

# MENGEMBANGKAN KRITERIA KELUARGA MISKIN DALAM PENYELENGGARAAN JAMINAN PEMELIHARAAN KESEHATAN BAGI MASYARAKAT MISKIN

Ristrini\*

## ABSTRACT

*To assure the poor family's health, since 1997 the Government had implemented program series to overcome, from Social Safety Aids in Health Sector or Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPS-BK) to Health Maintenance Insurance for Poor People or Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin (JPK-MM) that operating in the year 2005. One weakness of the programs for the poor was inaccurate of target group data, either on determination or criteria for the poors.*

*This article aims to review the meaning of poverty, studies on determining the poverty criteria, and developing criteria on poor family especially for the implementation of Health Maintenance Guarantee for Poor People (JPK-MM). The criteria for poverty should include some major aspects such as politics, economics and social of health to achieve the and these valid, reliable, and accessible data. Therefore, it is necessary to determine target on poor families with the criteria that have been approved so that all of the people get benefits of the program.*

**Key words:** insurance, poor family, criteria\*

## PENDAHULUAN

Kesehatan seringkali merupakan aset satu-satunya bagi keluarga miskin. Bila jatuh sakit, keluarga miskin kehilangan daya untuk kelangsungan kehidupan keluarganya dan akan menjadi bertambah miskin. Hal ini diperparah dengan meningkatnya biaya pelayanan kesehatan sehingga makin sulit dijangkau keluarga miskin (Suyono, Haryono, 1996).

Untuk melindungi kesehatan keluarga miskin, terutama sejak krisis moneter 1997, pemerintah menjalankan serangkaian program penanggulangan. Program yang pertama dijalankan adalah Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPS-BK) yang bersumber dari pinjaman Bank Pembangunan Asia untuk pelayanan kesehatan dasar keluarga miskin (gakin), dan berlangsung tahun 1998–2002. Disusul kemudian dengan Program Penanggulangan Dampak Pengurangan Subsidi Energi Bidang Kesehatan (PDPSE-BK) untuk pelayanan rujukan/RS bagi gakin tahun 2001–2002. Pada tahun 2003, pelayanan kesehatan gakin, baik dasar maupun rujukan menjadi

Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak Bidang Kesehatan (PKPS-BBM Bidkes) (Departemen Kesehatan RI, 2003). Pada tahun 2003 dengan SK Menteri Kesehatan No. 781/Menkes/SK/VI/2003 telah ditetapkan model penyelenggaraan pelayanan kesehatan gakin dengan prinsip asuransi/jaminan kesehatan, sebagai suatu kebijakan menyongsong Sistem Jaminan Sosial Nasional yang disebut sebagai program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Keluarga Miskin (JPK Gakin) dengan pengelolaan oleh Badan/Satuan Pelaksana (Bapel/Satpel) JPK Gakin. Pada tahun 2005 dengan Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 56/Menkes/SK/I/2005 mencabut SK Menterei Kesehatan No. 781 dan menyerahkan pengelolaan pemeliharaan kesehatan gakin kepada PT Askes dalam bentuk Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin (JPK-MM).

Dari fakta di lapangan menunjukkan bahwa program tersebut diragukan akan sampai ke kelompok sasaran sesuai harapan. Pada dasarnya, keraguan itu berkaitan

\* Pusat Penelitian dan Pengembangan Sistem dan Kebijakan Kesehatan Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan - Departemen Kesehatan R.I.

dengan kekurangakuratan data kelompok sasaran baik penetapan maupun kriteria yang digunakan. Kriteria keluarga miskin inilah yang harus terus dibenahi, mengingat masih banyaknya keluarga miskin yang tidak memperoleh kesempatan memperoleh layanan kesehatan gratis dalam program ini.

## PENGERTIAN KEMISKINAN

Kemiskinan bukan saja berurusan dengan persoalan ekonomi tetapi bersifat multidimensional. Karena sifat multidimensional tersebut maka kemiskinan tidak hanya berurusan dengan kesejahteraan sosial (*social well-being*) (Suyono, Hsaryono, 1996).

Chambers mengemukakan bahwa inti masalah kemiskinan terletak pada apa yang disebut sebagai '*deprivation trap*' atau jebakan kekurangan, yang terdiri dari lima ketidakberuntungan yang melilit kehidupan keluarga miskin, meliputi (1) kemiskinan itu sendiri, (2) kelemahan fisik, (3) keterasingan, (4) kerentanan, dan (5) ketidakberdayaan. Dari lima jenis ketidakberuntungan ini, Chambers menganjurkan agar dua jenis ketidakberuntungan yang dihadapi keluarga miskin diperhatikan yaitu kerentanan dan ketidakberdayaan, karena kedua jenis ini sering menjadi sebab keluarga miskin menjadi lebih miskin lagi (Chambers, Robert, 1983).

Dimensi kemiskinan dapat diidentifikasi menurut ekonomi, sosial, dan politik (Ellis GFR, 1984). Secara ekonomi atau material, kemiskinan dapat diartikan sebagai kekurangan sumber daya yang dapat digunakan untuk meningkatkan kesejahteraan sekelompok orang, baik finansial maupun semua jenis kekayaan (*wealth*) yang dapat meningkatkan kesejahteraan masyarakat. Bila pendapatan seseorang atau keluarga tidak memenuhi kebutuhan pokok minimumnya seperti pangan, sandang, papan, kesehatan, dan pendidikan maka orang atau keluarga itu dapat dikategorikan miskin. Dimensi ini dapat diukur dalam rupiah meskipun harganya akan selalu berubah-ubah setiap tahunnya tergantung dari tingkat inflasi rupiah itu sendiri. Tingkat pendapatan atau kebutuhan minimum merupakan garis batas antara miskin dan tidak miskin.

Garis pembatas antara miskin dan tidak miskin disebut garis kemiskinan. Cara demikian disebut dengan pengukuran kemiskinan absolut. Kemiskinan

relatif adalah tidak tercapainya kebutuhan dasar manusia sesuai kebutuhan saat itu, artinya bila dibandingkan dengan kebutuhan masyarakat (pendidikan, kesehatan dll) pada saat itu masih rendah atau di bawah kebutuhan fisik minimum, maka orang atau keluarga itu tergolong miskin. Kemiskinan jenis ini dikatakan relatif karena lebih berkaitan dengan distribusi pendapatan antar lapisan sosial masyarakat (Nugroho, Heru, 1995).

Kemiskinan sosial dapat diartikan sebagai kekurangan jaringan sosial dan struktur yang mendukung untuk mendapatkan kesempatan-kesempatan agar produktivitas seseorang meningkat. Kemiskinan sosial adalah kemiskinan yang disebabkan oleh adanya faktor-faktor penghambat sehingga mencegah dan menghalangi seseorang untuk memanfaatkan kesempatan-kesempatan yang tersedia. Faktor penghambat dibedakan menjadi dua, pertama faktor yang datang dari luar kemampuan seseorang, misalnya birokrasi atau peraturan resmi yang dapat mencegah seseorang memanfaatkan kesempatan yang ada. Kemiskinan tipe ini disebut pula sebagai kemiskinan struktural. Kedua, faktor penghambat yang datang dari dalam diri seseorang atau sekelompok orang, misalnya rendahnya tingkat pendidikan atau karena hambatan budaya.

Kemiskinan politik menekankan pada derajat akses terhadap kekuasaan (*power*), yang mencakup tatanan sistem sosial (politik) yang dapat menentukan alokasi sumber daya untuk kepentingan sekelompok orang atau tatanan sistem sosial yang menentukan alokasi penggunaan sumber daya (Ellis GFR, 1984). Kemiskinan politik merupakan gejala yang secara tidak langsung dapat berpengaruh pada pengembangan kreativitas manusia dan masyarakat yang pada gilirannya berpengaruh pada kualitas manusia (Effendi, Tadjudin Noer, 1993).

## BERBAGAI STUDI TENTANG KRITERIA MISKIN

Saat ini terdapat banyak cara pengukuran kemiskinan dengan standar yang berbeda-beda. Operasionalisasi dari pengukuran kemiskinan absolut masih dalam perdebatan. Bank Dunia menetapkan bahwa garis batas kemiskinan adalah US\$ 75 dan US\$ 125 per kapita per tahun masing-masing untuk daerah pedesaan dan perkotaan. Perbedaan garis batas antara kota dan desa ini berkaitan erat dengan

perbedaan tingkat biaya hidup di antara kedua wilayah itu. Untuk Indonesia, garis kemiskinan untuk pedesaan US\$ 84 dan US\$ 130 untuk perkotaan.

Prof. Sajogyo menggunakan perhitungan standar kebutuhan pokok berdasarkan atas kebutuhan beras dan gizi. Ada tiga golongan orang miskin, yaitu golongan paling miskin yang mempunyai pendapatan per kapita per tahun ekuivalen beras sebanyak 240 kg atau kurang, golongan miskin sekali yang memiliki pendapatan per kapita per tahun ekuivalen beras 240 kg hingga 360 kg, dan lapisan miskin yang memiliki pendapatan ekuivalen beras per kapita per tahun lebih dari 360 kg dan kurang dari 480 kg.

Biro Pusat Statistik juga memberikan alternatif untuk mengukur garis kemiskinan dengan cara menentukan berapa besar kalori minimum yang harus dipenuhi oleh setiap orang dalam sehari-hari. Angka 2100 kalori per hari merupakan garis batas kemiskinan. Di samping itu juga diperhitungkan kebutuhan non pangan seperti perumahan, bahan bakar, penerangan, air, sandang, jenis barang tahan lama dan jasa-jasa. Kemudian kriteria-kriteria itu dirubah dalam angka rupiah, sehingga kondisi garis kemiskinanpun berubah-ubah yang disebabkan perubahan harga yang ditetapkan setiap tahunnya. Berdasarkan 2100 kalori per orang per hari tersebut diterjemahkan oleh BPS menjadi Rp13.295,00 per bulan untuk pedesaan dan Rp20.614,00 per bulan untuk perkotaan. Angka tersebut tidak jauh berbeda dengan batas kemiskinan Bank Dunia (Biro Pusat Statistik, 1992).

Dari pengamatan mengenai kelompok-kelompok miskin di Indonesia, maka dapat dibedakan enam kelompok, yaitu: (1) kelompok fakir miskin (termasuk keluarga dan anak-anaknya yang terlantar), (2) kelompok informal (termasuk kaki lima, asongan dll), (3) kelompok petani dan nelayan, (4) kelompok pekerja kasar (termasuk kuli di pelabuhan dsb), (5) kelompok pegawai negeri sipil dan ABRI, khususnya golongan bawah, dan (6) kelompok penganggur, termasuk sarjana (Pamungkas, Sri Bintang, 1995).

Dandekar mengukur kemiskinan dari ukuran di mana untuk konsumsi keluarga menghabiskan 80–85% dari total pengeluaran, yang digunakan untuk makanan, atau makan dan bahan bakar atau makanan, bahan bakar dan penerangan. Di samping itu juga digunakan jumlah kalori yang diperlukan per kapita per hari sebesar 2.250 kalori. Besaran kalori tersebut diterjemahkan dalam konsumsi makanan per hari per orang dengan 0,403 kg nasi, 0,104 kg kacang-kacangan, 0,201 kg

susu dan 0,137 kg buah dan sayuran serta ditambahkan gula, minyak dan lemak tetapi tidak ada daging, ikan, dan telur (Dandekar VM, 1981).

BKKBN menggunakan ukuran kemiskinan dengan kelompok keluarga pra sejahtera (pra KS) dan keluarga sejahtera 1 (KS-1). Keluarga pra sejahtera adalah keluarga yang tidak mempunyai kemampuan untuk (1) menjalankan perintah agama dengan baik, (2) minimum makan 2x sehari, (3) membeli lebih dari satu stel pakaian per orang per tahun, (4) menyemen lantai rumah lebih dari 80%, (5) berobat ke puskesmas bila sakit. Keluarga Sejahtera I adalah keluarga yang tidak berkemampuan untuk: (1) melaksanakan perintah agama dengan baik, (2) minimum 1x per minggu makan daging/telur/ikan, (3) membeli satu stel pakaian per tahun, (4) rata-rata luas lantai rumah 8 m<sup>2</sup> per anggota keluarga, (5) tidak ada anggota keluarga umur 10–60 tahun yang buta huruf, (6) semua anak antara 5–15 tahun bersekolah, (7) satu dari anggota keluarga mempunyai penghasilan rutin/tetap dan (8) tidak ada yang sakit selama 3 bulan dan tidak pernah absen.

Zsu Zsa Baross memberikan kriteria tentang kemiskinan melalui studi kasus di Bandung Timur terhadap keluarga miskin dengan pendekatan antropologi. Kondisi keluarga miskin digambarkan sebagai berikut: (1) rumah dari kerangka bambu sederhana yang ditegakkan di atas tiang-tiang kayu, (2) jumlah anak yang banyak ( 7 orang) dan ada yang putus sekolah dari Sekolah Dasar pada usia 14–15 tahun, (3) anak yang masih sekolah bodoh dan tinggal kelas berkali-kali, (4) pendapatan setiap hari hampir tidak pernah cukup untuk menutupi ongkos kebutuhan rutin dan darurat keluarga, (5) sering mendapat bantuan dari keluarga dan tetangganya, (6) tidak ada perencanaan dan proyek masa depan atau penanaman modal kecil yang pada saatnya akan menghasilkan buah dan membawa perbaikan dalam kualitas kehidupan mereka, dan sekarang mereka kesulitan untuk bertahan hidup (7) mengidap penyakit yang disebabkan dan semakin parah oleh kondisi pekerjaannya. (8) pendidikan yang sangat elementer dan tidak punya keterampilan, (9) melakukan kebijakan ekonomi yang tidak rasional seperti tidak pernah menabung dan berhemat, terjebak lintah darat, membayar lebih tinggi pembayaran hutang di warung setempat atau penjual makanan jadi, pembelian secara kredit dengan harga yang lebih tinggi dan sebagainya, (10) 90% pendapatan digunakan untuk belanja makanan dan sisanya untuk kebutuhan lain, (11) pendapatan per

harinya hanya mampu untuk membeli 3 lt beras kualitas rendah, 1,5 lt minyak tanah, 3 potong sabun, 200–300 gr tempe dan sayuran, (12) tidak pernah tersedia menu makanan yang berisi susu, telur, daging, buah-buahan, dan kue-kue, (13) tidak mampu membeli makanan sesuai resep minimum yang lebih banyak mengandung vitamin dan protein, (14) mereka hidup dari hari ke hari hanya memikirkan makanan untuk hari itu, anak sakit, ongkos dokter, uang sekolah dan lain-lain (Baros, Zsu Zsa, 1995).

Dov Chernichovsky dan Oey Astra Meesok dalam laporan BPS mengemukakan bahwa rumah tangga miskin pada umumnya adalah rumah tangga yang mempunyai anggota rumah tangga banyak, yang kepala rumah tangganya merupakan pekerja rumah tangga, tingkat pendidikan kepala rumah tangga maupun anggotanya rendah, sering berubah pekerjaan, sebagian besar mereka telah bekerja masih mau menerima tambahan pekerjaan lagi bila ditawarkan, dan sebagian besar sumber pendapatan utamanya adalah sektor pertanian. Di daerah pedesaan rumah tangga yang anggotanya bekerja di sektor pertanian adalah mereka yang menguasai tanah sangat marginal (tidak dapat diandalkan untuk memenuhi kebutuhan rumah tangga). Dilihat dari pola pengeluaran rumah tangga ternyata sebagian besar pengeluaran rumah tangga keluarga miskin adalah untuk makanan yang apabila ditelaah lebih jauh persentase pengeluaran untuk kebutuhan karbohidrat lebih besar dibanding dengan persentase pengeluaran untuk protein. Kondisi tempat tinggal rumah tangga miskin sangat memprihatinkan terutama dalam hal penyediaan air bersih dan listrik untuk penerangan (Biro Pusat Statistik, 1992).

Rusmin Tumanggur yang melakukan kajian terhadap golongan berpenghasilan rendah di kota mempunyai ciri-ciri atau indikator yang antara lain (1) pekerjaan yang menjadi mata pencaharian mereka pada umumnya tenaga kasar, (2) nilai pendapatan mereka cukup rendah bila diukur dengan jumlah jam kerja yang mereka gunakan, (3) nilai pendapatan mereka habis untuk membeli makanan sehari-hari saja, (4) kegiatan rekreasi, pengobatan, biaya perumahan, penambahan jumlah pakaian, semuanya hampir tidak terjamah sama sekali, dan (5) tempat tinggal mereka kurang memenuhi persyaratan kesehatan dan umumnya menempati posisi tanah yang tidak legal. Untuk keluarga miskin di perkotaan biasanya mempunyai ciri: PNS golongan I dan II, umumnya pembantu rumah tangga, seluruh tuna karya, sebagian

kaum buruh yang bekerja di industri kecil, pedagang kaki lima, pemulung (Tumanggur, Rusmin, 1980).

### **MENGEMBANGKAN KRITERIA MISKIN PROGRAM JPK-MM**

Pada program JPS-BK, Departemen Kesehatan menggunakan kriteria yang dipakai dari BKKBN yakni keluarga pra sejahtera (pra KS) dan keluarga sejahtera-1 (KS-1), ditambah dengan keluarga miskin lainnya yang ditetapkan oleh Tim Desa. Kondisi tersebut tampaknya sudah tidak relevan lagi, mengingat banyak ditemui kejanggalan di lapangan, serta penetapan kriteria yang sangat subyektif oleh kepala desa. Di samping itu banyak kriteria miskin yang sulit untuk diterjemahkan atau dilihat secara langsung di lapangan, sehingga perlu kriteria-kriteria yang lebih operasional sehingga memudahkan para pelaksana di lapangan memantau dan melakukan deteksi dalam permasalahan kesehatan. Untuk itu kajian literatur tentang kriteria miskin yang dilengkapi dengan data lapangan yang valid, reliabel dan kemudahan pengumpulan datanya sangat mendesak untuk dilakukan agar bantuan bagi keluarga miskin dapat mencapai sasaran dengan akurat, tepat guna, berdaya guna, dan berhasil guna.

Disadari bahwa kriteria miskin untuk satu daerah mungkin tidak cocok untuk daerah lainnya sehingga diperlukan suatu kriteria umum yang dapat diterjemahkan ke berbagai wilayah daerah otonom sehingga kebijaksanaan bantuan kesehatan dapat lebih berdaya guna bagi wilayah yang bersangkutan. Mengembangkan kriteria miskin dalam penyelenggaraan program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin (JPK-MM) sudah selayaknya dilakukan, sehingga cakupan gakin menjadi lebih luas lagi dan sasaran peruntukannya juga menjadi tepat.

Penelitian yang dilakukan Rachmawati dkk menunjukkan bahwa masih ada ketidaktepatan dalam penentuan sasaran keluarga miskin yang memperoleh pelayanan kesehatan, dan masih banyaknya pelayanan kesehatan gakin yang tidak tuntas, artinya keluarga miskin tersebut masih dibebani biaya perawatan dan obat-obatan. Di samping itu juga dikemukakan bahwa utilisasi oleh gakin masih rendah yakni 2,76–7,62%, padahal target yang ditetapkan adalah 18%. Di sini menunjukkan kekurangprofesionalan pengelola sehingga dana yang dialokasikan belum banyak

dimanfaatkan oleh gakin. Di samping itu kontribusi dana dari Pemerintah Daerah Kabupaten bervariasi dalam penyelenggaraan JPK Gakin, yakni antara 15–25% dari jumlah penerimaan JPK Gakin. Hal lain yang perlu diperhatikan adalah ada daerah yang memungut iuran kepada gakin dalam penyelenggaraan ini (Rachmawati, Tety, 2004).

Berkaitan dengan rencana pemerintah menyalurkan dana sosial kompensasi BBM melalui PT Askes, ada baiknya pengalaman dalam penyaluran dana menjadi bahan masukan untuk perbaikan pelaksanaan. Usul dari beberapa kalangan agar dana kompensasi (kesehatan) itu tidak disalurkan ke masyarakat melalui penyelenggara/pengelola termasuk PT Askes, melainkan langsung dianggarkan bagi kebijakan penggratisan biaya pelayanan kesehatan secara proporsional, merupakan suatu pemikiran yang bijak. Di samping itu penetapan sasaran keluarga miskin harus lebih dicermati, sehingga semua gakin dapat merasakan manfaatnya, di samping menutup peluang korupsi. Disadari bersama bahwa tenaga kesehatan adalah manusia biasa yang bisa tergoda untuk mengorup dana kompensasi tersebut, sedangkan harapan penegakan hukum yang sungguh-sungguh untuk membasmi korupsi di negeri ini masih jauh dari harapan.

## KESIMPULAN

Dari bahasan tersebut dapatlah disimpulkan bahwa dalam rangka penyelenggaraan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin diperlukan pengembangan tentang kriteria keluarga miskin yang dipakai sebagai sasaran program. Inti masalah kemiskinan terletak pada apa yang disebut sebagai 'deprivation trap', yang terdiri dari lima ketidakberuntungan yang melilit kehidupan keluarga miskin, meliputi (1) kemiskinan itu sendiri, (2) kelemahan fisik, (3) keterasingan, (4) kerentanan dan (5) ketidakberdayaan. Dari lima jenis ketidakberuntungan ini, dianjurkan agar dua jenis ketidakberuntungan yang dihadapi keluarga miskin diperhatikan yaitu kerentanan dan ketidakberdayaan, karena kedua jenis ini sering menjadi sebab keluarga miskin menjadi lebih miskin lagi. Kriteria harus mencakup beberapa aspek utama yaitu kemiskinan politik, kemiskinan ekonomi, dan kemiskinan sosial, dan kriteria tersebut harus valid, reliabel dan mudah

pengumpulan datanya. Studi tentang kriteria miskin telah banyak dilakukan tetapi yang penting adalah implementasi dari kriteria miskin untuk kebijakan pemerintah selanjutnya khususnya program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin (JPK-MM).

## KEPUSTAKAAN

- Baros, Zsu Zsa, 1995. Prospek Perubahan bagi Golongan Miskin Kota. *Dalam: Parsudi Suparlan (ed), Kemiskinan di Perkotaan*, Jakarta: Yayasan Obor Indonesia. Hal. 112–23.
- Biro Pusat Statistik, 1992. *Kemiskinan dan Pemerataan Pendapatan di Indonesia 1976–1990*, Jakarta.
- Chambers, Robert, 1983. *Rural Development: Putting the Last First*.
- Dandekar VM, 1981. On Measurement of Poverty, *Economic and Political Weekly*, 16(30).
- Effendi, Tadjudin Noer, 1993. *Manusia, Peluang Kerja dan Kemiskinan*. Yogyakarta: Tiara Wacana Yogya. Hal. 204–6.
- Ellis GFR, 1984. Kebudayaan Klas dan Studi mengenai Kemiskinan: Suatu Pendekatan Anti Kemiskinan. *Dalam: Parsudi Suparlan (ed), Kemiskinan Perkotaan*, Jakarta: Sinar Harapan. Hal. 242–5.
- Indonesia. Departemen Kesehatan. 2003. *Pedoman Pelaksanaan Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak Bidang Kesehatan*. Jakarta.
- Nugroho, Heru, 1995. Kemiskinan, Ketimpangan, dan Pemberdayaan. *Dalam: Awan Setya Dewanto dkk (ed), Kemiskinan dan Kesenjangan di Indonesia*. Yogyakarta: Aditya Meda. Hal. 25–36.
- Pamungkas, Sri Bintang. 1995. Kemiskinan dan Kesenjangan di Indonesia: Suatu Evaluasi atas Kebijaksanaan Pembangunan Pemerintah. *Dalam: Awan Setya Dewanto dkk (ed), Kemiskinan dan Kesenjangan di Indonesia*, Yogyakarta: Aditya Meda. Hal. 49–64.
- Rachmawati, Tety, Wasis Budiarto, Ristrini, Wahyu Dwi Astutik, 2004. *Efektivitas Penyelenggaraan Program JPK Gakin PKPS BBM Bidang Kesehatan*, Surabaya: Pusat Penelitian dan Pengembang Pelayanan dan Teknologi Kesehatan.
- Suyono, Haryono. 1996. *Poverty Alleviation through the Development of the Prosperous Family Non IDT Villages*, Jakarta: State Ministry for Population/ National Family Planning Coordinating Board.
- Tumanggur, Rusmin, 1980. *Siapakah yang Tergolong Berpenghasilan Rendah di DKI Jakarta, Golongan Miskin di Jakarta*, PPSM YKTI/FES, Jakarta: 11–28.