

UPAYA PERCEPATAN PENANGGULANGAN KEMISKINAN MELALUI POGRAM KELUARGA HARAPAN

Studi di Empat Daerah di Indonesia

POVERTY REDUCTION ACCELERATION THROUGH FAMILY HOPE POGRAMS: *Study on Four Regions in Indonesia*

Togiaratua Nainggolan dan Badrun Susantyo

Pusat Penelitian dan Pengembangan Kesejahteraan Sosial, Kementerian Sosial RI
Jl. Dewi Sartika Cawang III No. 200 Jakarta Timur.
E-mail: togiaratua@gmail.com

Diterima: 26 Oktober 2017; Direvisi: 21 November 2017; Disetujui: 8 Desember 2017

Abstrak

Penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan upaya agar PKH dapat mempercepat penanggulangan kemiskinan di Indonesia. Penelitian dilakukan di Kabupaten Pesisir Selatan- Provinsi Sumatera Barat, Kabupaten-Tulungagung- Provinsi Jawa Timur, Kota Gorontalo-Provinsi Gorontalo, dan Kota Kupang- Provinsi Nusa Tenggara Timur, menggunakan pendekatan kualitatif. Teknik pengumpulan data dilakukan dengan observasi, wawancara, dan *Focus Group Discussion*. Data yang terkumpul dianalisis secara deskriptif. Hasil penelitian menyimpulkan bahwa untuk mempercepat penanggulangan kemiskinan melalui PKH perlu dilakukan *re-design* berupa inovasi program dalam rangka pengembangan program secara fundamental. Inovasi ini difokuskan pada 2 hal, yaitu: (1) merespon upaya yang sudah dilakukan tetapi belum optimal; dan (2) melakukan reorientasi program secara mendasar dengan menjadikan PKH sebagai pintu masuk menuju integrasi program perlindungan sosial sekaligus integrasi program penanggulangan kemiskinan di Indonesia, dengan fokus memperkuat keberfungsian keluarga miskin secara utuh. Upaya ini diharapkan akan “memaksa” anggota keluarga berperilaku produktif, bukan kontraproduktif. Sejalan dengan kesimpulan di atas, penelitian ini merekomendasikan agar penyelenggara segera mengambil inisiatif untuk menjadikan PKH sebagai pintu masuk menuju integrasi program perlindungan sosial sekaligus integrasi program penanggulangan kemiskinan di Indonesia. Langkah ini hendaknya diikuti dengan kajian khusus terhadap berbagai produk kebijakan terkait.

Kata Kunci : *upaya percepatan; kemiskinan; program keluarga harapan.*

Abstract

This study aims to describe the efforts of PKH to accelerate poverty reduction in Indonesia. The research was conducted in Pesisir Selatan District-West Sumatera Province, Tulungagung District-East Java Province, Gorontalo City - Gorontalo Province, and Kupang City - East Nusa Tenggara Province, using qualitative approach. Data collecting done by observation, interview, and Focus Group Discussion. The collected data were analyzed descriptively. The results concluded that to accelerate poverty alleviation through PKH, it is necessary to re-design in the form of program innovation in the framework of fundamentally developing the program. This innovation is focused on 2 things, namely: (1) responding to efforts that have been done but not optimal yet; and (2) fundamentally reorient the program by making PKH a gateway to the integration of social protection programs as well as the integration of poverty reduction programs in Indonesia, with a focus on strengthening the functioning of poor families as a whole. These efforts are expected to “force” family members to behave productively, rather than counterproductive. In line with the above conclusion, this research recommends that organizers immediately take the initiative to make PKH an entrance to the integration of social protection programs as well as integration of poverty reduction programs in Indonesia. This step should be followed by a special review of relevant policy products.

Keywords: *reduction acceleration, poverty; family hope program.*

PENDAHULUAN

Hingga saat ini banyak penelitian yang menyimpulkan bahwa Program Keluarga Harapan (PKH) membawa dampak positif bagi kehidupan masyarakat miskin atau Keluarga Penerima Manfaat (KPM). Salah satu diantaranya Nainggolan dkk (2012) dalam penelitiannya terhadap KPM kohor 2007 di 7 provinsi menemukan adanya perbedaan yang signifikan antara kondisi sebelum dan sesudah menjadi peserta program, dimana kondisi sesudah lebih baik dari kondisi sebelumnya.

Walau masih mempunyai keterbatasan, PKH dinilai menjadi program strategis dalam penanggulangan kemiskinan. Nilai strategis ini semakin terlihat ketika PKH menyelenggarakan proses transformasi bagi KPM. Proses ini membagi peserta menjadi 2 kelompok, yaitu kelompok graduasi dan kelompok transisi.

Kelompok graduasi adalah KPM PKH yang telah mampu dan/atau tidak lagi memenuhi syarat sehingga kepesertaannya sebagai KPM PKH diakhiri (*diexit*). Kelompok ini tidak lagi menerima bantuan namun akan didukung lebih lanjut dengan berbagai program lainnya. Sedangkan kelompok transisi adalah peserta PKH yang dinilai masih miskin dan masih memenuhi syarat sebagai KPM PKH. Kelompok ini akan menerima bantuan tunai lagi selama 3 tahun, pengembangan kemampuan keluarga, komplementaritas berbasis ekonomi maupun program perlindungan sosial yang terintegrasi untuk membantu peningkatan kesejahteraan hingga mandiri (Kementerian Sosial RI (2015).

Sukses PKH ini didukung pengaruh sejumlah “*intervening variable*” yang diperoleh peserta dalam bentuk komplementaritas program melalui pemerintah pusat, pemerintah daerah dan pihak lainnya. Setelah PKH dinilai membawa manfaat positif bagi penanggulangan kemiskinan, persoalan berikutnya adalah

dibutuhkan sejumlah upaya agar PKH dapat mempercepat penanggulangan kemiskinan. Sejalan dengan penjelasan di atas, masalah yang dibahas dalam penelitian ini adalah “apa upaya yang harus dilakukan agar PKH dapat mempercepat penanggulangan kemiskinan di Indonesia?”.

Kemiskinan mempunyai banyak defenisi. Berbagai defenisi itu menunjukkan bahwa sesungguhnya kemiskinan itu kompleks dan multi dimensi. Namun untuk kepentingan program pembangunan, Indonesia melalui BPS (2015) menggunakan konsep kemampuan memenuhi kebutuhan dasar (*basic needs approach*) dalam mengukur kemiskinan. Dengan pendekatan ini, kemiskinan dipandang sebagai ketidakmampuan dari sisi ekonomi untuk memenuhi kebutuhan dasar makanan dan *non* makanan yang diukur dari sisi pengeluaran.

Sedangkan metode yang digunakan adalah menghitung Garis Kemiskinan (GK), yang terdiri dari dua komoponen yaitu (1) Garis Kemiskinan Makanan (GKM) dan (2) Garis Kemiskinan Non Makanan (GKNM). Penghitungan Garis Kemiskinan dilakukan secara terpisah untuk daerah perkotaan dan pedesaan. Garis Kemiskinan Makanan (GKM) merupakan nilai pengeluaran kebutuhan minimum makanan yang disetarakan dengan sejumlah kalori tertentu per kapita perhari. Garis Kemiskinan Non-Makanan (GKNM) adalah kebutuhan minimum untuk perumahan, sandang, pendidikan, kesehatan dan kebutuhan dasar lainnya. Dengan demikian penduduk miskin adalah penduduk yang memiliki rata-rata pengeluaran perkapita per bulan dibawah Garis Kemiskinan.

PKH merupakan salah satu upaya pemerintah dalam mengembangkan sistem perlindungan sosial dan strategi intervensi pengentasan kemiskinan di Indonesia yang

dimulai sejak tahun 2007. Program ini diadopsi dari Bantuan Tunai Bersyarat (*Conditional Cash Transfers*) yang sudah diterapkan di berbagai negara. Salah satu tahapan penting dalam program ini adalah transformasi. Strategi transformasi kepesertaan PKH memiliki tujuan untuk (a) meminimalisir dampak psikologis KPM setelah tidak lagi menerima bantuan; (b) memastikan aspek perubahan perilaku positif dalam bidang pendidikan dan kesehatan; dan (3) memastikan terjadinya peningkatan kesejahteraan sosial ekonomi keluarga secara berkelanjutan (Kementerian Sosial RI, 2015).

Mengacu pada penjelasan Dubois dan Milley (2011), sebagai program perlindungan sosial bagi keluarga sangat miskin (KSM), idealnya PKH bisa menjawab dan memecahkan permasalahan seputar keluarga. Lebih jauh dijelaskan bahwa Asosiasi Pekerjaan Sosial Amerika Serikat (NASW) merekomendasikan bahwa program-program yang terkait dengan keluarga miskin setidaknya meliputi (a) kesempatan memperoleh pekerjaan dan adil; (b) Pendidikan keluarga dan balita; (c) penyediaan pelayanan bagi anak-anak dan orang tua; (d) Perumahan yang terjangkau; (e) biaya kesehatan (rumah sakit); (f) layanan kesehatan komprehensif; (g) akses kredit dengan pengarusutamaan gender; dan (h) pencegahan terhadap kekerasan dan penelantaran. Penjelasan ini menekankan pentingnya peningkatan keberfungsian keluarga.

Keluarga adalah unit sosial terkecil dalam masyarakat yang terdiri dari suami-istri-anak. Dalam konteks yang lain gabungan dari sejumlah keluarga ini disebut sebagai keluarga besar. Persoalan yang paling mendasar adalah keberfungsian keluarga atau kemampuan keluarga menjalankan fungsinya yang melahirkan produktivitas keluarga. Salah satu faktor yang mempengaruhinya adalah perilaku/relasi gender dalam keluarga, khususnya antara suami-istri.

Sejak lahir, perilaku anak dalam kehidupan keluarga sering dibedakan dalam suatu dikotomi dari segi biologisnya sebagai laki-laki dan perempuan. Secara psikologis dikotomi ini sangat dipengaruhi oleh kebudayaan, dan merupakan hal yang sangat relevan dalam memahami fenomena perilaku manusia. Misalnya hadiah ulang tahun bagi anak sering dikaitkan dengan jenis kelamin. Hal ini dikaitkan dengan harapan-harapan orangtua terhadap anak dan tingkah laku yang diharapkan di kemudian hari. Label ini berasal dari stereotip yang telah ada sebelumnya. Sifat, sikap dan perilaku yang diyakini menggambarkan laki-laki dan atau perempuan ini oleh Mc Kee & Sherif (dalam Nainggolan (2002) disebut sebagai gender

Penjelasan di atas menggambarkan bahwa gender adalah serangkaian perilaku (dalam arti luas) yang mencerminkan kualitas sebagai laki-laki atau perempuan yang dipahami, dimengerti dan diterima lingkungan sosial dan budaya tempat individu itu berada. Dalam hal ini gender berbeda dengan jenis kelamin walau terkait erat. Kalau jenis kelamin merupakan identitas biologis yang dibawa sejak lahir, gender adalah identitas sosial yang terbentuk setelah lahir.

Berdasarkan *Bem Sex Role Inventory* (BSRI) sebagaimana dijelaskan oleh Nainggolan (2002), gender dibagi 4, yaitu Feminin, Maskulin, Androgini, dan Tak Tergolongkan. Dari 4 kategori ini, maskulin dan feminin disebut sebagai gender tradisional, sementara androgini disebut sebagai gender modern. Gender tradisional akan cenderung *sexis*, misalnya membagi pekerjaan sesuai atau dikaitkan dengan jenis kelamin, sehingga ada pekerjaan yang dinilai cocok untuk perempuan dan begitu pula sebaliknya.

Secara potensial, setiap individu apapun jenis kelaminnya berpotensi menjadi maskulin dan feminin tergantung pola asuh yang

dijalani. Hasil penelitian Nainggolan (2002) menunjukkan bahwa kategori gender androgini adalah yang terbaik. Kelompok ini mampu merespon tuntutan situasi karena tidak *sexis* dalam perilaku.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dalam bentuk studi kasus. Sejalan dengan pendekatan ini, teknik pengumpulan data dilakukan dengan pengamatan (observasi), wawancara, dan diskusi kelompok terarah atau *Focus Group Discussion* (FGD).

Data penelitian dikumpulkan dengan mewawancarai 30 pasangan suami-istri dari KPM kelompok graduasi dan transisi secara purposif. Untuk keperluan triangulasi dilakukan observasi dan FGD sebanyak 2 kali. FGD pertama dengan peserta sesama KPM PKH, dan peserta FGD kedua dengan peserta pendamping PKH, Dinas Sosial dan tokoh masyarakat.

Lokasi penelitian diarahkan pada KPM yang sudah menjalani transformasi, dengan mempertimbangkan konsentrasi kantong kemiskinan sebagaimana dijelaskan oleh Nasdian (2016), yaitu daerah pantai barat Sumatera, selatan Jawa, dan kawasan timur Indonesia. Lokasi terpilih adalah (1) Kabupaten Pesisir Selatan-Provinsi Sumatera Barat; (2) Kab. Tulungagung-Provinsi Jawa Timur; (3) Kota Gorontalo-Provinsi Gorontalo; dan (4) Kota Kupang-Provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT). Selanjutnya data yang terkumpul dianalisis secara deskriptif kualitatif sesuai dengan tujuan penelitian.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Temuan dan pembahasan dalam tulisan ini dilakukan sekaligus atas hal-hal yang sudah dilakukan namun dinilai belum optimal oleh KPM, dan hal yang dinilai belum dilakukan dalam PKH.

Hal yang sudah dilakukan namun belum optimal

Berikut ini disajikan beberapa hal yang sudah dilakukan melalui PKH, namun dinilai belum optimal.

- a. Aspek yang diintervensi PKH masih terbatas.

Pedoman operasional PKH menjelaskan bahwa PKH merupakan salah satu strategi penanggulangan kemiskinan yang dirancang untuk membantu keluarga sangat miskin (KSM) pada sisi beban pengeluaran, khususnya terkait dengan upaya peningkatan SDM untuk jangka pendek dan memperbaiki pola pikir serta perilaku yang dapat membawa pada pemutusan rantai kemiskinan (Kementerian Sosial RI, 2013). Kalimat ini mempunyai 3 aspek penting yaitu (a) PKH sebagai strategi penanggulangan kemiskinan; (b) aspek peningkatan SDM; dan (c) aspek perbaikan pola pikir dan perilaku.

Sementara itu, untuk mengukur kemiskinan, melalui BPS negara ini menggunakan konsep kemampuan memenuhi kebutuhan dasar (*basic needs approach*). Kemiskinan dipandang sebagai ketidakmampuan dari sisi ekonomi untuk memenuhi kebutuhan dasar makanan dan non makanan yang diukur dari sisi pengeluaran (BPS, 2015). Sedangkan metode yang digunakan adalah menghitung Garis Kemiskinan (GK) yang terdiri dari dua komponen yaitu Garis Kemiskinan Makanan (GKM) dan Garis Kemiskinan Non Makanan (GKNM).

Berdasarkan penjelasan di atas, terlihat bahwa aspek kemiskinan yang secara eksplisit diintervensi oleh PKH hanya kemiskinan non makanan, itu pun hanya sebatas pendidikan dan kesehatan.

Sementara komponen kemiskinan makanan tidak dinyatakan secara eksplisit sebagai bagian dari intervensi PKH.

Harus diakui, saat ini memang banyak keluarga penerima manfaat PKH yang memperoleh bantuan makanan berupa beras sejahtera (rastra) yang dulu dikenal dengan nama raskin. Namun hal ini tidak menjadi bagian integral dari desain PKH sehingga hanya dipandang sebagai bagian dari komplementaritas PKH. Pengendalinya berada di luar kelembagaan PKH sehingga efektivitasnya sulit dicapai. Ini berarti bahwa secara operasional, PKH bukanlah program pemberdayaan ekonomi keluarga dalam rangka menanggulangi kemiskinan seutuhnya. Sebagai strategi penanggulangan kemiskinan, PKH tidak seutuhnya melakukan intervensi pada aspek makanan dan non makanan yang menjadi tolok ukur kemiskinan itu.

Bagi kelompok PKH transisi yang menerima KUBE, terlihat bahwa mereka memperoleh pemberdayaan ekonomi keluarga. Namun masalahnya sama dengan raskin (rastra). Selain pengelolaannya yang berada di luar kelembagaan PKH, mereka belum 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 antara ide atau gagasan dasar program yang kemudian dirumuskan menjadi kebijakan hingga konsistensi dalam implementasi di lapangan.

Dilihat dari komponen bantuan yang diberikan, PKH fokus membantu aksesibilitas layanan pendidikan dan kesehatan bagi keluarga sangat miskin. Berbagai penelitian menunjukkan

bahwa dampaknya terhadap peningkatan pendidikan dan kesehatan terlihat secara signifikan. Bahkan dalam pelaksanaannya mempunyai dampak bagi ekonomi keluarga walau efeknya terlihat kecil. Berdasarkan penelitiannya pada peserta PKH kohor 2007, Nainggolan dkk (2012) menemukan bahwa peningkatan ekonomi keluarga hanya 2%. Angka ini sangat wajar mengingat PKH tidak melakukan intervensi khusus dalam bidang ekonomi. Untuk kalangan tertentu, peningkatan ekonomi ini disebut sekedar bonus dari program PKH.

Dampak ini akan sangat tergantung pada pola *coping* atau strategi KPM, terutama dalam melakukan manajemen ekonomi keluarga sebagai respon atas bantuan tersebut. Seorang ibu yang menjadi informan di Kupang mengaku stres melihat perilaku suaminya yang menambah belanja rokoknya setelah keluarganya terdaftar menjadi peserta PKH. Ini berarti respon kepala keluarga kurang mendukung untuk peningkatan kesehatan.

Hal yang berbeda terjadi di Pesisir Selatan. Seorang ibu yang menjadi peserta PKH yang tadinya buta huruf sekarang bisa baca tulis walau hanya sederhana. Setelah menjadi peserta PKH, mereka membentuk koperasi simpan pinjam dengan pembukuan yang sederhana. Dari tabungan ini, mereka membangun rumah secara bertahap. Bersamaan dengan datangnya bantuan kelompok usaha bersama (KUBE) bagi kelompok PKH transisi, mereka membentuk koperasi simpan pinjam KUBE PKH Harapan. Berkat bantuan modal usaha dari KUBE ini, saat ini mereka mempunyai usaha warung kecil-kecilan. Bahkan anaknya kuliah dengan memanfaatkan pinjaman dari koperasi simpan pinjam ini. Saat ini si anak bahkan kuliah sambil bekerja sebagai guru

sekolah taman kanak-kanak (TK). Kisah ini menggambarkan respon positif keluarga.

Dua kisah yang bertolak belakang ini membuktikan pentingnya intervensi ekonomi secara khusus bagi peserta PKH. Ini berarti selain peningkatan status pendidikan dan kesehatan keluarga, pada saat yang bersamaan keluarga harus “dipaksa” meningkatkan produktivitas keluarganya. Pemaksaan ini dimungkinkan dengan menambah perilaku yang dipersyaratkan bagi KPM PKH. Misalnya prasyarat berupa sanksi bagi KPM yang merokok akan dikurangi bantuannya secara bertahap hingga pemutusan bantuan, prasyarat untuk mewajibkan KPM menabung, prasyarat yang mewajibkan KPM membentuk koperasi simpan pinjam dan sebagainya.

Memang tanpa menjadikan prasyarat itupun, banyak keluarga penerima manfaat PKH dengan kesadaran sendiri melakukan upaya peningkatan produktivitas keluarga. Namun hal itu lebih ditentukan kesadaran keluarga yang bersangkutan. Dalam hal ini bukannya pendamping tidak mengarahkan hal itu dalam tugas pendampingannya, namun efektivitasnya rendah mengingat hal itu bukanlah bagian dari perilaku yang dipersyaratkan sebagaimana dijelaskan di atas.

Efek perubahan perilaku ini perlu dipertajam mengingat data menunjukkan adanya perilaku yang kontra produktif dengan tujuan PKH seperti merokok dan berjudi. Data di lokasi penelitian (misalnya Kota Kupang-Nusa Tenggara Timur), dari 60 responden, 30 orang (50%) diantaranya perokok. Dari 30 perokok 29 orang adalah kelompok suami, dan 1 orang istri. Ketika hal ini dikonfirmasi lebih jauh, ternyata dari 30 keluarga responden yang merupakan pasangan suami-istri, semuanya keluarga

mempunyai anggota keluarga perokok. Biaya yang dikeluarkan untuk konsumsi rokok ini bergerak antara Rp. 500.000 ribu lebih hingga 1 juta lebih dalam setahun.

Menanggapi hal ini, kaum istri merasa mengaku kesal namun tidak mampu berbuat. Bagi peneliti, persoalan ini merupakan hal yang serius. Di satu sisi PKH membangun kesehatan keluarga, namun pada saat yang bersamaan justru keluarga tersebut melakukan hal-hal yang bertentangan dengan pembangunan kesehatan. Sementara penyelenggara PKH sendiri terkesan mengabaikan hal itu.

Konsumsi rokok pada keluarga penerima manfaat PKH telah menggeser prioritas konsumsi lainnya, khususnya untuk pangan, pendidikan, pakaian, dan kesehatan. *Crowding out* (pengurangan nilai investasi) PKH akibat konsumsi rokok ditandai dengan berkurangnya asupan nutrisi bagi anggota keluarga penerima manfaat, fasilitas pendidikan anak yang tidak optimal, hingga perawatan kesehatan keluarga yang berkurang akibat mempertahankan konsumsi rokok. Hal ini memberikan dampak negatif pada kesejahteraan individu dan keluarga, serta perekonomian KPM secara makro melalui pengurangan nilai investasi pada modal manusia. Memang tidak ada jaminan kalau merokok dihentikan secara otomatis akan menambah kesejahteraan KPM. Tetapi paling tidak, perilaku keluarga tersebut dipastikan benar-benar sejalan dengan tujuan PKH dalam bidang kesehatan.

Permasalahan utama yang perlu diperhitungkan adalah dampak langsung merokok yang dapat merugikan kesehatan KPM PKH yang menjadi perokok dan orang-orang di sekitarnya sehingga menurunkan produktivitas bahkan dapat

menyebabkan kematian prematur bagi dirinya sebagai pencari nafkah. Hal ini akan menambah beban berat bagi KPM PKH yang menjadi kepala keluarga yang memiliki kebiasaan merokok dibandingkan dengan keluarga bukan perokok. Hal ini sejalan dengan temuan Ruhyana (tt) dari Bappeda Sumedang Provinsi Jawa Barat.

Penjelasan ini semakin relevan ketika Kemenkes RI (2016) menjelaskan kebiasaan merokok merupakan salah satu faktor risiko munculnya penyakit tidak menular, seperti jantung, stroke, diabetes, ginjal, hingga kanker. Sejumlah penyakit tersebut ternyata menempati urutan teratas daftar penyakit yang banyak dibiayai dari dana yang dikelola Badan Jaminan Kesejahteraan Sosial (BPJS) Kesehatan.

“Beban biaya, khususnya penyakit tidak menular akibat paparan asap rokok sangat besar. Penyakit jantung, ginjal, *stroke*, semua ini menyedot lebih dari 70 persen dana yang dikelola BPJS,”. Demikian penegasan Staf Ahli Menteri bidang Hukum Kesehatan Tritarayati dalam acara *3rd Indonesian Health Economics Association (InaHEA) Congress* di Yogyakarta, Kamis (28/7/2016) malam. Lebih jauh data *Indonesian-Case Based Groups (INA-CBGs)* sampai dengan pembayaran bulan Januari 2016, penyakit jantung paling banyak membutuhkan biaya pengobatan, sebesar Rp 6,9 triliun, disusul penyakit kanker Rp 1,8 triliun, stroke Rp 1,5 triliun, ginjal Rp 1,5 triliun, dan diabetes Rp 1,2 triliun.

Bahkan secara ekstrim, Menteri Kesehatan RI Nafsiah Mboi (2014) di Jakarta, Senin (18/8) menegaskan “banyak dana yang harus dikeluarkan untuk pengobatan pasien yang terserang penyakit akibat merokok. Ini bisa membangkrutkan

BPJS,” Berdasarkan penjelasan ini jika konsisten bahwa perubahan perilaku menjadi bagian dari tujuan PKH, maka penambahan prasyarat perubahan perilaku ini harus menjadi bagian dari desain PKH secara eksplisit.

b. Akurasi data KPM perlu perbaikan

Kenyataan menunjukkan masih banyak keluhan warga tentang ketepatan sasaran penerima manfaat PKH. Kasus *exclusion error* dan *inclusion error* masih terjadi. Akibatnya pengelola program di lapangan sering menjadi sasaran kekecewaan hingga menjadi korban kemarahan pihak-pihak tertentu. Pendamping PKH sebagai ujung tombak program di lapangan senantiasa berusaha memberikan penjelasan secara normatif namun warga masih tetap mempermasalahkannya.

Bahkan tim peneliti berkali-kali dikunjungi warga dan tokoh masyarakat lokal ke penginapan hanya sekedar menyampaikan keluhannya atas masalah tersebut. Penjelasan ini menggugat akurasi data PKH yang bersumber dari basis data terpadu PPLS tahun 2011 ini. Sesungguhnya hal senada sudah terungkap dalam beberapa penelitian lain. Sitepu (2014) mengutip penelitian Hastuti dari SMERU menjelaskan adanya intervensi dari aparat desa atau kelurahan dan ketua satuan lingkungan sosial setempat dalam proses pendataan. Lebih jauh dijelaskan bahwa pencacah tidak mendatangi/mewawancarai semua rumah tangga. Pengisian kuesioner hanya berdasarkan pengetahuan pencacah dan informasi dari ketua Rt. Bahkan seorang pencacah mengakui bahwa ia hanya mewawancarai sekitar 10 rumah tangga dari 200 rumah tangga yang seharusnya ia data.

Berdasarkan wawancara dan FGD di

lokasi penelitian diketahui bahwa hingga penelitian ini dilakukan informan mengaku belum pernah didata ulang sebagai perbaikan atas data PPLS ini. Dalam hal ini mereka menghendaki agar warga dilibatkan dalam proses pendataan dengan asumsi bahwa orang yang paling tahu tentang warga adalah warga itu sendiri.

Sejalan dengan hal ini, otoritas dan atau kedaulatan warga atas dirinya sendiri perlu dihargai dengan mengembalikan proses pendataan atau pemeringkatan kemiskinan kepada mereka sebagaimana dijelaskan oleh Anam (2014). Jika ide ini diterima, proses ini dapat ditempuh dengan 2 cara yaitu (1) mulai dari awal warga atau perwakilannya menyepakati defenisi operasional kemiskinan, menyusun indikatornya, hingga melakukan proses pendataan untuk selanjutnya diadakan uji publik atas hasil pendataan hingga diperoleh hasil final; (2) mengumumkan hasil pendataan PPLS di tingkat satuan sosial lingkungan terkecil (misalnya RT untuk selanjutnya diadakan uji publik. Selanjutnya masing-masing warga atau perwakilan warga diberi hak melakukan perengkingan ulang dengan alasan masing-masing. Hasil perengkingan akan direkapitulasi ulang untuk selanjutnya disepakati bersama hingga diperoleh hasil final.

Jika hal ini diterapkan, sangat dimungkinkan terjadi perdebatan panjang terutama menyangkut efisiensi pendataan. Untuk itu perlu dicari jalan tengahnya dengan terlebih dahulu merumuskan mekanismenya dalam bentuk petunjuk teknis.

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 disamping ukuran nasional.

c. Populasi KPM PKH masih kecil.

Jika akurasi data sasaran program telah diperbaiki, maka penambahan jumlah peserta program secara signifikan akan mempercepat penanggulangan kemiskinan. Namun hal ini tentu saja membutuhkan dana yang sangat besar. Mengingat keterbatasan kemampuan keuangan/anggaran pemerintah pusat, hal ini perlu disinergikan dengan pemerintah daerah provinsi dan atau kabupaten/kota.

Sinergi ini dapat dilakukan cara mengadopsi program PKH oleh pemerintah provinsi dan kabupaten/kota setelah terlebih dahulu melakukan *mapping* untuk membagi kuota (jatah) antara pemerintah pusat dengan pemerintah daerah. Dengan demikian tidak akan terjadi tumpang tindih sasaran program antara pemerintah pusat dengan pemerintah daerah. Jika hal ini dilakukan, sekaligus akan mempercepat penanggulangan kemiskinan di wilayah masing-masing.

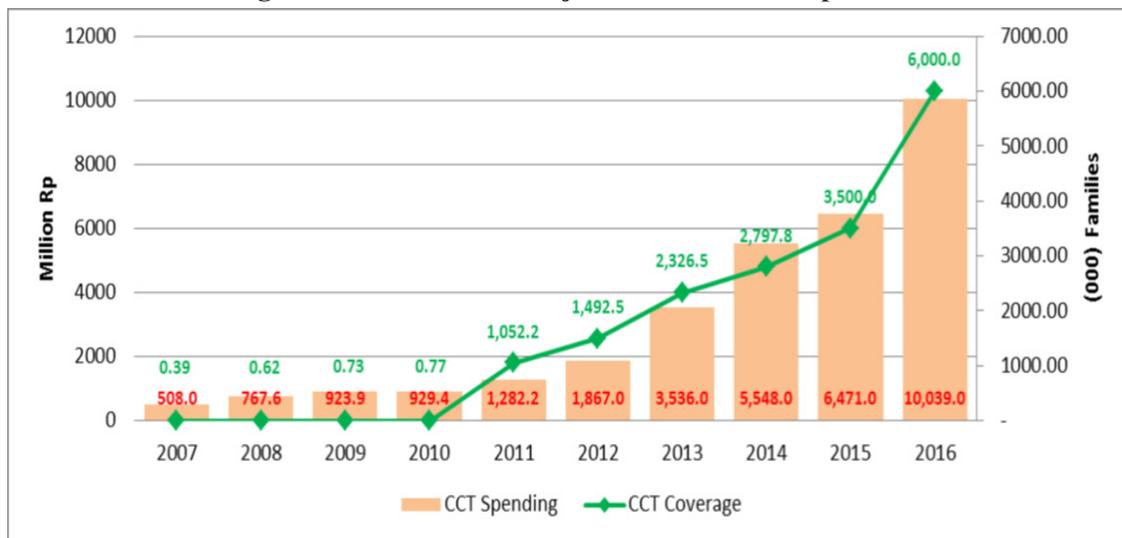
Persoalannya adalah kemauan atau komitmen pemerintah daerah dalam pengaturan alokasi anggaran. Sebanyak 131 pemerintah daerah Kabupaten dan Kota yang rasio alokasi belanja pegawainya mencapai lebih dari setengah anggaran pendapatan dan belanja daerah (APBD-nya (Simorangkir, 2017). Untuk itu diperlukan aturan yang lebih tegas dan konsisten dari pemerintah pusat terkait hal ini.

Mekanisme gotong royong ini masih mungkin dikembangkan lebih jauh dengan melibatkan pihak swasta terutama dengan memanfaatkan dunia usaha seperti dana *Corporate Social Responsibility* (CSR). Sejalan dengan hal ini, pihak penyelenggara PKH ini diharapkan proaktif membangun komunikasi yang efektif dengan mengundang pihak dunia usaha berpartisipasi dalam pengentasan kemiskinan. Hal ini juga

harus didukung oleh peraturan yang lebih akomodatif untuk menjamin kepentingan perusahaan dalam penggunaan dana CSR di satu sisi, namun pada saat yang sama membawa manfaat yang optimal dalam pengentasan kemiskinan.

Gambaran perkembangan kepesertaan atau KPM PKH sejak dimulai tahun 2007 hingga tahun 2016 dapat dilihat dalam diagram berikut ini.

Diagram 1. Peserta PKH Sejak Tahun 2007 Sampai 2016



Sumber: Kementerian Sosial (2015) dan Bappenas (2015).

Dilihat dari diagram di atas, dalam usia 10 tahun pesertanya hanya 6 juta keluarga. Perkembangan ini sangat lambat jika dibandingkan dengan negara-negara lain yang menerapkan program sejenis. Secara eksplisit hal ini juga diakui oleh pihak penyelenggara dengan mengatakan bahwa cakupan CCT Indonesia jauh lebih rendah dibandingkan CCT lain di seluruh dunia. Hingga tahun 2014 CCT Indonesia hanya mencakup 7% dari keluarga sangat miskin (2016).

- d. Nilai nominal belum didasarkan indeks kebutuhan individu

Sejak dimulai tahun 2007 telah terjadi perubahan skema bantuan PKH sebanyak tiga kali. Yaitu tahun 2013, tahun 2015 dan

terakhir tahun 2016. Dari tiga 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 komponen yang terpenuhi persyaratannya oleh keluarga penerima manfaat.

Sementara nilai bantuan untuk setiap komponen disamaratakan untuk seluruh Indonesia, apa dan bagaimanapun situasi keluarganya. Model pukul 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. 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 seharusnya dikaitkan dengan jumlah anggota keluarga yang menjadi total tanggungan

e. Komplementaritas program belum terpadu.

Komplementaritas mempunyai makna saling melengkapi. Jadi komplementaritas program berarti program yang saling melengkapi, sesuai dengan kebutuhan kelompok sasaran dikaitkan dengan tujuan program. Jika komplementaritas program ditujukan untuk mempercepat penanggulangan kemiskinan kelompok sasaran, maka program yang diberikan harus dipastikan saling mendukung untuk mengentaskan kemiskinan.

Saat ini banyak program perlindungan sosial di Indonesia. Selain diselenggarakan oleh pemerintah pusat, sejumlah program juga diselenggarakan oleh pemerintah provinsi dan kabupaten/kota. Bahkan di luar yang diselenggarakan oleh pemerintah, masih ada yang diselenggarakan oleh masyarakat seperti oleh berbagai yayasan, organisasi, dunia usaha, dan lain-lain.

Komplementaritas program PKH dimaknai berbeda-beda oleh masyarakat dan pemerintah daerah, baik pemerintah provinsi maupun pemerintah kabupaten/ kota. Secara umum masyarakat menunjukkan kecemburuan sosial jika peserta program PKH juga memperoleh program bantuan lainnya, terlepas dari siapapun pihak penyelenggaranya.

Hal yang sama justru masih terjadi di kalangan 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 berbagai kebijakan baru tentang komplementaritas program dari pejabat baru dengan segala implikasinya.

f. PKH belum dijadikan sebagai pintu masuk program perlindungan sosial secara menyeluruh.

Sebagaimana diketahui, sesungguhnya 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 raskin/rastra, KUBE dan lain-lain. Jika hal ini ditempuh proses ini sekaligus mendukung komplementaritas program yang pada gilirannya akan mempercepat pemberdayaan KPM dari kemiskinan. Dengan demikian data peserta PKH akan menjadi data dasar bagi program perlindungan sosial yang lain.

Seharusnya bantuan sosial yang lain dapat diberikan kepada keluarga tertentu setelah keluarga yang bersangkutan sudah terlebih dahulu terdaftar sebagai peserta PKH. Jika hal ini diwujudkan, diharapkan intervensi sosial bagi keluarga miskin akan mendekati aspek yang dijadikan ukuran kemiskinan, yaitu aspek makanan dan non makanan.

g. Proses transformasi belum akurat

Sebagaimana diketahui seharusnya penentuan status transformasi PKH dilakukan melalui kegiatan resertifikasi secara rutin dilaksanakan pada tahun ke-5 untuk setiap kohor KPM PKH. Namun karena berbagai kendala, resertifikasi pertama kali bagi kohor 2007 dan 2008 yang dilakukan pada tahun 2013. Prosesnya dilakukan dengan pencacahan terhadap peserta PKH pada tahun 2013, dengan menggunakan kuesioner setara PPLS 2011.

Pencacahan dilakukan terhadap Peserta PKH Kohor 2007 dan 2008 meliputi variabel : (a) Identitas Responden; (b) Karakteristik

Anggota Rumah Tangga; (c) Karakteristik Rumah Tangga; (d) Harta Rumah Tangga; (e) Bantuan Sosial; dan (6) Kapasitas Ekonomi dan Sosial. Pelaksanaan Resertifikasi Tahun 2013 dilakukan TNP2K bersama Kemensos dan Bappenas, untuk kemudian kegiatan selanjutnya dilakukan oleh Kemensos. Widiyanto (2014) dari TNP2K menjelaskan bahwa berdasarkan pemantauan yang dilakukan secara independen terhadap proses pencacahan, data resertifikasi yang dikumpulkan menunjukkan kualitas yang bagus.

Dilihat dari aspek yang diukur dalam instrumen ini, terlihat ketimpangan yang amat kentara antara intervensi yang dilakukan PKH dengan proses transformasi. Sebagaimana diketahui, intervensi utama PKH adalah akses layanan pendidikan dan kesehatan. Jika konsisten dengan intervensi program ini, maka sesungguhnya program tidak membutuhkan proses *exit* tersendiri. Proses *exit* cukup berjalan secara alamiah bersamaan dengan berakhirnya tingkat pendidikan yang menjadi target program. Dengan demikian jika saat ini target pendidikan dalam PKH adalah setingkat SMA, maka target program adalah memastikan anak sekolah dan sekaligus sehat hingga tamat SMA. Ketika target ini tercapai, otomatis *exit* program terjadi secara alamiah untuk anak ini, dan demikian seterusnya untuk keluarga yang bersangkutan.

Namun kenyataan menunjukkan hal yang berbeda. Pihak penyelenggara menjadikan aspek kapasitas sosial ekonomi, termasuk harta rumah tangga peserta program sebagai dasar penentuan *exit*. Hal ini menjadi tidak masuk akal secara metodologis dan terkesan dipaksakan mengingat sebagian besar peserta kohor 2007 tidak mengetahui

dari awal bahwa program akan diakhiri pada tahun tertentu. Bahkan proses ini tidak sejalan dengan tujuan transformasi itu sendiri.

Ketika rapat persiapan pelaksanaan resertifikasi diadakan di Bappenas, yang dihadiri unsur penyelenggara dari pihak Kemensos, Bappenas dan TNP2K pada tahun 2012 yang lalu, persoalan ini sudah disampaikan, namun akhirnya pimpinan rapat dari TNP2K memutuskan untuk menjadikan aspek kapasitas ekonomi sebagai salah satu aspek yang diukur sebagai bahan pertimbangan *exit*.

Sejalan dengan ketimpangan ini, hasil resertifikasi menimbulkan ketidakpuasan di masyarakat. Ketidakpuasan ini bukan saja dialami masyarakat yang mengakhiri kepesertaannya (masuk kelompok graduasi), tetapi juga dirasakan oleh pendamping PKH.

h. Keterbatasan *Family Development Session* (FDS) .

Pertemuan Peningkatan Kemampuan Keluarga (P2K2) atau *Family Development Session* 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.

Sesungguhnya kegiatan ini sangat baik untuk diterapkan bagi seluruh peserta PKH sejak awal program dimulai, dan peserta sangat mengharapkannya. Mereka mengaku bahwa sesungguhnya sejak awal mengikuti PKH sudah mengadakan pertemuan kelompok di bawah bimbingan pendamping, namun materi yang dibicarakan kurang terarah seperti saat ini. Namun demikian bukan berarti bahwa kegiatan ini tanpa kelemahan. Beberapa kelemahan tersebut adalah :

- 1) Belum semua pendamping yang bertugas mengikuti pelatihan FDS.
 - 2) Keterbatasan peserta yang hanya diperuntukkan bagi kelompok PKH transisi. Kelompok graduasi ingin dilibatkan.
 - 3) Keterbatasan Buku Pedoman dan Modul FDS.
 - 4) FDS hanya diikuti kaum ibu.
- i. Pendampingan terlalu fokus pada aspek administrasi prosedural

Hingga saat ini tidak berbeda jauh dengan penelitian Nainggolan dkk (2012) kinerja pendampingan masih cenderung fokus pada pencapaian target administrasi prosedural. Sementara target fungsional belum optimal. Selain karena tuntutan beban kerja dari pihak penyelenggara program, hal ini juga disebabkan oleh ratio pendampingan yang terlalu besar.

Hal yang belum dilakukan

Sebagai program perlindungan sosial yang diarahkan pada percepatan penanggulangan kemiskinan, orientasi PKH harus melakukan intervensi kepada KPM sebagai unit sasaran secara utuh. Intervensi PKH tidak lagi terbatas pada anak dan ibu, tetapi juga menjangkau seluruh anggota keluarga, terutama suami.

Jika hal ini disepakati, maka substansi intervensi harus memperkuat keberfungsian keluarga secara utuh dengan pendekatan yang komprehensif. Upaya ini diharapkan akan “memaksa” seluruh anggota keluarga berperilaku produktif, bukan kontraproduktif. KPM PKH wajib meningkatkan produktivitas keluarga. Untuk itu perubahan perilaku KPM menjadi mutlak, karena kesejahteraan adalah akibat dari perilaku produktif dalam arti luas. Selain perilaku merokok, ternyata perilaku gender masih didominasi tradisional (maskulin dan feminin), terutama relasi gender antara suami-istri). Akibatnya pembagian kerja dalam keluarga cenderung *sexis*. Jenis pekerjaan dikaitkan dengan jenis kelamin.

Sejalan dengan penjelasan di atas, perlu dilakukan hal berikut.

- a. *Re-design* PKH menuju integrasi program perlindungan sosial sekaligus upaya percepatan penanggulangan kemiskinan

Aryo (2017) menjelaskan bahwa secara ideal, perlindungan Sosial yang terintegrasi tidak didasarkan pada program yang sifatnya selektif seperti PKH tetapi berdasarkan universalisme dimana semua orang mendapatkan hak yang sama, namun ada *assessment* khusus tentang eligibilitas. Hal senada dikemukakan oleh Sendow (2011) dengan memberikan contoh *Social Security Number (SSN)*. Dijelaskan bahwa penduduk yang kayapun mempunyai SSN namun tidak *eligible* untuk program-program kemiskinan. Dalam model SSN, semua program yang ada bernaung dibawah sistem SSN. Namun mengingat keterbatasan negara saat ini, integrasi perlindungan sosial dapat diawali dari program perlindungan sosial bagi keluarga miskin sekaligus dimaksudkan sebagai upaya percepatan penanggulangan kemiskinan.

Harus diakui bahwa selama ini pihak penyelenggara senantiasa melakukan *re-design* berupa inovasi dalam beberapa aspek sehingga pendekatan yang ditempuh cenderung *partial*. PKH diharapkan menjadi pintu masuk menuju integrasi program perlindungan sosial sekaligus program penanggulangan kemiskinan di Indonesia. Sejalan dengan hal ini, *re-design* PKH harus dilakukan secara fundamental menyangkut aspek substansi sekaligus aspek teknis fasilitatif.

Secara substansi, PKH diharapkan mengadopsi berbagai program sejenis yang tersebar di berbagai unit kerja atau instansi lain, baik program perlindungan sosial maupun penanggulangan kemiskinan untuk selanjutnya digabung menjadi satu program yang dikelola satu unit atau lembaga tunggal. Hal ini sekaligus akan mengoptimalkan fungsi kelembagaan yang sudah terbentuk hingga tingkat kecamatan di seluruh Indonesia.

Jika gagasan ini ditindaklanjuti, maka harapan KPM PKH untuk sekaligus menerima berbagai bantuan sosial sesuai kebutuhannya akan terpenuhi sehingga keluargapun akan lebih merasakan manfaatnya. Bantuan yang diterima tidak hanya terbatas pada aspek pendidikan dan kesehatan, tetapi secara utuh menyangkut aspek makanan dan non makanan sebagaimana telah dijelaskan di atas.

Secara teknis fasilitatif, perubahan pada aspek substansi ini akan memangkas jalur birokrasi yang melibatkan berbagai unit kerja atau instansi yang melaksanakan pelayanan bantuan sosial selama ini karena pengelolaaannya terpusat pada satu lembaga tunggal. Konsekwensinya perlu dilakukan kajian tersendiri berupa analisis kebijakan dalam rangka sinkronisasi regulasi atau

peraturan perundang-undangan yang terkait. Ini berarti bahwa perubahan tidak dapat dilakukan secara drastis. Dengan demikian strategi yang harus ditempuh adalah perubahan secara bertahap dalam target waktu yang sudah pasti, namun dengan arah yang jelas menjadikan PKH sebagai pintu masuk menuju integrasi program perlindungan sosial sekaligus integrasi program penanggulangan kemiskinan.

Sesungguhnya gagasan ini bukanlah hal yang baru. Gagasan ini juga diungkapkan oleh Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional sebagaimana dikemukakan oleh Supriyanto dkk (2014). Dijelaskan bahwa salah satu bentuk transformasi yang dibutuhkan dalam desain sistem perlindungan sosial adalah perlindungan sosial yang terintegrasi.

Diharapkan bentuk dari perlindungan sosial sekaligus penanggulangan kemiskinan yang terintegrasi adalah implementasi sistem pelayanan satu pintu (*single window services*) melalui PKH. Dengan kata lain integrasi ini bukan hanya sebatas komplementaritas. Sejalan dengan hal ini, unifikasi data yang diperoleh melalui standarisasi pengumpulan dan pengelolaan data untuk mendukung integrasi harus dilakukan. *Database* harus ditujukan untuk meningkatkan efisiensi dan koordinasi serta mengurangi kemungkinan terjadinya duplikasi administratif diantara berbagai program perlindungan sosial dan program penanggulangan kemiskinan yang ada.

b. Pengembangan kompetensi pendamping dengan fungsi yang diperluas

Berdasarkan Buku Kerja Pendamping PKH yang diterbitkan Direktorat Jaminan Sosial-Kementerian Sosial (2013) disebut

bahwa pendamping PKH mempunyai 3 tugas, yaitu (a) tugas pokok yang terdiri dari persiapan program dan dan tugas rutin; (b) tugas pengembangan, yang terdiri dari tugas koordinasi dan kerjasama dengan pihak terkait dalam rangka pengembangan keluarga penerima manfaat program; dan (c) tugas penunjang, untuk pengembangan kapasitas diri pendamping.

Dari 3 tugas pendampingan ini, temuan lapangan menunjukkan bahwa pendamping fokus pada tugas pokok sehingga muncul kesan pendamping terlalu sibuk dengan kegiatan prosedural administratif. Di satu sisi hal ini terjadi karena tuntutan lembaga penyelenggara program untuk mengejar pertanggungjawaban aspek administratif, sementara *ratio* pendampingan sangat besar dan jauh dari ideal. Akibatnya petugas pendamping terpaksa sibuk mengejar target administratif. Di sisi lain, petugas pendamping mengaku kurang pembekalan untuk melaksanakan tugas pengembangan dan penunjang.

Sejalan dengan hal ini, sambil merumuskan ulang *ratio* pendampingan yang lebih ideal, pengembangan kompetensi pendampingan harus dilakukan secara berkelanjutan. Pengembangan kompetensi harus diarahkan pada 3 aspek, yaitu (a) kompetensi personal; (b) kompetensi sosial; dan (c) kompetensi profesi.

Kompetensi personal terkait dengan pengembangan pribadi individu pendamping, baik intra personal maupun inter personal. Kompetensi sosial terkait dengan kemampuan pendamping bermasyarakat seperti kemampuan menyesuaikan diri dan membangun jaringan. Sedangkan kompetensi profesi terkait dengan kemampuan teknis-praktisnya sebagai petugas pendamping seperti penguasaan berbagai pendekatan

pekerjaan sosial, kemampuan melakukan asesmen, dan berbagai terapi sehingga pendamping mampu mengungkap dan sekaligus melakukan intervensi sosial atas berbagai masalah, terutama untuk meningkatkan keberfungsian keluarga KPM PKH termasuk intervensi dalam perilaku gender.

Sebagai contoh, tim peneliti mempraktekkan asesmen terhadap sebuah keluarga penerima manfaat PKH untuk mengungkap kelebihan dan kelemahan keluarga tersebut dengan menggunakan *Saleeby's Strengths and Barriers Model*. Melihat proses ini, pendamping sangat tertarik dan sangat ingin dilatih oleh pihak penyelenggara program.

KESIMPULAN

Berdasarkan penjelasan di atas, dapat disimpulkan bahwa untuk mempercepat penanggulangan kemiskinan melalui PKH perlu dilakukan *re-design* berupa inovasi program dalam rangka pengembangan program secara fundamental. *Re-design* ini difokuskan pada 2 hal, yaitu: (1) merespon upaya yang sudah dilakukan tetapi belum optimal; dan (2) melakukan reorientasi program secara mendasar dengan menjadikan PKH sebagai pintu masuk menuju integrasi program perlindungan sosial sekaligus integrasi program penanggulangan kemiskinan di Indonesia, dengan fokus meningkatkan keberfungsian keluarga secara utuh sesuai dengan peran masing-masing anggota keluarga dengan pendekatan yang komprehensif. Upaya ini diharapkan akan “memaksa” anggota keluarga berperilaku produktif, bukan kontraproduktif.

SARAN

Sejalan dengan kesimpulan di atas, penelitian ini merekomendasikan agar penyelenggara segera

mengambil inisiatif untuk menjadikan PKH sebagai pintu masuk menuju integrasi program perlindungan sosial sekaligus integrasi program penanggulangan kemiskinan di Indonesia. Inisiatif ini harus dimulai dengan melakukan identifikasi berbagai program perlindungan sosial dan program penanggulangan kemiskinan yang tersebar di berbagai unit dan atau instansi di Indonesia. Langkah ini hendaknya diikuti dengan kajian khusus terhadap berbagai produk kebijakan seperti peraturan undang-undang yang terkait dengan kebutuhan integrasi program perlindungan sosial dan program perlindungan sosial.

UCAPAN TERIMAKASIH

Penulis mengucapkan terimakasih kepada bapak Hemat Sitepu dan Bapak Suyanto yang terlibat secara langsung dalam penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Anam, S.M. (2014). *Kedaulatan Desa Atas Data Kemiskinan: Panduan Pendataan Penduduk Miskin*. Kebumen : P2M dan Formasi.
- Aryo, B. (2017). *Review Atas Draf Upaya Percepatan Penanggulangan Kemiskinan Melalui Pogram Keluarga Harapan: Studi di Empat Daerah di Indonesia*. Jakarta: Puslitbangkesos-Kemensos RI.
- Badan Pusat Statistik. (2015). *Kota Kupang Dalam Angka*. Kupang: Badan Pusat Statistik.
- Benerje, A., & Duflo, E. (2012). *Poor Economics: A Radical Rethinking of The Way to Fight Global Poverty*. Public Affairs.
- Brenda .D & Krogsrud M.K. (2011). *Social Work an Empowering Profession*. Pennsylvania State University: Allyn and Bacon.
- Dharmawan, dkk. (2009). *Agenda Riset Strategis Bidang Penanggulangan Kemiskinan 2010-2015*. Bogor: Institut Pertanian Bogor.
- 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: Direktur Jenderal Perlindungan dan Jaminan Sosial Kementerian Sosial RI.
- Kemenkes RI. (2016). Penyakit *Terkait Rokok Paling Banyak Sedot Dana BPJS* . dalam [http:// health. kompas. com/read /2016/07/30/ 080000723/Penyakit. Terkait. Rokok. Paling. Banyak.Sedot. Dana.BPJS](http://health.kompas.com/read/2016/07/30/080000723/Penyakit.Terkait.Rokok.Paling.Banyak.Sedot.Dana.BPJS) (diakses 15 Agustus 2016).
- Kementerian Sosial RI (2013).Kementerian Sosial RI.(2013). *Pedoman Operasional Sistem Informasi Manajemen PKH*. Jakarta : Kementerian Sosial RI.
- Kementerian Sosial RI. (2015). *Pedoman Umum Program Keluarga Harapan*. Jakarta : Kementerian Sosial RI hal. 40-41.
- Menkes RI. (2014). *Perokok Bisa Bikin Bangkrut BPJS*. (Senin, 18 Agustus 2014 / 16:41 WIB [http:// nasional. kontan.co.id /news/ menkes-perokok -bisa-bikin-bangkrut-bpjs,](http://nasional.kontan.co.id/news/menkes-perokok-bisa-bikin-bangkrut-bpjs) (diakses 15 Agustus 2016).
- Nainggolan, T. (2002). *Kompetensi Interpersonal Remaja Panti Asuhan Ditinjau dari Jenis Kelamin, Gender, dan Konsep Diri*. Yogyakarta: UGM Yogyakarta.
- Nainggolan, T. dkk. (2012). *Program Keluarga Harapan di Indonesia: Dampak Pada RTSM di Tujuh Provinsi*. Jakarta : P3KS Press
- Nasdian, F.T. (2016). *Tanggapan Atas Draft Rancangan Manfaat PKH Dalam Percepatan Penanggulangan Kemiskinan*. Bogor: Divisi Sosiologi Pedesaan dan Pengembangan Masyarakat Departemen Sains Komunikasi dan Pengembangan Masyarakat Fakultas Ekologi Manusia IPB
- Ruhyana, N.F. (tt). *Konsumsi Rokok Kepala Rumah Tangga Dan Kebutuhan Dasar Rumah Tangga Miskin Di Indonesia*. Sumedang: Bappeda Kabupaten Sumedang. Dalam [https://apps.z. facebook. com/ bappppe](https://apps.z.facebook.com/bappppe) dasumedang kab/ posts/ 916973765062231 (diakses 31 Juli 2017).
- Sendow, Michael. (2011). *Bolehkah Setiap Penduduk Indonesia Memiliki Social Security?*.[https://www.kompasiana.com/ michusa/dapatkah-social-security-menjad ikan-hidup-warga-indonesia-lebih terja min55010da8a333117f73512a18](https://www.kompasiana.com/michusa/dapatkah-social-security-menjadi-ikan-hidup-warga-indonesia-lebih-terjamin55010da8a333117f73512a18) (diakses 22 Nopember 2017)
- Simorangkir, Eduardo. (2017). *Perintah Jokowi ke Sri Mulyani Soal Besarnya Dana Buat Gaji PNS*. [tps:// finance .detik.com/berita- ekonomi-bisnis/ 349 7790/perintah-jokowi- ke-sri-mulyani-soal-besarnya-dana-buat- gaji-pns- det ikFinance](https://finance.detik.com/berita-ekonomi-bisnis/3497790/perintah-jokowi-ke-sri-mulyani-soal-besarnya-dana-buat-gaji-pns-detikFinance) (diakses tanggal 28 Nopember 2017)
- Sitepu, A. (2014). *Faktor-Faktor Penyebab Ketidaktepatan Rumah Tangga Sasaran Penerima Manfaat (RTS-PM) Program Subsidi Beras Bagi Masyarakat Berpenghasilan Rendah (Raskin)*, Majalah Informasi Kesejahteraan Sosial Vol 19 No.3, 2014.
- Suharto, E. dkk. (2004). *Isu-Isu Tematik Pembangunan Sosial: Konsepsi dan Strategi*. Jakarta: Balitbangsos Departemen Sosial RI.
- Sumodiningrat, G., Santosa, B. & Maiwan, M. (1999). *Kemiskinan: Teori, Fakta dan Kebijakan*. Jakarta: Impac.
- Supriyanto,R.W. dkk (2014). *Perlindungan Sosial di Indonesia: Tantangan dan Arah ke Depan*, Jakarta: Direktorat Perlindungan dan Kesejahteraan Masyarakat Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional.
- Widiyanto, Bambang. (2014). *Exit Strategy, Komplementaritas, dan Perluasan Program Keluarga Harapan*. Jakarta : TNP2K.