

**ANALISIS EFEKTIFITAS PEMBERDAYAAN  
DANA ZAKAT, INFAK, SEDEKAH, DAN  
WAKAF (ZISWAF) LEMBAGA AMIL ZAKAT  
NASIONAL POS KEADILAN PEDULI UMAT  
(PKPU) CABANG SEMARANG PADA  
PROSMILING TERPADU DAN PROGRAM  
KLINIK PEDULI**



**SKRIPSI**

Diajukan sebagai salah satu syarat  
untuk menyelesaikan Program Sarjana (S1)  
pada Program Sarjana Fakultas Ekonomika dan Bisnis  
Universitas Diponegoro

Disusun oleh :

**SHANDY DWI FERNANDI**  
**NIM. C2B006068**

**ILMU EKONOMI DAN STUDI PEMBANGUNAN  
FAKULTAS EKONOMIKA DAN BISNIS  
UNIVERSITAS DIPONEGORO  
SEMARANG  
2011**

## **PERSETUJUAN SKRIPSI**

Nama Penyusun : Shandy Dwi Fernandi  
Nomor Induk Mahasiswa : C2B006068  
Fakultas : Ekonomika dan Bisnis / Ilmu Ekonomi dan Studi  
Pembangunan

Judul Skripsi : **ANALISIS EFEKTIFITAS  
PEMBERDAYAAN DANA ZAKAT,  
INFAK, SEDEKAH, DAN WAKAF  
(ZISWAF) LEMBAGA AMIL ZAKAT  
NASIONAL POS KEADILAN PEDULI  
UMAT (PKPU) CABANG SEMARANG  
PADA PROSMILING TERPADU DAN  
PROGRAM KLINIK PEDULI**

Dosen Pembimbing : Arif Pujiyono, S.E., M.Si.

Semarang, 10 November 2010

Dosen Pembimbing,

(Arif Pujiyono, S.E., M.Si.)

NIP. 19711222 199 802 1004

## **PENGESAHAN KELULUSAN UJIAN**

Nama Penyusun : Shandy Dwi Fernandi  
Nomor Induk Mahasiswa : C2B006068  
Fakultas : Ekonomika dan Bisnis / Ilmu Ekonomi dan  
Studi Pembangunan

Judul Skripsi : **ANALISIS EFEKTIFITAS  
PEMBERDAYAAN DANA ZAKAT,  
INFAK, SEDEKAH, DAN WAKAF  
(ZISWAF) LEMBAGA AMIL ZAKAT  
NASIONAL POS KEADILAN PEDULI  
UMAT (PKPU) CABANG SEMARANG  
PADA PROSMILING TERPADU DAN  
PROGRAM KLINIK PEDULI**

**Telah dinyatakan lulus ujian pada tanggal 17 Oktober 2011**

Tim Penguji :

1. Arif Pujiyono, S.E., M.Si. (.....)

2. Drs. Edy Yusuf AG, M.Sc., Ph.D (.....)

3. Evi Yulia Purwanti, S.E., M.Si (.....)

## **PERNYATAAN ORISINALITAS SKRIPSI**

Yang bertanda tangan di bawah ini saya, Shandy Dwi Fernandi, menyatakan bahwa skripsi yang berjudul : **“ANALISIS EFEKTIFITAS PEMBERDAYAAN DANA ZAKAT, INFAK, SEDEKAH, DAN WAKAF (ZISWAF) LEMBAGA AMIL ZAKAT NASIONAL POS KEADILAN PEDULI UMAT (PKPU) CABANG SEMARANG PADA PROSMILING TERPADU DAN PROGRAM KLINIK PEDULI”**, adalah tulisan saya sendiri. Dengan ini saya menyatakan dengan sesungguhnya bahwa dalam skripsi ini tidak terdapat keseluruhan atau sebagian tulisan orang lain yang saya ambil dengan cara menyalin atau meniru dalam bentuk rangkaian kalimat atau simbol yang menunjukkan gagasan atau pendapat atau pemikiran dari penulis lain, yang saya akui seolah-olah sebagai tulisan saya sendiri, dan/atau tidak terdapat bagian atau keseluruhan tulisan yang saya salin, tiru, atau yang saya ambil dari tulisan orang lain tanpa memberikan pengakuan penulis aslinya.

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

Semarang, 17 Oktober 2011

Yang membuat pernyataan,

Shandy Dwi Fernandi

NIM. C2B 006 068

## **MOTTO**

“Sebaik-baik manusia adalah manusia yang paling banyak memberikan manfaat bagi sesamanya.” (Nabi Muhammad SAW)

“Mereka yang tak pernah lupa hakekat hidup yang hanya sekali, tak pernah ragu untuk memilih keabadian disisi-Nya dan terus menggaungkan suara kebenaran yang diyakininya...” (Asasiyat Komprador – KH. Rahmat Abdullah)

“Ilmu akan menjadi kenikmatan dunia jika kita mempelajarinya dan akan menjadi kenikmatan akhirat jika kita mengamalkannya”

“The only person who never makes a mistake is the person who never does anything!!” (Boey CREATION)

## **PERSEMBAHAN**

Penelitian ini saya persembahkan kepada kedua orang tua. Merekalah orang yang paling saya muliakan di dunia dan akhirat kelak. Terima kasih untuk segalanya, “Ya Allah jadikanlah aku termasuk anak yang shaleh, yang selalu mendoakan Bapak dan Ibu kebaikan dunia dan akhirat, Amieen....”

## **ABSTRACT**

*Poverty is a major problem in Indonesia's economy. Economic growth without income distribution will not be able to alleviate poverty. The government have been efforts to reduce the inequalities with the society through zakkah instruments, infak, sedekah, and wakaf, with legalize Act No. 38 of 1999 on Management of Zakkah. With a potential of up to Rp 217 Trillion in 2011, then there needs to be an evaluation of the management program ZISWAF funds that aim to alleviate poverty, particularly in Integrated Public Health Program Mobile (PROSMILING) Programs and Care Clinic PKPU Branch Semarang in January to February of 2011.*

*The Research uses quantitative description analysis and cost-effectiveness analysis in looking at the level of effectiveness and efficiency of ZISWAF financial empowerment. Respondents who studied in the research reached 145 people as a population sample of 580 people recorded as participants PROSMILING and 46 samples from 184 people recorded as the participant population Clinical Care Programs PKPU Branch Semarang.*

*Based on the analysis, the success of health Integrated PROSMILING respondents achieved was 70% with a total cost of Rp 1.738.750,00. Costs required to achieve the optimal level of effectiveness of Rp 17.215,35. While in Clinical Care Program, the success achieved in the form of health respondents is 100% with a total cost of Rp 2.100.000,00. Costs required to achieve the level of optimum effectiveness Rp 45.652,17. Thus, Integrated PROSMILING more effective and efficient than Care Clinic Program PKPU Branch Semarang in the empowerment fund ZISWAF in Semarang City in January to February 2011.*

*Keywords: Poverty, ZISWAF, PKPU, PROSMILING, Clinical Care, Effectiveness.*

## ABSTRAK

Kemiskinan merupakan masalah utama dalam perekonomian Indonesia. Pertumbuhan ekonomi tanpa disertai distribusi pendapatan tidak akan dapat menghapus kemiskinan. Pemerintah telah berupaya untuk mengurangi ketimpangan yang ada bersama masyarakat melalui instrument zakat, infak, sedekah, dan wakaf dengan melahirkan Undang-Undang Nomor 38 Tahun 1999 tentang Pengelolaan Zakat. Dengan potensi mencapai Rp 217 Triliun pada tahun 2011, maka perlu adanya suatu evaluasi atas program pengelolaan dana ZISWAF yang bertujuan untuk mengentaskan kemiskinan ini, khususnya pada Program Kesehatan Masyarakat Keliling (PROSMILING) Terpadu dan Program Klinik Peduli PKPU Cabang Semarang pada bulan Januari sampai Februari tahun 2011.

Penelitian ini menggunakan analisis deskripsi kuantitatif dan analisis efektifitas biaya dalam melihat tingkat efektifitas dan efisiensi pemberdayaan dana ZISWAF. Responden yang diteliti pada penelitian kali ini mencapai 145 orang sebagai sampel dari 580 orang populasi yang terdata sebagai peserta PROSMILING dan 46 orang sampel dari 184 orang populasi yang terdata sebagai peserta Program Klinik Peduli PKPU Cabang Semarang.

Berdasarkan hasil analisis, keberhasilan berupa kesehatan responden yang dicapai PROSMILING Terpadu adalah 70 % dengan total biaya sebesar Rp 1.738.750,00. Biaya yang dibutuhkan untuk mencapai tingkat efektifitas yang optimal sebesar Rp 17.215,35. Sedangkan pada Program Klinik Peduli, keberhasilan berupa kesehatan responden yang dicapai adalah 100 % dengan total biaya sebesar Rp 2.100.000,00. Biaya yang dibutuhkan untuk mencapai tingkat efektifitas dan efisiensi yang optimal sebesar Rp 45.652,17. Dengan demikian, PROSMILING Terpadu lebih efektif dan efisien ketimbang Program Klinik Peduli PKPU Cabang Semarang dalam pemberdayaan dana ZISWAF di Kota Semarang pada bulan Januari sampai Februari tahun 2011.

Kata Kunci: Kemiskinan, ZISWAF, PKPU, PROSMILING, Klinik Peduli, Efektifitas.

## KATA PENGANTAR

*Assalamualaikum Wr. Wb.*

Puji syukur kepada Allah SWT atas segala nikmat dan karunia-Nya, sehingga tersusunlah skripsi yang berjudul **“ANALISIS EFEKTIFITAS PEMBERDAYAAN DANA ZAKAT, INFAK, SEDEKAH, DAN WAKAF (ZISWAF) LEMBAGA AMIL ZAKAT NASIONAL POS KEADILAN PEDULI UMAT (PKPU) CABANG SEMARANG PADA PROSMILING TERPADU DAN PROGRAM KLINIK PEDULI.”** terselesaikannya skripsi ini merupakan bentuk kenikmatan yang diberikan kepada penulis. Semoga cita-cita untuk menjadi manusia bermanfaat dapat terwujud dan semoga Allah SWT senantiasa menaungi perjalanan untuk mewujudkannya dengan rahmat dan kebaikan.

Dalam penulisan skripsi ini, penulis telah mendapatkan bantuan, pengarahan, dukungan, dan motivasi dari berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis menyampaikan terima kasih kepada :

1. Bapak Prof. Drs. H. Mohammad Nasir, M.Si, Akt., Ph.D., selaku Dekan Fakultas Ekonomika dan Bisnis Universitas Diponegoro Semarang.
2. Bapak Arif Pujiyono, S.E., M.Si, selaku dosen pembimbing skripsi yang telah banyak memberikan bimbingan, masukan, arahan dan motivasi demi terwujudnya skripsi ini. Mohon maaf sudah begitu banyak menyia-nyiakan waktu yang Bapak luangkan dalam proses penyusunan skripsi ini. Sebuah keberuntungan tersendiri dapat mendapat bimbingan dari Bapak.



3. Bapak Drs. R. Mulyo Hendarto, MSP, selaku dosen wali yang telah banyak memberikan perhatian terhadap kelancaran studi penulis selama menuntut ilmu di Fakultas Ekonomika dan Bisnis Universitas Diponegoro Semarang.
4. Bapak dan Ibu Dosen yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah memberikan ilmu pengetahuan dan kepribadian selama penulis menuntut ilmu di Fakultas Ekonomika dan Bisnis Universitas Diponegoro Semarang.

Ucapan terima kasih juga ditunjukkan kepada orang-orang terdekat penulis yang telah memberikan dukungan baik moral, spiritual, maupun material selama proses penyusunan skripsi ini dan selama menempuh pendidikan di Fakultas Ekonomika dan Bisnis Universitas Diponegoro Semarang, terutama untuk :

1. Ibu dan Bapak tercinta, yang jasanya tak akan terbalas sampai kapanpun. Terima kasih atas segala pengorbanan, kasih sayang, hingga kepercayaan yang tak terhingga agar seluruh putra-putrinya dapat berhasil di dunia maupun di akhirat. Semoga Allah SWT membalas semua yang Ibu dan Bapak berikan dapat dibalas dengan hal yang lebih baik dari-Nya. Amien.
2. Kakak dan Adikku tersayang, Tete Niva & Dek Silvi. Terima kasih telah menjadi inspirasi dalam membentuk karakter pribadi penulis.
3. Mang Udid, Mih Aan, Dek Dian, Dek Robi, dan Dek Fajar. Terima kasih untuk segala macam bentuk kebaikan yang telah diberikan selama menjadi penduduk Kota Semarang.
4. Para ‘guru kehidupan’: Mas Dudi, Ustadz Hadi Santoso, Ustadz Haryono, Ustadz Mardiyono, Ustadz Faris Fanani, dan Ustadz Antoni Dwi Amanda. Terima kasih atas ilmu, pengalaman, dan kepercayaan yang kalian berikan

selama ini, kelak tarbiyah yang kalian tanamkan akan menjadi investasi kebaikan yang tak pernah ada akhirnya.

5. Ismail, Ashim, Kharis, Piyan, Gany, Wawan, Mba Arnida, dan Mba Fatimah atas bantuannya dalam penyebaran dan pengumpulan kuesioner kepada seluruh responden, serta input data yang melelahkan. Semoga Allah SWT. mengganti amal kalian dengan kebaikan yang lebih bernilai.
6. Seluruh jajaran pengelola PKPU Jawa Tengah : Pak Haryono, Mas Supri, Mba Retno, Mba Rina, Mas Musyafa, Mas Aziz, Pak Surur, Mba Izzah, dan pengelola lainnya. Terima kasih atas dukungan dan kemudahannya selama penulis melakukan riset di PKPU Semarang.
7. Seluruh teman-teman dan adik-adik mentoring dan *halaqoh*. Terima kasih atas kehangatan dan kepeduliannya selama ini. Mohon maaf jika banyak terdapat salah kata dan perbuatan. Semoga ilmu yang kita pelajari bersama dapat bermanfaat bagi pribadi dan masyarakat sekitar.
8. Teman-teman seperjuangan IESP 2006 yang sangat luar biasa: Abra, Bahrul, Gedwin, Dimas, Adi, Mamed, dan puluhan lainnya yang tidak bisa disebutkan satu per satu. Semoga keberkahan ilmu dan amal selalu mengiringi langkah kehidupan kita semua.
9. Keluarga besar ROHIS FE UNDIP : Mas Sigit, Mba Erly, Mba Tuti, Mba Siti, Mba Retno, Mas Galih, Mas Apung, Mas Wahyu, Mas Kunari, *Akh Aryo*, Mba Hani, Mba Ayu, Mba Eri, Mba Ika, Mba Finda, Mba Dewi, *Akh Dana*, Bang Satria, *Akh Agung*, *Akh Angga*, *Ukhti Rizka*, *Ukhti Asnia*,

*Ukhti* Ikun, *Ukhti* Iis, *Ukhti* Irma, dan seluruh saudara-saudara lainnya yang banyak mengingatkan dalam hal kebenaran dan kesabaran.

10. Keluarga besar INSANI UNDIP : Mas Sarwadi, Mas Ramdhoni, Mas Edy, Mba Arina, Mba Novi, Mas Topik, Mas Bach, *Akh* Fery, Mba Ery, Mba Dewi, *Ukhti* Pindi, *Akh* Rizki, *Akh* Ari Adi Sasmita, dan seluruh pengurus lainnya. Serta kepada jajaran FSLDKN Puskomda Semarang Raya : Mba Arnida, Mas Pendi, Mas Alex, dan seluruh pengurus lainnya. Terima atas kerjasamanya selama ini. Mohon maaf jika terdapat banyak kesalahan dalam bekerja sama, semoga Allah SWT. memuliakan kita dan mempertemukan kita pada episode perjuangan yang lain.
11. Para penghuni Wisma Al-Fatih Genuk, Wisma Al-Hamra Singosari, dan Wisma All New Hamra Pleburan. Terima kasih telah menjadi keluarga kecil bahagia selama kuliah. Mohon maaf jika belum bisa banyak memberikan hal yang berarti bagi kalian semua.
12. Keluarga besar Microfin Semarang dan KJKS KUM3 Telaga Mulia : Ustadz Ikhsan Musthofa, Pak Imam, Pak Yuda, Pak Arofah, Mba Shoi, Pak Ali, Pak Pandu, Ustadz Ali Musthofa, Mba Evi, Mba Mulyani, Pak Yofi, Pak Anton, Mba Nur, dan lainnya. Terima kasih atas kesempatan belajar dan beramal yang telah diberikan selama ini. Mohon maaf jika banyak sikap dan sikap yang kurang menyenangkan.
13. Keluarga besar Annida Islamic Center Wonodri : Pak Kis, Bu Kis, Tika, Ilham, Haidar, Mas Galih, Indra, Rojab, Wawan, Ahmad, Dapi, Bang Jo, Bang Padri, Rizal, Bu Nuning, Gigih, Ratih, Adit, Diaz, Fajar, Leo, Aji,

Kak Windi, Findi, Bagus, dan seluruh warga ‘dinasti’ Annida Islamic Center Wonodri. Terima kasih telah memahamkan penulis akan makna dari Ketabahan, Syukur Nikmat, dan Kebesaran Jiwa dalam menghadapi kehidupan ini. Mohon maaf atas segala kesalahan.

Akhir kata, segala kebenaran hanya milik Allah Sang *Rabbul Izzati dan* kesalahan yang terjadi dalam penulisan skripsi ini merupakan sepenuhnya tanggung jawab Penulis. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi berbagai pihak.

*Wassalamualaikum Wr. Wb.*

Semarang, 27 Oktober 2011

Penulis

Shandy Dwi Fernandi

NIM. C2B006068

## DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN PERSETUJUAN SKRIPSI.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN KELULUSAN UJIAN .....	iii
PERNYATAAN ORISINALITAS SKRIPSI .....	iv
MOTTO DAN PERSEMBAHAN .....	v
<i>ABSTRACT</i> .....	vi
ABSTRAK.....	vii
KATA PENGANTAR .....	viii
DAFTAR TABEL.....	xvii
DAFTAR GAMBAR .....	xviii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xix
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang Masalah .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	13
1.3 Tujuan Penelitian dan Kegunaan Penelitian.....	14
1.3.1 Tujuan Penelitian.....	14
1.3.2 Kegunaan Penelitian.....	15
1.3.2.1 Kegunaan Akademis .....	15
1.3.2.2 Kegunaan Praktis .....	15
1.4 Sistematika Penulisan.....	15
<b>BAB II TELAAH PUSTAKA</b>	
2.1 Landasan Teori dan Penelitian Terdahulu .....	17
2.1.1 Ekonomi Publik.....	17
2.1.2 Ekonomi Sumber Daya Manusia.....	18
2.1.3 Ruang Lingkup Ekonomi dalam Pembangunan Kesehatan .....	21
2.1.3.1 Nilai Indikator Kesehatan .....	24

2.1.3.2 Peran Pembangunan Kesehatan terhadap Pertumbuhan dan Pembangunan Ekonomi ....	27
2.1.3.3 Pembiayaan Sektor Kesehatan.....	31
2.1.4 Keuangan Publik dan Komponen Kebijakan Fiskal Ekonomi Islam .....	33
2.1.4.1 Zakat .....	34
2.1.4.2 Infak .....	38
2.1.4.3 Sedekah .....	39
2.1.4.4 Wakaf .....	39
2.1.5 Penelitian Terdahulu.....	40
2.1.5.1 Penelitian Ria Casmi Arrsa (2008) .....	40
2.1.5.2 Penelitian Supriyadi (2010) .....	42
2.1.5.3 Penelitian Chaidir Noer, dkk (2000).....	44
2.2 Kerangka Pemikiran .....	45
<b>BAB III METODE PENELITIAN</b>	
3.1 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional .....	47
3.1.1 Biaya Langsung .....	47
3.1.2 Kesehatan Responden.....	48
3.2 Populasi dan Sampel .....	48
3.2.1 Populasi .....	48
3.2.2 Sampel .....	48
3.3 Jenis dan Sumber Data .....	49
3.4 Metode Pengumpulan Data .....	50
3.5 Metode Analisis.....	51
<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN</b>	
4.1 Deskripsi Objek Penelitian .....	53
4.1.1 Gambaran umum Pos Keadilan Peduli Umat (PKPU)	53
4.1.1.1 Sejarah PKPU .....	53
4.1.1.2 Visi, Misi, dan Aktifitas PKPU.....	54
4.1.1.3 Program Pemberdayaan Umat PKPU .....	56

4.1.2	Gambaran Umum Program Pemberdayaan Umat	
	PKPU Bidang Kesehatan .....	60
4.1.2.1	Arah Prioritas PROSMILING Terpadu dan Klinik Peduli .....	61
4.1.2.2	Sasaran PROSMILING Terpadu dan Klinik Peduli .....	61
4.1.2.3	Tahapan Kegiatan PROSMILING Terpadu PKPU Cabang Semarang .....	62
4.1.2.4	Instrumen PROSMILING Terpadu PKPU Cabang Semarang .....	63
4.1.2.5	Target Pencapaian PROSMILING Terpadu PKPU Cabang Semarang .....	64
4.1.2.6	Tahapan Kegiatan Program Klinik Peduli PKPU Cabang Semarang .....	65
4.2	Analisis Deskriptif Kuantitatif terhadap Karakteristik Sosial, Ekonomi, dan Kesehatan Responden Peserta PROSMILING Terpadu PKPU Cabang Semarang .....	66
4.2.1	Analisis Karakteristik Alamat Responden .....	67
4.2.2	Analisis Karakteristik Usia Responden.....	68
4.2.3	Analisis Karakteristik Pekerjaan Responden .....	68
4.2.4	Analisis Karakteristik Pendapatan Perkapita Responden.....	70
4.2.5	Analisis Karakteristik Pengeluaran Keluarga Responden.....	72
4.2.6	Analisis Karakteristik Kesehatan Responden.....	73
4.3	Analisis Deskriptif Kuantitatif terhadap Karakteristik Sosial, Ekonomi, dan Kesehatan Responden Peserta Program Klinik Peduli PKPU Cabang Semarang .....	75
4.3.1	Analisis Karakteristik Alamat Responden .....	75
4.3.2	Analisis Karakteristik Usia Responden.....	76
4.3.3	Analisis Karakteristik Pekerjaan Responden .....	77

4.3.4 Analisis Karakteristik Pendapatan Perkapita	
Responden.....	78
4.3.5 Analisis Karakteristik Pengeluaran Keluarga	
Responden.....	80
4.3.6 Analisis Karakteristik Kesehatan Responden.....	81
4.4 Analisis Efektifitas Biaya .....	83
4.4.1 Biaya PROSMILING Terpadu .....	85
4.4.2 Biaya Program Klinik Peduli .....	89
4.4.3 Efektifitas Biaya PROSMILING Terpadu dan Program Klinik Peduli.....	91
<b>BAB V PENUTUP</b>	
5.1 Kesimpulan.....	96
5.2 Keterbatasan .....	97
5.3 Saran .....	98
 DAFTAR PUSTAKA .....	 100
LAMPIRAN.....	104



## DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1.1 Jumlah, Prosentase, dan Garis Kemiskinan Menurut BPS Tahun 2007 – 2010.....	1
Tabel 1.2 Indikator Kesehatan Masyarakat Tahun 2000 - 2010.....	4
Tabel 1.3 Total Anggaran Kesehatan APBN dan Proporsi Peningkatan Tahun 2005 – 2010 .....	6
Tabel 1.4 Total Pemberdayaan Dana ZISWAF PKPU Tahun 2004 – 2010. .....	11
Tabel 2.1 Angka Pertumbuhan Pendapatan Perkapita, Tahun 1965 – 1994 (Berdasar Angka Pendapatan dan Angka Kematian Bayi, 1965). .....	30
Tabel 4.1 Ukuran Pencapaian PROSMILING Terpadu PKPU Cabang Semarang.....	64
Tabel 4.2 KPI Detail PROSMILING Terpadu PKPU Cabang Semarang	65
Tabel 4.3 Biaya PROSMILING Terpadu PKPU Cabang Semarang .....	87
Tabel 4.4 Total Biaya PROSMILING Terpadu PKPU Cabang Semarang	88
Tabel 4.5 Biaya Klinik Peduli PKPU Cabang Semarang .....	90
Tabel 4.6 Total Biaya Klinik Peduli PKPU Cabang Semarang.....	91
Tabel 4.7 Gambaran <i>Cost Effectiveness</i> PROSMILING Terpadu dan Klinik Peduli PKPU Cabang Semarang Periode Januari – Februari Tahun 2011 .....	93

## DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Bagan Ekonomi Kesehatan .....	22
Gambar 2.2 Skema Hubungan Antara Program Kesehatan sebagai Variabel Masukan Pembangunan Ekonomi.....	29
Gambar 2.3 Kerangka Pemikiran Teoritis .....	46
Gambar 4.1 Karakteristik Alamat Responden PROSMILING Terpadu .....	67
Gambar 4.2 Karakteristik Usia Responden PROSMILING Terpadu.....	68
Gambar 4.3 Karakteristik Aktifitas Responden PROSMILING Terpadu ....	69
Gambar 4.4 Karakteristik Jenis Pekerjaan Responden PROSMILING Terpadu .....	69
Gambar 4.5 Karakteristik Pendapatan Perkapita Responden PROSMILING Terpadu .....	71
Gambar 4.6 Karakteristik Pengeluaran Keluarga Responden PROSMILING Terpadu .....	73
Gambar 4.7 Karakteristik Kesehatan Responden PROSMILING Terpadu..	74
Gambar 4.8 Keberhasilan PROSMILING Terpadu PKPU Cabang Semarang	75
Gambar 4.9 Karakteristik Alamat Responden Program Klinik Peduli .....	76
Gambar 4.10 Karakteristik Usia Responden Program Klinik Peduli .....	77
Gambar 4.11 Karakteristik Aktifitas Responden Program Klinik Peduli.....	77
Gambar 4.12 Karakteristik Jenis Pekerjaan Responden Program Klinik Peduli	78
Gambar 4.13 Karakteristik Pendapatan Perkapita Responden Program Klinik Peduli .....	79
Gambar 4.14 Karakteristik Pengeluaran Keluarga Responden Program Klinik Peduli .....	80
Gambar 4.15 Karakteristik Kesehatan Responden Program Klinik Peduli ....	82
Gambar 4.16 Keberhasilan Program Klinik Peduli PKPU Cabang Semarang	83

## DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1 Kuesioner Penelitian .....	105
Lampiran 2 Profil Responden PROSMILING Terpadu .....	113
Lampiran 3 Profil RespondenProgram Klinik Peduli .....	116

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1. Latar Belakang Masalah

Kemiskinan merupakan masalah yang sulit dihilangkan dari kehidupan di dunia, tanpa terkecuali bangsa Indonesia. Masalah yang sejatinya telah lama hadir sejak bangsa ini menyatakan kemerdekaannya pada tahun 1945. Badan Pusat Statistik (2011) menunjukkan bahwa sekitar 31 Juta penduduk Indonesia berada dalam kategori miskin pada tahun 2010. Jumlah tersebut setara dengan 13,33 % dari total jumlah penduduk Indonesia. Standar kemiskinan yang ditetapkan pemerintah pun sangat memprihantinkan, dimana penduduk yang dikategorikan miskin adalah mereka yang memiliki pendapatan kurang dari Rp 211.726,00, jauh dari standar yang ditetapkan oleh Bank Dunia yang sebesar \$1 per hari atau \$2 per hari. Jika dikalikan dengan asumsi kurs sebesar Rp 8.500,00 per dolar, maka sewajarnya standar kemiskinan masyarakat dengan dasar dari bank dunia adalah Rp 255.000,00 atau Rp 510.000,00 per jiwa per bulan.

**Tabel 1.1**  
**Jumlah, Prosentase, dan Garis Kemiskinan Menurut BPS Tahun 2007 – 2010**

<b>Tahun</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
<b>Jumlah (jiwa)</b>	37,168 Juta	34,963 Juta	32,530 Juta	31,023 Juta
<b>Persentase</b>	16,58 %	15,42 %	14,15 %	13,33 %
<b>Garis Kemiskinan</b>	Rp 166.697,00	Rp 182.636,00	Rp 200.262,00	Rp 211.726

Sumber: BPS (2011)

Pemerataan pendapatan yang tidak berjalan dengan baik dapat menjadi salah satu penyebab kemiskinan di suatu negara. Menurut Todaro (2003), tingkat pendapatan nasional yang tinggi tanpa disertai distribusi yang merata tidak akan mengurangi kemiskinan, distribusi kemiskinan tanpa perbaikan dari segi jumlah pendapatan nasional tetap akan memperluas kemelaratan.

Permasalahan tidak meratanya distribusi pendapatan ini harus segera diatasi oleh pemerintah, karena Latif (2011) mengatakan bahwa keadilan sosial melalui perwujudan negara kesejahteraan merupakan impresif etis dari amanat Pancasila dan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia. Secara khusus, hal ini dapat didasarkan pada tiga peranan pemerintah yang menurut Mangkusubroto (1999) di dalam perekonomian modern, yaitu peran alokasi, peran distribusi, dan peran stabilisasi.

Dalam pembangunan ekonomi, Sujudi (2003) menjelaskan bahwa manusia dapat berada di dua posisi. Pertama sebagai obyek karena pembangunan ekonomi memiliki tujuan untuk menyejahterakan manusia, dan kedua sebagai subyek karena manusia merupakan pelaku dari pembangunan ekonomi tersebut. Sebagai pelaku pembangunan ekonomi, manusia dapat dikatakan sebagai kunci. Berhasil atau tidaknya pembangunan ekonomi terletak pada bagaimana kualitas manusia pelaku pembangunan ekonomi tersebut. Sedangkan menurut paham ekonomi klasik, manusia merupakan salah satu faktor produksi di luar tanah, modal, dan kewirausahaan. Bahkan manusia dianggap sebagai faktor produksi yang sangat penting.

Seperti halnya sumber daya yang lain, sumber daya manusia pun jika tidak memiliki kualitas yang baik maka tidak akan menghasilkan sesuatu yang baik pula. Bahkan lebih dari itu, sumber daya manusia yang tidak berkualitas akan tetap membutuhkan makanan, yang berarti baik atau tidaknya kualitas sumber daya manusia yang ada tetap akan memberikan beban bagi perekonomian. Dengan demikian, mereka tidak hanya mengurangi tingkat produktivitas yang ada, tetapi juga ikut mengurangi persediaan pemasukan bagi sumber daya yang berkualitas.

Menurut Sujudi (2003), dalam teori ekonomi produktivitas merupakan ukuran keluaran atau produk (output). Jadi produktivitas pekerja adalah kemampuan maksimal seorang pekerja untuk menghasilkan suatu produk. Bila produktivitas perorangan itu diagregatkan, maka diperoleh produktivitas dalam pengertian ekonomi makro. Jadi, kualitas tenaga kerja merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi produktivitas. Kualitas tenaga kerja meningkat bila dengan jumlah satuan pekerja yang sama dapat dicapai tingkat produktivitas lebih tinggi. Secara sederhana, kita dapat melihat kondisi kualitas sumber daya manusia suatu negara dalam aspek kesehatan dari indikator kesehatan masyarakat negara tersebut.

**Tabel 1.2**  
**Indikator Kesehatan Masyarakat Tahun 2000 – 2010**

No	Indikator	2000*	2001	2003	2004	2005**	2006	2007	2008	2009	2010
1	Persentase penduduk yang mengalami keluhan kesehatan sebulan yang lalu	27,08	25,49	24,41	26,51	26,68	28,15	30,90	33,24	33,68	30,97
2	Persentase persalinan ditolong tenaga kesehatan (dokter, bidan dan tenaga medis)	63,6	64,2	67,9	71,52	70,46	72,41	72,53	74,86	77,34	79,82
3	% Balita yang pernah mendapat imunisasi BCG	n.a	n.a	n.a	88,35	87,34	89,30	89,40	90	91,89	92,73
4	% Balita yang pernah mendapat imunisasi DPT	n.a	n.a	n.a	86,51	84,63	87,11	86,44	86,09	89,05	89,79
5	% Balita yang pernah mendapat imunisasi Polio	n.a	n.a	n.a	88,08	89,16	92,22	89,67	87,25	89,88	90,56
6	% Balita yang pernah mendapat imunisasi Campak	n.a	n.a	n.a	77,17	72,53	78,23	75,9	75,47	77,23	77,67
7	Rata-Rata lama (bulan) anak 2-4 tahun mendapat ASI	-	-	19,89	-	-	-	-	-	20	20
8	Rata2 anak 2-4 tahun yang disusui dengan makanan tambahan (bulan)	-	-	4,14	-	-	-	-	-	16	15
9	Rata2 anak 2-4 tahun yang disusui tanpa makanan tambahan (bulan)	-	-	15,75	-	-	-	-	-	4	5
10	Persentase penduduk yang mengobati sendiri	62,83	58,78	64,35	72,44	69,88	71,44	65,01	65,59	68,41	68,71
11	Persentase penduduk yang menggunakan obat tradisional	16,24	30,24	30,67	32,87	35,52	38,3	28,12	22,26	24,24	27,58
12	Persentase penduduk yang berobat jalan sebulan yang lalu	36,76	38,22	38,62	38,21	34,43	34,13	44,14	44,37	44,74	43,99
13	Persentase penduduk yang rawat inap setahun terakhir	1,83	0,93	n.a	-	-	-	-	-	2,35	2,51

Catatan :

\* Tidak termasuk NAD dan Maluku

\*\* Tidak termasuk NAD, Maluku dan Papua (hanya di kota provinsi)

n.a data tidak dikumpulkan pada tahun yang bersangkutan

- data dikumpulkan, tetapi tidak disajikan dalam publikasi

Sumber : BPS (2011)

Tabel 1.2 memperlihatkan tren peningkatan pada prosentase jumlah penduduk yang mengeluh adanya gangguan kesehatan dan berobat jalan sejak tahun 2000 hingga 2010. Pada tahun 2000 prosentase penduduk yang mengeluh adanya gangguan kesehatan mencapai 27,08 % dan meningkat menjadi 30,97 % pada tahun 2010. Hal ini pun serupa dengan prosentase penduduk yang mengikuti rawat jalan yang mencapai 36,76 % pada tahun 2000 dan meningkat menjadi 43,99 % pada tahun 2010. Kondisi ini semakin memprihatinkan manakala sejak tahun 2000 hingga 2008 lebih dari 50 % penduduk harus mengobati dirinya sendiri akibat dari minimnya pelayanan kesehatan masyarakat yang disajikan oleh pemerintah.

Jika BPS pada tabel 1.2 memperlihatkan kondisi pelayanan kesehatan masyarakat dari pemerintah yang semakin menurun, maka sangat bertolak belakang dengan kucuran dana yang dialokasikan pada sektor kesehatan. Kementerian Keuangan (2011) menunjukkan bahwa sejak tahun 2005 hingga 2010 anggaran bagi Kementerian Kesehatan selalu meningkat. Pada tahun 2005 Kementerian Kesehatan mendapatkan anggaran sebesar Rp 6,5 Triliun dan pada tahun 2010 meningkat secara signifikan menjadi Rp 23,8 Triliun. Peningkatan terbesar terjadi pada tahun 2006 yang hampir mencapai 90 %, dimana pada tahun 2005 alokasi anggaran yang diberikan sebesar Rp 6,5 Triliun kemudian membengkak menjadi Rp 12,3 Triliun pada tahun 2006.



**Tabel 1.3**  
**Total Anggaran Kesehatan APBN dan Proporsi Peningkatan**  
**Tahun 2005 – 2010**

<b>Tahun</b>	<b>APBN Kemertian Kesehatan (Rupiah)</b>	<b>Proporsi Peningkatan</b>	<b>Keterangan</b>
2005	6.508,9 Miliar	-	Realisasi
2006	12.260,6 Miliar	88,37 %	Realisasi
2007	15.530,6 Miliar	26,67 %	Realisasi
2008	15.871,9 Miliar	2,2 %	Realisasi
2009	18.001,5 Miliar	13,42 %	Realisasi
2010	23.796,8 Miliar	32,2 %	APBN-P

Sumber: Kementerian Keuangan (2011)

Dalam Sistem Kesehatan Nasional, Wasisto dan Ascobat (1986) menyatakan bahwa untuk mencapai tujuan dan sasaran pembangunan kesehatan diperlukan dana, baik yang bersumber dari pemerintah maupun masyarakat. Kecenderungan dewasa ini menunjukkan makin tingginya biaya kesehatan sehingga merupakan beban yang bertambah berat bagi pemerintah. Oleh sebab itu, salah satu aspek dalam memecahkan masalah pembiayaan kesehatan, baik dengan upaya masyarakat sendiri seperti daya upaya kesehatan maupun melalui usaha swasta. Hal ini dikarenakan adanya peningkatan biaya kesehatan dari waktu ke waktu. Beberapa faktor utama yang menyebabkan kenaikan biaya kesehatan adalah pertambahan penduduk, perkembangan teknologi kesehatan, serta meningkatnya permintaan.

Pasca lengsernya kepemimpinan represif orde baru di bawah kepemimpinan Presiden Soeharto, banyak bermunculan lembaga swadaya

masyarakat, lembaga sosial keagamaan, ataupun komunitas-komunitas sosial kemasyarakatan yang turut berpartisipasi dalam pembangunan kehidupan masyarakat. Mereka banyak membantu pemerintah dalam menjalankan perannya untuk menyejahterakan masyarakat, baik itu dalam pemberdayaan ekonomi, pengembangan pendidikan, pembangunan kesehatan, hingga pemerataan pendapatan. Secara khusus bagi lembaga sosial keagamaan, partisipasi yang mereka lakukan didasarkan pada keyakinan mereka atas ajaran agama masing-masing.

Karim (2001) menjelaskan beberapa ajaran agama yang sesuai dengan upaya pemerintah dalam mewujudkan keadilan sosial bagi kehidupan masyarakat.

1. Dalam rancang bangun ekonomi Islam, pilar ketiganya adalah kesejahteraan sosial yang berkeadilan. Instrumen utamanya adalah zakat, infak, sedekah, wakaf, hibah, dan bentuk-bentuk sejenisnya.
2. Dalam ajaran Hindu, khususnya dalam Dharmasastra dan Puranas, terdapat konsep sejenis zakat yang disebut *datria datriun* dan definisi mustahik (orang yang berhak menerimanya) yang disebut *danapatra*. Kasta Brahma yang bertugas menerima dan menyalurkan dana, sedang kasta Ksatriya dan Vaisyas tidak boleh menerima dana. Juga dikenal ada dana yang sifatnya reguler, misalnya untuk tanah, dan yang sifatnya insidentil sebagai persyaratan dalam upacara-upacara keagamaan.
3. Dalam ajaran Buddha, konsep sejenis dikategorikan sebagai etika atau *sutta nipata*, dengan lima pilar yaitu “memberi dalam iman, memberi

dengan seksama, memberi dengan segera, memberi dengan sepenuh hati, dan memberi untuk tidak mencelakakan diri sendiri dan orang lain.”

4. Dalam ajaran Konfusian juga dikenal pembayaran sampai dua persepuluh kepada raja, walaupun sempat diprotes oleh Yew Jo karena biasanya hanya sepersepuluh.
5. Dalam ajaran Yahudi dikenal istilah *masartu* (Syro-Palestina) atau *maser* (Hebrew) yang dibayar kepada rumah ibadat atau kepada raja untuk membayar pegawainya.
6. Dalam ajaran Kristiani, *tithe* sepersepuluh didefinisikan sebagai “bagian dari pendapatan seseorang yang ditentukan oleh hukum untuk dibayar kepada gereja bagi pemeliharaan kelembagaan, dukungan untuk pendeta, promosi kegiatannya, dan membantu orang miskin.”

Indonesia dengan jumlah penduduk muslim terbesar di dunia memiliki peran yang cukup signifikan dalam mendorong perkembangan aktifitas ekonomi Islam. Pada tahun 1999, pemerintah mengeluarkan Undang-Undang nomor 38 tahun 1999 tentang Pengelolaan Zakat. Hafidhuddin (2002) mengatakan bahwa Undang-Undang ini secara khusus memberikan gambaran tentang tujuan dari pengelolaan zakat adalah untuk kesejahteraan masyarakat dan keadilan sosial (pasal 5 ayat 2). Selain itu pun, ada beberapa peraturan pendukung lainnya dalam menunjang aktifitas pengelolaan zakat, seperti Keputusan Menteri Agama (KMA) nomor 581 tahun 1999 tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 38 Tahun 1999 dan Keputusan Direktur Jendral Bimbingan Masyarakat dan Urusan Haji

Nomor D/ tahun 2000 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Zakat serta Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2000 tentang Perubahan Ketiga Undang-Undang Nomor 7 tahun 1983 tentang Pajak Penghasilan.

Perkembangan yang cukup baik ini pun segera ditanggapi dengan cepat oleh para peneliti dan ahli ekonomi Islam. Beberapa hasil kajian yang telah mereka lakukan diantaranya adalah melihat potensi zakat yang dapat diperoleh. Mustikorini Indrijatiningrum (2005) dalam Nasution (2006) menghitung besaran potensi zakat profesi/penghasilan yang dapat dihimpun. Misalnya saja pada tahun 2004, dengan total penduduk Indonesia sekitar 217 juta, rasio jumlah penduduk muslim sekitar 88 %, dan nishab (angka minimal asset yang terkena kewajiban zakat) pada tahun 2004 sebesar Rp 1.460.000,-, Setelah dilakukan analisis data untuk tahun 2004, maka diperoleh hasil bahwa dari jumlah total tenaga kerja di Indonesia yang berjumlah 93.772.040 orang, terdapat 16,91 % atau 15.847.072 orang yang memiliki penghasilan lebih besar dari Rp 1.460.000,- per bulannya. Sementara dari jumlah total penghasilan tenaga kerja di Indonesia yang sebesar Rp 1.302.913.160.962.190,-, terdapat 43 % atau Rp 557.954.119.104.025,- merupakan jumlah total penghasilan tenaga kerja yang berpenghasilan lebih besar dari Rp 1.460.000,- perbulannya. Dengan asumsi rasio penduduk jumlah muslim sama dengan rasio tenaga kerja muslim di Indonesia, maka diketahui zakat penghasilan/profesi yang dapat digali dari tenaga kerja muslim di Indonesia dalam satu tahun adalah sebesar Rp 12.274.990.620.289,- pada tahun 2004.

Analisis potensi zakat di atas baru sebatas pada zakat penghasilan/profesi saja, belum termasuk zakat-zakat lainnya. Bahkan, bila dibandingkan dengan

APBN 2004, menurut Nasution (2006) potensi di atas sungguh sangat bermakna. Pembiayaan untuk pembangunan pada subsektor kesejahteraan sosial ‘hanya’ sebesar Rp 1,7 Triliun, dan subsektor kesehatan sebesar Rp 5,3 Triliun. Artinya, dengan potensi zakat penghasilan yang nilainya sekitar Rp 12,3 Triliun itu, banyak hal yang dapat dilakukan asalkan masih dalam koridor delapan asnaf (golongan) yang berhak menerima dana zakat.

Potensi yang sangat besar dari penghimpunan zakat tersebut ternyata sangat timpang dengan realita penghimpunan yang ada. Pola pembayaran zakat masyarakat Indonesia yang masih secara langsung diberikan dari muzakki (pemberi) kepada mustahik (penerima) menyebabkan penghimpunan dan pemberdayaan dana zakat belum terlalu optimal. Dari hasil survey PIRAC 2004 hanya sebesar 12,5 % masyarakat muslim yang menyalurkan zakatnya melalui lembaga resmi seperti Badan Amil Zakat (BAZ), Lembaga Amil Zakat (LAZ) atau yayasan amal lainnya. Adapun data yang tercatat pada Departemen Agama, realisasi zakat tahun 2004 sebesar Rp 199,3 Miliar. Jika dibandingkan antara realisasi zakat yang terhimpun pada berbagai lembaga pengelola zakat dengan potensi zakat profesi, ternyata realisasinya hanya sekitar 1,6 % dari potensi. (Nasution, 2006)

Diantara Lembaga Amil Zakat (LAZ) yang turut aktif dalam menghimpun dan memberdayakan dana zakat di Indonesia adalah Pos Keadilan Peduli Umat (PKPU). Secara umum PKPU memiliki 6 fokus program, bidang ekonomi, pendidikan, kesehatan, *charity*, penanganan bencana, dan *yatim center*. Seluruh program yang dilaksanakan memiliki satu arah gerak untuk membentuk

kemandirian dalam kehidupan masyarakat. Secara khusus pada program pembangunan kesehatan, PKPU membagi ke dalam dua strategi, yaitu program yang bersifat *preventif* (pencegahan) seperti program Ibu Sadar Gizi (BUDARZI) dan program Komunitas Hijau, serta program yang bersifat *kuratif* (pengobatan) seperti Program Komunitas Sehat yang di dalamnya terdapat Program Kesehatan Masyarakat Keliling Terpadu (PROSMILING) dan Program Klinik Peduli.

**Tabel 1.4**  
**Total Pemberdayaan Dana ZISWAF PKPU Tahun 2004 – 2010**

Tahun	Dana Pemberdayaan ZISWAF PKPU (Rp)	Proporsi Peningkatan
2004	6,656 Miliar	-
2005	37,003 Miliar	455,93 %
2006	43,268 Miliar	16,93 %
2007	34,014 Miliar	(21,39) %
2008	36,501 Miliar	7,31 %
2009	42,935 Miliar	17,63 %
2010	65,870 Miliar	53,42 %
<b>TOTAL</b>	<b>266,247 Miliar</b>	<b>88,31 %</b>

Sumber: PKPU (2011)

Program yang dilaksanakan oleh PKPU mendapatkan banyak dukungan dari masyarakat, sejak berdirinya lembaga ini pada tahun 1999 hingga tahun 2010, PKPU tercatat telah mendapatkan kepercayaan dari masyarakat untuk menghimpun dan menyalurkan dana zakat, infak, sedekah, dan wakaf mereka. Terhitung sejak tahun 2004 hingga 2010 PKPU sudah menyalurkan total dana ZISWAF sebesar Rp 266,247 Miliar dengan berbagai macam programnya.

Peningkatan kepercayaan yang diberikan oleh masyarakat dapat terlihat dari peningkatan pemberdayaan dana masyarakat yang sejak tahun 2004 sebesar Rp 6,656 Miliar meningkat secara signifikan menjadi Rp 65,870 Miliar pada tahun 2010, yang berarti naik hampir mencapai sebelas kali lipat selama 6 tahun.

Peningkatan terbesar terjadi pada tahun 2005 dan 2010, dimana pada tahun 2005 peningkatan pemberdayaan dana ZISWAF PKPU mencapai 455,93 % dan pada tahun 2010 peningkatannya mencapai 53,42 %. Hal ini terjadi karena pada tahun 2004 PKPU mulai menjadikan dirinya sebagai Lembaga Kemanusiaan Nasional dan pada tahun 2010 menjadi Organisasi Sosial Nasional berdasarkan Surat Keputusan yang dikeluarkan oleh Kementerian Sosial Republik Indonesia.

PKPU Cabang Semarang merupakan salah satu Lembaga Amil Zakat yang berada di Kota Semarang. Memulai aktivitasnya sejak sepuluh tahun yang lalu, membuat PKPU Cabang Semarang memiliki pengalaman yang mumpuni dalam menggerakkan perekonomian masyarakat Kota Semarang melalui zakat, infak, sedekah, dan wakaf (ZISWAF). Bahkan PKPU Cabang Semarang menjadi salah satu lembaga yang mendorong pengembangan Badan Amil Zakat (BAZ) Daerah Kota Semarang. Pertumbuhan aktivitas dan berbagai macam program pemberdayaan sudah dilakukan PKPU Cabang Semarang, sehingga untuk mendapatkan hasil yang lebih baik dan pengelolaan yang lebih profesional, perlu dilakukan evaluasi untuk pengelolaan dan pemberdayaan dana ZISWAF yang lebih baik di masa yang akan datang.

## 1.2. Rumusan Masalah

Pembangunan ekonomi saat ini bukan hanya berorientasi pada tingginya pertumbuhan ataupun pendapatan perkapita, melainkan target utama dari pembangunan ekonomi adalah pembangunan manusia yang menjadi subyek dan obyek ekonomi dengan alokasi sumber daya ekonomi yang adil kepada seluruh masyarakat. Kesehatan manusia menjadi faktor penting dalam meningkatkan produktifitas kinerja masyarakat. Anggaran yang disediakan oleh pemerintah ternyata belum mampu meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat secara umum, sehingga dibutuhkan dukungan dari berbagai elemen non pemerintah dalam upaya peningkatan kualitas pembangunan kesehatan masyarakat.

Potensi dana zakat, infak, sedekah, dan wakaf yang begitu besar, serta realisasi penghimpunan dari para muzakki dan pemberdayaan dana tersebut kepada para mustahik yang merupakan masyarakat miskin yang telah dilakukan oleh PKPU, menunjukkan bahwa dukungan pemerintah dan masyarakat kepada aktifitas pengelolaan dana zakat, infak, sedekah, dan wakaf sangat baik. Agar mendapatkan hasil yang lebih baik dengan pengelolaan yang lebih profesional, maka diperlukan sebuah evaluasi atas hasil pemberdayaan dana zakat, infak, sedekah, dan wakaf di Indonesia, khususnya di Lembaga Amil Zakat Nasional PKPU Cabang Semarang pada Program Kesehatan Masyarakat Keliling (PROSMILING) Terpadu dan Program Klinik Peduli. Evaluasi pemberdayaan dana ZISWAF PKPU Cabang Semarang pada PROSMILING Terpadu dan Program Klinik Peduli yang dibahas pada penelitian kali ini antara lain:



- a) Berapa besar tingkat efektifitas pemberdayaan dana ZISWAF PKPU Cabang Semarang pada PROSMILING Terpadu dan Program Klinik Peduli?
- b) Berapa tingkat keberhasilan PROSMILING Terpadu dan Program Klinik Peduli PKPU Cabang Semarang dalam memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat Kota Semarang?
- c) Berapa tingkat keberhasilan pemberdayaan dana ZISWAF PKPU Cabang Semarang bagi masyarakat miskin (mustahik) Kota Semarang melalui PROSMILING Terpadu dan Program Klinik Peduli?

### **1.3. Tujuan dan Kegunaan Penelitian**

#### **1.3.1. Tujuan Penelitian**

Tujuan yang ingin dicapai dalam penelitian ini adalah untuk menganalisis perbandingan efektifitas pemberdayaan dana ZISWAF PKPU Cabang Semarang pada Program Kesehatan Masyarakat Keliling Terpadu (PROSMILING) dan Program Klinik Peduli PKPU Cabang Semarang yang meliputi:

- a) Tingkat efektifitas pemberdayaan dana zakat, infak, sedekah, dan wakaf.
- b) Tingkat keberhasilan dalam memberikan pelayanan kesehatan.
- c) Tingkat keberhasilan dalam memberdayakan dana zakat, infak, sedekah, dan wakaf bagi masyarakat miskin (mustahik).

### **1.3.2. Kegunaan Penelitian**

#### **1.3.2.1. Kegunaan Akademis**

Secara akademis penelitian ini diharapkan dapat digunakan :

- a) Sebagai aplikasi dari ilmu ekonomi Islam, khususnya pada konsentrasi ekonomi publik Islam, sehingga dapat memberikan kontribusi dalam pengembangan ekonomi Islam.
- b) Sebagai saran untuk memberikan penyadaran kepada masyarakat bahwa ekonomi Islam dapat berperan aktif dalam perekonomian nasional.
- c) Sebagai dasar acuan bagi pengembangan penelitian selanjutnya dan pengembangan ilmu pengetahuan khususnya di bidang ekonomi.

#### **1.3.2.2. Kegunaan Praktis**

Dalam kaitannya dengan pengambil kebijakan, penelitian ini diharapkan :

- a) Dapat digunakan sebagai dasar pembangunan ekonomi Islam, sehingga perkembangan ekonomi Islam akan lebih komprehensif karena didukung dengan penelitian yang relevan.
- b) Dapat memberikan masukan sebagai solusi atas permasalahan yang terkait dengan masalah pembangunan kesehatan masyarakat.

### **1.4. Sistematika Penulisan**

Sistematika penulisan ini bermaksud untuk memudahkan para pembaca dalam memahami isi penelitian. Penelitian ini disusun dalam lima bab.

Bab pertama merupakan pendahuluan yang berisi latar belakang masalah, rumusan masalah, tujuan dan kegunaan penelitian, serta sistematika penulisan.

Bab kedua merupakan telaah pustaka yang mendukung penelitian. Pada bab ini terdapat pembahasan tentang landasan teori, penelitian terdahulu, kerangka pemikiran, dan hipotesis penelitian.

Bab ketiga menjelaskan tentang metode penelitian yang digunakan, meliputi variabel penelitian, definisi operasional, jenis data, sumber data, metode pengumpulan data, dan metode analisis.

Bab keempat menguraikan deskripsi objek penelitian dan pembahasan hasil analisis data.

Bab kelima merupakan penutup yang berisi kesimpulan penelitian, keterbatasan penelitian, dan saran yang diberikan.

## **BAB II**

### **TELAAH PUSTAKA**

#### **2.1. Landasan Teori dan Penelitian Terdahulu**

##### **2.1.1. Ekonomi Publik**

Menurut Mangkoesobroto (1999) Ekonomi Publik merupakan suatu cabang ilmu ekonomi yang menganalisis peran pemerintah dalam perekonomian dan dampak kebijakan pemerintah dalam bidang fiskal dalam suatu perekonomian. Hamzah (2010) menjelaskan bahwa ekonomi publik mempelajari mengenai penyediaan barang dan jasa yang tidak dapat disediakan secara efisien oleh mekanisme pasar. Dalam analisisnya pun, ekonomi publik merujuk pada ketidakmampuan mekanisme pasar untuk menginternalisasikan unsur-unsur signifikan yang sulit diukur dampak ekonomisnya, seperti akses pencemaran lingkungan, dan hal ini sering dikatakan dengan istilah adanya kegagalan pasar.

Ekonomi publik memiliki peran yang penting dalam menganalisis berbagai macam program pembangunan ekonomi yang sulit diukur nilai ekonominya. Berbagai sektor pembangunan ekonomi, seperti sektor pendidikan, kesehatan, dan lingkungan kerap menggunakan analisis ekonomi publik untuk mengukur dampak yang dihasilkan atas penggunaan dana pemerintah ataupun swasta yang tidak memiliki nilai kuantitatif ekonomi secara langsung. Hal ini agar program tersebut dapat dirasakan manfaatnya oleh masyarakat secara efektif dan efisien.

Kebijakan Fiskal adalah suatu kebijakan ekonomi dalam rangka mengarahkan kondisi perekonomian untuk menjadi lebih baik dengan jalan mengubah penerimaan dan pengeluaran pemerintah. Kebijakan ini mirip dengan kebijakan moneter untuk mengatur jumlah uang beredar, namun kebijakan fiskal lebih mekankan pada pengaturan pendapatan dan belanja pemerintah (Aditya 2011).

Instrumen kebijakan fiskal adalah penerimaan dan pengeluaran pemerintah yang berhubungan erat dengan pajak. Dari sisi pajak jelas jika mengubah tarif pajak yang berlaku akan berpengaruh pada ekonomi. Jika pajak diturunkan maka kemampuan daya beli masyarakat akan meningkat dan industri akan dapat meningkatkan jumlah output. Sebaliknya kenaikan pajak akan menurunkan daya beli masyarakat serta menurunkan output industri secara umum (Aditya 2011).

### **2.1.2. Ekonomi Sumber Daya Manusia**

Tidak dapat dipungkiri lagi bahwa manusia memiliki peran besar dalam pencapaian pembangunan ekonomi. Peran manusia dalam pencapaian pembangunan ekonomi mencakup dua hal penting. Pertama, peran manusia sebagai objek atau sasaran pembangunan ekonomi, dan yang kedua manusia sebagai subjek atau pelaku sekaligus sumberdaya yang berperan dalam pencapaian pembangunan. Hal ini terjadi karena fitrah manusia yang diciptakan sebagai makhluk pribadi dan makhluk sosial. Sjahdeini (2010) menjelaskan bahwa manusia dikatakan makhluk pribadi karena memiliki hak dan tanggung jawab khusus bagi dirinya, dan dikatakan makhluk sosial karena kehadiran manusia pun diiringi dengan hak dan tanggung jawab sosial di lingkungannya.

Teori ekonomi klasik menjelaskan bahwa ada beberapa faktor penting yang mempengaruhi tingkat produksi atau yang lebih dikenal dengan faktor produksi. Faktor produksi menurut teori klasik terdiri dari tanah, modal, kewirausahaan, dan manusia. Dari keempat faktor produksi tersebut faktor produksi manusia dianggap yang sangat penting, hal ini disebabkan karena sumber daya manusia yang berkualitas merupakan titik awal bagi pertumbuhan ekonomi. Setelah ekonomi tumbuh, akumulasi modal fisik baru dibutuhkan dalam rangka menjaga agar ekonomi terus tumbuh.

Berawal dari pemikiran klasik tersebut, berikutnya muncul paham ekonomi neo klasik yang memfokuskan pada tingkah laku individu dan perusahaan dalam memilih sumber daya yang ada. Menurut pandangan Solow (1956) dalam Mankiw, dkk (1992) penduduk dimasukkan ke dalam model sebagai angkatan kerja, sebagai salah satu input dalam mencapai pertumbuhan ekonomi, sebagaimana yang dijelaskan secara sederhana pada fungsi produksi berikut ini.

$$Q = f(K, L)$$

Dimana Q = output

K = modal fisik

L = modal manusia

dalam persamaan tersebut variabel demografi hanya diwakili oleh variabel modal manusia (L) yang hanya diukur dengan pendekatan jumlah angkatan kerja atau pertumbuhan angkatan kerja tanpa memasukkan adanya kaitan antara pertumbuhan ekonomi terhadap kelahiran, kematian serta perpindahan penduduk.

Model yang dikembangkan oleh Solow (1956) dalam Mankiw, dkk (1992) ini menerangkan bahwa pertumbuhan output agregat dalam perekonomian ditentukan oleh dua hal utama, yaitu pertumbuhan parsial dari masing-masing faktor produksi yang dipakai (kapital dan tenaga kerja) serta proses teknologi yang dicerminkan pada peningkatan total produktivitas (TFP). Perkembangan pemikiran mengenai model tersebut telah dicoba diterangkan dalam fungsi Cobb-Douglas yang diperluas kembali dengan menambahkan variabel *human capital* yang sangat dipengaruhi oleh tingkat pendidikan, kesehatan dan kondisi lainnya sehingga terbentuk fungsi sebagai berikut:

$$Y = A_0 K^{\beta_k} H^{\beta_h} L^{\beta_l}$$

dimana Y adalah output,  $A_0$  adalah tingkat teknologi, K adalah capital, H adalah human capital, L adalah tenaga kerja. Sedangkan  $\beta_k$ ,  $\beta_h$  dan  $\beta_l$  masing-masing adalah elastisitas dari capital, *human capital*, dan tenaga kerja terhadap output.

Analisis ekonomi sumber daya manusia dapat digunakan untuk menganalisis salah satu faktor produksi berupa tenaga kerja. Hal ini untuk melihat pasar tenaga kerja dalam konteks besar kecilnya pengangguran suatu negara secara makro dan tingkat produktifitas tenaga itu sendiri secara mikro yang dipengaruhi oleh tingkat pendidikan, kesehatan, dan berbagai faktor lainnya.

### **2.1.3. Ruang Lingkup Ekonomi dalam Pembangunan Kesehatan**

Esensi dari ilmu ekonomi pada dasarnya adalah mengkaji tentang alternatif penggunaan sumberdaya yang langka secara efisien. Penerapan ilmu ekonomi dapat digunakan di berbagai sektor. Saat ini perkembangan ilmu

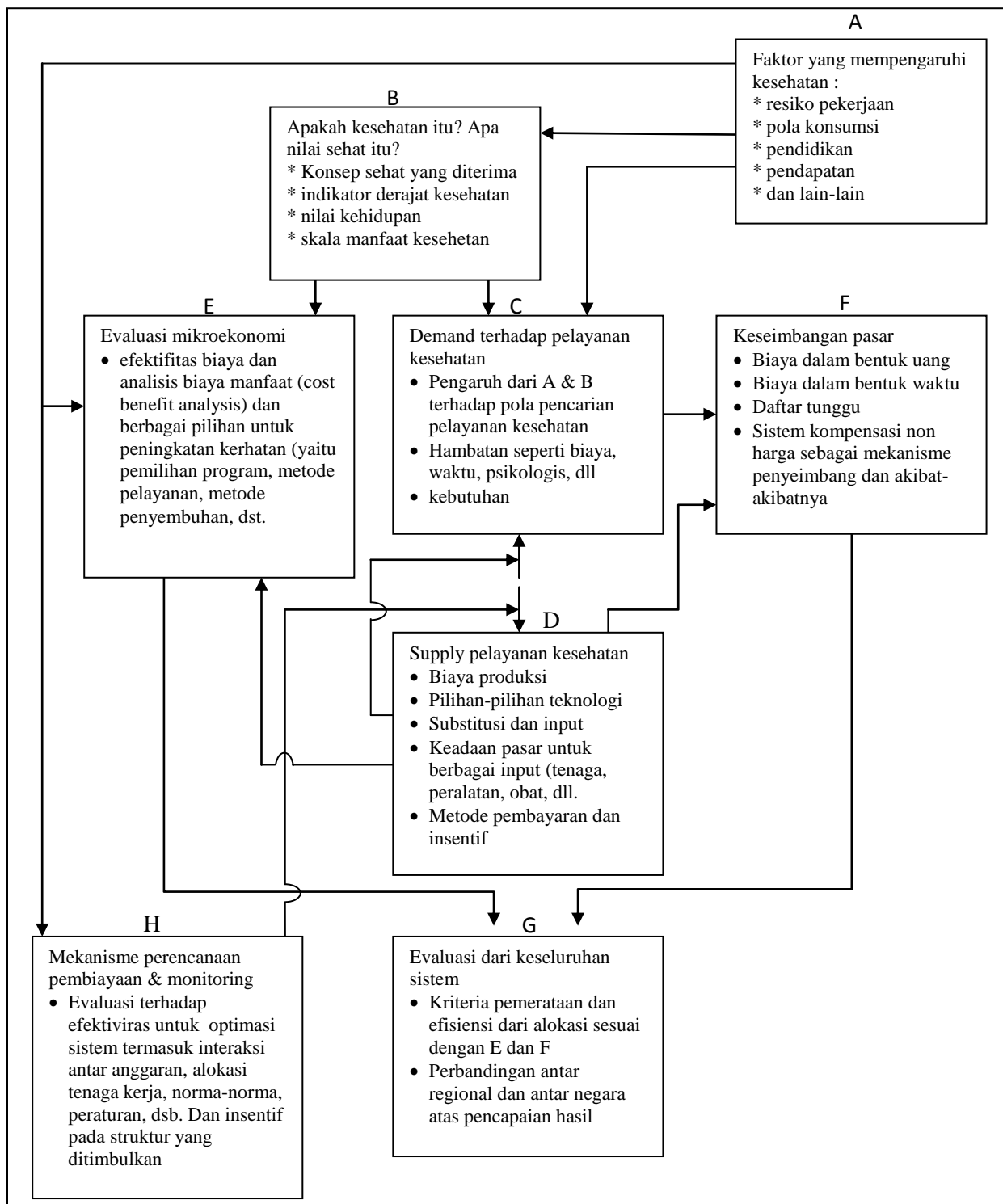
ekonomi telah berjalan jauh meninggalkan hukum penawaran dan permintaan. Penerapan ilmu ekonomi telah mengalami perkembangan yang cukup pesat seiring adopsinya di berbagai sektor, salah satunya di sektor kesehatan.

Mills dan Gilson (1990) mendefinisikan ekonomi kesehatan sebagai penerapan teori, konsep dan tehnik ilmu ekonomi pada sektor kesehatan, sehingga dengan demikian ekonomi kesehatan berkaitan erat dengan hal-hal sebagai berikut; alokasi sumber daya di antara berbagai upaya kesehatan, jumlah sumber daya yang digunakan dalam pelayanan kesehatan, pengorganisasian dan pembiayaan dari berbagai pelayanan kesehatan, efisiensi pengalokasian dan penggunaan berbagai sumber daya, dan dampak upaya pencegahan, pengobatan, dan pemulihan kesehatan pada individu dan masyarakat.

Beberapa ekonom menganggap bahwa kesehatan merupakan fenomena ekonomi baik jika dinilai dari stok maupun sebagai investasi. Sehingga fenomena kesehatan menjadi variabel yang nantinya dapat dianggap sebagai faktor produksi untuk meningkatkan nilai tambah barang dan jasa, atau sebagai suatu sasaran dari tujuan-tujuan yang ingin dicapai baik oleh individu, rumah tangga maupun masyarakat, yang dikenal sebagai tujuan kesejahteraan "*welfare objective*". Oleh karena itu kesehatan dianggap sebagai modal dan memiliki tingkat pengembalian yang positif baik untuk individu maupun untuk masyarakat.



**GAMBAR 2.1**  
**Bagan Ekonomi Kesehatan**



Sumber: Dikutip dari Pusat Ekonomi Kesehatan , Universitas York, Inggris dalam Mills dan Gilson (1990)

Gambar 2.2 memperlihatkan kaitan berbagai aspek penerapan ekonomi kesehatan dan berbagai kajian dalam ekonomi kesehatan dengan keterangan sebagai berikut:

Kotak A: Faktor apa saja yang mempengaruhi kesehatan? Seberapa besar kontribusi perawatan kesehatan, tingkat pendapatan, pendidikan, keadaan lingkungan dan sebagainya.

Kotak B: Seberapa besar nilai yang diberikan kepada kesehatan dan bagaimana cara untuk mengukurnya

Kotak C: Apa saja yang mempegaruhi permintaan masyarakat terhadap perawatan kesehatan? Apa pengaruh dari tarif, tingkat pendapatan, waktu perjalanan untuk mencapai tempat pelayanan, perilaku dari petugas pemberi pelayanan dan sebagainya?

Kotak D: Bagaimana karakterisitik dari penawaran (*supply*) perawatan kesehatan? Seberapa besar biaya untuk menyediakan perawatan kesehatan, biaya berbagai masukan (input), keadaan pasar dari berbagai input untuk perawatan kesehatan (seperti tenaga kerja, obat, peralatan dan sebagainya)? Serta bagaimana cara pembayaran terhadap pelayanan yang diberikan, dan bagaimana pengaruhnya terhadap perilaku pemberi pelayanan kesehatan tersebut?

Kotak E: Berapa besar biaya dan akibat dari pilihan-pilihan cara lain (berbagai alternatif) untuk memperbaiki status kesehatan atau untuk melaksanakan suatu program kesehatan?

Kotak F: Apakah hasil interaksi antara penawaran (*supply*) dan permintaan (*demand*) terhadap perawatan kesehatan serta konsekuensi-konsekuensinya seperti, konsekuensi uang, waktu pembayaran, rasionalisasi sistem, dan siapa yang mendapat dan siapa yang tidak mendapat pelayanan

Kotak G: Cara apa yang ada untuk mencapai secara maksimum berbagai tujuan dari sektor kesehatan, misalnya sistem penganggaran, sistem perencanaan, dan sampai sejauh mana cara-cara tersebut cukup efektif.

#### **2.1.3.1. Nilai Indikator Kesehatan**

Dalam menggabungkan disiplin ilmu ekonomi ke dalam cabang kesehatan perlu adanya pengukuran hasil kesehatan baik dari segi fisik maupun nilai kesehatan. Hal ini berguna untuk membandingkan besarnya nilai masukan dan luaran atau untuk mengevaluasi efisiensi ekonominya. Elemen-elemen pengukuran hasil kesehatan tersebut mencakup definisi, cara mengukur, serta bagaimana dan kapan hal tersebut perlu diukur. Elemen-elemen tersebut selanjutnya digabung menjadi satu indeks tentang status kesehatan.

Mills dan Gilson (1990) menemukan berbagai cara dan teknik yang dikembangkan dalam rangka mengoperasionalkan konsep-konsep pengukuran status kesehatan ini, diantaranya:

- a. Pengukuran mortalitas dan mordibitas

Kedua hal ini paling sering digunakan dalam pengukuran kesehatan. Mortalitas adalah usaha untuk mengukur kuantitas hidup, sedangkan morbilitas adalah usaha untuk mengukur kualitas atau sehatnya hidup. Mortalitas merupakan ukuran yang memiliki keunggulan karena tidak memiliki pengertian ganda. Adapun morbilitas merupakan sebuah ukuran yang sangat tidak sempurna tentang kualitas hidup dan sering kali penelaahan morbilitas berdasarkan pendapat perseorangan tentang masalah kesehatan dan cara memperoleh pengobatannya.

b. Pengukuran fungsi dan disfungsi

Pendekatan ini mencakup definisi dan pengukuran kesehatan yang didasarkan pada adanya peran sosial dari kesehatan dan kesakitan maupun peran biologisnya. Dengan demikian kesehatan diukur secara tidak langsung, yaitu dengan melihat pengaruhnya terhadap kemampuan seseorang dalam menjalankan peran sosialnya secara normal.

c. Profil kesehatan

Gambaran umum dari pendekatan profil kesehatan adalah berupa identifikasi berbagai dimensi kesehatan yang digunakan serta disertai dengan skala dimensi bagi perseorangan (individu) atau sekelompok orang (populasi) untuk setiap dimensi tersebut. Dengan kata lain, pendekatan ini akan memberikan gambaran berbagai dimensi kesehatan untuk satu waktu tertentu. Karakteristik penting dari profil kesehatan ini adalah dimungkinkannya menggabungkan berbagai dimensi pengukuran

kesehatan sehingga dapat dipelajari berbagai masalah kesehatan yang sedang dihadapi.

d. Indikator umum kesehatan

Indikator umum kesehatan memungkinkan adanya penilaian hasil kesehatan secara relatif antara satu dengan yang lainnya, karena pada umumnya berbagai status kesehatan akan ditunjukkan dalam berbagai bentuk dimensinya masing-masing, seperti misalnya, rasa sakit dan stress atau ketidak nyamanan dan ketidak mampuan. Namun demikian dimensi-dimensi ini menunjukkan satu indeks, sehingga dapat dinilai secara relatif dengan menggunakan indikator umum ini.

e. *Quality Adjusted Life Year (QALY)*

Dalam metode-metode pengukuran status kesehatan yang telah dijelaskan sebelumnya, pengukuran hanya difokuskan dalam suatu waktu saja, padahal kesehatan bukan merupakan suatu konsep yang statis dan dalam prakteknya seseorang juga harus memperhatikan bagaimana perubahan kesehatan sejalan dengan waktu dan harapan hidup.

Salah satu metode yang berusaha memasukkan masalah waktu dan sekaligus kualitas luaran kesehatan adalah QALY, dimana tahun hidup dengan berbagai intervensi yang didapat disesuaikan dengan pengukuran kulaitasnya.

### **2.1.3.2. Peran Pembangunan Kesehatan terhadap Pertumbuhan dan Pembangunan Ekonomi**

Senada dengan teori faktor produksi yang telah dikemukakan oleh banyak pemikir ekonomi dunia, Sujudi (2003) dalam kajiannya menjelaskan bahwa jumlah penduduk yang besar bukan merupakan masalah, melainkan akan menjadi modal ekonomi yang sangat besar jika dibarengi dengan baiknya investasi pada sumber daya manusia. Sama halnya dengan tanah, sumber daya manusia yang tidak berkualitas tidak akan menghasilkan kualitas dan kuantitas produk yang baik. Namun di sisi lain, sumber daya yang tidak berkualitas bukan hanya tidak memiliki kontribusi dalam peningkatan produktivitas melainkan juga akan mengurangi pendapatan perkapita dan pada akhirnya akan menjadi beban baik bagi masyarakat maupun bagi negara. Dengan kata lain, sumber daya manusia yang berkualitas merupakan syarat perlu bagi pertumbuhan ekonomi yang selanjutnya juga diperlukan bagi proses pembangunan ekonomi. Akumulasi modal fisik di suatu negara yang tidak diimbangi dengan sumber daya manusia yang memadai tidak akan berhasil dalam jangka panjang.

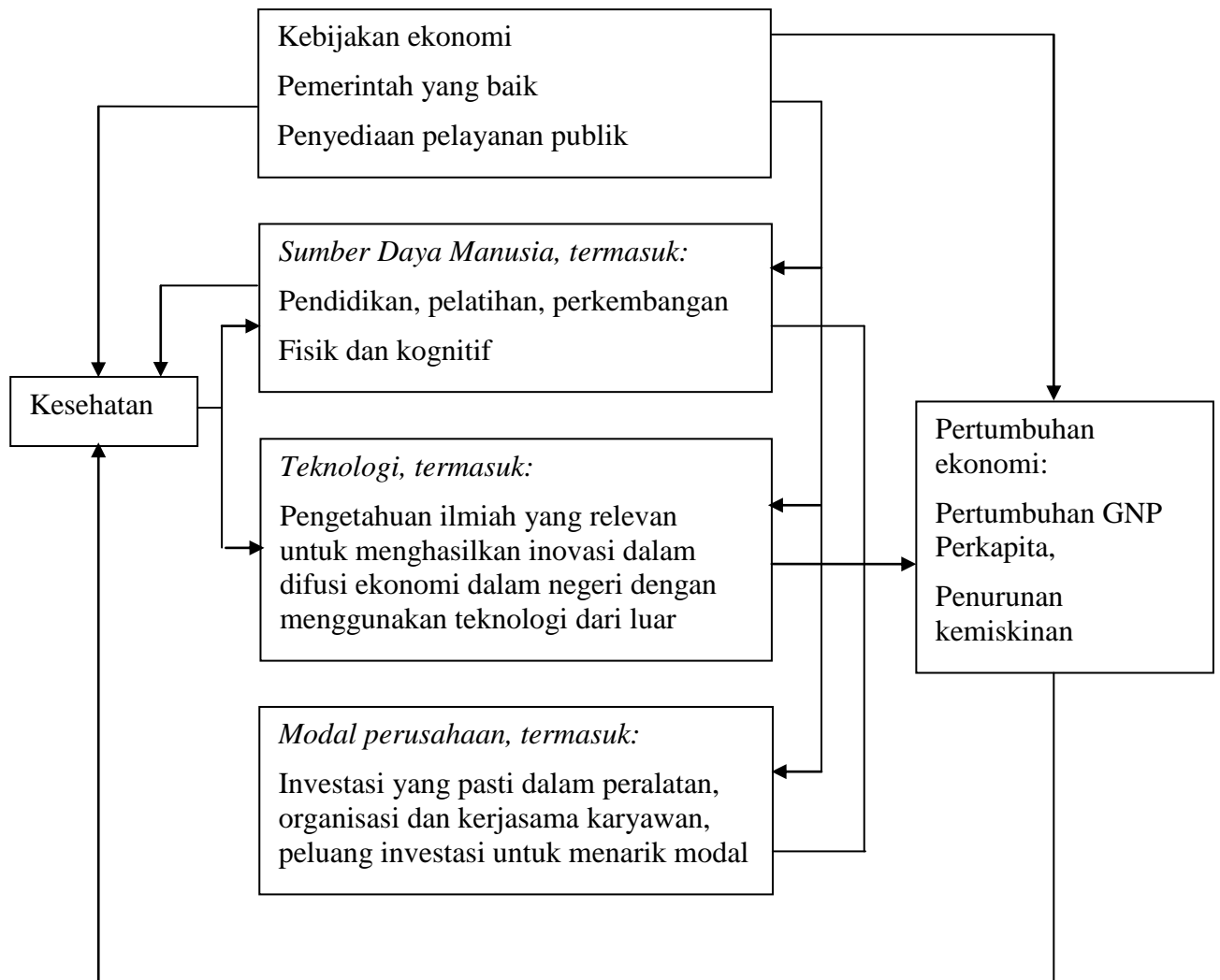
Dalam teori ekonomi, produktivitas digunakan sebagai ukuran keluaran atau produk (*output*). Sujudi (2003) menjelaskan bahwa produktivitas pekerja adalah kemampuan maksimal seorang pekerja dalam menghasilkan suatu produk, jika produktivitas perorangan tersebut dihitung secara agregat maka akan diperoleh produktivitas dalam tatanan ekonomi makro. Produktivitas tenaga kerja dapat digunakan sebagai indikator kualitas tenaga kerja, dimana kualitas tenaga

kerja dikatakan baik jika jumlah satuan pekerja yang sama dapat mencapai tingkat produktivitas yang lebih tinggi.

Salah satu faktor utama yang mempengaruhi produktivitas sumber daya manusia terletak pada kondisi kesehatan. Rendahnya kualitas kesehatan, tingkat gizi serta jumlah kalori bagi penduduk usia produktif akan menghasilkan pekerja-pekerja yang kurang produktif. Kondisi ini akan menyebabkan rendahnya tingkat produktivitas tenaga kerja, sehingga output yang dihasilkan juga akan rendah dan pada selanjutnya akan berdampak pada rendahnya tingkat pertumbuhan ekonomi secara agregat.

Atmawikarta (n.d.) dalam laporannya mengatakan bahwa peningkatan kesejahteraan ekonomi sebagai akibat dari bertambah panjangnya usia sangatlah penting. Dalam membandingkan tingkat kesejahteraan antar kelompok masyarakat, sangatlah penting untuk melihat angka harapan hidup, seperti halnya dengan tingkat pendapatan tahunan. Di negara-negara yang tingkat kesehatannya lebih baik, setiap individu memiliki rata-rata hidup lebih lama, dengan demikian secara ekonomis mempunyai peluang untuk memperoleh pendapatan lebih tinggi. Keluarga yang usia harapan hidupnya lebih panjang, cenderung untuk menginvestasikan pendapatannya di bidang pendidikan dan menabung. Dengan demikian, tabungan nasional dan investasi akan meningkat, dan pada gilirannya akan meningkatkan pertumbuhan ekonomi.

**GAMBAR 2.2**  
**Skema Hubungan Program Kesehatan Sebagai Variabel Masukan**  
**Pembangunan Ekonomi**



Sumber: Atmawikarta (n.d.)

Dalam skema di atas Atmawikarta (n.d.) menjelaskan bahwa pembangunan ekonomi disatu pihak, merupakan fungsi dari kebijakan dan institusi (kebijakan ekonomi, pemerintahan yang baik, dan penyediaan pelayanan publik), dan faktor masukan (sumber daya manusia, teknologi, dan modal perusahaan) dilain pihak. Kesehatan mempunyai peranan ekonomi yang sangat



kuat terhadap sumber daya manusia dan modal perusahaan melalui berbagai mekanisme. Hal ini menguatkan pendapat Sularsono (2005) yang menjelaskan bahwa bukti-bukti makroekonomi menjelaskan bahwa negara-negara dengan kondisi kesehatan dan pendidikan yang rendah akan menghadapi tantangan yang lebih berat untuk mencapai pertumbuhan yang berkelanjutan jika dibandingkan dengan negara yang lebih baik keadaan kesehatan dan pendidikannya.

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) telah mengelompokkan beberapa negara sedang berkembang selama masa 1965 samapai 1994. Pengelompokkan ini dibuat berdasarkan tingkat pendapatan negara pada tahun 1965 dan angka kematian bayi pada tahun yang sama (sebagai proksi bagi kondisi penyakit secara keseluruhan), sebagaimana yang digambarkan dalam tabel 2.1 berikut.

**TABEL 2.1.**

**Angka Pertumbuhan Pendapatan Perkapita, Tahun 1965 – 1994 (Berdasar Angka Pendapatan Dan Angka Kematian Bayi, 1965)**

Pendapatan Awal, 1965 (PPP) disesuaikan USD 1990	Angka Kematian Bayi (AKB), 1965			
	AKB < 50	AKB 50 - 100	AKB 100 - 150	AKB > 150
PDB < USD 750	-	3,7	1,0	0,1
PDB USD 750 – 1500	-	3,4	1,1	-0,7
PDB USD 1500 – 3000	5,9	1,8	1,1	2,5
PDB USD 3000 – 6000	2,8	1,7	0,3	-
PDB > USD 6000	1,9	-0,5	-	-

**Catatan: Angka pertumbuhan yang dilaporkan adalah rata-rata dari pertumbuhan PDB sebuah negara dalam kelompok yang bersangkutan**

Sumber: WHO – SEAR, 2002 dalam Sujudi (2003)

Tabel 2.1 menunjukkan bahwa untuk interval pendapatan awal tertentu, negara-negara dengan angka kematian bayi rendah mengalami pertumbuhan ekonomi lebih tinggi selama kurun waktu tertentu. Terdapat korelasi yang kuat antara tingkat kesehatan yang baik dengan pertumbuhan ekonomi yang tinggi. Dalam laporan penelitiannya, Sularsono (2005) menyebutkan, secara statistik diperkirakan bahwa setiap peningkatan sepuluh persen dari angka harapan hidup (AHH) waktu lahir akan meningkatkan pertumbuhan ekonomi minimal 0,3 – 0,4 persen per tahun, perbedaan tingkat pertumbuhan tahunan antara negara-negara maju yang memiliki AHH tinggi (77 tahun) dengan negara-negara sedang berkembang dengan AHH rendah (49 tahun) adalah sekitar 1,6%, dan pengaruh ini akan terakumulasi secara terus menerus.

Pada penelitian yang lain, Juanita (2002) menyimpulkan bahwa kesehatan merupakan modal yang sangat berharga dalam pelaksanaan pembangunan nasional. Perbaikan mutu kesehatan masyarakat berdampak pada meningkatnya kualitas hidup masyarakat dan juga meningkatkan kualitas sumber daya manusia. Kualitas sumber daya manusia yang baik akan menjadi modal untuk membangun bangsa ke arah yang lebih maju.

### **2.1.3.3. Pembiayaan Sektor Kesehatan**

Di dalam beberapa literatur tentang ekonomi kesehatan pembahasan tentang pembiayaan sektor kesehatan selalu diawali dengan pendefinisian sektor kesehatan itu sendiri. Hal ini disebabkan karena yang terjadi dalam kenyataannya terdapat perbedaan definisi sektor kesehatan antara satu negara dengan negara lainnya. Sektor kesehatan memiliki definisi yang lebih luas di negara sedang

berkembang dari pada negara-negara maju. Perbedaan definisi ini sudah pasti akan mempengaruhi proses pengambilan kebijakan di sektor kesehatan, terutama dalam hal pembiayaannya.

Mills dan Gilson (1990) dalam literturnya mencoba membatasi ruang lingkup sektor kesehatan ke dalam lima aspek, yaitu:

- a. Pelayanan kesehatan, jasa-jasa sanitasi lingkungan (misalnya: air, sanitasi, pengawasan polusi lingkungan, keselamatan kerja, dan lain-lain)
- b. Rumah sakit, institusi kesejahteraan sosial.
- c. Pendidikan, pelatihan-pelatihan, penelitian medis murni.
- d. Pekerjaan medis-sosial, kerja sosial.
- e. Praktisi medis yang mendapat pendidikan formal, penyedia pelayanan kesehatan tradisional.

Dalam rangka mencapai tujuan dan sarana pembangunan kesehatan maka diperlukan dana, baik yang bersumber dari pemerintah maupun dari masyarakat. Wasisto, dkk (1986) menyebutkan bahwa secara garis besar sumber pembiayaan untuk upaya kesehatan dapat digolongkan sebagai sumber pemerintah dan sumber non pemerintah (masyarakat, dan swasta). Selanjutnya sumber pemerintah dapat berasal dari pemerintah pusat, provinsi, kabupaten / kota, dan bantuan luar negeri. Adapun sumber biaya masyarakat atau swasta dapat berasal dari pengeluaran rumah tangga atau perorangan (*out of pocket*), perusahaan swasta/BUMN untuk membiayai karyawannya, badan penyelenggara beberapa jenis jaminan pembiayaan kesehatan termasuk asuransi kesehatan untuk membiayai

pesertanya, dan lembaga non pemerintah yang umumnya digunakan untuk kegiatan kesehatan yang bersifat sosial dan kemasyarakatan.

#### **2.1.4. Keuangan Publik dan Komponen Kebijakan Fiskal Ekonomi Islam**

Negara Islam tidak hanya menyediakan pelayanan seperti yang diberikan oleh negara-negara modern, melainkan juga berperan efektif dalam mengembangkan moral dan spiritual masyarakat muslim. Chapra (2001) mengatakan kebebasan individu dibarengi dengan keterbatasan sumber-sumber daya dan keinginan untuk menghindari perpajakan berlebihan dan pembiayaan yang inflasioner yang membantu menemukan suatu keseimbangan realistis antara dua pandangan. Tentu saja hal ini membawa kita kepada pembicaraan tentang pentingnya kebijakan fiskal di samping alat-alat pajaknya, pengeluaran, defisit anggaran, penciptaan uang dan utang publik.

Menurut Nasution (2006) Kebijakan fiskal merupakan kebijakan yang mempengaruhi Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN). Secara khusus, langkah-langkah yang biasanya diambil oleh pemerintah adalah dengan membuat perubahan-perubahan dalam sistem pajak atau dalam pembelajaan. Kebijakan ini secara umum sama seperti beberapa kebijakan ekonomi yang digunakan oleh pemerintah dalam rangka meningkatkan kinerja perekonomian dengan tujuan mencapai alokasi sumber daya secara efisien, stabilisasi ekonomi, pertumbuhan, dan distribusi pendapatan.

Nasution (2006) berpendapat bahwa kebijakan fiskal dan keuangan mendapat perhatian serius dalam tata perekonomian Islam sejak awal. Dalam

negara Islam, kebijaksanaan fiskal merupakan salah satu perangkat untuk mencapai tujuan syariah yang dijelaskan Imam Al-Ghazali termasuk meningkatkan kesejahteraan dengan tetap menjaga keimanan, kehidupan, intelektualitas, kekayaan, dan kepemilikan. Selain itu, dalam perkembangannya, hubungan sektor fiskal dan keuangan dapat terlihat dari aktifitas sosial yang diberikan oleh perbankan syariah, seperti yang disampaikan oleh Anshori (2009) bahwa dana sosial perbankan syariah berupa *corporate social responsibility* dapat disalurkan ke lembaga amil zakat.

Secara khusus, Nasution (2006) memberikan pandangan bahwa kebijakan fiskal memegang peranan penting dalam sistem ekonomi Islam bila dibandingkan dengan kebijakan moneter. Adanya larangan tentang riba serta kewajiban tentang pengeluaran zakat menyiratkan tentang pentingnya kedudukan kebijakan fiskal dibandingkan dengan kebijakan moneter. Ada beberapa komponen kebijakan fiskal dalam ekonomi Islam, diantaranya adalah konsep zakat, infak, sedekah, wakaf, dan sebagainya. Menurut Manan (1993) dalam Nasution (2006) kebijaksanaan fiskal bertujuan untuk mengembangkan suatu masyarakat yang didasarkan atas distribusi kekayaan berimbang dengan menempatkan nilai-nilai material dan spiritual pada tingkat yang sama.

#### **2.1.4.1. Zakat**

Zakat merupakan komponen utama kebijakan fiskal dalam ekonomi Islam. Pusat Pengkajian dan Pengembangan Ekonomi Islam (2008) mengatakan bahwa zakat merupakan sumber pertama dan terpenting dari penerimaan negara, pada awal pemerintahan Islam. Pada beberapa ayat Al-Qur'an zakat beberapa kali di

sejajarkan dengan kewajiban shalat. Hal ini memang tidak diherankan karena zakat pun menjadi salah satu dari lima perkara yang harus dilakukan oleh seorang muslim, dimana Nabi Muhammad Saw., bersabda, “Islam dibangun di atas lima perkara: bersaksi bahwa tiada Ilah yang berhak disembah selain Allah dan Nabi Muhammad utusan Allah, menegakkan shalat, menunaikan zakat, melaksanakan haji, dan puasa Ramadhan.” (HR. Bukhari dan Muslim)

Konsep zakat secara mendasar tidak mengalami perubahan yang signifikan dari waktu ke waktu. Hal yang membedakan hanyalah masalah operasional penghimpunan dan pemberdayaan dana zakat, karena konsep fikih zakat menyebutkan bahwa sistem zakat berusaha untuk mempertemukan pihak surplus muslim dengan pihak defisit muslim. Hal ini dengan harapan terjadi proyeksi pemerataan pendapatan antara surplus dan defisit muslim atau bahkan menjadikan kelompok yang defisit (mustahik) menjadi surplus (muzakki). (Nasution, 2006)

Perkembangan kajian dan pembahasan tentang zakat di Indonesia telah memasuki babak baru pasca disahkannya Undang-Undang nomor 38 tahun 1999 tentang Pengelolaan Zakat. Dalam Undang-Undang tersebut, zakat didefinisikan sebagai harta yang wajib disisihkan oleh seorang muslim atau badan yang dimiliki oleh orang muslim sesuai dengan ketentuan agama untuk diberikan kepada yang berhak menerimanya.

Menurut Hafidhuddin (2002) zakat adalah bagian dari harta dengan persyaratan tertentu, yang Allah Swt. mewajibkan kepada pemiliknya, untuk diserahkan kepada yang berhak menerimanya, dengan persyaratan tertentu pula. Dengan pemahaman ini, zakat dapat dikategorikan sebagai ibadah *maaliyah*

*ijtima'iyah*, artinya ibadah di bidang harta yang memiliki kedudukan yang sangat penting dalam membangun masyarakat.

Menurut Chapra (2001), zakat adalah tindakan bantu diri sosial yang mendapat dukungan kuat dari agama untuk menolong orang-orang miskin dan yang tidak beruntung yang tidak mampu berdiri sendiri sehingga menghapuskan penderitaan dan kemiskinan dari masyarakat muslim. Zakat bukanlah pengganti bagi program pembiayaan diri yang dibuat dalam masyarakat modern untuk menyediakan perlindungan jaminan sosial bagi pengangguran, kecelakaan, manula dan kesehatan, lewat pengurangan dari gaji pekerja dan kontribusi majikan.

Zakat bukanlah satu kegiatan yang semata-mata untuk tujuan duniawi, seperti distribusi pendapatan, stabilitas ekonomi, dan lainnya, tetapi juga mempunyai implikasi untuk kehidupan di akhirat. Hal inilah yang membedakan kebijakan fiskal dalam Islam dengan kebijakan fiskal dalam sistem ekonomi pasar (Nasution, 2006). Hal ini berdasarkan Al-Qur'an surat At-Taubah ayat 103, yang artinya "Ambilah zakat dari sebagian harta mereka, dengan zakat itu kamu membersihkan dan menyucikan mereka dan berdoalah untuk mereka. Sesungguhnya doa kamu itu (menjadi) ketentraman jiwa bagi mereka. Dan Allah Maha Mendengar lagi Maha Mengetahui."

Menurut Qadir (1998) dalam Hafidhuddin (2002) zakat adalah ibadah dalam bidang harta yang mengandung hikmah dan manfaat yang demikian besar dan mulia, baik yang berkaitan dengan orang yang berzakat (muzakki), penerimanya (mustahik), harta yang dikeluarkan zakatnya, maupun bagi

masyarakat keseluruhan. Hikmah dan manfaat tersebut menurut Hafidhuddin (2002) tersimpul sebagai berikut:

- 1) Sebagai perwujudan keimanan kepada Allah Swt., mensyukuri nikmat-Nya, menumbuhkan akhlak mulia dengan rasa kemanusiaan yang tinggi, menghilangkan sifat kikir, rakus, dan materialis, menumbuhkan ketenangan hidup, sekaligus membersihkan dan mengembangkan harta yang dimiliki.
- 2) Zakat berfungsi untuk menolong, membantu, dan membina mustahik, terutama fakir miskin, ke arah kehidupan yang lebih baik dan lebih sejahtera, sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan hidupnya dengan layak, dapat beribadah kepada Allah Swt., terhindar dari bahaya kekufuran, sekaligus menghilangkan sifat iri, dengki dan hasad yang mungkin timbul dari kalangan mereka, ketika mereka melihat orang kaya yang memiliki harta cukup banyak.
- 3) Sebagai pilar amal bersama antara orang-orang kaya yang berkecukupan hidupnya dan para mujahid, serta menjadi salah satu bentuk konkret dari jaminan sosial yang disyariatkan oleh ajaran Islam.
- 4) Sebagai salah satu sumber dana bagi pembangunan sarana maupun prasarana umat Islam, seperti sarana ibadah, pendidikan, kesehatan, sosial, maupun ekonomi, sekaligus sarana pengembangan kualitas sumber daya manusia muslim.



- 5) Untuk memasyarakatkan etika bisnis yang benar, sebab zakat itu bukanlah membersihkan harta yang kotor, akan tetapi mengeluarkan bagian dari hak orang lain dari harta kita yang kita usahakan dengan baik dan benar.
- 6) Dari sisi pembangunan kesejahteraan umat, zakat merupakan salah satu instrumen pemerataan pendapatan. Zakat akan mencegah terjadinya akumulasi harta pada satu tangan dan pada saat yang sama mendorong manusia untuk melakukan investasi dan mempromosikan distribusi.
- 7) Dorongan ajaran Islam yang begitu kuat kepada orang-orang yang beriman untuk berzakat, berinfak, dan bersedekah menunjukkan bahwa ajaran Islam mendorong umatnya untuk mampu bekerja dan berusaha sehingga memiliki harta kekayaan yang di samping dapat memenuhi kebutuhan hidup diri dan keluarganya, juga berlomba-lomba menjadi muzakki dan munfik.

#### **2.1.4.2. Infak**

Muhsin (2004) berpendapat bahwa infak adalah pemberian kepada keluarga atau kerib (ibu, bapak, anak, paman, dan lainnya), anak-anak yatim, orang miskin, musafir yang kehabisan bekal (ibnu sabil), dan budak-budak yang berusaha untuk memerdekakan dirinya. Hal ini sesuai dengan isi dari Al-Qur'an surat Al-Baqarah ayat 215, yang artinya, "Mereka bertanya tentang apa yang mereka nafkahkan. Jawablah: "Apa saja harta yang kamu nafkahkan hendaklah diberikan kepada ibu-bapak, kaum kerabat, anak-anak yatim, orang-orang miskin

dan orang-orang yang sedang dalam perjalanan." Dan apa saja kebaikan yang kamu buat, maka sesungguhnya Allah Maha Mengetahuinya.”

Menurut Undang-Undang nomor 38 tahun 1999 tentang Pengelolaan Zakat, infak adalah harta yang dikeluarkan oleh seseorang atau badan di luar zakat untuk kemaslahatan umum. Menginfakkan harta didukung oleh sejumlah ayat dan hadits-hadits Rasulullah Saw. yang menganjurkan, bahkan memerintahkan untuk melakukannya dan menggalakannya.

#### **2.1.4.3. Sedekah**

Secara prinsip sedekah tidak berbeda dengan infak, namun dalam beberapa hadits Rasulullah Saw. memberikan penjelasan bahwa sedekah yang merupakan suatu pemberian kepada orang lain tidak harus dalam bentuk materi, dimana Rasulullah Saw. bersabda, “Janganlah kalian menganggap remeh kebaikan itu, walaupun itu hanya bermuka cerah pada orang lain,” (HR. Muslim). Bahkan dalam Undang-Undang nomor 38 tahun 1999 tentang Pengelolaan Zakat, definisi sedekah sama dengan definisi infak, yaitu harta yang dikeluarkan oleh seseorang atau badan di luar zakat untuk kemaslahatan umum.

#### **2.1.4.4. Wakaf**

Dalam hukum Islam, wakaf berarti menyerahkan suatu hak milik yang tahan lama (zatnya) kepada seseorang atau nadzir (penjaga wakaf) baik berupa perorangan maupun lembaga, dengan ketentuan bahwa hasilnya digunakan sesuai dengan syariat Islam. Harta yang telah diwakafkan keluar dari hak milik yang mewakafkan (wakif), dan bukan pula hak milik nadzir/lembaga pengelola wakaf

tapi menjadi hak milik Allah yang harus dimanfaatkan untuk kesejahteraan masyarakat.

Mustafa As-Siba'i (1987) dalam Muhsin (2004) membagi wakaf menjadi dua macam. Pertama, adalah wakaf dalam lingkungan keluarga (zurri) dan wakaf untuk lingkungan masyarakat umum (khairi). Wakaf yang pertama adalah harta yang digunakan untuk jaminan sosial dalam lingkungan keluarga sendiri dengan syarat dipakai semata-mata untuk kebaikan yang berjalan lama, seperti untuk menolong keluarga yang melarat, sakit, sedang menuntut ilmu, dan sebagainya. Wakaf yang kedua adalah harta yang digunakan untuk kepentingan masyarakat umum dalam hal jaminan sosial, seperti membangun masjid, pesantren, madrasah, sekolah Islam, membantu anak yatim, orang-orang fakir-miskin, dan sebagainya.

#### **2.1.5. Penelitian Terdahulu**

##### **2.1.5.1. Penelitian Ria Casmi Arrsa (2008)**

Penelitian yang dilakukan oleh Ria Casmi Arrsa (2008) mengambil judul “Peran Negara Dalam Merevitalisasi Pengelolaan Zakat Sebagai Upaya Strategis Menanggulangi Kemiskinan Di Indonesia.” Adapun hasil penelitian yang telah dilakukannya tersebut antara lain:

- 1) Bahwa terdapat kelemahan-kelemahan dalam pengelolaan zakat yaitu dari aspek yuridis, sosiologis, institusional dan manajemen berdasarkan kelemahan tersebut maka peran negara dalam merevitalisasi pengelolaan zakat terdapat empat pilar yaitu peran negara sebagai regulator, peran

negara sebagai fasilitator, peran negara sebagai motivator dan peran negara sebagai distributor.

- 2) Solusi kongkrit peran dalam merevitalisasi pengelolaan Zakat adalah *Pertama*, peran negara sebagai regulator yaitu dengan merevisi UU No 38 Tahun 1999 Tentang Pengelolaan Zakat, menerapkan sistem pengurangan zakat terhadap pajak, dan membentuk peraturan organik pelaksanaan UU dalam bentuk PP. *Kedua*, peran negara sebagai fasilitator yaitu optimalisasi penerapan fungsi manajemen, penggunaan teknologi informasi didalam pengelolaan zakat. *Ketiga*, peran negara sebagai motivator yaitu melalui bentuk sosialisasi zakat, pendidikan, pembinaan, maupun gerakan sadar zakat yang dilakukan oleh negara dan menstimulus masyarakat untuk membayar zakat dengan cara zakat sebagai pengurang dari kewajiban membayar pajak. *Keempat*, peran negara sebagai distributor adalah menerapkan model pemerataan dan pertumbuhan delapan jalur untuk kegiatan produktif yang tidak hanya diperuntukkan bagi muslim akan tetapi juga non muslim. Sehingga zakat sebagai pilar perekonomian Islam dapat diterima secara universal dalam menanggulangi kemiskinan.

Adapun rekomendasi yang diberikan dari penelitian yang telah dilakukannya tersebut antara lain:

- 1) Seyogyanya segera dilakukan revisi terhadap UU No 38 Tahun 1999 Tentang Pengelolaan Zakat sebagai langkah strategis peran negara sebagai regulator.

- 2) Seyogyanya pemerintah sebagai lembaga legislatif yang berwenang membuat peraturan segera membentuk aturan teknis kedalam Peraturan Pemerintah (PP) sebagai landasan yuridis terhadap pelaksanaan Undang-Undang.
- 3) Seyogyanya zakat dijadikan instrumen untuk mengurangi pajak sebagai upaya strategis untuk menstimulasi umat muslim dalam menjalankan kewajiban untuk membayar pajak. Dengan demikian akan menghilangkan adanya beban pemungutan ganda oleh negara.
- 4) Seyogyanya pemerintah dan lembaga amil zakat berkoordinasi dalam merevitalisasi dan mensosialisasikan pentingnya pengelolaan zakat yang akuntabel sebagai upaya strategis dalam menanggulangi kemiskinan di Indonesia.

#### **2.1.5.2. Penelitian Supriyadi (2010)**

Penelitian yang dilakukan oleh Supriyadi (2010) mengambil judul “Analisis Peran PKPU Jawa Tengah Dalam Mengatasi Masalah Pengangguran Di Kota Semarang Melalui Program Balai Latihan Kemandirian.” Adapun hasil penelitian yang telah dilakukannya tersebut antara lain:

- 1) Berdasarkan hasil observasi terhadap kegiatan pelatihan BLK PKPU, jenis pelatihan menjahit memiliki tingkat efektifitas sebesar 100 persen dari 20 orang peserta, pelatihan teknisi HP memiliki tingkat efektifitas sebesar 80 persen dari 20 peserta, dan pelatihan desain grafis memiliki tingkat efektifitas sebesar 5 persen dari 20 peserta.

- 2) Berdasarkan hasil uji *Paired Sample T Test*, menunjukkan bahwa terjadi peningkatan pendapatan dan pengeluaran rata-rata perbulan responden antara sebelum dan sesudah mengikuti program pelatihan BLK PKPU.
- 3) Berdasarkan penghitungan uji Chi-Square, terdapat hubungan antara keahlian yang dimiliki dengan program pelatihan Balai Latihan Kerja (BLK) PKPU.

Adapun rekomendasi yang diberikan dari penelitian yang telah dilakukannya tersebut antara lain:

- 1) Diperlukan sistem pengelolaan yang lebih profesional, sistem pendidikan dan pengajaran yang lebih baik, serta sarana prasarana yang lebih memadai, agar kegiatan pembinaan yang dilakukan dapat berjalan dengan baik dan lebih efektif.
- 2) Bagi beberapa program yang telah berjalan dengan baik, dapat ditingkatkan kualitasnya, sedangkan bagi yang belum berjalan dengan baik, sebaiknya dikaji kembali dan bila perlu untuk dialihkan kepada program lain yang lebih menjanjikan.
- 3) Kepada pihak lain yang dirasa memiliki visi dan program yang sejenis untuk mengurangi pengangguran, maka dapat dilakukan pengembangan program dengan konsultasi ataupun koordinasi dengan PKPU.
- 4) Pemerintah sebaiknya dapat mendorong program ini dengan mensosialisasikannya kepada masyarakat luas agar keterbatasan akses informasi bagi masyarakat kurang mampu dapat dikurangi.

### **2.1.5.3. Penelitian Chaidir Noer, Barmawi Hisyam, dan Ali Ghufron Mukti (2002)**

Penelitian yang dilakukan oleh Noer, dkk (2002) mengambil judul “An Economic Analysis of Intensification Project of Pulmonary Tuberculosis Control Program In Tapin District.” Adapun hasil penelitian yang telah dilakukannya tersebut antara lain:

- 1) Biaya yang dikeluarkan untuk kegiatan program P2TBP di kabupaten Tapin ini tidak efisien dan tidak *cost effective*.
- 2) Bagi pemerintah kegiatan P2TBP tahun 99/00 di kabupaten Tapin tidak efisien dan tidak *cost effective*.
- 3) *Cost Effectiveness Analysis* ini bukan merupakan satu-satunya cara untuk menghitung penggunaan biaya pada pelaksanaan kegiatan program P2TBP.

Adapun rekomendasi yang diberikan dari penelitian yang telah dilakukannya tersebut antara lain:

- 1) Untuk mendapatkan gambaran yang komprehensif, perlu dilakukan penelitian lanjutan mengenai *cost analysis*, seperti penelitian *cost benefit analysis*, *cost utility analysis* setelah lebih dahulu menghitung penyesuaian kualitas hidup (*quality adjusted life year*).

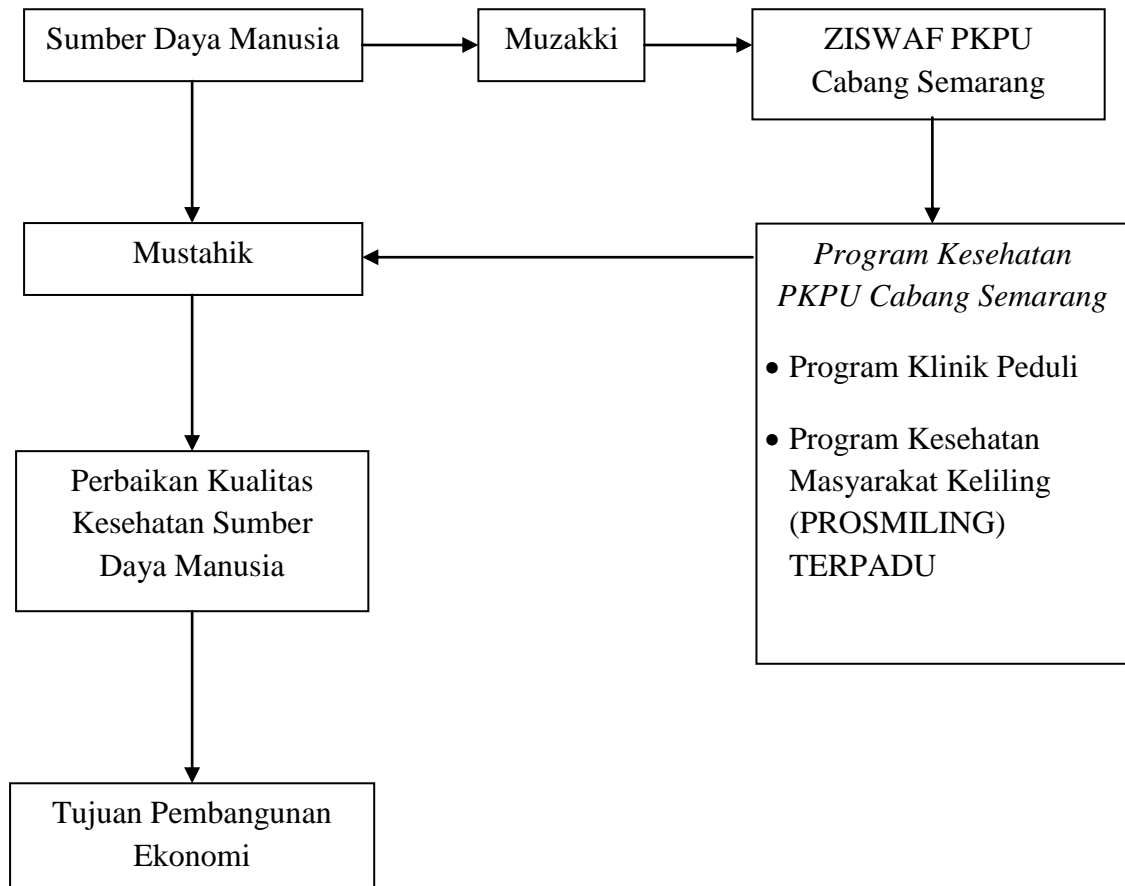
## **2.2. Kerangka Pemikiran**

Manusia sebagai pelaku dan sasaran pembangunan ekonomi memiliki peran yang berbeda. Manusia yang masuk dalam kategori mampu dan sebagai pelaku pembangunan sudah selayaknya memberikan dorongan secara langsung ataupun tidak langsung kepada manusia lainnya yang tidak mampu sebagai bagian dari tanggung jawab atas peran manusia sebagai makhluk sosial. Sebaliknya, manusia sebagai sasaran pembangunan ekonomi, layak untuk diberikan dorongan lebih berupa pemberdayaan agar mereka mampu meningkatkan produktifitas dan nilai guna mereka dalam kehidupan ekonomi secara luas.

Zakat, Infak, Sedekah, dan Wakaf (ZISWAF) memiliki potensi yang besar untuk berperan lebih dalam pembangunan ekonomi. Melalui Lembaga Amil Zakat Nasional Pos Keadilan Peduli Umat (PKPU) Cabang Semarang, kita dapat menganalisis seberapa besar peran dana ZISWAF dalam meningkatkan kualitas dan kuantitas pembangunan ekonomi Indonesia, khususnya Kota Semarang melalui program kesehatan yang ditujukan kepada masyarakat miskin Kota Semarang agar mereka mampu memberikan dorongan yang lebih besar dalam upaya pencapaian tujuan pembangunan ekonomi Kota Semarang pada khususnya dan bangsa Indonesia pada umumnya.



**Gambar 2.3**  
**Kerangka Pemikiran Teoritis**



## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

Penelitian analisis ekonomi ini merupakan penelitian kuantitatif mengenai *cost effectiveness*, yaitu menganalisis program yang paling menguntungkan dalam mencapai tujuan pembangunan ekonomi melalui program kesehatan dengan cara membandingkan hasil antar Program Klinik Peduli PKPU Cabang Semarang dengan Program Kesehatan Masyarakat Keliling (PROSMILING) Terpadu. Penelitian ini menganalisis efektifitas dan efisiensi pembiayaan program-program tersebut pada periode Januari sampai Februari 2011.

#### **3.1. Variabel Penelitian dan Definisi Operasional Variabel**

Variabel masukan yang digunakan dalam penelitian kali ini adalah biaya langsung. Sedangkan variabel luaran yang digunakan dalam penelitian kali ini adalah kondisi kehehatan responden setelah mengikuti Program Klinik Peduli atau Program Kesehatan Masyarakat Keliling (PROSMILING) Terpadu PKPU Cabang Semarang.

##### **3.1.1. Biaya Langsung**

Biaya langsung menurut Stoddart (1985) dalam Mills & Gilson (1990) adalah komponen biaya yang dikeluarkan oleh organisasi dan operasional dalam upaya kesehatan langsung dan biaya yang dikeluarkan oleh penderita dan keluarga. Dalam penelitian ini yang termasuk komponen biaya langsung yang

dikeluarkan oleh PKPU Cabang Semarang adalah biaya operasional, biaya dokter, biaya perawat, dan biaya obat.

### **3.1.2. Kesehatan Responden**

Menurut Noer, dkk (2000) kondisi kesehatan responden berupa kesembuhan merupakan variabel luaran yang dihitung sebagai akibat langsung yang diterima penderita (responden).

## **3.2. Populasi dan Sampel**

### **3.2.1. Populasi**

Populasi adalah kumpulan seluruh elemen/objek yang diteliti (Supranto, 2000). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh peserta Program Klinik Peduli atau Program Kesehatan Masyarakat Keliling (PROSMILING) Terpadu PKPU Cabang Semarang pada bulan Januari sampai Februari 2011. Berdasarkan hasil wawancara dengan PKPU Cabang Semarang, jumlah total peserta pada Program Klinik Peduli pada bulan Januari sampai Februari 2011 adalah 184 orang, sedangkan pada PROSMILING Terpadu adalah 580 orang.

### **3.2.2. Sampel**

Sampel adalah bagian dari populasi. Sampel diambil dengan menggunakan metode *simple random sampling*. Supranto (2000) mengatakan bahwa *Simple random sampling* adalah sampel dipilih secara acak dan sederhana dengan populasi yang terbatas. Secara umum Surakhmad (2002) dalam Agustina (2009) menjelaskan bahwa bila populasi yang cukup homogen, sampel terhadap populasi

dibawah 100 dapat diambil sampel sebesar 50 %, jika populasi dibawah 1000 dapat diambil 25 %, dan jika populasi di atas 1000 dapat diambil 15 %.

Populasi pada penelitian ini cukup homogen, sehingga perhitungan sampel yang diambil pada penelitian ini adalah sebesar 25 % dari populasi, yaitu 46 orang untuk Program Klinik Peduli dan 145 orang untuk PROSMILING Terpadu.

### **3.3. Jenis dan Sumber Data**

Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data primer yang berasal dari PKPU Cabang Semarang, peserta Program Klinik Peduli dan Program Kesehatan Masyarakat Keliling (PROSMILING) Terpadu pada bulan Januari sampai Februari 2011. Data yang diperoleh dari PKPU Cabang Semarang diperoleh dari Pimpinan PKPU Cabang Semarang dan Penanggung Jawab PROSMILING Terpadu dan Program Klinik Peduli dengan metode wawancara yang ditujukan untuk mendapatkan data dan informasi seputar PROSMILING Terpadu dan Program Klinik Peduli PKPU Cabang Semarang pada umumnya dan pembiayaan kedua program tersebut pada khususnya.

Selain itu, data primer lainnya diperoleh dari peserta PROSMILING Terpadu dan Program Klinik Peduli dengan metode wawancara dan penyebaran kuesioner yang ditujukan untuk mengetahui data dan informasi kondisi sosial, ekonomi, dan kesehatan peserta kedua program tersebut. Selain data primer, penulis juga mengambil dan mengumpulkan data sekunder dari berbagai macam sumber.

### **3.4. Metode Pengumpulan Data**

Metode pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan dengan beberapa cara, yaitu :

1) Wawancara.

Wawancara merupakan metode pengumpulan data yang dilakukan dengan mendapatkan keterangan atau pendapat dari seorang responden dengan tanya jawab tatap muka secara langsung. Dalam penelitian ini wawancara dilakukan kepada pimpinan, penganggung jawab dan tim program kesehatan PKPU Cabang Semarang, dan peserta Program Klinik Peduli dan Program Kesehatan Masyarakat Keliling (PROSMILING) Terpadu.

2) Studi Pustaka

Studi pustaka merupakan metode pengumpulan data yang dilakukan dengan mencari data dan informasi melalui catatan, literature, dokumentasi, dan beberapa sumber lainnya yang masih sesuai dengan penelitian.

3) Kuesioner.

Kuesioner merupakan metode pengumpulan data yang dilakukan melalui pertanyaan-pertanyaan yang sudah disiapkan. Responden hanya menjawab pertanyaan yang diajukan pewawancara dan pengisian pun dilakukan oleh pewawancara. Dalam penelitian ini kuesioner diberikan kepada peserta Program Klinik Peduli dan Program Kesehatan Masyarakat Keliling (PROSMILING) Terpadu PKPU Cabang Semarang.

### 3.5. Metode Analisis

Penelitian kali ini menggunakan metode analisis deskriptif kuantitatif. Menurut Supriyadi (2010) analisis deskriptif kuantitatif yaitu analisis yang mendeskripsikan data yang berbentuk angka (nilai). Penelitian ini pun menggunakan Analisis Efektifitas Biaya atau *Cost Effectiveness Analysis*, dimana menurut Tjiptoherianto dan Soesetyo (1994) dalam Putri (2009) merupakan salah satu cara untuk memilih dan menilai program yang terbaik bila terdapat beberapa program yang berbeda dengan tujuan yang sama tersedia untuk dipilih. Mills dan Gilson (1990) dalam Noer, dkk (2000) menjelaskan bahwa analisis *cost effectiveness* digunakan dengan cara menghitung jumlah biaya yang dikeluarkan terhadap hasil yang dicapai.

Aspek yang diteliti dengan metode analisis deskriptif kuantitatif adalah sosial, ekonomi, dan kesehatan responden. Secara khusus dalam ketiga aspek tersebut, yang menjadi fokus pembahasan adalah karakteristik alamat responden, karakteristik usia reponden, karakteristik aktifitas dan jenis pekerjaan responden, karakteristik pendapatan perkapita responden, karakteristik pengeluaran keluarga responden, serta karakteristik kondisi kesehatan responden antara sebelum dan sesudah mengikuti Program Klinik Peduli atau PROSMILING Terpadu PKPU Cabang Semarang.

Perhitungan analisis *cost effectiveness* pada penelitian ini dilakukan dengan cara menghitung semua variabel masukan berupa biaya-biaya yang dikeluarkan oleh PKPU Cabang Semarang pada PROSMILING Terpadu dan Program Klinik Peduli selama bulan Januari – Februari tahun 2011. Kemudian

semua total biaya yang dikeluarkan oleh PKPU Cabang Semarang dibagi dengan total populasi penelitian dan hasilnya kemudian dikalikan dengan jumlah sampel. Setelah didapatkan total biaya yang dikeluarkan oleh PKPU Cabang Semarang berdasarkan sampel, selanjutnya total biaya tersebut dibagi dengan jumlah peserta yang sehat untuk menganalisis tingkat efektifitas pemberdayaan dana ZISWAF PKPU Cabang Semarang pada kedua program tersebut.

Berikut tahapan dan rumus perhitungan *Cost Effectiveness Analysis* pada penelitian ini:

1. Total Biaya Berdasarkan Populasi = Biaya Operasional + Biaya Dokter +  
Biaya Perawat + Biaya Obat
2. Biaya Per Peserta Berdasarkan Populasi = 
$$\frac{\text{Biaya Berdasarkan Populasi}}{\text{Jumlah Populasi}}$$
3. Total Biaya Berdasarkan Sampel = Biaya Per Peserta Berdasarkan  
Populasi X Jumlah Sampel
4. *Cost Effective* (C/E) = 
$$\frac{\text{Total Biaya Berdasarkan Sampel}}{\text{Jumlah Sampel}}$$