

INTEGRASI PENANGGULANGAN KEMISKINAN MELALUI PROGRAM KELUARGA HARAPAN¹

Badrun Susantyo dan Togiartua Nainggolan

Pusat Penelitian dan Pengembangan Kesejahteraan Sosial, Kementerian Sosial RI

Jl. Dewi Sartika No. 200, Cawang III, Jakarta Timur, Telp. 021-8017146

besusantyo@yahoo.com

Abstract

The World Bank has declared that Family Hope Program is one of the most effective poverty reduction programs in Indonesia. This statement suggests that the integration of poverty reduction programs into one program is a necessity. This inevitability can be achieved by taking into account several matters, as policy choices. Some of these options are based on research findings. The policy options are accuracy of data, expansion of beneficiary, complementary programs, the scheme of assistance, guarding, family development sessions, and gender bias. To strengthen the program, there are points to pay attention that the policy has to: (1) ensure the intervention target is parallel with the program; (2) ensure that Family Hope Program be strengthens family functions to increase family productivity; and (3) integrate with the other social protection program.

Keywords: *Hope Family Program; CCT; Data Accuracy; Gender Bias; Social Protection*

1. PENGANTAR

Kemiskinan, sebuah masalah klasik yang memiliki kompleksitas tinggi, dialami oleh hampir semua Negara di dunia. Negara makmur dan kaya sekalipun, akan berurusan dengan masalah kemiskinan. Kemiskinan selalu diiringi dengan ketimpangan, ketidakmerataan, ketidak keadilan sosial beserta permasalahan sosial lanjutan sebagai relasi maupun produk lanjutan dari kemiskinan. Tidak terkecuali Indonesia.

Kemiskinan dapat dimaknai sebagai ketidaksetaraan kesempatan untuk mengakumulasi basis kekuasaan sosial. Basis kekuasaan sosial meliputi: (1) Modal produktif atau aset (tanah, perumahan. alat produksi. kesehatan); (2) Sumber keuangan (pekerjaan, kredit); (3) Organisasi sosial

dan politik yang dapat digunakan untuk mencapai kepentingan bersama (koperasi, partai politik, organisasi sosial); (4) Jaringan sosial untuk memperoleh pekerjaan, barang, dan jasa; (5) Pengetahuan dan keterampilan, dan (6) Informasi yang berguna untuk kemajuan hidup (Friedman, dalam Suharto *et al.*, 2004).

Cox (2004) membagi kemiskinan ke dalam beberapa dimensi: (1) kemiskinan yang diakibatkan globalisasi. (2) kemiskinan yang berkaitan dengan pembangunan, meliputi; kemiskinan subsisten (kemiskinan akibat rendahnya pembangunan), kemiskinan pedesaan (kemiskinan akibat peminggiran pedesaan dalam proses pembangunan), dan kemiskinan perkotaan (kemiskinan yang disebabkan oleh hakekat

¹ Artikel ini ditulis berdasarkan temuan penelitian tentang Upaya Percepatan Penanggulangan Kemiskinan Melalui Program Keluarga Harapan: Studi di Empat Daerah di Indonesia Tahun 2016. Tim Peneliti: Togiartua Nainggolan, Badrun Susantyo, Suyanto dan Hemat Sitepu. Pusat Penelitian dan Pengembangan Kesejahteraan Sosial, Kementerian Sosial RI.

dan kecepatan pertumbuhan perkotaan. (3) kemiskinan sosial, yakni kemiskinan yang dialami oleh perempuan, anak-anak, dan kelompok minoritas; dan (4) kemiskinan konsekuensial, yakni kemiskinan yang terjadi akibat kejadian-kejadian lain atau faktor-faktor eksternal di luar si miskin, seperti konflik, bencana alam, kerusakan lingkungan, dan tingginya jumlah penduduk.

Sejalan dengan pendapat di atas, Suharto *et al.* (2004), menjelaskan bahwa kemiskinan memiliki berbagai dimensi: (1) Ketidakmampuan memenuhi kebutuhan konsumsi dasar (pangan, sandang dan papan; (2) Tidak adanya akses terhadap kebutuhan hidup dasar lainnya (kesehatan, pendidikan, sanitasi, air bersih dan transportasi; (3) Tidak adanya jaminan masa depan (karena tiadanya investasi untuk pendidikan dan keluarga; (4) Kerentanan terhadap guncangan yang bersifat individual maupun massa; (5) Rendahnya kualitas sumberdaya manusia dan keterbatasan sumber alam; (6) Tidak dilibatkannya dalam kegiatan sosial masyarakat; (7) Tidak adanya akses terhadap lapangan kerja dan mata pencaharian yang berkesinambungan; (8) Ketidakmampuan untuk berusaha karena cacat fisik maupun mental; serta (9) Ketidakmampuan dan ketidakberuntungan sosial (anak terlantar, wanita korban tindak kekerasan rumah tangga, janda miskin. kelompok marjinal dan terpencil).

Pendapat Cox (2004) dan Suharto *et al.* (2004) di atas mengacu pada kemiskinan struktural. Alternatif pemecahan masalah kemiskinan struktural ini bisa dilakukan dengan memperbaiki ketimpangan yang ada, yaitu dengan mendorong lebih cepat lagi golongan yang tertinggal dengan memberikan masukan atau akses yang lebih

besar terhadap sumber-sumber ekonomi dan potensi keterampilan yang ada. Hal ini berarti golongan bawah bisa menikmati “injeksi ekstra” dan suatu kebijakan, sehingga bisa mengikuti dinamika percepatan tumbuh dan golongan yang maju. Dengan demikian, golongan bawah tersebut dapat menikmati atau memperoleh bagian yang wajar dan proses pembangunan. Lebih dari itu, perlu diciptakan mekanisme “*recycling surplus*” yang terjadi pada golongan yang maju kepada golongan yang lebih lemah, sehingga terjadi pertumbuhan yang bersifat produktif. Oleh karena itu, dalam kerangka perencanaan pembangunan, upaya penanggulangan kemiskinan perlu ditempatkan dalam bingkai proses perubahan struktur (transformasi struktural) yang sedang berlangsung dalam masyarakat sebagai hasil dari pembangunan (Sumodiningrat, Santosa & Maiwan 1999).

Badan Pusat Statistik (2018) dalam rilisnya menyebutkan bahwa pada bulan Maret 2018, jumlah penduduk miskin (penduduk dengan pengeluaran per kapita per bulan di bawah Garis Kemiskinan) di Indonesia mencapai 25,95 juta orang (9,82 persen), berkurang sebesar 633,2 ribu orang dibandingkan dengan kondisi September 2017 yang sebesar 26,58 juta orang (10,12 persen). BPS menggunakan konsep kemampuan memenuhi kebutuhan dasar (*basic needs approach*). Dengan pendekatan ini, kemiskinan dipandang sebagai ketidakmampuan dari sisi ekonomi untuk memenuhi kebutuhan dasar makanan dan *non* makanan yang diukur dari sisi pengeluaran.

Salah satu kebijakan penanggulangan kemiskinan yang diterapkan Pemerintah Indonesia adalah melalui Bantuan Tunai Bersyarat (*Conditional Cash Transfers--*

CCT). CCT diadopsi oleh banyak negara dalam dekade terakhir (Fiszbein & Schady, 2009). Program ini bertujuan memberikan bantuan untuk membiayai kebutuhannya, namun penerimaannya mensyaratkan perilaku tertentu, seperti kehadiran sekolah secara rutin/teratur atau memanfaatkan pelayanan kesehatan dasar.

Benerje dan Duflo (2012) menyatakan banyak sekali bukti yang menunjukkan bahwa rumah tangga terbatas pengetahuannya mengenai tindakan yang semestinya diambil, maka program sosial yang mendorong mereka melakukan tindakan yang tepat akan mendorong perbaikan kesejahteraan. Menargetkan kemanfaatan secara langsung bagi populasi yang amat miskin, program semacam ini dimaksudkan untuk mengurangi kemiskinan saat ini melalui kemanfaatan moneter dan menyentuh langsung kebutuhan nyata (*in-kind*) sebagaimana halnya mereduksi tingkat kemiskinan di masa depan, memperkuat investasi dalam pendidikan, kesehatan, dan gizi.

Bagi Indonesia program ini dikenal dengan nama Program Keluarga Harapan (PKH). PKH merupakan salah satu upaya pemerintah dalam mengembangkan sistem perlindungan sosial dan strategi intervensi pengentasan kemiskinan di Indonesia yang dimulai sejak tahun 2007. Salah satu tahapan penting dalam program ini adalah transformasi. Strategi transformasi kepesertaan PKH memiliki tujuan untuk (1) meminimalisir dampak psikologis peserta setelah tidak lagi menerima bantuan; (2) memastikan aspek keberlanjutan aspek perubahan akan perubahan perilaku positif dalam bidang pendidikan dan kesehatan; dan (3) memastikan terjadinya peningkatan

kesejahteraan sosial ekonomi keluarga secara berkelanjutan.

Sebagai strategi penanggulangan kemiskinan, PKH belum seutuhnya melakukan intervensi yang komprehensif pada aspek makanan dan non makanan yang dijadikan tolok ukur kemiskinan itu. Intervensi yang dilakukan PKH terbatas pada aspek non makanan (itu pun hanya pendidikan dan kesehatan). Masih ada aspek kemiskinan *non* makanan yang belum diintervensi seperti perumahan dan sandang. Sementara komponen kemiskinan makanan tidak diintervensi secara eksplisit oleh PKH.

Harus diakui, saat ini memang sudah banyak peserta PKH yang memperoleh bantuan makanan dan non makanan sekaligus, seperti halnya; bantuan beras sejahtera (Rastra), bantuan rumah tidak layak huni (Rutilahu) dan lain-lain, namun hal ini tidak menjadi bagian integral dari desain PKH sehingga disebut sebagai bagian dari komplementaritas PKH. Kesemua program tersebut merupakan bagian dari sinergitas dan komplementaritas program yang pengendaliannya berada di luar kelembagaan PKH, sehingga efektivitasnya sulit dicapai secara maksimal.

2. PILIHAN KEBIJAKAN

Perjalanan PKH yang sudah menyentuh dasa warsa pertama, diakui telah banyak memberikan manfaat bagi para pesertanya, Keluarga Penerima Manfaat (KPM). Bukan pengentasan kemiskinan, namun paling tidak, para peserta telah terbantu dalam hal pengeluaran rumah tangga. Khususnya pengeluaran untuk pendidikan dan kesehatan dasar. Bahkan banyak KPM juga mendapatkan bantuan beras untuk

pemenuhan kebutuhan pangan harian, juga perbaikan sarana dan prasarana lingkungan. Dari temuan penelitian, kemanfaatan PKH masih mungkin untuk dioptimalkan dengan beberapa pilihan kebijakan berikut ini.

2.1. Perluasan Intervensi

Kemiskinan yang secara eksplisit diintervensi oleh PKH adalah kemiskinan *non* makanan (pendidikan dan kesehatan). Masih ada aspek kemiskinan *non* makanan lain yang belum diintervensi seperti perumahan dan sandang. Sebagaimana disebutkan sebelumnya bahwa saat ini memang sudah banyak peserta PKH yang memperoleh bantuan makanan dan *non* makanan sekaligus yang berupa bantuan rastra, rutilahu, dan lain-lain namun hal ini tidak menjadi bagian integral dari desain PKH sehingga disebut sebagai bagian dari komplementaritas PKH. Pengendalinya berada di luar kelembagaan PKH sehingga efektivitasnya sulit dicapai. Ini berarti bahwa sebagai strategi penanggulangan kemiskinan, PKH belum seutuhnya melakukan intervensi yang komprehensif pada aspek makanan dan *non* makanan yang dijadikan tolok ukur kemiskinan itu.

Bagi kelompok PKH transisi yang menerima KUBE, terlihat bahwa mereka memperoleh pemberdayaan ekonomi keluarga. Namun masalahnya sama dengan rastra. Selain pengelolaannya yang berada di luar kelembagaan PKH, mereka tidak semua memperoleh KUBE PKH. Persoalan ini menjadi kasus tersendiri, terutama dalam mempersiapkan kelompok transisi jika bantuannya akan diakhiri suatu saat.

Dengan demikian, pihak penyelenggara perlu mempertajam konsistensi program, yaitu antara (a) ide/ gagasan dasar, (b)

kebijakan, (c) yang kemudian dirumuskan menjadi program; (d) hingga konsistensi dalam implementasi dalam bentuk kegiatan di lapangan.

Walaupun PKH hanya membantu aksesibilitas layanan pendidikan dan kesehatan bagi keluarga, namun mempunyai dampak bagi ekonomi keluarga walau efeknya terlihat kecil, sekitar 2% (Nainggolan, 2012). Peningkatan ekonomi ini sekadar bonus dari program PKH. Jika sinergi demikian bisa terwujud, proses pengembangan sosial dalam kerangka pemberdayaan masyarakat segera terwujud (Susantyo, 2007).

2.2. Tingkatkan Akurasi Data

Akurasi data warga miskin (penerima bantuan PKH) perlu senantiasa perbaikan. Hal ini penting mengingat kenyataan di lapangan menunjukkan masih banyak keluhan warga tentang ketepatan sasaran penerima manfaat. Kasus *exclusion and inclusion error* masih terjadi. Akibatnya pengelola program di lapangan sering menjadi sasaran kekecewaan, bahkan kemarahan pihak-pihak tertentu. Pendamping PKH sebagai ujung tombak program di lapangan senantiasa berusaha memberikan penjelasan secara normatif namun warga tetap mempermasalahkannya.

Kedaulatan warga atas dirinya sendiri perlu dihargai dengan mengembalikan proses pendataan atau pemeringkatan kemiskinan kepada mereka sebagaimana dijelaskan oleh Anam (2014). Proses ini dapat ditempuh dengan 2 cara yaitu (a) mulai dari awal warga atau perwakilan warga menyepakati definisi operasional kemiskinan, menyusun indikator hingga pendataan untuk selanjutnya diadakan uji publik atas hasil

pendataan; (b) mengumumkan hasil pendataan PPLS di tingkat satuan sosial lingkungan terkecil (misalnya RT) sebagai uji publik. Selanjutnya masing-masing warga atau perwakilan warga diberi hak merespon dengan melakukan perengkingan ulang dengan alasan masing-masing. Hasil perengkingan akan direkapitulasi ulang untuk selanjutnya disepakati bersama hingga final.

Pekerjaan ini sangat mungkin dilakukan warga dan pendamping PKH bekerjasama dengan aparat desa atau kelurahan. Selain untuk uji publik, proses ini sekaligus memberdayakan warga secara sosial karena mekanisme ini juga memberi ruang bagi warga dan pendamping PKH berpartisipasi dalam pendataan. Akses untuk berpartisipasi ini juga membuka peluang untuk memasukkan indikator atau muatan lokal dalam parameter yang akan dijadikan ukuran kemiskinan di samping ukuran nasional.

2.3. Penambahan Jumlah Peserta

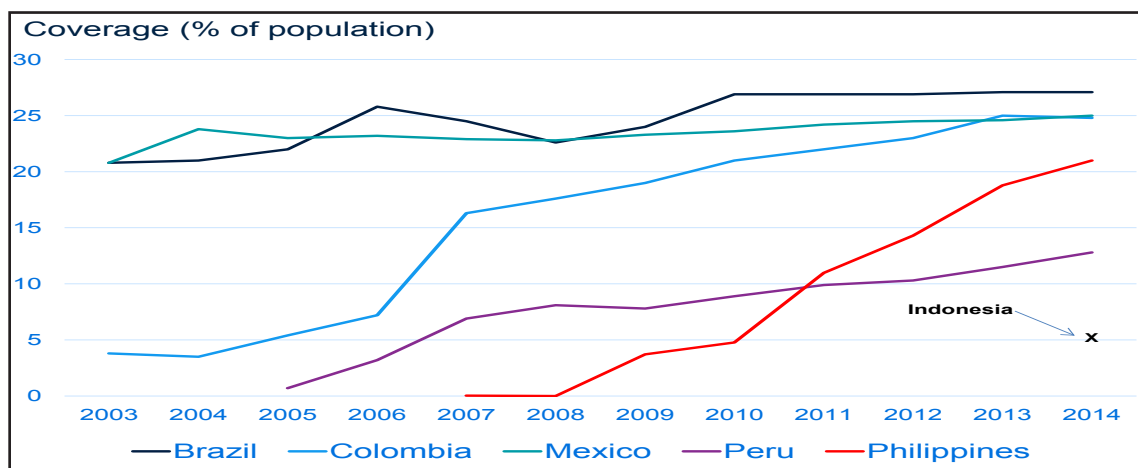
Jika akurasi data sasaran program telah diperbaiki, maka penambahan jumlah peserta program (KPM) secara signifikan akan mempercepat penanggulangan kemiskinan. Namun hal ini tentu saja membutuhkan dana yang sangat besar. Sinergi dapat dilakukan dengan pemerintah provinsi dan kabupaten/kota setelah terlebih dahulu melakukan *mapping* untuk membagi kuota (jatah) antara pemerintah pusat dengan pemerintah daerah. Dengan

demikian diharapkan tidak akan terjadi tumpang tindih sasaran program. Jika hal ini dilakukan, akan meningkatkan jumlah peserta program sekaligus mempercepat penanggulangan kemiskinan di wilayah masing-masing.

Mekanisme gotong royong masih mungkin dikembangkan lebih jauh dengan melibatkan pihak swasta terutama dengan memanfaatkan dunia usaha seperti dana Tanggungjawab Sosial Perusahaan (CSR). Sejalan dengan hal ini, pihak penyelenggara program Keluarga Harapan ini diharapkan proaktif membangun komunikasi yang efektif dengan pihak dunia usaha dan mengundang mereka berpartisipasi dalam pengentasan kemiskinan. Hal demikian sejalan dengan temuan Korten (dalam Susantyo, 2007).

Dalam 10 tahun berjalannya program, peserta PKH baru menysasar 6 juta keluarga. Perkembangan ini sangat lambat jika dibandingkan dengan negara-negara lain yang menerapkan program sejenis, sebagaimana Gambar 2.1.

Data diagram di atas menunjukan kecilnya kepesertaan PKH di Indonesia dibandingkan dengan 5 negara lain yang menerapkan program sejenis. Secara eksplisit hal ini juga diakui oleh pihak penyelenggara dengan mengatakan bahwa cakupan CCT jauh lebih rendah dibandingkan CCT lain di seluruh dunia. Hingga tahun 2014 CCT Indonesia hanya mencakup 7% keluarga sangat miskin (Hikmat, 2016).



Gambar 2.1. Perbandingan Kepesertaan PKH dengan Negara Beberapa Negara Lain
Sumber: Direktorat Jaminan Sosial-Kemensos RI (2014)

2.4. Skema Bantuan

Sejak dimulai tahun 2007 telah terjadi perubahan skema bantuan Program Keluarga Harapan sebanyak empat kali. Yaitu tahun 2013, 2015 2016 dan Tahun 2017. Perubahan skema bantuan berbanding lurus dengan perluasan PKH.

Dari beberapa kali perubahan skema bantuan ini, terlihat bahwa perubahan nilai bantuan yang terjadi hanya dalam kisaran nilai nominal yang sempit yang pada akhirnya akan ditentukan oleh jumlah persyaratan komponen yang dipenuhi oleh masing-masing keluarga penerima manfaat. Sementara nilai bantuan untuk setiap komponen disamaratakan untuk seluruh Indonesia, apa dan bagaimanapun situasi keluarganya. Model pukol rata ini terkesan mengabaikan variasi kondisi sosial ekonomi keluarga di Indonesia dilihat dari berbagai hal seperti jumlah anggota keluarga yang menjadi tanggungan, tingkat kemahalan daerah dan lain-lain. Bahkan untuk skema bantuan Tahun 2017, semua KPM menerima jumlah yang sama (*flat*), berapapun jumlah anggota keluarga, yaitu total Rp. 1,83 juta. Sementara realitas sosial

ekonomi sehari-hari menunjukkan bahwa kebutuhan keluarga harus diukur dengan indeks kebutuhan individu, kemahalan harga di daerah dan berbagai variabel sosial ekonomi lainnya.

Semua variabel ini harus dikaitkan dengan jumlah anggota keluarga yang menjadi tanggungan. Ini berarti bahwa nilai nominal bantuan untuk keluarga dengan karakteristik yang sama, belum tentu sama juga jumlahnya untuk wilayah yang berbeda. Hal ini patut menjadi pertimbangan bagi penyelenggara program untuk dikaji tersendiri. Kajian ini dibutuhkan mengingat jumlah bantuan dapat berpengaruh negatif hingga menciptakan ketergantungan keluarga kepada bantuan yang diberikan. Hal yang perlu dipikirkan adalah berapa nilai nominal bantuan untuk setiap keluarga yang diharapkan bisa menjadi pemicu bagi peningkatan produktivitas keluarga.

2.5. Komplementaritas Program Perlindungan Sosial Menyeluruh

Komplementaritas program PKH dimaknai berbeda-beda oleh masyarakat dan pemerintah daerah. Secara umum masyarakat

menunjukkan kecemburuan sosial jika peserta program PKH juga memperoleh program bantuan lainnya, terlepas dari siapapun pihak penyelenggaranya.

Hal demikian masih terjadi di kalangan aparatur pemerintah daerah. Para pejabat di tingkat pemerintahan daerah masih sering berbeda pendapat soal komplementaritas program. Kalau pejabat Dinas Sosial dan atau instansi sejenis beserta pihak penyelenggara lain di daerah sudah mendukung komplementaritas program PKH, pejabat lainnya masih sering berbeda pendapat karena dikaitkan dengan visi dan misi Pejabat Kepala Daerah seperti Gubernur, Bupati dan Wali Kota yang sedang berkuasa.

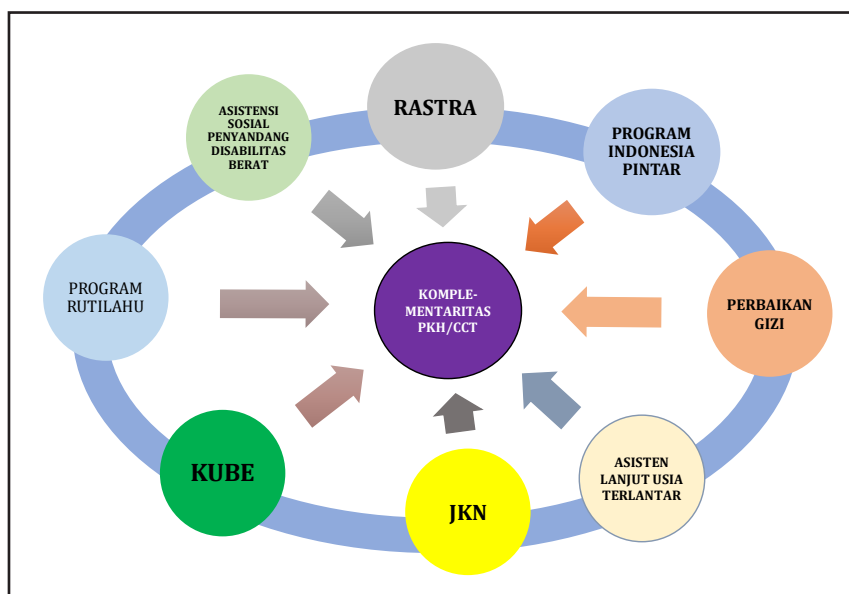
Alasan lain yang sering muncul adalah demi pemerataan bantuan, maka peserta PKH tidak lagi diberi bantuan oleh pemerintah daerah. Hal ini juga sering dikaitkan dengan alasan politis dalam rangka pembentukan citra pemerintah yang sedang berkuasa dikaitkan dengan pemilihan kepala daerah dalam periode berikutnya. Sejalan dengan hal ini mutasi pejabat menjadi persoalan tersendiri sehubungan dengan munculnya kebijakan baru tentang komplementaritas program dari pejabat baru dengan segala implikasinya.

Persoalan yang lebih mendasar adalah sumber data yang menjadi acuan dalam menentukan kelompok sasaran program. Sejumlah daerah bisa jadi mungkin mengaku sudah memakai data BDT 2017. Namun dalam prakteknya masih mencari alasan untuk mengarahkan bantuannya ke kelompok warga yang menjadi pendukung dan atau diharapkan menjadi pendukung

penguasa. Akibat selanjutnya, keterpaduan yang diharapkan dari komplementaritas program menjadi kontra produktif (Susantyo, 2007).

Saat ini banyak program perlindungan sosial di Indonesia. Selain yang diselenggarakan oleh Pemerintah Pusat, ada juga yang diselenggarakan oleh Pemerintah Daerah baik Pemerintah Provinsi maupun Pemerintah Kabupaten/Kota. Banyaknya program perlindungan sosial ini, menimbulkan kekisruhan tersendiri baik bagi masyarakat maupun pemerintah. Di satu sisi ada masyarakat yang memperoleh dua sekaligus bahkan lebih program perlindungan sosial. Sementara di pihak lain ada masyarakat yang seharusnya memperoleh bantuan, namun sama sekali tidak memperolehnya. Situasi ini memicu kecemburuan sosial dan potensi konflik, baik antar sesama masyarakat maupun antara masyarakat dengan pemerintah setempat seperti aparat desa.

Sambil menunggu terbentuknya program perlindungan sosial yang terintegrasi, hal ini dapat diatasi dengan menjadikan PKH sebagai pintu masuk bagi perlindungan sosial yang lain. Secara teknis hal ini dapat dilakukan dengan menjadikan peserta PKH sebagai penerima rastra, KUBE dan lain-lain. Jika hal ini ditempuh proses ini akan sekaligus mendukung komplementaritas program yang pada gilirannya akan mempercepat pemberdayaan keluarga yang bersangkutan dari kemiskinan. Dengan demikian data peserta PKH akan menjadi data dasar bagi kepesertaan program perlindungan sosial yang lain.



Gambar 2.2. Komplementaritas Program Melalui Tambahan Kondisionalitas PKH
Sumber: Direktorat Jaminan Sosial-Kemensos RI (2014)

2.6. Ketimpangan dalam *Exit Program*

Selain persoalan akurasi dalam instrumen resertifikasi, persoalan lain dalam kebijakan ini adalah, setelah graduasi kelompok ini tidak mendapat bantuan lain untuk melanjutkan program PKH. Justru kelompok transisi yang masa bantuannya diperpanjang selama 3 tahun mendapat bantuan KUBE PKH, walaupun belum semua memperolehnya. Artinya kelompok transisi dengan sadar dipersiapkan untuk mengakhiri bantuan, sementara kelompok graduasi tidak dipersiapkan.

Sejalan dengan hal ini, selain kecemburuan sosial adalah hal yang wajar jika kelompok graduasi merasa diperlakukan tidak adil. “Ini tidak adil pak, yang transisi sudah bantuan PKH-nya diperpanjang, dapat KUBE lagi. Lha kita digraduasi. Katanya kita sudah mampu, bapak lihat sendirilah pak. Rumah bambu kecil kayak gini udah mau rubuh nggak bisa diperbaiki. Tolonglah kami pak agar bisa dapat bantuan lagi”, demikian ungkapan peserta PKH yang

digraduasi.

Situasi ini mencerminkan kondisi umum kelompok graduasi. Jika hal ini dibiarkan, kelompok yang “dianggap mampu secara ekonomi ini” dikhawatirkan akan menjadi miskin lagi. “Ini yang membuat kita kecewa pak. Itu orang-orang udah pada sadar pendidikan dan kesehatan. Tapi saat sadar itu, modal aksesnya malah terputus, bagaimana pak?”, demikian keluhan seorang koordinator pendamping PKH.

2.7. *Family Development Session (FDS)*

Pertemuan Peningkatan Kemampuan Keluarga (P2K2) atau *Family Development Session (FDS)* merupakan proses belajar peserta PKH melalui pembahasan dan pelatihan informasi praktis melalui modul di bidang kesehatan, pendidikan, ekonomi dan kesejahteraan keluarga yang disampaikan pada pertemuan kelompok bulanan. Kegiatan ini diberikan kepada peserta PKH yang memasuki masa transisi. Kegiatan ini juga membahas persoalan yang dihadapi keluarga atau perkembangan

yang terjadi di masyarakat dengan dipandu oleh pendamping PKH. Modul disiapkan oleh pihak penyelenggara program dan diharapkan dapat mengubah perilaku peserta PKH, meningkatkan kapasitas peserta PKH sehingga siap ketika bantuan PKH berakhir (TNP2K, 2014).

Kegiatan ini sangat baik untuk diterapkan bagi seluruh peserta PKH sejak awal program dimulai, dan peserta sangat mengharapkannya. Beberapa hal yang perlu menjadikan pertimbangan dalam pelaksanaan FDS, di antaranya:

- a. Belum semua pendamping yang bertugas telah mengikuti pelatihan FDS.
- b. Keterbatasan peserta, artinya tidak semua KPM bisa langsung mengikuti pelatihan (dan bimbingan teknis) tentang FDS ini. Juga masih terbatasnya sarana pembelajaran untuk FDS (seperti Buku Pedoman dan Modul FDS).
- c. Dilihat dari peserta, kegiatan FDS hanya diikuti oleh kaum ibu.

2.8. Pendampingan

Hingga saat ini, kinerja pendampingan masih cenderung pada pencapaian target administrasi prosedural. Sementara target fungsional masih belum optimal. Seorang bidan yang menjadi peserta FGD menjelaskan keluhannya dengan mengatakan, “sesungguhnya orang itu tidak rutin periksakan kesehatannya, namun dalam laporan dibuat bagus. Kasihan pak, nanti bantuannya kalau dipotong, malah kita yang disalahkan”.

Secara umum temuan di lapangan menunjukkan bahwa pendamping merasa bebannya terlalu berat. Selain terkait dengan

kompetensi, beban yang terlalu berat ini dikaitkan dengan jumlah peserta yang harus didampingi, kondisi geografis wilayah kerja pendamping, dan fasilitas yang dimiliki.

Sejalan dengan hal ini, pihak penyelenggara perlu memetakan ulang pendamping PKH untuk selanjutnya melakukan *re-distribusi* dengan *ratio* yang ideal antara pendamping dengan jumlah peserta yang didampingi, sebagaimana pendapat Susantyo (2007; 2007a). Upaya *mapping* ini sebaiknya memperhatikan karakteristik wilayah kerja pendamping sehingga *ratio* pendampingan akan lebih rasional dengan mempertimbangkan aksesibilitas dan keberfungsian pendamping berdasarkan wilayah perkotaan, pedesaan, pesisir, batas antar negara atau kepulauan.

Hal lain yang sangat mempengaruhi kinerja pendamping adalah sistem penggajian/honor yang diterima. Mereka mengeluh karena honorinya disamakan untuk semua. Padahal karakteristik beban kerja berbeda-beda untuk setiap wilayah.

Sejalan dengan perbaikan kesejahteraan pendamping, pengembangan kompetensi pendamping harus tetap dilakukan. Pengembangan ini hendaknya memperhatikan keseimbangan kompetensi personal, kompetensi sosial, dan kompetensi profesinya sebagai pendamping. Sebagai pendamping, mereka harus menguasai ketrampilan berbagai model asesmen dan intervensi guna memperkuat pelaksanaan fungsi-fungsi keluarga.

2.9. Bias Jender

Temuan penelitian menunjukkan bahwa secara umum kategori gender keluarga masih tradisional, yaitu feminin dan maskulin. Untuk Kabupaten Pesisir Selatan

Provinsi Sumatera Barat maskulin mencapai 36,67% dan feminin mencapai 50%. Sementara yang androgini hanya 13,3%. Hal yang relatif sama terjadi di Kupang NTT. Maskulin mencapai 26,7%, feminin 41,7%, dan androgini hanya 31,6%.

Untuk Kota Gorontalo responden dengan tipologi Androgini (36,67%) dengan responden yang Tidak Terkategorikan (36,67%) memiliki jumlah/prosentase yang sama. Sedangkan pada kedua kategori lainnya, yaitu feminin dan maskulin memiliki prosentase yang sama, yaitu sebesar 13,33%. Indikasi ini menunjukkan bahwa pola relasi keluarga masih didominasi perilaku *sexsis*. Pola ini akan membatasi ruang gerak anggota keluarga sehingga produktivitasnya tidak optimal.

3. PENUTUP

Untuk menuju program penanggulangan kemiskinan ideal, PKH telah memiliki beberapa pilar utama, walaupun penerapannya masih perlu upaya ekspansif dan cenderung masif. Namun demikian, bukan tidak mungkin jika PKH akan dijadikan sebagai program utama dalam penanggulangan kemiskinan, yang tidak saja bertujuan untuk memutus mata rantai kemiskinan. Namun lebih dari itu, dalam banyak hal berpotensi untuk meningkatkan harkat dan martabat warga miskin dengan beberapa catatan dan “mau tidak mau” harus bersinergi dan berkomplementaritas dengan program-program lain, terlebih program dengan target dan sasaran serupa. Beberapa catatan itu meliputi:

3.1. Sasaran program paralel dengan sasaran intervensi

Sesuai dengan namanya, mestinya unit

sasaran intervensi PKH adalah keluarga sangat miskin secara utuh, tidak terbatas pada ibu dan anak. Temuan di lapangan menunjukkan banyaknya kaum suami yang tidak memahami dengan baik substansi PKH. Bahkan banyak para suami yang beranggapan jika PKH adalah program bagi para istri dan anak-anaknya, tidak termasuk para suaminya.

3.2. PKH memperkuat fungsi-fungsi keluarga

Sejalan dengan “point a” di atas pendamping wajib dibekali dengan psikologi keluarga, ketrampilan asesmen dan terapi keluarga. Jika hal ini diwujudkan, pendamping diharapkan mampu mengatasi berbagai sikap dan perilaku negatif anggota keluarga seperti “merasa tidak mampu, *nrimo* yang kurang berorientasi pada perbaikan kesejahteraan keluarga. Jika hal ini tidak diatasi, cara pandang ini akan turun-temurun berupa warisan kultur kemiskinan pada generasi berikutnya, sehingga “lingkaran kemiskinan” terus membelit karena justru lebih merasa “*adjusted*” dengan lingkungan (budaya) semacam itu sehingga agak sulit atau memerlukan waktu cukup lama untuk mengubahnya.

3.3. Perlindungan sosial secara keseluruhan.

Hingga saat ini, banyak program perlindungan sosial yang berjalan sendiri-sendiri. Akibatnya sulit dicapai efektivitasnya. Untuk itu perlu dipertimbangkan integrasi program perlindungan sosial secara keseluruhan. Proses ini dapat dilakukan secara bertahap (opsional) dengan memperbaiki satu demi satu aspek-aspek yang dinilai menjadi kelemahan program, atau secara sekaligus dengan melakukan perbaikan total secara terintegrasi.

Makna terintegrasi ini tidak hanya sebatas terpadu, melainkan menjadikan penyelenggaraan program perlindungan sosial terpusat pada satu lembaga dengan menjadikan PKH sebagai basis inti program. Jika hal ini menjadi pilihan, perlu dilakukan penyesuaian dalam berbagai peraturan perundang-undangan yang terkait. Pilihan ini dapat diwujudkan dengan memanfaatkan lembaga BPJS tunggal sementara lembaga terkait seperti Kementerian Sosial fokus pada intervensi sosial sesuai dengan NSPK.

Referensi

- Anam, M.S. (2014). *Kedaulatan Desa atas Data Kemiskinan: Panduan Pendataan Penduduk Miskin*. Kebumen: P2M dan Formasi.
- Badan Pusat Statistik (2018). *Profil Kemiskinan di Indonesia Maret 2018*. Berita Resmi Statistik. BPS.
- Benerje, A., & Duflo, E. (2012). *Poor Economics: A Radical Rethinking of The Way to Fight Global Poverty*. Public Affairs.
- Cox, D. (2004). *Outline of Presentation on Poverty Alleviation Programs in the Asia-Pacific Region*. Makalah yang disajikan pada International Seminar on Curriculum Development for Social Work Education in Indonesia, 2 Maret 2004.
- Direktorat Jaminan Sosial-Kemensos RI. (2014). *Kebijakan Transformasi PKH*, Seminar Bantuan Sosial dan Penghidupan Berkelanjutan, Jakarta, 19 Agustus 2014.
- Fiszbein, A., & Schady, N. (2009). *Conditional Cash Transfers: Reducing Present and Future Poverty*. Washington, DC: World Bank.
- Hikmat, H. (2016). *Perluasan Program Keluarga Harapan (PKH)/CCT Untuk Pengurangan Kemiskinan dan Ketimpangan*. Jakarta: Direktorat Jenderal Perlindungan dan Jaminan Sosial-Kementerian Sosial RI.
- Kementerian Sosial RI. (2013). *Pedoman Operasional PKH*. Jakarta: Departemen Sosial RI
- Nainggolan, T. et al. (2012). *Program keluarga Harapan di Indonesia: Dampak Pada RTSM di Tujuh Provinsi*. Jakarta: P3KS Press.
- Nainggolan, T., Susantyo, B. Suyanto & Sitepu, H. (2017). *Percepatan Penanggulangan Kemiskinan melalui Program Keluarga Harapan*. Jakarta: P3KS Press.
- Suharto, E. et al. (2004). *Isu-Isu Tematik Pembangunan Sosial: Konsepsi dan Strategi*. Jakarta: Balitbangsos Departemen Sosial RI.
- Susantyo, B. (2007). *Community Development dalam Praktik Pekerjaan Sosial*. Bandung: STKS Press.
- Susantyo, B. (2007a). *Partisipasi Masyarakat Dalam Pembangunan di Pedesaan Telaahan dari Tulisan David C Korten Jurnal Informasi. Vol.12. No. 3. 14-21*
- Sumodiningrat, G., Santosa, B., & Maiwan, M. (1999). *Kemiskinan: Teori, Fakta dan Kebijakan*. Jakarta: Impac.
- Wensislaus, E. (2016). *Skema Bantuan PKH dari Tahun ke Tahun*. Diakses dari <http://www.wensema.com/2016/04/skema->

bantuan-pkh-dari-tahun-ke-tahun.html
(1 Februari 2017).

Widianto, B. (2014). *Rapat Koordinasi PKH Jakarta*, 17 Januari 2014. Jakarta: Sekretaris Eksekutif Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K).