

Gerak Langkah Program Keluarga Harapan: Kontribusi Program Keluarga Harapan Terhadap Kesejahteraan Keluarga Penerima Manfaat

The Action Step Of Expected Family Program: The Contribution of Expected Family Program to the Welfare Improvement of Beneficiary Family

Sunit Agus Tri Cahyono¹ dan Siti Wahyu Iryani²

Balai Besar Penelitian dan Pengembangan Pelayanan Kesejahteraan Sosial (B2P3KS).

Jl. Kesejahteraan Sosial No. 1 Sonosewu, Yogyakarta, Telp. (0274) 377265

Email: sunit_atc62@yahoo.com, HP. 081215173663

Email: iryanisitiwahyu@gmail.com, HP. 085878403038

Diterima 11 Desember 2018 diperbaiki 18 Desember 2018 disetujui 30 Desember 2018

Abstract

This study was aimed to describe the contribution of Expected Family Program (=PKH), supporting factors and its inhibitors to the welfare of Beneficiary Families (KPM) in Candimulyo Sub-District. The research used a descriptive qualitative approach. The data was collected by conducting interviews, observations and document studies techniques. The data was then analyzed by an interactive cycle analysis. The results showed that PKH contributed to the improvement of family welfare, particularly in reducing the lack of food quality and quantity, health and education, so that KPM tended to be more prosperous. Supporting factors were the high motivation and enthusiasm of KPM in fulfilling their commitment in the field of education, health and social welfare. The other things that became inhibiting factors were exclusive errors and inclusive errors in targeting families of KPM. It was recommended that the verification and validation of KPM data should involve all elements of the community tiered from below such as the nearest neighborhood units (=RT, RW, kelurahan / village), sub-districts, districts /cities and that of local community leaders.

Keywords: *action step; program keluarga harapan (PKH); beneficiary family (KPM)*

Abstrak

Program Keluarga Harapan (PKH) adalah program bantuan sosial bersyarat kepada keluarga miskin yang diharapkan mempunyai dampak signifikan terhadap pengurangan kemiskinan. Penelitian ini bertujuan mendeskripsikan kontribusi PKH, faktor pendukung dan penghambatnya terhadap kesejahteraan Keluarga Penerima Manfaat (KPM) di Kecamatan Candimulyo, Kabupaten Magelang. Penelitian menggunakan pendekatan kualitatif deskriptif. Wawancara, observasi, dan telaah dokumen digunakan sebagai teknik pengumpulan data. Analisis data menggunakan siklus interaktif. Hasil penelitian menunjukkan, bahwa PKH berkontribusi kepada peningkatan kesejahteraan keluarga, khususnya mereduksi kekurangan kualitas dan kuantitas pangan, kesehatan, dan pendidikan, sehingga KPM cenderung lebih sejahtera. Faktor pendukung antara lain KPM memiliki motivasi/antusiasme tinggi dalam memenuhi komitmen di bidang pendidikan, kesehatan, dan kesejahteraan sosial. Faktor penghambat antara lain masih ditemukan *exclusive error* dan *inclusive error* dalam penetapan sasaran garap (KPM). Rekomendasi yang diajukan diantaranya dalam verifikasi dan validasi (Verivali) data KPM perlu perluasan pelibatan semua unsur masyarakat mulai dari RT, RW, kelurahan/desa, kecamatan, kabupaten/kota hingga tokoh masyarakat setempat.

Kata Kunci: gerak langkah; program keluarga harapan (PKH); keluarga penerima manfaat (KPM)

A. Pendahuluan

Kemiskinan sebagai kondisi dimana terjadi ketidakmampuan masyarakat untuk memenuhi kebutuhan dasar seperti makanan, pakaian, tempat berlindung, pendidikan, dan kesehatan. Kemiskinan dapat disebabkan oleh faktor internal berupa keterbatasan sumber daya manusia (SDM), dan faktor eksternal berupa kelangkaan alat pemenuhan kebutuhan dasar, ataupun sulitnya akses terhadap pendidikan dan pekerjaan. Kemiskinan merupakan permasalahan kesejahteraan sosial yang bersifat kompleks dan multidimensional, ditandai oleh pengangguran, keterbelakangan dan ketidakberdayaan masyarakat. Dengan demikian kemiskinan hanya sebatas dipahami sebagai ketidakmampuan ekonomi, tetapi juga kegagalan memenuhi hak dasar dan perbedaan perlakuan bagi seseorang atau sekelompok orang dalam menjalani kehidupan secara bermartabat. Hak-hak dasar yang dimaksud secara umum meliputi terpenuhinya kebutuhan pangan, kesehatan dan pendidikan secara layak bagi kemanusiaan, termasuk keterkucilan/ keterisolasian sosial, ketergantungan, dan ketidakmampuan untuk berpartisipasi dalam masyarakat.

Data Biro Pusat Statistik (BPS) menunjukkan periode 2005 hingga 2011, jumlah penduduk miskin di Indonesia secara berturut-turut adalah: pada tahun 2005 sebesar 35,10 juta jiwa (15,97 persen) dari seluruh penduduk Indonesia), tahun 2006 meningkat menjadi 39,30 juta (17,75 persen), tahun 2007 menjadi 37,17 juta jiwa (16,58 persen), tahun 2008 sebesar 34,96 juta jiwa (15,42 persen), tahun 2009 sebanyak 32,53 juta jiwa (14,15 persen), tahun 2010 sebesar 31,02 juta jiwa (13,33 persen) dan pada tahun 2011 berjumlah 30,02 juta jiwa (12,49). September 2015 sebanyak 28,51 juta jiwa (11,13) dan pada bulan September tahun 2017 penduduk miskin mencapai 26,58 jiwa

jiwa atau sebesar 10,12 persen¹ atau selama dua tahun berkurang 1.930.000 jiwa (1,02 persen). Dari data tersebut di atas diketahui bahwa meskipun terjadi penurunan angka kemiskinan tetapi penduduk yang berada di bawah garis kemiskinan relatif masih cukup besar.

Program Keluarga Harapan (PKH) adalah program pemberian uang tunai kepada penyandang masalah kesejahteraan sosial (PMKS), khususnya rumah tangga sangat miskin berdasarkan persyaratan dan ketentuan yang telah ditetapkan dengan melaksanakan komitmen atau kewajibannya. Program ini secara internasional dikenal sebagai program *conditional cash transfers* (CCT) atau program bantuan tunai bersyarat. Persyaratan tersebut dapat berupa kehadiran di fasilitas pendidikan (Fasdik) bagi anak usia sekolah ataupun kehadiran di fasilitas kesehatan (Faskes) bagi anak balita atau bagi ibu hamil). Sejak tahun 2016 terdapat perubahan dari tunai ke non tunai dan penambahan komponen kesejahteraan, yaitu penyandang disabilitas dan lanjut usia mulai 60 tahun. Program Keluarga Harapan (PKH) merupakan salah satu diantara program penanggulangan kemiskinan tahun 2007 yang dicanangkan oleh pemerintah.

Sasaran atau penerima bantuan PKH adalah rumah tangga sangat miskin yang disebut keluarga penerima manfaat (KPM). Persyaratan KPM sebagai peserta PKH minimal memenuhi kriteria komponen kesehatan seperti ibu hamil/nifas, dan anak usia di bawah enam tahun; komponen pendidikan diantaranya memiliki anak usia sekolah SD, SMP, dan SMA; dan komponen kesejahteraan sosial, yaitu penyandang disabilitas dan lanjut usia mulai 60 tahun.² Tujuan utama dari PKH adalah untuk mengurangi kemiskinan dan meningkatkan kualitas sumber daya manusia terutama pada kelompok masyarakat miskin. Dalam

¹ Biro Pusat Statistik (2018)

² Peraturan Menteri Sosial RI Nomor 1 Tahun 2018 tentang *Program Keluarga Harapan*

jangka pendek, bantuan ini membantu mengurangi beban pengeluaran KPM. Untuk jangka menengah, dengan mensyaratkan keluarga penerima untuk menyekolahkan anaknya, melakukan imunisasi balita, memeriksakan kandungan bagi ibu hamil, dan perbaikan gizi. Dalam jangka panjang diharapkan PKH akan memutus rantai kemiskinan antar generasi dan meningkatkan kesejahteraan sosial keluarga melalui perubahan pola pikir, perilaku dan kemandirian pada aspek kesehatan, Pendidikan, dan kesejahteraan social. Untuk mendukung tersebut dilakukan kegiatan pertemuan kelompok KPM disebut Pertemuan Peningkatan Kemampuan Keluarga (P2K2) atau *Family Development Session* (FDS) bagi KPM yang dilakukan oleh pendamping PKH minimal satu bulann sekali untuk setiap kelompok. Demikian juga terdapat program komplementer untuk mendukung agar KPM lebih cepat *exit* dari kondisi miskin. Program komplementer untuk pendukung kesiapan *exit* dari KPM-PKH mencakup jaminan kesehatan nasional (JKN), beras sejahtera (Rastra), Bantuan Pangan Non Tunai (BPNT), Program Indonesia Pintar (PIP), Kelompok Usaha Bersama (Kube), Rumah tinggal layak huni (Rutilahu), Asistensi lanjut usia terlantar (Aslut), Asistensi Sosial Penyandang Disabilitas Berat (ASPDB), dan bantuan sosial lain yang berasal dari pemerintah daerah, masyarakat, dan dunia usaha.

Kesejahteraan sosial dapat dimaknai terpenuhinya kebutuhan seseorang, atau masyarakat dalam hal material, spiritual dan sosial. Dalam Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2009 Pasal 1 ayat 1 disebutkan, bahwa kesejahteraan sosial adalah kondisi terpenuhinya kebutuhan material, spiritual, dan sosial warga negara agar dapat hidup layak dan mampu

mengembangkan diri, sehingga dapat melaksanakan fungsi sosialnya.³

PKH sering disebut sebagai program pemberdayaan sebab program ini memberikan akses kepada anggota masyarakat yang tidak berdaya.⁴ Ife (2002) mengemukakan bahwa ciri keberdayaan adalah: (1) Keberdayaan dalam menentukan pilihan dan kesempatan dalam hidup (*power over personal choices and life chances*) banyak orang yang kurang berdaya untuk menentukan nasib hidupnya, seperti dalam menentukan matapencarian. Pada kasus kemiskinan, orang memiliki pilihan yang amat sedikit dalam mengambil keputusan mengenai hidup mereka; (2) *Power over the assertion of human rights*, merupakan keberdayaan dalam menuntut penyelenggaraan hak asasi manusia terhadap diri dan lingkungannya. Jika dikaitkan dengan program PKH itu sendiri, pemenuhan kebutuhan hidup merupakan hak asasi bagi seluruh manusia. Hambatan dalam pemenuhan kebutuhan merupakan tidak terpenuhinya hak asasi itu sendiri; (3) Keberdayaan dalam mendefinisikan kebutuhan (*power over the definition of need*). Seringkali kebutuhan masyarakat miskin tidak ditentukan oleh pemerintah melalui perencanaan pembangunan yang tidak sesuai dengan kebutuhan mereka; (4) Keberdayaan dalam mengemukakan gagasan (*power over ideas*). Dengan kata lain merupakan kapasitas seseorang dalam menyampaikan gagasan di dalam forum publik, kapasitas seseorang untuk terlibat dalam dialog dengan orang lain dan kemampuan orang untuk memiliki gagasan yang dapat berkontribusi dalam perbaikan kehidupan bersama;

³ Miftachul Huda, (2009). *Pekerjaan Sosial dan Kesejahteraan Sosial Sebuah Pengantar*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

⁴ Syahputra Adisanjaya Suleman dan Risna Resnawaty. *Program Keluarga Harapan (PKH): Antara Perlindungan Sosial Dan Pengentasan Kemiskinan*.

(5) Keberdayaan terhadap institusi (*power over institutions*). Seringkali ketidakberdayaan masyarakat atau seseorang disebabkan oleh institusi sosial seperti sistem pendidikan, struktur pemerintahan. Keberdayaan ini berarti individu atau komunitas mampu bertindak atas dampak yang diakibatkan oleh institusi tersebut. Nampaknya hal ini yang menjadi fokus dari program PKH; (6) Keberdayaan terhadap sumber kehidupan (*power over resources*). Banyak sekali komunitas yang tidak memiliki kemampuan untuk menggunakan sumber kehidupan yang ada. Hal ini dapat terjadi baik pada sumber yang bersifat finansial maupun *non monetary resources* seperti pendidikan. Keberdayaan ini dapat dicapai ketika terdapat keadilan dalam distribusi dan penggunaan sumber-sumber; (7) Keberdayaan dalam melakukan aktivitas ekonomi (*power over economic activity*). Merupakan kapasitas masyarakat untuk mengontrol mekanisme produksi, distribusi dan pertukaran yang terjadi. Hal ini berkaitan dengan kesempatan untuk melakukan usaha; (8) Keberdayaan atas reproduksi (*power over reproduction*). Merupakan keberdayaan yang tidak hanya berkait dengan kelahiran, namun juga latar belakang seseorang, bagaimana proses sosialisasi dan edukasi dilakukan.⁵ PKH lebih dimaksudkan sebagai upaya membangun sistem perlindungan sosial dan pemberdayaan kepada masyarakat miskin berdasarkan pengalaman negara-negara lain terutama bagi keluarga dengan kemiskinan kronis (sangat miskin).⁶

Implementasi PKH di Kecamatan Candi Mulyo, Kabupaten Magelang mulai digulirkan sejak tahun 2012 dengan

jumlah KPM 745 KK, hingga tahun 2018 bertambah menjadi 1.823 KK atau dalam perjalanan program PKH selama lima tahun (2012-2017) terdapat penambahan sebanyak 1.078 KK (kenaikan 145 persen) atau rerata setiap tahun terjadi peningkatan jumlah peserta sebanyak 205-206 KK. Keberhasilan kontribusi implementasi PKH di Kecamatan Candimulyo, Kabupaten Magelang tidak sebatas berkontribusi terhadap meningkatnya taraf kesejahteraan pada komponen kesehatan, pendidikan, dan ekonomi KPM tetapi juga terjadi perilaku dan kemandirian KPM. Penelitian PKH di tujuh provinsi yang dilakukan oleh Togiaratua Nainggolan, dkk menyebutkan, bahwa secara umum PKH berkontribusi positif bagi KPM. Ada perbedaan signifikan antara kondisi KPM sebelum PKH dan sesudah PKH dalam indikator di komponen kesehatan dan pendidikan. Namun demikian belum berdampak signifikan terhadap status sosial ekonomi KPM.⁷

Hasil penelitian lain menunjukkan, bahwa PKH memberi dampak terhadap perubahan konsumsi rumah tangga keluarga penerima manfaat di Indonesia sebesar 4,8 persen.⁸ Sebaliknya program pelayanan sosial kesehatan dan pendidikan (termasuk implementasi PKH) akan menjadi kurang efektif apabila program yang dijalankan tidak sesuai dengan kebutuhan masyarakat, terutama kelompok sasaran (KPM); Pelayanan yang disampaikan tidak menjangkau sasaran yang diharapkan; dan pelayanan tidak sesuai dengan desain program.⁹

Berdasarkan urgensi pentingnya kontribusi PKH bagi perubahan tingkat kesejahteraan sosial khususnya untuk meningkatkan aksesibilitas terhadap

⁵ Jim Ife. 2002. *Community Development @nd Edition*. Sydney: Pearson Education Australia Pty Ltd

⁶ Syahputra Adisanjaya Suleman dan Risna Resnawaty. *Program Keluarga Harapan (PKH): Antara Perlindungan Sosial Dan Pengentasan Kemiskinan*.

⁷ Togiaratua Nainggolan, dkk (2012). *Program Keluarga Harapan: Dampak pada Rumah Tangga Sangat Miskin di Tujuh Provinsi*. Jakarta: P3KS

⁸ Program Keluarga Harapan (PKH).

⁹ Soetomo. 2006. *Strategi-Strategi Pembangunan Masyarakat*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar

pelayanan pendidikan, kesehatan, dan kesejahteraan sosial dalam mendukung tercapainya kualitas hidup KPM, maka perlu dilakukan kajian tentang Gerak Langkah Program Keluarga Harapan, Kontribusi PKH Terhadap Keluarga Penerima Manfaat (KPM) di Kecamatan Candimulyo, Kabupaten Magelang. Tujuan kajian ini lebih memfokuskan pada kontribusi implementasi PKH terhadap kesejahteraan sosial Keluarga Penerima Manfaat (KPM), serta menemukan sejumlah faktor pendukung dan penghambat implementasi PKH. Melalui kajian ini diharapkan dapat menjadi salah satu referensi bagi pengambil kebijakan khususnya Direktorat Jaminan Sosial Keluarga, Direktorat Jenderal Perlindungan dan Jaminan Sosial pada Kementerian Sosial RI, pemerintah daerah, Dinas Sosial, dan berbagai pihak pemerhati PKH.

B. Penggunaan Metode Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Kecamatan Candimulyo, Kabupaten Magelang, Jawa Tengah bulan Maret-April 2018. Penelitian menggunakan metode kualitatif deskriptif, bermaksud untuk memahami fenomena tentang apa yang dialami oleh subjek penelitian misalnya perilaku, persepsi, motivasi, tindakan, dll secara *holistic*, dan dengan cara deskripsi dalam bentuk kata-kata dan bahasa, pada suatu konteks khusus yang alamiah dan dengan memanfaatkan berbagai metode alamiah.¹⁰ Tujuannya untuk mengungkapkan kejadian atau fakta, keadaan, fenomena, variabel dan keadaan yang terjadi saat penelitian berlangsung dengan menyuguhkan apa yang sebenarnya terjadi. Penelitian ini menafsirkan dan menguraikan data bersangkutan dengan situasi yang sedang terjadi, sikap serta pandangan yang terjadi pada kelompok KPM-PKH di Kecamatan Candimulyo. Metode ini digunakan untuk meneliti pada kondisi objek yang alamiah, dimana peneliti

adalah sebagai instrumen kunci, pengambilan sampel sumber data dilakukan secara *purposive*. Teknik pengumpulan dengan triangulasi (wawancara, observasi, dan telaah dokumen). Analisis data bersifat induktif/kualitatif, dan hasil penelitian kualitatif lebih menekankan makna dari pada generalisasi.¹¹ Informan sebanyak 40 KPM kohort (periode waktu kepesertaan) dari tahun 2014 hingga tahun 2017 dan memiliki syarat kepesertaan komponen pendidikan, kesehatan, dan/atau kesejahteraan sosial. Jenis data yang digunakan, yaitu data primer dan data sekunder. Teknik pengumpulan data adalah wawancara, observasi, dan studi dokumen. Analisis data kualitatif, yaitu kegiatan reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan atau siklus interaktif (Males and Huberman, 1992).¹²

C. Kontribusi PKH Terhadap Kesejahteraan Sosial KPM

1. Karakteristik KPM-PKH Kecamatan Candimulyo

Pada mulanya PKH adalah program pemberian uang tunai kepada KPM, dahulu bernama RTSM berdasarkan persyaratan dan ketentuan yang telah ditetapkan dengan melaksanakan kewajibannya. Program semacam ini secara internasional dikenal sebagai program *conditional cash transfers (CCT)* atau program bantuan tunai bersyarat. Persyaratan tersebut dapat berupa kehadiran di fasilitas pendidikan (bagi anak usia sekolah), ataupun kehadiran di fasilitas kesehatan (bagi anak balita, atau bagi ibu hamil).

PKH di Kecamatan Candimulyo merupakan program dibawah Kementerian Sosial RI berupa bantuan non tunai bersyarat bagi masyarakat kurang sejahtera yang memiliki salah satu komponen PKH. Bantuan sosial non tunai adalah bantuan

¹⁰ Moleong. 2010. *Metode penelitian Kualitatif*. Bandung: Rosda Karya

¹¹ Sugiyono. 2013. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R & D*: Afabeta

¹² Ivanovich Agusta. 2013 *Teknik Pengumpulan dan Analisis Data Kualitatif*. Bogor: Litbang Pertanian

pangan dari Kementerian Sosial yang diberikan kepada KPM setiap tiga bulan sekali melalui mekanisme akun elektronik yang digunakan hanya untuk membeli pangan di e-Warong Kube PKH/pedagang bahan pangan/agen yang bekerjasama dengan Bank BNI. Mekanisme pencairan bantuan non tunai menggunakan akun elektronik seperti buku tabungan dan kartu keluarga sejahtera (KKS) sebagai upaya mengajak masyarakat untuk berkenalan dengan perbankan.

Pada awalnya PKH di Kecamatan Candimulyo, Kabupaten Magelang bertujuan untuk mengurangi beban pengeluaran rumah tangga, memberikan nutrisi (kesehatan) yang lebih seimbang dan pendidikan kepada KPM secara tepat sasaran dan tepat waktu. Selanjutnya tahun 2017 di Kecamatan Candimulyo menjadi PKH *New Iniatif* dengan tambahan komponen kesejahteraan sosial (penyandang disabilitas dan lansia) selain komponen mencakup kesehatan dan pendidikan.

Berdasarkan data Badan Pusat Statistik tahun 2016, luas wilayah Kecamatan Candimulyo yaitu 46.95 KM² dengan penduduk yaitu 48.386 terdiri dari 24.344 laki-laki dan 24.042 perempuan. Kecamatan Candimulyo mempunyai jumlah rumah tangga 13.846 KK. Dari Jumlah tersebut sebanyak 1.823 KK sudah tercover dalam PKH. Meskipun secara nasional PKH sebagai upaya memberi perlindungan sosial bagi keluarga miskin telah dilaksanakan pemerintah Indonesia sejak tahun 2007, tetapi di Kecamatan Candimulyo baru dilaksanakan sejak tahun 2012. Perkembangan jumlah peserta KPM-PKH sejak awal program digulirkan pada tahun 2012 hingga saat ini (2018) telah mengalami perkembangan jumlah yang cukup signifikan, sebagaimana dipaparkan dalam tabel berikut.

Tabel 1
Perkembangan KPM-PKH di Kecamatan Candimulyo

No	Tahun	Jumlah KPM-PKH
1	2012	745 KK
2	2014	697 KK

3	2015	1.558 KK
4	2016	1.853 KK
5	2017	1.823 KK
6	2018	3.000 KK

Sumber: hasil wawancara dan dokumentasi, 2018

PKH di Kecamatan Candimulyo telah hadir sejak tahun 2012 dan kepesertaannya terus bertambah dari tahun ke tahun atau lima tahun berselang semenjak pertama kali digulirkan oleh Kementerian Sosial RI. Peserta PKM-PKH Kecamatan Candimulyo tahun 2012 berjumlah 745 KK hingga tahun 2017 bertambah menjadi 1.823 KK atau dalam perjalanan program PKH selama lima tahun (2012-2017) terdapat penambahan sebanyak 1.078 KK (kenaikan 145 persen) atau rerata setiap tahun terjadi peningkatan jumlah peserta sebanyak 205-206 KK. Pada tahun 2018 bertambah lagi menjadi 3000-an KPM. Pada tahun 2016 pendamping PKH di Kecamatan Candimulyo berjumlah tujuh orang, sedangkan pada tahun 2018 bertambah menjadi sembilan orang atau naik sebesar 28,57 persen. Dari jumlah pendamping dan jumlah peserta KPM-PKH diketahui bahwa rata-rata setiap pendamping mendampingi sebanyak lebih dari 340-350 KPM. Dilihat dari rentang kendali (*span of control*) antara pendamping PKH dan peserta KPM, maka jumlah pendamping PKH di Kecamatan Candimulyo kurang ideal mengingat idealnya jika dilihat dari rasio seorang pendamping dan KPM adalah 1:250-300. Namun demikian faktor/letak geografis yang berbukit-bukit dan luas wilayah juga dapat menentukan jumlah rasio dampingan dan efektifitas pendampingan terhadap KPM. Terlebih lagi tugas pendamping cukup berat, tidak sekedar melakukan kegiatan verifikasi komitmen kehadiran KPM pada layanan fasilitas kesehatan dan pendidikan. Lebih dari itu seorang pendamping melakukan kegiatan layanan kesejahteraan sosial kepada anggota KPM dan tugas pengembangan/pemberdayaan seperti kegiatan *Family Development Session* (FDS). Kegiatan layanan kesejahteraan sosial diantaranya memotivasi atau mendorong keluarga

KPM agar tidak hanya memanfaatkan uang yang diterima untuk mendukung pendidikan dan peningkatan gizi dan nutrisi bagi keluarga, tetapi juga memberdayakan keluarga agar mampu atau mandiri secara ekonomi, kesehatan, dan sosial. Tugas pengembangan diantaranya: mengidentifikasi potensi sumber kesejahteraan sosial yang ada di wilayah kerja Kecamatan Candimulyo yang dapat dimanfaatkan untuk mendukung penanganan masalah yang dialami KPM-PKH; Memfasilitasi ketersediaan media konsultasi bagi peserta KPM-PKH yang mengalami disharmonisasi keluarga; dan Melakukan kerjasama dan koordinasi dengan tokoh masyarakat, adat dan tokoh agama dalam rangka memperteguh nilai-nilai spiritual dan moral bagi keluarga peserta KPM-PKH.

Dalam konteks di atas, dalam rangka untuk memenuhi kekurangan pendamping PKH di Kecamatan Candimulyo dibutuhkan rekrutmen pendamping PKH yang berkualifikasi pendidikan terendah sarjana (atau D4) diutamakan di bidang kesejahteraan sosial atau pekerjaan sosial. Rekrutmen ini selain bertujuan untuk menutup kekurangan pendamping PKH juga dapat diarahkan untuk persiapan penambahan calon peserta KPM-PKH tahun berikutnya dengan porsi yang seimbang dan ideal.

Keluarga Penerima manfaat (KPM-PKH) Kecamatan Candimulyo, Kabupaten Magelang sebagai besar berusia produktif dan sebagian lain tidak produktif. KPM PKH usia produktif biasanya tergolong dalam komponen KPM-PKH reguler (kesehatan dan pendidikan), sedang yang kurang/tidak produktif dikategorikan ke dalam komponen kesejahteraan sosial (lanjut usia dan penyandang disabilitas). Dari 40 KPM, 95 persen berusia produktif antara 30 hingga 55 tahun, sisanya 5 persen tergolong usia lanjut, yaitu antara 56 hingga 60 tahun ke atas. Berkait dengan sumber daya manusia (SDM), saat ini dari 40 informan KPM-PKH, sebanyak 34 orang atau 85 persen berpendidikan SD

dan SMP, sisanya berpendidikan SMA sebanyak lima orang atau 15 persen. Rendahnya tingkat pendidikan KPM berpengaruh pada jenis pekerjaan dan penghasilan yang diperoleh menjadi rendah pula, sehingga berpengaruh kurang baik terhadap kemampuan KPM dalam memenuhi ketercukupan kebutuhan kesehatan dan pendidikan anak balita, anak pra sekolah (Apras) dan usia sekolah. Ditinjau dari status perkawinan (belum kawin, kawin, cerai, duda-janda, dan hidup bersama), ada tiga jenis status perkawinan dalam penelitian, yaitu kawin (31 orang atau 77,5 persen), cerai mati (7 orang atau 17,5 persen), dan belum kawin/lansia (2 orang atau 5 persen).

Berkait dengan mata pencaharian, sebagian besar informan berprofesi sebagai ibu rumah tangga (22 KPM atau 55 persen), buruh (16 KPM atau 40 persen), dan petani (2 orang atau 5 persen). Dari jenis pekerjaan dimaksud, sebagian besar informan (dan suami) berpendapatan antara Rp. 500.000 hingga Rp. 1.500.000,- /bulan, dengan rincian di bawah hingga Rp. 600.001 ada lima orang atau 12,5 persen. Antara Rp. 600.001,- hingga Rp. 1.000.000 ada 23 orang atau 57,5 persen, dan Rp.1.000.001 hingga Rp. 1.500.000,- ada delapan orang atau 20 persen. Di atas Rp. 1.500.000,- sebanyak empat orang atau 10 persen. Dibandingkan dengan Upah Minimum Regional (UMR) Kabupaten Magelang sebesar Rp. 1.706.747 dipastikan 36 informan (90 persen) berpenghasilan di bawah UMR (di bawah garis kemiskinan), sisanya empat informan (10 persen) di atas UMR. Ada dua hal penting agar KPM meningkat penghasilannya, yaitu memperbaiki kemampuan produktif dan mengubah agar mandiri, untuk meningkatkan kemampuan ekonomi dalam memenuhi kebutuhan keluarga. Berdasarkan pemetaan status pendidikan dan pekerjaan KPM dapat disimpulkan, bahwa tingkat pendidikan dan pekerjaan KPM dapat dijadikan indikator penghasilan KPM menjadi relatif rendah. Secara langsung adanya PKH berdampak membantu

meringankan, membantu mengurangi pengeluaran/konsumsi, dan menambah penghasilan rumah tangga KPM, bahkan dimungkinkan KPM berinvestasi SDM bagi anak melalui pendidikan dan kesehatan dengan memanfaatkan akses kesehatan dan pendidikan yang telah disediakan pemerintah, sehingga dalam jangka panjang dapat mengurangi kemiskinan.

Di Kecamatan Candimulyo, komponen PKH difokuskan pada bidang kesehatan, pendidikan, dan kesejahteraan sosial (lanjut usia dan penyandang disabilitas). Tujuan utama komponen kesehatan adalah untuk meningkatkan kesehatan KPM khususnya ibu, ibu hamil, nifas, dan anak dibawah lima tahun (balita) melalui pemberian peningkatan gizi dan vitamin, serta melakukan kunjungan yang dianjurkan bersifat preventif (pencegahan daripada pengobatan) ke fasilitas kesehatan (Faskes) yang ditunjuk pemerintah daerah seperti puskesmas, polindes, dan posyandu. Komponen pendidikan diperuntukkan bagi KPM yang memiliki anak usia sekolah 6 hingga 18 tahun, yaitu dari usia SD, SMP hingga SMA. Atau bagi anak KPM berusia 7-18 tahun yang belum menyelesaikan pendidikan dasar 12 tahun dengan kewajiban hadir di sekolah formal dengan frekuensi sekurang-kurangnya 85 persen. Tujuannya untuk meningkatkan angka partisipasi pendidikan dasar 12 tahun dan mengurangi angka pekerja anak pada KPM. Komponen kesehatan dan kesehatan merupakan inti peningkatan kualitas hidup KPM, oleh karena itu tidak mengherankan apabila sebagian besar KPM di Kecamatan Candimulyo sebagian besar masuk dalam komponen kesehatan dan pendidikan, yaitu sebesar (95 persen), sisanya komponen kesejahteraan sosial lansia (5 persen). Kepesertaan KPM dalam komponen PKH sebagai berikut.

Tabel 2
Kepesertaan KPM dalam Komponen PKH

No	Komponen PKH	f	%
1	Kesehatan	9	22,5
2	Pendidikan	27	67,5
3	Kesejahteraan Sosial	4	5,00

Jumlah	40	100,00
--------	----	--------

Sumber: hasil wawancara, 2018

Seperti diketahui, PKH di Kecamatan Candimulyo dilatarbelakangi masih adanya masalah kemiskinan, khususnya masih banyak ditemukan keluarga miskin yang memiliki balita, anak usia pra sekolah (Apras) yang kurang mampu memenuhi ketercukupan gizi, dan anak usia sekolah (SD, SMP, dan SMA) yang sangat terbatas dalam mengakses fasilitas pendidikan (Fasdik) dan kesehatan (Faskes). Berkait kondisi tersebut, diketahui bahwa sebagian besar KPM memiliki kepesertaan PKH pada tahun 2014 hingga tahun 2016 meliputi komponen pendidikan (67 persen) dan pendidikan (22 persen). Sisanya KPM yang memiliki anggota keluarga lanjut usia (lansia) sebesar lima persen.

Berkait dengan banyaknya KPM di Kecamatan Candimulyo yang memiliki komponen pendidikan, terdapat banyak faktor yang dapat mempengaruhi masalah rendahnya pendidikan dan kesehatan anak pada KPM, yaitu pendidikan dan pekerjaan (kesempatan kerja) orangtua (KPM). Berdasarkan kajian di lokasi penelitian ditemukan, bahwa tingkat pendidikan, kesempatan kerja (jenis pekerjaan), dan penghasilan KPM dapat dijadikan tolok ukur kondisi pendidikan anak dan status gizi anak. Semakin tinggi tingkat pendidikan orangtua, maka semakin besar peluang untuk mendapatkan pekerjaan yang lebih baik. Semakin lebih baik pekerjaan, maka besar peluang memperoleh penghasilan lebih layak yang lebih menjamin pemenuhan asupan gizi, dan pendidikan anak, demikian pula faktor sosial ekonomi dapat mempengaruhi ketercukupan gizi dan pendidikan anak. Dalam penelitiannya, Supariasa menemukan adanya sejumlah faktor yang mempengaruhi masalah gizi anak pada masa tumbuh kembang, yaitu kemiskinan, pendidikan rendah, kesediaan pangan, dan

kesempatan kerja (pekerjaan).¹³ Kajian Glewwe menemukan terdapat hubungan yang kuat antara pendidikan ibu dengan gizi anak, pendidikan tinggi maka pekerjaan yang dilakukan akan memperoleh pendapatan yang baik atau sebaliknya (Abuya, dkk, 2012)¹⁴, pendidikan ibu juga sebagai salah satu penentu untuk kesehatan anak. Hal ini sesuai dengan pembagian kerja dalam keluarga yang menempatkan ibu penanggungjawab utama pendidikan anak. Kondisi ini berbanding terbalik dengan kondisi lokasi penelitian yang menemukan sebagian besar tingkat pendidikan ibu (KPM) rendah, yaitu SD 27 orang (67,5 persen), dan SMP tujuh orang (17,5 persen). Hal ini menggambarkan bahwa fungsi pendidikan dapat meningkatkan kesejahteraan keluarga karena orangtua yang berpendidikan tinggi, lebih besar peluangnya terhindar dari kondisi kemiskinan.

2. Kontribusi PKH Terhadap Kesejahteraan Sosial KPM

Terdapat dua indikator untuk mengetahui kontribusi PKH terhadap kesejahteraan sosial KPM. Pertama, kebutuhan konsumsi makanan dan non makanan. Kedua, kebutuhan pendidikan, kesehatan, gizi, dan kebutuhan lain.

Ditinjau dari aspek pemenuhan kebutuhan konsumsi keluarga adalah nilai belanja yang dilakukan oleh keluarga untuk membeli berbagai jenis kebutuhan dalam periode waktu tertentu (satu tahun). Pendapatan yang diterima keluarga akan digunakan untuk membeli kebutuhan konsumsi/bahan pangan dan non pangan (Sukirno, 2011).¹⁵ Salah satu indikator kesejahteraan KPM adalah dengan mengukur besarnya pengeluaran untuk pemenuhan kebutuhan dasar

keluarga setiap tahun. Pemenuhan kebutuhan dasar keluarga dapat dibedakan menjadi dua, yaitu pengeluaran kebutuhan konsumsi untuk pangan dan nonpangan. Konsumsi pangan antara lain beras, jagung, ikan, daging, telur, sayur-sayuran, kacang-kacangan, minyak goreng, daging, dan buah-buahan. Sementara itu, konsumsi nonpangan meliputi biaya untuk pendidikan, kesehatan, perumahan, jasa angkutan, bahan bakar, penerangan/ listrik dan air (mandi, cuci), barang dan jasa, pakaian dan barang-barang tahan lama lain. Tingkat kesejahteraan dapat dikatakan membaik dengan adanya bantuan sosial PKH, maka pendapatan meningkat dan sebagian pendapatan tersebut digunakan untuk menambah konsumsi non makanan, begitupun sebaliknya sehingga terjadi peningkatan kualitas nutrisi, gizi, dan kesehatan pada KPM, khususnya anak-anak.

Dalam penelitian ini ditemukan, bahwa terdapat kecenderungan bahwa pemenuhan kebutuhan konsumsi pangan dan non pangan KPM dipengaruhi oleh tingkat pendapatan. Dengan adanya bantuan sosial PKH sebesar Rp. 1.890.000/tahun, maka dapat diketahui besaran kontribusi PKH terhadap kesejahteraan KPM. Pada umumnya, semakin kecil pendapatan KPM maka semakin besar kontribusi bansos PKH terhadap pengeluaran keluarga. Berikut ini ditampilkan kontribusi bantuan sosial PKH terhadap pendapatan KPM/tahun.

Tabel 3
Kontribusi PKH terhadap Pendapatan KPM
Selama Satu Tahun

No	Rerata Pendapatan/Tahun (Dalam Ribuan)	Bansos PKH (Dalam ribuan)	Kontribusi	
			F	%
1	Rp. 4.800-15.600	Rp. 1.890.	33	18,53
2	Rp. 15.601-26.400	Rp. 1.890.	6	9,00
3	Lebih dari Rp. 26.400	Rp. 1.890.	1	3,08

Sumber: hasil wawancara, 2018

Pendapatan keluarga bervariasi. Variasi tersebut tidak hanya disebabkan oleh faktor potensi daerah, tetapi juga karakteristik KPM seperti pendidikan dan sektor pekerjaan. Secara garis besar ada dua

¹³ Supriasa, 2013. *Pendidikan & Konsultasi Gizi*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC

¹⁴ Abuya, Ciera dan Murage. 2012. "Effect Of Mother's Education On Child's Nutritional Status In The Slums Of Nairobi"

¹⁵ Sukirno, 2011. *Makro Ekonomi Teori Pengantar*, Edisi Ketiga. Jakarta: Rajawali Pers.

sumber pendapatan keluarga KPM yaitu sektor pertanian dan non-pertanian. Struktur dan besarnya pendapatan dari sektor pertanian berasal dari usaha seperti petani, buruh tani lepas, dan buruh tani. Dari sektor nonpertanian berasal buruh dodol, pelayan toko, pelayan rumah makan, pembantu rumah tangga, buruh harian lepas, serabutan, dan ibu rumahtangga murni.

Seperti diketahui, penghasilan KPM-PKH berkisar antara Rp. 400.000 hingga Rp. 3.000.000. dengan rerata penghasilan setiap tahun adalah Rp. 12.440.000,-/tahun, atau Rp.1.036.666,-/bulan. Berkait dengan kontribusi PKH terhadap kebutuhan rumah tangga PKH berkisar antara 3,08 persen hingga 18,53 persen setiap tahun, dengan rerata kontribusi pelayanan PKH terhadap kebutuhan rumah tangga sebesar 10,20 persen, atau apabila dihitung dengan agenda pencairan bansos PKH setiap triwulan, maka kontribusi PKH terhadap penghasilan sebesar 2,55 persen.

Ditinjau dari aspek kontribusi PKH terhadap pengeluaran KPM-PKH di Kecamatan Candimulyo masih dimanfaatkan untuk konsumsi makanan rumah tangga, dan non makanan (pendidikan, kesehatan, dan lainnya). Pengeluaran konsumsi (pangan) dan non pangan merupakan salah aktivitas ekonomi keluarga untuk memenuhi kebutuhan keluarga yang dapat dijadikan indikator kesejahteraan. Tingkat kesejahteraan KPM dikatakan membaik apabila pendapatan meningkat dan sebagian pendapatan/penghasilan tersebut dapat digunakan untuk memenuhi kebutuhan pangan dan non pangan.

Diketahui, pengeluaran konsumsi rumah tangga KPM-PKH berkisar antara Rp. 750.000 hingga Rp. 3.350.000 setiap bulan dengan rerata sekitar Rp. 1.287.500,-/bulan. Pengeluaran pendidikan bagi anak-anak KPM sekitar Rp. 100.000,- hingga Rp. 350.000,- per bulan atau rerata Rp. 412.500/bulan. Pengeluaran untuk kebutuhan kesehatan, nutrisi dan kebutuhan gizi berkisar antara 100.000 hingga Rp. 350.000,- dengan rerata Rp. 196.250,-/bulan. Dengan demikian bila

diakumulasikan antara pengeluaran konsumsi (pangan) dan non pangan KPM sebanyak Rp. 1.287.500,-/bulan ditambah Rp. 412.500/bulan ditambah Rp. 196.250,-/bulan samadengan Rp. 1.896.250,-/bulan, sedangkan penghasilan informan rerata sebanyak Rp.1.036.666,-/bulan, sehingga terdapat kekurangan pengeluaran sebanyak Rp. 859,584,- perbulan. Kekurangan tersebut menjadi dilema klasik informan yang tidak kunjung selesai. Biasanya untuk menutup kekurangan kebutuhan tersebut, mengharuskan sebagian informan mencari pinjaman ke saudara, tetangga, atau pihak jasa kredit.

Tingkat pengeluaran konsumsi pangan dan non pangan KPM dipengaruhi oleh penghasilan, Oleh karena itu, pemenuhan kebutuhan konsumsi pangan dan non pangan ditentukan pada besar kecilnya penghasilan. Secara umum masalah pemenuhan kebutuhan pangan dan non pangan yang dihadapi KPM-PKH di Kecamatan Candimulyo bersumber dari rendahnya penghasilan KPM yang berada di bawah rata-rata UMK Kabupaten Magelang dibandingkan rata-rata pendapatan KPM-PKH di Kecamatan Candimulyo. Kondisi ini mengakibatkan KPM-PKH mengalami kendala dalam mencapai taraf kebutuhan yang lebih layak. Seperti diketahui, bahwa salah satu indikator untuk mengukur kesejahteraan apabila penghasilan di atas kebutuhan dasar minimum (UMK) dan sebagian pendapatan digunakan untuk pengeluaran pangan dan non pangan. Dalam kerangka itulah PKH di Kecamatan Candimulyo digulirkan dengan maksud meningkatkan kualitas hidup masyarakat, termasuk terpenuhinya kebutuhan dasar (pangan dan non pangan) sekaligus meningkatkan ketahanan pangan dan gizi (nutrisi) kepada KPM. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kontribusi PKH terhadap kebutuhan pangan dan non pangan sangat bervariasi, namun secara umum rerata kontribusi PKH terhadap kebutuhan makanan di kisaran sebesar 10,20 persen/tahun. Artinya adanya peningkatan pendapatan untuk konsumsi dan perbaikan pemenuhan kebutuhan pangan dari berbagai

aspek baik jumlah, kualitas gizi dan nutrisi KPM sebesar 10,20 persen dari pendapatan keluarga KPM.

Ditinjau dari aspek pengeluaran konsumsi (pangan) dan non konsumsi, maka diketahui kontribusi bantuan sosial PKH terhadap pengeluaran konsumsi antara 7,86 persen hingga 39,37 persen per tahun, atau 0,66 persen hingga 3,28 persen dari total pengeluaran konsumsi pangan keluarga KPM. Kontribusi terbesar PKH terhadap pengeluaran kebutuhan pangan informan dikisaran antara 36 persen hingga 45 persen ada satu orang (2,5 persen). Sebaliknya kontribusi terkecil antara satu hingga 15 persen ada 12 orang (30 persen). Sisanya antara 16-25 persen ada 21 orang (52,5 persen), dan antara 26-35 persen ada enam orang (15 persen). Kontribusi PKH terhadap konsumsi KPM menunjukkan nilai positif karena dijumpai adanya penambahan konsumsi rumah tangga KPM baik dari aspek kualitas dan kuantitas makanan. Meski demikian pemanfaatan bantuan masih cenderung pada kuantitas pangan dibandingkan dengan kualitas pangan seperti penganekaragaman jenis gizi, karbohidrat, protein, asupan nutrisi dan kebutuhan non pangan. Kondisi ini dengan asumsi BPS yang menyatakan bahwa pada umumnya rumah tangga miskin lebih banyak terfokus pada pemenuhan kebutuhan pangan dibanding kebutuhan non pangan.¹⁶

Tabel 4
Kontribusi PKH terhadap Pengeluaran Pemenuhan Kebutuhan Pangan/Tahun

No	Interval Kontribusi	Pangan	
		f	%
1	1-15 persen	12	30,00
2	16-25 persen	21	52,50
3	26-35 persen	6	15,00
4	36-45 persen	1	2,50
	Jumlah	54	100,00

Sumber: hasil wawancara, 2018

Tampak bahwa pendapatan KPM masih banyak dimanfaatkan untuk pemenuhan kebutuhan pangan atau pengeluaran konsumsi. Adanya bantuan PKH setidaknya

ada peningkatan kesejahteraan KPM, khususnya mampu mereduksi kekurangan kualitas dan kuantitas pangan. Berdasarkan data empirik di atas, bantuan sosial PKH dapat mempengaruhi pola konsumsi KPM ke arah yang lebih baik. Artinya bantuan sosial PKH mampu merespon terhadap kekurangan kebutuhan konsumsi dan meningkatkan penghasilan, sehingga KPM cenderung lebih sejahtera.

Berkait dengan pendidikan anak, diketahui bahwa semua KPM setelah memenuhi kewajibannya, khususnya menerapkan persyaratan kewajiban jumlah kehadiran yang telah ditetapkan program yaitu komitmen kehadiran 85 persen, KPM-PKH dapat mengikutkan anak ke dalam program PKH pendidikan. Kontribusi bantuan sosial PKH terhadap pendidikan anak tertinggi mencapai lebih dari 45 persen/tahun, terdapat pada 14 KPM (35 persen) yang memiliki anak berpendidikan SMP, SMA/ sederajat dan memiliki tanggungan anak usia sekolah lebih dari dua anak. Sebaliknya kontribusi terendah kurang dari 30 persen/tahun ada satu informan/KPM (2,50 persen) yang memiliki dua anak usia sekolah Taman-Kanak-Kanak dan anak SD. Selebihnya 25 KPM (62,50 persen) memanfaatkan 31 hingga 40 persen lebih bantuan sosial PKH untuk membiayai sekolah anak-anak yang berusia TK, SD, dan SMP.

Tabel 5
Kontribusi PKH terhadap Pendidikan Anak KPM Setiap Tahun

No	Interval Kontribusi	Pendidikan	
		F	%
1	1-10 persen	0	0
2	11-20 persen	1	2,50
3	21-40 Persen	25	62,50
4	41 persen ke atas	14	35,00
	Jumlah	54	100,00

Sumber: hasil wawancara, 2018

Pemanfaatan penghasilan KPM untuk biaya pendidikan anak selama satu tahun antara Rp. 100.000 hingga Rp. 700.000,- dengan rerata Rp. 415.000,- setiap tahun. Rerata kontribusi bantuan sosial PKH sebanyak Rp. 207.000,- atau secara umum rerata kontribusi bantuan sosial PKH

¹⁶Badan Pusat Statistik (BPS). (2015). *Data dan Informasi Kemiskinan kabupaten Kota Tahun 2015*. Jakarta: BPS

terhadap pengeluaran biaya pendidikan KPM adalah 49,81 persen setiap tahun. Kontribusi PKH terhadap pendidikan anak KPM tidak hanya dapat meringankan beban orangtua dalam membiayai pendidikan anak, tetapi juga dapat meningkatkan akses anak KPM bersekolah SD, SMP, dan SMA sehingga mereka mampu meningkatkan status pendidikan. Apalagi dengan ditunjang program Kartu Indonesia Pintar (KIP) dari Kementerian Pendidikan semakin menambah kualitas pendidikan anak KPM. Hal ini dimungkinkan karena masih banyak anak KPM yang putus sekolah dan atau tidak dapat melanjutkan pendidikan ke jenjang yang lebih tinggi seperti SMP dan SMA. Kondisi ini memungkinkan terjadinya peningkatan angka partisipasi sekolah anak KPM baik dari SD ke SMP maupun dari SMP ke jenjang SMA.

Lebih dari itu, guru di sekolah tidak hanya memperhatikan pendidikan anak KPM dari segi akademik atau prestasi belajar melainkan juga non akademik, tidak sedikit dari guru, bahkan kepala sekolah secara rutin berdiskusi dan berkonsultasi dengan pendamping PKH membahas kebutuhan anak PKH yang berkaitan dengan kebutuhan SPP, transport sekolah, peralatan sekolah, seperti alat/buku tulis, tas, sepatu, dan pakaian. Di sisi lain ada kecenderungan sikap dan perilaku orang tua menyikapi pendidikan anaknya. Hal ini tidak terlepas dari adanya intervensi kegiatan *Family Development Session* (FDS) yang dilakukan oleh pendamping dengan cara mengadakan pertemuan satu kali dalam satu bulan. Rata-rata pendamping PKH memiliki 12 hingga 15 kelompok dampingan KPM. Pendamping rata-rata melakukan pertemuan FDS 13 kali dalam satu bulan. Hingga saat penelitian ini dilakukan, materi FDS yang diberikan pendamping PKH masih pada modul 1 tentang pengasuhan dan pendidikan anak dan modul 2 tentang pengelolaan keuangan dan perencanaan usaha.

Di bidang kesehatan, KPM-PKH Kecamatan Candimulyo diwajibkan

memenuhi persyaratan yang berkait dengan kesehatan anggota keluarga yang terdiri dari ibu, anak balita, anak pra sekolah, anak usia sekolah. Caranya dengan mengakses dan memanfaatkan secara rutin berbagai fasilitas kesehatan dengan memanfaatkan kartu PKH dan KIS yang disediakan oleh Kementerian Kesehatan (puskesmas, posyandu, polindes yang berada di Kecamatan Candimulyo). Dengan adanya PKH, cenderung ada peningkatan kapasitas KPM berupa terjadinya perubahan sikap dan perilaku KPM tentang arti pentingnya kesehatan dan gizi bagi keluarga. Dari kondisi di atas tampak bahwa PKH memberi kontribusi bagi peningkatan konsumsi kualitas dan kuantitas gizi dan nutrisi keluarga serta lebih aktif periksa ke fasilitas kesehatan seperti tersaji dalam tabel berikut.

Tabel 6
Kontribusi PKH terhadap Kesehatan KPM Setiap Tahun

No	Interval Kontribusi	Kesehatan	
		f	%
1	1-10 persen	6	15,00
2	11-20 persen	22	55,00
3	21-40 Persen	8	20,00
4	41 persen ke atas	4	10,00
Jumlah		40	100,00

Sumber: hasil wawancara, 2018

Kontribusi bantuan sosial PKH terhadap kesehatan dan perbaikan gizi bagi KPM-PKH bervariasi. Dengan adanya FDS, KPM yang semula enggan, tidak semangat atau “*aras-arasen*” berobat ke Puskesmas/polindes setelah ada PKH, KPM semakin aktif berobat ke faskes kesehatan karena tidak dikenakan biaya. Selain itu, mereka makin menyadari akan pentingnya perbaikan gizi bagi anak. Hal tersebut menunjukkan, bahwa kontribusi PKH di bidang kesehatan sudah terlaksana. Kontribusi terbesar antara 11 persen hingga 40 persen digunakan tujuh informan atau 75 persen. Hal ini bermakna, bahwa seluruh pengeluaran perbaikan gizi dan kesehatan 11 hingga 40 persen diantaranya berasal dari bantuan sosial PKH. Peringkat

berikutnya berkisar antara satu hingga 10 persen digunakan oleh enam informan (15 persen), dan terakhir pada kisaran 41 persen digunakan pada empat informan (10 persen). Keseluruhan rata-rata penggunaan dana bantuan sosial PKH di Kecamatan Candimulyo untuk kebutuhan perbaikan gizi dan kesehatan sebesar sebesar 37,50 persen.

Tampak bahwa PKH telah cukup mampu memperbaiki perilaku KPM dalam meningkatkan kesehatan keluarga dan mengakses layanan kesehatan. Kondisi tersebut juga tidak terlepas dari peran FDS yang dilakukan oleh pendamping PKH yang cukup mampu mengubah perilaku kurang mendukung ke arah perbaikan peningkatan kesejahteraan sosial KPM, baik aspek ekonomi, pendidikan, dan kesehatan melalui pertemuan rutin setiap bulan. Pertemuan kelompok bulanan dengan KPM PKH dan pendampingannya dalam format pertemuan rutin bulanan yang disebut dengan Pertemuan Peningkatan Kemampuan Keluarga (P2K2), melakukan fungsi penangan pengaduan, dan melakukan edukasi pada KPM tentang kebijakan baru PKH. P2K2 antara lain Modul Peningkatan Kemampuan Keluarga tentang kesehatan, pendidikan, ekonomi, perlindungan anak dan kesejahteraan sosial, jika dilakukan secara rutin dan dilaksanakan secara baik dipastikan terjadi perubahan perilaku dan kondisi KPM yang lebih sejahtera.

Apabila kondisi tersebut terus berlangsung dalam jangka tertentu, tidak tertutup kemungkinan memberikan efek atau dampak bagi kesejahteraan KPM dalam jangka pendek dan jangka panjang sebagaimana dikemukakan oleh Rahayu (2012)¹⁷, bahwa manfaat PKH dalam jangka pendek memberikan *income effect* berupa pengurangan beban KPM melalui

pengeluaran biaya KPM yang besar kepada pendidikan dan kesehatan anak. Dalam jangka panjang dapat memutus rantai kemiskinan KPM melalui peningkatan kualitas kesehatan, nutrisi, pendidikan dan kapasitas pendapatan anak (*price effect*), serta memberikan kepastian akan masa depannya (*insurance effect*). Mengubah perilaku KPM yang relatif kurang mendukung peningkatan kesejahteraan antara lain disebabkan oleh kurangnya informasi mengenai hak, manfaat, keuntungan, dan kesempatan, serta tingginya biaya tidak langsung (transport, seragam) dan *opportunity cost* (anak bekerja lebih “menguntungkan” dari pada sekolah). Mengurangi pekerja anak, yaitu mencegah turunnya anak-anak bekerja di jalanan, mencegah KPM menjadi tuna sosial dan atau penyandang masalah kesejahteraan sosial. Peningkatan kualitas pelayanan publik melalui *complementary* perbaikan layanan pendidikan dan kesehatan (*supply side*), pengembangan sistem perlindungan sosial masyarakat miskin (*demand side*).

3.Faktor Pendukung dan Penghambat

Sebagai model perlindungan dan pemberdayaan sosial berbasis keluarga di bidang kesehatan, pendidikan, dan kesejahteraan sosial (lansia dan penyandang disabilitas), PKH di Kecamatan Candimulyo tidak terlepas dari berbagai faktor pendukung dan penghambat yang mempengaruhi tujuan yang hendak dicapai. Sejumlah faktor pendukung dan penghambat tersebut antara lain.

Faktor pendukung antara lain: 1) Agenda pencarian bantuan sosial yang terjadwal dan KPM-PKH mengetahui agenda pengambilan bantuan sosial setiap tahap, yaitu antara minggu ke tiga atau keempat; 2) Peran aktif Dinas Sosial Kabupaten Magelang dalam melakukan koordinasi secara rutin setiap bulan dengan para pendamping PKH, koordinator dan operator PKH sehingga kegiatan KPM PKH relatif berlangsung lancar, baik yang berkaitan dengan kegiatan FDS maupun

¹⁷Evi Rahmawati dan Bagus Kisworo (2017). *Peran Pendamping dalam Pemberdayaan Masyarakat Miskin melalui Program Keluarga Harapan*. Journal of Nonformal Education and Community Empowerment Volume 1 (2): 161-169, Desember 2017

pencairan bantuan sosial; 3) KPM PKH memiliki motivasi tinggi dalam memenuhi komitmen di bidang pendidikan, kesehatan, dan kesejahteraan sosial. Hal ini tidak terlepas dari peran aktif pendamping PKH memfasilitasi kegiatan KPM-PKH dampingannya, sehingga memudahkan KPM memenuhi kewajibannya; 4) Petugas faskes pendidikan dan faskes kesehatan ramah dan mengetahui peserta PKH sehingga memudahkan, sehingga memudahkan KPM-PKH mengakses fasilitas pendidikan dan kesehatan. Kondisi dimaksud didukung oleh adanya sarana-prasarana faskes dan faskes yang memadai; 5) KPM-PKH selalu menginformasikan setiap ada perubahan yang ada pada keluarga kepada pendamping, sehingga memudahkan operator PKH melakukan pemutakhiran data.

Faktor penghambat: 1) Secara umum pelaksanaan PKH di Kecamatan Candimulyo relatif berjalan sesuai tujuan, namun dalam pelaksanaannya masih ditemukan kurang tepatnya sasaran dalam kepesertaan dan penyaluran karena penentuan sasaran masih menggunakan BDT 2015. Bantuan sosial yang dibagikan kepada keluarga kurang mampu sesuai kriteria, tetapi masih ada keluarga yang tidak memenuhi kriteria (mampu) masih menerima bantuan sosial. Sebaliknya ada keluarga yang tidak dan kurang mampu belum mendapatkan bantuan (*eklusif error dan inklusif error*); 2) Masih ditemukan keluarga yang seharusnya graduasi (KPM yang keluar dari kepesertaan PKH baik mandiri maupun alami karena dianggap sudah mampu secara ekonomi) belum bersedia mengundurkan diri; 3) Kondisi geografis Kecamatan Candimulyo yang berbukit-bukit menyebabkan sebagian KPM-PKH mengalami kesulitan dalam mengakses fasilitas pendidikan dan kesehatan; 4) Ada sebagian KPM-PKH yang membawa anak dalam kegiatan FDS sehingga terpecah perhatiannya. Kondisi ini membuat tidak semua materi FDS yang diajarkan oleh pendamping dapat diserap secara maksimal. Dibutuhkan perhatian dan teknik khusus bagi KPM lansia yang

mengikuti FDS mengingat faktor usia dan fisik menjadi salah satu kendala dalam memahami materi FDS; 5) Sebagian besar KPM-PKH berpenghasilan rendah sehingga masih ditemukan pemanfaatan dana bantuan sosial kurang sesuai dengan tujuan, seperti masih digunakan untuk kebutuhan konsumtif sehari-hari.

D. Penutup

Kesimpulan. Implementasi PKH di Kecamatan Candi Mulyo, Kabupaten Magelang mulai digulirkan sejak tahun 2012 dengan sasaran KPM 745 KK. Dalam perkembangannya, tahun 2018 bertambah menjadi 1.823 KK atau dalam kurun waktu enam tahun program PKH terdapat kenaikan sebesar 145 persen atau penambahan sebanyak 1.078 KK. Dengan kata lain, rerata setiap tahun terjadi peningkatan jumlah peserta KPM sebanyak 205-206 KK. Keberhasilan kontribusi implementasi PKH di Kecamatan Candimulyo tidak sebatas ditandai dengan meningkatnya taraf kesejahteraan pada komponen kesehatan, pendidikan, dan ekonomi KPM tetapi juga terjadi perilaku dan kemandirian KPM. KPM-PKH Kecamatan Candimulyo sebagian besar berusia produktif dan sebagian lain tidak produktif. Dari 40 KPM, 95 persen berusia produktif antara 30 hingga 55 tahun, sisanya lima persen tergolong usia lanjut, yaitu antara 56 hingga 60 tahun ke atas.

Berkait dengan SDM, sebanyak 34 orang atau 85 persen berpendidikan SD dan SMP, sisanya berpendidikan SMA sebanyak lima orang atau 15 persen. Rendahnya tingkat pendidikan KPM berpengaruh pada jenis pekerjaan dan penghasilan yang diperoleh juga menjadi rendah, sehingga berpengaruh kurang baik terhadap kemampuan KPM dalam memenuhi ketercukupan kebutuhan kesehatan dan pendidikan anak balita, anak pra sekolah (Apras) dan usia sekolah. Bantuan PKH berkontribusi terhadap kesejahteraan KPM, khususnya mampu mereduksi kekurangan kualitas dan kuantitas pangan (kesehatan). Berdasarkan data empirik di atas, bantuan sosial PKH

dapat mempengaruhi pola konsumsi KPM ke arah yang lebih baik. Artinya bantuan sosial PKH mampu merespon terhadap kekurangan kebutuhan konsumsi, kesehatan, dan pendidikan, sehingga KPM cenderung lebih sejahtera, meskipun terdapat variasi dalam memanfaatkan bantuan tersebut.

Sejumlah faktor pendukung dalam pelaksanaan PKH di Kecamatan Candimulyo antara lain KPM-PKH memiliki motivasi tinggi dalam memenuhi komitmen di bidang pendidikan, kesehatan, dan kesejahteraan sosial. Hal ini tidak terlepas dari peran aktif pendamping PKH memfasilitasi kegiatan KPM-PKH dampingannya, sehingga memudahkan KPM memenuhi kewajibannya. Sejumlah faktor kendala antara lain sebagian besar KPM-PKH berpenghasilan rendah sehingga masih ditemukan pemanfaatan dana bantuan sosial kurang sesuai dengan tujuan, seperti masih digunakan untuk kebutuhan konsumtif sehari-hari. Kondisi geografis wilayah yang berbukit-bukit menyebabkan sebagian KPM-PKH mengalami kesulitan dalam mengakses fasilitas pendidikan dan kesehatan.

Rekomendasi: memperhatikan, bahwa KPM merupakan keluarga miskin, maka dalam rangka meningkatkan keberdayaan ekonomi KPM, seyogyanya juga lebih memperhatikan pola perubahan perilaku ekonomi keluarga melalui FDS selain kepada meningkatkan kualitas pendidikan, dan kesehatan. Memperhatikan masih adanya *inclusive error* dan *exclusive error*, maka ke depannya dalam melakukan pendataan ulang diperlukan verifikasi dan validasi (vefivali) data KPM yang melibatkan semua unsur masyarakat mulai dari RT, RW, kelurahan/desa, kecamatan, kabupaten/kota hingga tokoh masyarakat setempat.

Ucapan Terima Kasih

Kepada Keluarga Penerima Manfaat, pendamping PKH, dan aparat Kecamatan Candimulyo kami sampaikan terima kasih atas bantuannya sehingga penelitian ini dapat diselesaikan secara baik.

Pustaka Acuan

- Abuya, Ciera dan Murage. (2012). *“Effect Of Mother’s Education On Child’s Nutritional Status In The Slums Of Nairobi”*
- Badan Pusat Statistik (BPS). (2015). *Data dan Informasi Kemiskinan kabupaten Kota Tahun 2015*. Jakarta: BPS
- Biro Pusat Statistik (2018). Jakarta
- Evi Rahmawati dan Bagus Kisworo (2017). *Peran Pendamping dalam Pemberdayaan Masyarakat Miskin melalui Program Keluarga Harapan*. Journal of Nonformal Education and Community Empowerment Volume 1 (2): 161-169, Desember 2017
- Ivanovich Agusta. (2013) *Teknik Pengumpulan dan Analisis Data Kualitatif*. Bogor: Litbang Pertanian
- Jim Ite. (2002). *Community Development @nd Edition*. Sydney: Pearson Education Australia Pty Ltd
- Miftachul Huda, (2009). *Pekerjaan Sosial dan Kesejahteraan Sosial Sebuah Pengantar*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Moleong. (2010). *Metode penelitian Kualitatif*. Bandung: Rosda Karya
- Peraturan Menteri Sosial RI Nomor 1 Tahun 2018 tentang *Program Keluarga Harapan*
- Program Keluarga Harapan (PKH). Jakarta: Kementerian Sosial
- Syahputra Adisanjaya Suleman dan Risna Resnawaty. *Program Keluarga Harapan (Pkh): Antara Perlindungan Sosial Dan Pengentasan Kemiskinan*.
- Syahputra Adisanjaya Suleman dan Risna Resnawaty. *Program Keluarga Harapan (PKH): Antara Perlindungan Sosial Dan Pengentasan Kemiskinan*.
- Soetomo. (2006). *Strategi-Strategi Pembangunan Masyarakat*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Sugiyono. (2013). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R & D*: Alfabeta
- Supriasa, (2013). *Pendidikan & Konsultasi Gizi*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Sukirno, (2011). *Makro Ekonomi Teori Pengantar*, Edisi Ketiga. Jakarta: Rajawali Pers.
- Togiaratua Nainggolan, dkk (2012). *Program Keluarga Harapan:Dampak pada Rumah Tangga Sangat Miskin di Tujuh Provinsi*. Jakarta: P3KS