

DAMPAK PROGRAM KELUARGA HARAPAN DAN BANTUAN PANGAN NON TUNAI TERHADAP KESEJAHTERAAN LANSIA DI INDONESIA

Try Kuntarto^{1*}, Muhammad Hanri²

^{1*,2} Fakultas Ekonomi dan Bisnis, Universitas Indonesia, Indonesia

E-mail: ^{1*}try.kuntarto@ui.ac.id; ²muhammadhanri06@ui.ac.id

Abstrak

Penelitian ini bertujuan untuk mengkaji dampak program bantuan sosial lansia khususnya program keluarga harapan (PKH) dan bantuan pangan non tunai (BPNT) terhadap kesejahteraan dengan *proxy* pengeluaran kesehatan lansia di Indonesia. Data yang digunakan adalah data Susenas Maret tahun 2020 dengan menggunakan metode *ordinary least square*. Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa diantara kedua skema bantuan sosial bagi lansia, PKH memiliki pengaruh signifikan yang lebih besar dibanding BPNT. Peneliti juga melakukan uji *robustness* guna melihat pengaruh kedua program pada karakter wilayah dan individu. PKH memiliki nilai signifikan di daerah luar Jawa sedangkan BPNT memiliki nilai signifikan di daerah Jawa. Dari hasil uji karakter individu didapatkan hasil bahwa PKH berpengaruh signifikan pada lansia dengan pendapatan di bawah garis kemiskinan, dengan demikian program tersebut sudah tepat sasaran. Pemerintah perlu mengoptimalkan cakupan dan meningkatkan manfaat PKH dan BPNT melalui pemetaan karakteristik wilayah serta karakter individu melalui optimalisasi interoperabilitas antar data.

Kata kunci: BPNT, lansia, *ordinary least square*, pengeluaran kesehatan, PKH.

Abstract

This study aims to examine the impact of elderly social assistance programs, specifically the Family Hope Program (Program Keluarga Harapan - PKH) and the Non-Cash Food Assistance (Bantuan Pangan Non-Tunai - BPNT), on well-being using the proxy of elderly health expenditures in Indonesia. The data used is from the March 2020 National Socioeconomic Survey (Susenas) and analyzed using the ordinary least squares method. The results of this research show that among the two social assistance schemes for the elderly, PKH has a significantly greater influence compared to BPNT. The researchers also conducted robustness tests to observe the effects of both programs on regional and individual characteristics. PKH shows significant value in areas outside Java, while BPNT shows significant value in the Java region. From the results of the individual characteristics test, it is concluded that PKH significantly impacts the elderly with incomes below the poverty line, thus indicating that the program is effectively targeted.

How to cite:	Try Kuntarto, Muhammad Hanri (2022) Dampak Program Keluarga Harapan dan Bantuan Pangan Non Tunai Terhadap Kesejahteraan Lansia di Indonesia, (7) 09. Doi: 10.36418/syntax-literate.v7i9.13859
E-ISSN:	2548-1398
Published by:	Ridwan Institute

The government needs to optimize the coverage and enhance the benefits of PKH and BPNT by mapping the characteristics of regions and individuals through the optimization of data interoperability.

Keywords: BPNT, elderly, health expenditure, ordinary least square, PKH.

Pendahuluan

Indonesia secara bertahap bergerak menuju negara dengan masyarakat yang menua. Menurut Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) yang dikeluarkan oleh Badan Pusat Statistik (BPS) pada Maret 2020, jumlah penduduk berusia 60 tahun ke atas atau lansia di Indonesia mencapai 26,8 juta orang atau kurang lebih 9,9% dari seluruh total penduduk Indonesia (BPS Maret 2020 dikutip dalam TNP2K, 2020). Angka lansia yang hampir mencapai 10 persen dari total populasi Indonesia menempatkan Indonesia sebagai negara berkembang yang mengalami fenomena *aging population*. Pada umumnya, seseorang yang memasuki masa lansia menjadi kurang produktif sehingga mengalami penurunan bahkan kehilangan pendapatan. Hal ini menyebabkan lansia rentan mengalami kesulitan dalam bidang ekonomi. Data lansia yang tercatat di Data Terpadu Kesejahteraan Sosial (DTKS) milik Kementerian Sosial (Kemensos) tahun 2019, terdapat sebanyak 12,6 juta lansia miskin dan rentan (40 persen Status Sosial Ekonomi terbawah), 10,7 juta lansia di dalam keluarga dan 1,9 juta lansia di luar keluarga (Kemensos.go.id, 2020). Sekitar 80 persen penduduk usia 65 tahun ke atas tinggal di rumah tangga dengan konsumsi per kapita di bawah Rp50.000 per hari dan tidak memiliki jaminan penghasilan, misalnya dana pensiun (BPS, Statistik Kesejahteraan Rakyat *Welfare Statistic* 2018).

Guna menjamin dan meningkatkan kesejahteraan lansia, maka pemerintah mempunyai beberapa program bantuan, contohnya Program Keluarga Harapan (PKH) dan Bantuan Pangan Non Tunai (BPNT). PKH memberikan bantuan tunai setiap bulan kepada keluarga penerima yang telah terdaftar dalam program ini. Bantuan ini dapat digunakan untuk memenuhi kebutuhan dasar, seperti pendidikan, kesehatan, dan gizi. BPNT merupakan program bantuan sosial *in kind* bagi masyarakat berpendapatan rendah, di mana klasifikasi berpendapatan rendah adalah mereka yang termasuk masyarakat miskin dan rentan miskin. Kebijakan Pemerintah terkait bantuan non tunai ini mengarah pada peningkatan karbohidrat, protein, serta asupan gizi lain yang diperlukan dalam kesehatan, sehingga mampu memberikan asupan lebih seimbang bagi masyarakat penerima bantuan dan menambah pilihan serta kendali penerima manfaat (Tim Pengendali Pelaksanaan Penyaluran Bantuan Sosial Secara Non Tunai, 2017 dan Sulaiman, et. al, 2018).

Saat memasuki masa lansia, maka isu yang paling sering muncul adalah kebutuhan terhadap belanja kesehatan, maka lansia selaku individu akan menentukan pilihannya terhadap barang dan jasa terkait kesehatan secara rasional yang mampu memberikan utilitas maksimal (Pindyck & Rubinfeld, 2018). Secara nasional 43,22 persen dari lansia mengalami gangguan kesehatan dan 22,48 persen dari lansia mengalami sakit (BPS, 2021). Mengenai pengeluaran kesehatan ini, dan dapat kita katakan sebagai indikator kesejahteraan lansia, Ernst Engel tahun 1857 mengatakan bahwa terdapat hubungan antara pengeluaran dengan tingkat kesejahteraan dengan asumsi selera tidak berbeda, maka pengeluaran untuk makanan akan menurun dengan meningkatnya pendapatan (Wuryandari, 2015).

Oleh karena itu, untuk lebih menjaga tingkat kesejahteraan lansia terhadap guncangan, khususnya pengeluaran terhadap kesehatan kepada penduduk lansia, bantuan sosial yang memasukan lansia sebagai penerima manfaat merupakan kebijakan penting.

Tinjauan Pustaka

Lansia adalah seseorang yang berusia lebih dari atau sama dengan 60 tahun dan tidak berdaya mencari nafkah sendiri sehingga kebutuhan hidup sehari-hari tidak terpenuhi (Ratnawati, 2017). Lansia sendiri merupakan singkatan dari istilah lanjut usia. Lansia adalah tahap akhir dalam proses kehidupan yang terjadi banyak penurunan dan perubahan secara fisik, psikologi, dan sosial yang masing-masing saling berhubungan satu sama lain, sehingga berpotensi menimbulkan masalah kesehatan jasmani maupun rohani (Cabrera, 2015).

Usia pada lansia memiliki batasan yang berbeda-beda, pada umumnya usia lansia berkisar antara 60 tahun sampai dengan 65 tahun. Menurut *World Health Organization* (WHO) terdapat empat tahap batasan usia lansia adalah sebagai berikut.

- a. Usia pertengahan: 45-59 tahun
- b. Lanjut usia: 60-74 tahun
- c. Lanjut usia tua: 75-90 tahun
- d. Usia sangat tua: diatas 90 tahun.

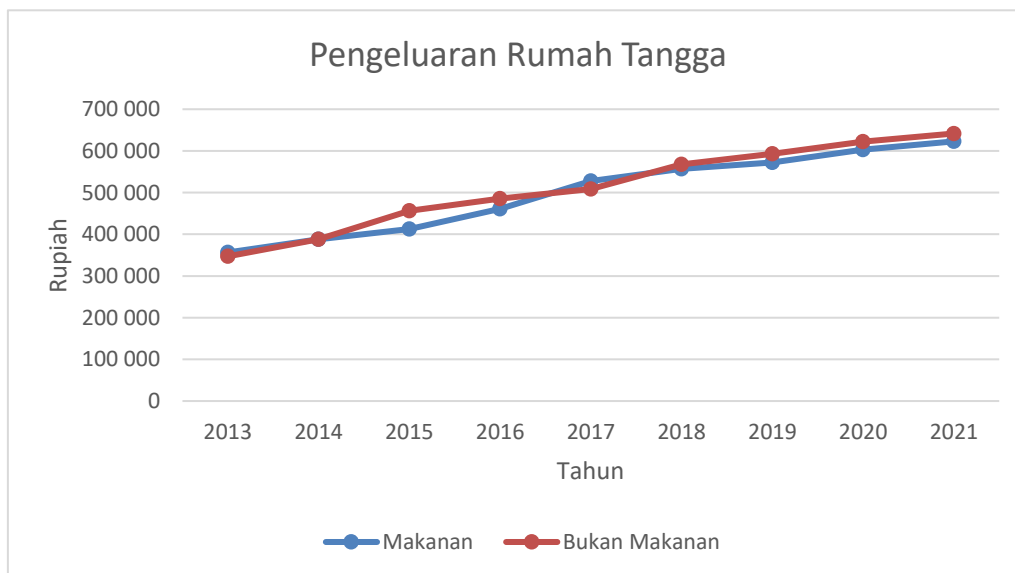
Secara umum gambaran lansia di tingkat nasional dapat kita lihat pada laporan TNP2K beserta SMERU tentang Situasi Lansia di Indonesia dan Aksesnya terhadap Program Perlindungan Sosial, sebagai berikut (The SMERU Research Institute & TNP2K, 2022 dan berbagai sumber):

1. Tingkat kemiskinan lansia (11,1%) lebih tinggi jika dibandingkan dengan tingkat kemiskinan nasional (9,4%). Data lansia yang tercatat di DTKS milik Kemensos pada tahun 2019 terdapat 12,6 juta lansia miskin dan rentan (40% status sosial ekonomi terbawah), 10,7 juta lansia di dalam keluarga dan 1,9 juta lansia di luar keluarga (Kemensos.go.id, 2020). Sekitar 80 persen penduduk usia 65 tahun ke atas tinggal di rumah tangga dengan konsumsi per kapita di bawah Rp50.000 per hari dan tidak memiliki jaminan penghasilan, dana pensiun misalnya (BPS, Statistik Kesejahteraan Rakyat *Welfare Statistic* 2018). Catatan lainnya adalah kurang lebih 11 persen lansia hidup dalam kemiskinan dimana 60 persen lansia miskin tersebut tinggal bersama anggota keluarga (TNP2K, 2020).
2. Setengah dari total lansia di Indonesia masih bekerja. Rasio ketergantungan lansia terhadap penduduk produktif menyentuh angka 15 persen, dengan rincian proporsi lansia yang bekerja lebih banyak laki-laki (64,5%) daripada perempuan (35,5%). Berdasarkan penelitian Affandi (2009) dan Giles (2011), lansia berpendidikan tinggi cenderung memiliki pekerjaan dengan upah lebih baik di usia produktifnya karena tingkat pendidikan menentukan jenis pekerjaan formal dan besaran pendapatan yang mereka terima pada masa produktifnya termasuk juga dengan jaminan hari tua mereka. Penelitian sebelumnya juga memperlihatkan proporsi lansia di Indonesia yang bekerja lebih banyak ditemukan pada kelompok masyarakat yang relatif miskin (Priebe & Howell, 2014).
3. Kondisi fisik, kegiatan, dan psikis semakin menurun karena faktor usia, hal ini meningkatkan risiko gangguan kesehatan dan disabilitas.

- Sebagian besar lansia tinggal dengan anak-cucu, keluarga, atau pasangannya. Lansia yang hidup tanpa anggota keluarga sebanyak 9,4 persen, dari angka tersebut lansia perempuan (13,4%) paling banyak hidup dengan anggota keluarga daripada lansia laki-laki (5%). Lansia yang tinggal sendiri berada pada situasi yang berisiko, oleh karena itu, perlu mendapatkan perhatian khusus karena kemampuan fisik, kondisi kesehatan, dan perubahan mental sosial lansia cenderung menurun, sehingga memerlukan perawatan kesehatan yang efektif dan dukungan sosial yang penting bagi lansia (Osman et al. 2012 dan Kaplan, 2000).

Dengan gambaran kondisi lansia tersebut, kita perlu juga mengetahui pola konsumsi lansia. Mor dan Sethia (2010) yang dikutip TNP2K (2020), menyebutkan bahwa pola konsumsi rumah tangga memberikan gambaran terkait kondisi sosial ekonomi rumah tangga, makin banyak proporsi konsumsi untuk makanan, rumah tangga cenderung termasuk ke dalam kelompok rumah tangga yang kurang sejahtera.

Berikut dibawah ini disajikan tren pengeluaran rumah tangga Indonesia antara tahun 2013 sampai dengan 2021 yang masih banyak alokasi pendapatan untuk belanja makanan sebagaimana grafik 1.



Grafik 1 Pengeluaran Rumah Tangga

Sumber: BPS 2021 yang telah diolah

Grafik pengeluaran rumah tangga di atas memberikan informasi kepada kita bahwa pola konsumsi masyarakat, termasuk lansia, masih banyak mengalokasikan pendapatannya pada konsumsi makanan. Dengan pola yang demikian, maka bantuan sosial dengan bentuk in kind transfer maupun cash transfer menjadi pilihan pemerintah. Namun apakah perbedaan dalam dua skema tersebut efektif, perlu pembahasan lebih lanjut.

Hidrobo, et al. (2013) dan Cunha (2014) menemukan bahwa in kind transfer maupun cash transfer memiliki dampak yang sama terhadap konsumsi makanan dan non makanan. Hidrobo, et. al. (2013) menemukan bahwa konsumsi dari kedua skema tersebut bergantung pada paternalistik konsumsi masyarakat Ecuador bagian utara. Jadi perbedaan dampak di antara jenis transfer menunjukkan bahwa transfer dengan nilai dan frekuensi yang setara digunakan

dengan cara yang berbeda pada makanan. Faktor lainnya mengapa kedua skema tidak berpengaruh adalah tempat membeli/belanja diet penerima bantuan. Pola yang sama juga terjadi pada masyarakat Meksiko, Cunha (2014) menemukan bahwa perbedaan kesempatan/insentif penggunaan bantuan dan pola konsumsi menjadi faktor efek pada konsumsi. Jadi, apabila transfer berada di dalam batas (infra marjinal), maka tidak berdampak pada kenaikan konsumsi, sedangkan apabila transfer diberikan di luar batas yang berlebihan (ekstra marjinal), penerima menerima insentif untuk menjual atau menukarkan barang yang diberikan; dan apabila ekstra marjinal tersebut dikonsumsi, penerima menerima masih memiliki insentif untuk menggantikan dengan makanan serupa yang tidak ditransfer.

Gentilini (2016) dalam penelitian di sepuluh negara berkembang, menyebutkan bahwa secara relatif, skema transfer yang manapun dapat menyebabkan dampak yang beragam dan bercampur bergantung pada berbagai skenario, meskipun dalam working paper World Bank tersebut sempat ditemukan in kind transfer memiliki pengaruh negatif di Srilanka dan Bangladesh, akan tetapi perbedaan hasil disebabkan karena baseline survei di Srilanka dan Bangladesh dilaksanakan seminggu setelah perayaan hari besar Muslim dan Hindu. Aker (2017) dalam penelitian pada program bantuan sosial di Republik Demokratik Kongo, tidak terdapat perbedaan dalam konsumsi makanan atau ukuran kesejahteraan lainnya pada bantuan yang diberikan dalam bentuk in kind transfer maupun cash transfer. Penjelasan mengapa kedua skema bantuan sosial di Kongo tidak berdampak adalah transfer bersifat tidak mengikat; dengan kata lain, rumah tangga yang menerima in kind dengan voucher dapat menjual barang-barang yang mereka beli atau membagikan sebagian barang tersebut dengan rumah tangga lain, sementara rumah tangga yang menerima cash transfer dapat membagikan sebagian dari uang tunai mereka.

Kajian lainnya dilakukan oleh TNP2K (2018), dalam kajian berupa laporan Program Perlindungan Sosial bagi Lansia dan Keterjangkauannya, TNP2K menyampaikan hasil bahwa PKH meningkatkan kesejahteraan penerima manfaat (lansia) dari sisi akses layanan kesehatan, bantuan makanan, dan peningkatan pendapatan. Hasil yang sama juga disampaikan Adioetomo et. al dan TNP2K (2014), hasilnya menunjukkan bahwa penduduk lansia penerima ASLUT, tahun 2018 dilebur dengan PKH, lebih mudah untuk mengakses tambahan makanan, kesehatan, dan pembelian obat-obatan. Temuan dari kedua laporan tersebut pada pokoknya menyatakan bahwa penerima ASLUT utamanya menggunakan pengeluaran untuk memenuhi kebutuhan dasar mereka, dan apabila ada kejadian tidak terduga, penerima bantuan membelanjakan transfer bantuan untuk obat-obatan dan kemudian layanan kesehatan.

Metodologi Penelitian

Unit analisis yang digunakan dalam penelitian ini adalah anggota rumah tangga lansia sesuai dengan definisi lanjut usia dalam Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia, yaitu seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas. Berdasarkan hasil pengolahan data menggunakan data Susenas Maret tahun 2020, terdapat 1.258.328 observasi dimana sebanyak 121.961 adalah lansia yang menjadi unit analisis penelitian ini.

Peneliti memilih pengeluaran kesehatan bagi lansia karena berdasarkan kondisi mereka, kesehatan merupakan salah satu indikator kesejahteraan yang penting, dimana dapat kita lihat dalam berbagai penelitian pada tinjauan pustaka, kesehatan dijadikan indikator kesejahteraan

lansia. Bloom et al. (2011) memasukan masalah kesehatan sebagai salah satu faktor utama yang menjadikan lansia rentan, selain permasalahan ekonomi dan kondisi fisik.

Analisis kuantitatif dalam penelitian ini menggunakan model ekonometrika regresi linier berganda dengan metode OLS serta uji asumsi-asumsi klasik. OLS adalah hubungan secara linier antara dua atau lebih variabel independen X_1, X_2, \dots, X_3 dengan variabel dependen (Y). Penelitian ini akan menggunakan model sebagai berikut:

$$Exp_Kes_{h,t} = \alpha_0 + \alpha_1 PKH_{h,t} + \alpha_2 BPNT_{h,t} + \alpha_3 gender_i + \alpha_4 marital_i + \alpha_5 dik_ka_i + \alpha_6 buruh_ka_h + \alpha_7 lnexpend_{h,t} + \alpha_8 sakit_h + \alpha_9 Bpjskes_{h,t} + \alpha_{10} jampen_{h,t} + \alpha_{11} jht_{ht} + \alpha_{12} jnj + \alpha_{13} deskot + \alpha_{14} bhnl_{h,t} + \alpha_{15} bhndd_{h,t} + \alpha_{16} bhnatp_{h,t} + \varepsilon_{h,t} \dots \dots \dots (1)$$

Adapun penjelasan model di atas pada tabel sebagai berikut:

Tabel 1
Penjelasan Model Regresi

Nama Variabel	Deskripsi	Kode	Skala
Variabel Dependen			
Rasio Belanja Kesehatan Lansia	Jumlah pengeluaran bukan makanan (kesehatan) dibagi dengan total belanja	<i>exp_kes</i>	persen
Variabel Independen			
Karakter Individu			
Jenis kelamin	Jenis kelamin; perempuan atau laki-laki	<i>gender</i>	1 = Perempuan 0 = laki-laki
Status Pernikahan	Menikah atau tidak menikah (cerai hidup/cerai mati)	<i>marital</i>	1 = menikah 0 = tidak menikah
Pendidikan	Jenjang Pendidikan yang pernah diikuti	<i>dik_ka</i>	1 = Sekolah Dasar 0 = > Sekolah Dasar
Status Pekerjaan	kepala keluarga masuk kategori pekerja buruh tani, buruh perkebunan, dan buruh lainnya dengan pendapatan < Rp600.000	<i>buruh_ka</i>	1 = ya 0 = tidak
Pendapatan	Total belanja makanan dan bukan makanan	<i>expend</i>	kontinue
Status Kesehatan	Apakah mempunyai keluhan Kesehatan	<i>sakit</i>	1 = ya 0 = tidak
Karakter Program			
PKH	Menerima PKH dalam setahun terakhir	<i>PKH</i>	1 = ya 0 = tidak
BPNT	Menjadi penerima BPNT	<i>BPNT</i>	1 = ya 0 = tidak

Dampak Program Keluarga Harapan dan Bantuan Pangan Non Tunai Terhadap Kesejahteraan Lansia di Indonesia

Jaminan Kesehatan	Jaminan kesehatan yang dimiliki	<i>bpjskes</i>	1 = PBI 2 = bukan PBI
Jaminan Pensiun	Anggota rumah tangga yang memiliki atau menerima jaminan sosial	<i>jampensiun</i>	1 = ya 0 = tidak
Jaminan Hari Tua	Anggota rumah tangga yang memiliki atau menerima jaminan sosial	<i>jht</i>	1 = ya 0 = tidak
Karakter Geografis			
Wilayah	Jawa dan non Jawa	<i>jnj</i>	1 = non jawa 0 = jawa
Letak	Desa dan Kota	<i>deskot</i>	1 = kota 0 = desa
Karakter Aset			
Lantai	Bahan bangunan utama lantai rumah terluas	<i>bhnll</i>	1=marmet/granit, keramik, parket/vinil/karpet, semen/bata merah; 0=ubin/tegel/teraso, kayu/papan,
Dinding	Bahan bangunan utama dinding rumah terluas	<i>bhndd</i>	1 = tembok 0 = selain tembok
Atap	Bahan bangunan utama atap rumah terluas	<i>bhnatp</i>	1 = beton/genteng/asbes/seng; 0 = bambu/kayu/Jerami/lainnya

Hasil dan Pembahasan

Setelah mengetahui metodologi penelitian dalam tulisan ini, akan terlebih dahulu dipaparkan mengenai statistik deskriptif terlebih dahulu. Jumlah observasi lansia dengan pengeluaran kesehatan dalam penelitian ini sebanyak 115.965 orang. Pada Tabel 3, rata-rata rasio belanja kesehatan lansia per kapita adalah sebesar 2,78 persen dari total belanja lansia, dimana rasio belanja kesehatan maksimal dapat mencapai 90,26 persen.

Tabel 2
Statistik Deskriptif

No.	Nama Variabel	Obs	Mean	Std. Dev	Min	Max	Freq.
I	Variabel dependen						
	Rasio Belanja Kesehatan Lansia	115.965	2,775869	5,877188	0,0016421	90,26093	-

II Variabel Independen							
A. Karakteristik Individu							
1	Gender	121.961	0,5211	0,4995	0	1	52,1%
2	Status Pernikahan	121.961	0,6117	0,4873	0	1	61,2%
3	Status Pekerjaan	121.961	0,2624	0,4399	0	1	26,2%
4	Pendapatan	121.961	14,883	0,7521	12,09212	19,0372	-
5	Status Kesehatan	121.961	3,1109	1,9969	1	5	47,2%
B Karakteristik Program							
1	PKH	121.961	0,1217	0,3269	0	1	12,2%
2	BPNT	121.961	0,1745	0,3795	0	1	17,5%
3	Jaminan Kesehatan	121.961	0,6994	0,4584	0	1	69,9%
4	Jaminan Pensiun	121.961	0,1201	0,3251	0	1	12,0%
5	Jaminan Hari Tua	121.961	0,07272	0,2596	0	1	7,3%
C Karakteristik Geografis							
1	Jawa non Jawa	121.961	0,6066	0,4884	0	1	60,7%
2	Desa Kota	121.961	0,4108	0,4919	0	1	41,1%
D Karakteristik Aset							
1	Lantai	121.961	0,5354	0,2251	0	1	5,4%
2	Dinding	121.961	0,2946	0,4559	0	1	29,5%
3	Atap	121.961	0,5800	0,4935	0	1	58,0%

Sumber: Susenas Maret 2020 telah diolah

Pada karakteristik individu, mayoritas lansia adalah perempuan dengan angka sebanyak 52,1 persen. Kemudian pada status pekerjaan, terdapat 26,2 persen lansia yang tinggal bersama kepala keluarga yang bekerja dengan status buruh dengan pendapatan <Rp600.000. Selanjutnya karakteristik individu lainnya adalah keluhan sakit, terdapat 47,2 persen lansia memiliki keluhan sakit. Angka tersebut tidak berbeda jauh dengan data Susenas 2019, setengah dari lansia mengalami keluhan kesehatan, seperempat dari mereka sakit, dan sisanya berkategori disabilitas. Sedangkan apabila melihat data BPS 2021, BPS menunjukkan 43,22 persen dari lansia secara nasional mengalami gangguan kesehatan dan 22,48 persen sakit.

Kemudian beralih pada variabel dengan karakteristik program, statistik menunjukkan karakter yang cukup menjanjikan pada jaminan kesehatan lansia, terdapat 69,94 persen lansia telah memiliki jaminan kesehatan. Selanjutnya lansia selaku penerima program bantuan sosial, sebanyak 17,5 persen lansia telah mendapatkan program BPNT dan 12,2 persen mendapatkan PKH. Jaminan pendapatan lansia seperti jaminan pensiun dan JHT memiliki proporsi yang tidak jauh berbeda dengan bantuan sosial lainnya. Lansia yang menjadi peserta Jaminan pensiun

sebanyak 12 persen. JHT sebagai jaminan pendapatan bagi lansia memiliki tingkat keterjangkauan paling kecil, yakni 7,3 persen. Hal mana sejalan dengan Priebe & Howell (2014) dan Kidd, et al., (2019) yang menyatakan cakupan jaminan pendapatan lansia berada pada angka 15 persen. Selain itu, karakter keterjangkauan program bagi lansia tersebut sesuai dengan data BPS dimana 50 persen lansia bekerja di sektor informal dan hanya 12 persen lansia memiliki jaminan pensiun (Djamhari et. al, 2020).

Karakter geografis pada umumnya memiliki karakteristik yang berimbang yaitu sebagian besar tinggal di luar pulau Jawa dan di pedesaan. Pada karakteristik aset, mayoritas lansia memiliki bahan rumah yang cenderung tidak permanen seperti atap berbahan kayu dan dinding berbahan selain tembok.

Setelah melihat proporsi masing-masing variabel, peneliti mengolah data Susenas Maret 2020 dengan metode regresi OLS. Adapun hasil regresi OLS sebagaimana tabel 3 di bawah ini.

Tabel 3

Hasil Regresi Dampak PKH dan BPNT Terhadap Pengeluaran Kesehatan Lansia

No.	Nama Variabel	Obs	Kode	Coef.	Std. Dev
1	PKH	115.965	<i>pkh</i>	-0,3272***	0,0650
2	BPNT	115.965	<i>bpnt</i>	-0,2078***	0,0569
3	Status Pekerjaan	115.965	<i>buruh_ka</i>	-0,98***	0,0445
4	Pendapatan	115.965	<i>lnexpend</i>	0,6076***	0,0284
5	Status Kesehatan	115.965	<i>sakit</i>	-0,2553***	0,0085
6	Gender	115.965	<i>gender</i>	0,2431***	0,0371
7	Status Pernikahan	115.965	<i>marital</i>	0,566***	0,0384
8	Jaminan Kesehatan	115.965	<i>bpjskes</i>	0,590***	0,0385
9	Jaminan Pensiun	115.965	<i>jampensiun</i>	0,321***	0,07
10	Jaminan Hari Tua	115.965	<i>jht</i>	-0,363***	0,0851
11	Jawa non Jawa	115.965	<i>jnj</i>	-1,4081***	0,0394
12	Desa Kota	115.965	<i>deskot</i>	0,0044	0,0377
13	Lantai	115.965	<i>bhnll</i>	-0,095	0,0799
14	Dinding	115.965	<i>bhndd</i>	0,0008	0,0440
15	Atap	115.965	<i>bhmatp</i>	0,1695***	0,43

***p<0.01, **p<0.05, *p<0.1

Angka-angka tersebut diinterpretasikan bahwa lansia penerima PKH memiliki pengeluaran lebih rendah sebesar 0,3272 ($P < 0.01$) persen dibandingkan lansia yang tidak menerima PKH. Begitu pula dengan lansia penerima BPNT, penerima memiliki pengeluaran kesehatan lebih rendah sebesar 0,2078 persen ($P < 0.01$) dibandingkan dengan lansia bukan penerima BPNT. Pendapatan berpengaruh positif signifikan terhadap pengeluaran kesehatan lansia sebesar 0,6076 ($P < 0.01$). Jadi apabila pendapatan lansia naik satu satuan, akan meningkatkan pengeluaran kesehatan per kapita lansia sebesar 0,6076 persen.

Hubungan positif signifikan juga terjadi pada karakter individu jenis kelamin. Kepala rumah tangga lansia berjenis kelamin perempuan berpengaruh positif signifikan sebesar 0,2431 ($P < 0.01$) terhadap pengeluaran kesehatan per kapita lansia. Apabila kepala rumah tangga

lansia adalah perempuan, maka pengeluaran kesehatannya lebih tinggi daripada kepala keluarga laki-laki sebesar 0,2431 persen. Karakter individu lainnya dari hasil regresi tersebut adalah status pernikahan. Status pernikahan berpengaruh positif signifikan terhadap pengeluaran kesehatan lansia. Setiap lansia yang memiliki status menikah, maka pengeluaran kesehatan per kapitanya lebih tinggi daripada kepala keluarga yang tidak menikah sebesar 0,566 persen.

Kemudian beranjak pada interpretasi karakteristik program. Program jaminan pensiun dan jaminan kesehatan memiliki pengaruh positif signifikan terhadap belanja kesehatan lansia ($P < 0.01$). Apabila lansia menjadi peserta jaminan kesehatan dan jaminan pensiun, maka pengeluaran kesehatan per kapita lansia berturut-turut lebih tinggi daripada lansia yang tidak menjadi peserta kedua jaminan sosial tersebut sebesar 0,59 persen dan 0,321 persen. Melihat angka di samping, kepesertaan pada jaminan kesehatan memiliki nilai koefisien lebih besar terhadap pengeluaran kesehatan lansia dibanding kepesertaan pada jaminan pensiun.

Karakteristik wilayah memiliki hasil dimana daerah di luar pulau jawa berpengaruh negatif signifikan terhadap pengeluaran kesehatan per kapita lansia. Adapun koefisien wilayah di luar pulau jawa terhadap belanja kesehatan sebesar 1,4081 ($P < 0.01$). Sehingga dapat dikatakan lansia yang tinggal di wilayah luar pulau jawa pengeluaran kesehatan lansia per kapitanya lebih rendah daripada lansia di wilayah pulau jawa.

Rumah dengan bahan atap permanen, misalnya genteng, seng, dan beton, merupakan satu-satunya karakteristik kepemilikan aset yang berpengaruh positif signifikan terhadap pengeluaran kesehatan lansia, dengan koefisien 0,1695 dengan tingkat keyakinan 99%.

Model ini telah dilakukan uji F dengan angka 0,000, dengan kata lain nilai $F < 0,05$, maka semua variabel independen secara simultan mempunyai pengaruh yang signifikan pada variabel dependen. Peneliti juga melakukan uji multikolinearitas pada model regresi guna mengetahui apakah model regresi terdapat korelasi antar variabel independen. Tabel 5 menunjukkan nilai $VIF < 10$, maka dapat disimpulkan tidak terjadi korelasi diantara variabel independen dalam model regresi ini. Adapun tabel pengujian sebagai berikut:

Tabel 4
Uji multikolinearitas

No.	Kode	VIF	1/VIF
1	<i>pkh</i>	1,59	0.627853
2	<i>bpnt</i>	1,65	0.605346
3	<i>buruh_ka</i>	1,35	0.743491
4	<i>lnexpend</i>	1,6	0.625992
5	<i>sakit</i>	1,02	0.985165
6	<i>gender</i>	1,21	0.829494
7	<i>marital</i>	1,22	0.816968
8	<i>bpjskes</i>	1,09	0.917939
9	<i>jampensiun</i>	1,82	0.549622
10	<i>jht</i>	1,72	0.580751
11	<i>jnj</i>	1,31	0.76357
12	<i>deskot</i>	1,21	0.827446
13	<i>bhnll</i>	1,13	0.886553

14	<i>bhndd</i>	1,40	0.711984
15	<i>bhnatp</i>	1,58	0.632598
<i>Mean VIF</i>		1,39	

***p<0.01, **p<0.05, *p<0.1

Hasil pengolahan melalui OLS pada Stata mengeluarkan angka heteroskedastisitas yang dilakukan dengan Breusch-Pagan/Cook-Weisberg *test*. Pengujian heteroskedastisitas stata menghasilkan dimana > 0,05, maka tidak terjadi heteroskedastisitas pada model ini.

Peneliti melakukan uji *robustness* guna memberikan hasil yang lebih *robust* melalui regresi kembali pada variabel pada karakter wilayah dan karakter individu guna melihat perubahan signifikansi PKH dan BPNT terhadap pengeluaran kesehatan lansia. Karakter wilayah yang di uji adalah Jawa-non Jawa dan Desa-Kota. Tabel 5 menunjukkan hasil *Robustness* dimaksud:

Tabel 5
Hasil *Robustness* Wilayah

No.	Variabel	Variabel Karakteristik Geografis			
		Non Jawa	Jawa	Kota	Desa
1	PKH	-0,4323*** (0,0731)	-0,1888 (0,119)	-0,146 (0,1324)	-0,469*** (0,0719)
2	BPNT	-0,0062 (0,0667)	-0,4642*** (0,099)	-0,1808 (0,1105)	0,1218* (0,063)

***p<0.01, **p<0.05, *p<0.1

Karakter individu yang di uji guna melihat perubahan signifikansi PKH dan BPNT terhadap pengeluaran kesehatan lansia adalah miskin dan tidak miskin dengan menggunakan garis kemiskinan kabupaten/kota tahun 2020 yang didapatkan dari situs BPS. Tabel 6 menunjukkan hasil *Robustness* dimaksud:

Tabel 6
Hasil *Robustness* Garis Kemiskinan

No.	Variabel	Karakter	
		Di bawah GK	Di atas GK
1	PKH	-0,22** (0,877)	-0,438*** (0,073)
2	BPNT	-0,022 (0,815)	-0,025 (0,0631)

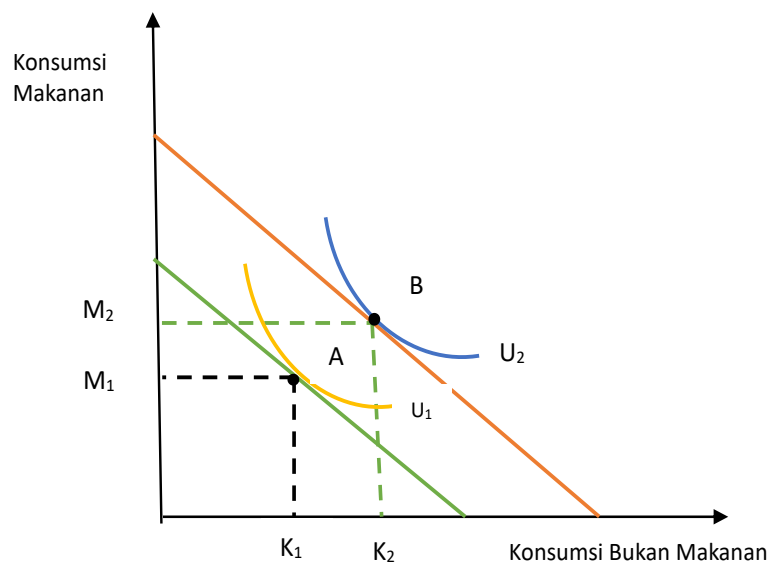
***p<0.01, **p<0.05, *p<0.1

Hasil pengolahan memperlihatkan bahwa PKH memiliki *magnitude* yang lebih besar dibandingkan dengan BPNT. PKH memiliki pengaruh negatif signifikan sebesar 0,3272 dengan tingkat keyakinan 99% ($P < 0.01$) terhadap pengeluaran kesehatan, sedangkan BPNT memiliki pengaruh negatif signifikan sebesar 0,2078 dengan tingkat keyakinan 99% ($P < 0.01$) terhadap

pengeluaran kesehatan. Jadi, kedua angka pada program bantuan sosial tersebut dapat kita interpretasikan, bahwa lansia penerima bantuan memiliki pengeluaran kesehatan per kapita yang lebih rendah dibandingkan lansia bukan penerima bantuan.

PKH memiliki signifikansi lebih besar daripada BPNT karena skema PKH yang berupa cash transfer akan memberikan lansia fleksibilitas lebih besar terhadap pilihan konsumsinya. Lansia selaku individu yang rasional akan memilih barang dan/atau jasa yang dapat memberikan utilitas maksimal baginya (Pindyck & Rubinfeld, 2018). Menurut Mankiw (2000) yang dikutip Wuryandari (2011), perilaku konsumsi berasal dari argumentasi maksimisasi utilitas dengan budget *constraint*, artinya belanja kombinasi berbagai barang terbatas pada pendapatannya dan harga barang-barang. Lansia akan memilih titik pada batas garis anggaran yang terletak pada kurva indifferen yang tinggi, yaitu titik kurva di mana merupakan gambaran preferensi pada berbagai kombinasi belanja yang dipilih pada tingkat harga tertentu.

Lebih lanjut, tingkat dan pola konsumsi tidak hanya dipengaruhi oleh peningkatan pendapatan tetapi juga dipengaruhi oleh perubahan harga, selera yang berbeda dari waktu ke waktu perubahan taraf hidup serta ketersediaan produk-produk baru. Faktor-faktor multikausal seperti perubahan demografi, komposisi jenis kelamin, lokasi, pekerjaan dan perubahan distribusi lainnya turut mempengaruhi perilaku konsumsi (Wuryandari, 2011; Hidrobo, et. al. 2013; Cunha, 2014; Gentilini, 2016; dan Aker, 2017). Peneliti akan gambarkan penjelasan dan asumsi di atas, *ceteris paribus*, dengan gambar 1 di bawah ini.



Gambar 1. Kurva Indeferen

Sumber: Pindyck & Rubinfeld, 2018 yang diolah kembali

Sebelum mendapatkan PKH, lansia memiliki keterbatasan alokasi pendapatan, maka kepuasan maksimal berada pada titik A. Setelah mendapatkan PKH, maka terjadi peningkatan pendapatan dan *budget line* bergeser ke arah kanan, sehingga *indifference curve* bergerak dari U_1 ke U_2 dengan titik utilitas berubah menjadi di titik B. Konsumsi barang dan/atau jasa yang dipilih bergantung pada faktor-faktor multikausal seperti dijelaskan pada paragraf sebelumnya, *ceteris paribus*.

Berdasarkan uji *robustness*, hasil estimasi model di wilayah luar Jawa, para lansia yang memiliki PKH dan BPNT (BPNT tidak signifikan) diketahui memiliki pengeluaran kesehatan

yang lebih rendah dibandingkan lansia yang tidak masuk pada kelompok penerima program bantuan sosial tersebut. Jadi lansia di luar Jawa dan bukan penerima PKH memiliki pengeluaran kesehatan 0,43 persen lebih tinggi. Pola *magnitude* variabel independen PKH dan BPNT bersifat negatif terhadap variabel pengeluaran kesehatan juga terjadi di wilayah pulau Jawa. Koefisien wilayah non Jawa signifikansi variabel PKH lebih kecil daripada BPNT wilayah Jawa (PKH < BPNT) dengan tingkat keyakinan 99%.

Pada wilayah pedesaan, signifikansi PKH dan BPNT menghasilkan nilai pengaruh dengan tingkat keyakinan yang berbeda dan sifat yang berbeda. Hal ini bisa diartikan bahwa peran PKH memiliki peran yang lebih besar pada masyarakat, dalam hal ini lansia yang, berciri urban dibandingkan pada masyarakat pedesaan. Sementara sebaliknya BPNT memiliki pengaruh yang lebih besar pada masyarakat pedesaan dibandingkan masyarakat urban. Pola ini makin dipertegas dari hasil estimasi model pada masing-masing daerah perkotaan dan pedesaan pada tabel 5 di atas.

Perbedaan pola pemanfaatan dan dari PKH dan BPNT di kota dan desa dapat dimaklumi jika kita melihat pola konsumsi makanan dan bukan makanan antara kedua karakteristik geografis tersebut. Data Susenas tahun 2020 menunjukkan keluarga di pedesaan lebih banyak mengalokasikan pengeluaran per bulannya untuk kebutuhannya primer atau makanan sekitar 56,4%, sementara keluarga perkotaan hanya sebesar 47%. Akibatnya berbagai jenis bantuan, terutama yang sifatnya tunai, akan mengikuti pola konsumsi tersebut. Hal ini tentunya menjadi catatan kebijakan terkait pola penyaluran yang diinginkan dari masing-masing program. Perbedaan *magnitude* pengaruh bantuan sosial *cash transfer* dan *in kind* pada karakteristik geografis sejalan dengan penelitian Wuryandari (2015) yang menyebutkan daerah tempat tinggal berpengaruh secara konsisten terhadap proporsi pengeluaran makanan, total pengeluaran pendidikan, dan total pengeluaran kesehatan.

Selanjutnya adalah pengaruh garis kemiskinan terhadap belanja kesehatan lansia. PKH memiliki pengaruh negatif signifikan terhadap belanja kesehatan lansia yang pendapatannya di atas maupun di bawah garis kemiskinan, sedangkan BPNT tidak berpengaruh signifikan. Pengaruh PKH lebih besar bagi lansia di bawah garis kemiskinan, dengan nilai 0,2 ($P < 0.05$). Besarnya *magnitude* PKH bagi lansia di bawah garis kemiskinan mengindikasikan implementasi penyaluran bantuan sosial sudah tepat.

Kesimpulan

Koefisien yang bersifat negatif menunjukkan bahwa kedua program belum memberikan dampak kesejahteraan kepada lansia dalam hal ini perilaku lansia pada pengeluaran kesehatan. Terdapat pengaruh yang beragam pada variabel geografis yakni wilayah Jawa dan luar Jawa. PKH memiliki koefisien signifikansi lebih rendah terhadap pengeluaran kesehatan lansia di wilayah daerah luar Jawa {0,4323 ($P < 0.01$)} sedangkan BPNT memiliki signifikansi lebih rendah di daerah Jawa {0,4642 ($P < 0.01$)}, keduanya berhubungan negatif terhadap pengeluaran kesehatan. Sedangkan di pedesaan, kedua program berpengaruh signifikan pada pengeluaran kesehatan lansia dengan sifat yang berbeda yakni PKH berhubungan negatif sedangkan BPNT berhubungan positif dengan pengeluaran kesehatan. Perbedaan pola pemanfaatan PKH dan BPNT di kota dan desa dapat dimaklumi jika kita melihat pola konsumsi makanan dan bukan makanan antara kedua karakteristik geografis tersebut. Bahwa pengaruh PKH lebih tinggi bagi lansia di bawah garis kemiskinan, dengan koefisien 0,2 ($P < 0.05$).

Besarnya *magnitude* PKH bagi lansia di bawah garis kemiskinan mengindikasikan implementasi penyaluran bantuan sosial sudah tepat.

Dari hasil penelitian ini, ditemukan bahwa PKH memiliki pengaruh signifikan terhadap pengeluaran kesehatan lansia. Selain itu, baik PKH dan BPNT memiliki karakteristik wilayah dimana masing-masing berdampak signifikan, PKH berpengaruh signifikan di wilayah luar jawa, sedangkan BPNT berpengaruh signifikan di Jawa. Oleh karena itu, dalam rangka meningkatkan dampak program bantuan, maka rekomendasi kebijakan pemerintah, secara bertahap, pemerintah dapat meningkatkan besaran manfaat bantuan yang diberikan dan cakupan penerima.

Pemerintah perlu melakukan pemetaan terhadap karakteristik wilayah agar mengatasi perbedaan signifikansi pengaruh dan sifat program bantuan sosial terhadap kesejahteraan lansia karena adanya karakteristik wilayah jawa dan daerah luar jawa serta di pedesaan dan perkotaan terhadap konsumsi kesehatan. Pemetaan diharapkan mampu meningkatkan kesejahteraan lansia sesuai pola konsumsinya

BIBLIOGRAFI

- Adioetomo, S.M, Howell F., Mcpherson, A., Priebe. (2014). Social Assistance For The Elderly: The Role Of The Asistensi Sosial Lanjut Usia Terlantar Programme In Fighting Old Age Poverty. TNP2K Working Paper 14- 2014.
- Adisa, O. (2019). Why Are some Older Persons Economically Vulnerable and Others Not? The Role of Socio-Demographic Factors and Economic Resources in the Nigerian Context. *Ageing International* 44: 202–222. <https://doi.org/10.1007/s12126-019-09348-8>.
- Affandi, M. (2009). Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Penduduk Lanjut Usia Memilih Untuk Bekerja. (Factors That Influence Elderly Citizens to Choose to Work. *Journal of Indonesian Applied Economics*: 99-110. <<https://jiae.ub.ac.id/index.php/jiae/article/view/131>>.
- Aguila E., Kapteyn, A., Tassot, C. (2017). Designing Cash Transfer Programs for an Older Population: The Mexican Case. *J Econ Ageing*. doi:10.1016/j.jeoa.2016.09.001.
- Aker, J. C. (2017). Comparing cash and voucher transfers in a humanitarian context: Evidence from the Democratic Republic of Congo. *World Bank Economic Review*. <https://doi.org/10.1093/wber/lhv055>.
- Amantha, G. and Rahmaini, P. 2021. Efektivitas Kebijakan Pemerintah Terhadap Kesejahteraan Lanjut Usia (Lansia) Provinsi Lampung Tahun 2020. *Jurnal Dinamika*. 1, 1 (Apr. 2021), 1-5. DOI:<https://doi.org/10.54895/dinamika.v1i1.766>.
- Anjela, R. (2019). Efektivitas Bantuan Dana Tunai Program PKH Dalam Pemberdayaan Masyarakat Miskin Di Desa Kualu Kecamatan Tambang Kabupaten Kampar. (*Doctoral dissertation, Universitas Islam Negeri Sultan Syarif Kasim Riau*). Kampar.
- BPS. (2018). Statistik Kesejahteraan Rakyat Welfare Statistic 2018. Jakarta: Badan Pusat Statistik Indonesia.
- BPS. (2020). Statistik Penduduk Lanjut Usia 2020. Jakarta: Badan Pusat Statistik.
- Cabrera, A. J. (2015). Theoris Of Human Aging Of Molecules To Society. *MOJ Immunology*, Vol. 2. No. 2, 41.
- Cunha, J. M. (2014). Testing paternalism: Cash versus in-kind transfers. *American Economic Journal: Applied Economics*, 6(2). <https://doi.org/10.1257/app.6.2.195>.
- Dewanti, Ajeng Kusuma. (2012). Implementasi Kebijakan Program Keluarga Harapan Di Kecamatan Gedang Sari Kabupaten Gunung Kidul.

<http://ojs.unud.ac.id/index.php/input/article/download/3191/2288>. (Diakses pada 20 Februari 2022).

- Djamhari E.A, Ramdlaningrum H, Layyinah A, Chrisnahutama A dan Prasetya D. (2020). Laporan Riset Kondisi Kesejahteraan Lansia dan Perlindungan Sosial Lansia di Indonesia. Perkumpulan Prakarsa, Jakarta Selatan.
- Doocy, Shanon, et. al. (2020) Cash and Voucher Assistance and Children's Nutrition Status In Somalia. *Maternal & Child Nutrition*. doi: 10.1111/mcn.12966.
- Gentilini, U. (2016). The Revival of the “Cash versus Food” Debate: New Evidence for an Old Quandary? In The Revival of the “Cash versus Food” Debate: New Evidence for an Old Quandary?. <https://doi.org/10.1596/1813-9450-7584>.
- Ginting, L.A.U., W. Puji Mulyani, and L. Muta'ali. (2019). Pemetaan Lansia di Indonesia Ditinjau dari Karakteristik Sosial, Ekonomi, dan Status Kesehatan. (Mapping of Elderly in Indonesia, Observed from Social, Economic, and Health Status Characteristics.) Jakarta: Ministry of Social Affairs. <https://doi.org/10.33007/inf.v5i1.1664>.
- Gultom, H., Kindangen, P. Kindangen, dan George, M.V. (2020). Analisis Pengaruh Program Bantuan Pangan Non Tunai (Bpnt) Dan Program Keluarga Harapan (PKH) Terhadap Kemiskinan Di Kabupaten Minahasa Tenggara. *Pembangunan Ekonomi dan Keuangan Daerah*. Vol.21No.1(2020).
- Guo & Fraser. (2010). *Prosperity Score Analysis: Statistical Methods and Applications*. Thousand Oaks: CASage.
- Handayani, S. (2020). Bantuan Sosial bagi Warga Lanjut Usia di Masa Pandemi. *Journal of Social Development Studies*, 1(2), 61-75. <https://doi.org/10.22146/jsds.657>.
- Hasna, N. M., Nugraha, N., & Mustikarini, I. D. (2020). Analisis Dampak Pemberian Bantuan Program Keluarga Harapan (PKH) terhadap Kesejahteraan Masyarakat. *Citizenship Jurnal Pancasila Dan Kewarganegaraan*. 7(2), 108– 116.
- Hastuti, P. (2018). Desentralisasi fiskal dan stabilitas politik dalam kerangka pelaksanaan otonomi daerah di indonesia. *Simposium Nasional Keuangan Negara*, 785 787
- Heckman, J., Ichimura, H., Smith, J., & Todd, P. (1998). Characterizing Selection Bias Using Experimental Data. *Econometrica*, 66 (5). <https://doi.org/10.2307/2999630>
- Hidayatullah. A.N. (2019). Peningkatan Kualitas Hidup Keluarga Penerima Manfaat dalam Kajian Program Keluarga Harapan: Tinjauan Empirik Dampak Kesejahteraan dan Kualitas Hidup Penerima Manfaat. *Media Informasi Penelitian Kesejahteraan Sosial*. Vol. 43. No. 2. Agustus 2019. Hlm 97-116.

- Hidrobo, M., Hoddinott, J., Peterman, A., Margolies, A., & Moreira, V. (2013). Cash, food, or vouchers? Evidence from a randomized experiment in northern Ecuador. *Journal of Development Economics*. <https://doi.org/10.1016/j.jdeveco.2013.11.009>.
- Istriawati, Nina. (2021). Dampak Program Bantuan Pangan Non Tunai (BPNT) terhadap Konsumsi Makanan dan Rokok pada Rumah Tangga Miskin di Indonesia. (Tesis Magister, Universitas Indonesia).
- Kementerian Sosial Republik Indonesia. (2020). Kebijakan dan Program Rehabilitasi Sosial Lanjut Usia Tahun 2021. Jakarta: Direktorat Rehabilitasi Sosial Lanjut Usia
- Khandker, S. R., Koolwal, G.B., & Hussain A.S. (2010). Handbook on Impact Evaluation: Quantitative Methods and Practices. The World Bank
- Kidd, S., B. Gelders, S.K. Rahayu, D. Larasati, and M. Siyaranamual. (2018). Briefing paper: Implementing Social Protection for the Elderly in Indonesia. <https://socialprotection.org/es/discover/publications/briefing-paperimplementing-social-protection-elderly-indonesia>
- Kuntjoro, Z.S. (2007). Masalah Kesehatan Jiwa Lansia. Diakses pada tanggal 10 Januari 2022 dari <http://www.epsikologi.com/usia/160402>
- Lestari, R. W., & Talkah, A. (2020). Analisis Pengaruh Bantuan Sosial PKH Terhadap Kesejahteraan Masyarakat PKH Di Kecamatan Panggungrejo Kabupaten Blitar. Revitalisasi: *Jurnal Ilmu Manajemen*.
- Luthfi, Niar Afdhal. (2022). Apakah Pemberian Bansos Lansia Pemda Mendorong Lansia Untuk Lebih Peduli Terhadap Kesehatannya: Studi Kasus Belanja Kesehatan *Out-Of-Pocket* Lansia Miskin Di Indonesia. (Tesis Magister, Universitas Indonesia).
- MAHKOTA and TNP2K. (2020). Terms of Reference (TOR) Study of Elderly Grants Programs.
- Nadhifah, Lilik Rodhiatun dan Mustofa, Nur Huri. (2021). Pengaruh PKH dan BPNT terhadap Kemiskinan dengan Pertumbuhan Ekonomi Sebagai Variabel Moderasi. *Journal of Islamic Economics and Banking*. DOI 10.31000/almaal.v3i1.4510.
- National, G., & Pillars, H. (2020). Keperawatan Gerontik. Bahan Ajar Cetak Keperawatan Gerontik, 22(1), 1–13.
- OECD. (2013). *OECD Guidelines on Measuring Subjective Well-Being*. OECD. www.oecd.org/measuringprogress.

Try Kuntarto, Muhammad Hanri

Pindyck, R. S., & Rubinfeld, D. L. (2018). *Microeconomics Ninth Edition*.

Pramisita A.A D dan Utama M.S, (2020), Efektivitas dan pengaruh Bansos terhadap Tingkat Pemenuhan Kebutuhan Dasar Penduduk Lansia Kecamatan Mengwi Kabupaten Badung. *E-jurnal EP Unud*. Vol 9. No. 4. 780-809.

Priebe, J., and F. Howell. (2014). Old-Age Poverty In Indonesia: Empirical Evidence and Policy Options: A Role for Social Pensions. TNP2K Working Paper 07.

Ratnawati, Emmelia. (2017). *Keperawatan Komunitas*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.

Rosenbaum, P. R., & Rubin, D. B. (1983). The Central Role of the Propensity Score in Observational Studies for Causal Effects. *Biometrika*. 70(1). <https://doi.org/10.2307/2335942>.

Roy, A. D. (1951). Some Thoughts on the Distribution of Earnings. *Oxford Economic Papers*. 3 (2). <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.oep.a041827>.

Rubin, D. B. (1974). Estimating causal effects of treatments in randomized and nonrandomized studies. *Journal of Educational Psychology*. 66(5). <https://doi.org/10.1037/h0037350>.

Setyawardani, D. T. R., Paat, C. J., & Lesawengen, L. (2020). Dampak bantuan PKH terhadap masyarakat miskin di kelurahan Bumi Nyiur kecamatan Wanea Kota Manado. *Journal of Social and Culture*. HOLISTIK.

Suardiman, S. (2011). *Psikologi Usia Lanjut*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.

Tanaya AA. Raka Riani dan Yasa Wayan Murjana. (2015). Kesejahteraan Lansia dan beberapa faktor yang mempengaruhi di Desa Dangin Puri Kauh. *Jurnal Kependudukan dan Pengembangan Sumber Daya Manusia*. Bali.

Tim Pengendali Pelaksanaan Penyaluran Bantuan Sosial Secara Non Tunai, Pedoman Pelaksanaan Bantuan Pangan Non Tunai (TNP2K: 2017).

TNP2K, Australian, G., & SMERU. (2020). Situasi Lansia di Indonesia dan Akses terhadap Program Perlindungan Sosial: Analisis Data Sekunder.

TNP2K, Australian, G., & SMERU. (2022). Situasi dan Akses Lansia Terhadap Program Perlindungan Sosial: Studi Kualitatif di DKI Jakarta, DI Yogyakarta, dan Bali.

Wuryandari, R.D. (2015). Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pengeluaran Makanan, Pendidikan, dan Kesehatan Rumah Tangga Indonesia (Analisis Data Susenas 2011). *Jurnal Kependudukan Indonesia* 10 (1): 27.

Copyright holder:

Try Kuntarto, Muhammad Hanri (2022)

First publication right:

Syntax Literate: Jurnal Ilmiah Indonesia

This article is licensed under:

