

Journal of Comprehensive Science
p-ISSN: 2962-4738 e-ISSN: 2962-4584
Vol. 3. No. 5, Mei 2024

ANALISIS KEBIJAKAN PROGRAM PENDIDIKAN DAN KESEHATAN TERHADAP TINGKAT KEMISKINAN DI INDONESIA

Vebrina Hania Cholily
Universitas Diponegoro, Indonesia
Email: vebrinahania@students.undip.ac.id

Abstrak

Masalah kemiskinan menjadi perhatian utama bagi pemerintah. Kualitas pendidikan dan kesehatan merupakan salah satu kemampuan dan keterampilan yang akan meningkatkan kapasitas untuk memproduksi yang pada akhirnya dapat mengembangkan kapasitas diri dalam meningkatkan kapasitas ekonomi suatu negara. Tujuan dari penelitian ini yaitu menganalisis kebijakan program pendidikan dan kesehatan terhadap tingkat kemiskinan di Indonesia. Penelitian ini menggunakan analisis regresi linear berganda. Hasil penelitian menunjukkan hubungan pengeluaran pemerintah sektor pendidikan terhadap kemiskinan adalah tidak signifikan. Sementara hubungan pengeluaran pemerintah sektor kesehatan terhadap kemiskinan adalah signifikan. Secara simultan variabel pendidikan dan kesehatan berpengaruh secara signifikan terhadap variabel kemiskinan. Variabel pendidikan memiliki pengaruh negatif dan tidak signifikan terhadap variabel kemiskinan. Artinya, ketika terjadi peningkatan pengeluaran pada sektor pendidikan akan mengurangi kemiskinan. Kemudian hasil estimasi juga menunjukkan bahwa variabel kesehatan memiliki hubungan positif dan signifikan terhadap tingkat kemiskinan. Artinya hasil tersebut menunjukkan bahwa peningkatan pengeluaran sektor kesehatan tidak mampu mengurangi kemiskinan di Indonesia.

Kata Kunci: kemiskinan; pendidikan; kesehatan; kebijakan publik; program
jel classification: h51, h52, i38.

Abstract

Geothermal Power Plant is a power plant that utilizes geothermal fluids as its main source. Pressure Loss is a description of pressure loss at a point in the pipe caused by elevation. With the loss of pressure from pond to pond has elevation, a pump is needed to increase fluid flow. The pump used is a stage 7 pump. Therefore, a pressure loss analysis was carried out from pond to pond (balong) using the Harrison-Freeston correlation method to determine how much pressure loss was significant. From this method, that for the initial pressure in the injection well is 21 bar and for the pressure loss value of 0.06025481 bar.

Keywords: poverty; education; health; public policy; program jel classification: h51, h52, i38.

PENDAHULUAN

Kemiskinan merupakan masalah multidimensi yang dihadapi negara-negara di seluruh dunia terutama di negara berkembang. Menurut Kuncoro (1977), ketidakmampuan untuk memenuhi standar hidup minimum disebut kemiskinan. Sedangkan, Badan Pusat Statistik (BPS) Indonesia mendefinisikan miskin adalah suatu kondisi kehidupan yang serba kekurangan yang dialami oleh seseorang atau rumah tangga sehingga tidak mampu memenuhi kebutuhan minimal atau layak bagi kehidupannya. Menurut Amartya Sen (2000), masalah kemiskinan yang melingkupi negara berkembang disebabkan karena kemerdekaan yang dibatasi. Kemerdekaan individu yang terpasang karena sistem politik menyebabkan rakyat banyak tidak dapat menyuarakan penderitaannya. Rakyat banyak tidak mempunyai kesempatan untuk mengembangkan apa yang disebut depresiasi dari potensi kemampuan rakyat.

Indonesia merupakan salah satu negara berkembang dengan tingkat pertumbuhan penduduk yang meningkat setiap tahunnya. Dampak dari pertumbuhan penduduk di Indonesia salah satunya adalah kemiskinan. Masalah kemiskinan menjadi perhatian utama bagi pemerintah. Hal ini dikarenakan bahwa pemerintah sadar akan adanya kegagalan untuk mengatasi masalah kemiskinan yang timbul. Sehingga, akan menimbulkan masalah lain yaitu masalah sosial, ekonomi, dan politik. Penyebab kemiskinan adalah kurangnya pendapatan dan aset untuk memenuhi kebutuhan dasar seperti makanan, pakaian, perumahan, kesehatan dan pendidikan.

Salah satu kriteria dari kemiskinan yang umum digunakan dan diterima secara luas adalah rendahnya pendapatan karena pendapatan mencerminkan standar rill masyarakat. Standar hidup rill masyarakat menunjukkan tingkat kesejahteraan masyarakat, maka dapat dikatakan bahwa pendapatan merupakan kriteria tingkat kesejahteraan masyarakat (Mubyarto, 1996). Akan tetapi, tinggi rendahnya pendapatan masyarakat tidak akan maksimal apabila tidak disertai dengan sumber daya manusia yang berkualitas. Dengan demikian, peningkatan kualitas sumber daya manusia harus menjadi prioritas utama bagi pemerintah. Peningkatan kualitas sumber daya manusia dapat diupayakan melalui peningkatan pendidikan dan kesehatan masyarakat.

Pembangunan di bidang pendidikan dan kesehatan merupakan dua pilar untuk membentuk modal manusia (human capital) dalam pembangunan ekonomi yang tidak lain merupakan investasi dalam jangka panjang. Tercapainya tujuan pembangunan bidang pendidikan dan kesehatan pada gilirannya dapat meningkatkan kualitas dan produktivitas masyarakat, dimana pertumbuhan produktivitas tersebut merupakan motor penggerak pertumbuhan ekonomi dan kesejahteraan masyarakat itu sendiri. Dengan demikian pada hakekatnya seseorang yang memiliki produktivitas yang tinggi maka akan terhindar dari kemiskinan. (Mulyadi, 2003). Pemerintah selalu melakukan upaya agar kemiskinan dapat berkurang. Salah satu faktor yang mendasari kebijakan ini adalah perbaikan kesehatan yang secara tidak langsung akan meningkatkan produktivitas golongan miskin.

Kebijakan dan program yang diberikan pemerintah berupa bantuan langsung dan tidak langsung. Bantuan langsung yang dimaksud adalah pemberian Bantuan Langsung Tunai (BLT) dan Beras Miskin (Raskin). Sedangkan, untuk bantuan tidak langsung berupa program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), program Inpres Desa Tertinggal (IDT), Dana Bantuan Operasional Sekolah (BOS), dan KIP Kuliah. Berbagai upaya telah dilakukan, namun hasilnya masih nihil untuk mengatasi masalah kemiskinan secara menyeluruh. Persentase jumlah penduduk miskin di Indonesia berdasarkan Badan Pusat Statistik (BPS) sebesar 10,14 persen dari total populasi nasional pada Maret 2021.

Angka ini hanya turun 0,05% dibandingkan dengan September 2020 yang sebesar 10,19 persen. Sementara jika dibandingkan dengan tahun sebelumnya meningkat 0,36 persen dari 9,78 persen. Kemiskinan tertinggi terjadi di Pulau Maluku dan Papua sebesar 20,66 persen. Selanjutnya, kemiskinan tertinggi kedua berasal dari Bali dan Nusa Tenggara 13,84 persen, Sulawesi 10,29 persen, dan Sumatera 10,15 persen. Sementara persentase paling rendah terdapat di Pulau Jawa dan Kalimantan dengan persentase kemiskinan masing-masing 9,67 persen dan 6,09 persen. Berdasarkan wilayah, kemiskinan di perdesaan lebih tinggi dibanding perkotaan. Angka kemiskinan di perdesaan mencapai dua digit, yaitu 13,1 persen.

Sementara dipertanian sebesar hanya 7,89 persen. Seperti yang telah dijelaskan

sebelumnya, bahwa tingkat kemiskinan yang tinggi ini bisa disebabkan oleh rendahnya kesehatan dan pendidikan masyarakat di dalam suatu negara. Data jumlah penduduk miskin di Indonesia selama kurun waktu 5 tahun yaitu dari tahun 2015 – 2019 mengalami penurunan. Pada tahun 2015 jumlah penduduk miskin di Indonesia mencapai 28.514 orang dan terus mengalami penurunan. Namun, mulai tahun 2016 sampai 2019 jumlah penduduk miskin di Indonesia terus mengalami penurunan. Sampai pada tahun 2019 jumlah penduduk miskin sebesar 24.786 orang.

Pada Maret 2019 menurut Badan Pusat Statistik (BPS), standar garis kemiskinan masyarakat Indonesia adalah Rp 425.250 perkapita per bulan. Dimana, garis kemiskinan makanan Rp 313.232 (73,66 persen) dan garis kemiskinan bukan makanan Rp 112.018 (26,34 persen). Hal tersebut menunjukkan bahwa orang miskin Indonesia memiliki pendapatan sebesar Rp 14.175 setiap harinya atau sekitar 1 dollar AS. Kemiskinan selalu dikaitkan dengan masalah ketidakmampuan masyarakat untuk mencapai pendidikan yang lebih tinggi (Nazara Suahasil. 2007). Hal ini dikarenakan biaya yang sangat tinggi dalam pendidikan seperti halnya, biaya uang buku dan seragam sekolah serta perlengkapan sekolah lainnya. Keberhasilan upaya peningkatan kualitas pendidikan dapat dilihat dari kondisi output pendidikan dengan indikatornya antara lain adalah persentase penduduk Indonesia yang mampu membaca dan menulis (angka melek huruf).

Angka Melek Huruf (AMH) penduduk Indonesia mengalami peningkatan. AMH Indonesia pada tahun 2020 sebesar 99,78 persen. Jika dibandingkan dengan tahun-tahun sebelumnya, AMH penduduk Indonesia mengalami peningkatan dan bertambah sebesar 0,02 persen dibanding tahun 2019. Rata-rata lama sekolah (RLS) penduduk Indonesia selama kurun waktu 5 tahun terakhir (2015-2019) selalu mengalami peningkatan. Dimana, pada tahun 2015 RLS penduduk Indonesia sebesar 7,84 persen dan terus meningkat sampai tahun 2019 sebesar 8,34 persen. Selain Angka Harapan Hidup, kualitas Pendidikan di Indonesia dapat diukur melalui Angka Melek Huruf (AMH). AMH di Indonesia pada 2019 mencapai 99,76 persen, naik dari tahun sebelumnya yang sebesar 99,71 persen. Hal ini menunjukkan bahwa pendidikan dasar atau program keaksaraan di Indonesia sudah efektif dalam menghapuskan buta huruf. Indikator lain selain Pendidikan yang berpengaruh terhadap kemiskinan di suatu negara adalah kesehatan.

Status kesehatan yang rendah disebabkan karena adanya penyediaan layanan kesehatan yang tidak memadai dalam suatu wilayah. Hal ini dapat diartikan bahwa kesehatan yang buruk akan menyebabkan turunnya kualitas sumber daya manusia (SDM). Produktivitas sumber daya manusia (SDM) menurun yang pada akhirnya menciptakan kemiskinan. Berdasarkan World Bank (2002), kemiskinan dan kesehatan merupakan sesuatu yang tidak dapat dipisahkan. Hubungan ini dapat dinyatakan bahwa kemiskinan dapat menyebabkan kesulitan dalam mengakses layanan kesehatan. Jumlah Puskesmas di Indonesia pada 2019 ada 10.134.

Jumlah tersebut mengalami kenaikan dibanding dengan tahun sebelumnya. Namun, jumlah tersebut masih dibilang tergolong sedikit mengingat jumlah penduduk Indonesia yang mencapai 270,2 juta. Seharusnya, idealnya puskesmas yang dimiliki harus sebanyak 16.875 puskesmas. Hal tersebut membuktikan bahwa Fasilitas kesehatan yang merupakan garda terdepan untuk menangani permasalahan Kesehatan, memiliki jumlah yang masih terbatas dan keberadaannya tidak merata. Profil Kesehatan Indonesia tahun 2019 diketahui bahwa dalam kurun 2015 – 2019, jumlah Puskesmas meningkat dengan rata-rata 95 Puskesmas per tahun. Adapun, pertumbuhan tertinggi tahun 2018 sekitar 1,7 persen. Meski demikian, pertumbuhan puskesmas dari tahun 2015 hingga 2019 hanya 3,7 persen (9.754 puskesmas ke 10.134 puskesmas), sangat jauh dibanding pembangunan Rumah Sakit (RS). Pada periode yang sama mencapai 21,02 persen (1.093-1.384 RS).

Pelayanan Kesehatan sangat berpengaruh pada tingkat kesehatan masyarakat Indonesia. Gambaran mengenai kualitas kesehatan masyarakat dapat dilihat dari angka harapan hidup dan angka kesakitan. Kualitas kesehatan penduduk Indonesia yang dilihat menurut angka harapan hidup (AHH) mengalami fluktuasi dan cenderung meningkat. Penduduk Indonesia pada tahun 2019 memiliki nilai AHH sebesar 73.3 persen bagi perempuan dan 69,4 persen bagi laki-laki. Nilai tersebut mengalami kenaikan dibanding tahun sebelumnya. Berdasarkan informasi mengenai Angka Harapan Hidup (AHH), Rata-Rata Lama Sekolah (RLS), dan Angka Melek Huruf (AMH), tingkat kemiskinan di Indonesia cenderung mengalami penurunan selama periode tahun 2015-

2019.

Hal ini dikarenakan tingkat kesehatan dan pendidikan cenderung mengalami peningkatan. Peningkatan tersebut dapat dilihat dari derajat kesehatan masyarakat yang membaik didasarkan pada angka harapan hidup dan angka kesakitan mengalami perubahan tiap tahunnya. Kualitas pendidikan dan kesehatan merupakan salah satu kemampuan dan keterampilan yang akan meningkatkan kapasitas untuk berproduksi yang pada akhirnya dapat mengembangkan kapasitas diri dalam meningkatkan kapasitas ekonomi suatu negara. Pendidikan yang rendah tentunya akan mengakibatkan ketidakmampuan untuk mengembangkan diri dan menyebabkan sempitnya peluang dalam mendapatkan pekerjaan.

Pendidikan penting untuk meningkatkan kompetensi manusia (Sen, 1999). Dengan pendidikan yang baik, setiap orang memiliki bekal pengetahuan dan keterampilan, mempunyai pilihan untuk mendapat pekerjaan, dari menjadi lebih produktif sehingga dapat meningkatkan pendapatan. Dengan demikian pendidikan dapat memutus mata rantai kemiskinan dan menghilangkan eksklusi sosial, untuk kemudian meningkatkan kualitas hidup dan mewujudkan kesejahteraan masyarakat.

METODE PENELITIAN

Sumber Data

Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data sekunder. Data sekunder adalah sumber data penelitian yang diperoleh melalui media perantara atau secara tidak langsung yang berupa arsip yang dipublikasikan. Data sekunder didapatkan melalui web atau laman Badan Pusat Statistik dan publikasi Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN). Data yang digunakan adalah data panel selama 5 tahun yaitu dari tahun 2015 hingga tahun 2019. Pemilihan data sekunder dalam penelitian berdasarkan pertimbangan bahwa pengukuran dari variabel yang digunakan lebih relevan jika menggunakan data yang telah tersedia di laman resmi Badan Pusat Statistik. Selain itu, data yang dibutuhkan juga hanya dimiliki oleh instansi resmi dibawah naungan pemerintah sehingga tidak memungkinkan jika menggunakan data primer.

Variabel Penelitian

a. Kemiskinan

Kemiskinan dalam penelitian ini ditetapkan sebagai variabel dependen (Y). Definisi kemiskinan adalah suatu keadaan dimana seseorang tidak sanggup memelihara dirinya sendiri sesuai dengan taraf kehidupan kelompok dan juga tidak mampu memanfaatkan tenaga mental maupun fisik dalam kelompok tersebut. Kemiskinan adalah kondisi ketika seseorang tidak dapat mempertahankan skala hidup yang cukup tinggi untuk memberikan efisiensi fisik dan mental untuk memungkinkan dia dan keluarganya menjalankan fungsi sebagaimana mestinya sesuai dengan standar masyarakat baik karena pendapatan yang tidak memadai ataupun pengeluaran yang tidak bijaksana. Variabel kemiskinan dalam penelitian ini diukur dengan jumlah penduduk miskin di Indonesia. Data yang digunakan adalah jumlah penduduk miskin dari tahun 2015 – 2019 yang termuat dalam website resmi BPS.

b. Kebijakan Program Pendidikan

Variabel kebijakan program pendidikan dalam penelitian ini ditetapkan sebagai variabel penjelas atau independen (X1). Riant Nugroho (2008: 35 – 36) mengatakan bahwa kebijakan pendidikan adalah kebijakan publik bidang pendidikan. Kebijakan pendidikan berkenaan dengan kumpulan hukum atau aturan yang mengatur pelaksanaan sistem pendidikan, yang tercakup di dalamnya tujuan pendidikan dan bagaimana mencapai tujuan tersebut.

Variabel kebijakan program pendidikan dalam penelitian ini diukur melalui pengeluaran atau anggaran negara terfokus pada sektor pendidikan yang terdapat pada APBN. Data yang digunakan adalah data anggaran negara bidang pendidikan dari tahun 2015 – 2019 yang termuat dalam APBN.

c. Kebijakan Program Kesehatan

Variabel kebijakan kesehatan dalam penelitian ini dinotasikan sebagai variabel penjelas atau variabel independen (X2). Definisi kebijakan dalam bidang kesehatan dapat diartikan sebagai kebijakan yang bertujuan memberi dampak positif terhadap kesehatan populasi (de Leeuw:1989). Setiap negara memiliki berbagai kebijakan untuk mencapai tujuan tertentu, salah satunya kebijakan dalam bidang kesehatan. Variabel kebijakan kesehatan dalam penelitian ini diukur melalui pengeluaran atau anggaran negara terfokus pada sektor kesehatan yang terdapat pada APBN. Data yang digunakan adalah data anggaran negara bidang kesehatan dari tahun 2015 – 2019 yang termuat dalam APBN.

d. Model Penelitian

Model yang digunakan dalam penelitian ini adalah model regresi linear berganda dengan persamaan sebagai berikut: $Y = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + u$. Dimana: Y = Tingkat kemiskinan (Ribuan Jiwa), β_0 = Konstanta, β_1 dan β_2 = Koefisien, X_1 = Kebijakan program pendidikan (Milliar Rupiah), X_2 = Kebijakan program kesehatan (Milliar Rupiah) dan u = error.

e. Alat Analisis

Alat analisis yang digunakan adalah OLS (Ordinary Least Square). OLS dipilih sebagai alat analisis dalam penelitian ini, karena alat analisis ini merupakan salah satu yang paling relevan dalam melakukan regresi pada model regresi linear berganda sesuai dengan model penelitian ini yaitu untuk menganalisis pengaruh kebijakan program kesehatan dan program pendidikan terhadap tingkat kemiskinan di Indonesia. Hasil estimasi didapatkan dengan menggunakan uji Hausman (Hausman Test) serta uji Chow (Chow Test). Uji Hausman adalah pengujian statistik digunakan untuk memilih model terbaik antara Fixed Effect Model, Random Effect Model, atau Common Effect Model. Dengan demikian, berdasarkan hasil estimasi yang dilakukan, maka model yang dipilih adalah Fixed Effect Model (FEM).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Asumsi Klasik

a. Multikolinearitas

Uji multikolinearitas bertujuan untuk mengetahui apakah masing-masing variabel bebas saling berhubungan secara linear dalam model persamaan regresi yang digunakan. Dalam penelitian ini, uji multikolinearitas dilakukan berdasarkan nilai dari Variance Inflation Faktor (VIF). Ukuran ini menunjukkan setiap variabel bebas manakah yang dijelaskan oleh variabel bebas lainnya. Jika nilai $VIF < 10$, maka menandakan bahwa tidak terjadi gejala multikolinearitas, dan sebaliknya. Apabila nilai $VIF > 10$, maka dapat disimpulkan bahwa model yang digunakan mengandung gejala multikolinearitas. Berdasarkan tabel dibawah maka $VIF < 10$ atau $0.971531 < 10$ sehingga data pada penelitian ini terbebas dari multikolinearitas.

Tabel 1. Uji Multikolinearitas

	X1	X2
X1	1.000000	0.971531
X2	0.971531	1.000000

Sumber: Diolah Penulis (Eviews)

b. Heteroskedastisitas

Heteroskedastisitas itu penyimpangan klasik, dikarenakan adanya ketidaksamaan varian dari residu untuk semua pengamatan pada model regresi. Syarat yang harus dipenuhi adalah jika nilai Prob. $< 0,05$ maka terjadi gejala heteroskedastisitas dalam model penelitian. Jika nilai Prob. Chi-Square $> 0,05$ maka tidak ada gejala heteroskedastisitas dalam model penelitian. Uji heteroskedastisitas pada kali ini menggunakan Uji Glejser. Pada tabel 2, dapat diketahui bahwa nilai Prob. variabel X_1 sebesar $0,3672$. Jika menggunakan syarat seperti yang sudah dijelaskan sebelumnya menjadi $0,3672 > 0,05$ artinya tidak ada penyimpangan heteroskedastisitas dalam model yang sedang diteliti. Nilai Prob. variabel X_2 sebesar $0,1079$. Jika menggunakan syarat seperti yang sudah dijelaskan sebelumnya menjadi $0,1079 > 0,05$ artinya tidak ada penyimpangan heteroskedastisitas dalam model yang sedang diteliti.

Tabel 2. Uji Heteroskedastisitas

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	-38.44473	18.51629	-2.206593	0.0290
X1	-0.004695	0.005189	-0.904785	0.3672
X2	0.033927	0.012582	2.696386	0.1079

Sumber: Diolah Penulis (Eviews)

Teknik estimasi model regresi data panel yang digunakan adalah metode *Ordinary Least Square* (OLS), yaitu *Fixed Effect Model* (FEM). Berdasarkan hasil *Hausman test* dan *Chow test* didapatkan hasil *Fixed Effect Model* (FEM) lebih baik untuk digunakan daripada *Random Effect Model* (REM) dan *Common Effect Model* (CEM). Hasil uji Hausman didapatkan untuk

menentukan FEM atau REM yang paling tepat untuk digunakan. Syarat dalam *Hausman Test* adalah jika $Prob. > \alpha$ maka REM lebih baik untuk digunakan; Jika $Prob. < \alpha$ maka FEM lebih baik untuk digunakan.

Berdasarkan Tabel *Hausman Test*, dapat dilihat bahwa nilai *Prob. Cross-section random* yaitu sebesar $0.0000 \leq 0.05$ maka FEM lebih baik digunakan pada model ini. Kemudian, Hasil uji Chow didapatkan untuk menentukan FEM atau CEM yang paling tepat untuk digunakan. Syarat dalam *Hausman Test* adalah jika $Prob. > \alpha$ maka CEM lebih baik untuk digunakan; Jika $Prob. < \alpha$ maka FEM lebih baik untuk digunakan. Berdasarkan Tabel *Chow Test*, dapat dilihat bahwa nilai *Prob. Cross-section F* yaitu sebesar $0.0000 < 0.05$ maka model yang lebih baik untuk digunakan adalah FEM.

Tabel 3. Fixed Effect Model

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	1414.202	37.92034	37.29403	0.0000
PENDIDIKAN	-0.148908	0.011914	-12.49844	0.0000
KESEHATAN	0.243928	0.028888	8.443882	0.0000

Effects Specification				
Cross-section fixed (dummy variables)				
Root MSE	58.66994	R-squared	0.997318	
Mean dependent var	790.9140	Adjusted R-squared	0.996818	
S.D. dependent var	1136.258	S.E. of regression	66.06269	
Akaike info criterion	11.40526	Sum squared resid	585167.5	
Schwarz criterion	12.06931	Log likelihood	-933.4472	
Hannan-Quinn criter.	11.67473	F-statistic	1423.740	
Durbin-Watson stat	1.633057	Prob(F-statistic)	0.000000	

Sumber: Diolah Penulis (Eviews)

Hasil uji t menggunakan pendekatan *Fixed Effect Model* atau FEM. Syarat yang harus dipenuhi dalam menggunakan Uji t adalah apabila p-value $> \alpha$, maka H_0 diterima dan H_a ditolak; apabila p-value $< \alpha$, maka H_0 ditolak dan H_a diterima. Berdasarkan tabel diatas diketahui bahwa variabel X1 (Pendidikan) dengan p-value lebih kecil daripada nilai α , yaitu sebesar $0.0000 < 0.05$, maka H_0 ditolak dan H_a diterima. Hal ini menunjukkan bahwa hubungan pengeluaran pemerintah sektor pendidikan berpengaruh signifikan terhadap kemiskinan. Sementara itu, variabel X2 (Kesehatan) dengan p-value lebih kecil daripada nilai α , yaitu sebesar $0.0000 < 0.05$, maka H_0 ditolak dan H_a diterima. Hal ini menunjukkan bahwa hubungan pengeluaran pemerintah sector kesehatan berpengaruh signifikan terhadap kemiskinan.

Hasil Uji F digunakan untuk mengetahui pengaruh seluruh variabel bebas secara bersama-sama (simultan) terhadap variabel terikat. Syarat yang harus dipenuhi dalam menggunakan Uji t adalah apabila p-value $> \alpha$, maka H_0 diterima dan H_a ditolak; apabila p-value $< \alpha$, maka H_0 ditolak dan H_a diterima. Menunjukkan nilai signifikansi $0.0000 < 0.05$ sehingga dapat disimpulkan bahwa variabel X1 (Pendidikan) dan X2 (Kesehatan) berpengaruh secara simultan terhadap variabel Y (Kemiskinan). Uji koefisien determinasi (R^2) merupakan uji untuk mengetahui seberapa besar pengaruh variabel bebas terhadap variabel terikat. Hasil regresi pada tabel FEM menunjukkan hasil R-squared sebesar 0.997318 yang berarti bahwa variabel pendidikan dan variabel kesehatan dapat menjelaskan variabel kemiskinan sebesar 99.73%, sedangkan sisanya 0.27% dapat dijelaskan oleh variabel lain diluar model.

Kebijakan Program Pendidikan

Hasil estimasi yang telah dilakukan menunjukkan bahwa pendidikan memiliki pengaruh negatif dan tidak signifikan terhadap kemiskinan, yang mana sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Efendi et al., 2019). Hal ini mengindikasikan adanya perubahan positif pada sebuah unit pendidikan akan mengurangi kemiskinan. Oleh karena itu, pendidikan merupakan suatu kebutuhan bagi seluruh lapisan masyarakat yang pada hakikatnya wajib disediakan oleh negara. Pendidikan menjadi barang mewah yang mana menjadi sulit dijangkau oleh masyarakat

secara luas, terkhusus bagi masyarakat kurang mampu. Hal ini meningkatkan angka putus sekolah pada masyarakat miskin yang mana pada gilirannya berdampak pada aspek sosial, seperti adanya peningkatan angka pengangguran, anak jalanan, pekerja anak, dan kriminalitas.

Jika pendidikan tidak mampu lagi menjadi pemutus rantai kemiskinan, maka anak-anak akan menjadi korban yang paling nyata dari dampak sosial yang ditimbulkan. Dalam jangka panjang lemahnya investasi sosial di bidang pendidikan tersebut, akan memperburuk keberdayaan masyarakat dan menghambat pembangunan kualitas sumber daya manusia. Hingga saat ini, Indonesia belum menempatkan pendidikan sebagai pilar pembangunan nasional. Anggaran pendidikan yang memadai tidak terwujud karena pada kenyataannya para penyelenggara negara secara kolektif tidak meyakini akan manfaat yang akan diperoleh dari pola investasi besar-besaran di dunia pendidikan.

Padahal melalui pendidikan, orang akan mampu memikirkan dan berusaha untuk meningkatkan taraf hidupnya. Hingga saat ini, Indonesia belum menempatkan pendidikan sebagai pilar pembangunan nasional. Anggaran pendidikan yang memadai tidak terwujud karena pada kenyataannya para penyelenggara negara secara kolektif tidak meyakini akan manfaat yang akan diperoleh dari pola investasi besar-besaran di dunia pendidikan. Padahal melalui pendidikan, orang akan mampu memikirkan dan berusaha untuk meningkatkan taraf hidupnya.

Pemerintah berupaya melalui berbagai kebijakan dalam bidang pendidikan dengan tujuan membangun pendidikan yang lebih baik. Upaya tersebut diwujudkan dengan alokasi anggaran pendidikan yang selalu meningkat dari tahun 2015-2019 seperti data APBN tahun 2019. Anggaran pendidikan yang selalu meningkat tersebut merupakan wujud keseriusan pemerintah dalam memajukan pendidikan di Indonesia. Anggaran tersebut dialokasikan ke berbagai program yang telah dicanangkan maupun yang telah berjalan di Indonesia. Anggaran yang telah ditetapkan tersebut tentunya akan dialokasikan ke pusat serta daerah berdasarkan besaran tertentu yang telah ditetapkan. Program bidang pendidikan di Indonesia memiliki berbagai jenis, dan program tersebut tentunya juga dibiayai dari postur APBN. Diharapkan dengan anggaran yang semakin tinggi, program-program yang dijalankan akan lebih tepat sasaran untuk mencapai pemerataan pendidikan di Indonesia utamanya menjangkau masyarakat kurang mampu agar dapat menempuh pendidikan yang lebih tinggi.

Pemerintah memiliki kewajiban untuk memenuhi hak setiap warga negara dalam memperoleh layanan pendidikan untuk meningkatkan kualitas hidup bangsa. Dimana hal ini diwujudkan pemerintah dalam mencanangkan kebijakan pemerataan dan perluasan layanan pendidikan, yang antara lain dilakukan melalui strategi pemberian subsidi. Realisasi kebijakan dilaksanakan melalui Program Indonesia Pintar (PIP) yang menjadi salah satu kebijakan penting guna menjamin pemberian akses pendidikan yang luas dan bermutu bagi seluruh lapisan masyarakat, terutama bagi masyarakat miskin. Program Indonesia Pintar (PIP) adalah pemberian bantuan tunai kepada anak usia sekolah yang berasal dari keluarga kurang mampu, yang ditandai dengan pemberian Kartu Indonesia Pintar (KIP) sebagai kelanjutan dari Program Bantuan Siswa Miskin (BSM). Kartu Indonesia Pintar diberikan kepada anak usia sekolah yang berasal dari keluarga pemegang Kartu Keluarga Sejahtera (KKS) dengan maksud untuk menjamin seluruh anak usia sekolah dapat menempuh pendidikan sampai lulus ke jenjang pendidikan menengah.

Bantuan pendidikan yang diberikan pemerintah kepada pemegang KIP berbeda-beda untuk tiap jenjang pendidikan, dimana untuk tingkat SD/MI/ sederajat sebesar Rp225.000/semester (Rp450.000 per tahun); tingkat SMP/MTs/ sederajat Rp375.000/semester (Rp750.000 pertahun); dan tingkat SMA/SMK/MA/ sederajat sebesar Rp500.000/semester (Rp1.000.000 pertahun) sesuai dengan Instruksi Presiden Nomor 7 Tahun 2014. Berdasarkan (Pusat Penelitian Kebijakan Pendidikan dan Kebudayaan, 2017) persyaratan penerima PIP yang ditentukan oleh pemerintah baik secara administratif maupun substantif telah efektif ditaati oleh dinas pendidikan dan juga kepada sekolah di lapangan. Hal ini terlihat dari sasaran penerima PIP yang secara substantif terbukti berasal dari keluarga miskin berpendapatan rendah, berpendidikan rendah, bekerja sebagai buruh, tani dan nelayan, dan sebagian memiliki bukti Kartu Perlindungan Sosial (KPS) dan Surat Keterangan Miskin (SKM).

Dapat dikatakan bahwa secara umum ketepatan persyaratan PIP sudah cukup terpenuhi, meskipun masih terdapat hal-hal teknis dan administratif yang perlu segera diperbaiki. Namun, terkait dengan ketepatan jumlah penerima, hasil di lapangan menunjukkan masih terdapat kesenjangan antara jumlah siswa miskin yang diusulkan dengan siswa penerima PIP, yang mana tercermin dari ketidakakuratan data Data Pokok Pendidikan (Dapodik). Dapat dikatakan bahwa masih ada beberapa siswa yang tidak menerima dana PIP sesuai dengan jumlah dana yang seharusnya diterima, sehingga dana tersebut relatif belum cukup untuk memenuhi kebutuhan pribadi siswa secara efektif.

Pelaksanaan PIP terkadang masih belum sesuai dengan rencana, baik dilihat dari sasaran, mekanisme penyaluran, besaran dana dan pemanfaatannya, serta bentuk penyimpangan lainnya. Kebijakan PIP dinilai efektif jika memenuhi kriteria pencapaian tujuan program yang berupa terlaksanakannya program pemerataan pendidikan dan perluasan akses pelayanan pendidikan yang bermutu, khususnya untuk meningkatkan angka partisipasi sekolah, peluang keberlanjutan sekolah, pengurangan angka putus sekolah, dan peningkatan prestasi. Namun, berdasarkan data tersebut pencairan dana PIP masih belum maksimal per 2019. Dari data tersebut masih banyak siswa yang mendapat bantuan PIP namun juga tidak melakukan pencairan dana yang telah disalurkan, hal ini mengindikasikan bahwa PIP masih belum maksimal dalam pelaksanaannya dan masih perlu evaluasi untuk kedepannya agar lebih tepat sasaran dan lebih efektif.

Kebijakan Program Kesehatan

Kesehatan memiliki peran penting dalam upaya penanggulangan kemiskinan sehingga kesehatan dan kemiskinan memiliki hubungan yang erat. Sama seperti hasil estimasi yang telah dilakukan, diketahui bahwa kesehatan memiliki pengaruh positif dan signifikan terhadap kemiskinan. Hal ini menunjukkan bahwa peningkatan pada kesehatan juga menimbulkan peningkatan pada kemiskinan, atau dengan kata lain peningkatan kesehatan tidak mengurangi kemiskinan. Dapat diasumsikan bahwa terdapat dampak kesehatan terhadap kemiskinan, namun masih rendah akibat disparitas dari pelayanan kesehatan. Hal ini dapat dilihat dari kurangnya ketersediaan jumlah tenaga medis terlatih yang melayani masyarakat miskin, terutama pada daerah pedesaan terpencil dan kepulauan. Banyak pula puskesmas yang belum memiliki tenaga kesehatan, yang mana artinya distribusi tenaga kesehatan belum merata.

Serangkaian kebijakan kesehatan itu sudah tepat sasaran, akan tetapi hanya pada beberapa daerah saja. Benang merah ini didasari dari hasil penelitian yang dilakukan (Efendi et al., 2019) bahwa kesehatan memiliki dampak negatif dan signifikan terhadap kemiskinan di Indonesia. Selain itu, penelitian dari (Mardiana et al., 2018) menemukan bahwa kesehatan memiliki pengaruh negatif dan signifikan di Kalimantan Timur. Disisi lain, penelitian oleh (Fithri & Kaluge, 2017) menemukan hasil bahwa kesehatan memiliki dampak positif, namun tidak signifikan terhadap kemiskinan di Jawa Timur. Pelaksanaan pembangunan kesehatan membutuhkan perubahan cara pandangan atau pola pikir dari paradigma sakit ke paradigma sehat. Penyebab utama dari rendahnya derajat kesehatan masyarakat miskin selain kecukupan pangan adalah keterbatasan akses terhadap pelayanan kesehatan dasar, rendahnya mutu pelayanan kesehatan dasar, kurangnya pemahaman terhadap perilaku hidup sehat, dan kurangnya layanan kesehatan reproduksi.

Selain itu jarak fasilitas pelayanan kesehatan yang jauh dan biaya yang mahal merupakan penyebab utama rendahnya aksesibilitas masyarakat miskin terhadap pelayanan kesehatan yang bermutu. Indikator ketiadaan akses, sebagai ukuran tingkat kesulitan menjangkau tempat layanan kesehatan terdekat. Hal ini menunjukkan bahwa masyarakat miskin sulit untuk menjangkau pelayanan kesehatan dan adanya kesenjangan antar wilayah dalam pelayanan kesehatan. Masalah lain adalah rendahnya mutu pelayanan kesehatan dasar yang disebabkan oleh terbatasnya tenaga kesehatan, kurangnya peralatan, dan kurangnya sarana kesehatan. Pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh kelompok masyarakat miskin umumnya jauh lebih rendah dibanding kelompok kaya. Praktek petugas kesehatan yang paling sering dimanfaatkan oleh masyarakat miskin adalah bidan dan mantri karena lokasinya yang dekat dengan tempat tinggal mereka.

Kecenderungan penyebaran tenaga kesehatan yang tidak merata dan terpusat di daerah perkotaan merupakan contoh nyata dari pelayanan kesehatan bermutu yang kurang maksimal.

Masalah lain dalam perluasan akses layanan kesehatan bagi masyarakat miskin adalah rendahnya anggaran yang tersedia bagi pembangunan dan pelayanan kesehatan. Sehingga, penyebab utama dari rendahnya derajat kesehatan masyarakat miskin adalah keterbatasan akses terhadap pelayanan kesehatan dasar, rendahnya mutu pelayanan kesehatan dasar, kurangnya pemahaman terhadap perilaku hidup sehat, dan kurangnya layanan kesehatan reproduksi. Pembangunan kesehatan harus dipandang sebagai suatu investasi untuk peningkatan kualitas sumber daya manusia. Penyebab utama dari rendahnya derajat kesehatan masyarakat miskin adalah keterbatasan akses terhadap pelayanan kesehatan dasar, rendahnya mutu pelayanan kesehatan dasar, kurangnya pemahaman terhadap perilaku hidup sehat, dan kurangnya layanan kesehatan reproduksi.

Berdasarkan data anggaran kesehatan APBN 2019, dapat dilihat bahwa anggaran pemerintah di bidang kesehatan juga menjadi salah satu prioritas. Terlihat bahwa anggaran kesehatan di Indonesia tahun 2015-2019 selalu mengalami kenaikan. Anggaran tersebut tentunya merupakan sebuah upaya yang dilakukan pemerintah guna meningkatkan taraf kesehatan masyarakat Indonesia. Kesehatan menjadi faktor yang penting dalam pelaksanaan sebuah negara. Dengan tingkat kesehatan yang baik, produktivitas masyarakat tentunya juga akan meningkat. Anggaran kesehatan melalui APBN akan dialokasikan ke pusat serta ke daerah di seluruh Indonesia. Tidak hanya bidang pendidikan, bidang kesehatan tentunya juga mengusung program-program yang dibiayai oleh APBN guna mencapai tujuan kesehatan utamanya kesehatan masyarakat. Selain program kesehatan, anggaran kesehatan juga digunakan untuk membiayai hal-hal teknis diluar program seperti tenaga medis.

Melihat urgensi dalam hal kesehatan, pemerintah berkewajiban memberikan perlindungan bagi warga negaranya, terutama penduduk miskin dan rentan terhadap penyakit tertentu. Salah satu bentuk perlindungan yang diberikan pemerintah adalah dengan memberikan jaminan sosial dalam bentuk program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Program ini merupakan bentuk reformasi dibidang kesehatan yang bertujuan untuk mengatasi permasalahan biaya kesehatan dan mutu pelayanan yang tidak terkendali. Program JKN diharapkan mampu memberikan proteksi kesehatan kepada masyarakat, dapat berperan dalam meringankan beban finansial bagi masyarakat yang sakit sehingga mampu mengurangi kerentanan masyarakat dari kemiskinan, dapat meningkatkan akses kesehatan sehingga dapat menurunkan ketimpangan di Indonesia, serta dapat meningkatkan kualitas sumber daya manusia di Indonesia.

Berdasarkan data BPJS (2019) jika melihat aspek cakupan kepesertaan dari awal penerapan sistem JKN, yakni dari tahun 2014 – 2019, perkembangan jumlah peserta JKN menunjukkan peningkatan yang signifikan. Pada tahun 2014 jumlah peserta masih berkisar 133,4 juta jiwa atau sekitar 49,3 persen dari total penduduk di Indonesia dan per tanggal 31 Oktober 2019 meningkat menjadi 222,2 juta jiwa atau lebih dari 83,8 persen dari total penduduk di Indonesia. Jika melihat target yang dicanangkan pemerintah tahun 2019, yaitu pencapaian *Universal Health Coverage* (UHC) dengan cakupan kepesertaan minimal 95 persen atau 257,5 juta jiwa dari total penduduk Indonesia. Berdasarkan hal itu, capaian kepesertaan jaminan kesehatan yang ada saat ini belum maksimal (Kemenkes, 2019). Namun, data tersebut tidak menyebutkan peserta JKN berasal dari kalangan masyarakat menengah atau masyarakat miskin. Sehingga hasil regresi yang sudah diolah oleh penulis sudah menggambarkan kenyataan yang ada di lapangan.

Persoalan defisit dalam pelaksanaan JKN menunjukkan ketimpangan antara manfaat yang ditargetkan dan biaya yang harus dibayar oleh anggaran negara serta dana kepesertaan masyarakat yang tidak signifikan. Hal ini menunjukkan adanya ketimpangan dan ketergantungan sebagian peserta yang tidak bekerja (dan disubsidi pemerintah) terhadap peserta lain yang bekerja (tidak disubsidi pemerintah). Diperlukan sosialisasi tentang transparansi sistem JKN, terlebih lagi mengenai bagaimana iuran peserta JKN yang digunakan untuk dirinya sendiri dan orang lain sehingga mencegah terjadinya informasi asimetri. Seiring berjalannya waktu, stigma yang ada di dalam masyarakat tentang “rugi membayar iuran jika tidak sakit” pun dapat dihilangkan.

KESIMPULAN

Masalah kemiskinan merupakan salah satu yang menjadi perhatian penting di setiap negara di dunia. Berbagai upaya dilakukan pemerintah melalui kebijakan-kebijakan yang difokuskan pada masalah pengentasan kemiskinan. Pendidikan dan kesehatan merupakan salah satu isu penting yang diperhatikan dalam upaya pengentasan kemiskinan. Pendidikan dan kesehatan dalam berbagai penelitian menunjukkan signifikansi efektivitas dalam mereduksi kemiskinan disuatu negara. Dalam implementasi suatu kebijakan, tentunya pemerintah perlu melakukan stimulus melalui pengeluaran negara yang dianggarkan pada Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) demi pencapaian tujuan yang diharapkan. Tak terkecuali Indonesia yang dalam hal ini juga melakukan upaya tersebut dengan menganggarkan stimulus fiskal utamanya pada aspek kesehatan dan pendidikan.

Harapannya dengan peningkatan kualitas pendidikan serta kualitas kesehatan warga Indonesia, tingkat kemiskinan di Indonesia dapat direduksi dan bahkan dapat dientaskan. Hasil estimasi pada penelitian menunjukkan bahwa hubungan pengeluaran pemerintah sektor pendidikan terhadap kemiskinan adalah tidak signifikan. Sementara hubungan pengeluaran pemerintah sektor kesehatan terhadap kemiskinan adalah signifikan. Kemudian dapat disimpulkan bahwa secara simultan variabel pendidikan dan kesehatan berpengaruh secara signifikan terhadap variabel kemiskinan. Hasil estimasi juga menunjukkan bahwa variabel pendidikan memiliki pengaruh negatif dan tidak signifikan terhadap variabel kemiskinan. Artinya, ketika terjadi peningkatan pengeluaran pada sektor pendidikan akan mengurangi kemiskinan. Kemudian hasil estimasi juga menunjukkan bahwa variabel kesehatan memiliki hubungan positif dan signifikan terhadap tingkat kemiskinan.

Artinya hasil tersebut menunjukkan bahwa peningkatan pengeluaran sektor kesehatan tidak mampu mengurangi kemiskinan di Indonesia. Namun, pemerintah terus melakukan upaya untuk mengentaskan kemiskinan di Indonesia dengan berbagai kebijakan serta program-program yang diimplementasikan. Program-program sektor kesehatan serta sektor pendidikan terus diupayakan demi mencapai tujuan yang diharapkan. Berdasarkan latar belakang, kajian pustaka serta hasil estimasi dalam penelitian ini, maka saran yang dapat diberikan yaitu: (1) Pemerintah. Pemerintah selaku pemangku kebijakan, akan menjadi lebih baik apabila kebijakan yang dilakukan tidak tumpang tindih dengan kebijakan yang lainnya. Hal ini didasarkan pada masih banyaknya kebijakan di Indonesia dengan sasaran yang sama namun dilapisi dengan berbagai macam kebijakan. Sehingga, menjadi tidak efektif dalam mencapai tujuan yang diharapkan. Pemugaran kebijakan diperlukan setelah dilakukan evaluasi serta disesuaikan dengan situasi dan kondisi dilapangan, hal ini bertujuan agar kebijakan yang ditetapkan lebih efektif dalam mencapai tujuan yang ditetapkan.

Diperlukan upaya peningkatan dalam hal monitoring alokasi anggaran yang telah ditetapkan serta sejauh mana keberlangsungan dari program guna menghindari penyalahgunaan anggaran oleh oknum yang tidak bertanggung jawab. (2) Masyarakat. Masyarakat hendaknya juga turut aktif dalam mendukung program yang dilakukan oleh pemerintah. Peran serta masyarakat dalam pelaksanaan suatu program merupakan kunci utama keberhasilan program tersebut, yang dalam konteks penelitian ini adalah terhadap upaya pengentasan kemiskinan melalui kebijakan dibidang kesehatan dan pendidikan.

BIBLIOGRAFI

- Amire, C. M. (2021). *Impact Of Health And Education Expenditure On Poverty*. September 2020.
- Ardinata, M. (2020). *Tanggung Jawab Negara terhadap Jaminan Kesehatan dalam Perspektif Hak Asasi Manusia (HAM)*. *Jurnal HAM*, 11(2), 319.
- Arsani, A. M., Ario, B., & Ramadhan, A. F. (2020). *Impact of Education on Poverty and Health: Evidence from Indonesia*. *Economics Development Analysis Journal*, 9(1), 87–96.
- Budiyanti, E. (2020). *Dampak Virus Corona Terhadap Sektor Perdagangan Dan Pariwisata Indonesia*. 2015.

- Chung, G. K. K., Dong, D., Wong, S. Y. S., Wong, H., & Chung, R. Y. N. (2020). Perceived poverty and health, and their roles in the poverty-health vicious cycle: A qualitative study of major stakeholders in the healthcare setting in Hong Kong. *International Journal for Equity in Health*, 19(1), 1–13.
- Danusubroto, Sidarto, Harry Tjan Silalahi, Kaelan, Wuryadi, Slamet Sutrisno, Teguh M, Seto Harianto, Darmaningtyas, Agus Basuki, A. H. A. (2013). *Kajian Ilmiah Masalah Perbedaan Pendapat 4 Pilar Kehidupan Berbangsa dan Bernegara*.
- Dartanto, T., Hanum, C., Usman, Bintara, H., Bella, A., & Putro, P. (2017). Dampak Program JKN-KIS pada Perekonomian Indonesia. *Ringkasan Riset JKN-KIS*, 01(Agustus), 1–8.
- Efendi, R., Indartono, S., & Sukidjo, S. (2019). The Relationship of Indonesia's Poverty Rate Based on Economic Growth, Health, and Education. *International Journal of Multicultural and Multireligious Understanding*, 6(2), 323.
- Fithri, N., & Kaluge, D. (2017). Analisis Pengaruh Pengeluaran Pemerintah Sektor Pendidikan Dan Kesehatan Terhadap Kemiskinan Di Jawa Timur. *Jurnal Ekonomi Pembangunan*, 15(2), 129.
- Hofmarcher, T. (2021). The effect of education on poverty: A European perspective. *Economics of Education Review*, 83(June 2020), 102124.
- Holley, H. U. (2013). *Public finance in theory and practice, second edition*. In *Public Finance in Theory and Practice, Second Edition*.
- Kesehatan, P. A., Dan, P., Pembangunan, J. E., & Ekonomi, F. (2018). Pengaruh Anggaran Kesehatan, Pendidikan Dan Sosial Terhadap Tingkat Kemiskinan Kabupaten Minahasa (Studi Pada Kebijakan Operasi Daerah Selesaikan Kemiskinan). *Jurnal Berkala Ilmiah Efisiensi*, 18(3), 1–12.
- Liu, F., Li, L., Zhang, Y. Q., Ngo, Q. T., & Iqbal, W. (2021). Role of education in poverty reduction: macroeconomic and social determinants form developing economies. *Environmental Science and Pollution Research*.
- Mardiana, M., Militina, T., & Utary, A. R. (2018). Analisis pengaruh pengeluaran pemerintah daerah sektor pendidikan dan kesehatan serta infrastruktur terhadap tingkat pengangguran serta tingkat kemiskinan. *Inovasi*, 13(1), 50.
- Mulyadi, M. (2016). Peran Pemerintah dalam Mengatasi Pengangguran dan Kemiskinan dalam Masyarakat. *Jurnal Kajian*, 22(3), 221–236.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License.