38, dan Gunungkidul menjadi 67,82. Kenaikan yang terjadi di semua daerah memperlihatkan bahwa pembangunan tidak hanya terkonsentrasi pada wilayah perkotaan, tetapi juga mulai merambat ke daerah penyangga dan wilayah yang sebelumnya tertinggal. Meskipun selisih antardaerah masih tetap terasa, arah

perubahannya mencerminkan adanya perbaikan yang merata. Ini menunjukkan bahwa pada fase awal periode pengamatan, DIY mampu menjaga momentum pembangunan secara cukup inklusif.

Pada 2017, tren positif tersebut masih berlanjut. Kota Yogyakarta meningkat menjadi 85,49, Sleman menjadi 82,85, Bantul menjadi 78,67, Kulon Progo menjadi 73,23, dan Gunungkidul menjadi 68,73. Walaupun kenaikannya tidak terlalu tajam, konsistensi pertumbuhan ini justru menjadi sinyal penting bahwa pembangunan berlangsung stabil. Dalam analisis pembangunan, kestabilan sering kali lebih bermakna daripada lonjakan sesaat, karena menunjukkan adanya fondasi kebijakan dan tata kelola yang bekerja secara berkesinambungan. Oleh sebab itu, tahun 2017 dapat dibaca sebagai fase penguatan kualitas pembangunan di masing-masing kabupaten/kota.

Pada tahun 2018, peningkatan tetap terjadi di seluruh wilayah dengan pola yang semakin jelas. Kota Yogyakarta mencapai 86,11, Sleman 83,42, Bantul 79,45, Kulon Progo 73,76, dan Gunungkidul 69,24. Kenaikan ini mempertegas bahwa wilayah dengan capaian tinggi mampu terus mempertahankan momentumnya, sementara wilayah dengan capaian lebih rendah juga bergerak naik secara bertahap. Salah satu hal menarik dari data ini ialah tidak adanya stagnasi serius pada daerah manapun. Dengan kata lain, meskipun ketimpangan masih ada, semua wilayah menunjukkan arah pembangunan yang membaik. Hal ini penting untuk menilai bahwa proses pembangunan daerah tidak berjalan terputus-putus, melainkan relatif konsisten.

Tahun 2019 memperlihatkan capaian yang semakin menguat. Kota Yogyakarta naik menjadi 86,65, Sleman 83,85, Bantul 80,01, Kulon Progo 74,44, dan Gunungkidul 69,96. Kenaikan Bantul hingga menembus angka 80 menunjukkan bahwa kabupaten ini terus memperkuat posisinya pada kelompok menengah atas di DIY. Di sisi lain, Kulon Progo dan Gunungkidul juga terus mempersempit ketertinggalan, walaupun lajunya masih lebih lambat dibandingkan wilayah perkotaan. Data ini menunjukkan bahwa sebelum memasuki dekade 2020-an, DIY telah memiliki modal pembangunan yang

cukup baik di hampir seluruh kabupaten/kota. Dengan demikian, 2019 dapat dipandang sebagai tahun ketika penguatan pembangunan daerah berlangsung cukup solid.

Pada 2020, pola yang tampak menarik adalah adanya kecenderungan perlambatan kenaikan di sejumlah wilayah, tetapi tidak sampai menimbulkan penurunan. Kota Yogyakarta naik menjadi 86,93, Sleman sedikit turun tipis secara statistik dari 83,85 menjadi 83,84, Bantul tetap di angka 80,01, Kulon Progo naik menjadi 74,46, dan Gunungkidul bertahan di 69,98. Kondisi ini menunjukkan bahwa meskipun terdapat tekanan besar terhadap kehidupan sosial dan ekonomi pada periode tersebut, indikator pembangunan yang ditampilkan tetap mampu dipertahankan. Stabilitas pada masa yang penuh tekanan merupakan sinyal penting tentang daya tahan pembangunan daerah. Artinya, fondasi pelayanan publik dan kualitas hidup masyarakat di DIY relatif cukup tangguh menghadapi guncangan.

Tahun 2021 kembali menunjukkan penguatan yang lebih meyakinkan. Kota Yogyakarta meningkat menjadi 87,50, Sleman mencapai 84,00, Bantul 80,28, Kulon Progo 74,71, dan Gunungkidul 70,73. Kenaikan ini menandakan bahwa setelah fase tekanan sebelumnya, seluruh wilayah kembali masuk ke jalur perbaikan. Yang menarik, Gunungkidul berhasil menembus angka 70, sebuah capaian simbolik yang menunjukkan pergeseran penting dalam kualitas pembangunan wilayah tersebut. Sementara itu, Kota Yogyakarta dan Sleman tetap menegaskan posisinya sebagai wilayah dengan capaian tertinggi. Tahun 2021 dengan demikian mencerminkan fase pemulihan sekaligus konsolidasi pembangunan antardaerah.

Pada 2022, tren peningkatan berlanjut dengan capaian yang semakin kuat. Kota Yogyakarta naik menjadi 88,00, Sleman 84,31, Bantul 80,69, Kulon Progo 75,46, dan Gunungkidul 71,18. Kenaikan ini memperlihatkan bahwa jarak antara wilayah tertinggi dan terendah masih ada, tetapi seluruh daerah tetap bergerak ke arah yang sama, yakni perbaikan kualitas pembangunan. Kulon Progo dan Gunungkidul menunjukkan perkembangan yang cukup berarti karena keduanya terus naik secara stabil dari tahun ke

tahun. Di sisi lain, Bantul menunjukkan performa yang kokoh sebagai daerah dengan perkembangan menengah yang terus menguat. Secara keseluruhan, tahun 2022 memperlihatkan bahwa pembangunan di DIY semakin merata meskipun belum sepenuhnya setara.

Pada 2023, seluruh kabupaten/kota kembali mencatat kenaikan. Kota Yogyakarta mencapai 88,61, Sleman 84,86, Bantul 81,74, Kulon Progo 75,82, dan Gunungkidul 71,46. Capaian ini menegaskan bahwa hingga akhir periode pengamatan, tidak ada satu pun wilayah yang mengalami kemunduran secara umum. Kota Yogyakarta tetap menjadi wilayah dengan nilai tertinggi, sedangkan Sleman mempertahankan posisi kuat di peringkat kedua. Bantul menunjukkan kemajuan yang stabil dan konsisten, sementara Kulon Progo dan Gunungkidul terus memperbaiki posisinya secara bertahap. Dengan demikian, data tahun 2023 menutup periode pengamatan dengan gambaran pembangunan daerah yang semakin baik dibandingkan titik awal 2015.

Jika dilihat secara komparatif, terdapat tiga pola utama yang dapat dibaca dari keseluruhan data. Pertama, Kota Yogyakarta dan Sleman merupakan wilayah dengan capaian tertinggi secara konsisten, yang mengindikasikan kuatnya dukungan infrastruktur, layanan publik, pendidikan, dan aktivitas ekonomi. Kedua, Bantul menempati posisi menengah dengan tren peningkatan yang stabil, memperlihatkan kapasitas pembangunan yang cukup kuat dan berkelanjutan. Ketiga, Kulon Progo dan Gunungkidul meskipun masih berada pada kelompok terbawah, menunjukkan kemajuan yang terus-menerus, sehingga memberi sinyal adanya proses konvergensi pembangunan secara perlahan. Pola ini memperlihatkan bahwa pembangunan di DIY berlangsung dalam lanskap yang tidak sepenuhnya seragam, tetapi bergerak menuju perbaikan yang makin luas.

Secara substantif, grafik ini menegaskan bahwa pembangunan di Daerah Istimewa Yogyakarta selama 2015–2023 tidak hanya menunjukkan kemajuan kuantitatif, tetapi juga mencerminkan ketahanan dan kesinambungan kebijakan pembangunan antardaerah. Konsistensi kenaikan di seluruh wilayah menunjukkan bahwa proses pembangunan tidak bersifat sporadis, melainkan

berlangsung secara bertahap dan terarah. Namun demikian, perbedaan capaian antarwilayah juga mengingatkan bahwa tantangan pemerataan masih tetap penting untuk menjadi perhatian. Wilayah dengan capaian rendah memerlukan intervensi yang lebih terfokus agar tidak tertinggal terlalu jauh dari pusat-pusat pertumbuhan yang sudah mapan. Oleh karena itu, data ini bukan hanya menggambarkan keberhasilan pembangunan DIY, tetapi juga menjadi dasar penting untuk merumuskan strategi pembangunan yang lebih adil, inklusif, dan berkelanjutan.

4.1.4. Ketimpangan Pendapatan

Ketimpangan distribusi pendapatan merupakan salah satu persoalan penting dalam pembangunan daerah karena menentukan sejauh mana hasil-hasil pertumbuhan ekonomi dapat dinikmati secara merata oleh masyarakat. Dalam kajian ekonomi pembangunan, ketimpangan tidak hanya berkaitan dengan perbedaan tingkat pendapatan antarkelompok, tetapi juga mencerminkan ketidakseimbangan akses terhadap kesempatan ekonomi, pendidikan, pekerjaan, dan sumber daya produktif. Salah satu indikator yang umum digunakan untuk mengukur tingkat ketimpangan tersebut adalah koefisien Gini, yaitu ukuran statistik yang menunjukkan derajat pemerataan distribusi pendapatan pada suatu wilayah. Semakin tinggi nilai koefisien Gini, semakin besar tingkat ketimpangan yang terjadi; sebaliknya, semakin rendah nilainya, semakin merata distribusi pendapatan masyarakat. Oleh karena itu, perkembangan koefisien Gini antarkabupaten/kota menjadi penting untuk dianalisis, karena dapat memberikan gambaran mengenai dinamika pemerataan hasil pembangunan di Daerah Istimewa Yogyakarta selama periode 2015–2023 (lihat grafik 4.4).



Grafik 4.4. Rasio Gini di Daerah Istimewa Yogyakarta Tahun 2015-2023

Berdasarkan data pada grafik 4.4, perkembangan koefisien Gini di lima kabupaten/kota Daerah Istimewa Yogyakarta selama 2015–2023 memperlihatkan pola yang dinamis, berfluktuasi, dan tidak seragam antarwilayah. Tidak semua daerah bergerak dalam arah yang sama dari tahun ke tahun, sehingga grafik ini menunjukkan bahwa ketimpangan pendapatan merupakan persoalan yang sangat dipengaruhi oleh karakter ekonomi lokal masing-masing kabupaten/kota. Di satu sisi, terdapat wilayah yang beberapa kali mengalami lonjakan ketimpangan, sedangkan di sisi lain ada daerah yang cenderung lebih stabil pada tingkat ketimpangan yang lebih rendah. Variasi tersebut penting dicermati karena menunjukkan bahwa proses pembangunan tidak selalu otomatis menghasilkan pemerataan. Dengan demikian, data ini tidak hanya merekam perubahan angka statistik, tetapi juga memperlihatkan dinamika distribusi manfaat pembangunan di tingkat wilayah.

Pada tahun 2015, tingkat ketimpangan tertinggi tercatat di Kabupaten Sleman dan Kota Yogyakarta dengan nilai koefisien Gini yang sama, yakni 0,446. Posisi berikutnya ditempati Kabupaten Bantul sebesar 0,376, Kabupaten Kulon Progo sebesar 0,367, dan Kabupaten Gunungkidul sebesar 0,320. Susunan ini menunjukkan bahwa wilayah yang lebih urban dan lebih maju

secara ekonomi justru cenderung menghadapi tingkat ketimpangan yang lebih tinggi dibandingkan daerah yang lebih agraris. Fenomena tersebut lazim terjadi dalam ekonomi wilayah, ketika pertumbuhan sektor modern dan jasa berkembang lebih cepat, tetapi manfaatnya belum sepenuhnya tersebar merata ke seluruh lapisan masyarakat. Pada titik awal pengamatan ini, tampak bahwa struktur ekonomi yang lebih kompleks berkorelasi dengan distribusi pendapatan yang lebih timpang. Karena itu, tahun 2015 memberikan gambaran awal bahwa tantangan pemerataan di DIY terutama terkonsentrasi pada wilayah perkotaan dan kawasan penyangganya.

Tahun 2016 menunjukkan perubahan pola ketimpangan yang menarik. Kabupaten Bantul meningkat menjadi 0,397, Kabupaten Gunungkidul naik menjadi 0,334, dan Kabupaten Kulon Progo juga meningkat menjadi 0,372. Sebaliknya, Kabupaten Sleman justru turun cukup tajam menjadi 0,394, sedangkan Kota Yogyakarta menurun menjadi 0,429. Perubahan ini mengindikasikan bahwa ketimpangan bersifat sangat sensitif terhadap dinamika aktivitas ekonomi lokal, termasuk perubahan dalam struktur pendapatan rumah tangga, kesempatan kerja, maupun perkembangan sektor-sektor dominan di masing-masing wilayah. Penurunan di Sleman dan Kota Yogyakarta dapat dibaca sebagai sinyal membaiknya pemerataan, meskipun tetap berada pada level yang relatif tinggi. Sementara itu, kenaikan di daerah lain menunjukkan bahwa pemerataan hasil pembangunan masih belum berlangsung secara stabil.

Pada 2017, pergerakan koefisien Gini kembali menunjukkan dinamika yang berbeda di setiap wilayah. Kabupaten Bantul meningkat menjadi 0,413, Kabupaten Gunungkidul menjadi 0,340, Kabupaten Kulon Progo naik ke 0,392, dan Kabupaten Sleman kembali meningkat menjadi 0,406. Kota Yogyakarta juga naik lagi menjadi 0,446, kembali menjadi wilayah dengan tingkat ketimpangan tertinggi bersama daerah yang paling dinamis secara ekonomi. Kenaikan hampir di seluruh wilayah pada tahun ini menunjukkan bahwa distribusi pendapatan mengalami tekanan ketimpangan yang lebih besar dibandingkan tahun sebelumnya. Hal ini dapat mengisyaratkan bahwa

pertumbuhan ekonomi yang terjadi belum sepenuhnya inklusif. Dengan demikian, tahun 2017 memperlihatkan bahwa ekspansi ekonomi daerah masih menyisakan persoalan serius dalam hal pemerataan pendapatan.

Tahun 2018 menampilkan kontras yang cukup tajam antardaerah. Kabupaten Bantul melonjak menjadi 0,448, tertinggi di antara seluruh wilayah DIY pada tahun itu, sementara Kabupaten Sleman juga meningkat menjadi 0,425. Sebaliknya, Kabupaten Kulon Progo turun menjadi 0,365, Kabupaten Gunungkidul sedikit menurun menjadi 0,337, dan Kota Yogyakarta turun menjadi 0,420. Data ini menunjukkan bahwa ketimpangan tidak selalu meningkat seiring kemajuan ekonomi, melainkan dapat berubah tergantung pada siapa yang paling banyak menikmati hasil pertumbuhan. Lonjakan di Bantul memberi sinyal bahwa pertumbuhan pendapatan kemungkinan lebih banyak dinikmati kelompok tertentu, sehingga jarak antarkelompok pendapatan melebar. Pada saat yang sama, penurunan di beberapa wilayah lain menunjukkan bahwa proses distribusi pendapatan dapat bergerak ke arah yang lebih seimbang.

Tahun 2019 memperlihatkan kecenderungan penurunan ketimpangan di sebagian besar kabupaten/kota. Kabupaten Bantul turun menjadi 0,422, Kabupaten Gunungkidul menurun menjadi 0,325, Kabupaten Kulon Progo turun ke 0,359, dan Kabupaten Sleman sedikit menurun menjadi 0,417. Kota Yogyakarta justru mengalami penurunan yang paling mencolok menjadi 0,371, sebuah perubahan penting mengingat wilayah ini sebelumnya konsisten berada pada kelompok ketimpangan tertinggi. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa pada tahun ini distribusi pendapatan di DIY cenderung bergerak ke arah yang lebih merata. Penurunan yang cukup berarti di Kota Yogyakarta dapat menandakan adanya perbaikan dalam distribusi kesempatan ekonomi atau menurunnya kesenjangan pendapatan antarwarga. Oleh sebab itu, 2019 dapat dipandang sebagai salah satu fase ketika pemerataan hasil pembangunan membaik secara relatif.

Pada 2020, pola ketimpangan kembali berubah seiring tekanan besar yang melanda perekonomian. Kabupaten Bantul sedikit menurun menjadi

0,418, tetapi Kabupaten Gunungkidul justru naik menjadi 0,352, Kabupaten Kulon Progo meningkat menjadi 0,379, Kabupaten Sleman naik menjadi 0,421, dan Kota Yogyakarta juga naik menjadi 0,421. Kenaikan di sebagian besar wilayah menunjukkan bahwa periode ini disertai pelebaran kembali distribusi pendapatan, kemungkinan sebagai akibat dari ketidakmerataan dampak krisis terhadap kelompok masyarakat. Dalam banyak kasus, kelompok berpendapatan rendah cenderung lebih rentan ketika terjadi guncangan ekonomi, sehingga ketimpangan mudah meningkat. Data tahun ini memperlihatkan bahwa tekanan ekonomi tidak hanya menurunkan aktivitas ekonomi, tetapi juga berpotensi memperlebar jurang kesejahteraan. Dengan kata lain, krisis memperlihatkan sisi rapuh dari pemerataan yang sebelumnya mulai membaik.

Pada 2021, ketimpangan antardaerah kembali bergerak dengan arah yang bervariasi. Kabupaten Bantul naik menjadi 0,441, Kabupaten Sleman meningkat menjadi 0,425, dan Kota Yogyakarta melonjak menjadi 0,464. Sebaliknya, Kabupaten Gunungkidul menurun menjadi 0,323 dan Kabupaten Kulon Progo turun menjadi 0,367. Lonjakan yang cukup tinggi di Kota Yogyakarta menunjukkan bahwa pemulihan ekonomi pascakrisis tidak serta-merta dinikmati secara merata oleh seluruh kelompok penduduk. Wilayah perkotaan yang ekonominya lebih bertumpu pada sektor jasa dan perdagangan bisa saja pulih lebih cepat, tetapi manfaatnya terkonsentrasi pada kelompok tertentu. Oleh karena itu, tahun 2021 menegaskan bahwa pemulihan ekonomi tidak identik dengan pemulihan pemerataan.

Tahun 2022 menunjukkan salah satu perubahan paling mencolok dalam keseluruhan periode pengamatan. Kabupaten Bantul turun menjadi 0,410, Kabupaten Sleman turun menjadi 0,418, dan Kabupaten Gunungkidul menurun menjadi 0,316, tetapi Kota Yogyakarta justru melonjak sangat tajam menjadi 0,519, jauh melampaui seluruh wilayah lainnya. Kabupaten Kulon Progo pada saat yang sama sedikit meningkat menjadi 0,380. Lonjakan yang sangat tinggi di Kota Yogyakarta menandakan terjadinya konsentrasi pendapatan yang semakin kuat pada kelompok tertentu, sehingga distribusi pendapatan menjadi

jauh lebih timpang. Ini merupakan temuan penting karena menunjukkan bahwa pusat pertumbuhan ekonomi belum tentu menjadi pusat pemerataan kesejahteraan. Justru di wilayah yang paling dinamis, jurang sosial-ekonomi dapat menjadi lebih lebar apabila pertumbuhan tidak diiringi distribusi yang lebih inklusif.

Pada 2023, pola ketimpangan menunjukkan penyesuaian baru. Kabupaten Bantul meningkat menjadi 0,454, Kabupaten Gunungkidul naik menjadi 0,343, Kabupaten Kulon Progo naik menjadi 0,402, Kabupaten Sleman meningkat menjadi 0,433, sedangkan Kota Yogyakarta turun cukup signifikan menjadi 0,454. Penurunan di Kota Yogyakarta setelah lonjakan ekstrem tahun sebelumnya menunjukkan adanya koreksi, meskipun tingkat ketimpangannya tetap tergolong tinggi. Sementara itu, kenaikan di Bantul dan Kulon Progo menandakan bahwa persoalan distribusi pendapatan masih terus bergerak dan belum mencapai pola yang benar-benar stabil. Pada tahun ini, ketimpangan tertinggi tidak lagi terkonsentrasi hanya di satu wilayah, melainkan muncul lebih merata pada beberapa daerah. Hal tersebut memperlihatkan bahwa tantangan pemerataan di DIY semakin kompleks dan memerlukan perhatian lintaswilayah.

Jika dicermati secara komparatif, terdapat perbedaan karakter ketimpangan yang cukup tegas antarwilayah. Kabupaten Gunungkidul secara umum merupakan wilayah dengan koefisien Gini terendah selama periode penelitian, yang menunjukkan distribusi pendapatan relatif lebih merata, meskipun berada pada tingkat kesejahteraan yang belum tentu lebih tinggi. Sebaliknya, Kota Yogyakarta dan Kabupaten Sleman cenderung berada pada kelompok dengan ketimpangan lebih tinggi, memperlihatkan bahwa wilayah dengan ekonomi lebih maju tidak selalu memiliki distribusi pendapatan yang lebih adil. Kabupaten Bantul menunjukkan fluktuasi yang cukup tajam dan beberapa kali menempati posisi ketimpangan tertinggi, sedangkan Kulon Progo bergerak pada tingkat menengah dengan kecenderungan meningkat pada akhir periode. Pola ini menegaskan bahwa hubungan antara pertumbuhan dan pemerataan tidak bersifat linier, tetapi sangat dipengaruhi oleh struktur

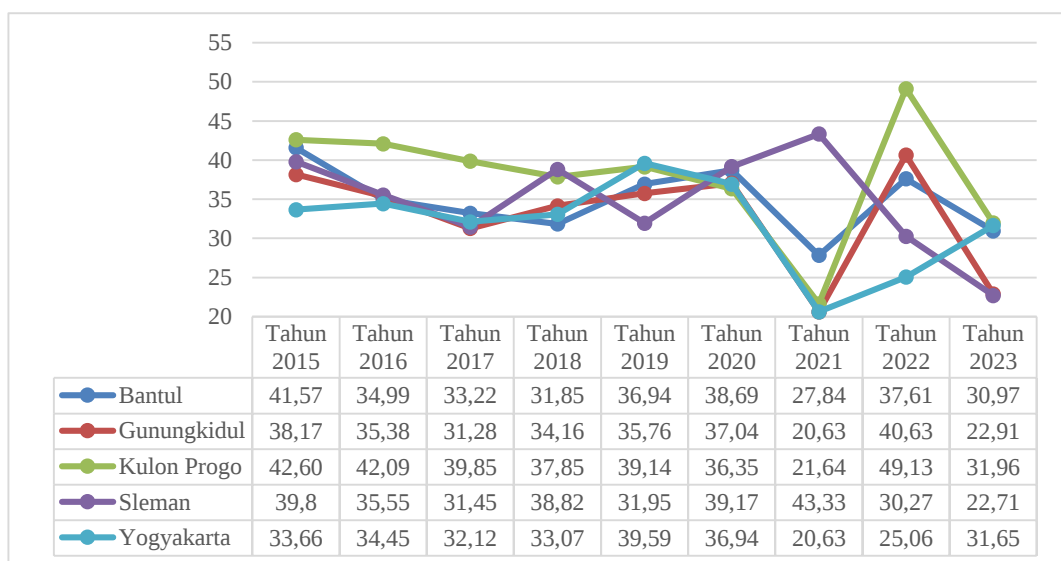
ekonomi, urbanisasi, dan distribusi akses terhadap peluang ekonomi. Dengan demikian, analisis ketimpangan di DIY harus ditempatkan dalam kerangka pembangunan wilayah yang lebih luas, bukan semata-mata sebagai persoalan statistik pendapatan.

Secara keseluruhan, data koefisien Gini 2015–2023 menunjukkan bahwa Daerah Istimewa Yogyakarta menghadapi dinamika pemerataan yang kompleks di tengah proses pembangunan ekonomi yang terus berlangsung. Fluktuasi yang terjadi menandakan bahwa distribusi hasil pembangunan masih belum stabil, bahkan di beberapa wilayah menunjukkan kecenderungan memburuk pada tahun-tahun tertentu. Temuan ini menegaskan bahwa keberhasilan pembangunan daerah tidak cukup diukur dari tingginya pertumbuhan ekonomi atau meningkatnya kualitas manusia semata, tetapi juga dari sejauh mana manfaat pembangunan tersebut dapat dibagikan secara lebih adil kepada seluruh lapisan masyarakat. Oleh karena itu, agenda pembangunan ke depan perlu menempatkan pemerataan sebagai prioritas yang sama pentingnya dengan pertumbuhan, terutama melalui perluasan kesempatan kerja produktif, penguatan sektor ekonomi rakyat, dan peningkatan akses terhadap layanan dasar yang berkualitas. Dalam konteks itulah, koefisien Gini menjadi penanda penting untuk membaca wajah pembangunan DIY secara lebih utuh: tidak hanya seberapa maju, tetapi juga seberapa adil.

4.1.5. Penduduk Dengan Keluhan Kesehatan

Keluhan kesehatan merupakan salah satu indikator penting dalam membaca kondisi kesejahteraan masyarakat, karena mencerminkan persepsi penduduk terhadap gangguan yang mereka rasakan dalam kehidupan sehari-hari, mulai dari demam, batuk, nyeri tubuh, hingga gangguan psikologis. Penduduk yang melaporkan adanya keluhan kesehatan pada dasarnya merepresentasikan bagian dari populasi yang sedang menghadapi masalah kesehatan tertentu, baik yang bersifat ringan, sedang, maupun yang berpotensi mengganggu aktivitas produktif. Dalam kajian pembangunan, indikator ini tidak hanya berkaitan dengan aspek medis, tetapi juga berhubungan erat

dengan kualitas lingkungan, pola hidup, akses terhadap layanan kesehatan, kondisi kerja, serta tingkat kerentanan sosial masyarakat. Oleh karena itu, persentase penduduk yang mengalami keluhan kesehatan dapat digunakan sebagai salah satu cerminan awal untuk menilai dinamika kesehatan masyarakat di suatu wilayah. Berikut ini disajikan perkembangan persentase penduduk dengan keluhan kesehatan di Daerah Istimewa Yogyakarta selama periode 2015–2023.



Grafik 4.5. Penduduk Dengan Keluhan Kesehatan di Daerah Istimewa Yogyakarta Tahun 2015-2023

Berdasarkan grafik 4.5, persentase penduduk yang mengalami keluhan kesehatan di lima kabupaten/kota Daerah Istimewa Yogyakarta selama 2015–2023 menunjukkan pola yang sangat dinamis dan berfluktuasi cukup tajam. Tidak tampak adanya tren linear yang sepenuhnya stabil, karena setiap wilayah memperlihatkan gerak naik-turun yang berbeda dari tahun ke tahun. Pola ini menunjukkan bahwa kondisi kesehatan masyarakat sangat dipengaruhi oleh banyak faktor yang berubah secara simultan, baik faktor lingkungan, mobilitas penduduk, daya tahan tubuh, kondisi ekonomi rumah tangga, maupun efektivitas pelayanan kesehatan. Fluktuasi tersebut juga mengisyaratkan bahwa pengalaman kesehatan masyarakat tidak selalu bergerak seiring dengan

indikator pembangunan lainnya. Dengan demikian, data ini memberikan gambaran bahwa persoalan kesehatan masyarakat di DIY bersifat kompleks dan sangat kontekstual antarwilayah.

Pada tahun 2015, Kabupaten Kulon Progo mencatat persentase penduduk dengan keluhan kesehatan tertinggi, yakni 42,60 persen. Posisi berikutnya ditempati Kabupaten Bantul sebesar 41,57 persen, Kabupaten Sleman 39,80 persen, Kabupaten Gunungkidul 38,17 persen, dan Kota Yogyakarta 33,66 persen. Susunan ini memperlihatkan bahwa pada awal periode pengamatan, keluhan kesehatan relatif tinggi hampir di seluruh wilayah, meskipun dengan tingkat yang berbeda-beda. Tingginya angka tersebut menunjukkan bahwa masalah kesehatan yang dirasakan penduduk masih menjadi persoalan yang luas, tidak hanya di wilayah pedesaan tetapi juga di kawasan yang lebih maju. Pada titik awal ini, Kulon Progo dan Bantul tampak menghadapi beban keluhan kesehatan yang lebih besar dibandingkan wilayah lainnya. Karena itu, tahun 2015 memberikan gambaran dasar bahwa kualitas kesehatan subjektif masyarakat DIY masih menghadapi tantangan yang cukup serius.

Tahun 2016 menunjukkan perubahan yang cenderung menurun di sebagian besar wilayah. Kabupaten Bantul turun menjadi 34,99 persen, Kabupaten Gunungkidul menjadi 35,38 persen, Kabupaten Sleman menjadi 35,55 persen, dan Kota Yogyakarta naik tipis menjadi 34,45 persen, sedangkan Kulon Progo masih tetap tinggi pada angka 42,09 persen. Penurunan yang cukup tajam di Bantul dan Sleman menandakan adanya perbaikan relatif dalam kondisi kesehatan yang dirasakan masyarakat. Namun, bertahannya angka Kulon Progo pada level yang tinggi menunjukkan bahwa masalah kesehatan tidak mereda secara merata di semua daerah. Perbedaan ini mengindikasikan bahwa determinan kesehatan masyarakat bekerja secara berbeda antarwilayah. Dengan demikian, tahun 2016 memperlihatkan awal pergeseran yang belum sepenuhnya seragam dalam pengalaman kesehatan penduduk.

Pada 2017, penurunan kembali terjadi di hampir seluruh wilayah. Kabupaten Bantul tercatat 33,22 persen, Kabupaten Gunungkidul 31,28 persen,

Kabupaten Kulon Progo 39,85 persen, Kabupaten Sleman 31,45 persen, dan Kota Yogyakarta 32,12 persen. Dibandingkan dua tahun sebelumnya, data ini menunjukkan perbaikan yang cukup nyata, khususnya di Gunungkidul dan Sleman yang turun ke kisaran sekitar 31 persen. Meskipun Kulon Progo masih menempati posisi tertinggi, penurunannya juga cukup berarti dibandingkan 2015 dan 2016. Pola ini dapat dibaca sebagai indikasi membaiknya kondisi kesehatan subjektif masyarakat di sebagian besar wilayah DIY. Oleh sebab itu, 2017 menjadi tahun yang menunjukkan kecenderungan penurunan beban keluhan kesehatan secara lebih luas.

Tahun 2018 menampilkan pola yang lebih beragam. Kabupaten Bantul turun lagi menjadi 31,85 persen, tetapi Kabupaten Gunungkidul justru naik menjadi 34,16 persen, Kabupaten Sleman melonjak menjadi 38,82 persen, dan Kota Yogyakarta naik menjadi 33,07 persen. Sementara itu, Kabupaten Kulon Progo sedikit menurun menjadi 37,85 persen. Kenaikan yang cukup kuat di Sleman menunjukkan bahwa keluhan kesehatan masyarakat dapat berubah cepat, bahkan setelah sempat menurun pada tahun sebelumnya. Hal ini mengingatkan bahwa indikator keluhan kesehatan sangat sensitif terhadap perubahan situasi kesehatan masyarakat, termasuk kemungkinan pengaruh musim, kejadian penyakit tertentu, atau perubahan pola pelaporan. Dengan demikian, tahun 2018 memperlihatkan bahwa perbaikan kesehatan masyarakat belum sepenuhnya stabil.

Pada 2019, pergeseran kembali terlihat cukup tajam. Kabupaten Bantul meningkat menjadi 36,94 persen, Kabupaten Gunungkidul naik menjadi 35,76 persen, Kabupaten Kulon Progo meningkat menjadi 39,14 persen, dan Kota Yogyakarta melonjak menjadi 39,59 persen. Berbeda dengan wilayah lain, Kabupaten Sleman justru turun menjadi 31,95 persen, menjadi daerah dengan persentase keluhan kesehatan terendah pada tahun itu. Kenaikan Kota Yogyakarta menjadi salah satu temuan penting karena memperlihatkan bahwa wilayah perkotaan pun tidak lepas dari tingginya persepsi gangguan kesehatan. Perubahan ini menandakan bahwa beban keluhan kesehatan pada tahun 2019 kembali menyebar dengan intensitas yang lebih kuat di beberapa daerah.

Karena itu, tahun 2019 menunjukkan bahwa kondisi kesehatan masyarakat DIY masih sangat fluktuatif dan belum menunjukkan pola penurunan yang mantap.

Pada 2020, persentase keluhan kesehatan di sebagian besar wilayah masih berada pada tingkat yang relatif tinggi. Kabupaten Bantul meningkat menjadi 38,69 persen, Kabupaten Gunungkidul 37,04 persen, Kabupaten Sleman 39,17 persen, dan Kota Yogyakarta 36,94 persen, sedangkan Kulon Progo justru turun menjadi 36,35 persen. Data ini memperlihatkan bahwa pada tahun tersebut, mayoritas wilayah mengalami peningkatan atau tetap berada pada level yang cukup tinggi. Tingginya keluhan kesehatan pada periode ini dapat dibaca sebagai cerminan meningkatnya kerentanan kesehatan masyarakat di tengah tekanan sosial-ekonomi dan situasi kesehatan yang tidak biasa. Walaupun tidak seluruh wilayah naik, pola umum menunjukkan bahwa persoalan kesehatan subjektif masih cukup menonjol. Dengan kata lain, 2020 menjadi tahun ketika beban keluhan kesehatan belum berhasil ditekan secara berarti.

Tahun 2021 memperlihatkan perubahan yang sangat mencolok. Kabupaten Bantul turun tajam menjadi 27,84 persen, Kabupaten Gunungkidul turun ke 20,63 persen, Kabupaten Kulon Progo turun ke 21,64 persen, dan Kota Yogyakarta juga turun ke 20,63 persen. Sebaliknya, Kabupaten Sleman justru melonjak menjadi 43,33 persen, tertinggi di antara seluruh wilayah pada tahun tersebut. Kontras yang sangat tajam ini menunjukkan bahwa dinamika kesehatan masyarakat tidak bergerak seragam dan dapat dipengaruhi oleh kondisi lokal yang sangat spesifik. Penurunan besar di empat wilayah memberi kesan adanya perbaikan yang kuat, tetapi lonjakan di Sleman menunjukkan bahwa persoalan kesehatan tetap bisa terkonsentrasi secara intensif di wilayah tertentu. Karena itu, tahun 2021 merupakan salah satu periode paling unik dalam keseluruhan deret data.

Tahun 2022 kembali menunjukkan lonjakan besar di beberapa daerah. Kabupaten Bantul meningkat menjadi 37,61 persen, Kabupaten Gunungkidul melonjak menjadi 40,63 persen, dan Kabupaten Kulon Progo bahkan mencapai

49,13 persen, tertinggi selama seluruh periode pengamatan. Sebaliknya, Kabupaten Sleman turun menjadi 30,27 persen, sedangkan Kota Yogyakarta hanya berada pada 25,06 persen. Kenaikan ekstrem di Kulon Progo menandakan bahwa keluhan kesehatan masyarakat pada tahun ini kembali meningkat sangat tajam di wilayah tersebut. Sementara itu, pola yang berlawanan di Sleman dan Kota Yogyakarta memperlihatkan bahwa tekanan kesehatan masyarakat tidak terjadi secara merata. Dengan demikian, data 2022 menegaskan kembali tingginya volatilitas indikator keluhan kesehatan di DIY.

Pada 2023, pola perubahan kembali bergeser. Kabupaten Bantul turun menjadi 30,97 persen, Kabupaten Gunungkidul turun tajam menjadi 22,91 persen, Kabupaten Kulon Progo turun menjadi 31,96 persen, dan Kabupaten Sleman juga turun menjadi 22,71 persen. Berbeda dengan empat wilayah tersebut, Kota Yogyakarta justru naik menjadi 31,65 persen. Penurunan di sebagian besar kabupaten menunjukkan adanya perbaikan relatif dibandingkan lonjakan yang terjadi pada tahun sebelumnya. Namun, naiknya Kota Yogyakarta menegaskan bahwa persoalan keluhan kesehatan belum sepenuhnya mereda secara merata. Tahun 2023 dengan demikian menggambarkan fase koreksi setelah fluktuasi tinggi, tetapi sekaligus memperlihatkan bahwa kestabilan kesehatan masyarakat belum sepenuhnya tercapai.

Jika dilihat secara komparatif, terdapat beberapa pola penting yang dapat ditarik dari keseluruhan data. Kabupaten Kulon Progo termasuk wilayah yang paling sering mencatat persentase keluhan kesehatan tinggi, bahkan mencapai puncak tertinggi pada 2022. Kabupaten Sleman menunjukkan fluktuasi paling tajam, dari tingkat yang relatif rendah lalu melonjak sangat tinggi pada 2021 sebelum turun kembali. Kota Yogyakarta cenderung berada pada tingkat menengah, tetapi sesekali mengalami kenaikan yang cukup kuat, sedangkan Gunungkidul memperlihatkan perubahan ekstrem dari tingkat tinggi ke sangat rendah lalu naik lagi. Bantul sendiri menunjukkan pola yang cukup dinamis, tetapi tidak seekstrem Sleman atau Kulon Progo. Pola-pola ini

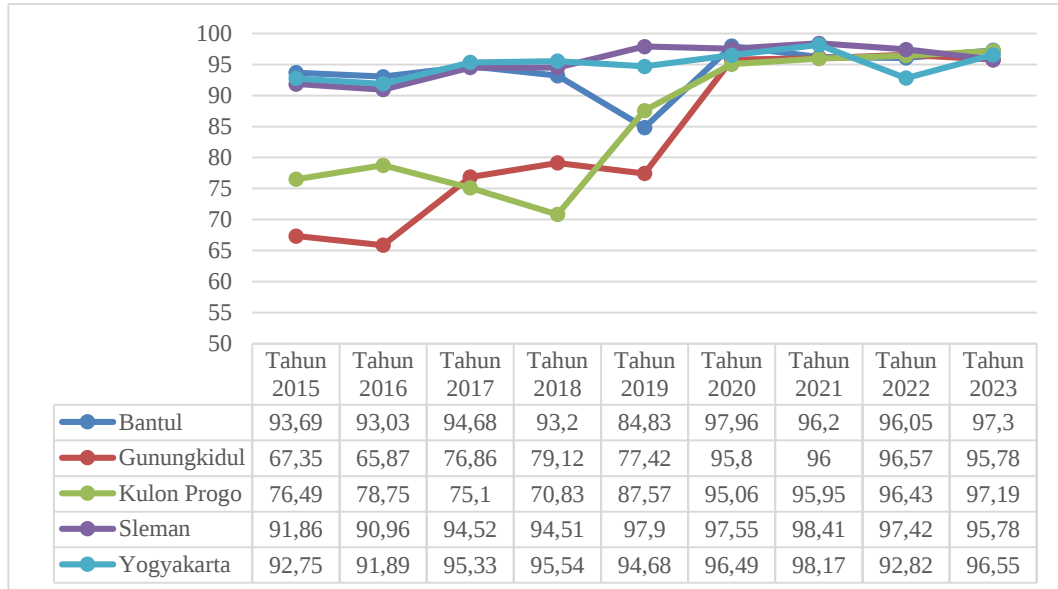
menunjukkan bahwa pengalaman kesehatan subjektif masyarakat di DIY sangat dipengaruhi oleh konteks lokal masing-masing wilayah.

Secara keseluruhan, data persentase penduduk dengan keluhan kesehatan di Daerah Istimewa Yogyakarta selama 2015–2023 menunjukkan bahwa kondisi kesehatan masyarakat bergerak dalam pola yang fluktuatif dan belum sepenuhnya stabil. Pada beberapa tahun, terjadi penurunan yang cukup tajam, tetapi pada tahun-tahun lain muncul lonjakan besar yang menunjukkan tingginya kerentanan kesehatan masyarakat. Temuan ini menegaskan bahwa peningkatan kualitas kesehatan tidak dapat hanya dibaca dari ketersediaan layanan kesehatan, melainkan juga harus dilihat dalam kaitannya dengan lingkungan hidup, kondisi ekonomi, pola kerja, sanitasi, serta daya tahan sosial masyarakat. Oleh karena itu, analisis terhadap keluhan kesehatan menjadi penting sebagai pintu masuk untuk memahami persoalan kesehatan masyarakat secara lebih dekat dan lebih nyata. Dalam konteks pembangunan daerah, data ini memperlihatkan bahwa keberhasilan pembangunan tidak hanya terletak pada pertumbuhan ekonomi atau peningkatan kualitas manusia, tetapi juga pada kemampuan menurunkan beban gangguan kesehatan yang dirasakan langsung oleh penduduk.

4.1.6. Sanitasi Layak

Sanitasi layak merupakan salah satu prasyarat mendasar bagi terwujudnya kualitas hidup masyarakat yang sehat, aman, dan bermartabat. Fasilitas sanitasi yang memenuhi standar kesehatan lingkungan berfungsi tidak hanya untuk menjaga kebersihan, tetapi juga untuk melindungi masyarakat dari risiko penyakit, menekan pencemaran, dan memperkuat ketahanan kesehatan publik. Dalam perspektif pembangunan manusia, akses terhadap sanitasi layak menjadi indikator penting karena berkaitan langsung dengan kualitas permukiman, perilaku hidup bersih, serta efektivitas pelayanan dasar yang diterima penduduk. Oleh sebab itu, tingkat ketersediaan sanitasi layak dapat digunakan untuk menilai sejauh mana pembangunan daerah telah menyentuh kebutuhan dasar masyarakat secara nyata. Berikut disajikan perkembangan

persentase sanitasi layak di Daerah Istimewa Yogyakarta selama periode 2015–2023.



Grafik 4.6. Persentase Sanitasi Layak di Daerah Istimewa Yogyakarta Tahun 2015-2023

Berdasarkan grafik 4.6, persentase sanitasi layak di lima kabupaten/kota Daerah Istimewa Yogyakarta selama 2015–2023 menunjukkan kecenderungan yang secara umum terus membaik, meskipun tingkat capaian dan kecepatan perubahannya tidak sepenuhnya sama antarwilayah. Sebagian daerah telah berada pada tingkat yang sangat tinggi sejak awal periode pengamatan, sementara daerah lain mengalami peningkatan bertahap sebelum akhirnya mendekati capaian yang hampir merata pada akhir periode. Pola ini memperlihatkan bahwa pembangunan sanitasi di DIY berlangsung progresif dan semakin inklusif. Pada saat yang sama, data juga menunjukkan bahwa masih terdapat dinamika naik-turun di beberapa wilayah, yang mengindikasikan bahwa keberlanjutan akses dan kualitas fasilitas sanitasi tetap perlu dijaga. Dengan demikian, grafik ini bukan hanya menggambarkan peningkatan angka pelayanan dasar, tetapi juga menunjukkan proses konvergensi pembangunan sanitasi antarkabupaten/kota.

Pada tahun 2015, Kabupaten Bantul mencatat persentase sanitasi layak sebesar 93,69 persen, Kota Yogyakarta 92,75 persen, dan Kabupaten Sleman

91,86 persen. Ketiga wilayah ini sejak awal telah menunjukkan capaian yang sangat tinggi, menandakan bahwa akses sanitasi layak relatif sudah mengakar kuat dalam struktur pelayanan dasar masyarakat. Sebaliknya, Kabupaten Kulon Progo dan Kabupaten Gunungkidul masih berada pada level yang lebih rendah, masing-masing sebesar 76,49 persen dan 67,35 persen. Kesenjangan ini menunjukkan bahwa pada awal periode pengamatan masih terdapat perbedaan yang cukup nyata antara wilayah yang lebih urban dan wilayah yang memiliki tantangan geografis maupun infrastruktur lebih besar. Dengan demikian, tahun 2015 menggambarkan kondisi awal ketika pembangunan sanitasi di DIY telah maju di beberapa daerah, tetapi belum sepenuhnya merata.

Tahun 2016 menunjukkan perubahan yang relatif kecil pada wilayah dengan capaian tinggi, tetapi memperlihatkan peningkatan pada beberapa daerah lain. Kabupaten Bantul sedikit turun menjadi 93,03 persen, Kota Yogyakarta turun menjadi 91,89 persen, dan Sleman menurun ke 90,96 persen, namun ketiganya tetap berada pada tingkat sanitasi layak yang sangat baik. Sementara itu, Kabupaten Kulon Progo justru meningkat menjadi 78,75 persen, meskipun Kabupaten Gunungkidul turun tipis menjadi 65,87 persen. Data ini menunjukkan bahwa pembangunan sanitasi tidak selalu bergerak secara linear setiap tahun, tetapi cenderung dipengaruhi oleh keberlanjutan program, kesiapan infrastruktur, dan kapasitas rumah tangga dalam mengakses fasilitas yang memenuhi standar. Meski demikian, secara umum tidak tampak kemunduran yang bersifat struktural. Oleh karena itu, 2016 dapat dibaca sebagai fase penyesuaian dalam upaya memperluas akses sanitasi yang lebih merata.

Pada 2017, gambaran sanitasi layak di DIY mulai menunjukkan penguatan yang lebih nyata. Kabupaten Bantul meningkat menjadi 94,68 persen, Kabupaten Gunungkidul melonjak cukup besar menjadi 76,86 persen, Kabupaten Sleman naik menjadi 94,52 persen, dan Kota Yogyakarta mencapai 95,33 persen. Berbeda dengan daerah lain, Kabupaten Kulon Progo justru sedikit turun menjadi 75,10 persen. Kenaikan tajam di Gunungkidul pada tahun ini menjadi sinyal penting bahwa wilayah yang sebelumnya tertinggal mampu

menunjukkan kemajuan berarti ketika intervensi pelayanan dasar berjalan lebih efektif. Pada saat yang sama, capaian tinggi di Bantul, Sleman, dan Kota Yogyakarta menegaskan kuatnya fondasi sanitasi di wilayah-wilayah tersebut. Dengan demikian, tahun 2017 memperlihatkan bahwa kesenjangan mulai menyempit, meskipun belum sepenuhnya hilang.

Tahun 2018 memperlihatkan pola yang sedikit lebih beragam. Kabupaten Bantul turun menjadi 93,20 persen dan Sleman juga turun tipis menjadi 94,51 persen, sementara Kota Yogyakarta justru meningkat menjadi 95,54 persen. Kabupaten Gunungkidul terus membaik hingga mencapai 79,12 persen, tetapi Kabupaten Kulon Progo mengalami penurunan cukup nyata menjadi 70,83 persen. Penurunan di Kulon Progo pada tahun ini menjadi catatan penting karena menunjukkan bahwa akses sanitasi layak tidak hanya berkaitan dengan perluasan cakupan, melainkan juga dengan keberlanjutan kualitas dan pemanfaatannya. Meskipun demikian, tiga wilayah dengan capaian tertinggi tetap menunjukkan stabilitas yang sangat kuat. Oleh sebab itu, tahun 2018 menegaskan bahwa pembangunan sanitasi di DIY bergerak maju, tetapi masih menyisakan tantangan di wilayah tertentu.

Pada 2019, perubahan besar mulai terlihat di beberapa kabupaten. Kabupaten Bantul turun cukup tajam menjadi 84,83 persen, berbeda dengan tahun-tahun sebelumnya yang selalu berada di atas 90 persen. Kabupaten Gunungkidul juga sedikit menurun menjadi 77,42 persen, sedangkan Kabupaten Kulon Progo justru melonjak tajam menjadi 87,57 persen. Pada saat yang sama, Sleman mencapai 97,90 persen dan Kota Yogyakarta berada pada 94,68 persen. Fluktuasi ini menunjukkan bahwa perkembangan sanitasi layak dapat berubah cukup drastis dalam waktu singkat, kemungkinan berkaitan dengan penyesuaian data, evaluasi standar, atau perubahan kondisi akses rumah tangga. Yang menarik, Kulon Progo pada tahun ini mencatat lompatan besar yang memperlihatkan percepatan pembangunan sanitasi yang sangat signifikan. Dengan demikian, 2019 menjadi titik penting yang memperlihatkan perubahan konfigurasi capaian sanitasi antardaerah.

Tahun 2020 menandai fase ketika hampir seluruh wilayah bergerak

menuju tingkat sanitasi layak yang sangat tinggi. Kabupaten Bantul meningkat tajam menjadi 97,96 persen, Kabupaten Gunungkidul melonjak menjadi 95,80 persen, Kabupaten Kulon Progo mencapai 95,06 persen, Kabupaten Sleman berada pada 97,55 persen, dan Kota Yogyakarta sebesar 96,49 persen. Data ini menunjukkan bahwa pada tahun tersebut, kesenjangan antardaerah menyempit secara drastis dan hampir seluruh kabupaten/kota berhasil menembus angka 95 persen. Capaian ini sangat penting karena menandakan bahwa akses sanitasi layak telah menjadi layanan dasar yang menjangkau hampir seluruh lapisan masyarakat di DIY. Dalam kerangka pembangunan kesehatan lingkungan, kondisi ini merefleksikan kemajuan yang sangat besar dibandingkan awal periode pengamatan. Oleh karena itu, 2020 dapat dilihat sebagai momentum konsolidasi besar pembangunan sanitasi di DIY.

Pada 2021, capaian sanitasi layak di seluruh wilayah tetap bertahan pada tingkat yang sangat tinggi. Kabupaten Bantul mencatat 96,20 persen, Kabupaten Gunungkidul 96,00 persen, Kabupaten Kulon Progo 95,95 persen, Kabupaten Sleman 98,41 persen, dan Kota Yogyakarta 98,17 persen. Meskipun tidak semuanya meningkat, kestabilan capaian ini menunjukkan bahwa layanan sanitasi layak tidak hanya berhasil diperluas, tetapi juga relatif mampu dipertahankan. Sleman dan Kota Yogyakarta kembali tampil sebagai wilayah dengan persentase tertinggi, namun perbedaannya dengan kabupaten lain sudah sangat tipis. Artinya, jarak pelayanan dasar yang pada awal periode cukup lebar kini telah menyempit secara substansial. Dengan demikian, tahun 2021 memperlihatkan bahwa DIY memasuki fase pemerataan sanitasi yang jauh lebih kuat.

Pada 2022, pola umum tetap menunjukkan tingkat sanitasi layak yang tinggi, walaupun terdapat sedikit perubahan di beberapa daerah. Kabupaten Bantul berada pada 96,05 persen, Kabupaten Gunungkidul meningkat menjadi 96,57 persen, Kabupaten Kulon Progo naik menjadi 96,43 persen, dan Sleman sedikit turun menjadi 97,42 persen. Berbeda dengan daerah lain, Kota Yogyakarta mengalami penurunan lebih nyata menjadi 92,82 persen, meskipun angka tersebut masih tergolong sangat baik. Penurunan ini menjadi pengingat

bahwa wilayah dengan capaian tinggi pun tetap perlu menjaga kesinambungan kualitas pelayanan dan perilaku sanitasi rumah tangga. Namun secara keseluruhan, 2022 tetap menunjukkan bahwa hampir seluruh wilayah DIY telah mencapai tingkat akses sanitasi layak yang sangat memadai. Dengan kata lain, perbaikan yang dibangun selama beberapa tahun sebelumnya masih dapat dipertahankan dengan cukup baik.

Pada 2023, tingkat sanitasi layak di Daerah Istimewa Yogyakarta menunjukkan capaian yang kembali sangat kuat. Kabupaten Bantul mencapai 97,30 persen, Kabupaten Gunungkidul 95,78 persen, Kabupaten Kulon Progo 97,19 persen, Kabupaten Sleman 95,78 persen, dan Kota Yogyakarta 96,55 persen. Data ini menegaskan bahwa pada akhir periode pengamatan, seluruh kabupaten/kota telah berada pada tingkat sanitasi layak di atas 95 persen, kecuali tidak ada lagi wilayah yang tertinggal jauh seperti pada awal periode. Capaian Kulon Progo yang meningkat dari 76,49 persen pada 2015 menjadi 97,19 persen pada 2023 merupakan salah satu perubahan paling menonjol dalam keseluruhan data. Demikian pula Gunungkidul, yang pada awalnya berada pada posisi terendah, berhasil naik secara signifikan hingga mendekati wilayah lain. Oleh sebab itu, tahun 2023 menutup periode pengamatan dengan gambaran pemerataan sanitasi yang jauh lebih baik.

Jika dicermati secara komparatif, terdapat dua kelompok pola utama dalam perkembangan sanitasi layak di DIY. Pertama, Bantul, Sleman, dan Kota Yogyakarta merupakan wilayah yang sejak awal sudah memiliki tingkat sanitasi layak sangat tinggi, sehingga tantangan utamanya lebih pada menjaga stabilitas dan kualitas layanan. Kedua, Gunungkidul dan Kulon Progo adalah wilayah yang memulai dari tingkat yang lebih rendah, tetapi justru menunjukkan percepatan peningkatan paling nyata sepanjang periode penelitian. Pola ini menunjukkan bahwa pembangunan pelayanan dasar di DIY tidak hanya berhasil mempertahankan wilayah yang sudah maju, tetapi juga mampu mendorong wilayah yang tertinggal untuk mengejar ketertinggalannya. Dengan kata lain, terjadi proses konvergensi yang cukup kuat dalam akses sanitasi antardaerah. Hal ini merupakan indikasi penting bahwa intervensi

pembangunan dasar telah bergerak ke arah yang lebih inklusif.

Secara keseluruhan, data persentase sanitasi layak tahun 2015–2023 menunjukkan bahwa Daerah Istimewa Yogyakarta telah mencapai kemajuan yang sangat berarti dalam pembangunan kesehatan lingkungan. Meskipun sempat terjadi fluktuasi pada beberapa wilayah dan beberapa tahun tertentu, arah umumnya tetap mengarah pada peningkatan dan pemerataan yang semakin kuat. Temuan ini menegaskan bahwa sanitasi layak bukan sekadar persoalan infrastruktur, melainkan bagian penting dari perlindungan kesehatan masyarakat, kualitas hidup, dan martabat sosial penduduk. Oleh karena itu, keberhasilan meningkatkan capaian sanitasi layak di hampir seluruh wilayah DIY patut dibaca sebagai salah satu indikator penting keberhasilan pembangunan daerah.

4.2. Analisis Statistik Deskriptif

Analisis deskriptif merupakan tahap awal yang dilakukan untuk mengetahui karakteristik data penelitian melalui ukuran pemusatan dan penyebaran data. Ukuran yang digunakan meliputi nilai rata-rata (mean), median, nilai minimum, nilai maksimum, dan standar deviasi. Hasil analisis deskriptif memberikan informasi mengenai kondisi masing-masing variabel penelitian serta variasi data yang terjadi selama periode pengamatan. Informasi tersebut menjadi dasar dalam memahami pola data sebelum dilakukan estimasi model regresi data panel (Wooldridge, 2021). Berikut tabel statistis deskriptif:

Tabel 4.1. Hasil Analisis Deskriptif

Variabel	Obs	Mean	Median	Minimum	Maksimum	Std. Dev.
Kemiskinan (%)	45	13	13,5	6,49	21,4	4,815
Pertumbuhan Ekonomi (%)	45	4,332	5,06	-4,05	13,49	3,089
IPM	45	78,649	80,01	67,41	88,61	6,355
Rasio Gini	45	0,398	0,406	0,316	0,519	0,046

Variabel	Obs	Mean	Median	Minimum	Maksimum	Std. Dev.
Persentase Jumlah Penduduk dengan Keluhan Kesehatan (%)	45	34,455	35,38	20,63	49,13	6,342
Sanitasi Layak (%)	45	90,76	94,68	65,87	98,41	9,01

Sumber: Data diolah penulis, 2026

Berdasarkan tabel statistik deskriptif di atas, seluruh variabel memiliki 45 observasi yang diperoleh dari lima kabupaten/kota di Daerah Istimewa Yogyakarta selama periode 2015–2023. Jumlah observasi yang sama pada seluruh variabel menunjukkan bahwa penelitian menggunakan balanced panel, sehingga setiap wilayah memiliki data yang lengkap untuk seluruh tahun pengamatan.

Variabel tingkat kemiskinan memiliki nilai rata-rata sebesar 13 persen dengan median sebesar 13,5 persen. Nilai median yang sedikit lebih tinggi dibandingkan rata-rata menunjukkan bahwa sebagian besar pengamatan berada pada tingkat kemiskinan yang relatif lebih tinggi dari rata-rata keseluruhan. Tingkat kemiskinan terendah sebesar 6,49 persen, sedangkan nilai tertinggi mencapai 21,4 persen. Selisih antara nilai minimum dan maksimum mencapai 14,91 poin persentase, yang menunjukkan adanya perbedaan kondisi kemiskinan yang cukup besar antar wilayah maupun antar tahun. Standar deviasi sebesar 4,815 memperlihatkan bahwa tingkat kemiskinan masih memiliki penyebaran yang relatif tinggi. Kondisi ini menunjukkan bahwa capaian penurunan kemiskinan selama periode penelitian belum berlangsung secara merata pada seluruh kabupaten/kota di DIY.

Variabel pertumbuhan ekonomi menunjukkan nilai rata-rata sebesar 4,332 persen, sedangkan median sebesar 5,06 persen. Median yang lebih tinggi dibandingkan rata-rata mengindikasikan bahwa terdapat beberapa observasi

dengan pertumbuhan rendah yang menurunkan nilai rata-rata keseluruhan. Hal tersebut terlihat dari adanya nilai minimum sebesar $-4,05$ persen, yang menunjukkan terjadinya kontraksi ekonomi pada salah satu periode pengamatan. Nilai maksimum mencapai $13,49$ persen, sehingga rentang pertumbuhan ekonomi mencapai $17,54$ poin persentase. Standar deviasi sebesar $3,089$ menunjukkan bahwa pertumbuhan ekonomi mengalami perubahan yang cukup nyata antar waktu, namun tingkat penyebarannya masih lebih rendah dibandingkan tingkat kemiskinan. Kondisi ini mengindikasikan bahwa aktivitas ekonomi di kabupaten/kota DIY mengalami dinamika selama periode penelitian.

Variabel Indeks Pembangunan Manusia (IPM) memiliki rata-rata sebesar $78,649$ dan median sebesar $80,01$. Perbedaan yang relatif kecil antara mean dan median menunjukkan bahwa distribusi data IPM cenderung seimbang dan tidak dipengaruhi oleh nilai ekstrem. Nilai minimum sebesar $67,41$ dan maksimum sebesar $88,61$ menunjukkan adanya selisih sebesar $21,20$ poin antar wilayah dan antar tahun. Standar deviasi sebesar $6,355$ menunjukkan bahwa pembangunan manusia di DIY masih menunjukkan perbedaan capaian antar daerah. Namun, rata-rata IPM yang mendekati angka 80 menunjukkan bahwa secara umum kualitas pembangunan manusia di DIY berada pada tingkat yang cukup baik selama periode penelitian.

Variabel rasio gini memiliki rata-rata sebesar $0,398$ dengan median sebesar $0,406$. Nilai rata-rata dan median yang hampir sama menunjukkan bahwa distribusi data ketimpangan relatif stabil. Nilai minimum sebesar $0,316$ dan maksimum sebesar $0,519$ menghasilkan rentang sebesar $0,203$. Dibandingkan variabel lain, rasio gini memiliki standar deviasi paling kecil, yaitu $0,046$, yang menunjukkan bahwa tingkat ketimpangan pendapatan tidak mengalami perubahan yang terlalu besar selama periode pengamatan. Dengan kata lain, variasi ketimpangan antar wilayah di DIY cenderung lebih rendah dibandingkan variasi yang terjadi pada indikator ekonomi dan sosial lainnya.

Variabel persentase jumlah penduduk dengan keluhan kesehatan memiliki rata-rata sebesar $34,455$ dengan median $35,38$. Nilai rata-rata yang

mendekati median menunjukkan bahwa data cenderung tersebar secara relatif merata. Nilai minimum sebesar 20,63 dan maksimum sebesar 49,13 menunjukkan rentang sebesar 28,50 poin. Standar deviasi sebesar 6,342 menunjukkan bahwa terdapat perbedaan jumlah penduduk dengan keluhan kesehatan antar wilayah maupun antar periode. Variasi tersebut dapat mencerminkan perbedaan kondisi kesehatan masyarakat, akses layanan kesehatan, maupun karakteristik demografis di masing-masing daerah.

Variabel sanitasi layak memiliki rata-rata sebesar 90,76 persen dan median sebesar 94,68 persen. Median yang lebih tinggi dibandingkan rata-rata menunjukkan bahwa sebagian besar wilayah telah memiliki akses sanitasi layak pada tingkat yang tinggi, meskipun masih terdapat beberapa observasi dengan capaian yang relatif rendah. Nilai minimum sebesar 65,87 persen dan maksimum sebesar 98,41 persen menghasilkan rentang sebesar 32,54 poin persentase, yang merupakan salah satu rentang terbesar di antara seluruh variabel penelitian. Standar deviasi sebesar 9,01 menunjukkan bahwa akses sanitasi layak masih cukup beragam antar kabupaten/kota dan antar tahun. Meskipun demikian, nilai rata-rata yang mendekati 91 persen menunjukkan bahwa secara umum kondisi sanitasi di DIY sudah berada pada tingkat yang baik.

Secara keseluruhan, hasil statistik deskriptif menunjukkan bahwa rasio gini merupakan variabel dengan tingkat variasi paling rendah sehingga kondisinya relatif stabil selama periode penelitian. Sebaliknya, sanitasi layak, kemiskinan, dan jumlah penduduk dengan keluhan kesehatan menunjukkan variasi yang lebih besar antar observasi. Temuan ini memberikan indikasi awal bahwa terdapat perbedaan karakteristik sosial dan ekonomi antar kabupaten/kota di DIY yang dapat memengaruhi hasil estimasi pada tahap analisis regresi data panel.

4.3. Analisis Data Panel

4.3.1. Estimasi Model Regresi Panel

Dalam penelitian ini, estimasi model regresi data panel dilakukan

melalui tiga pendekatan utama, yaitu *Common Effect Model* (CEM), *Fixed Effect Model* (FEM), dan *Random Effect Model* (REM). Penggunaan ketiga pendekatan tersebut dimaksudkan untuk memperoleh model yang paling tepat dalam menjelaskan hubungan antarvariabel, sekaligus mempertimbangkan kemungkinan adanya perbedaan karakteristik spesifik pada masing-masing unit observasi dan variasi antarwaktu. Seluruh proses pengolahan data dilakukan dengan bantuan aplikasi Stata, sehingga hasil estimasi yang diperoleh dapat menjadi dasar yang lebih kuat untuk menentukan model panel yang paling sesuai bagi analisis penelitian ini.

a. *Commond Effect*

Tabel 4.2. Hasil olah data estimasi dengan *Commond Effect Model*

Variabel Dependen: Tingkat Kemiskinan				
Variabel Independen	Model 1		Model 2	
	<i>Commond Effect</i>		<i>Commond Effect</i>	
	Koefisien	Prob.	Koefisien	Prob.
PE	.01999374	0.818	-.1268017	0.343
IPM	-.8841335	0.000	-.9200354	0.000
Gini	30.30514	0.008	33.74557	0.005
JPKS	.0591061	0.163	.0390375	0.382
Sanitasi	.0039555	0.918	.0106736	0.782
Inter_gini_pe	-	-	-2.962119	0.324
Inter_kes_pe	-	-	0.375446	0.228
C	67.9946	0.000	84.32186	0.000
<i>R-square</i>	0.08946		0.9029	
<i>F-statistic</i>	66.17		49.15	
<i>Prob (F-statistic)</i>	0.0000		0.0000	

Sumber: data diolah penulis (2026)

Berdasarkan hasil estimasi *Common Effect Model* (CEM) pada Tabel 4.1, model 1 secara simultan terbukti signifikan dalam menjelaskan variasi tingkat kemiskinan, sebagaimana ditunjukkan oleh nilai Prob (F-statistic) sebesar 0,0000 dan F-statistic sebesar 66,17. Hal ini menunjukkan bahwa pertumbuhan ekonomi, IPM, rasio Gini, penduduk dengan keluhan kesehatan, dan sanitasi layak secara bersama-sama berpengaruh terhadap tingkat

kemiskinan. Namun demikian, nilai R-square sebesar 0,08946 mengindikasikan bahwa kemampuan model dalam menjelaskan variasi kemiskinan masih relatif terbatas, yakni sekitar 8,95 persen, sehingga sebagian besar variasi tingkat kemiskinan masih dipengaruhi oleh faktor lain di luar model. Temuan ini menunjukkan bahwa kemiskinan merupakan persoalan multidimensional yang tidak dapat dijelaskan hanya oleh beberapa indikator makro sosial-ekonomi semata.

Secara parsial, hanya IPM dan rasio Gini yang terbukti berpengaruh signifikan terhadap tingkat kemiskinan. IPM berpengaruh negatif dan signifikan, yang berarti peningkatan kualitas pembangunan manusia berperan nyata dalam menurunkan kemiskinan, sedangkan rasio Gini berpengaruh positif dan signifikan, yang menunjukkan bahwa semakin tinggi ketimpangan pendapatan, semakin besar tingkat kemiskinan. Sementara itu, pertumbuhan ekonomi, penduduk dengan keluhan kesehatan, dan sanitasi layak tidak berpengaruh signifikan secara statistik. Dengan demikian, hasil ini menegaskan bahwa upaya penanggulangan kemiskinan tidak cukup hanya mengandalkan pertumbuhan ekonomi, tetapi harus disertai dengan peningkatan kualitas manusia dan pengurangan ketimpangan agar manfaat pembangunan dapat dirasakan secara lebih merata oleh masyarakat.

Sedangkan pada model 2, diperoleh nilai F-statistic sebesar 49,15 dengan probabilitas 0,0000, yang menunjukkan bahwa secara simultan variabel-variabel independen dalam penelitian ini berpengaruh terhadap variabel dependen pada tingkat signifikansi 5 persen. Secara parsial, hanya IPM dan rasio Gini yang terbukti berpengaruh signifikan terhadap tingkat kemiskinan. Sementara itu, pertumbuhan ekonomi, persentase penduduk dengan keluhan kesehatan, dan sanitasi layak memang menunjukkan hubungan dengan tingkat kemiskinan, tetapi pengaruhnya belum signifikan secara statistik pada taraf signifikansi 5 persen.

Ditinjau dari arah koefisiennya, IPM memiliki nilai koefisien negatif, yang berarti terdapat hubungan berlawanan arah antara IPM dan tingkat kemiskinan. Dengan demikian, peningkatan IPM cenderung diikuti oleh

penurunan tingkat kemiskinan. Sebaliknya, rasio Gini memiliki koefisien positif, yang menunjukkan bahwa semakin tinggi ketimpangan pendapatan, semakin tinggi pula tingkat kemiskinan di suatu daerah.

Adapun pada variabel interaksi, baik interaksi antara rasio Gini dan pertumbuhan ekonomi maupun interaksi antara penduduk dengan keluhan kesehatan dan pertumbuhan ekonomi, hasilnya menunjukkan bahwa pertumbuhan ekonomi belum terbukti memperkuat maupun memperlemah pengaruh kedua variabel tersebut terhadap tingkat kemiskinan. Dengan kata lain, dalam model ini pertumbuhan ekonomi belum berperan sebagai variabel moderasi yang signifikan.

b. Fixed Effect Model

Tabel 4.3. Hasil estimasi *Fixed Effect Model*

Variabel Dependen: Tingkat Kemiskinan				
Variabel Independen	Model 1		Model 2	
	<i>Fixed Effect</i>		<i>Fixed Effect</i>	
	Koefisien	Prob.	Koefisien	Prob.
PE	-.0613292	0.117	-.1030091	0.144
IPM	-.801529	0.000	-.799617	0.000
Gini	.8306248	0.871	.7206114	0.898
JPKS	-.0319511	0.109	-.0387081	0.088
Sanitasi	-.0227855	0.264	-.025457	0.245
Inter_gini_pe	-	-	-.182028	0.877
Inter_kes_pe	-	-	0.109143	0.484
C	79.14319	0.000	77.95834	0.000
<i>R-square</i>	0.08946		0.7600	
<i>F-statistic</i>	66.17		14.93	
<i>Prob (F-statistic)</i>	0.0000		0.0000	

Sumber: data diolah penulis (2026)

Berdasarkan hasil estimasi *Fixed Effect Model* (FEM) tabel 4.2 di atas diketahui bahwa model 1 secara keseluruhan terbukti signifikan dalam menjelaskan variasi tingkat kemiskinan, yang ditunjukkan oleh nilai Prob (F-statistic) sebesar 0,0000 dengan F-statistic sebesar 21,69. Hal ini berarti bahwa

variabel pertumbuhan ekonomi, IPM, rasio Gini, penduduk dengan keluhan kesehatan, dan sanitasi layak secara simultan berpengaruh terhadap tingkat kemiskinan. Nilai R-square (within) sebesar 0,7560 menunjukkan bahwa sekitar 75,60 persen variasi tingkat kemiskinan dalam masing-masing kabupaten/kota dari waktu ke waktu dapat dijelaskan oleh variabel-variabel dalam model. Dengan demikian, FEM memiliki daya jelas yang cukup kuat untuk menangkap dinamika perubahan kemiskinan di tiap wilayah selama periode pengamatan. Hasil ini juga mengindikasikan bahwa pendekatan fixed effect cukup relevan karena mampu mengakomodasi karakteristik khusus masing-masing daerah yang tidak teramati secara langsung, tetapi memengaruhi tingkat kemiskinan.

Secara parsial, hanya IPM yang terbukti berpengaruh signifikan terhadap tingkat kemiskinan, dengan koefisien -0,801529 dan nilai probabilitas 0,000. Temuan ini menegaskan bahwa peningkatan kualitas pembangunan manusia secara nyata mampu menurunkan tingkat kemiskinan, sehingga IPM menjadi faktor kunci dalam menjelaskan perubahan kemiskinan antarwaktu di setiap daerah. Sementara itu, pertumbuhan ekonomi memiliki koefisien -0,0613292 dengan probabilitas 0,117, rasio Gini sebesar 0,8306248 dengan probabilitas 0,871, penduduk dengan keluhan kesehatan sebesar -0,0319511 dengan probabilitas 0,109, dan sanitasi layak sebesar -0,0227855 dengan probabilitas 0,264; seluruhnya tidak signifikan secara statistik. Meskipun beberapa variabel menunjukkan arah hubungan yang sesuai teori—seperti pertumbuhan ekonomi, keluhan kesehatan, dan sanitasi yang berkoefisien negatif—pengaruhnya belum cukup kuat untuk dinyatakan berperan nyata dalam model ini. Secara substantif, hasil ini menunjukkan bahwa dalam kerangka FEM, penurunan kemiskinan di Daerah Istimewa Yogyakarta lebih banyak ditentukan oleh perbaikan kualitas manusia daripada semata-mata oleh pertumbuhan ekonomi, pemerataan pendapatan, kondisi kesehatan subjektif, atau akses sanitasi layak.

Pada model 2 diperoleh nilai *F-statistic* sebesar 14,93 dengan probabilitas 0,0000, yang menunjukkan bahwa secara simultan seluruh variabel

independen dalam penelitian ini berpengaruh terhadap variabel dependen pada tingkat signifikansi 5 persen. Secara parsial, hanya IPM yang terbukti berpengaruh signifikan terhadap tingkat kemiskinan pada taraf signifikansi 5 persen. Sementara itu, persentase penduduk dengan keluhan kesehatan berpengaruh signifikan terhadap tingkat kemiskinan pada taraf signifikansi 10 persen. Adapun pertumbuhan ekonomi, sanitasi layak, interaksi rasio Gini dengan pertumbuhan ekonomi, serta interaksi penduduk dengan keluhan kesehatan dengan pertumbuhan ekonomi menunjukkan arah pengaruh terhadap tingkat kemiskinan, tetapi tidak signifikan secara statistik pada taraf signifikansi 5 persen.

Selanjutnya, dilihat dari arah koefisien, IPM memiliki koefisien bernilai negatif, yang berarti terdapat hubungan berlawanan arah antara IPM dan tingkat kemiskinan. Dengan demikian, peningkatan IPM cenderung diikuti oleh penurunan tingkat kemiskinan. Sebaliknya, rasio Gini memiliki koefisien positif, yang menunjukkan bahwa peningkatan ketimpangan pendapatan berkaitan dengan kenaikan tingkat kemiskinan di daerah. Temuan ini menegaskan bahwa kualitas pembangunan manusia memiliki peran penting dalam menekan kemiskinan, sedangkan ketimpangan justru memperburuk kondisi kesejahteraan masyarakat.

Adapun untuk variabel interaksi, baik interaksi antara rasio Gini dan pertumbuhan ekonomi maupun interaksi antara penduduk dengan keluhan kesehatan dan pertumbuhan ekonomi, hasil estimasi menunjukkan bahwa pertumbuhan ekonomi belum terbukti memperkuat ataupun memperlemah pengaruh kedua variabel tersebut terhadap tingkat kemiskinan. Dengan kata lain, dalam model ini pertumbuhan ekonomi belum berfungsi sebagai variabel moderasi yang signifikan, baik dalam hubungan antara ketimpangan pendapatan dan kemiskinan maupun antara keluhan kesehatan dan kemiskinan.

c. *Random Effect Model*

Tabel 4.4. Hasil estimasi *Random Effect Model*

Variabel Dependen: Tingkat Kemiskinan				
Variabel Independen	Model 1		Model 2	
	<i>Random Effect</i>		<i>Random Effect</i>	
	Koefisien	Prob.	Koefisien	Prob.
PE	.0199374	0.817	-.1268017	0.336
IPM	-.8841355	0.000	-9.200354	0.000
Gini	30.30514	0.006	33.74557	0.003
JPKS	.0591061	0.156	0.3090375	0.376
Sanitasi	.00359555	0.917	0.106736	0.780
Inter_gini_pe	-	-	-2.962119	0.317
Inter_kes_pe	-	-	.0375446	0.220
C	67.9946	0.000	84.32186	0.000
R-square (within)	0.50908		0.4661	
Wald Chi2 (5)	330.85		344.08	
Prob (F-statistic)	0.0000		0.0000	

Sumber: data diolah penulis (2026)

Berdasarkan hasil estimasi Random Effect Model (REM) tabel 4.3, diketahui bahwa model 1 secara keseluruhan terbukti signifikan dalam menjelaskan variasi tingkat kemiskinan, sebagaimana ditunjukkan oleh nilai Prob sebesar 0,0000 dan Wald Chi2 (5) sebesar 330,85. Hal ini berarti bahwa variabel pertumbuhan ekonomi, IPM, rasio Gini, penduduk dengan keluhan kesehatan, dan sanitasi layak secara simultan memiliki pengaruh terhadap tingkat kemiskinan. Nilai R-square (within) sebesar 0,50908 menunjukkan bahwa sekitar 50,91 persen variasi tingkat kemiskinan dalam model dapat dijelaskan oleh variabel-variabel independen yang digunakan, sedangkan sisanya dipengaruhi oleh faktor lain di luar model. Temuan ini memperlihatkan bahwa model REM memiliki daya jelas yang cukup baik dalam menangkap dinamika kemiskinan, khususnya ketika variasi antarwilayah diperlakukan sebagai bagian dari komponen acak dalam model.

Secara parsial, hasil estimasi menunjukkan bahwa hanya IPM dan rasio

Gini yang berpengaruh signifikan terhadap tingkat kemiskinan. IPM memiliki koefisien -0,8841355 dengan nilai probabilitas 0,000, yang berarti berpengaruh negatif dan signifikan; artinya, peningkatan kualitas pembangunan manusia secara nyata mampu menurunkan tingkat kemiskinan. Sebaliknya, rasio Gini memiliki koefisien 30,30514 dengan probabilitas 0,006, yang menunjukkan pengaruh positif dan signifikan, sehingga semakin tinggi ketimpangan distribusi pendapatan, semakin besar pula tingkat kemiskinan. Sementara itu, pertumbuhan ekonomi dengan koefisien 0,0199374 dan probabilitas 0,817, penduduk dengan keluhan kesehatan dengan koefisien 0,0591061 dan probabilitas 0,156, serta sanitasi layak dengan koefisien 0,00359555 dan probabilitas 0,917 tidak terbukti signifikan secara statistik. Dengan demikian, hasil REM menegaskan bahwa penurunan kemiskinan di Daerah Istimewa Yogyakarta lebih erat berkaitan dengan peningkatan kualitas manusia dan perbaikan distribusi pendapatan dibandingkan dengan pertumbuhan ekonomi, kondisi kesehatan subjektif, atau capaian sanitasi layak semata.

Pada model 2, hasil estimasi *Random Effect Model* (REM) menunjukkan bahwa model secara keseluruhan signifikan dalam menjelaskan variasi tingkat kemiskinan. Hal ini tercermin dari nilai *Wald chi2* sebesar 344,08 dengan probabilitas 0,0000, yang berarti bahwa seluruh variabel independen dalam model secara simultan berpengaruh terhadap tingkat kemiskinan. Sementara itu, nilai R-square (within) sebesar 0,4661 menunjukkan bahwa sekitar 46,61 persen variasi tingkat kemiskinan dapat dijelaskan oleh variabel pertumbuhan ekonomi, IPM, rasio Gini, penduduk dengan keluhan kesehatan, sanitasi layak, serta dua variabel interaksi yang dimasukkan dalam model. Dengan demikian, model ini memiliki kemampuan penjelas yang cukup memadai, meskipun masih terdapat sebagian variasi kemiskinan yang dipengaruhi oleh faktor-faktor lain di luar model.

Secara parsial, terdapat dua variabel yang terbukti berpengaruh signifikan terhadap tingkat kemiskinan, yaitu IPM dan rasio Gini. Variabel IPM memiliki koefisien -9,200354 dengan nilai probabilitas 0,000, yang menunjukkan bahwa IPM berpengaruh negatif dan signifikan terhadap tingkat

kemiskinan. Artinya, peningkatan kualitas pembangunan manusia berkaitan erat dengan penurunan tingkat kemiskinan. Semakin tinggi capaian pembangunan manusia, semakin besar peluang masyarakat untuk meningkatkan produktivitas, memperoleh akses pendidikan dan kesehatan yang lebih baik, serta memperbaiki taraf hidupnya. Sebaliknya, variabel rasio Gini memiliki koefisien 33,74557 dengan probabilitas 0,003, sehingga berpengaruh positif dan signifikan terhadap tingkat kemiskinan. Hasil ini menegaskan bahwa semakin tinggi ketimpangan distribusi pendapatan, semakin besar pula tingkat kemiskinan di daerah. Dalam konteks ini, kemiskinan tidak hanya dipengaruhi oleh rendahnya kapasitas individu, tetapi juga oleh tidak meratanya distribusi hasil pembangunan.

Di luar dua variabel tersebut, pertumbuhan ekonomi (PE_c), penduduk dengan keluhan kesehatan (JPKS_c), dan sanitasi layak tidak terbukti signifikan secara statistik. Pertumbuhan ekonomi memiliki koefisien -0,1268017 dengan probabilitas 0,336, keluhan kesehatan memiliki koefisien 0,3090375 dengan probabilitas 0,376, sedangkan sanitasi layak memiliki koefisien 0,106736 dengan probabilitas 0,780. Selain itu, dua variabel interaksi, yaitu interaksi rasio Gini dan pertumbuhan ekonomi (Inter_gini_pe) serta interaksi keluhan kesehatan dan pertumbuhan ekonomi (Inter_kes_pe), juga tidak signifikan, masing-masing dengan probabilitas 0,317 dan 0,220. Temuan ini menunjukkan bahwa pertumbuhan ekonomi dalam model ini belum terbukti berperan sebagai variabel moderasi yang memperkuat atau memperlemah pengaruh ketimpangan maupun keluhan kesehatan terhadap kemiskinan. Secara substantif, hasil ini menegaskan bahwa penurunan kemiskinan lebih ditentukan oleh peningkatan kualitas manusia dan pengurangan ketimpangan pendapatan dibandingkan oleh pertumbuhan ekonomi semata atau interaksi pertumbuhan dengan variabel sosial lainnya.

4.3.2. Teknik Penaksiran Model

a. Uji Chow

Uji Chow merupakan pengujian untuk membandingkan model

Common Effect Model dan *Fixed Effect Model*. Tujuannya agar didapatkan model yang sesuai untuk data penelitian. Hipotesis nol menyatakan *Common Effect* sesuai untuk data penelitian. Sedangkan hipotesis alternatif menyatakan model *Fixed Effect Model* lebih tepat bagi data penelitian.

Tabel 4.5 Hasil Uji Chow Regresi

Statistik Uji	Nilai	
	Model 1	Model 2
F-statistic	50.97	44.47
df	4.35	4.33
Prob>F	0.0000	0.0000
rho	0.8897	rho
Corr(u_i,Xb)	-0.34337	Corr(u_i,Xb)

Sumber: data diolah penulis (2026)

Berdasarkan tabel 4.4 di atas diketahui nilai F statistik model 1 sebesar 50,97 dengan probabilitas 0.0000. Di mana nilai probabilitas berada di bawah tingkat signifikansi lima persen. Dilihat dari hasil pengujian tersebut, menyebabkan hipotesis nol ditolak (model *Common Effect* dinilai kurang sesuai untuk data penelitian). Berdasarkan uji Chow ini model *Fixed Effect* terpilih sebagai pendekatan regresi panel dalam penelitian ini. Pendekatan ini memperhitungkan perbedaan karakteristik antar kabupaten atau kota.

Hasil pengujian model 2 menunjukkan nilai F sebesar 44,47 dengan derajat kebebasan tercatat sebesar F(4,33) pada pengujian tersebut. Nilai probabilitas sebesar 0,0000 berada di bawah taraf signifikansi lima persen. Hasil tersebut menunjukkan penolakan terhadap hipotesis nol penelitian. Artinya model *fixed effect* dinilai lebih tepat untuk menjelaskan variasi data panel. Perbedaan karakteristik antar kabupaten atau kota berpengaruh terhadap model.

Nilai rho sebesar 0,8897 menunjukkan dominasi variasi antar unit wilayah. Sebagian besar variasi kesalahan berasal dari perbedaan karakteristik masing-masing daerah. Kondisi tersebut mendukung penggunaan pendekatan *fixed effect* dalam penelitian.

Nilai korelasi antara efek individu dan variabel penjelas sebesar

-0,3437. Nilai tersebut menunjukkan hubungan antara karakteristik wilayah dan variabel independen. Keberadaan korelasi tersebut memperkuat pemilihan model *fixed effect*.

b. Uji Hausman

Uji Hausman berfungsi menentukan model regresi panel yang paling tepat antara *Fixed Effect Model* dan *Random Effect Model*. Pengujian ini dilakukan untuk mengetahui adanya hubungan antara efek individu dan variabel independen.

Tabel 4.6 Hasil Uji Hausman Regresi

Statistik Uji	Nilai	
	Model 1	Model 2
Chi-square	-14.06	-18.23
df	5	7

Sumber: data diolah penulis (2026)

Berdasarkan table 4.6 di atas baik model 1 maupun model 2 diketahui nilai *Chi-Square* bernilai negatif. Nilai negatif muncul karena ada perbedaan matriks kovarians kedua estimasi model. Artinya ada kegagalan pemenuhan asumsi asimtomatik pengujian Hausman. Selain itu dapat juga terjadi karena ukuran data panel nya kecil, sehingga unit *cross section* terbatas menyebabkan estimasi kovarians kurang stabil. Menurut Genre (2018) pengujian *Sigmamore* menjadi salah satu pendekatan yang bisa dilakukan. Berikut hasil olah data stata uji *Hasuman* dengan *Sigmamore*:

Tabel 4.7 Hasil Uji Hausman dengan Sigmamore Regresi

Statistik Uji	Nilai	
	Model 1	Model 2
Chi-square	33.29	31.21
df	4	4
Prob>chi2	0.0000	0.0000

Sumber: data diolah penulis (2026)

Berdasarkan hasil uji Hausman dengan pendekatan sigmamore (Tabel 4.7), pada model 1 diperoleh nilai Chi-Square sebesar 33.29 dengan

probabilitas 0,0000 dan model 2 Chi-Square sebesar 31.21 dengan probabilitas 0,0000 . Karena nilai probabilitas tersebut lebih kecil dari 0,05, maka hipotesis nol ditolak. Hasil ini menunjukkan adanya perbedaan koefisien yang sistematis antara *Fixed Effect Model* (FEM) dan *Random Effect Model* (REM), sehingga *Fixed Effect Model* dinilai lebih tepat digunakan dalam penelitian ini. Dengan demikian, pemilihan model tidak hanya didasarkan pada pertimbangan teknis statistik, tetapi juga pada kemampuan model dalam menangkap karakteristik data panel secara lebih akurat.

Uraian pengujian ini dilakukan untuk menentukan model terbaik di antara pendekatan *common effect*, *fixed effect*, dan *random effect*. Hasil uji *fixed effect* menunjukkan bahwa nilai *F test all u_i = 0* signifikan pada tingkat probabilitas 0,0000, yang berarti bahwa karakteristik khusus masing-masing kabupaten/kota memiliki pengaruh nyata dan tidak dapat diabaikan dalam model. Selanjutnya, uji *Hausman* dengan pendekatan *sigmamore* menghasilkan nilai $chi^2(4) = 33,29$ dengan $Prob > chi^2 = 0,0000$, yang semakin menegaskan bahwa *fixed effect* merupakan model yang paling tepat untuk digunakan.

Pemilihan *fixed effect* memiliki implikasi substantif yang penting dalam analisis ini. Temuan tersebut menunjukkan bahwa variasi kemiskinan yang mampu dijelaskan model terutama bersumber dari perubahan yang terjadi di dalam masing-masing kabupaten/kota dari waktu ke waktu, bukan semata-mata dari perbedaan tetap antarwilayah. Dengan kata lain, koefisien regresi lebih tepat ditafsirkan sebagai hubungan antara perubahan pertumbuhan ekonomi, IPM, rasio Gini, penduduk dengan keluhan kesehatan, dan sanitasi layak dalam suatu daerah dengan perubahan tingkat kemiskinan pada daerah yang sama selama periode pengamatan. Oleh karena itu, pendekatan ini memberikan landasan analitis yang lebih kuat untuk memahami dinamika kemiskinan secara lebih kontekstual dan spesifik pada masing-masing wilayah.

Penolakan hipotesis nol menunjukkan model *random effect* tidak sesuai digunakan. Model *fixed effect* dinilai lebih tepat untuk analisis data panel. Perbedaan koefisien antara kedua model bersifat sistematis secara statistik.

Penggunaan opsi sigmamore dilakukan untuk mengatasi permasalahan matriks varians. Opsi tersebut menghasilkan matriks kovarians yang lebih stabil pada pengujian. Hasil pengujian menjadi dapat diinterpretasikan meskipun terdapat peringatan teknis.

Peringatan terkait matriks tidak positif definit menunjukkan adanya keterbatasan data. Kondisi tersebut dapat disebabkan oleh jumlah sampel relatif kecil. Perbedaan skala variabel juga dapat memengaruhi hasil pengujian Hausman.

Meskipun terdapat peringatan teknis, hasil pengujian tetap dapat digunakan. Nilai probabilitas yang sangat kecil menunjukkan perbedaan koefisien signifikan. Oleh karena itu, model *fixed effect* dipilih sebagai model terbaik penelitian pada kedua model.

4.4. Pengujian Hipotesis Penelitian

Pengujian hipotesis penelitian yang digunakan meliputi Uji Autokorelasi, Uji Koefisien Determinasi (R^2), Uji Parsial (uji t), dan Uji Simultan (uji F). Hasil pengujiannya sebagai berikut:

4.4.1 Uji Autokorelasi

Tabel 4.8 Hasil Uji Autokorelasi Regresi

Statistik Uji	Nilai	
	Model 1	Model 2
F-statistik	83.583	54.808
df	1.4	1.4
Prob>F	0.0008	0.0018

Sumber: data diolah penulis (2026)

Pengujian autokorelasi dilakukan pada model data panel penelitian. Pengujian menggunakan pendekatan *Wooldridge* untuk mendeteksi autokorelasi orde pertama. Hipotesis nol menyatakan tidak terdapat autokorelasi dalam model. Hipotesis alternatif menyatakan terdapat

autokorelasi dalam model penelitian. Hasil pengujian pada model 1, menunjukkan nilai statistik F sebesar 83,583. Derajat kebebasan tercatat sebesar $F(1,4)$ pada pengujian tersebut. Nilai probabilitas sebesar 0,0008 berada di bawah taraf signifikansi lima persen. Hasil tersebut menunjukkan penolakan terhadap hipotesis nol penelitian.

Sedangkan pada model 2 hasil pengujian menunjukkan nilai statistik F sebesar 54,808. Derajat kebebasan tercatat sebesar $F(1,4)$ pada pengujian tersebut. Nilai probabilitas sebesar 0,0018 berada di bawah taraf signifikansi lima persen. Hasil tersebut menunjukkan penolakan terhadap hipotesis nol penelitian. Hal ini menunjukkan adanya autokorelasi yang berimplikasi pada ketidakefisienan estimasi standar error. Penolakan hipotesis nol menunjukkan adanya autokorelasi dalam model panel. Autokorelasi menunjukkan adanya hubungan antar error pada periode berbeda. Kondisi tersebut melanggar asumsi klasik pada model regresi panel. Keberadaan autokorelasi dapat memengaruhi ketepatan estimasi standar error. Koefisien regresi tetap tidak bias, tetapi efisiensi model menurun. Pengujian signifikansi parameter dapat menghasilkan keputusan yang kurang tepat.

Berdasarkan hasil tersebut, diperlukan penyesuaian metode estimasi model. Salah satu pendekatan dilakukan melalui penggunaan robust standard error. Pendekatan tersebut dapat mengoreksi masalah autokorelasi dalam model panel.

4.4.2 Uji Koefisien Determinasi (R^2)

Model pertama digunakan untuk menganalisis pengaruh langsung pertumbuhan ekonomi, IPM, rasio Gini, jumlah penduduk dengan keluhan kesehatan, dan sanitasi layak terhadap kemiskinan. Hasil estimasi menggunakan pendekatan fixed effect dengan standar robust error menunjukkan bahwa model memiliki kemampuan penjelasan yang cukup kuat. Berikut tabel koefisien determinasi:

Tabel 4.9 Tabel Koefisien Determinasi

Jenis <i>R-squared</i>	Nilai	
	Model 1	Model 2
<i>Within R-squared</i>	0.756	0.7600
<i>Between R-squared</i>	0.8732	0.8749
<i>overall R-squared</i>	0.8650	0.8650

Sumber: data diolah penulis (2026)

Dari tabel di atas, dapat diketahui nilai within R-squared pada model 1 sebesar 0.7560 dan pada model 2 sebesar 0,7600 . Artinya, pada model 1 sekitar 75,60 persen variasi kemiskinan dalam suatu daerah dari waktu ke waktu dapat dijelaskan oleh variabel pertumbuhan ekonomi, IPM, rasio gini, persentase penduduk dengan keluhan kesehatan dan sanitasi layak.

Pada model 2 variasi kemiskinan dalam kabupaten dapat dijelaskan sebesar 76,00 persen oleh variabel independen. Nilai koefisien determinasi between sebesar 0,8749 menunjukkan variasi antar kabupaten cukup tinggi.

4.4.3 Uji Parsial (uji t)

Setelah dilakukan penyesuaian dengan cluster-robust standard error, hasil menunjukkan perubahan yang cukup berarti. Berikut hasil uji parsial:

Tabel 4.10 Hasil Uji Parsial (uji t)

Variabel	Model 1			Model 2		
	Koefisien	Prob	Keterangan	Koefisien	Prob	Keterangan
PE	-0.0613	0.016	Signifikan	-0.10300	0.052	Signifikan
IPM	-0.8015	0.011	Signifikan	-0.79661	0.016	Signifikan
Gini	0.8306	0.840	Tidak	0.720611	0.841	Tidak
JPKS	-0.0319	0.128	Tidak	-0.03870	0.047	Signifikan
Sanitasi	-0.0227	0.381	Tidak	-0.02545	0.417	Tidak
Inter_gini_PE	-	-	-	-0.18202	0.658	Tidak
Inter_kes_PE	-	-	-	0.01091	0.238	Tidak

Sumber: data diolah penulis (2026)

Dari tabel di atas pada model 1 dapat diketahui variabel PE (pertumbuhan ekonomi) signifikan dengan koefisien -0.0613292 dan $p = 0.016$, sedangkan IPM signifikan dengan arah koefisien negatif dan $p = 0.011$. Adapun variabel Gini, JPKS (persentase jumlah penduduk dengan keluhan kesehatan), dan sanitasi tidak signifikan. Dengan demikian, hasil akhir Model 1 menunjukkan bahwa pertumbuhan ekonomi dan pembangunan manusia merupakan dua faktor yang paling konsisten terkait dengan penurunan kemiskinan setelah karakteristik tetap masing-masing daerah dikendalikan. Temuan ini memperlihatkan bahwa penurunan kemiskinan lebih kuat dijelaskan oleh perbaikan kualitas manusia dan pertumbuhan ekonomi dibandingkan oleh perubahan ketimpangan, perlindungan sosial, atau sanitasi dalam model yang digunakan.

Secara substantif, pengaruh negatif dan signifikan IPM merupakan temuan yang paling kuat dalam penelitian ini. Hasil tersebut menunjukkan bahwa peningkatan kualitas pembangunan manusia, yang mencakup dimensi kesehatan, pendidikan, dan daya beli, berperan sentral dalam menurunkan kemiskinan. Temuan ini memperkuat pandangan bahwa kemiskinan bukan sekadar masalah rendahnya pendapatan, melainkan juga keterbatasan kapabilitas dasar masyarakat. Ketika indeks pembangunan manusia meningkat, masyarakat memiliki peluang lebih besar untuk mengakses pendidikan, layanan kesehatan, dan kesempatan ekonomi yang lebih baik, sehingga probabilitas keluar dari kemiskinan juga meningkat.

Tidak signifikannya variabel rasio gini dalam Model 1 menunjukkan bahwa perubahan tingkat ketimpangan selama periode pengamatan belum cukup kuat untuk menjelaskan perubahan kemiskinan setelah efek tetap daerah dikendalikan. Hal ini dapat disebabkan oleh relatif kecilnya variasi rasio gini dalam masing-masing kabupaten/kota dari waktu ke waktu, atau karena pengaruh ketimpangan terhadap kemiskinan bekerja secara tidak langsung dan memerlukan horizon waktu yang lebih panjang. Pola yang sama juga ditemukan

pada penduduk dengan keluhan kesehatan dan sanitasi layak. Ketidaksignifikanan kedua variabel tersebut tidak serta-merta menunjukkan bahwa keduanya tidak penting dalam kebijakan publik, melainkan lebih menandakan bahwa dalam struktur model ini kontribusi parsialnya belum dapat dibedakan secara kuat secara statistik.

Pada model 2 variabel pertumbuhan ekonomi memiliki koefisien negatif sebesar -0,1030 dalam model. Nilai probabilitas sebesar 0,052 menunjukkan signifikansi pada taraf sepuluh persen. Variabel ini belum signifikan pada taraf lima persen dalam model penelitian.

Variabel indeks pembangunan manusia memiliki koefisien negatif sebesar -0,7966. Nilai probabilitas sebesar 0,016 menunjukkan signifikansi pada taraf lima persen. Peningkatan IPM cenderung menurunkan tingkat kemiskinan secara signifikan.

Variabel ketimpangan pendapatan memiliki koefisien positif sebesar 0,7206 dalam model. Nilai probabilitas sebesar 0,841 menunjukkan variabel ini tidak signifikan secara statistik. Dengan demikian, ketimpangan belum terbukti mempengaruhi kemiskinan secara langsung.

Variabel persentase jumlah penduduk dengan keluhan kesehatan memiliki koefisien negatif sebesar -0,0387. Nilai probabilitas sebesar 0,047 menunjukkan signifikansi pada taraf lima persen. Menariknya, JPKS (persentase jumlah penduduk dengan keluhan kesehatan) yang sebelumnya tidak signifikan pada Model 1 menjadi signifikan pada Model 2 robust. Hasil ini dapat diartikan bahwa ketika struktur hubungan diperluas dan masalah multikolinearitas ditangani dengan centering, kontribusi perlindungan sosial terhadap penurunan kemiskinan menjadi lebih tampak. Secara substantif, hal ini sejalan dengan logika bahwa program perlindungan sosial kerap bekerja sebagai bantalan kesejahteraan yang dampaknya tidak selalu langsung tertangkap dalam model sederhana. Meskipun demikian, karena hasil ini muncul pada estimasi robust dengan jumlah kluster yang terbatas, interpretasinya tetap harus dilakukan secara hati-hati.

Variabel sanitasi memiliki koefisien negatif sebesar -0,0255 dalam

model. Nilai probabilitas sebesar 0,417 menunjukkan variabel ini tidak signifikan secara statistik. Dengan demikian, sanitasi belum terbukti mempengaruhi kemiskinan dalam model.

Variabel interaksi gini dan pertumbuhan memiliki koefisien negatif sebesar -0,1820. Nilai probabilitas sebesar 0,658 menunjukkan variabel ini tidak signifikan secara statistik. Interaksi tersebut belum mampu memoderasi hubungan pertumbuhan dan kemiskinan.

Variabel interaksi kesehatan dan pertumbuhan memiliki koefisien positif sebesar 0,0109. Nilai probabilitas sebesar 0,238 menunjukkan variabel ini tidak signifikan secara statistik. Interaksi tersebut belum mampu memoderasi hubungan kesehatan dan kemiskinan.

4.4.4 Uji Simultan (uji F)

Secara simultan, model juga terbukti signifikan dengan nilai F-statistic sebesar 21.69 dan probabilitas 0.0000, yang menunjukkan bahwa secara bersama-sama variabel pertumbuhan ekonomi, IPM, rasio Gini, JPKS, dan sanitasi memiliki pengaruh terhadap kemiskinan. Namun, ketika dianalisis secara parsial, hasil estimasi awal menunjukkan bahwa hanya IPM yang berpengaruh signifikan terhadap kemiskinan dengan koefisien negatif. Koefisien IPM sebesar -0.801529 menunjukkan bahwa peningkatan kualitas pembangunan manusia berkaitan dengan penurunan tingkat kemiskinan.

Setelah dilakukan penyesuaian menggunakan cluster-robust standard error, hasil estimasi menunjukkan perubahan yang cukup penting. Variabel pertumbuhan ekonomi yang sebelumnya tidak signifikan menjadi signifikan secara statistik dengan koefisien -0.0613292, sementara IPM tetap menunjukkan pengaruh negatif dan signifikan terhadap kemiskinan. Sebaliknya, variabel rasio Gini, jangkauan perlindungan sosial, dan sanitasi tetap tidak menunjukkan pengaruh yang signifikan secara statistik.

Temuan ini menunjukkan bahwa peningkatan pertumbuhan ekonomi dan kualitas pembangunan manusia merupakan faktor yang berperan dalam

menurunkan tingkat kemiskinan. Di antara kedua variabel tersebut, IPM merupakan faktor yang paling konsisten dan paling kuat menjelaskan penurunan kemiskinan. Hal ini menunjukkan bahwa pengurangan kemiskinan tidak hanya bergantung pada peningkatan aktivitas ekonomi, tetapi juga pada peningkatan kualitas sumber daya manusia melalui perbaikan pendidikan, kesehatan, dan standar hidup masyarakat.

Sementara itu, tidak signifikkannya rasio Gini dalam model 1 menunjukkan bahwa perubahan tingkat ketimpangan pendapatan selama periode pengamatan belum memberikan pengaruh yang cukup kuat terhadap perubahan tingkat kemiskinan. Hal ini dapat disebabkan oleh relatif kecilnya variasi ketimpangan antarwaktu dalam masing-masing wilayah atau karena pengaruh ketimpangan terhadap kemiskinan bersifat tidak langsung dan memerlukan jangka waktu yang lebih panjang untuk dapat teramati secara statistik.

Pada model 2 hasil estimasi model *Fixed Effect* tanpa koreksi robust menunjukkan nilai F-statistik sebesar 14,93 dengan probabilitas sebesar 0,0000. Nilai probabilitas yang lebih kecil dari tingkat signifikansi 0,05 mengindikasikan bahwa hipotesis nol ditolak. Dengan demikian, seluruh variabel independen yang terdiri atas pertumbuhan ekonomi, IPM, rasio gini, persentase jumlah penduduk dengan keluhan kesehatan, sanitasi layak, serta variabel interaksi secara simultan berpengaruh terhadap tingkat kemiskinan. Hasil ini menunjukkan bahwa perubahan yang terjadi pada variabel-variabel tersebut secara bersama-sama berkaitan dengan perubahan tingkat kemiskinan antar kabupaten/kota selama periode penelitian.

Signifikansi uji simultan mengindikasikan bahwa model yang diestimasi memiliki kemampuan dalam menjelaskan variasi kemiskinan. Hal ini berarti kombinasi variabel ekonomi dan sosial yang digunakan dalam penelitian mampu menggambarkan dinamika kemiskinan antar wilayah. Pertumbuhan ekonomi mencerminkan perubahan aktivitas ekonomi daerah, sedangkan indeks pembangunan manusia menggambarkan kualitas pendidikan, kesehatan, dan daya beli masyarakat. Rasio gini menunjukkan tingkat ketimpangan

pendapatan, sementara jumlah penduduk dengan keluhan kesehatan dan sanitasi layak mencerminkan dukungan perlindungan sosial serta kondisi infrastruktur dasar. Ringkasnya, pada saat seluruh variabel tersebut dianalisis secara bersamaan, model mampu menangkap hubungan yang lebih menyeluruh terhadap perubahan kemiskinan.

Nilai F-statistik yang signifikan juga menunjukkan bahwa variabel yang dimasukkan dalam model memiliki kontribusi secara kolektif. Artinya, meskipun tidak semua variabel berpengaruh signifikan secara parsial, namun secara bersama-sama variabel tersebut tetap berperan dalam menjelaskan kemiskinan. Kondisi ini umum terjadi pada model dengan beberapa variabel penjelas, di mana pengaruh simultan dapat signifikan walaupun sebagian variabel tidak signifikan secara individual. Hal tersebut menunjukkan bahwa hubungan antara variabel independen dan kemiskinan bersifat saling melengkapi.

Keberadaan variabel interaksi dalam model memberikan tambahan informasi mengenai hubungan antar variabel. Variabel interaksi menunjukkan bahwa pengaruh pertumbuhan ekonomi terhadap kemiskinan tidak berdiri sendiri, tetapi dapat dipengaruhi oleh kondisi ketimpangan pendapatan maupun indikator kesejahteraan masyarakat. Sebagai contoh, pertumbuhan ekonomi yang tinggi belum tentu menurunkan kemiskinan apabila ketimpangan pendapatan masih besar. Sebaliknya, pertumbuhan ekonomi dapat lebih efektif menurunkan kemiskinan apabila diikuti dengan distribusi pendapatan yang lebih merata dan peningkatan kualitas kesejahteraan masyarakat.

Dengan memasukkan variabel interaksi, model mampu menangkap variasi hubungan tersebut secara lebih komprehensif. Hal ini menunjukkan bahwa pengaruh pertumbuhan ekonomi terhadap kemiskinan bersifat kondisional, yaitu bergantung pada karakteristik sosial ekonomi daerah. Oleh karena itu, model yang digunakan tidak hanya melihat pengaruh langsung variabel independen, tetapi juga mempertimbangkan hubungan tidak langsung melalui interaksi antar variabel. Pendekatan ini memberikan gambaran yang lebih rinci mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi kemiskinan antar

wilayah selama periode penelitian.

4.3. Pembahasan Hasil Penelitian

Penelitian ini menguji lima hipotesis yang berkaitan dengan pengaruh pertumbuhan ekonomi, pembangunan manusia, ketimpangan pendapatan, penduduk dengan keluhan kesehatan, dan sanitasi layak terhadap tingkat kemiskinan di Daerah Istimewa Yogyakarta. Berdasarkan hasil estimasi model terbaik, yaitu Fixed Effect Model, temuan penelitian menunjukkan bahwa tidak seluruh variabel independen memiliki pengaruh yang signifikan terhadap tingkat kemiskinan. Secara umum, hasil penelitian ini menegaskan bahwa kemiskinan di DIY merupakan persoalan multidimensional yang tidak hanya dipengaruhi oleh dinamika ekonomi makro, tetapi juga sangat terkait dengan kualitas pembangunan manusia dan distribusi hasil pembangunan. Oleh karena itu, pembahasan hipotesis perlu dilakukan dengan mengaitkan hasil empiris dengan landasan teori serta penelitian-penelitian terdahulu agar diperoleh pemahaman yang lebih utuh.

4.3.1. Pengaruh Pertumbuhan Ekonomi terhadap Tingkat Kemiskinan

Hipotesis pertama (H_1) penelitian ini menyatakan bahwa pertumbuhan ekonomi berpengaruh negatif terhadap tingkat kemiskinan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pertumbuhan ekonomi berpengaruh signifikan terhadap tingkat kemiskinan di Daerah Istimewa Yogyakarta. Dengan demikian, hipotesis pertama diterima. Hasil ini sejalan dengan penelitian Irawan dan Wahyudi (2023), Nugroho dan Prasetya (2022), serta Wardhana dan Kharisma (2019) yang menyimpulkan bahwa pertumbuhan ekonomi berkontribusi nyata dalam menurunkan kemiskinan, terutama ketika didukung oleh infrastruktur, layanan publik, dan pembangunan sosial yang memadai. Dalam konteks yang lebih luas, temuan ini justru lebih dekat dengan pandangan Suryahadi, Suryadarma, dan Sumarto (2009) serta Balasubramanian et al. (2023) yang menegaskan bahwa pengaruh pertumbuhan ekonomi terhadap kemiskinan sangat bergantung pada struktur sektoral, distribusi manfaat pertumbuhan, dan

tingkat inklusivitas pembangunan. Namun demikian, hasil penelitian ini berbeda dengan temuan Ali et al. (2024) yang menemukan bahwa pertumbuhan ekonomi belum terbukti signifikan menurunkan kemiskinan, sementara pembangunan manusia justru tampil sebagai determinan yang lebih kuat. Selanjutnya kajian Hidayat et al. (2021) juga memperlihatkan bahwa hubungan antara pertumbuhan ekonomi dan kemiskinan di Indonesia tidak selalu konsisten, melainkan sangat dipengaruhi oleh karakteristik data, wilayah, dan periode pengamatan. Oleh karena itu, hasil penelitian ini menegaskan bahwa dalam konteks Daerah Istimewa Yogyakarta, pertumbuhan ekonomi berperan sebagai instrumen yang efektif untuk menurunkan kemiskinan apabila disertai dengan peningkatan kualitas pembangunan manusia dan pemerataan distribusi pendapatan.

4.3.2. Pengaruh Pembangunan Manusia terhadap Tingkat Kemiskinan

Hipotesis kedua (H_2) penelitian ini menyatakan bahwa pembangunan manusia berpengaruh negatif terhadap tingkat kemiskinan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa Indeks Pembangunan Manusia (IPM) berpengaruh negatif dan signifikan terhadap tingkat kemiskinan, sehingga hipotesis kedua diterima. Temuan ini menunjukkan bahwa peningkatan kualitas manusia, yang tercermin dalam perbaikan pendidikan, kesehatan, dan standar hidup layak, berperan nyata dalam menurunkan kemiskinan di DIY. Artinya, semakin tinggi IPM suatu daerah, semakin besar peluang masyarakat untuk meningkatkan produktivitas, memperoleh pekerjaan dan pendapatan yang lebih baik, serta keluar dari kondisi miskin.

Secara teoritis, hasil ini sangat konsisten dengan konsep pembangunan manusia dari UNDP yang menempatkan manusia sebagai tujuan utama pembangunan. Pembangunan manusia tidak hanya dipahami sebagai peningkatan pendapatan, tetapi juga sebagai perluasan pilihan hidup masyarakat melalui akses yang lebih baik terhadap pendidikan dan kesehatan. Dalam perspektif *capability approach* dari Amartya Sen, peningkatan IPM memperbesar kemampuan individu untuk menjalani kehidupan yang bernilai

dan produktif. Hasil penelitian ini juga menguatkan berbagai studi terdahulu, seperti Wulandari et al. (2021), Avigna et al. (2022), Nugroho dan Prasetya (2022), Rahmawati et al. (2023), Vanesa (2024), dan Arianto & Cahyono (2025) yang menunjukkan bahwa peningkatan IPM secara signifikan mampu menurunkan tingkat kemiskinan. Dengan demikian, hasil penelitian ini mengonfirmasi bahwa pembangunan manusia memiliki peran yang jauh lebih kuat dibandingkan pertumbuhan ekonomi semata dalam menjelaskan dinamika kemiskinan di wilayah penelitian. Dalam konteks penelitian ini, pembangunan manusia dapat dipandang sebagai instrumen paling kuat dalam strategi pengentasan kemiskinan di Daerah Istimewa Yogyakarta.

4.3.3. Pengaruh Ketimpangan Pendapatan terhadap Tingkat Kemiskinan

Hipotesis ketiga (H_3) penelitian ini menyatakan bahwa ketimpangan pendapatan berpengaruh positif terhadap tingkat kemiskinan. Berdasarkan hasil penelitian, rasio Gini berpengaruh positif terhadap tingkat kemiskinan, namun nilai probabilitasnya lebih dari 5% sehingga hipotesis ketiga ditolak. Dengan kata lain, variasi kemiskinan yang terjadi lebih banyak dipengaruhi oleh faktor lain di luar ketimpangan. Bisa jadi seperti pertumbuhan ekonomi, kualitas sumber daya manusia dan kesempatan kerja.

Secara teoritis, rasio Gini merupakan indikator penting untuk menggambarkan ketidakmerataan distribusi pendapatan dalam suatu wilayah. Ketika ketimpangan meningkat, hasil-hasil pertumbuhan lebih banyak dinikmati oleh kelompok atas, sementara kelompok bawah mengalami keterbatasan akses terhadap pendidikan, kesehatan, pekerjaan, dan aset produktif. Dalam kondisi seperti itu, program penanggulangan kemiskinan menjadi kurang efektif karena manfaat pembangunan tidak mengalir secara merata. Secara teoretis penelitian ini menguatkan teori Todaro dan Smith (2011) yang menegaskan bahwa tingginya ketimpangan pendapatan dapat menghambat efektivitas pertumbuhan ekonomi dalam menurunkan kemiskinan, sehingga pemerataan menjadi unsur penting dalam pembangunan.

Temuan ini sejalan dengan penelitian Hidayat et al (2021) yang menyatakan bahwa ketimpangan pendapatan tidak selalu berpengaruh signifikan terhadap kemiskinan di Indonesia. Selain itu pengaruh ketimpangan pendapatan terhadap kemiskinan sangat berhubungan dengan karakteristik wilayah. Selain itu, Ravalion (2001) menjelaskan bahwa hubungan antara ketimpangan pendapatan dan kemiskinan dapat bergantung pada Tingkat pertumbuhan ekonomi dan distribusi manfaat pertumbuhan.

Namun hal ini tidak sejalan dengan hasil penelitian Irawan dan Wahyudi (2023) serta Sari dan Pramudyo (2023) yang menunjukkan bahwa ketika ketimpangan pendapatan tinggi, kemampuan pertumbuhan ekonomi dalam menurunkan kemiskinan menjadi melemah. Perbedaan ini menegaskan bahwa kemiskinan bukan hanya dipengaruhi oleh rendahnya pendapatan, tetapi juga oleh tidak meratanya distribusi hasil pembangunan. Artinya, sekalipun kegiatan ekonomi tumbuh, kelompok masyarakat miskin tetap sulit keluar dari keterbatasan jika manfaat pertumbuhan lebih banyak terkonsentrasi pada kelompok berpendapatan tinggi.

Dalam konteks ini, hasil penelitian ini mengindikasikan bahwa kebijakan penanggulangan kemiskinan di Daerah Istimewa Yogyakarta tidak cukup difokuskan pada upaya mengurangi ketimpangan pendapatan saja. Pemerintah perlu mendorong adanya peningkatan kesempatan kerja yang produktif, memperkuat kualitas Pendidikan dan Kesehatan Masyarakat. Selain itu perlu meningkatkan efektivitas program perlindungan sosial agar penerima manfaatnya sesuai dengan yang membutuhkan.

4.3.4. Pengaruh Penduduk dengan Keluhan Kesehatan terhadap Tingkat Kemiskinan

Hipotesis keempat (H₄) penelitian ini menyatakan bahwa penduduk dengan keluhan kesehatan berpengaruh positif terhadap tingkat kemiskinan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa variabel penduduk dengan keluhan kesehatan berpengaruh signifikan terhadap tingkat kemiskinan pada taraf signifikansi 5 persen. Walaupun arah hubungan yang muncul dalam beberapa

model cenderung positif, sebagaimana dugaan awal, pengaruh tersebut belum cukup kuat secara statistik untuk dinyatakan sebagai determinan langsung kemiskinan di DIY. Temuan ini menunjukkan bahwa masalah kesehatan memang berkaitan dengan kesejahteraan rumah tangga, tetapi dalam penelitian ini pengaruhnya terhadap kemiskinan belum muncul secara tegas.

Secara teoritis, keluhan kesehatan berpotensi meningkatkan kemiskinan karena gangguan kesehatan dapat menurunkan produktivitas kerja, meningkatkan absensi, menambah beban pengeluaran rumah tangga, dan mempersempit kemampuan individu dalam memperoleh pendapatan. *Perspektif Social Determinants of Health* dari WHO maupun *Drift Hypothesis* juga menjelaskan bahwa kesehatan yang buruk dapat mendorong penurunan status sosial-ekonomi seseorang. Namun, dalam konteks DIY, pengaruh tersebut tampaknya lebih bersifat tidak langsung atau dimediasi oleh faktor lain, seperti akses layanan kesehatan, dukungan keluarga, atau stabilitas pendapatan rumah tangga.

Temuan ini sejalan dengan penelitian Suryani (2020), Puteri dan Suasih (2023), serta Syahrani, Kusumaningdyah, dan Dewa (2021) yang menegaskan bahwa indikator kesehatan berpengaruh terhadap kemiskinan. Namun, hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian Rahmawati et al. (2023) yang juga menemukan bahwa keluhan kesehatan tidak signifikan secara parsial, meskipun tetap berkontribusi secara simultan bersama variabel lain. Perbedaan ini sangat mungkin disebabkan oleh perbedaan indikator yang digunakan. Suryani menggunakan indikator akses kesehatan, Puteri dan Suasih menempatkan keluhan kesehatan bersama PDRB per kapita dan pengangguran, sedangkan Syahrani et al. menggunakan pendekatan PCA untuk melihat faktor-faktor yang memengaruhi kemiskinan.

Oleh sebab itu, hasil penelitian ini menunjukkan bahwa di DIY, keluhan kesehatan tampak sebagai determinan langsung kemiskinan, meskipun secara teoritis tetap memiliki keterkaitan.

4.3.5. Pengaruh Sanitasi Layak terhadap Tingkat Kemiskinan

Hipotesis kelima (H_5) penelitian ini menyatakan bahwa sanitasi layak berpengaruh negatif terhadap tingkat kemiskinan. Akan tetapi, hasil penelitian menunjukkan bahwa sanitasi layak tidak berpengaruh signifikan terhadap tingkat kemiskinan, sehingga hipotesis kelima ditolak. Temuan ini menunjukkan bahwa meskipun sanitasi layak secara konseptual sangat penting dalam meningkatkan kualitas hidup masyarakat, pengaruh langsungnya terhadap tingkat kemiskinan belum dapat dibuktikan secara statistik dalam penelitian ini. Hal ini mengindikasikan bahwa hubungan antara sanitasi dan kemiskinan kemungkinan berlangsung melalui mekanisme yang lebih panjang, misalnya melalui perbaikan kesehatan, peningkatan produktivitas, dan pengurangan beban pengeluaran rumah tangga dalam jangka panjang.

Dalam kajian teori, sanitasi layak merupakan bagian dari pelayanan dasar yang berperan penting dalam melindungi kesehatan masyarakat dan meningkatkan kualitas lingkungan hidup. WHO dan UNICEF menegaskan bahwa sanitasi yang buruk dapat meningkatkan risiko penyakit menular, menurunkan produktivitas, dan memperkuat kemiskinan multidimensi. Karena itu, secara teoritis hubungan sanitasi dan kemiskinan cenderung negatif.

Hasil ini berbeda dengan penelitian Sari dan Pramudyo (2023), Putri dan Rachman (2021), Susilowati dan Rahayu (2022), serta Hidayat dan Kusuma (2021) yang secara konsisten menemukan bahwa sanitasi layak berpengaruh negatif signifikan terhadap kemiskinan atau berpengaruh positif terhadap kesejahteraan masyarakat. Perbedaan hasil ini dapat dipahami karena penelitian-penelitian tersebut umumnya menggunakan cakupan wilayah yang lebih luas, baik tingkat provinsi maupun kabupaten/kota secara nasional, sehingga variasi akses sanitasi lebih besar dan pengaruhnya lebih mudah terdeteksi secara statistik. Sebaliknya, penelitian ini berfokus pada kabupaten/kota di DIY yang relatif memiliki capaian sanitasi lebih baik dan variasi yang lebih sempit, sehingga pengaruh langsungnya terhadap kemiskinan menjadi kurang menonjol.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1. Kesimpulan

Berdasarkan keseluruhan hasil analisis dan pembahasan yang telah diuraikan pada bab-bab sebelumnya, penelitian ini menghasilkan sejumlah temuan penting yang dapat dirumuskan ke dalam kesimpulan berikut:

- 5.1.1. Pertumbuhan ekonomi berpengaruh signifikan terhadap tingkat kemiskinan. Temuan ini menunjukkan bahwa peningkatan pertumbuhan ekonomi di Daerah Istimewa Yogyakarta selama periode penelitian berkontribusi terhadap penurunan kemiskinan.
- 5.1.2. Indeks Pembangunan Manusia (IPM) terbukti berpengaruh negatif dan signifikan terhadap tingkat kemiskinan. Hasil ini menegaskan bahwa peningkatan kualitas manusia melalui pendidikan, kesehatan, dan standar hidup layak merupakan faktor yang paling kuat dalam menurunkan kemiskinan.
- 5.1.3. Rasio Gini berpengaruh positif namun tidak signifikan terhadap tingkat kemiskinan.
- 5.1.4. Penduduk dengan keluhan kesehatan berpengaruh signifikan terhadap tingkat kemiskinan, dengan arah hubungan cenderung positif. Hal ini menunjukkan bahwa persoalan kesehatan memiliki keterkaitan dengan kemiskinan, tetapi dalam penelitian ini pengaruhnya belum muncul sebagai determinan langsung yang kuat.
- 5.1.5. Sanitasi layak tidak berpengaruh signifikan terhadap tingkat kemiskinan. Temuan ini mengindikasikan bahwa pengaruh sanitasi terhadap kemiskinan kemungkinan bekerja melalui jalur tidak langsung, seperti kesehatan, produktivitas, dan kualitas hidup, sehingga tidak tertangkap secara langsung dalam model yang digunakan.

5.2. Saran

Berdasarkan hasil penelitian ini, terdapat beberapa saran yang dapat diajukan sebagai berikut:

- 5.2.1. Pemerintah daerah perlu menempatkan peningkatan kualitas pembangunan manusia sebagai prioritas utama dalam strategi penanggulangan kemiskinan. Upaya ini dapat dilakukan melalui penguatan akses dan mutu pendidikan, peningkatan layanan kesehatan yang lebih merata, serta perluasan program perlindungan sosial yang mendukung peningkatan kualitas hidup masyarakat miskin.
- 5.2.2. Pemerintah daerah perlu memperkuat kebijakan pengurangan ketimpangan pendapatan agar pertumbuhan ekonomi yang terjadi tidak hanya terkonsentrasi pada kelompok tertentu. Kebijakan tersebut dapat diarahkan pada penciptaan lapangan kerja yang inklusif, pemberdayaan usaha mikro dan kecil, penguatan sektor ekonomi lokal, serta pengembangan program pembangunan wilayah yang lebih berpihak pada kelompok rentan dan daerah yang tertinggal. Dengan langkah ini, manfaat pertumbuhan ekonomi diharapkan dapat lebih luas dirasakan oleh masyarakat bawah.
- 5.2.3. Meskipun variabel keluhan kesehatan dan sanitasi layak belum signifikan secara statistik, pemerintah tetap perlu memperkuat intervensi pada kedua aspek tersebut. Peningkatan kualitas layanan kesehatan dasar, edukasi hidup bersih dan sehat, serta perluasan akses sanitasi yang berkelanjutan tetap penting karena berkontribusi terhadap kualitas hidup masyarakat dan dapat menjadi fondasi jangka panjang bagi penurunan kemiskinan.
- 5.2.4. Bagi peneliti selanjutnya, disarankan untuk mengembangkan model penelitian dengan menambahkan variabel lain yang relevan, seperti pengangguran, belanja sosial pemerintah, akses infrastruktur, upah minimum, atau jumlah fasilitas kesehatan. Penelitian selanjutnya juga dapat menggunakan periode waktu yang lebih panjang atau pendekatan metodologis lain agar mampu menangkap hubungan langsung maupun tidak langsung antara faktor-faktor sosial-ekonomi dan tingkat kemiskinan secara

lebih mendalam.

- 5.2.5. Karena penelitian ini berfokus pada kabupaten/kota di Daerah Istimewa Yogyakarta, maka hasilnya memiliki kekhasan konteks wilayah. Oleh sebab itu, penelitian lanjutan di daerah lain tetap diperlukan agar diperoleh gambaran yang lebih komprehensif mengenai determinan kemiskinan di Indonesia, baik pada tingkat provinsi maupun kabupaten/kota.

DAFTAR PUSTAKA

- Ali, M., Agustina, L. K., & Pahrudin, P. (2024). How Do Economic Development Indicators Affect the Poverty Level? Evidence from West Nusa Tenggara. *Jurnal Economia*, 20(2), 183–196. <https://doi.org/10.21831/economia.v20i2.67760>.
- Alifah, K. I., & Imaningsih, N. (2023). Tingkat Pendidikan, Upah Minimum, & Tingkat Pengangguran Terbuka Terhadap Tingkat Kemiskinan Di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. *Equilibrium: Jurnal Ilmiah Ekonomi, Manajemen dan Akuntansi*, 12(1), 1-11.
- Alkire, S., & Foster, J. (2011). Counting and multidimensional poverty measurement. *Journal of Public Economics*, 95(7–8), 476–487. <https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2010.11.006>
- Alkire, S., & Santos, M. E. (2014). Measuring acute poverty in the developing world: Robustness and scope of the multidimensional poverty index. *World Development*, 59, 251–274. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2014.01.026>
- Ananda, R., & Prasetyo, D. (2023). IPM dan penurunan kemiskinan di kawasan Indonesia Timur. *Jurnal Ekonomi dan Sosial Pembangunan*, 14(1), 22–31.
- Annisa Rahmawati, A., Haribowo, R. Y. K., & Purnomosidi, S. (2023). Determinan kemiskinan di Indonesia: Studi data panel 2017–2021. Universitas Gadjah Mada.
- Arga, K. I. (2022). Pengaruh Pembangunan Infrastruktur terhadap Pertumbuhan Ekonomi di Indonesia. *Salam (Islamic Economics Journal)*, 3(1), 62-79.
- Arianto, E., & Cahyono, H. (2025). The Effect Of Human Development Index And Unemployment On Poverty In Indonesia 2018-2023. *Finance: International Journal of Management Finance*, 2(4), 59-64.
- Avigna, I. K. M., Apriadi, A. M., & Princess, P. (2022). Analysis of the effect of hdi, grdp, and minimum wages on poverty in central java for the period of 2011-2020. *Jurnal Ekonomi Trisakti*, 2(1), 157-166.
- Badan Pusat Statistik Daerah Istimewa Yogyakarta. (2015–2023). *DIY dalam angka*. Yogyakarta: BPS.
- Badan Pusat Statistik. (2022). *Indikator sanitasi layak Indonesia 2022*. <https://www.bps.go.id>
- Badan Pusat Statistik. 2023. *Metadata Indikator Persentase Penduduk yang Mempunyai Keluhan Kesehatan*
- Badan Pusat Statistik. 2024. *Statistik Kesejahteraan Rakyat Indonesia*.
- Balasubramanian, P., Burchi, F., & Malerba, D. (2023). Does economic growth reduce multidimensional poverty? Evidence from low-and middle-income countries. *World Development*, 161, 106119.
- Baltagi, B. H. (2021). *Econometric Analysis of Panel Data* (6th ed.). Springer.
- Budiarto, H., & Kuncoro, M. (2021). Ketimpangan pendapatan dan kemiskinan di Indonesia: Pendekatan wilayah. *Jurnal Ekonomi dan Pembangunan Indonesia*, 22(1), 35–49.

- Esping-Andersen, G. (1990). *The three worlds of welfare capitalism*. Princeton University Press.
- Ferraro, K. F., & Shippee, T. P. (2009). Aging and cumulative inequality: How does inequality get under the skin? *The Gerontologist*, 49(3), 333–343. <https://doi.org/10.1093/geront/gnp034>.
- Fitriani, L., & Yusuf, A. (2023). Keluhan kesehatan dan garis kemiskinan di Indonesia. *Jurnal Ekonomi dan Kesejahteraan Sosial*, 10(1), 45–59.
- Gibson, J., Jiang, Y., & Susantono, B. (2023). Revisiting the role of secondary towns: How different types of urban growth relate to poverty in Indonesia. *World Development*, 169, 106281.
- Goh, L. T., Trinugroho, I., Law, S. H., & Rusdi, D. (2024). Institutional quality, FDI inflows, human capital development and poverty: a case of Indonesia. *International Journal of Social Economics*, 51(11), 1450-1467.
- Gujarati, D. N., & Porter, D. C. (2020). *Basic Econometrics* (6th ed.). New York: McGraw-Hill Education.
- Gweshengwe, B., & Hassan, N. H. (2020). Defining the characteristics of poverty and their implications for poverty analysis. *Cogent Social Sciences*, 6(1), 1768669.
- Hababil, M., Setiawan, R., & Fauzi, A. (2024). Analisis pengaruh pemerataan ekonomi dalam upaya menghapus ketimpangan sosial-ekonomi antar masyarakat. *Journal of Macroeconomics and Social Development*, 1(4), 45–62.
- Hidayat, R., & Kusuma, A. (2021). The Impact of Health and Sanitation on Poverty in Rural Indonesia. *Journal of Economics and Policy*, 14(3), 201–215.
- Hidayati, D., & Hartono, R. (2021). Pengaruh keluhan kesehatan terhadap kemiskinan di Jawa Tengah. *Jurnal Kesejahteraan Sosial Indonesia*, 3(1), 22–31.
- Huda, T. M., Unicomb, L., Johnston, R. B., Halder, A. K., Yushuf Sharker, M. A., & Luby, S. P. (2012). Interim Evaluation Of A Large Scale Sanitation, Hygiene And Water Improvement Programme On Childhood Diarrhea And Respiratory Disease In Rural Bangladesh. *Social Science & Medicine*, 75(4), 604–611.
- Hutton, G., & Varughese, M. (2016). *The costs of meeting the 2030 Sustainable Development Goal targets on drinking water, sanitation, and hygiene*. World Bank.
- Iqbal, A., Hassan, S., Mahmood, H., & Tanveer, M. (2022). Gender Equality, Education, Economic Growth And Religious Tensions Nexus In Developing Countries: A Spatial Analysis Approach. *Heliyon*, 8(11).
- Irawan, T., & Wahyudi, E. (2023). Economic growth and poverty reduction in Indonesia: The role of infrastructure and public services. *Journal of Development Economics and Policy*, 5(1), 22–37.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). *Laporan tahunan kesehatan 2020*. Kementerian Kesehatan RI.

- Kurniawati, S., Rahayu, T., & Ningsih, F. (2022). Dampak keluhan kesehatan terhadap ekonomi pedesaan. *Jurnal Ekonomi Pembangunan Daerah*, 4(2), 101–115.
- Lestari, M., & Wahyuni, N. (2024). Peran infrastruktur dasar dalam pengurangan kemiskinan multidimensi. *Jurnal Pembangunan Berkelanjutan*, 9(1), 15–28.
- McMichael, C. (2020). Water, sanitation and hygiene (WASH) in low-income urban settlements: A review of evidence for the effectiveness of behaviour change interventions. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1791.
- Nachrowi, N. D., & Usman, H. (2006). *Pendekatan Populer dan Praktis Ekonometrika untuk Analisis Ekonomi dan Keuangan*. Jakarta: Lembaga Penerbit FE UI.
- Nugraha, F., & Fitriani, L. (2023). Ketimpangan dan kemiskinan: Studi empiris Pulau Jawa. *Jurnal Ekonomi Regional*, 10(2), 55–66.
- Nugroho, A., & Prasetya, D. (2022). Economic growth, social development, and poverty: Evidence from Indonesia. *Indonesian Journal of Economic and Social Research*, 8(2), 101–115.
- Nugroho, A., Suryanto, T., & Mulyani, A. (2021). Access to health services and poverty reduction in rural areas. *Jurnal Ekonomi dan Kesehatan*, 4(3), 188–199.
- Prawoto, N. (2008). Memahami kemiskinan dan strategi penanggulangannya. *Jurnal Ekonomi & Studi Pembangunan*, 56-68.
- Pruss-Ustun, A., Wolf, J., Bartram, J., Clasen, T., Cumming, O., Freeman, M. C., ... & Cairncross, S. (2019). Burden of disease from inadequate water, sanitation and hygiene for selected adverse health outcomes: An updated analysis with a focus on low- and middle-income countries. *International Journal of Hygiene and Environmental Health*, 222(5), 765–777.
- Puteri, N. W. M. C., & Suasih, N. N. R. (2023). Pengaruh Pdrb Per Kapita, Pengangguran, Keluhan Kesehatan Dan Pertumbuhan Penduduk Terhadap Tingkat Kemiskinan Pada Kabupaten/Kota Di Provinsi Bali. *E-Jurnal Ekonomi Pembangunan*, 12(12), 811-825.
- Putra, F., & Hendarto, B. (2022). Tingkat kesehatan dan pendapatan rumah tangga: kasus Sumatera Barat. *Jurnal Ekonomi dan Pembangunan Regional*, 5(1), 67–79.
- Putri, A. R. (2020). IPM dan rasio Gini terhadap kemiskinan di Jawa Tengah. *Jurnal Pembangunan Ekonomi*, 21(3), 212–223.
- Raharjo, A. M. R. (2024). *Analisis Pengaruh PDRB, IPM, Tingkat Pengangguran dan Belanja Pemerintah Terhadap Kemiskinan Di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta Tahun 2012-2023* (Doctoral dissertation, Universitas Islam Indonesia).
- Rahmawati, A. (2021). Pengaruh infrastruktur dasar terhadap kemiskinan di Provinsi NTB. *Jurnal Ekonomi dan Kebijakan Publik*, 12(1), 67–79.
- Rasnadanti, K. N. (2024). *Analisis Pengaruh Pengangguran, Indeks Pembangunan Manusia (IPM), Kesenjangan Ekonomi dan Inflasi Terhadap Tingkat*

- Kemiskinan di Provinsi DIY* (Doctoral dissertation, Universitas Islam Indonesia).
- Romer, P. M. (1990). Endogenous technological change. *Journal of Political Economy*, 98(5), S71–S102.
- Rusdianto, B., Rahayu, N., & Sitorus, T. (2024). Diagnosing Poverty Eradication Through Literacy: Analysis From National Socioeconomic Survey North Sumatera Province. *International Journal of Accounting, Management, Economics and Social Sciences (IJAMESC)*, 2(4), 1318-1328.
- Sachs, J. D. (2015). *The age of sustainable development*. Columbia University Press.
- Sari, M., & Nugroho, A. (2022). Keseimbangan ekonomi dan sosial dalam mengatasi kemiskinan di Indonesia. *Jurnal Sosial dan Ekonomi Pembangunan*, 11(2), 145–158.
- Sari, P. L., & Pramudyo, B. (2023). Sanitasi layak dan akses kesehatan sebagai determinan kemiskinan di Indonesia. *Jurnal Pembangunan Daerah*, 11(1), 45–60.
- Sen, A. (1999). *Development as freedom*. Oxford University Press.
- Septiani, I. J. (2024). *Analisis Faktor-faktor yang mempengaruhi Tingkat Kemiskinan di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta Pada Tahun 2016-2022* (Doctoral dissertation, Universitas Islam Indonesia).
- Siburian, M. E. (2022). The link between fiscal decentralization and poverty—Evidence from Indonesia. *Journal of Asian Economics*, 81, 101493.
- Stiglitz, J. E. (2002). Employment, social justice and societal well-being. *International Labour Review*, 141(1-2), 9-29.
- Sudaryanto, T., Dermoredjo, S. K., Purba, H. J., Rachmawati, R. R., & Irawan, A. R. (2023). Regional rural transformation and its association with household income and poverty incidence in Indonesia in the last two decades. *Journal of Integrative Agriculture*, 22(12), 3596-3609.
- Suryahadi, A., Suryadarma, D., & Sumarto, S. (2009). The effects of location and sectoral components of economic growth on poverty: Evidence from Indonesia. *Journal of development economics*, 89(1), 109-117.
- Suryanto, T. (2020). *Akses kesehatan dan kemiskinan: Analisis regional di Indonesia*. Jakarta: Penerbit Ekonomi dan Pembangunan.
- Susilowati, I., & Rahayu, S. (2022). Access to Sanitation, Health, and Poverty in Indonesia: An Empirical Study. *Jurnal Ekonomi dan Pembangunan Indonesia*, 22(2), 145–160.
- Syahrani, E., Kusumaningdyah, A. A., & Dewa, D. D. (2021). Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Tingkat Kemiskinan Kabupaten/Kota di Jawa Tengah. *Geodika: Jurnal Kajian Ilmu dan Pendidikan Geografi*, 5(2), 247-258.
- Todaro, M. P., & Smith, S. C. (2020). *Economic development* (13th ed.). Pearson Education.
- Torres-Reyna, O. (2007). *Panel data analysis using STATA*. Princeton University.
- UNICEF. (2021). *The state of the world's children 2021*. United Nations Children's Fund.

- United Nations Development Programme. (2020). *Human development report 2020: The next frontier—Human development and the Anthropocene*. <https://hdr.undp.org>
- Vanesa, U. (2024). The Effect Of Islamic Financial Inclusion And Human Development Index On Poverty Rate In Indonesia. *Jurnal Ilmiah Ekonomi Islam*, 10(2), 1611-1618.
- Wardhana, A., & Kharisma, B. (2019). Peran pengeluaran sektor pendidikan dan sektor kesehatan terhadap kemiskinan di Indonesia. *E-Jurnal Ekonomi Dan Bisnis Universitas Udayana*, 8(12), 1343-66.
- WHO. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. World Health Organization.
- William H. Greene. (2018). *Econometric Analysis* (8th ed.). New York: Pearson Education.
- Woolcock, M. (1998). Social capital and economic development: Toward a theoretical synthesis and policy framework. *Theory and society*, 27(2), 151-208.
- Wooldridge, J. M. (2010). *Econometric analysis of cross section and panel data*. MIT Press.
- World Bank. (2022). *Poverty and shared prosperity 2022: Correcting course*. The World Bank.
- World Health Organization & UNICEF. (2022). *Progress on household drinking water, sanitation and hygiene 2000–2020: Five years into the SDGs*. World Health Organization and United Nations Children's Fund.
- World Health Organization. (2020). *Global health and ageing: A review of health services and infrastructure*. WHO.
- Wulandari, D., Hidayat, R. R., & Santosa, W. (2021). Human development index and income inequality as determinants of poverty in Java Island. *Jurnal Ekonomi Pembangunan Indonesia*, 21(2), 142–155.
- Wulandari, S., Dasopang, A. P., Rawani, G. A., Hasfizetty, I., Sofian, M. Y., Dwijaya, R., & Rachmalija, S. (2022). Kebijakan Anti Kemiskinan Program Pemerintah dalam Penanggulangan Kemiskinan di Indonesia. *Jurnal Inovasi Penelitian*, 2(10), 3209-3218.

LAMPIRAN

Lampiran 1

Data Penelitian

NO	wilayah	kab_id	tahun	PE	IPM	Gini	JPKS	Sanitasi	Kemiskinan
1	Bantul	1	2015	4.97	77.99	0.376	41.57	93.69	16.33
2	Bantul	1	2016	5.05	78.42	0.397	34.99	93.03	14.55
3	Bantul	1	2017	5.10	78.67	0.413	33.22	94.68	14.07
4	Bantul	1	2018	5.47	79.45	0.448	31.85	93.20	13.43
5	Bantul	1	2019	5.53	80.01	0.422	36.94	84.83	12.92
6	Bantul	1	2020	-1.65	80.01	0.418	38.69	97.96	13.50
7	Bantul	1	2021	5.00	80.28	0.441	27.84	96.20	14.04
8	Bantul	1	2022	5.19	80.69	0.410	37.61	96.05	12.27
9	Bantul	1	2023	5.06	81.74	0.454	30.97	97.30	11.95
10	Gunungkidul	2	2015	4.81	67.41	0.320	38.17	67.35	19.34
11	Gunungkidul	2	2016	4.89	67.82	0.334	35.38	65.87	19.34
12	Gunungkidul	2	2017	5	68.73	0.340	31.28	76.86	18.65
13	Gunungkidul	2	2018	5.16	69.24	0.337	34.16	79.12	17.12
14	Gunungkidul	2	2019	5.34	69.96	0.325	35.76	77.42	16.61
15	Gunungkidul	2	2020	-0.68	69.98	0.352	37.04	95.80	17.07
16	Gunungkidul	2	2021	5.31	70.73	0.323	20.63	96.00	17.69
17	Gunungkidul	2	2022	5.37	71.18	0.316	40.63	96.57	15.86
18	Gunungkidul	2	2023	5.04	71.46	0.343	22.91	95.78	15.60
19	KulonProgo	3	2015	4.62	71.52	0.367	42.60	76.49	21.40
20	KulonProgo	3	2016	4.76	72.38	0.372	42.09	78.75	20.30
21	KulonProgo	3	2017	5.97	73.23	0.392	39.85	75.10	20.03
22	KulonProgo	3	2018	10.84	73.76	0.365	37.85	70.83	18.30
23	KulonProgo	3	2019	13.49	74.44	0.359	39.14	87.57	17.39
24	KulonProgo	3	2020	-3.45	74.46	0.379	36.35	95.06	18.01
25	KulonProgo	3	2021	4.37	74.71	0.367	21.64	95.95	18.38
26	KulonProgo	3	2022	6.58	75.46	0.380	49.13	96.43	16.39
27	KulonProgo	3	2023	5.65	75.82	0.402	31.96	97.19	15.64
28	Sleman	4	2015	5.18	81.20	0.446	39.8	91.86	9.46
29	Sleman	4	2016	5.25	82.15	0.394	35.55	90.96	8.21
30	Sleman	4	2017	5.34	82.85	0.406	31.45	94.52	8.13
31	Sleman	4	2018	6.42	83.42	0.425	38.82	94.51	7.65
32	Sleman	4	2019	6.48	83.85	0.417	31.95	97.90	7.41
33	Sleman	4	2020	-4.05	83.84	0.421	39.17	97.55	8.12
34	Sleman	4	2021	5.61	84	0.425	43.33	98.41	8.64
35	Sleman	4	2022	5.15	84.31	0.418	30.27	97.42	7.74
36	Sleman	4	2023	5.09	84.86	0.433	22.71	95.78	7.52
37	Yogyakarta	5	2015	3.36	84.56	0.446	33.66	92.75	8.75
38	Yogyakarta	5	2016	2.61	85.32	0.429	34.45	91.89	7.70
39	Yogyakarta	5	2017	2.96	85.49	0.446	32.12	95.33	7.64
40	Yogyakarta	5	2018	2.30	86.11	0.420	33.07	95.54	6.98
41	Yogyakarta	5	2019	1.93	86.65	0.371	39.59	94.68	6.84
42	Yogyakarta	5	2020	-2.42	86.93	0.421	36.94	96.49	7.27
43	Yogyakarta	5	2021	2.60	87.50	0.464	20.63	98.17	7.64
44	Yogyakarta	5	2022	5.21	88.00	0.519	25.06	92.82	6.62
45	Yogyakarta	5	2023	3.14	88.61	0.454	31.65	96.55	6.49

Lampiran 2

Hasil olah data Stata

Model 1

$$Y_{it} = \alpha + \beta_1 X_{1it} + \beta_2 X_{2,1it} + \beta_3 X_{2,2it} + \beta_4 X_{2,3it} + \beta_5 X_{2,4it} + \varepsilon_{it}. \quad (1)$$

. ***ESTIMASI MODEL PANEL STATIS

.

. ***COMMON EFFECT

. reg Kemiskinan PE IPM Gini JPKS Sanitasi

Source	SS	df	MS	Number of obs	=	45
Model	912.492504	5	182.498501	F(5, 39)	=	66.17
Residual	107.562393	39	2.75801008	Prob > F	=	0.0000
				R-squared	=	0.8946
				Adj R-squared	=	0.8810
Total	1020.0549	44	23.1830659	Root MSE	=	1.6607

Kemiskinan	Coefficient	Std. err.	t	P> t	[95% conf. interval]	
PE	.0199374	.0862782	0.23	0.818	-.1545768	.1944516
IPM	-.8841335	.0868705	-10.18	0.000	-1.059846	-.7084214
Gini	30.30514	10.93325	2.77	0.008	8.19055	52.41973
JPKS	.0591061	.0416156	1.42	0.163	-.0250694	.1432816
Sanitasi	.0039555	.0380256	0.10	0.918	-.0729586	.0808696
_cons	67.9946	4.161364	16.34	0.000	59.57745	76.41176

.

.

. ***FIXED EFFECT

. xtreg Kemiskinan PE IPM Gini JPKS Sanitasi, fe

Fixed-effects (within) regression	Number of obs	=	45
Group variable: kab_id	Number of groups	=	5
R-squared:	Obs per group:		
Within = 0.7560	min =		9
Between = 0.8732	avg =		9.0
Overall = 0.8650	max =		9
	F(5,35)	=	21.69
corr(u_i, Xb) = -0.3586	Prob > F	=	0.0000

Kemiskinan	Coefficient	Std. err.	t	P> t	[95% conf. interval]	
PE	-.0613292	.0381392	-1.61	0.117	-.1387559	.0160974
IPM	-.801529	.1209123	-6.63	0.000	-1.046994	-.556064
Gini	.8306248	5.087744	0.16	0.871	-9.498046	11.1593
JPKS	-.0319511	.0194293	-1.64	0.109	-.0713947	.0074925
Sanitasi	-.0227855	.0200526	-1.14	0.264	-.0634944	.0179233
_cons	79.14319	8.25159	9.59	0.000	62.39158	95.89481
sigma_u	1.9717801					
sigma_e	.67101117					
rho	.89621068	(fraction of variance due to u_i)				

F test that all u_i=0: F(4, 35) = 50.97

Prob > F = 0.0000

```

. ***RANDOM EFFECT
.
. xtreg Kemiskinan PE IPM Gini JPKS Sanitasi, re

Random-effects GLS regression           Number of obs   =       45
Group variable: kab_id                  Number of groups  =        5

R-squared:                               Obs per group:
    Within = 0.5098                        min =          9
    Between = 0.9254                       avg =         9.0
    Overall = 0.8946                       max =          9

corr(u_i, X) = 0 (assumed)                Wald chi2(5)      =    330.85
                                           Prob > chi2       =    0.0000

```

Kemiskinan	Coefficient	Std. err.	z	P> z	[95% conf. interval]	
PE	.0199374	.0862782	0.23	0.817	-.1491648	.1890396
IPM	-.8841335	.0868705	-10.18	0.000	-1.054397	-.7138705
Gini	30.30514	10.93325	2.77	0.006	8.876359	51.73392
JPKS	.0591061	.0416156	1.42	0.156	-.022459	.1406712
Sanitasi	.0039555	.0380256	0.10	0.917	-.0705734	.0784844
_cons	67.9946	4.161364	16.34	0.000	59.83848	76.15073
sigma_u	0					
sigma_e	.67101117					
rho	0	(fraction of variance due to u_i)				

```

.
end of do-file

```

```

. ***UJI PEMILIHAN MODEL
.
.
. reg Kemiskinan PE IPM Gini JPKS Sanitasi

```

Source	SS	df	MS	Number of obs	=	45
Model	912.492504	5	182.498501	F(5, 39)	=	66.17
Residual	107.562393	39	2.75801008	Prob > F	=	0.0000
				R-squared	=	0.8946
				Adj R-squared	=	0.8810
Total	1020.0549	44	23.1830659	Root MSE	=	1.6607

Kemiskinan	Coefficient	Std. err.	t	P> t	[95% conf. interval]	
PE	.0199374	.0862782	0.23	0.818	-.1545768	.1944516
IPM	-.8841335	.0868705	-10.18	0.000	-1.059846	-.7084214
Gini	30.30514	10.93325	2.77	0.008	8.19055	52.41973
JPKS	.0591061	.0416156	1.42	0.163	-.0250694	.1432816
Sanitasi	.0039555	.0380256	0.10	0.918	-.0729586	.0808696
_cons	67.9946	4.161364	16.34	0.000	59.57745	76.41176

```

. xtreg Kemiskinan PE IPM Gini JPKS Sanitasi, fe

Fixed-effects (within) regression              Number of obs   =        45
Group variable: kab_id                       Number of groups  =         5

R-squared:                                  Obs per group:
    Within = 0.7560                          min =            9
    Between = 0.8732                         avg =           9.0
    Overall = 0.8650                         max =            9

corr(u_i, Xb) = -0.3586                     F(5,35)          =       21.69
                                           Prob > F          =       0.0000

```

Kemiskinan	Coefficient	Std. err.	t	P> t	[95% conf. interval]	
PE	-.0613292	.0381392	-1.61	0.117	-.1387559	.0160974
IPM	-.801529	.1209123	-6.63	0.000	-1.046994	-.556064
Gini	.8306248	5.087744	0.16	0.871	-9.498046	11.1593
JPKS	-.0319511	.0194293	-1.64	0.109	-.0713947	.0074925
Sanitasi	-.0227855	.0200526	-1.14	0.264	-.0634944	.0179233
_cons	79.14319	8.25159	9.59	0.000	62.39158	95.89481
sigma_u	1.9717801					
sigma_e	.67101117					
rho	.89621068	(fraction of variance due to u_i)				

```

F test that all u_i=0: F(4, 35) = 50.97                Prob > F = 0.0000

. estimates store fe

```

```

. xtreg Kemiskinan PE IPM Gini JPKS Sanitasi, re

Random-effects GLS regression              Number of obs   =        45
Group variable: kab_id                   Number of groups  =         5

R-squared:                                  Obs per group:
    Within = 0.5098                          min =            9
    Between = 0.9254                         avg =           9.0
    Overall = 0.8946                         max =            9

corr(u_i, X) = 0 (assumed)                 Wald chi2(5)      =       330.85
                                           Prob > chi2       =       0.0000

```

Kemiskinan	Coefficient	Std. err.	z	P> z	[95% conf. interval]	
PE	.0199374	.0862782	0.23	0.817	-.1491648	.1890396
IPM	-.8841335	.0868705	-10.18	0.000	-1.054397	-.7138705
Gini	30.30514	10.93325	2.77	0.006	8.876359	51.73392
JPKS	.0591061	.0416156	1.42	0.156	-.022459	.1406712
Sanitasi	.0039555	.0380256	0.10	0.917	-.0705734	.0784844
_cons	67.9946	4.161364	16.34	0.000	59.83848	76.15073
sigma_u	0					
sigma_e	.67101117					
rho	0	(fraction of variance due to u_i)				

```

. estimates store re

```

```
.
. xttest0
```

Breusch and Pagan Lagrangian multiplier test for random effects

Kemiskinan[kab_id,t] = Xb + u[kab_id] + e[kab_id,t]

Estimated results:

	Var	SD = sqrt(Var)
Kemiskin	23.18307	4.81488
e	.450256	.6710112
u	0	0

Test: Var(u) = 0

chibar2(01) = 0.00
Prob > chibar2 = 1.0000

```
. hausman fe re
```

	Coefficients		(b-B) Difference	sqrt(diag(V_b-V_B)) Std. err.
	(b) fe	(B) re		
PE	-.0613292	.0199374	-.0812666	.
IPM	-.801529	-.8841335	.0826045	.0841029
Gini	.8306248	30.30514	-29.47452	.
JPKS	-.0319511	.0591061	-.0910572	.
Sanitasi	-.0227855	.0039555	-.026741	.

b = Consistent under H0 and Ha; obtained from xtreg.

B = Inconsistent under Ha, efficient under H0; obtained from xtreg.

Test of H0: Difference in coefficients not systematic

chi2(5) = (b-B)'[(V_b-V_B)^(-1)](b-B)
= -14.06

Warning: chi2 < 0 ==> model fitted on these data
fails to meet the asymptotic assumptions
of the Hausman test; see suest for a
generalized test.

```
.
. hausman fe re, sigmamore
```

Note: the rank of the differenced variance matrix (4) does not equal the number of coefficients being tested (5); be sure this is what you expect, or there may be problems computing the test. Examine the output of your estimators for anything unexpected and possibly consider scaling your variables so that the coefficients are on a similar scale.

	Coefficients		(b-B) Difference	sqrt(diag(V_b-V_B)) Std. err.
	(b) fe	(B) re		
PE	-.0613292	.0199374	-.0812666	.0382897
IPM	-.801529	-.8841335	.0826045	.2863667
Gini	.8306248	30.30514	-29.47452	6.246723
JPKS	-.0319511	.0591061	-.0910572	.0240931
Sanitasi	-.0227855	.0039555	-.026741	.0318922

b = Consistent under H0 and Ha; obtained from **xtreg**.
B = Inconsistent under Ha, efficient under H0; obtained from **xtreg**.

Test of H0: Difference in coefficients not systematic

```
chi2(4) = (b-B)'[(V_b-V_B)^(-1)](b-B)
= 33.29
Prob > chi2 = 0.0000
```

```
.
end of do-file
```

```
. ***uji normalitas**
. **jika fe model terbaik**
. xtreg Kemiskinan PE IPM Gini JPKS Sanitasi, fe
```

Fixed-effects (within) regression	Number of obs	=	45
Group variable: kab_id	Number of groups	=	5

R-squared:	Obs per group:
Within = 0.7560	min = 9
Between = 0.8732	avg = 9.0
Overall = 0.8650	max = 9

	F(5,35)	=	21.69
corr(u_i, Xb) = -0.3586	Prob > F	=	0.0000

Kemiskinan	Coefficient	Std. err.	t	P> t	[95% conf. interval]	
PE	-.0613292	.0381392	-1.61	0.117	-.1387559	.0160974
IPM	-.801529	.1209123	-6.63	0.000	-1.046994	-.556064
Gini	.8306248	5.087744	0.16	0.871	-9.498046	11.1593
JPKS	-.0319511	.0194293	-1.64	0.109	-.0713947	.0074925
Sanitasi	-.0227855	.0200526	-1.14	0.264	-.0634944	.0179233
_cons	79.14319	8.25159	9.59	0.000	62.39158	95.89481
sigma_u	1.9717801					
sigma_e	.67101117					
rho	.89621068	(fraction of variance due to u_i)				

F test that all u_i=0: F(4, 35) = 50.97 Prob > F = 0.0000

```
. predict e, res
```

```
. swilk e
```

Shapiro-Wilk W test for normal data

Variable	Obs	W	V	z	Prob>z
e	45	0.93838	2.668	2.080	0.01876

```
.
end of do-file
```

```
. **uji multikolinearitas**
```

```
. vif, uncentered
```

Variable	VIF	1/VIF
IPM	642.46	0.001557
Gini	306.37	0.003264
Sanitasi	174.27	0.005738
JPKS	25.73	0.038872
PE	2.94	0.340652
Mean VIF	230.35	

```
.
end of do-file
```

```
. **FE dg var centering**
```

```
. xtreg Kemiskinan PE_c IPM_c Gini_c JPKS_c Sanitasi_c, fe
```

```
Fixed-effects (within) regression              Number of obs   =        45
Group variable: kab_id                        Number of groups =         5

R-squared:                                     Obs per group:
    Within = 0.7560                                min =          9
    Between = 0.8732                                avg =         9.0
    Overall = 0.8650                                max =          9

corr(u_i, Xb) = -0.3586                        F(5,35)         =       21.69
                                                Prob > F         =       0.0000
```

Kemiskinan	Coefficient	Std. err.	t	P> t	[95% conf. interval]	
PE_c	-.0613292	.0381392	-1.61	0.117	-.1387559	.0160974
IPM_c	-.801529	.1209123	-6.63	0.000	-1.046994	-.5560641
Gini_c	.8306246	5.087744	0.16	0.871	-9.498046	11.15929
JPKS_c	-.0319511	.0194293	-1.64	0.109	-.0713947	.0074925
Sanitasi_c	-.0227855	.0200526	-1.14	0.264	-.0634944	.0179233
_cons	12.99978	.1000284	129.96	0.000	12.79671	13.20285
sigma_u	1.9717802					
sigma_e	.67101116					
rho	.89621069	(fraction of variance due to u_i)				

```
F test that all u_i=0: F(4, 35) = 50.97                Prob > F = 0.0000
```

. vif, uncentered

Variable	VIF	1/VIF
IPM_c	4.86	0.205688
Gini_c	3.95	0.253143
Sanitasi_c	1.87	0.533945
PE_c	1.13	0.882648
JPKS_c	1.11	0.899751
Mean VIF	2.59	

```
. ****terjadi autokorelasi shg FE pake ini**
. xtreg Kemiskinan PE_c IPM_c Gini_c JPKS_c Sanitasi_c, fe robust

Fixed-effects (within) regression              Number of obs   =        45
Group variable: kab_id                        Number of groups =         5

R-squared:                                     Obs per group:
    Within = 0.7560                                min =          9
    Between = 0.8732                               avg =         9.0
    Overall = 0.8650                                max =          9

                                         F(4,4)          =          .
corr(u_i, Xb) = -0.3586                    Prob > F         =          .

(Std. err. adjusted for 5 clusters in kab_id)
```

Kemiskinan	Robust		t	P> t	[95% conf. interval]	
	Coefficient	std. err.				
PE_c	-.0613292	.0153451	-4.00	0.016	-.1039341	-.0187243
IPM_c	-.801529	.1812014	-4.42	0.011	-1.304625	-.2984332
Gini_c	.8306246	3.865761	0.21	0.840	-9.902448	11.5637
JPKS_c	-.0319511	.0166759	-1.92	0.128	-.0782507	.0143485
Sanitasi_c	-.0227855	.0231487	-0.98	0.381	-.0870567	.0414856
_cons	12.99978	2.45e-07	5.3e+07	0.000	12.99978	12.99978
sigma_u	1.9717802					
sigma_e	.67101116					
rho	.89621069	(fraction of variance due to u_i)				

```

. ***FE tanpa robust***
. xtreg Kemiskinan PE_c IPM_c Gini_c JPKS_c Sanitasi_c, fe

Fixed-effects (within) regression              Number of obs   =        45
Group variable: kab_id                        Number of groups  =         5

R-squared:                                     Obs per group:
    Within = 0.7560                               min =          9
    Between = 0.8732                             avg =         9.0
    Overall = 0.8650                               max =          9

                                         F(5,35)          =       21.69
corr(u_i, Xb) = -0.3586                     Prob > F          =       0.0000

```

Kemiskinan	Coefficient	Std. err.	t	P> t	[95% conf. interval]	
PE_c	-.0613292	.0381392	-1.61	0.117	-.1387559	.0160974
IPM_c	-.801529	.1209123	-6.63	0.000	-1.046994	-.5560641
Gini_c	.8306246	5.087744	0.16	0.871	-9.498046	11.15929
JPKS_c	-.0319511	.0194293	-1.64	0.109	-.0713947	.0074925
Sanitasi_c	-.0227855	.0200526	-1.14	0.264	-.0634944	.0179233
_cons	12.99978	.1000284	129.96	0.000	12.79671	13.20285
sigma_u	1.9717802					
sigma_e	.67101116					
rho	.89621069	(fraction of variance due to u_i)				

F test that all u_i=0: F(4, 35) = 50.97 Prob > F = 0.0000

```

. *** FE robust vce***
.
. xtreg Kemiskinan PE_c IPM_c Gini_c JPKS_c Sanitasi_c, fe vce(cluster kab_id)

Fixed-effects (within) regression              Number of obs   =        45
Group variable: kab_id                        Number of groups  =         5

R-squared:                                     Obs per group:
    Within = 0.7560                               min =          9
    Between = 0.8732                             avg =         9.0
    Overall = 0.8650                               max =          9

                                         F(4,4)          =       .
corr(u_i, Xb) = -0.3586                     Prob > F          =       .

                                         (Std. err. adjusted for 5 clusters in kab_id)

```

Kemiskinan	Coefficient	Robust std. err.	t	P> t	[95% conf. interval]	
PE_c	-.0613292	.0153451	-4.00	0.016	-.1039341	-.0187243
IPM_c	-.801529	.1812014	-4.42	0.011	-1.304625	-.2984332
Gini_c	.8306246	3.865761	0.21	0.840	-9.902448	11.5637
JPKS_c	-.0319511	.0166759	-1.92	0.128	-.0782507	.0143485
Sanitasi_c	-.0227855	.0231487	-0.98	0.381	-.0870567	.0414856
_cons	12.99978	2.45e-07	5.3e+07	0.000	12.99978	12.99978
sigma_u	1.9717802					
sigma_e	.67101116					
rho	.89621069	(fraction of variance due to u_i)				

Model 2

$$Y_{it} = \alpha + \beta_1 X_{1it} + \beta_2 X_{2,1it} + \beta_3 X_{2,2it} + \beta_4 X_{2,3it} + \beta_5 X_{2,4it} + \beta_6 (X_{2,2it} \times X_{1it}) + \beta_7 (X_{2,3it} \times X_{1it}) + \varepsilon_{it}. (2)$$

. ***ESTIMASI MODEL PANEL STATIS

.

. ***COMMON EFFECT

. reg Kemiskinan PE_c IPM Gini_c JPKS_c Sanitasi inter_gini_pe inter_kes_pe

Source	SS	df	MS	Number of obs	=	45
				F(7, 37)	=	49.15
Model	921.016129	7	131.573733	Prob > F	=	0.0000
Residual	99.0387689	37	2.67672348	R-squared	=	0.9029
				Adj R-squared	=	0.8845
Total	1020.0549	44	23.1830659	Root MSE	=	1.6361

Kemiskinan	Coefficient	Std. err.	t	P> t	[95% conf. interval]	
PE_c	-.1268017	.1318889	-0.96	0.343	-.394034	.1404306
IPM	-.9200354	.0904293	-10.17	0.000	-1.103263	-.7368082
Gini_c	33.74557	11.41996	2.95	0.005	10.60653	56.88461
JPKS_c	.0390375	.0441186	0.88	0.382	-.0503552	.1284303
Sanitasi	.0106736	.0382461	0.28	0.782	-.0668204	.0881676
inter_gini_pe	-2.962119	2.960924	-1.00	0.324	-8.961522	3.037283
inter_kes_pe	.0375446	.0306239	1.23	0.228	-.0245054	.0995945
_cons	84.32186	6.296323	13.39	0.000	71.5643	97.07942

.

. ***FIXED EFFECT

. xtreg Kemiskinan PE_c IPM Gini_c JPKS_c Sanitasi inter_gini_pe inter_kes_pe, fe

Fixed-effects (within) regression

Group variable: kab_id

Number of obs = 45

Number of groups = 5

R-squared:

Within = 0.7600

Between = 0.8749

Overall = 0.8669

Obs per group:

min = 9

avg = 9.0

max = 9

corr(u_i, Xb) = -0.3437

F(7,33) = 14.93

Prob > F = 0.0000

Kemiskinan	Coefficient	Std. err.	t	P> t	[95% conf. interval]	
PE_c	-.1030091	.0688469	-1.50	0.144	-.2430791	.0370609
IPM	-.796617	.1273299	-6.26	0.000	-1.055672	-.5375623
Gini_c	.7206114	5.566614	0.13	0.898	-10.60475	12.04597
JPKS_c	-.0387081	.0220066	-1.76	0.088	-.0834809	.0060647
Sanitasi	-.025457	.0214948	-1.18	0.245	-.0691886	.0182746
inter_gini_pe	-.182028	1.273454	-0.14	0.887	-2.772889	2.408833
inter_kes_pe	.0109143	.0154059	0.71	0.484	-.0204293	.0422579
_cons	77.95834	8.793405	8.87	0.000	60.06802	95.84866
sigma_u	1.9460555					
sigma_e	.68529999					
rho	.88967309	(fraction of variance due to u_i)				

F test that all u_i=0: F(4, 33) = 44.47

Prob > F = 0.0000

```

.
. ***RANDOM EFFECT
.
. xtreg Kemiskinan PE_c IPM Gini_c JPKS_c Sanitasi inter_gini_pe inter_kes_pe, re

Random-effects GLS regression           Number of obs   =        45
Group variable: kab_id                  Number of groups  =         5

R-squared:                               Obs per group:
    Within = 0.4661                      min =          9
    Between = 0.9399                     avg =         9.0
    Overall = 0.9029                     max =          9

Wald chi2(7) = 344.08
corr(u_i, X) = 0 (assumed)              Prob > chi2      = 0.0000

```

Kemiskinan	Coefficient	Std. err.	z	P> z	[95% conf. interval]	
PE_c	-.1268017	.1318889	-0.96	0.336	-.3852992	.1316958
IPM	-.9200354	.0904293	-10.17	0.000	-1.097274	-.7427972
Gini_c	33.74557	11.41996	2.95	0.003	11.36286	56.12829
JPKS_c	.0390375	.0441186	0.88	0.376	-.0474333	.1255084
Sanitasi	.0106736	.0382461	0.28	0.780	-.0642874	.0856346
inter_gini_pe	-2.962119	2.960924	-1.00	0.317	-8.765424	2.841185
inter_kes_pe	.0375446	.0306239	1.23	0.220	-.0224772	.0975664
_cons	84.32186	6.296323	13.39	0.000	71.98129	96.66242
sigma_u	0					
sigma_e	.68529999					
rho	0	(fraction of variance due to u_i)				

```

.
. ***UJI PEMILIHAN MODEL
.
.
. reg Kemiskinan PE_c IPM Gini_c JPKS_c Sanitasi inter_gini_pe inter_kes_pe

```

Source	SS	df	MS	Number of obs	=	45
Model	921.016129	7	131.573733	F(7, 37)	=	49.15
Residual	99.0387689	37	2.67672348	Prob > F	=	0.0000
				R-squared	=	0.9029
				Adj R-squared	=	0.8845
Total	1020.0549	44	23.1830659	Root MSE	=	1.6361

Kemiskinan	Coefficient	Std. err.	t	P> t	[95% conf. interval]	
PE_c	-.1268017	.1318889	-0.96	0.343	-.394034	.1404306
IPM	-.9200354	.0904293	-10.17	0.000	-1.103263	-.7368082
Gini_c	33.74557	11.41996	2.95	0.005	10.60653	56.88461
JPKS_c	.0390375	.0441186	0.88	0.382	-.0503552	.1284303
Sanitasi	.0106736	.0382461	0.28	0.782	-.0668204	.0881676
inter_gini_pe	-2.962119	2.960924	-1.00	0.324	-8.961522	3.037283
inter_kes_pe	.0375446	.0306239	1.23	0.228	-.0245054	.0995945
_cons	84.32186	6.296323	13.39	0.000	71.5643	97.07942

```
. xtreg Kemiskinan PE_c IPM Gini_c JPKS_c Sanitasi inter_gini_pe inter_kes_pe, fe
```

```
Fixed-effects (within) regression      Number of obs   =       45
Group variable: kab_id                Number of groups =       5
```

```
R-squared:                            Obs per group:
    Within = 0.7600                      min =       9
    Between = 0.8749                     avg =      9.0
    Overall = 0.8669                     max =       9
```

```
corr(u_i, Xb) = -0.3437                F(7,33)         =      14.93
                                      Prob > F          =      0.0000
```

Kemiskinan	Coefficient	Std. err.	t	P> t	[95% conf. interval]	
PE_c	-.1030091	.0688469	-1.50	0.144	-.2430791	.0370609
IPM	-.796617	.1273299	-6.26	0.000	-1.055672	-.5375623
Gini_c	.7206114	5.566614	0.13	0.898	-10.60475	12.04597
JPKS_c	-.0387081	.0220066	-1.76	0.088	-.0834809	.0060647
Sanitasi	-.025457	.0214948	-1.18	0.245	-.0691886	.0182746
inter_gini_pe	-.182028	1.273454	-0.14	0.887	-2.772889	2.408833
inter_kes_pe	.0109143	.0154059	0.71	0.484	-.0204293	.0422579
_cons	77.95834	8.793405	8.87	0.000	60.06802	95.84866
sigma_u	1.9460555					
sigma_e	.68529999					
rho	.88967309	(fraction of variance due to u_i)				

```
F test that all u_i=0: F(4, 33) = 44.47                Prob > F = 0.0000
```

```
. estimates store fe
```

```
. xtreg Kemiskinan PE_c IPM Gini_c JPKS_c Sanitasi inter_gini_pe inter_kes_pe, re
```

```
Random-effects GLS regression          Number of obs   =       45
Group variable: kab_id                Number of groups =       5
```

```
R-squared:                            Obs per group:
    Within = 0.4661                      min =       9
    Between = 0.9399                     avg =      9.0
    Overall = 0.9029                     max =       9
```

```
corr(u_i, X) = 0 (assumed)             Wald chi2(7)     =      344.08
                                      Prob > chi2       =      0.0000
```

Kemiskinan	Coefficient	Std. err.	z	P> z	[95% conf. interval]	
PE_c	-.1268017	.1318889	-0.96	0.336	-.3852992	.1316958
IPM	-.9200354	.0904293	-10.17	0.000	-1.097274	-.7427972
Gini_c	33.74557	11.41996	2.95	0.003	11.36286	56.12829
JPKS_c	.0390375	.0441186	0.88	0.376	-.0474333	.1255084
Sanitasi	.0106736	.0382461	0.28	0.780	-.0642874	.0856346
inter_gini_pe	-2.962119	2.960924	-1.00	0.317	-8.765424	2.841185
inter_kes_pe	.0375446	.0306239	1.23	0.220	-.0224772	.0975664
_cons	84.32186	6.296323	13.39	0.000	71.98129	96.66242
sigma_u	0					
sigma_e	.68529999					
rho	0	(fraction of variance due to u_i)				

```
. estimates store re
```

```
. xttest0
```

Breusch and Pagan Lagrangian multiplier test for random effects

Kemiskinan[kab_id,t] = Xb + u[kab_id] + e[kab_id,t]

Estimated results:

	Var	SD = sqrt(Var)
Kemiskinan	23.18307	4.81488
e	.4696361	.6853
u	0	0

Test: Var(u) = 0

chibar2(01) = 0.00
Prob > chibar2 = 1.0000

```
. hausman fe re
```

	Coefficients		(b-B) Difference	sqrt(diag(V_b-V_B)) Std. err.
	(b) fe	(B) re		
PE_c	-.1030091	-.1268017	.0237925	.
IPM	-.796617	-.9200354	.1234185	.0896407
Gini_c	.7206114	33.74557	-33.02496	.
JPKS_c	-.0387081	.0390375	-.0777456	.
Sanitasi	-.025457	.0106736	-.0361306	.
inter_gini~e	-.182028	-2.962119	2.780091	.
inter_kes_pe	.0109143	.0375446	-.0266303	.

b = Consistent under H0 and Ha; obtained from **xtreg**.
B = Inconsistent under Ha, efficient under H0; obtained from **xtreg**.

Test of H0: Difference in coefficients not systematic

chi2(7) = (b-B)'[(V_b-V_B)^(-1)](b-B)
= -18.23

Warning: chi2 < 0 ==> model fitted on these data
fails to meet the asymptotic assumptions
of the Hausman test; see **suest** for a
generalized test.

Note: the rank of the differenced variance matrix (4) does not equal the number of coefficients being tested (7); be sure this is what you expect, or there may be problems computing the test. Examine the output of your estimators for anything unexpected and possibly consider scaling your variables so that the coefficients are on a similar scale.

	Coefficients			
	(b)	(B)	(b-B)	$\sqrt{\text{diag}(V_b - V_B)}$
	fe	re	Difference	Std. err.
PE_c	-.1030091	-.1268017	.0237925	.0980849
IPM	-.796617	-.9200354	.1234185	.2902226
Gini_c	.7206114	.33.74557	-33.02496	6.796923
JPKS_c	-.0387081	.0390375	-.0777456	.0285273
Sanitasi	-.025457	.0106736	-.0361306	.034214
inter_gini_e	-.182028	-2.962119	2.780091	.6898061
inter_kes_pe	.0109143	.0375446	-.0266303	.0203697

Test of H_0 : Difference in coefficients not systematic

```
chi2(4) = (b-B)'[(V_b-V_B)^(-1)](b-B)
          = 31.21
Prob > chi2 = 0.0000
(V_b-V_B is not positive definite)
```

```
end of do-file
```

```
. ***uji normalitas**
. **jika fe model terbaik**
. xtreg Kemiskinan PE c IPM Gini c JPKS c Sanitasi inter_gini_pe inter_kes_pe, fe
```

```
Fixed-effects (within) regression      Number of obs   =      45
Group variable: kab_id               Number of groups =       5
```

R-squared:	Obs per group:
Within = 0.7600	min = 9
Between = 0.8749	avg = 9.0
Overall = 0.8669	max = 9

	F(7,33)	=	14.93
corr(u_i, Xb) = -0.3437	Prob > F	=	0.0000

Kemiskinan	Coefficient	Std. err.	t	P> t	[95% conf. interval]	
PE_c	-.1030091	.0688469	-1.50	0.144	-.2430791	.0370609
IPM	-.796617	.1273299	-6.26	0.000	-1.055672	-.5375623
Gini_c	.7206114	5.566614	0.13	0.898	-10.60475	12.04597
JPKS_c	-.0387081	.0220066	-1.76	0.088	-.0834809	.0060647
Sanitasi	-.025457	.0214948	-1.18	0.245	-.0691886	.0182746
inter_gini_pe	-.182028	1.273454	-0.14	0.887	-2.772889	2.408833
inter_kes_pe	.0109143	.0154059	0.71	0.484	-.0204293	.0422579
_cons	77.95834	8.793405	8.87	0.000	60.06802	95.84866
sigma_u	1.9460555					
sigma_e	.6852999					
rho	.88967309	(fraction of variance due to u_i)				

F test that all $u_i=0$: $F(4, 33) = 44.47$ Prob > F = 0.0000

```
. predict e, res
```

```
. swilk e
```

Shapiro-Wilk W test for normal data

Variable	Obs	W	V	z	Prob>z
e	45	0.94412	2.420	1.873	0.03056

```
*
. **uji multikolinearitas**
. vif, uncentered
```

Variable	VIF	1/VIF
IPM	206.30	0.004847
Sanitasi	204.33	0.004894
inter_kes_pe	2.79	0.359011
PE_c	2.64	0.379074
Gini_c	1.32	0.760105
JPKS_c	1.29	0.776963
inter_gini~e	1.27	0.785477
Mean VIF	59.99	

```

.
. **FE dg var centering**
. xtreg Kemiskinan PE_c IPM_c Gini_c JPKS_c Sanitasi_c inter_gini_pe inter_kes_pe, fe

Fixed-effects (within) regression              Number of obs   =        45
Group variable: kab_id                        Number of groups  =         5

R-squared:                                    Obs per group:
    Within = 0.7600                                min =          9
    Between = 0.8749                                avg  =         9.0
    Overall = 0.8669                                max  =          9

F(7,33) = 14.93
corr(u_i, Xb) = -0.3437                      Prob > F         = 0.0000

```

Kemiskinan	Coefficient	Std. err.	t	P> t	[95% conf. interval]	
PE_c	-.1030091	.0688469	-1.50	0.144	-.2430791	.0370609
IPM_c	-.796617	.1273299	-6.26	0.000	-1.055672	-.5375623
Gini_c	.7206119	5.566614	0.13	0.898	-10.60475	12.04597
JPKS_c	-.0387081	.0220066	-1.76	0.088	-.083481	.0060647
Sanitasi_c	-.025457	.0214948	-1.18	0.245	-.0691886	.0182746
inter_gini_pe	-.1820286	1.273454	-0.14	0.887	-2.77289	2.408833
inter_kes_pe	.0109143	.0154059	0.71	0.484	-.0204293	.0422579
_cons	12.99482	.1059665	122.63	0.000	12.77923	13.21041
sigma_u	1.9460556					
sigma_e	.68529998					
rho	.8896731	(fraction of variance due to u_i)				

F test that all u_i=0: F(4, 33) = 44.47 Prob > F = 0.0000

. vif, uncentered

Variable	VIF	1/VIF
IPM_c	5.39	0.185495
Gini_c	4.41	0.226843
inter_kes_pe	2.78	0.359693
PE_c	2.73	0.366594
Sanitasi_c	1.95	0.513623
JPKS_c	1.29	0.777177
inter_gini~e	1.26	0.793578
Mean VIF	2.83	

```

.
. *** uji Autokorelasi ***
. xtserial Kemiskinan PE_c IPM_c Gini_c JPKS_c Sanitasi_c inter_gini_pe inter_kes_pe

Wooldridge test for autocorrelation in panel data
H0: no first-order autocorrelation
    F( 1,      4) =    54.808
    Prob > F =    0.0018

```

```
. ***FE tanpa robust***
. xtreg Kemiskinan PE_c IPM_c Gini_c JPKS_c Sanitasi_c inter_gini_pe inter_kes_pe, fe
```

```
Fixed-effects (within) regression      Number of obs   =      45
Group variable: kab_id                 Number of groups =       5

R-squared:                             Obs per group:
    Within = 0.7600                      min =          9
    Between = 0.8749                     avg =         9.0
    Overall = 0.8669                     max =          9

corr(u_i, Xb) = -0.3437                  F(7,33)         =     14.93
                                         Prob > F        =     0.0000
```

Kemiskinan	Coefficient	Std. err.	t	P> t	[95% conf. interval]	
PE_c	-.1030091	.0688469	-1.50	0.144	-.2430791	.0370609
IPM_c	-.796617	.1273299	-6.26	0.000	-1.055672	-.5375623
Gini_c	.7206119	5.566614	0.13	0.898	-10.60475	12.04597
JPKS_c	-.0387081	.0220066	-1.76	0.088	-.083481	.0060647
Sanitasi_c	-.025457	.0214948	-1.18	0.245	-.0691886	.0182746
inter_gini_pe	-.1820286	1.273454	-0.14	0.887	-2.77289	2.408833
inter_kes_pe	.0109143	.0154059	0.71	0.484	-.0204293	.0422579
_cons	12.99482	.1059665	122.63	0.000	12.77923	13.21041
sigma_u	1.9460556					
sigma_e	.68529998					
rho	.8896731	(fraction of variance due to u_i)				

F test that all u_i=0: F(4, 33) = 44.47 Prob > F = 0.0000

```
. *** FE robust vce***
```

```
. xtreg Kemiskinan PE_c IPM_c Gini_c JPKS_c Sanitasi_c inter_gini_pe inter_kes_pe, fe vce(robust)
```

```
Fixed-effects (within) regression      Number of obs   =      45
Group variable: kab_id                 Number of groups =       5

R-squared:                             Obs per group:
    Within = 0.7600                      min =          9
    Between = 0.8749                     avg =         9.0
    Overall = 0.8669                     max =          9

corr(u_i, Xb) = -0.3437                  F(4,4)         =      .
                                         Prob > F        =      .

                                         (Std. err. adjusted for 5 clusters in kab_id)
```

Kemiskinan	Coefficient	Robust std. err.	t	P> t	[95% conf. interval]	
PE_c	-.1030091	.0376824	-2.73	0.052	-.2076323	.001614
IPM_c	-.796617	.2000564	-3.98	0.016	-1.352062	-.2411715
Gini_c	.7206119	3.362811	0.21	0.841	-8.616048	10.05727
JPKS_c	-.0387081	.013687	-2.83	0.047	-.0767092	-.000707
Sanitasi_c	-.025457	.0281465	-0.90	0.417	-.1036044	.0526903
inter_gini_pe	-.1820286	.3808039	-0.48	0.658	-1.23931	.8752525
inter_kes_pe	.0109143	.0078771	1.39	0.238	-.010956	.0327846
_cons	12.99482	.0080749	1609.29	0.000	12.9724	13.01724
sigma_u	1.9460556					
sigma_e	.68529998					
rho	.8896731	(fraction of variance due to u_i)				

```

. ***FE tanpa robust***
. xtreg Kemiskinan PE_c IPM_c Gini_c JPKS_c Sanitasi_c inter_gini_pe inter_kes_pe, fe

```

```

Fixed-effects (within) regression      Number of obs   =      45
Group variable:  kab_id                Number of groups =       5

R-squared:                            Obs per group:
    Within = 0.7600                      min =      9
    Between = 0.8749                     avg =     9.0
    Overall = 0.8669                     max =      9

                                F(7,33)      =     14.93
corr(u_i, Xb) = -0.3437                Prob > F       =     0.0000

```

Kemiskinan	Coefficient	Std. err.	t	P> t	[95% conf. interval]	
PE_c	-.1030091	.0688469	-1.50	0.144	-.2430791	.0370609
IPM_c	-.796617	.1273299	-6.26	0.000	-1.055672	-.5375623
Gini_c	.7206119	5.566614	0.13	0.898	-10.60475	12.04597
JPKS_c	-.0387081	.0220066	-1.76	0.088	-.083481	.0060647
Sanitasi_c	-.025457	.0214948	-1.18	0.245	-.0691886	.0182746
inter_gini_pe	-.1820286	1.273454	-0.14	0.887	-2.77289	2.408833
inter_kes_pe	.0109143	.0154059	0.71	0.484	-.0204293	.0422579
_cons	12.99482	.1059665	122.63	0.000	12.77923	13.21041
sigma_u	1.9460556					
sigma_e	.68529998					
rho	.8896731	(fraction of variance due to u_i)				

F test that all u_i=0: F(4, 33) = 44.47 Prob > F = 0.0000

```

. *** FE robust vce***

```

```

. xtreg Kemiskinan PE_c IPM_c Gini_c JPKS_c Sanitasi_c inter_gini_pe inter_kes_pe, fe vce(cluster kab_id)

```

```

Fixed-effects (within) regression      Number of obs   =      45
Group variable:  kab_id                Number of groups =       5

R-squared:                            Obs per group:
    Within = 0.7600                      min =      9
    Between = 0.8749                     avg =     9.0
    Overall = 0.8669                     max =      9

```

```

                                F(4,4)      =      .
corr(u_i, Xb) = -0.3437                Prob > F       =      .

```

(Std. err. adjusted for 5 clusters in kab_id)

Kemiskinan	Coefficient	Robust std. err.	t	P> t	[95% conf. interval]	
PE_c	-.1030091	.0376824	-2.73	0.052	-.2076323	.001614
IPM_c	-.796617	.2000564	-3.98	0.016	-1.352062	-.2411715
Gini_c	.7206119	3.362811	0.21	0.841	-8.616048	10.05727
JPKS_c	-.0387081	.013687	-2.83	0.047	-.0767092	-.000707
Sanitasi_c	-.025457	.0281465	-0.90	0.417	-.1036044	.0526903
inter_gini_pe	-.1820286	.3808039	-0.48	0.658	-1.23931	.8752525
inter_kes_pe	.0109143	.0078771	1.39	0.238	-.010956	.0327846
_cons	12.99482	.0080749	1609.29	0.000	12.9724	13.01724
sigma_u	1.9460556					
sigma_e	.68529998					
rho	.8896731	(fraction of variance due to u_i)				