



ANALISIS EFEKTIVITAS PELAKSANAAN
PROGRAM KELUARGA HARAPAN 2011

THE ANALYSIS OF 2011 FAMILY HOPE
PROGRAM IMPLEMENTATION EFFECTIVITY

Agunan P. Samosir

Pusat Kebijakan Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara
Badan Kebijakan Fiskal
Jl. Dr. Wahidin No. 1, Jakarta Pusat
Email: agunans@gmail.com

Abstract

Government targets to reduce poverty is a substantial problem. Various programs have been implemented, but the result is not so satisfactory. Since 2007, the government accomodates a more transparent and accountable poverty reduction programs than the countries that successfully implement them . The program is known as the family hope program or conditional cash transfer (CCT). CCT had been evaluated several times in 2009 - 2010 altogether by the Ministry of Social Affairs, SMERU and Bappenas Institute . The results were quite surprising and provided concrete recommendations on improving CCT. In 2011, the Fiscal Policy Office, the Ministry of Finance (MoF) conducted field surveys to evaluate the effectiveness of CCT implementation in eight beneficiary areas of social assistance programs . The program is effective to reduce poverty and deserves to be continued in the coming year to improve the administration activities, target , expansion of CCT beneficiaries, CCT companionquality and CCT monitoring and evaluation mechanism.

Keywords: *CCT, social assistance , extremely poor households , the state budget*

Abstrak

Target Pemerintah untuk menurunkan tingkat kemiskinan merupakan masalah yang cukup berat. Berbagai program telah dilaksanakan, tetapi hasilnya belum begitu memuaskan. Sejak tahun 2007, Pemerintah mengakomodir program penurunan kemiskinan yang lebih transparan dan akuntabel dari negara-negara yang berhasil melaksanakannya. Program tersebut dikenal dengan program keluarga harapan (PKH) atau cash conditional transfer (CCT). PKH telah beberapa kali dievaluasi tahun 2009 - 2010 secara paralel oleh Kementerian Sosial, SMERU dan Bappenas. Hasilnya cukup mengejutkan dan memberikan

¹ Naskah diterima pada 19 Februari 2013, revisi kesatu pada 4 Maret 2013, disetujui pada 30 Agustus 2013. Artikel ini merupakan pengembangan dari laporan akhir 2011 Tim Kajian Bantuan Sosial, Pusat Kebijakan Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara, Badan Kebijakan Fiskal.



rekomendasi yang konkrit dalam penyempurnaan PKH. Tahun 2011, Badan Kebijakan Fiskal (BKF), Kementerian Keuangan (Kemenkeu) melakukan survei lapang untuk mengevaluasi pelaksanaan efektivitas PKH di delapan daerah penerima program bantuan sosial. Program ini cukup efektif untuk menurunkan tingkat kemiskinan dan layak untuk dilanjutkan pada tahun mendatang dengan memperbaiki kegiatan administrasi, target sasaran, perluasan daerah penerima PKH, kualitas pendamping PKH dan mekanisme monitoring dan evaluasi PKH.

Kata kunci: PKH, bantuan sosial, rumah tangga sangat miskin, APBN

A. PENDAHULUAN

Latar Belakang

Program Keluarga Harapan (PKH) merupakan suatu program pemerintah yang memberikan bantuan tunai kepada rumah tangga sangat miskin (RTSM) sebagai upaya perlindungan sosial. Program ini mencakup dua bidang kegiatan yaitu pendidikan dan kesehatan yang memiliki persyaratan-persyaratan antara lain RTSM yang memiliki anggota keluarga yang terdiri dari anak usia 0-15 tahun dan/atau ibu hamil/nifas dan berada pada lokasi terpilih. Adapun tujuan utama dari PKH adalah mengurangi kemiskinan dan meningkatkan kualitas sumberdaya manusia terutama pada kelompok masyarakat miskin. Secara khusus, tujuan PKH antara lain: (i) meningkatkan kondisi sosial ekonomi RTSM, (ii) meningkatkan taraf pendidikan anak-anak RTSM, (iii) meningkatkan status kesehatan dan gizi ibu hamil, ibu nifas, dan anak di bawah 6 tahun dari RTSM, dan (iv) meningkatkan akses dan kualitas pelayanan pendidikan dan kesehatan, khususnya bagi RTSM.²

PKH mulai diujicobakan sejak tahun 2007 dan diharapkan selesai pada tahun 2015. Program ini memiliki keunikan dalam menetapkan siapa yang berhak menerima manfaat atau program dan sampai berapa lama penerima manfaat memperoleh bantuan. Bila hasil evaluasi menyebutkan bahwa penerima program telah memenuhi tujuan PKH, maka RTSM dikeluarkan sebagai penerima PKH (*exit strategy*). Sebaliknya, bila RTSM penerima manfaat masih menerima PKH hanya dibatasi maksimal 6 tahun.³ PKH bisa beririsan dengan program bantuan operasional sekolah (BOS) dan jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas). Keunikan lain dari PKH dibandingkan program bantuan sosial (Bansos) lainnya adalah penerima bantuan adalah ibu rumah tangga.

² Pedoman Umum PKH, 2010.

³ Penerima PKH akan dievaluasi setiap 3 tahun dalam rangka resertifikasi terhadap status kepesertaan. Resertifikasi adalah proses evaluasi kepesertaan PKH untuk menentukan apakah peserta masih layak atau tidak sebagai penerima bantuan.



Tabel 1. Rencana dan Realisasi Penerima PKH 2007-2015 (juta RTSM)

Tahap	2007		2008		2009		2010		2011	2012	2013	2014	2015
	Rencana	Realisasi	Rencana	Realisasi	Rencana	Realisasi	Rencana	Alokasi					
Tahap I	0.50	0.383	0.50	0.383	0.50	0.383	0.50	0.383	0.50	0.50	exit		
Tahap II			1.25	0.237	1.25	0.237	1.25	0.237	1.25	1.25	1.25	exit	
Tahap III					2.25	0.12	2.25	0.12	2.25	2.25	2.25	2.250	exit
Tahap IV							2.50	0.09	2.50	2.50	2.50	2.50	2.50
Total	0.50	0.383	1.75	0.62	4.00	0.74	6.50	0.83	6.50	6.50	6.00	4.75	2.50
Biaya (Rp T)	1.0		3.0		6.7		11.0	1.3	11.0	11.0	10.1	8.0	4.2

Sumber: Pedoman Umum PKH, 2010.

- Catatan: 1) Menggunakan asumsi rumah tangga sangat miskin (RTSM) dan miskin sebesar 6,5 juta RTSM yang memiliki anak usia 0-15 tahun (data diolah dari Susenas 2005)
 2) Biaya dihitung berdasarkan rata-rata bantuan tunai sebesar Rp. 1.390.000 / RTSM / tahun serta kegiatan administrasi dan pendukung (survei, sosialisasi, pelatihan pendamping dan sebagainya)

Berdasarkan tabel 1, total penerima manfaat PKH pada tahun 2007 sebanyak 500.000 RTSM dengan realisasi sebanyak 383.000 RTSM atau sebesar 76,6 persen. Pada tahun 2008 rencana penerima PKH meningkat menjadi 1,75 juta RTSM, namun realisasinya hanya sebesar 35,4 persen atau sebanyak 620.000 RTSM. Realisasi ini jauh lebih rendah dibandingkan tahun sebelumnya, padahal biaya program yang telah dialokasikan pemerintah sebesar Rp3 triliun. Kondisi ini terus berlanjut pada tahun 2009, jumlah penerima PKH yang direncanakan sebesar 4 juta RTSM dengan alokasi sebesar Rp6,7 triliun. Namun, realisasinya hanya sebesar 18,5 persen atau sebanyak 740.000 RTSM. Yang menjadi pertanyaan adalah apa penyebab rendahnya realisasi jumlah penerima PKH sejak tahun 2007 sampai dengan tahun 2009 dibandingkan rencananya?

Pertanyaan lain yang muncul adalah bagaimana keterlibatan pemerintah daerah (Pemda) terhadap warganya yang menerima bantuan PKH? Adakah dana atau alokasi yang disediakan dalam APBD untuk melengkapi PKH didaerahnya terutama untuk bantuan pendidikan? Apakah bantuan yang diterima oleh RTSM tersebut telah digunakan sesuai dengan peruntukannya? SMERU

(2008), bantuan PKH untuk pendidikan di desa Taunbaen dan Oenenu, Nusa Tenggara Timur (NTT) belum bisa dinikmati oleh penerima program karena lokasi rumah terhadap sekolah menengah pertama sangat jauh lebih dari 10 kilometer atau ditempuh sekitar 2-3 jam dengan jalan kaki. Kondisi ini mengakibatkan siswa atau anak dari penerima bantuan menjadi kelelahan pada saat sampai disekolah dan semangat untuk belajar berkurang dan pada gilirannya siswa tidak mau kesekolah. Selain itu, banyak anak murid yang meninggalkan sekolah (*drop out*) karena membantu orangtuanya menanam padi, berusaha dan nelayan.

Permasalahan selanjutnya adalah hampir setiap sekolah yang disurvei di Jawa Barat dan NTT mengenakan uang pembangunan, buku pelajaran, buku latihan (buku tulis), peralatan sekolah, dan pakaian seragam. Akibatnya, para orangtua terbebani terhadap biaya tersebut sebesar Rp 400.000 - Rp 700.000 pada awal sekolah. PKH dan program BOS tidak menyediakan bantuan terhadap biaya-biaya tersebut. Bila jarak sekolah dengan rumah tinggal siswa jauh, maka orangtua terpaksa menyediakan biaya transportasi dan uang jajan yang tak pernah direncanakan sebelumnya.



Stella Hutagalung (SPA, 2009), menyatakan bahwa PKH telah meningkatkan peranan wanita (ibu) sebagai penerima bantuan. Namun, dalam pelaksanaannya intervensi suami masih tinggi dalam pengambilan keputusan rumah tangga. PKH cukup bermanfaat dan perlu ditindaklanjuti dengan memperbaiki kendala-kendala yang dihadapi dilapang. Kendala tersebut antara lain ketersediaan fasilitas kesehatan dan pendidikan pada daerah penerima PKH.

Sirojuddin Arif (SMERU, 2010), dalam survei di Jawa Barat dan NTT menyampaikan bahwa setelah dua tahun pelaksanaan PKH tidak berpengaruh positif terhadap kesetaraan gender dan peningkatan peranan wanita (ibu) dalam rumah tangga. Peranan suami sebagai kepala keluarga masih tinggi terhadap pendidikan anak, kelahiran bayi dan penggunaan dana yang berasal dari bantuan program.

Muhammad Syukri (SMERU, 2010), menyebutkan bahwa penerima PKH selain menggunakan bantuan tersebut terhadap pendidikan dasar dan kebutuhan kesehatan juga menambah aset keluarga. Studi ini dilakukan terhadap 4 desa dalam 2 kabupaten/kota yaitu Cirebon (Jawa Barat) dan Kota Kupang serta Kabupaten Timur Tengah Selatan (NTT). Program ini dapat dikatakan berhasil karena dukungan dari pelaksana program seperti UPPKH Kabupaten/Kota dan Pendamping cukup besar terhadap penerima PKH.

Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian pada latar belakang yang telah dikemukakan sebelumnya, maka rumusan masalah

dalam artikel ini adalah seberapa besar tingkat efektivitas dari pelaksanaan bantuan sosial yaitu Program Keluarga Harapan tahun 2011.

Tujuan

Tujuan dari penulisan artikel ini adalah menganalisis tingkat efektivitas pelaksanaan PKH tahun 2011. Hasil evaluasi pelaksanaan PKH sebagai bahan masukan dalam pemberian PKH pada tahun-tahun mendatang.

Metodologi Penelitian

Data kuantitatif yang digunakan dalam artikel ini adalah data primer hasil survei evaluasi ini dilaksanakan di kabupaten-kabupaten lokasi Program Keluarga Harapan (PKH). PKH telah dilaksanakan sejak tahun 2007 dan pada awalnya hanya dilaksanakan di 7 provinsi. Mulai tahun 2008, PKH dilaksanakan di 13 provinsi. Kabupaten-kabupaten ini dikelompokkan menjadi 4 strata, yaitu Sumatera, Jawa, Nusa Tenggara dan Kalimantan, dan Sulawesi.

Pada setiap strata dipilih kabupaten yang memiliki populasi Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM) dan Rumah Tangga Miskin (RTM) terbanyak pada strata tersebut. Dengan acuan ini, maka kabupaten terpilih untuk masing-masing strata adalah sebagai berikut: (i) Kota Medan, Provinsi Sumatera Utara, (ii) Kabupaten Pesisir Selatan, Provinsi Sumatera Barat, (iii) Kabupaten Bogor, Provinsi Jawa Barat, (iv) Kabupaten Gunung Kidul, Provinsi D.I Yogyakarta, (v) Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur, (vi) Kabupaten Kupang, Provinsi Nusa Tenggara Timur, (vii) Kabupaten Banjar, Provinsi Kalimantan Selatan, dan (viii)



Kabupaten Gorontalo, Provinsi Gorontalo.

Target sampel dalam survei ini adalah RTSM (rumah tangga penerima PKH) dan RTM. Unit sampling tahap pertama (*primary sampling unit/PSU*) adalah Satuan Lingkungan Setempat (SLS), dan unit sampling tahap kedua (*ultimate sampling unit/USU*) adalah RTSM/RTM yang diperoleh dari BPS, 2011.

Kerangka sampel yang digunakan adalah hasil Pendataan Program Perlindungan Sosial 2008 (PPLS 2008) dan Daftar Penerima Program Keluarga Harapan (PKH). Metode Penarikan Sampel : (a) Memilih sejumlah SLS per kabupaten secara *probability proportional to size* (PPS), dengan size jumlah RTSM/RTM hasil PPLS 2008, dari setiap kabupaten, (b) Memilih 10 rumah tangga secara *systematic sampling* pada SLS terpilih.

Kerangka sampel ini terdiri dari dua jenis, yaitu kerangka sampel untuk penarikan sampel tahap pertama dan kerangka sampel untuk penarikan sampel tahap kedua. Kerangka sampel pemilihan tahap pertama adalah SLS yang disertai informasi banyaknya RTSM dan RTM hasil PPLS2008 dan kerangka sampel pemilihan tahap

kedua adalah RTSM/RTM hasil PPLS2008 dan Penerima PKH dalam SLS terpilih.

Metode penarikan sampel yang digunakan yaitu penarikan sampel dua tahap (*two-stage sampling*), yaitu: tahap pertama, memilih SLS secara *probability proportional to size* (pps), dengan size jumlah RTSM/RTM hasil PPLS 2008, dari setiap kabupaten, dan tahap kedua, memilih sejumlah RTSM/RTM ($m=10$) secara *systematic sampling* dari setiap SLS terpilih berdasarkan hasil PPLS 2008/PKH.

Pada tahap analisis data, data harus diberi penimbang untuk merefleksikan total populasi, tetapi alasan utamanya adalah probabilitas pemilihan sampel pada setiap kabupaten berbeda-beda. Penimbang ini yang merupakan *inverse* dari probabilitas pemilihan sampel harus diterapkan dengan benar pada data mentah (*raw data*) untuk menjamin bahwa bias estimasi tidak terjadi.

Probabilitas pemilihan ini ditentukan secara bertahap yang menunjukkan tahapan pemilihan sampel yang secara bersama-sama akan menentukan *overall probability* untuk setiap *primary sampling unit* (PSU) terpilih.

$$\text{Tahap pertama : } P(i) = n \frac{M_i}{M_0} \quad \text{dengan } M_0 = \sum_{i=1}^N M_i \quad \text{dan}$$

- $P_{(i)}$ adalah probabilitas pemilihan untuk PSU ke- i
- n menyatakan jumlah PSU terpilih
- M_i adalah jumlah rumah tangga pada PSU terpilih ke- i pada kerangka sampel
- adalah total jumlah eligible rumah tangga
- Tahap kedua, Karena pada tahap kedua ditetapkan jumlah rumah tangga yang sama untuk setiap PSU terpilih melalui proses pemilihan secara sistematis, maka probabilitas pemilihan tahap kedua adalah : $P(j|i) = \frac{m}{M_i}$. Dengan $P(j|i)$ menyatakan probabilitas memilih m rumah tangga dalam PSU terpilih. Alokasi sampel SLS per kabupaten dialokasikan secara *compromise allocation*, dengan rumus seperti berikut:



$$k_c = k_E \alpha + k_p(1 - \alpha)$$

dengan:

k_c = *compromise allocation*

k_E = *equal allocation*

k_p = *proportional allocation*

$0 < \alpha < 1$ = power, ambil $\alpha = 0.4$

Berdasarkan metode pemilihan sampel yang digunakan pada studi ini, diperoleh jumlah rumah tangga (RT) sampel dan wilayah sebagai berikut: (i) Kota Medan di Propinsi Sumatera Utara sebanyak 550 sampel RT, (ii) Kabupaten Pesisir Selatan di Propinsi Sumatera Barat sebanyak 360 sampel RT, (iii) Kabupaten Bogor di Propinsi Jawa Barat sebanyak 460 sampel RT, (iv) Kabupaten Gunung Kidul di Propinsi Yogyakarta sebanyak 410 sampel RT, (v) Kabupaten Jember di Propinsi Jawa Timur sebanyak 530 sampel RT, (vi) Kabupaten Kupang di Propinsi Nusa Tenggara Timur sebanyak 300 sampel RT, (vii) Kabupaten Banjar di Propinsi Kalimantan Selatan sebanyak 330 sampel RT, dan (viii) Kabupaten Gorontalo di Propinsi Gorontalo sebanyak 360 sampel RT. Total sampel RT yang disurvei adalah 3.300 RT.

B. TINJAUAN PUSTAKA

Bantuan Sosial, Efektivitas dan Efisiensi

Bantuan sosial merupakan transfer uang atau barang yang diberikan Pemerintah kepada masyarakat guna melindungi dari kemungkinan terjadinya risiko sosial (Van De Walle D, 1995). Bantuan sosial tersebut dapat langsung diberikan kepada anggota masyarakat (*individual*) dan/atau lembaga kemasyarakatan (*institusi*) termasuk di dalamnya bantuan untuk lembaga nonpemerintah di bidang pendidikan dan keagamaan.

Bantuan sosial diberikan dengan tujuan untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat, sifatnya tidak terus-menerus dan selektif. Bantuan bisa bersifat sementara (misalnya untuk korban bencana), atau bersifat tetap (misalnya untuk penyandang cacat). Bantuan dapat juga diberikan dalam bentuk uang (*in-cash transfers*) ataupun berupa fasilitas/barang (*in-kind transfers*). Sifat bantuan bisa diberikan dengan syarat (*conditional*) atau tanpa syarat (*unconditional*). Dalam implementasinya, belanja Bansos dialokasikan melalui K/L sesuai dengan tugas dan kewenangannya masing-masing, serta melalui bendahara umum negara.

Salah satu bantuan sosial yang digulirkan oleh Pemerintah Pusat untuk mengurangi tingkat kemiskinan di Indonesia adalah program keluarga harapan (PKH). Program bantuan sosial jenis ini diduga mampu menggabungkan dua kebutuhan dasar dari sumber daya manusia yaitu kesehatan dan pendidikan. Pertama kali PKH diujicobakan di Indonesia pada tahun 2007. PKH bertujuan untuk mempercepat penanggulangan kemiskinan dan pengembangan kebijakan di bidang perlindungan sosial.

Program Keluarga Harapan ini diharapkan dapat mempercepat aksi penanggulangan kemiskinan sekaligus dapat mengembangkan kebijakan di bidang perlindungan sosial. Program sebelumnya yang hampir mirip dengan



PKH telah dilaksanakan dan cukup berhasil di beberapa negara lain yang dikenal dengan nama *Conditional Cash Transfers* (CCT) atau bantuan tunai bersyarat.

Suatu program dapat dikatakan berhasil bila tercapai tujuannya. Kemungkinan program tersebut berjalan secara efektif dan efisien. Dunn, William N (2000), efektivitas merupakan suatu kriteria atau ukuran yang digunakan untuk menganalisis apakah target seperti kuantitas, kualitas dan waktu dari program yang diterbitkan oleh Pemerintah telah tercapai. Adapun kriteria atau ukuran tersebut antara lain: (i) kejelasan tujuan yang akan dicapai, (ii) strategi pencapaian tujuan, (iii) proses analisis dan perumusan kebijakan, (iv) perencanaan yang matang, (v) penyusunan program yang tepat, (vi) tersedianya sarana dan prasarana, (vii) pelaksanaan yang efektif dan efisien, dan (viii) sistem pengawasan dan pengendalian terhadap program yang dilaksanakan. Biasanya pendekatan yang digunakan untuk mengukur efektivitas suatu program adalah (i) *resource approach*, (ii) *process approach* dan (iii) *goals approach*.

World Bank (2013), efektivitas dari suatu program atau kebijakan dapat diukur dari hasil dan manfaat yang diperoleh masyarakat. Barang dan jasa mungkin diberikan secara efisien, tapi bila dengan kualitas yang rendah dan tidak memenuhi kebutuhan masyarakat, maka sumber daya itu umumnya menjadi sia-sia. Perbandingan tujuan dengan hasil program akan efektif bila mencapai sasaran programnya seperti peningkatan kesejahteraan sosial.

Pengukuran suatu kebijakan atau program misalnya kesehatan dan pendidikan dapat dilihat dari peningkatan akses masyarakat terhadap layanan kesehatan dan peningkatan kehadiran sekolah serta peningkatan pendapatan masyarakat. Selain efektif, suatu program dapat diukur dari tingkat efisiensinya. Suatu program disebut efisien bila program tersebut menggunakan biaya yang paling rendah dan menghasilkan output sebesar-besarnya. Oleh karena itu, efektivitas dan efisiensi suatu program dapat dilihat dari empat tipe masalah yang dihadapinya seperti ditunjukkan pada tabel 2 yaitu *adequacy criteria* (Dunn, 2000).

Tabel 2. Adequacy Criteria Terhadap Empat Tipe Masalah

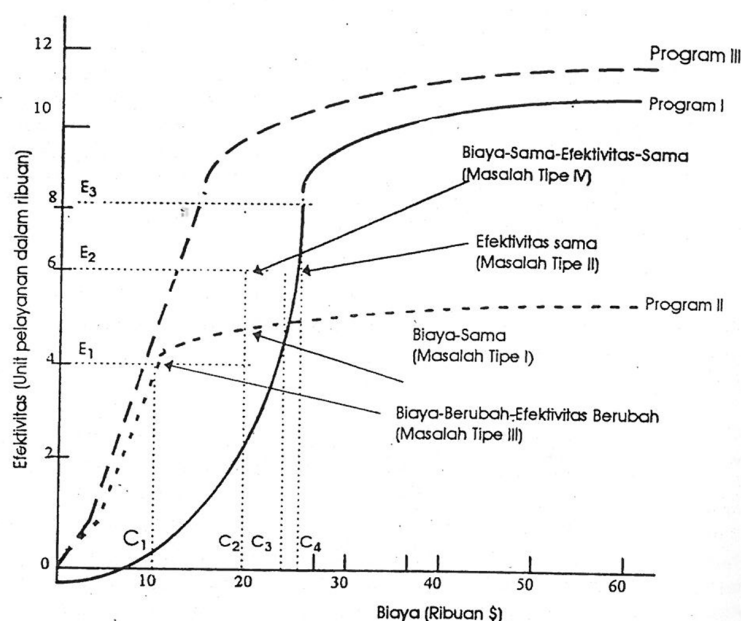
Efektivitas	Biaya	
	Tetap	Berubah
Tetap	Tipe IV (biaya sama – efektivitas sama)	Tipe II (efektivitas sama)
Berubah	Tipe I (biaya sama)	Tipe III (biaya berubah – efektivitas berubah)

Sumber: William N Dunn, (2000)



Masalah tipe I adalah ongkos tetap dan efektivitas yang berubah, tipe II adalah efektivitas yang sama dan biaya yang berubah, masalah tipe III merupakan biaya yang berubah dan efektivitas berubah dan tipe IV adalah biaya sama dan juga efektivitas tetap. Hubungan antara biaya dan efektivitas atau biaya

dan manfaat (cost and benefit) dapat dilihat pada gambar 1. Terdapat dua program yang dibandingkan dengan memaksimalkan efektivitas terhadap program 1 atau meminimalkan biaya pada tingkat efektivitas yang sama untuk program 2.



Sumber: William N Dunn, (2000)

Gambar 1.
Perbandingan Biaya-Efektivitas Terhadap Dua Program

Bila masalah tipe I yang ditunjukkan pada C2, maka program 2 akan dipilih karena mencapai tingkat efektivitas tertinggi pada batas biaya tetap yang sama. Masalah tipe II yang ditunjukkan pada E2, program 1 akan dipilih. Masalah tipe III terlihat pada titik potong E1 dan C1, maka program yang dipilih adalah program 2. Terakhir, masalah tipe IV yang ditunjukkan pada E2 dan C2 tidak satupun program yang dapat dipilih oleh pengambil kebijakan.

Untuk mengetahui perubahan pendapatan konsumen dapat diketahui dari kepuasan yang diperoleh secara maksimal dari pilihan kombinasi barang yang dibeli. Oleh karena itu, perubahan tingkat harga akan mempengaruhi jumlah barang yang diminta. Perubahan tersebut dikenal dengan efek pendapatan dan efek substitusi. Metode yang digunakan untuk mengetahui kedua efek tersebut adalah metode Slutsky dan Hicks.

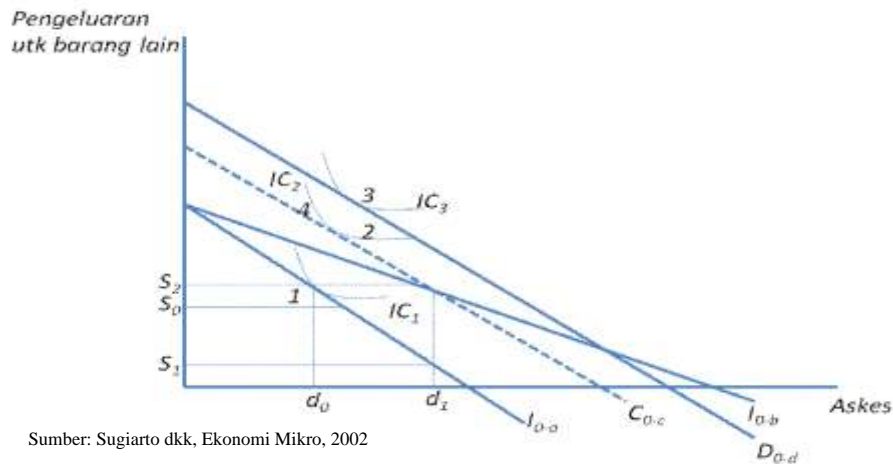
Bila Pemerintah akan



memberikan subsidi dengan dua pilihan yaitu subsidi kesehatan atau subsidi transfer, maka kondisi keseimbangan awal berada di titik 1 atau kurva indifferennya yaitu IC_1 . Keseimbangan yang baru di titik 2 (IC_2), besarnya perubahan manfaat kesehatan yang diperoleh masyarakat adalah d_1-d_0 dan besarnya subsidi yang dinikmati adalah S_2-S_1 .

Bila subsidi yang diberikan Pemerintah dalam bentuk transfer (*lump-sum*), maka *budget line* akan naik dari $I_{0,a}$ ke d_0-d . Keseimbangan

baru diperoleh pada titik 3 (IC_3), dan bila subsidi transfer diberikan sebesar IC_2 , *budget line* bergeser lebih rendah menjadi $C_{0,c}$. Dengan demikian, keseimbangan baru berada di titik 4. Perubahan titik 2 ke titik 4 adalah efek substitusi (metode hicks) dan perubahan titik 4 ke titik 3 adalah efek pendapatan (metode slutsky). Menurut Sugiarto, dkk (2002), masyarakat lebih menikmati subsidi transfer dibandingkan subsidi kesehatan karena memperoleh kepuasan yang maksimal dengan kurva IC yang lebih tinggi.



Sumber: Sugiarto dkk, Ekonomi Mikro, 2002

Gambar 2.
Efek Pendapatan dan Substitusi

Bappenas (2009), PKH yang telah dilaksanakan selama ini di Indonesia telah memberikan dampak positif terhadap (i) kenaikan kegiatan imunisasi bayi berusia dibawah satu tahun, (ii) peningkatan rata-rata waktu sekolah, (iii) peningkatan kehadiran anak di sekolah, (iv) penurunan ketidakhadiran anak di sekolah, (v) peningkatan ketersediaan fasilitas, (vi) peningkatan rasio guru-murid, (vii) peningkatan belanja rumah tangga perkapita perbulan untuk pendidikan

dan kesehatan masing-masing Rp2.786 dan Rp4.271,(viii) membantu pencapaian tujuan pembangunan di bidang pendidikan dan kesehatan.

Kepemilikan Kartu, Pemanfaatan dan Verifikasi PKH

Rumah tangga miskin yang dapat menerima kartu PKH harus memenuhi (i) persyaratan kesehatan yang sudah ditetapkan dalam protokol pelayanan kesehatan, yaitu memiliki Ibu hamil/nifas, anak balita atau anak



usia 5-7 tahun yang belum masuk pendidikan SD, dan (ii) persyaratan berkaitan dengan pendidikan antara lain: memiliki anak berusia 7-15 tahun, memiliki anak yang berusia 5-6 tahun, atau memiliki anak usia 15-18 tahun yang belum menyelesaikan pendidikan dasar.

Penetapan rumah tangga sebagai RTSM dilakukan dengan menggunakan metodologi dan indikator yang transparan. Sebuah rumah tangga dikategorikan sebagai RTSM jika rumah tangga tersebut memenuhi indikator kemiskinan. Indikator kemiskinan dikembangkan dari hasil model estimasi yang menggunakan faktor-faktor yang secara statistik memiliki korelasi dengan kemiskinan multidimensi, antara lain kondisi demografi dan sosio-ekonomi. Indikator-indikator ini lebih lanjut dikembangkan ke dalam kuesioner yang digunakan untuk mengverifikasi status kemiskinan rumah tangga.

Verifikasi status kemiskinan rumah tangga dilakukan melalui survey terhadap calon peserta. Untuk tahun 2007, verifikasi dilakukan oleh BPS dengan data dasar penerima diambil dari data BLT kategori sangat miskin dan miskin, dan data pendukung lainnya untuk memasukkan rumah tangga pada kedua kategori tersebut namun bukan merupakan penerima BLT. Sementara sumber data untuk tahun 2008 dan 2009 diambil dari data SPDKP 07 dan PPLS 08 dengan kategori yang sama. Dalam melakukan verifikasi, petugas terdiri atas unsur BPS, non BPS, dan pengawas.⁴

Buku Pedoman Umum Program Keluarga Harapan 2010 menyebutkan tingkat kemiskinan suatu rumah tangga secara umum bisa diukur dari tingkat kesehatan dan pendidikan. Oleh karena itu, rendahnya penghasilan keluarga sangat miskin menyebabkan keluarga tersebut tidak mampu memenuhi kebutuhan kesehatan dan pendidikan, untuk tingkat yang paling minimal sekalipun. Sebagai contoh, pemeliharaan kesehatan ibu sedang mengandung pada keluarga sangat miskin sering tidak memadai sehingga menyebabkan buruknya kondisi kesehatan bayi yang dilahirkan atau bahkan berdampak pada tingginya kematian bayi.

Setiap peserta PKH akan mendapatkan verifikasi dari petugas UPPKH terutama tentang pendaftaran (*enrollment*) dan kehadiran (*attendance*) baik di sekolah untuk komponen pendidikan maupun Puskesmas dan jaringannya untuk komponen kesehatan. Oleh karena itu, untuk melancarkan program ini sangat diharapkan peran aktif dari pihak pelaksana pelayanan pendidikan, baik sekolah/madrasah/penyelenggara Paket A/Paket B. Pelaksana pelayanan pendidikan dapat menarik kembali anak-anak RTSM, khususnya yang belum menyelesaikan pendidikan dasar namun telah meninggalkan bangku sekolah atau bekerja untuk kembali ke sekolah.

Program Keluarga Harapan di Negara Lain

Sebagaimana di negara berkembang manapun, perlindungan

4 SPDKP 07 adalah Simpan Pinjam Dana Kegiatan Perempuan dan PPLS adalah Pendataan Program Perlindungan Sosial.



sosial menjadi prioritas kebijakan untuk mengatasi risiko sosial bagi masyarakat miskin. Bantuan yang diberikan adalah berupa bantuan tunai bersyarat, yang bertujuan membantu dan mendidik masyarakat agar mempunyai rasa tanggungjawab untuk berupaya lepas dari kemiskinan. PKH di Indonesia mengadopsi dan mengembangkan pengalaman bantuan tunai bersyarat yang telah berhasil dilakukan oleh beberapa negara dalam rangka mengatasi perlindungan sosial, antara lain adalah (i) Amerika Latin : Meksiko, Honduras, Jamaika, Colombia, Ekuador, Chili, Brazil, dan Nikaragua, (ii) Negara lainnya : Turki, Bangladesh, Pakistan, Kenya, Afrika Selatan, Tepi Barat dan Jalur Gaza, Burkina Faso, Ethiopia, dan Lesotho; dan (iii) Asia : Kamboja, Indonesia (*pilot*), Philipina (persiapan).

Program di Bangladesh yaitu *cash for education* memiliki tujuan Untuk meningkatkan angka partisipasi sekolah, mengurangi buruh anak dan drop out (DO). Persyaratan yang ditetapkan adalah diberikan kepada RTM dengan anak yang bersekolah dengan syarat enrollment dan attendance. Brazil memiliki dua program yaitu (i) Brazil 1: *Child Labor Eradiction* dengan tujuan mengurangi buruh anak dan menyediakan pendidikan dan pelatihan alternatif. Persyaratannya adalah RTM dengan anak bekerja pada pekerjaan yang berbahaya dan dana untuk sekolah yang memperpanjang waktu pengajaran untuk anak-anak tersebut, dan (ii) Brazil 2: Bolsa Familia dengan tujuan meningkatkan angka partisipasi sekolah dan mengurangi kemiskinan kronis. Persyaratan yang harus dipenuhi untuk memperoleh program

ini adalah RTM dengan anak bersekolah (7-16 tahun) dengan syarat *enrollment* dan *attendance* (85%), vaksinasi, *pre natal care* dan *growth monitoring*.

Soares dan Silva (2010), pelaksanaan Bolsa Familia atau *cash conditional transfer* menunjukkan belum ada pengaruh secara signifikan peningkatan konsumsi masyarakat. Program tersebut hanya berpengaruh terhadap pengeluaran untuk makanan, pendidikan dan pakaian anak. Tingkat kehadiran anak sekolah semakin meningkat dengan turunnya tingkat kehadiran sekolah yang sebelumnya 3,6 persen menjadi 1,6 persen. Adanya persyaratan yang ditentukan dalam program Bolsa Familia cukup efektif meningkatkan tingkat kelulusan anak sekolah.

Soares dan Silva (2010), pelaksanaan *Familias en Accion* di Colombia menunjukkan hasil yang baik dengan (i) bertambahnya partisipasi ibu rumah tangga untuk menyekolahkan anak dan mengakses kesehatan, (ii) semakin tingginya partisipasi masyarakat untuk meningkatkan sumber daya yang dimiliki, (iii) semakin tingginya untuk hidup sehat, (iv) semakin banyak menggunakan alat kontrasepsi untuk menunda kehamilan dan (v) kehidupan sosial yang semakin meningkat dari waktu ke waktu.

Studi Gertler P (2005), program di Mexico yaitu *Pro-gresa/Oportunidades* bertujuan untuk Penanggulangan kemiskinan, peningkatan partisipasi sekolah, nutrisi dan penggunaan puskesmas. Adapun persyaratan untuk memperoleh program tersebut adalah RTM di desa untuk pendidikan dan kesehatan; *Oportunidades* berlanjut



ke urban dan diperluas juga untuk UKM. Persyaratan: *enrollment* dan *attendance* (85%); *pre-* dan *post-natal care*; pemeriksaan kesehatan berkala (berdasar umur dan gender). Program di Colombia adalah *Familias en Accion* untuk mengurangi kemiskinan RTM, meningkatkan partisipasi sekolah dan jaring pengaman sosial. Program ini diberikan untuk RTM dgn anak bersekolah dengan syarat 80 persen absensi dan pemeriksaan ke puskesmas termasuk monitoring pertumbuhan anak.

Sebagai hasil pembelajaran bantuan bersyarat dari negara lain dalam jangka pendek menunjukkan hasil sebagai berikut: (i) peningkatan pengeluaran untuk pangan (Brazil, Meksiko, Kolombia, Honduras, Nikaragua), (ii) peningkatan asupan kalori (Brazil, Meksiko), (iii) memperluas keragaman diet (Brazil, Meksiko, Kolombia, Nikaragua); dan (iv) mengurangi hambatan tumbuh kembang pada balita dan kasus gizi buruk (Meksiko, Kolombia, Nikaragua).

C. ANALISIS & PEMBAHASAN Kepesertaan Program Keluarga Harapan

PKH yang dilaksanakan di Indonesia merupakan suatu program yang meniru keberhasilan negara lain kawasan Amerika Latin seperti Meksiko, Brazil dan Nikaragua untuk membantu keluarga sangat miskin melalui pemberian bantuan secara bersyarat (*conditional cash transfer*). Program ini memiliki keunikan karena ada persyaratan yang harus dipenuhi

oleh penerima bantuan yaitu harus mengakses Pendidikan dan Kesehatan. Dalam berbagai literatur, keluarga sangat miskin hampir tidak pernah memenuhi kebutuhan dasar yaitu pendidikan dan kesehatan. Biasanya, keluarga miskin hanya berusaha memenuhi kebutuhan sehari-hari yaitu makan dan minum. Sebenarnya, program selain PKH juga telah diberikan kepada masyarakat miskin seperti Bantuan Langsung Tunai (BLT), namun bantuan tersebut biasanya akan habis untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari. Berdasarkan hal tersebut, maka dibentuklah suatu program di Indonesia yang secara khusus membantu keluarga sangat miskin agar bisa 'naik kelas' menjadi keluarga miskin, hampir miskin dan bila memungkinkan melompat menjadi keluarga tidak miskin.

Seperti yang telah dikemukakan sebelumnya, PKH di Indonesia baru dilaksanakan sejak tahun 2007 dan direncanakan selesai pada tahun 2015. Program bersyarat ini memiliki batas waktu bagi penerima bantuan. Dan bila penerima bantuan program telah memenuhi tujuan PKH, maka keluarga atau rumah tangga sangat miskin (RTSM) dikeluarkan sebagai penerima PKH (*exit strategy*). Bila hasil evaluasi menyebutkan bahwa penerima program telah memenuhi tujuan PKH, maka RTSM dikeluarkan sebagai penerima PKH (*exit strategy*). Sebaliknya, bila RTSM penerima manfaat masih menerima PKH hanya dibatasi maksimal 6 tahun.⁵ PKH bisa beririsan dengan program bantuan operasional sekolah (BOS) dan

5 Dalam pedoman umum (pedum), penerima PKH akan dievaluasi setiap 3 tahun dalam rangka resertifikasi terhadap status kepesertaan. Resertifikasi adalah proses evaluasi kepesertaan PKH untuk menentukan apakah peserta masih layak atau tidak sebagai penerima bantuan.



jaminan kesehatan masyarakat (JAMKESMAS). Keunikan lain dari PKH dibandingkan program bantuan sosial (Bansos) lainnya adalah penerima bantuan program adalah ibu rumah tangga.

Pertamkali PKH diluncurkan hanya tujuh propinsi sebagai *pilot project* yaitu Sumatera Barat, DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Timur, NTT, Sulawesi Utara, dan Gorontalo. Selanjutnya tahun 2008 meningkat menjadi 13 propinsi dari tujuh propinsi sebelumnya. Adapun cakupan program yang bertambah adalah Sumatera Utara, Banten, Yogyakarta, NTB, Kalimantan Selatan, dan Sulawesi Utara. Tahun 2009 propinsi penerima PKH tidak mengalami penambahan dibandingkan tahun sebelumnya. Tahun 2010, propinsi penerima PKH bertambah empat menjadi 17 propinsi yaitu Kepulauan Riau, Bali, Kalimantan Barat dan Sulawesi Selatan.

Dari seluruh penerima PKH yang terdapat pada tabel 7, (i) sebesar 44,1 persen merupakan peserta yang memiliki anak sekolah dasar (SD), (ii) sebesar 12,9 persen memiliki anak SMP, (iii) peserta juga yang memiliki anak SD dan SMP sebesar 2,1 persen, (iv) peserta yang sedang hamil atau menyusui sebanyak 2,6 persen, (v) peserta yang memiliki anak SD dan sedang hamil atau menyusui sebanyak 0,1 persen, (vi) peserta yang memiliki anak SD, SMP dan sedang hamil atau menyusui sebanyak 0,2 persen, (vii) peserta yang memiliki anak yang belum sekolah (balita) sebesar 10,6 persen, (viii) peserta yang memiliki anak SD dan balita sebesar 2,2 persen, (ix) peserta yang memiliki anak SMP dan balita sebanyak 0,8 persen, (x) peserta yang memiliki anak balita, SD,

dan SMP sebanyak 0,8 persen, (xi) peserta yang memiliki anak balita dan sedang hamil atau menyusui sebanyak 16,8 persen, (xii) peserta yang memiliki anak balita, anak SD dan sedang hamil atau menyusui sebanyak 0,1 persen, (xiii) peserta yang memiliki anak balita, anak SMP dan sedang hamil atau menyusui sebanyak 4,5 persen, dan (xiv) peserta yang memiliki anak balita, SD, SMP dan sedang hamil atau menyusui sebesar 2,2 persen.

Peserta yang memiliki anak balita, SD, SMP dan sedang hamil atau menyusui paling banyak terdapat di Kota Kupang yaitu sebesar 15,7 persen. Temuan lapangan menunjukkan bahwa program ini justru menimbulkan masalah baru yaitu munculnya ibu hamil di kelompok RTSM untuk memperoleh PKH. Ada kecenderungan bila salah satu syarat tersebut sudah dipenuhi, maka verifikator akan menyetujui ibu yang hamil untuk terus mendapatkan PKH. Rata-rata peserta penerima manfaat memperoleh PKH paling banyak pada tahun 2008 sekitar 49,6 persen.

Hal ini sesuai dengan metodologi yang digunakan dalam survei bahwa peserta PKH tahun 2008 merupakan sampel yang cukup valid dan layak dijadikan sebagai rumahtangga miskin. Selain itu, PKH tahun 2008 merupakan program yang sudah mengurangi kelemahan yang terjadi pada saat pilot project tahun 2007. Adapun rumahtangga miskin penerima PKH tahun 2007 adalah sekitar 26,1 persen, sedangkan tahun 2010 merupakan rumahtangga miskin paling sedikit yaitu sebesar 7,2 persen yang kemungkinan besar peserta belum memahami sepenuhnya pelaksanaan PKH.



Tabel 3.
Peserta PKH Berdasarkan Kategori Ibu Hamil, Balita, Anak Usia Sekolah

		Kota Medan	Kab. Pesisir Selatan	Kab. Bogor	Kab. Gunung Kidul	Kab. Jember	Kota Kupang	Kab. Banjar	Kota Gorontalo	Total
SD	Jml	11.008	7.504	1.408	3.112	6.862	625	1.767	1.193	33.480
	(%)	38,1%	48,9%	54,7%	51,1%	46,9%	44,8%	43,2%	42,9%	44,1%
SMP	Jml	3.937	1.878	312	814	2.073	52	517	218	9.809
	(%)	13,6%	12,2%	12,1%	13,4%	14,2%	4,5%	12,6%	7,8%	12,9%
SD&SMP	Jml	80	941	56	66	358		27	120	1.600
	(%)	0,3%	6,1%	2,2%	1,1%	2,1%		0,7%	4,3%	2,1%
Bumil / menyusui	Jml	723	640	32	156	84	167	150	48	1.999
	(%)	2,5%	4,2%	1,2%	2,6%	0,8%	11,9%	3,7%	1,7%	2,6%
SD & Bumil / Menyusui	Jml		50	16		28			16	110
	(%)		0,3%	0,6%		0,2%			0,6%	0,1%
SD, SMP & Bumil / Menyusui	Jml	80		8		28			8	124
	(%)	0,3%		0,3%		0,2%			0,3%	0,2%
Balita	Jml	2.009	1.275	56	973	2.353	229	761	416	8.071
	(%)	6,9%	8,3%	2,2%	16,0%	16,1%	16,4%	18,8%	15,0%	10,6%
SD & Balita	Jml		149	64	100	868		68	440	1.689
	(%)		1,0%	2,5%	1,6%	5,9%		1,7%	15,9%	2,2%
SMP & Balita	Jml	241	248	8	43				56	596
	(%)	0,8%	1,6%	0,3%	0,7%				2,0%	0,8%
SD, SMP & Balita	Jml	80	149	40		84			112	465
	(%)	0,3%	1,0%	1,6%		0,6%			4,0%	0,6%
Bumil / Menyusui & Balita	Jml	6.910	2.279	368	648	1.680	62	720	96	12.765
	(%)	23,9%	14,8%	14,3%	10,6%	11,5%	4,5%	17,6%	3,5%	16,8%
SD, Bumil / Menyusui & Balita	Jml			16	64		10		8	98
	(%)			0,6%	1,0%		0,7%		0,3%	0,1%
SMP, Bumil / Menyusui & Balita	Jml	2.571	248	144	89	224	21	68	32	3.397
	(%)	8,9%	1,6%	5,6%	1,5%	1,5%	1,5%	1,7%	1,2%	4,5%
SD, SMP, Bumil / Menyusui & Balita	Jml	1.286		48	28	28	219	14	16	1.638
	(%)	4,4%		1,9%	0,5%	0,2%	15,7%	0,3%	0,6%	2,2%
Total	Jml	28.927	15.380	2.577	6.092	14.620	1.395	4.092	2.779	75.842
	(%)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Sumber: Hasil survei, diolah, 2011.

Penyaluran Dana Program Keluarga Harapan

Alokasi dana dan sasaran kegiatan PKH tahun 2007 - 2012 dalam belanja bantuan sosial, yakni total penerima manfaat PKH pada tahun 2007 sebanyak 500.000 RTSM dengan realisasi sebanyak 383.000 RTSM atau sebesar 76,6 persen. Pada tahun 2008 rencana penerima PKH meningkat menjadi 1,75 juta RTSM, namun realisasinya hanya sebesar 35,4 persen atau sebanyak 620.000 RTSM.

Realisasi ini jauh lebih rendah dibandingkan tahun sebelumnya, padahal biaya program yang telah dialokasikan pemerintah sebesar Rp3 triliun. Realisasi pendanaan PKH pada tahun 2008 adalah Rp1,01 triliun.

Kondisi ini terus berlanjut pada tahun 2009, jumlah penerima PKH yang direncanakan sebesar 4 juta RTSM dengan alokasi sebesar Rp6,7 triliun. Namun, realisasinya hanya sebesar 18,5 persen atau sebanyak 740.000 RTSM dengan pendanaan sebesar Rp1,1 triliun. Peningkatan jumlah RTSM pada tahun 2011 meningkat sedikit dibandingkan realisasi penerima PKH tahun 2010 yaitu sebesar 90.000 RTSM dengan alokasi dana di APBN sebesar Rp1,3 triliun.

Sesuai dengan persyaratan dan ketentuan dalam Pedoman Umum PKH 2010, bahwa pengambilan dana PKH diambil oleh pemilik kartu setelah melalui proses verifikasi. Namun, *hasil temuan lapang menunjukkan bahwa*



sekitar 10,72 persen dana PKH diambil oleh orang yang bukan peserta PKH. Peserta PKH di Kota Medan mencapai 18,61 persen dana PKH diambil oleh orang lain. Hal ini terbukti pada saat dilapang, banyak nama yang tertera di kartu PKH bukan atas nama peserta PKH. Dan yang paling mengejutkan adalah ditemukannya beberapa nama kartu PKH itu berjenis kelamin laki-laki dan tidak memiliki hubungan kekeluargaan dengan penerima PKH. Padahal salah satu syarat penerima PKH adalah ibu yang mengalami kehamilan, nifas atau memiliki anak balita. Walaupun ada juga daerah penerima PKH atas nama dari kakek atau nenek karena kedua orangtua telah tiada.

Proses pengambilan dana peserta PKH yang bukan namanya di kartu PKH dilakukan oleh yang namanya tertera di kartu. Pada saat ditanyakan oleh Kantor Pos selalu ada saja keterangan yang disampaikan oleh pengambil dana dan akhirnya dana tersebut bisa keluar. Alasan yang biasanya disampaikan adalah bahwa istri sudah tidak ada karena meninggal, cerai dan lain-lain sehingga tinggal bapak dan anak. Rata-rata peserta PKH mengetahui ada persyaratan bila mengambil dana per triwulan.

Peserta yang mengetahui ada persyaratan saat mengambil dana bantuan mencapai 71,57 persen dari total rumahtangga miskin. Total Peserta yang tidak mengetahui ada peserta masih cukup besar yaitu sekitar 28,4 persen. Kabupaten Jember merupakan peserta PKH yang tidak mengetahui adanya persyaratan yaitu 42,91 persen atau sebanyak 6.274 peserta. Peserta yang tidak mengetahui

persyaratan kemungkinan disebabkan tidak ikut dalam pertemuan awal, tidak memperhatikan persyaratan yang ditentukan, tidak peduli dan lain sebagainya. Peserta tidak khawatir karena mereka akan dibantu oleh pendamping bila ada persyaratan yang harus dipenuhi dalam pengambilan dana. Pendamping yang merupakan pegawai outsourcing yang juga memiliki kepentingan bila diwilayahnya mengalami hambatan dalam pencairan dana. Biasanya pendamping akan mencarikan jalan keluar kepada penerima PKH untuk mengambil dana PKH.

Kepemilikan dan Pemanfaatan Kartu Peserta Program Keluarga Harapan

Kepemilikan kartu JAMKESMAS selain kartu PKH menunjukkan masih terdapat tidak adanya koordinasi antara Dinas Sosial dengan Dinas Kesehatan masing-masing Kabupaten / Kota. Lemahnya koordinasi paling besar terdapat di Kota Gorontalo dan Kabupaten Gunung Kidul yaitu lebih dari 91 persen rumahtangga miskin sampel penerima PKH juga memiliki kartu JAMKESMAS. Dan yang lainnya kepemilikan kartu lebih dari satu, rata-rata lebih dari 50 persen. Dalam ketentuan pedoman umum PKH 2010, bahwa pemilik kartu PKH berlaku sebagai kartu JAMKESMAS, dan tidak sebaliknya.

Lemahnya koordinasi kedua instansi Pemda itu terlihat dari temuan dilapang yaitu masih banyak Puskesmas atau pelayan kesehatan (bidan) tidak mengetahui bahwa kartu PKH juga berlaku sebagai kartu JAMKESMAS. Disisi lain, penerima PKH juga



khawatir bila tidak memiliki kartu JAMKESMAS tidak akan dilayani oleh Puskesmas atau pelayan kesehatan. Kepemilikan dua kartu tersebut juga dialami oleh peserta karena penerima PKH sudah lebih dahulu menjadi peserta JAMKESMAS.

Sebanyak 74,5 persen peserta PKH tidak mengetahui bahwa kartu PKH juga berlaku sebagai kartu JAMKESMAS. Peserta yang tidak tahu kartu PKH memiliki fungsi lain paling banyak ditemukan di Kota Medan sebanyak 82,1 persen dan Kabupaten Pesisir Selatan sebanyak 80,5 persen. Ketidaktahuan fungsi lain dari kartu PKH di kota Medan disebabkan sosialisasi yang kurang optimal dari UPPKH dan pendamping. Hal yang menarik ditemukan di Kabupaten Pesisir Selatan, kepala nagari dan warga sepakat bahwa masyarakat diwilayahnya tidak diperkenankan memperoleh lebih dari satu bantuan. Bila sudah menerima bantuan PKH, maka peserta PKH tidak diperkenankan menerima program seperti JAMKESMAS dan Raskin.

Secara umum pendistribusian kepemilikan kartu PKH mulai dari UPPKH Propinsi, UPPKH Kabupaten/ Kota, Pendamping dan Dinas Sosial terkait dengan penerima PKH sudah baik. Hal ini terlihat dari tidak begitu besar pungli yang dilalukan oleh oknum-oknum tertentu. Sebanyak 86,8 persen respon tidak dikenakan pungutan saat memperoleh kartu PKH. Walaupun masih ada yang membayar, sifatnya sosial karena sudah dibantu untuk memperoleh kartu PKH dan tidak memberatkan peserta.

Biasanya pungutan tersebut diberikan kepada ketua RT atau ketua

RW setempat sebagai pengganti transport (51,2 persen), iuran desa sebanyak 30,4 persen dan lainnya untuk administrasi dan tambahan dana pendamping. Ada hal yang menarik di kota Kupang, pungutan yang dilakukan cukup tinggi dibandingkan daerah-daerah lain. Pungutan ini diberikan kepada oknum-oknum yang sudah berjasa 'menggolkan' warga yang layak atau tidak layak untuk memperoleh PKH. Khusus kota Kupang, pemberian PKH memiliki sensitivitas yang tinggi. Program tersebut memunculkan ketidakadilan antara siapa yang berhak atau tidak berhak menerima bantuan.

Untuk menjadi peserta PKH selalu diikuti atau diwajibkan mengikuti pertemuan awal yang merupakan salah satu bentuk sosialisasi dari program tersebut. Dalam pertemuan awal dijelaskan kepada calon penerima PKH tentang hak dan kewajiban yang harus dipenuhi. Bila kewajiban tidak dipenuhi, peserta akan mendapatkan sanksi berupa pemotongan dana bantuan. Berdasarkan hasil survei menunjukkan hampir semua peserta PKH (94,75 persen) mengikuti pertemuan awal. Sedangkan lainnya sebanyak 5,25 persen tidak mengikuti pertemuan awal karena sakit, tidak ingat, bekerja, dan lain sebagainya.

Alasan peserta PKH yang telah dikemukakan sebelumnya karena tidak mengikuti pertemuan awal dapat dilihat pada tabel berikut ini. Salah satu persyaratan penerima atau menjadi peserta PKH adalah mengikuti pertemuan awal. Pertemuan awal merupakan penjelasan tentang hak dan kewajiban dari peserta PKH dalam menerima manfaat atau bantuan bersyarat. Berdasarkan temuan



dilapang (tabel 3) lebih dari 94 persen penerima PKH mengikuti pertemuan awal, sedangkan yang tidak ikut rata-

rata memiliki alasan karena sakit, lupa, tidak dapat undangan dan sedang bekerja.

Tabel 4. Alasan Peserta PKH tidak mengikuti pertemuan awal PKH

Kabupaten / Kota	Ikut		Sakit		Lupa		Tidak Dapat Undangan		Bekerja		Lainnya		Total	
	Jumlah	(%)	Jumlah	(%)	Jumlah	(%)	Jumlah	(%)	Jumlah	(%)	Jumlah	(%)	Jumlah	(%)
Kota Medan	28.517	91.07	321	1.11	1.527	5.28	321	1.11	80	0.28	161	0.56	29.827	100
Kab. Pasor Selatan	14.616	95.18	248	1.61	88	0.65	50	0.32	249	1.61	60	0.45	15.380	100
Kab. Bangor	2.629	98.14	24	0.93	8	0.21	8	0.21	0	0.00	8	0.21	2.577	100
Kab. Gunung Kidul	5.883	95.23	87	1.43	0	0.00	65	0.91	21	0.30	67	0.54	6.092	100
Kab. Jember	14.240	98.08	28	0.18	28	0.19	188	1.15	29	0.19	29	0.19	14.620	100
Kota Kupang	1.354	97.01	21	1.48	0	0.00	10	0.75	0	0.00	10	0.75	1.385	100
Kab. Banjar	3.942	95.35	54	1.33	0	0.00	95	2.33	0	0.00	0	0.00	4.092	100
Kota Gorontalo	2.693	97.12	32	1.15	0	0.00	24	0.86	0	0.00	16	0.50	2.779	100
Total	71.898	94.75	816	1.07	1.662	2.19	732	0.96	386	0.52	379	0.50	75.842	100

Sumber: Hasil survei, diolah, 2011

Seperti yang telah dikemukakan pada tabel sebelumnya, dalam pertemuan awal biasanya diikuti dengan sosialisasi tentang gambaran umum dan khusus tentang PKH. Karena calon peserta belum menerima dana bantuan, maka hampir seluruh peserta PKH mengikuti sosialisasi yang dilakukan UPPKH, pendamping dan Dinas Sosial. Adapun peserta yang memperoleh sosialisasi sekitar 93,88 persen dan sisanya tidak ikut karena alasan yang hampir sama dengan pertemuan awal yaitu alasan karena sakit, lupa, tidak dapat undangan dan sedang bekerja.

Dalam pertemuan awal dan sosialisasi yang dilaksanakan oleh UPPKH, Pendamping dan Dinas Sosial selalu dijelaskan tentang hak dan kewajiban penerima PKH. Bila kewajiban sebagian atau seluruhnya tidak dipenuhi oleh peserta PKH, maka konsekuensinya adalah akan dikenakan sanksi. Sekitar 88,03 persen dari seluruh rumahtangga miskin mengetahui ada sanksi bila kewajiban peserta PKH tidak dilaksanakan. Peserta Kabupaten Gunung Kidul sebanyak 28,2 persen dari seluruh rumahtangga miskin Kabupaten

Gunung Kidul tidak mengetahui adanya sanksi karena sebagian besar tidak tahu baca tulis dan sering bergantung kepada pendamping terhadap seluruh persyaratan-persyaratan yang ditetapkan dalam program. Sanksi yang akan dikenakan terhadap peserta PKH, bila tidak memenuhi sebagian atau seluruh kewajiban antara lain: (i) pemotongan dana bantuan, (ii) penangguhan sementara bantuan, dan (iii) pembatalan.

Peserta PKH yang sedang hamil, menyusui dan memiliki anak dibawah lima tahun (balita) diwajibkan melakukan pemeriksaan kesehatan ibu dan anak agar dapat diketahui perkembangan janin dan anak apakah ada gangguan atau tidak. Berdasarkan hasil survei lapang ditemukan sekitar 36,49 persen rumahtangga miskin jarang / tidak melakukan pemeriksaan kesehatan, sedangkan sebanyak 63,51 persen telah melakukan pemeriksaan kesehatan secara berkala ke tempat pelayanan kesehatan disekitar tempat tinggal peserta PKH.

Berbagai kendala yang dihadapi peserta PKH yang sedang hamil, menyusui atau memiliki anak



balita tidak melakukan pemeriksaan kesehatan disebabkan sulitnya ketersediaan transportasi, pos pelayanan kesehatan (PPK) jauh dari tempat tinggal, merasa tidak perlu karena penyakit yang dialami dapat sembuh secara alamiah. Selain itu juga

rumahtangga miskin tidak memiliki biaya untuk melakukan pemeriksaan kesehatan. Namun hal yang menarik dari survei lapang adalah sekitar 43 persen rumahtangga miskin takut untuk melakukan pemeriksaan kesehatan di PPK.

Kabupaten / Kota	Bila Tidak, alasan utama nya										Total			
	PPK jauh		Kesulitan Transportasi		Merasa Tidak Perlu		Tidak Punya Biaya		Memilih ke Pengobatan Tradisional		Lainnya		Jml	%
	Jml	%	Jml	%	Jml	%	Jml	%	Jml	%	Jml	%		
Kota Medan	321	2.2%	7,312	50.0%	884	6.0%					5,107	41.8%	14,624	100%
Kab. Pesisir Selatan	149	1.7%	545	6.3%	4,081	47.0%	243	2.8%	50	0.6%	3,617	41.6%	8,684	100%
Kab. Bogor			136	33.3%	8	2.0%	16	3.9%			248	60.8%	408	100%
Kab. Gunung Kidul	268	7.7%	903	26.0%	209	6.0%	82	2.4%	34	1.0%	1,973	56.9%	3,468	100%
Kab. Jember	140	3.3%	588	13.7%	1,400	32.7%	140	3.3%	56	1.3%	1,961	45.6%	4,285	100%
Kota Kupang			52	12.5%	156	37.5%	42	10.0%			167	40.0%	417	100%
Kab. Banjar	54	4.3%	109	8.6%	653	51.6%	41	3.2%			408	32.3%	1,264	100%
Kota Gorontalo	56	9.0%	40	6.4%	392	62.8%	24	3.8%	32	5.1%	80	12.8%	625	100%
Total	989	2.9%	9,685	28.7%	7,783	23.0%	587	1.7%	172	0.5%	14,559	43.1%	33,775	100%

Sumber: Hasil survei, diolah, 2011.

Dalam pelaksanaan PKH, peran pendamping sangat vital dan strategis membantu peserta PKH yang masuk dalam RTSM. Peranan itu seperti melakukan pemberitahuan kepada ibu-ibu penerima PKH yang sedang hamil untuk memeriksa kandungan. Bila anak balita, maka pendamping memberi tahu agar anak balita tersebut diberikan imunisasi dan pemeriksaan kesehatan lainnya ke pos pelayanan kesehatan (PPK) di wilayah tinggal peserta PKH. Selain itu, Pendamping juga melakukan monitoring kepada PPK melalui petugas puskesmas atau bidan apakah peserta PKH sudah melakukan pemeriksaan kesehatan. Terhadap sekolah dasar dan SMP, Pendamping juga menyampaikan kepada Kepala Sekolah bukti kehadiran (absensi) anak dari peserta PKH.

Berdasarkan hasil survei lapang, sekitar 77,11 persen rumahtangga miskin menyatakan bahwa pendamping tidak banyak membantu

penerima PKH tentang hak dan kewajibannya. Walaupun pendamping sudah melakukan tugas pokok yang diberikan UPPKH, namun ketidakpuasan dari penerima PKH masih tinggi. Selain itu, penerima PKH tidak memerlukan bantuan yang diberikan oleh Pendamping seperti proses verifikasi dan pembayaran dana bantuan.

D. PENUTUP

Kesimpulan

Dari hasil pembahasan yang telah disajikan pada bab sebelumnya, dapat disimpulkan beberapa hal sebagai berikut:

- Dalam pelaksanaannya PKH menimbulkan masalah baru bagi daerah penerima PKH. Untuk memperoleh PKH beberapa masyarakat di Kota Kupang dengan sengaja hamil sebagai salah satu persyaratan PKH. Hal ini mengakibatkan verifikator PKH tidak memiliki kuasa untuk tidak



- menyetujui ibu yang hamil sebagai calon penerima PKH.
- Program ini dapat diterima oleh masyarakat karena lebih transparan dan akuntabel dibandingkan program lainnya. Namun, tidak semua daerah-daerah yang menjadi basis kantong miskin dapat memperoleh PKH. Padahal, daerah yang memiliki kantong miskin masih dalam satu kabupaten/kota.
 - Pengambilan dana PKH diambil oleh pemilik kartu setelah melalui proses verifikasi. Namun, hasil survei menunjukkan 10,72 persen dana PKH diambil oleh orang yang bukan peserta PKH atau diambil orang lain. Hal ini terbukti banyak nama yang tertera di kartu PKH, namun bukan atas nama peserta PKH asli. Dan yang paling mengejutkan adalah ditemukannya nama kartu PKH berjenis kelamin laki-laki dan tidak memiliki hubungan kekeluargaan dengan penerima PKH.
 - Hasil survei menunjukkan 13,02 persen dari peserta PKH perlu membayar untuk mendapatkan kartu peserta PKH. Pungutan tersebut sifatnya sosial karena peserta PKH merasa sudah dibantu untuk memperoleh kartu kepesertaan, dan jumlahnya juga tidak memberatkan peserta PKH. Pungutan ini diberikan kepada Ketua RT/RW setempat sebagai pengganti transport (sebanyak 51,2 persen), untuk iuran desa sebanyak 30,4 persen dan untuk administrasi lainnya maupun tambahan dana pendamping. Di kota Kupang, pungutan yang dilakukan cukup tinggi dibandingkan daerah-daerah lain. Pungutan ini diberikan kepada oknum-oknum yang sudah berjasa "menggolkan" warga yang layak ataupun tidak layak untuk memperoleh PKH, sehingga pemberian PKH memiliki sensitivitas yang sangat tinggi. Pada akhirnya program tersebut memunculkan ketidakadilan antara siapa yang berhak atau tidak berhak menerima bantuan.
 - Hasil survei menunjukkan pendamping dalam PKH tidak berjalan efektif. Sebanyak 77,11 persen rumahtangga miskin menyatakan bahwa pendamping tidak banyak membantu penerima PKH tentang hak dan kewajibannya.
 - Hasil survei menunjukkan peserta PKH masih menghadapi kesulitan dalam melakukan pemeriksaan kesehatan. Penyebabnya karena 28,7 persen menyatakan kesulitan transportasi, 23,0 persen merasa tidak perlu memeriksakan karena penyakit yang dialami dapat sembuh secara alamiah, dan yang paling menarik 43,1 persen menyatakan takut untuk melakukan pemeriksaan kesehatan pada PPK.
 - Hasil survei menunjukkan bahwa pelaksanaan PKH mempunyai dampak kurang positif terutama pemahaman oleh rumahtangga sangata miskin (RTSM). Karena PKH adalah program bantuan sosial dengan persyaratan, yaitu penerima PKH adalah ibu hamil dan/atau punya anak balita, sehingga RTSM mengharapkan dapat PKH dengan menambah kehamilan lagi meskipun sudah mempunyai banyak anak.
 - Hasil survei juga menunjukkan bahwa pemegang kartu PKH tidak



otomatis bisa memeriksakan kesehatan di PPK. Hal ini menunjukkan bahwa sosialisasi oleh UPPKH dan pendamping belum berjalan secara efektif bahwa pemilik kartu PKH dapat mengakses pelayanan Jamkesmas.

Rekomendasi

Target sasaran PKH sebaiknya dibatasi dengan angka kelahiran anak misalnya maksimal dua untuk kategori RSTM. Bila hal ini dibiarkan akan memunculkan banyaknya penerima PKH dengan motivasi yang tidak sejalan dengan tujuan program. Hal lain adalah nama kartu di PKH tidak diperkenankan nama laki-laki kecuali penerima PKH telah meninggal dunia. Pengambilan dana hanya diberikan kepada yang berhak dan tidak memberikan toleransi kepada orang atau keluarga lain untuk mengambil dana, kecuali memiliki surat kuasa yang dapat dipertanggungjawabkan.

PKH merupakan program yang layak dipertahankan dan ditingkatkan karena transparan dan akuntabel dalam perencanaan, pelaksanaan, dan pengawasannya seperti adanya persyaratan bagi calon penerima PKH, verifikasi untuk memperoleh PKH, adanya pendampingan untuk penerima PKH, mekanisme pencairan dana PKH dan monitoring secara berkala terhadap penerima PKH. Oleh karena itu, perlu ditingkatkan sosialisasi program di beberapa daerah yang sudah dan belum menerima PKH. Selain itu, perlu disosialisasikan secara luas bahwa kartu PKH berlaku sama dengan kartu Jamkesmas. Dengan kata lain, penerima PKH juga berhak mengakses kesehatan di PPK.

Peningkatan kualitas SDM bagi

pendamping perlu ditingkatkan agar penerima PKH memahami bahwa dana yang diterima dapat digunakan untuk belanja kebutuhan dasar seperti makanan dan transportasi. Pendamping harus dijadikan mitra bagi UPPKH masing-masing daerah.

Dari manapun sumber data yang akan digunakan sebenarnya tidak terlalu bermasalah, sepanjang dasar penetapannya harus melalui kriteria yang rasional dan obyektif. Penetapan data masyarakat miskin sangat penting, apabila merujuk pada ketentuan pemerintah bahwa kriteria rumahtangga miskin dan tidak mampu berlaku harus sama di Pemerintah Pusat maupun di Pemerintah Daerah.

Koordinasi strategis antar instansi seperti BPS, BKKBN, KEMENSOS dan KEMENKES untuk mensinergikan definisi, konsep dan indikator kemiskinan dalam rangka mewujudkan *Unified Database* rumahtangga. Keakuratan data merupakan kunci untuk mengevaluasi efektivitas dan efisiensi program bantuan sosial. Oleh karena itu, akurasi data sangat terkait dengan penentuan alokasi anggaran dan target sasaran. Hal tersebut penting untuk menentukan kuota peserta program yang menjadi beban Pemerintah Pusat, Pemprov maupun Pemkab/kota. Untuk itu, Dinas Sosial/Kesehatan harus memverifikasi atau menertibkan terlebih dahulu database rumahtangga miskin penerima program bantuan sosial.

Program ini diperluas ke daerah-daerah kantong miskin sesuai data Susenas terkini. Sosialisasi diperluas ke setiap daerah dalam berbagai tingkatan provinsi, kabupaten / kota dan juga desa-desa. Terkait dengan hal



penerapan PKH di lapangan, maka ada beberapa usulan teknis berupa hal berikut (i) harus ada kendali lebih dalam penanganan peserta, (ii) perlu ada standar mengenai kendali mutu, misalnya standar ISO 2000, (iii) kontrol sumber daya lebih ketat dengan pemberian sanksi apabila ketahuan memungut biaya, (iv) perlu ada *updating* data secara berkelanjutan, (v) seleksi sumber daya, internal control dan pendirian meja pengaduan, (vi) ada pengecekan kartu untuk peserta, dan (vii) percepatan pelayanan, perluasan ruang tunggu, perbaikan administrasi dan penyuluhan dokter.

DAFTAR PUSTAKA

- _____, (2003), "Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2003 Tentang Keuangan Negara".
- Arif, Sirojuddin, Muhammad Syukri, Widjajanti Isdijoso, Meuthia Rosfadhila, Bambang Soelaksono, (2010), "*Are Conditions Pro-Women? A Case Study of a Conditional Cash in Indonesia*". The SMERU Research Institute, Jakarta, December 2010
- Badan Kebijakan Fiskal, (2011), "*Laporan Akhir 2011: Tim Kajian Bantuan Sosial*". Pusat Kebijakan APBN, BKF, Kementerian Keuangan.
- Badan Pusat Statistik, (2009), "*Survei Sosial Ekonomi Nasional 2008*", Jakarta.
- Bappenas, (2009), "*Laporan Akhir Evaluasi Program Perlindungan Sosial: Program Keluarga Harapan 2009: Deteksi Dini Dampak PKH terhadap Kesehatan dan Pendidikan*", Direktorat Perlindungan dan Kesejahteraan Masyarakat.
- Bappenas, (2010), "*Kajian (spot check) Pelaksanaan Program Keluarga Harapan 2007-2009*". Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia untuk Bappenas dan World Bank, 22 Juli 2010.
- Dunn, William N, (2000), "*Pengantar Analisis Kebijakan Publik*". Gadjah Mada University Press, Edisi Kedua, Yogyakarta
- Gertler P, (2005), "The Impact of Conditional Cash Transfer on Human Development Outcomes, *A Review of Evidence from PROGRESA in Mexico and Some Implications for Policy Debates in South and Southern Africa*. South African Regional Poverty Network.
- Hutagalung, Stella A., Sirojuddin Arif, and Widjajanti I. Suharyo (2009). 'Problems and Challenges for the Indonesian Conditional Cash Transfer Program-Program Keluarga Harapan (PKH)'. *SMERU Working Paper*. Jakarta: The SMERU Research.
- Kementerian Sosial, (2010), "*Pedoman Umum Program Keluarga Harapan (PKH)*", Jakarta.
- Kementerian Sosial, (2010), "*Pedoman Operasional Kelembagaan PKH Daerah*", Jakarta.
- Kementerian Sosial, (2010), "*Buku Kerja Pendamping PKH*", Jakarta.
- Kementerian Sosial, (2010), "*Pedoman Operasional PKH Bagi*



- Pemberi Palayanan Pendidikan", Jakarta.
- Kementerian Sosial, (2010), *Pedoman Operasioanl Sistem Informasi Manajemen (SIM PKH) Kabupaten/Kota*, Jakarta.
- Maluccio J, Flores R. (2004), "Impact Evaluation of a Conditional Cash Transfer Program: The Nicaraguan Red de ProtecciÛn Social". *FCND Discussion Paper*. IFPRI: Washington D.C. 2004.
- Musgrave and Musgrave, (1980), "*Public Finance in Theory and Practice*". McGraw-Hill Book Company, Third Edition, New York.
- Neilsen, Mette E and Pedro Olinto, (2007), "Do Conditional Cash Transfers Crowd Out Private Transfers? Evidence from Randomized Trials in Honduras and Nicaragua". *Working Paper* World Bank.
- Nugroho D, Riant, (2003), "*Kebijakan Publik: Formulasi, Implementasi dan Evaluasi*". Elex Media Komputindo. Jakarta.
- Parsons, Wayne, (2005), *Public Policy: Pengantar Teori dan Praktik Analisis Kebijakan*. Prenada Media, Jakarta.
- Soares, Fabio Veras and Elydia Silva, (2010), "Conditional Cash Transfer Programmes And Gender Vulnerabilities: Case Studies of Brazil, Chile and Colombia". *Working Paper number 69, September 2010*, International Policy Centre for Inclusive Growth.
- Sugiarto, Tedy Herlambang, Brastoro, Rachmat Sudjana dan Said Kelana, (2002), "*Ekonomi Mikro: Sebuah Kajian Komprehensif*". Gramedia Pustaka Utama, Edisi Kedua, Jakarta.
- Syukri, Muhammad, Sirojuddin Arif, Meuthia Rosfadhilla, and Widjajanti Isdijoso (2010), "Making the best of all resources: how Indonesian household recipients use the CCT allowance". *IDS Bulletin 41 (4): 84-94*. The SMERU Research Institute-Indonesia.
- Van De Walle, D and Kimberly Nead, (1995), "*Public Spending and the Poor: Theory and Evidence*". *A World Bank Book*, The John Hopkins University Press, Baltimore, USA.
- Tenrini, Rita Helbra, (2012), "Pengaruh Program Bantuan Sosial PKH, Jamkesmas dan Raskin Terhadap Pengentasan Kemiskinan Indonesia". *Jurnal Keuangan Moneter Vol. 15/No.1/2012*, Badan Kebijakan Fiskal, Jakarta.
- World Bank, (2013), "*Public Expenditure & Capacity Harmonization: Ikhtisar Analisis Belanja Publik*". Jakarta.