

# MELEPAS JERAT KEMISKINAN MENUJU KELUARGA SEJAHTERA

## *RELEASE THE POVERTY TRAP TOWARDS A PROSPERIOUS FAMILY*

**Sunit Agus Tri Cahyono**

Balai Besar Penelitian dan Pengembangan Pelayanan Kesejahteraan Sosial (B2P3KS)  
Jl. Kesejahteraan Sosial No. 1, Sonosewu, Yogyakarta, Indonesia, E-mail: sunit\_atc62@yahoo.com HP. 081215173663

### **Abstract**

*This type of research is descriptive by combining qualitative and quantitative approaches. The research location was chosen by Tegal City. The primary source is 54 Beneficiary Families (KPM). Secondary data are the implementator of the Tegal City Family Hope Program (PKH) and PKH companions. Questionnaire data collection techniques, interviews using structured interview guidelines, observation and document review. Quantitative and qualitative descriptive analysis techniques. The results showed that PKH as a form of social protection from the Government aimed at accelerating the decline in the number of poor people in the KPM membership formula. As a conditional cash social assistance, PKH in the city of Tegal was rolled out in 2015 until now (2019) enough to contribute to changing the behavior and independence of KPM in accessing health services, education, economy, and social welfare. Includes impact (effect income) with the dynamic of the family's Perokonomian wheel through the reduction of the load expense of KPM households, although still with different levels on a number of KPM. From the condition it appears that PKH effectively releases the KPM from the poverty trap. One of the proposed recommendations is to have a clear and measurable indicators of the KPM that are declared graduations, especially independent graduations and economic graduations (declared economically able to have a business indicator)..*

**Keywords:** Poverty; Family Welfare; Hope Family Program (PKH)

### **Abstrak**

Jenis penelitian deskriptif dengan mengkombinasikan pendekatan kualitatif didukung kuantitatif. Lokasi penelitian dipilih Kota Tegal dengan memperhatikan aspek kepesertaan dan masalah. Tujuan penelitian adalah mendeskripsikan kontribusi, dampak dan efektivitas pelaksanaan PKH terhadap kesejahteraan keluarga penerima manfaat (KPM).. Sumber primer adalah 54 Keluarga Penerima Manfaat (KPM). Data primer adalah pelaksana Program Keluarga Harapan (PKH) Kota Tegal dan pendamping PKH. Teknik pengumpulan data kuesioner, wawancara menggunakan pedoman wawancara terstruktur, observasi, dan telaah dokumen. Teknik analisis deskriptif kuantitatif dan kualitatif. Hasil penelitian menunjukkan, bahwa PKH sebagai bentuk perlindungan sosial dari pemerintah bertujuan mempercepat penurunan jumlah penduduk miskin dalam formula kepesertaan KPM. Sebagai bantuan sosial tunai bersyarat, PKH di Kota Tegal digulirkan pada tahun 2015 hingga 2019 cukup berkontribusi mengubah perilaku dan kemandirian KPM dalam mengakses layanan kesehatan, pendidikan, ekonomi, dan kesejahteraan sosial. Termasuk dampak (*effect income*) dengan semakin dinamisnya roda perokonomian keluarga melalui pengurangan beban pengeluaran rumah tangga KPM' meskipun masih dengan tingkat yang berbeda pada sejumlah KPM. Dari kondisi di atas tampak bahwa PKH efektif melepaskan KPM dari jerat kemiskinan. Salah satu rekomendasi yang diajukan adalah perlu indikator yang jelas dan terukur KPM yang dinyatakan graduasi, terutama graduasi mandiri (sukarela) dan graduasi ekonomi (dinyatakan mampu secara ekonomi dengan indikator memiliki usaha).

**Kata Kunci:** Kemiskinan; Keluarga Sejahtera; Program Keluarga Harapan (PKH)

## PENDAHULUAN

Data Biro Pusat Statistik (BPS) menunjukkan periode tahun 2005 hingga 2011, jumlah penduduk miskin di Indonesia secara berturut-turut adalah: pada tahun 2005 sebanyak 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 persen). September 2015 sebanyak 28,51 juta jiwa (11,13) dan pada bulan September tahun 2017 penduduk miskin mencapai 26,58 jiwa atau sebesar 10,12 persen atau selama dua tahun berkurang 1.930.000 jiwa (1,02 persen). Kementerian PPN/Bappenas mencatat, tingkat kemiskinan pada tahun 2017 mencapai titik terendah selama hampir dua dekade, yaitu sebesar 10,12 persen. Rilis data Badan Pusat Statistik (BPS) per September 2017 menunjukkan persentase penduduk miskin Indonesia berkurang 0,58 persen poin (*year-on-year*) (Kementerian PPN/Bapenas, 2017). Selanjutnya BPS pada tahun 2020 merilis, penduduk miskin Indonesia pada Maret 2019 sebanyak 25,14 juta jiwa. Jika dilihat dari persentasenya maka jumlah penduduk miskin hingga bulan Maret 2019 tercatat 9,14 persen atau menurun dibandingkan tahun 2018 sebesar 9,82 persen (Badan Pusat Statistik, 2019). Salah

satu strategi khusus dalam penanggulangan kemiskinan adalah dengan integrasi program kemiskinan, yaitu dengan pelaksanaan perlindungan sosial didasarkan pada pendekatan siklus hidup (*life-cycle*), penerima bantuan menerima manfaat lengkap karena bersifat *single targeting framework* untuk intervensi kemiskinan secara holistik, dan mendorong pengembangan pelayanan satu pintu dan implementasi bantuan sosial non-tunai. (Kementerian PPN/Bappenas, 2017). Salah satu strategi tersebut adalah Program keluarga Harapan (PKH).

Dalam rangka penanggulangan kemiskinan berbasis rumah tangga, pemerintah meluncurkan program khusus yang diberi nama Program Keluarga Harapan (PKH). Menurut Dirjen Bantuan dan Jaminan Sosial (Kemensos RI, 2010) PKH dirancang untuk membantu penduduk miskin kluster terbawah berupa bantuan bersyarat melalui bidang kesehatan, pendidikan, dan kesejahteraan sosial (lansia dan penyandang disabilitas). Sasaran PKH merupakan keluarga dan/atau seseorang yang miskin dan rentan serta terdaftar dalam data terpadu program penanganan fakir miskin, memiliki komponen kesehatan, pendidikan, dan/atau kesejahteraan sosial (Pasal 3 Peraturan Menteri Sosial Republik Indonesia Nomor 1 Tahun 2018 tentang *Program Keluarga Harapan*. Jakarta: Kementerian Sosial RI).

Pendidikan dan kesehatan merupakan instrument yang sangat penting dalam

mengentaskan dan memutus mata rantai kemiskinan. Menurut Tumanggor (2010) pembangunan harus memperkuat fungsi keluarga sebagai lembaga masyarakat demi menjadi keluarga berketahanan sosial, misalnya melalui program perlindungan sosial terhadap kelompok rentan dan penyandang masalah sosial sebab keluarga merupakan penyangga sentra kesejahteraan sosial. Menurut *The Organization for Economic Cooperation and Development* (OECD), perlindungan sosial merujuk pada kebijakan dan tindakan yang memperkuat kapasitas kaum miskin dan warga yang rentan agar terlepas dari kemiskinan dan dapat menyikapi resiko maupun peristiwa yang terjadi tiba-tiba yang menghantam kehidupan mereka. Perlindungan sosial dimaksud meliputi bantuan sosial, jaminan sosial dan standar upah pekerja (OECD, 2009). Bantuan tunai secara umum dipandang sebagai salah satu instrument bagi bantuan sosial (*sosial assistance*).

PKH di Indonesia yang diluncurkan tahun 2007 dirancang untuk membantu penduduk miskin kluster terbawah berupa bantuan bersyarat. Program ini diharapkan berkesinambungan dan mampu berkontribusi untuk mempercepat pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium (*Millennium Development Goals* atau *MDGs*). Setidaknya ada 5 komponen MDGs yang didukung melalui PKH, yaitu pengurangan penduduk miskin ekstrim dan kelaparan, pencapaian pendidikan dasar, kesetaraan gender, pengurangan angka kematian bayi dan balita, serta pengurangan

kematian ibu melahirkan. Sasaran PKH merupakan keluarga dan/atau seseorang yang miskin dan rentan serta terdaftar dalam data terpadu program penanganan fakir miskin, memiliki komponen kesehatan, pendidikan, dan/atau kesejahteraan sosial.

Program Keluarga Harapan bertujuan meningkatkan taraf hidup keluarga penerima manfaat melalui akses layanan pendidikan, kesehatan, dan kesejahteraan sosial; mengurangi beban pengeluaran dan meningkatkan pendapatan keluarga miskin dan rentan; menciptakan perubahan perilaku dan kemandirian keluarga penerima manfaat dalam mengakses layanan kesehatan dan pendidikan serta kesejahteraan sosial; dan mengurangi kemiskinan dan kesenjangan antar kelompok pendapatan; dan mengenalkan manfaat produk dan jasa keuangan formal kepada KPM (Kementerian Sosial, 2018).

PKH akan memberi manfaat jangka pendek dan panjang. Jangka pendek, PKH akan memberikan *income effect* kepada RTSM melalui pengurangan beban pengeluaran rumah tangga. Jangka panjang memutus rantai kemiskinan antargenerasi melalui peningkatan kualitas kesehatan/nutrisi, pendidikan dan kapasitas pendapatan anak pada masa depan (*price effect* anak keluarga miskin); serta memberikan kepastian kepada si anak terhadap masa depannya (*insurance effect*). Program Keluarga Harapan (PKH) juga dapat secara efektif mereduksi ketimpangan gender karena selama ini perempuan masih dianggap

memiliki status dan kedudukan yang rendah dalam kehidupan masyarakat (Zubaedi, 2016).

Program ini merupakan wujud perlindungan sosial melalui bantuan non tunai kepada keluarga sangat miskin (KSM) selama keluarga tersebut memenuhi kewajibannya. Kewajiban KSM antara lain: 1) memeriksakan kesehatan anggota keluarganya (ibu hamil dan balita) ke Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) atau Puskesmas Pembantu (Pustu); dan 2) menyekolahkan anaknya dengan tingkat kehadiran minimal 85 persen dari jam belajar mereka. Sejak tahun 2016 terdapat penambahan komponen kesejahteraan, yaitu penyandang disabilitas dan lanjut usia mulai usia 70 tahun. Hak yang mereka terima dari negara berupa bantuan uang non tunai sebanyak Rp.1.890.000 per tahun per keluarga dan Rp 2.000.000,- bagi KPM yang memiliki anggota keluarga disabilitas berat dan lanjut usia. Dengan pelaksanaan PKH diharapkan efektif mampu meningkatkan jangkauan atau aksesibilitas keluarga miskin terhadap pelayanan pendidikan dan kesehatan, dapat meningkatkan status kesehatan ibu dan anak, meningkatkan angka partisipasi pendidikan wajib belajar 12 tahun, dan mengurangi jumlah pekerja anak.

Skema Bantuan PKH mulai bulan Januari tahun 2019 berubah non flat. KPM terima bantuan sosial maksimal 10,2 juta/tahun, dengan rincian sebagai berikut. Bantuan tetap pada setiap KPM dibagi menjadi dua. Pertama, bantuan reguler Rp. 550.000,- per keluarga/tahun dan kedua, PKH yang berada di

akses yang sulit terjangkau mendapat bantuan Rp. 1 juta/keluarga/tahun. Kemudian juga ada tambahan bantuan komponen setiap jiwa. Seperti Ibu haid/balita mendapatkan bantuan tambahan Rp 2,4 juta/tahun. Anak SD Rp. 900 ribu/tahun. SMP Rp. 1,5 juta/tahun. SMA Rp. 2 juta/tahun. Penyandang disabilitas berat Rp. 2,4 juta/ tahun. Lansia 60 tahun ke atas Rp. 2,4 juta/tahun.

Efektivitas dapat diartikan sebagai keberhasilan dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya. Selain itu efektivitas adalah hubungan antara *output* dan tujuan dimana efektivitas diukur berdasarkan seberapa jauh tingkat *output* atau keluaran kebijakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Selanjutnya istilah efektivitas adalah pencapaian tujuan atau hasil yang dikehendaki tanpa menghiraukan faktor-faktor tenaga, waktu, biaya, pikiran, alat-alat, dan lain-lain yang telah ditentukan (Asnawi. 2013). Efektivitas menunjukkan, keberhasilan dari segi tercapai tidaknya sasaran yang telah ditetapkan. Jika hasil kegiatan semakin mendekati sasaran, berarti makin tinggi efektivitasnya. Hal ini sesuai dengan pendapat H. Emerson yang dikutip Soewarno Handyaningrat S. (1996) yang menyatakan bahwa “Efektivitas adalah pengukuran dalam arti tercapainya tujuan yang telah ditentukan sebelumnya. Efektivitas dapat diukur dengan menggunakan indikator efektivitas yaitu, produktivitas, efisiensi, kepuasan, kemampuan adaptasi, dan perkembangan (John Ivanchevich, dkk: 2007).

Dengan mengacu dari beberapa teori di atas, dapat disimpulkan bahwa program FDS-PKH dikatakan efektif apabila program dalam implementasinya dapat mencapai hasil optimal sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan dan berdampak positif terhadap Keluarga Penerima Manfaat.

Penelitian yang dilakukan oleh Elga Jatu Nataya dan Supriyadi S.N. di Kabupaten Madiun Jawa Timur menunjukkan, bahwa implementasi PKH pada awalnya ditujukan hanya untuk memperbaiki kualitas bidang kesehatan dan pendidikan serta merubah *mind frame* atau cara berfikir dalam diri KPM. Peningkatan juga terjadi dalam bidang keterampilan berkat adanya pelatihan pemberdayaan PKH melalui FDS. Selain keterampilan, pemberdayaan ini juga menambah penghasilan dalam keluarga. Bentuk dukungan dalam usaha lainnya adalah KUBE PKH yang merupakan usaha mandiri KPM (Elga Jatu Nataya dan Supriyadi S.N, 2017).

Berdasarkan latar belakang di atas memberikan pertanyaan yang mendasar mengenai bagaimana peran PKH pada proses pemberdayaan KPM dalam sebuah penelitian berjudul Melepas Jerat Kemiskinan menuju Keluarga Sejahtera. Adapun perumusan masalah penelitian ini sebagai berikut. Bagaimana kontribusi, dampak dan efektivitas pelaksanaan PKH terhadap kesejahteraan KPM? Penelitian ini bertujuan mendeskripsikan kontribusi, dampak dan efektivitas pelaksanaan PKH

terhadap kesejahteraan keluarga penerima manfaat (KPM).

## **METODE PENELITIAN**

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian deskriptif dengan mengkombinasikan pendekatan kualitatif dan kuantitatif. Fokus utama dalam penelitian ini adalah: Kontribusi bantuan PKH (1) terhadap pengeluaran kebutuhan rumah tangga KPM (2) kebutuhan makanan dan non makanan KPM (3) kebutuhan kesehatan, dan kebutuhan lain. Dampak bantuan social PKH difokuskan pada kesejahteraan social KPM yang berkait dengan ekonomi, kesehatan, dan pendidikan KPM. Sedangkan efektivitas difokuskan pada ketepatan sasaran, jumlah, waktu, manfaat, kaulitas, dan administrasi.

Ketepatan layanan bantuan sosial nontunai PKH yang memberi manfaat bagi kesejahteraan sosial KPM PKH, yang mencakup komponen kesehatan; pendidikan; kesejahteraan sosial; dandampak layanan bantuan sosial. Ketepatan layanan bantuan sosial PKH mencakup 6 T, yaitu tepat sasaran, tepat waktu, tepat jumlah, tepat manfaat, tepat kualitas, dan tepat administrasi. Lokasi penelitian ditentukan secara *purposive*, ditempuh dengan mempertimbangkan jumlah kepesertaan PKH salah satu terbesar di Jawa Tengah, kesesuaian dengan aspek masalah, tujuan penelitian, waktu penelitian, serta kemudahan dalam memperoleh sumber data penelitian. Atas dasar tersebut dipilih Kota Tegal (743 KPM), yaitu di Kecamatan Margadana dan Kecamatan Tegal

Timur sebagai daerah yang memiliki populasi KMP terbanyak.

Sumber data yang digunakan dalam penelitian ini adalah sumber data primer dan sumber data sekunder. Sumber Data primer dikumpulkan secara langsung oleh peneliti dari sumber pertama (informan), yaitu KPM sebanyak 54 orang. Data sekunder, menggunakan data yang telah ada (monografi desa dan dokumen kegiatan PKH), selanjutnya dilakukan proses analisis dan interpretasi terhadap data-data tersebut sesuai dengan tujuan penelitian. Sumber data lain diantaranya pelaksana PKH Kota Tegal (Kepala Bidang Linjamsos), operator PKH, koordinator PKH kota, Koordinator PKH kecamatan, dan pen damping PKH.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### 1. Karakteristik Keluarga Penerima

#### Manfaat (KPM)

Di Kota Tegal sebagian besar KPM PKH berusia produktif antara 19 hingga 54 tahun (46 orang 85,2%) dan sebagian lainnya berusia tidak produktif yaitu 54 tahun ke atas (8 orang atau 14,8%). KPM PKH usia produktif biasanya tergolong dalam komponen KPM-PKH komponen reguler sedang yang kurang/tidak produktif termasuk komponen lanjut usia dan penyandang disabilitas. Dilihat dari aspek pendidikan, sebagian besar memiliki SDM terbatas, dengan tamatan SD merupakan jumlah yang paling banyak, yaitu 26 orang (48,10 persen), diikuti tamatan SLTA/SMA/SMK

sebanyak 11 orang (20,40 persen). Sisanya tidak tamat SD dan SMP.

Berkait jenis pekerjaan, diketahui secara umum mata pencaharian peserta PKH adalah di sektor buruh (21 orang atau 38,9 persen); sektor usaha/dagang (14,80 persen) dan usaha lainnya mencapai 16,70 persen (sembilan orang). Sisanya nelayan, karyawan, pekerja serabutan, dan lainnya. Pendapatan rumah tangga KPM rata-rata sebesar Rp 1.657.142,- dengan kisaran Rp 600.000 hingga Rp 3.000.000,-. Jika dihubungkan antara pendapatan KPM dengan upah minimal kota/kabupaten (UMK) Kota Tegal pada tahun 2018 maka pendapatan keluarga KPM masih berada dibawah UMK Kota Tegal sebanyak 1.630.106,- Dengan demikian, KPM sebagai peserta PKH sesuai dengan kepesertaan PKH yang berasal dari keluarga tidak mampu (miskin). Mayoritas KPM memiliki tanggungan keluarga 3 hingga 5 anak, yaitu sebanyak 42 orang atau 77,78 persen. Konsekuensi dari kondisi dimaksud, pola pengeluaran kebutuhan rumah tangga cenderung lebih banyak dialokasikan untuk kebutuhan primer seperti konsumsi rumahtangga, kesehatan dan melunasi hutang. Keluarga sangat miskin yang menjadi peserta PKH (KPM-PKH) memiliki kartu kepesertaan PKH. Di Kota Tegal pemegang kartu terdiri atas ibu-ibu yang sedang hamil, nifas, mempunyai anak usia prasekolah (Apras), dan anak usia sekolah (SD, SMP, dan SMA). Sedangkan yang mengurus untuk mencairkan bantuan sebagian

besar dipegang oleh KPM-PKH sendiri (88,90 persen).

## 2. Profil Pelaksanaan PKH di Kota Tegal

Pada tahun 2014 di Provinsi Jawa Tengah masih terdapat tiga (3) kota yang belum mendapatkan alokasi Program Keluarga Harapan (PKH). Ketiga kota tersebut adalah Kota Tegal, Magelang, dan Kota Surakarta. Satu tahun kemudian pada tanggal 30 Juni 2015, Kota Tegal ditetapkan sebagai lokasi Program PKH melalui Surat Keputusan Direktur Perlindungan dan Jaminan Sosial (Linjamsos) Kementerian Sosial RI Nomor 19/LJS/06/2015. Program Keluarga Harapan menjadi program yang mampu memberikan manfaat peningkatan kesejahteraan sosial langsung kepada masyarakat, khususnya Keluarga Penerima Manfaat (KPM). sehingga pemerintah Kota Tegal berkomitmen menjamin kelancaran pelaksanaan PKH berjalan efektif. Berkait dengan hal tersebut Pemerintah Kota Tegal telah mengalokasikan dana sharing melalui APBD untuk mendukung sarana dan prasarana yang diperlukan untuk implementasi PKH, baik pada komponen pendidikan (Fasdik), kesehatan (Faskes), dan kesejahteraan sosial. sehingga distribusi bantuan sosial kepada KPM lancar dan berjalan maksimal. Termasuk dukungan penuh kelembagaan PKH yang terdiri dari Tim Pelaksana tingkat kota sampai tingkat kecamatan. Berkait dengan dukungan Fasdik, penyelenggara pendidikan dari Apras, SD hingga SLTA negeri/swasta bermanfaat untuk memantau anak-anak peserta PKH dan

memberikan layanan yang diperlukan sesuai dengan persyaratan administrasi penerima PKH. Berkait dengan dukungan Faskes, Puskesmas dan pelayanan kesehatan terdekat telah memberikan pelayanan kepada para penerima PKH. Demikian juga seluruh SKPD Kota Tegal yang mengelola program penanggulangan kemiskinan telah berkomplementari dengan program PKH dan memberikan dukungan pelayanan kepada KPM.

Pada tahun 2015 sasaran PKH Kota Tegal sebanyak 6.172 KK berdasarkan Pendataan Program Pusat Statistik (PPLS) tahun 2011. Kemudian jumlah tersebut diseleksi kembali oleh pendamping PKH melalui *door to door*. Dari seleksi tersebut didapat 4.729 KK se-Kota Tegal yang memenuhi syarat sebagai KPM. Rincian jumlah KMS per kecamatan 965 KPM di Margadana, 926 KPM di Tegal Barat, 1.360 KPM di Tegal Selatan dan 1.478 KPM di Tegal Timur. Pada tahun 2017 jumlah KPM reguler dan telah divalidasi sebanyak 7.901 KPM, sedangkan peserta PKH yang telah mencapai graduasi ada 542 KPM, terdiri atas 502 KPM Graduasi alami dan 40 PPM graduasi mandiri (Profil PKH Kota Tegal). Dengan demikian selama perjalanan empat tahun PKH di Kota Tegal (2015-2018), ternyata sebagian dari mereka sudah mampu mengembangkan usaha ekonomi kecil-kecilan untuk menghidupi keluarga. Kondisi ini dapat dimaknai bahwa PKH di Kota Tegal mulai dapat merubah perilaku KPM, yaitu semangat mandiri untuk

memutusrantai kemiskinan yang mendera keluarga.

Sampai tahun 2018, terdapat 25 tenaga SDM Kota Tegal yang tersebar di empat (4) kecamatan, yaitu Kecamatan Tegal Timur, Margadana, Tegal Barat, dan Tegal Selatan. Mereka adalah satu orang Koordinator Kota (Korkot), satu (1) orang supervisor, dua (2) orang (1) operator, dan 21 pendamping PKH. Pendamping setiap kecamatan berbeda-beda jumlahnya disesuaikan dengan jumlah Keluarga Sangat Miskin. Paling banyak di Tegal Timur dengan lima (5) orang pendamping. Para pendamping telah diseleksi oleh Kementerian Sosial RI bulan Agustus 2015 dan hasil seleksi telah melaksanakan pendampingan sejak akhir Oktober 2015. Pendamping PKH Kota Tegal rerata mendampingi 377 KPM.

### **3. Kontribusi, dampak, efektivitas pelaksanaan PKH terhadap KPM**

Sebagai dasar mengidentifikasi kontribusi PKH terhadap kebutuhan rumah tangga KPM, terdapat tiga hal yang harus diperhatikan lebih dahulu. Pertama, pengeluaran rumah tangga untuk mengukur kebutuhan hidup minimum (*standard of living*). Kedua, kebutuhan makanan dan non makanan. Ketiga kebutuhan pendidikan, kesehatan, gizi, serta kebutuhan lain. Ketiga hal tersebut digunakan untuk membedakan kebutuhan dasar suatu keluarga KPM dengan keluarga lain.

a. Pengeluaran rumah tangga sebagai salah satu indikator kesejahteraan keluarga KPM adalah dengan mengukur besarnya konsumsi

kebutuhan dasar keluarga. Konsumsi kebutuhan dasar keluarga dapat dibedakan menjadi dua, yaitu pengeluaran untuk kebutuhan pangan dan nonpangan. Konsumsi pangan antara lain terhadap padi-padian, ikan, daging, telur, sayur-sayuran, kacang-kacangan, minyak goreng, lemak, dan buah-buahan. Sementara itu, konsumsi nonpangan meliputi biaya untuk pendidikan, kesehatan, perumahan, bahan bakar, penerangan/listrik dan air (mandi, cuci), barang dan jasa, pakaian, dan barang-barang tahan lama lain. Rerata pengeluaran KPM-PKH di Kota Tegal masih didominasi untuk konsumsi pangan. Seperti diketahui, pengeluaran minimum untuk kebutuhan keluarga KPM-PKH di Kota Tegal berkisar antara Rp 1.400.000 hingga Rp. 2.800.000. dengan rerata pengeluaran setiap bulan adalah Rp. 1.708.889,-. Berkait dengan kontribusi PKH terhadap kebutuhan rumah tangga PKH berkisar antara 4 persen hingga 15 persen setiap bulan, dengan rerata kontribusi pelayanan PKH terhadap kebutuhan rumah tangga PKH sebesar 9,98 persen.

#### **b. Kebutuhan Makanan dan Non Makanan**

Tingkat pengeluaran konsumsi pangan dan non pangan keluarga 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

KotaTegal bersumber dari rendahnya penghasilan KPM yang berada di bawah rata-rata UMK Kota Tegal, yaitu sebesar Rp 1.630.106,- dibandingkan rata-rata pendapatan KPM-PKH di Kota Tegal sebesar Rp. 1.223.703 per bulan.

Kondisi ini mengakibatkan KPM-PKH mengalami kendala dalam mencapai taraf kebutuhan yang lebih layak. Salah satu indikator untuk mengukur kesejahteraan apabila penghasilan di atas kebutuhan dasar minimum (UMK) dan sebagian pendapatannya digunakan untuk pengeluaran pangan dan non pangan. Dalam kerangka itulah PKH di Kota Tegal 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 sebesar 33,63 persen. Artinya adanya peningkatan konsumsi dan perbaikan pemenuhan kebutuhan pangan dari berbagai aspek baik jumlah, kualitas gizi dan nutrisi KPM sebesar 33,63 persen. Atau dari total pengeluaran konsumsi pangan keluarga KPM, 33,63 persen diantaranya sumbangan dari bantuan sosial PKH. Kontribusi terbesar PKH terhadap kebutuhan pangan informan berkisar 31-45 persen ada 24 orang

(44,44 persen), dan terkecil (kurang 15 persen) ada pada satu orang KPM (1,85 persen). Sebaliknya kontribusi PKH terhadap kebutuhan non pangan mencapai sebesar 66,37 persen.

c. Kebutuhan Pendidikan, Kesehatan dan Gizi, serta Kebutuhan lain

Di Kota Tegal KPM-PKH sebagian besar memiliki anak usia sekolah dari Taman Kanak-kanak, SD hingga SLTA (5-18 tahun). Mereka yang belum menyelesaikan pendidikan dasar memperoleh bantuan secara teratur hingga jenjang pendidikan SLTA.

Kontribusi bantuan sosial PKH terhadap pendidikan anak informan tertinggi mencapai 31-45 persen, terdapat pada 12 KPM yang memiliki anak berpendidikan SMP, SMA sederajat dan memiliki tanggungan anak usia sekolah lebih dari dua anak. Sebaliknya, kontribusi terendah kurang dari 15 persen terdapat pada 24 informan/KPM (25,93 persen) yang memiliki anak usia sekolah Taman-Kanak-kanak hingga anak SD. Selebihnya, 28 KPM (51,58 persen) memanfaatkan 15 hingga 30 persen bantuan sosial PKH untuk membiayai sekolah anak-anak yang berusia TK, SD, SMP. Rata-rata penggunaan dana bantuan sosial PKH untuk kebutuhan pendidikan sebesar (40,10 persen). Secara umum rerata kontribusi bantuan sosial PKH terhadap pengeluaran biaya pendidikan KPM adalah 21,60 persen.

Dibidang kesehatan, KPM-PKH Kota Tegal diwajibkan memenuhi persyaratan yang berkait dengan kesehatan anggota keluarga yang terdiri dari ibu, anak balita, anak pra sekolah, dan anak usia sekolah. Caranya dengan mengakses dan memanfaatkan secara rutin berbagai fasilitas kesehatan (puskesmas, posyandu, polindes) yang berada di Kecamatan Tegal Timur dan margadana. Adapun kontribusi bantuan sosial PKH terhadap aksesibilitas kesehatan dan perbaikan gizi bagi KPM-PKH diketahui terdapat variasi kontribusi. Kontribusi terbesar antara 46 persen hingga 75 persen digunakan tujuh informan (12,96 persen) yang memiliki keluarga penyandang disabilitas, lanjut usia, serta informan yang memiliki anak lebih dari tiga orang.

Hal ini bermakna, bahwa seluruh pengeluaran biaya kesehatan keluarga KPM, 66-75 persen diantaranya berasal dari bantuan sosial PKH. Peringkat berikutnya berkisar antara 31 hingga 45 persen digunakan oleh 24 informan (44,44 persen), dan terakhir pada kisaran 15 hingga 30 persen digunakan pada 22 informan (40,75 persen) yang memiliki komponen reguler anakpra sekolah, SD, SMP, dan SMA. Keseluruhan rata-rata penggunaan dana bantuan sosial PKH di Kota Tegal untuk kebutuhan perbaikan gizi sebesar 33,55 persen.

Kontribusi bantuan sosial PKH terhadap kebutuhan lain tertinggi mencapai 61-90

persen terdapat pada sembilan KPM atau 16,87 persen. Diikuti berturut-turut kontribusi sekitar 46-60 persen (21 KPM atau 38,89 persen); 31-45 persen (15 KPM atau 27,78 persen); kontribusi sebesar 15-30 persen dari total kebutuhan lain keluarga ada tujuh (7) KPM atau 12,96 persen; dan kontribusi kurang dari 15 persen sebanyak dua (2) orang atau 3,70 persen. Sedangkan rerata kontribusi bantuan sosial PKH terhadap kebutuhan lain KPM adalah sebesar 44,85 persen. Dibandingkan dengan kontribusi terhadap kebutuhan pendidikan (21,60 persen), dan kesehatan (33,55 persen), maka kontribusi bantuan sosial PKH terhadap kebutuhan lain paling besar (44,85 persen) diantaranya sewa rumah, membayar listrik, pulsa internet, pajak rumah, dan pakaian.

#### d. Dampak

Dampak (*outcome*) dalam penelitian ini adalah manfaat dan harapan perubahan yang terjadi pada KPM setelah menerima bantuan sosial PKH. Dampak tidak sebatas hasil langsung (*output*) dari adanya PKH, baik yang berkait dengan produk PKH yang menghasilkan peningkatan angka partisipasi dan akses KPM dibidang pendidikan, kesehatan, dan kesejahteraan sosial. Ataupun yang berkait dengan sasaran PKH (anak KPM) berhasil mengakses Faskes dan Fasdik. Dalam setiap pelaksanaan PKH, salah satu unsur terpentingnya adalah pencapaian dampaknya (*outcome*) terhadap peserta PKH (KPM). Dampak implementasi

PKH terhadap KPM dalam penelitian lebih banyak menganalisis dampak jangka pendek yang berkaitan dengan peningkatan/perubahan pengetahuan, kesadaran, opini, aspirasi, sikap, keterampilan (skill), dan motivasi KPM aspek pendidikan, kesehatan. Dampak jangka pendek menjadi titik fokus karena penyelenggaraan PKH di Kota Tegal baru dimulai tahun 2015 hingga tahun 2018 (tiga tahun), sedangkan penyaluran dana sosial kepada KPM mulai efektif sejak tahun 2016, yaitu saat berlangsungnya pencairan bantuan sosial tahap pertama pada bulan Februari tahun 2016. Sedangkan dampak jangka menengah dan jangka panjang masih bersifat indikatif. Artinya adanya kecenderungan perubahan perilaku, kemandirian KPM (jangka menengah), perubahan kondisi pendidikan, kesehatan, dan sosial ekonomi KPM (jangka panjang) masih bersifat sementara selama KPM masih menerima bantuan sosial PKH.

Dampak PKH dibidang pendidikan terlihat efektif pada perubahan perilaku yang ditandai oleh meningkatnya angka partisipasi wajib belajar bagi anak KPM. Sebanyak 48 KPM (88,89 persen) menyatakan bahwa PKH mempunyai dampak efektif terhadap aspek pendidikan anak yang terindikasi pada semakin meningkatnya kesadaran dan partisipasi sekolah anak. Indikasi tersebut tampak pada sikap KPM yang lebih memperhatikan kebutuhan sekolah anak dengan indikasi orangtua lebih aktif

mendampingi anak belajar di rumah, meningkatnya frekuensi belajar anak secara teratur dan disiplin belajar, serta anak memiliki jadwal belajar dalam arti mulai berkembang kemampuan untuk mengelola waktu belajar dan bermain di rumah. Sisanya enam orang KPM (11,11 persen) menyatakan cukup efektif. Mereka beralasan, meskipun mampu meningkatkan partisipasi KPM untuk mengakses fasilitas pendidikan, tetapi bantuan tersebut dipandang masih sangat terbatas dan hanya dapat membantu sebagian dari biaya pendidikan, dan modal usaha. Oleh karena itu, diharapkan pada tahun-tahun berikutnya ada peningkatan jumlah bantuan sosial dengan mempertimbangkan beban keluarga KPM. Sedangkan meningkatnya partisipasi KPM dalam mengakses kesehatan bagi ibu hamil, balita, apras, tampak pada meningkatnya frekuensi kehadiran ke Faskes untuk memeriksakan kesehatan secara rutin. Meningkatnya kemampuan KPM dalam menyediakan variasi makanan keluarga sehingga asupan gizi keluarga menjadi lebih seimbang, tidak terkecuali bagi KPM yang mempunyai anak balita dan usia sekolah (45 orang atau 83,33 persen). Jika sebelum menjadi peserta PKH, anaknya jarang berobat ke Puskesmas, namun sekarang setelah menjadi peserta PKH sudah rutin berobat/memeriksakan kesehatan ke Puskesmas. Setiap KPM berobat ke Puskesmas KPM tidak dikenai biaya administrasi dan membayar obat. Sejak

adanya Program Keluarga Harapan di Kota Tegal, kunjungan KPM untuk memeriksakan kesehatan dan gizi anaknya ke Puskesmas/posyandu semakin rutin dilakukan. Hal tersebut menunjukkan bahwa dampak PKH bidang kesehatan bagi KPM sudah dilaksanakan relatif baik. Dibidang ekonomi, PKH berdampak penting terhadap ekonomi keluarga KPM. Selain mulai memahami pentingnya mengatur lebih besarnya pendapatan, pengeluaran, dan skala prioritas keuangan, KPM juga mulai mencoba mengembangkan sayap usaha di luar rumah. Hal ini dimungkinkan karena PKH memberikan ruang gerak bagi KPM dalam aktivitas ekonomi keluarga sekaligus promosi gender yang ditandai dengan keterlibatan KPM berjualan di luar rumah sehingga dapat menggerakkan roda ekonomi domestik. Dengan menyisihkan sebagian bantuan PKH sebagai modal usaha kecil-kecilan, KPM dapat menghasilkan tambahan pendapatan dan meningkatkan konsumsi pangan.

e. Efektivitas Ketepatan bantuan PKH

Efektivitas layanan bantuan sosial non tunai PKH sebagai bentuk penanggulangan kemiskinan, jaminan, dan perlindungan sosial bergantung pada tercapainya target 6 T (Enam Tepat), yaitu tepat sasaran penerima, tepat waktu, tepat jumlah, tepat kualitas, tepat manfaat, dan tepat administrasi. Tepat sasaran apabila penerima manfaat PKH sesuai dengan persyaratan kepesertaan PKH

sebagaimana tercantum dalam Pasal 3, 4, dan 5 Peraturan Menteri Sosial RI Nomor 1 Tahun 2018 tentang Program Keluarga harapan.

Tepat waktu artinya pelaksanaan penyaluran dan pencairan bantuan sosial kepada KPM sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan. Tepat waktu pelayanan kepada KPM adalah jangka waktu yang diperlukan untuk menyelesaikan seluruh proses pelayanan dari setiap jenis pelayanan kepada KPM, baik kesehatan, pendidikan, kesejahteraan, maupun FDS. Tepat jumlah, artinya jumlah bantuan sosial PKH yang merupakan hak KPM setelah menjalankan komitmen, sesuai dengan ketentuan yang berlaku (sesuai dengan standart waktu pelayanan). Yaitu sebesar Rp.1.890.000/tahun untuk KPM-PKH komponen regular, dan sebanyak Rp 2.000.000,- per tahun untuk KPM-PKH komponen kesejahteraan yang dapat diambil/dicairkan dalam empat tahapan.

Tepat manfaat, apabila bantuan sosial PKH tersebut sesuai dengan kebutuhan KPM, berguna, dan sesuai dengan fungsi atau penggunaan bantuan tersebut, yaitu untuk keperluan kebutuhan kesehatan, pendidikan, dan kesejahteraan sosial keluarga KPM (standart manfaat pelayanan). Bantuan sosial tersebut dipergunakan untuk apa saja, atau seberapa besar kegunaan bantuan sosial PKH yang dirasakan langsung oleh KPM-PKH. Apakah bantuan sosial tersebut

dapat dikembangkan untuk keperluan selain pendidikan dan kesehatan, misalnya untuk mengembangkan usaha ekonomi keluarga. Atau tidak ada pihak ketiga yang memanfaatkan bantuan sosial tersebut.

Tepat kualitas dimaksud adalah bagaimana petugas terkait dalam melaksanakan pelayanan sosial sesuai dengan standart layanan kesehatan, pendidikan, dan kesejahteraan sosial terhadap KPM-PKH, baik pada aspek SDM-nya (kenyamanan tempat melakukan pelayanan, kedisiplinan petugas dalam melakukan pelayanan, penampilan petugas pendidikan, kesehatan, dan pendamping dalam melayani KPM-PKH, dan kesanggupan untuk membantu dan menyediakan pelayanan secara cepat dan tepat, serta tanggap terhadap keinginan KPM). Sedangkan kualitas pelayanan berupa sarana fisik (akses gedung sekolah, puskesmas dan sejenisnya), tempat informasi, dan prasarana-sarana lain.

Tepat administrasi adalah terpenuhinya persyaratan administrasi secara benar lengkap. Dari sudut KPM (pihak yang dilayani) adanya kelengkapan untuk memperoleh bantuan sosial seperti memiliki KTP, mempunyai kartu peserta PKH, KKS, buku tabungan, dan kartu nikah (kartu keluarga-C1). Dari sudut kegiatan pelayanan (pihak yang melayani pendamping PKH, fasdik, dan faskes) mencakup manajemen administrasi seperti adanya pencatatan setiap kegiatan, organisasi, perencanaan,

koordinasi, kerjasama dan komunikasi antar petugas, monitoring dan evaluasi, serta pendistribusian pendamping PKH yang merata untuk setiap KPM-PKH dampungannya.

**Tabel 1**  
Efektivitas Ketepatan Bantuan Sosial PKH di Kota Tegal

KATEGORI	Tepat Waktu		Tepat Sasaran		Tepat Jumlah		Tepat Kualitas		Tepat Manfaat		Tepat Administrasi	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Tepat	31	57,41	45	83,33	49	90,74	43	79,6	31	57,41	47	87,04
Cukup	8	14,81	6	11,11	3	5,56	11	20,4	11	20,37	2	3,70
Kurang	5	27,8	3	5,56	2	3,70	0	0	12	22,22	5	9,26
Jumlah	54	100	54	100	54	100	54	100	54	100,00	54	100

Sumber: hasil penhimpulan data

Berkait dengan ketepatan sasaran, realita di lokasi seluruh peserta PKH memiliki KKS yang disimpan sendiri, namun dalam pencairan bantuan sosial tidak semua KPM mengambil uang sendiri di ATM. Diketahui sebanyak 45 KPM (88,33 persen) memegang, menyimpan, dan dalam mencairan uang dilakukan sendiri di ATM bank Mandiri dan BNI. Sisanya 6 KPM (11,11 persen) diwakilkan oleh salah satu anggota keluarga seperti anak atau suami, dan tiga (3) KPM diwakilkan pendamping. Selain itu bantuan tunai benar-benar dimanfaatkan oleh peserta PKH bukan digunakan pihak lain dengan memanfaatkan bantuan PKH tersebut.

Bantuan sosial PKH yang diberikan kepada KPM di Kota Tegal secara makro dapat dikategorikan memiliki ketepatan jumlah dalam penyalurannya (tepat jumlah). Artinya besar bantuan yang diberikan atau yang diterima KPM sesuai pedoman besaran bantuan yang ditetapkan Kementerian Sosial RI, yaitu bantuan

komponen kepesertaan reguler (Bumil, Nifas, Balita, Apras, Anak usia sekolah SD, SMP, SMA) sebesar Rp. 1.890.000,- dan komponen kepesertaan kesejahteraan sosial (penyandang disabilitas dan lanjut usia sebanyak Rp. 2.000.000,-). Ketepatan jumlah juga dapat ditinjau kesesuaian antara jumlah bantuan yang diterima KPM dan tidak ada kewajiban administrasi yang harus dipenuhi KPM dalam setiap tahap pencairan bantuan sosial baik oleh pihak bank maupun pendamping. Hal ini sesuai ketentuan Indeks bantuan menurut komponen bantuan, yaitu sebesar Rp. 1.890.000 setiap keluarga/tahun untuk komponen reguler. Bantuan sosial yang diterima tersebut mampu mengurangi beban pengeluaran rumah tangga keluarga khususnya dimanfaatkan untuk keperluan pendidikan anak-anak, perbaikan gizi/kesehatan keluarga khususnya bagi lansia dan penyandang disabilitas serta kadang-kadang juga digunakan untuk membeli kebutuhan lain seperti bayar listrik, mengangsur kredit, transportasi, sebagian kecil untuk tambahan modal usaha kecil-kecilan seperti jualan aneka jenis kue, minuman dan kue pia. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar bantuan nontunai memiliki ketepatan jumlah, yaitu sebanyak 49 KPM (90,74 persen), cukup tepat tiga orang (5,56 persen), dan kurang tepat dua orang (3,70 persen).

Tepat waktu. Tidak sebatas dalam penyaluran bantuan sosial PKH nontunai, tetapi juga ketepatan dalam pencairan bantuan sosial tersebut sampai di tangan KPM pada setiap

tahapan. Secara umum, transaksi pencairan bantuan sosial PKH dari Bank ke tangan KPM dengan menggunakan sistem perbankan melalui mesin ATM Bank Mandiri (dan BNI) di Kota Tegal relatif cukup tepat waktu karena relative tidak melenceng dari batas waktu 30 hari/bulan pada setiap tahap. Berdasarkan data hasil penelitian, realisasi pencairan bantuan sosial PKH tahap pertama pada bulan Februari tahun 2016 hingga tahap pertama bulan Februari 2018 rekening KPM mencapai telah 100 persen. Diketahui sebanyak 31 KPM (57,41 persen) menyatakan penyaluran tepat waktu, delapan KPM cukup tepat waktu (14,81 persen), dan 15 KPM menyatakan kurang tepat waktu (27,58 persen). Dalam implementasinya, pencairan uang ke KPM tidak seluruhnya tepat waktu karena diketahui adanya keterlambatan dalam hitungan durasi waktu mingguan, sehingga dapat mereduksi besaran manfaat yang diterima KPM. Pada setiap tahapan, pencairan bantuan sosial PKH dapat direalisasikan pada minggu kedua, ketiga, bahkan minggu keempat. Berkait dengan penangguhan bantuan terhadap KPM, berdasarkan wawancara diketahui bahwa di Kota Tegal sampai penelitian selesai belum ditemukan peserta PKH yang ditangguhkan bantuannya karena tidak memenuhi komitmen (kewajiban) yang telah ditentukan untuk satu kali siklus penyaluran bantuan atau selama tiga bulan berturut-turut.

*Tepat kualitas.* Kualitas pelayanan penyaluran bantuan sosial PKH terhadap KPM tidak sebatas pada kemampuan layanan

Fasdik, Faskes, dan FDS, tetapi juga menyangkut penyelenggaraan pelayanan bantuan sosial PKH terhadap KPM yang dilakukan mulai dari pendamping PKH, Korkot, operator PKH, PPKH, hingga akses/ketersediaan terhadap sarana-prasarana faskes dan fasdik. Hasil penelitian menggambarkan bahwa sebagian besar KPM, yaitu sebanyak 43 orang (79,60 persen) menyatakan pelayanan kesehatan, pendidikan dan pendamping PKH (FDS) telah dilakukan secara benar, baik, dan memadai sehingga relative memuaskan KPM. Tenaga kesehatan yang berkompeten tidak sekedar mengetahui KPM yang tercatat di Faskes, mendaftarkan KPM saat berobat/pemeriksaan kesehatan dan mencatat kehadiran, tetapi juga sering memberikan informasi tentang manfaat pelayanan dan pentingnya kesehatan bagi keluarga serta mengingatkan jadwal kunjungan kepada peserta PKH. Berdasarkan wawancara dengan sejumlah informan (KPM), indikator lain ketepatan kualitas adalah kepuasan KPM terhadap PKH yang sudah berjalan cukup baik dan memberikan kontribusi terhadap kemudahan KPM dalam mengakses layanan kesehatan, pendidikan, dan kesejahteraan sosial untuk lansia dan penyandang disabilitas. Meskipun dipandang efektif namun dalam pelaksanaannya masih terdapat sejumlah keluhan dari KPM yang cukup menjadi kendala dalam implementasinya, yaitu kuantitas/jumlah bantuan yang sama untuk setiap KPM,

padahal setiap KPM memiliki karakteristik yang berbeda, baik dalam aspek jumlah bantuan, tanggungan keluarga dan komponen kepesertaan PKH yang berpengaruh tidak sama terhadap setiap KPM.

Dalam mengakses layanan faskes, KPM harus mentaati jadwal kunjungan, untuk itu diperlukan prosedur penetapan jadwal kunjungan setelah persyaratannya dipenuhi oleh KPM. Bagi peserta PKH yang mempunyai kartu Jamkesmas, dapat menggunakan kartu tersebut untuk memeriksakan kesehatan di Puskesmas. Selanjutnya bagi KPM-PKH yang belum mempunyai kartu Jamkesmas, maka dengan menunjukkan kartu PKH asli dan menyerahkan foto copinya, KPM dapat mengakses pelayanan kesehatan. Bagi KPM yang pertama kali memeriksakan kesehatan tetapi belum memiliki kartu jamkesmas dapat membawa kartu PKH, foto copi kartu KK dan KTP. Diketahui bahwa terjadi peningkatan partisipasi KPM dalam mengakses layanan Faskes sebesar 80 persen dari kondisi sebelum ada PKH.

Dibidang pendidikan, KPM yang memiliki anak dari usia pra sekolah (TK/*play group*), SD, SMP, hingga SMP terdokumentasi pada Fasdik dan diperlakukan sama bagaimana umum anak-anak usia sekolah yang lain. Ada petugas khusus fasdik yang membidangi anak KPM dan adanya koordinasi dan kerjasama antara fasdik dan pendamping PKH dalam

memantau/memonitor perkembangan kehadiran anak PKH di sekolah. Keberadaan PKH sangat dirasakan manfaatnya oleh KPM, khususnya meningkatnya tingkat partisipasi anak usia KPM yang mencapai sebesar 85 persen sejak PKH digulirkan tahun 2015 hingga tahun 2018. Indikator ini terlihat pada meningkatnya minat belajar anak KPM yang terlihat pada tingkat kehadiran sekolah, dan meningkatnya kesadaran KPM terhadap pentingnya pendidikan anak-anak sebagai bekal kehidupan pada masa mendatang. Kondisi ini didukung oleh adanya program pemerintah yang mencanangkan wajib sekolah 12 tahun bagi anak usia sekolah dan dukungan Bantuan Operasional Sekolah (BOS) dari Kementerian Pendidikan atau Bantuan Siswa Miskin (BSM) untuk anak-anak dari keluarga yang kurang mampu. Selain hal tersebut, bantuan sosial PKH juga dimanfaatkan oleh KPM untuk membeli perlengkapan sekolah anak-anaknya seperti buku tulis dan buku pelajaran, pensil, sepatu, pakaian seragam, tas sekolah, sebagian untuk transport dan kebutuhan sekolah lain.

Berkait dengan Pertemuan Peningkatan kemampuan keluarga (P2K2) atau *Family Development Session* (FDS) dari program Keluarga Harapan (PKH), di Kota Tegal telah dilaksanakan sejak tahun 2017. FDS wajib diikuti oleh KPM PKH dengan pendamping sebagai “pembimbing” dalam memberikan edukasi pengetahuan,

pemahaman, dan meningkatkan keterampilan yang berkait dengan pendidikan, kesehatan, ekonomi, perlindungan anak, dan bagaimana melakukan pelayanan bagi penyandang disabilitas dan lanjut usia.

Berkait dengan *ketepatan manfaat*, diketahui bahwa penyaluran penggunaan bantuan sosial PKH tersebut sesuai dengan kebutuhan, membawa manfaat, dan sesuai dengan fungsi atau penggunaan bantuan tersebut, baik untuk kebutuhan kesehatan, pendidikan, dan kesejahteraan sosial keluarga KPM (standart manfaat pelayanan), khususnya yang mempunyai anggota keluarga lanjut usia dan penyandang disabilitas.

Bantuan sosial PKH di Kota Tegal tersebut benar-benar dirasakan langsung oleh KPM-PKH dan sebagian dapat dikembangkan untuk keperluan selain pendidikan dan kesehatan, misalnya untuk mengembangkan usaha ekonomi. Terkadang bantuan tersebut juga dimanfaatkan untuk membayar hutang, biaya listrik, dan membeli kebutuhan pokok sehari-hari. Hasil penelitian menunjukkan, bahwa sebagian besar KPM menyatakan penyaluran bantuan memiliki ketepatan manfaat yang baik, yaitu sebanyak 31 orang (57,41 persen). Hal ini dapat dilihat dari peningkatan akses kesehatan oleh KPM. Sejak adanya Program Keluarga Harapan di Kota Tegal kunjungan peserta PKH untuk memeriksakan kehamilan, balita, dan apras ke Puskesmas dan posyandu semakin intensif

dilakukan sesuai dengan jadwal kunjungan/pemeriksaan, demikian juga di bidang pendidikan bagi anak-anak KPM. Realita ini membuktikan, bahwa kebermanfaatn bantuan sosial PKH rerata telah terealisasi secara tepat. Selain itu penggunaan bantuan sosial PKH setiap tahap pencairan agar sesuai dengan fungsi dan penggunaannya. Sisanya menyatakan cukup tepat (11 orang atau 20,37 persen), dan 12 orang (22,22 persen) kurang tepat. Bagi KPM yang menyatakan cukup dan kurang tepat beralasan, bahwa meskipun bantuan tersebut memberi manfaat bagi keluarga, tetapi jumlah bantuan yang diterima kurang mencukupi kebutuhan mereka, namun tetap membantu dalam biaya pendidikan dan kesehatan.

Tepat administrasi berkait dengan persyaratan administrasi yang harus terpenuhi, perlengkapan administrasi, kartu KKS, administrasi yang sesuai, dan prosedur administrasi. Tepat administrasi dalam penyaluran bantuan sosial PKH nontunai dimaksudkan untuk mengetahui kelengkapan administrasi yang dimiliki KPM sebagai peserta PKH dalam mengakses layanan Faskes, Fasdik, kesejahteraan sosial dan pencairan bantuan sosial di bank yang telah ditunjuk. Hasil penelitian menunjukkan, bahwa sebagian besar KPM-PKH, yaitu sebanyak 47 orang (87,04 persen) KPM memiliki kelengkapan administrasi yaitu KTP, kartu keluarga (C1), surat nikah, akte

kelahiran, kartu peserta PKH, kartu KKS, KIS, KIP dan telah melaksanakan prosedur secara tepat untuk dapat mengakses layanan PKH. Sisanya sebanyak dua orang (3,70 persen) yang cukup tepat administrasi dan lima orang (9,26 persen) kurang tepat karena kurang memiliki kelengkapan administrasi dan menjalankan prosedur administrasi secara baik.

#### **D. KESIMPULAN DAN REKOMENDASI**

Kontribusi PKH terhadap kebutuhan rumah tangga KPM berkisar antara 4 persen hingga 15 persen setiap bulan, dengan rerata kontribusi pelayanan PKH terhadap kebutuhan rumah tangga sebesar 9,98 persen. Kontribusi PKH terhadap kebutuhan pangan dan non pangan sangat bervariasi, namun secara umum rerata kontribusi terhadap kebutuhan makanan sebesar 33,63 persen. Atau dari total pengeluaran konsumsi pangan keluarga KPM, 33,63 persen diantaranya sumbangan dari bantuan sosial PKH. Kontribusi terbesar PKH terhadap kebutuhan pangan informan berkisar 31-45 persen ada 24 orang (44,44 persen), dan terkecil (kurang 15 persen) ada pada satu orang KPM (1,85 persen). Sebaliknya kontribusi PKH terhadap kebutuhan non pangan mencapai sebesar 66,37 persen.

Kontribusi bantuan sosial PKH terhadap pendidikan anak informan tertinggi mencapai 31-45 persen, terdapat pada 12 KPM. Sebaliknya, kontribusi terendah kurang dari 15 persen terdapat pada 24 informan/KPM (25,93 persen). Selebihnya 28 KPM (51,58 persen)

memanfaatkan 15 hingga 30 persen bantuan sosial PKH untuk membiayai sekolah anak.

Dibidang kesehatan, kontribusi bantuan sosial PKH terhadap aksesibilitas kesehatan dan perbaikan gizi bagi KPM-PKH diketahui terdapat variasi kontribusi. Kontribusi terbesar antara 46 persen hingga 75 persen digunakan oleh tujuh (7) informan (12,96 persen). Hal ini bermakna, bahwa seluruh pengeluaran biaya kesehatan keluarga KPM, 46-75 persen diantaranya berasal dari bantuan sosial PKH. Peringkat berikutnya berkisar antara 31 hingga 45 persen digunakan oleh 24 informan (44,44 persen), dan terakhir pada kisaran 15 hingga 30 persen digunakan pada 22 informan (40,75 persen) yang memiliki komponen reguler. Keseluruhan rata-rata penggunaan dana bantuan sosial PKH di Kota Tegal untuk kebutuhan perbaikan gizi sebesar 33,55 persen.

Dampak PKH bagi KPM dibidang kesehatan tampak pada meningkatnya partisipasi KPM dalam mengakses kesehatan bagi ibu hamil, balita, Apras, tampak pada meningkatnya frekuensi kehadiran ke fasilitas kesehatan untuk memeriksakan kesehatan secara rutin. Meningkatnya kemampuan KPM dalam menyediakan variasi makanan keluarga sehingga asupan gizi keluarga menjadi lebih seimbang, tidak terkecuali bagi KPM yang mempunyai anak balita dan usia sekolah yaitu sebesar 83,33 persen. Dibidang ekonomi, PKH berdampak penting terhadap ekonomi keluarga KPM. Selain mulai memahami pentingnya mengatur

lebih besarnya pendapatan, pengeluaran, dan skala prioritas keuangan, KPM juga mulai mencoba mengembangkan sayap usaha di luar rumah. Dengan menyisihkan sebagian bantuan PKH sebagai modal usaha kecil-kecilan, KPM dapat meningkatkan pendapatan sekaligus mengurangi pengeluaran, dan meningkatkan konsumsi pangan.

Dampak PKH terhadap KPM dibidang pendidikan tergolong efektif ditandai oleh meningkatnya angka partisipasi wajib belajar bagi anak KPM. Sebesar 88,89 persen KPM menyatakan bahwa PKH mempunyai dampak efektif terhadap aspek pendidikan anak yang terindikasi pada semakin meningkatnya kesadaran dan partisipasi sekolah anak. Meskipun meningkatkan partisipasi KPM untuk mengakses fasilitas pendidikan, tetapi bantuan tersebut dipandang masih sangat terbatas dan hanya dapat membantu sebagian dari biaya pendidikan dan modal usaha.

Dibidang ekonomi, PKH berdampak efektif terhadap ekonomi keluarga KPM. Selain mulai memahami pentingnya mengatur pendapatan, pengeluaran, dan skala prioritas keuangan. Dengan menyisihkan sebagian bantuan PKH sebagai modal usaha kecil-kecilan, KPM dapat income sekaligus mengurangi pengeluaran, dan meningkatkan konsumsi pangan. Hal ini karena PKH memberikan ruang gerak bagi KPM dalam aktivitas ekonomi keluarga sekaligus promosi gender yang ditandai dengan keterlibatan KPM

berjualan di luar rumah sehingga dapat menggerakkan roda ekonomi domestik.

Direkomendasikan, untuk memaksimalkan kontribusi PKH terhadap kebutuhan rumah tangga KPM, diperlukan adanya perubahan jumlah bantuan sosial berdasarkan komponen keluarga dan tanggungan keluarga. Komponen keluarga berkait dengan ada tidaknya KPM mempunyai anggota keluarga lansia dan penyandang disabilitas. Komponen tanggungan keluarga berkait dengan kondisi ibu (hamil dan nifas) dan jumlah tanggungan anak.

Berkait dengan upaya mengefektifkan dampak PKH terhadap KPM, pemerintah daerah meningkatkan dukungan *sharing* anggaran untuk pendidikan, kesehatan dan kesejahteraan sosial melalui anggaran APBD, baik untuk kegiatan sosialisasi, sarana dan prasarana PKH, pengadaan fasilitas kerja pendamping (Toolkid, buku pintar PKH, modul FDS), dan operator PKH.

Berkait dengan efektivitas PKH, Kementerian Sosial cq Direktorat Jenderal Perlindungan dan Jaminan Sosial perlu menyusun indikator yang jelas dan terukur KPM yang dinyatakan graduasi, terutama graduasi mandiri (sukarela) dan graduasi ekonomi (dinyatakan mampu secara ekonomi dengan indikator usaha).

### **Ucapan Terima Kasih**

Peneliti menyampaikan ucapan terima kasih kepada sejumlah pihak khususnya kepada Pemerintah Daerah Kota Tegal, Dinas

Sosial Kota Tegal, Pendamping PKH, Operator PKH, Supervisor PKH, tokoh masyarakat, dan Keluarga Penerima Manfaat (KPM), serta semua pihak yang telah berkontribusi atas selesainya penelitian ini.

### **DAFTAR PUSTAKA**

- Adi Fahrudin. (2012). *Pengantar Kesejahteraan Sosial*. Bandung: Refika Aditama.
- Badan Pusat Statistik (2019). *Jumlah penduduk Miskin Ri Maret 2019 Turun Jadi 25,14 Juta*. CNN Indonesia. Senin, 15 Juli 2019
- Biro Pusat Statistik (2018). Jakarta.
- Budhi Wibhawa, dkk, (2010). *Dasar-Dasar Pekerjaan Sosial*. Bandung: Widya Pajajaran.
- Darmawan Triwibowo dan Nur Iman Subono. (2009). *Meretas Arah kebijakan Sosial Baru di Indonesia*. Jakarta: Penerbit LP2ES.
- Dedy Utomo, Abdul Hakim, Heru Ribawanto. (2017) *Pelaksanaan Program Keluarga Harapan Dalam Meningkatkan Kualitas Hidup Rumah Tangga Miskin (Studi pada Unit Pelaksana Program Keluarga Harapan Kecamatan Purwoasri, Kabupaten Kediri)*. Malang: Fisipol Universitas Brawijaya. Kementerian PPN/Bapenas. *Siaran Pers membedah Angka Kemiskinan dan Kesenjangan: Rilis Data Terkini* BPS, <https://www.bappenas.go.id>
- Departemen Pendidikan Nasional. (2008). *Pendekatan, Jenis, Dan Metode Penelitian Pendidikan*. Jakarta: Direktorat Tenaga Kependidikan
- Direktorat Perlindungan dan Kesejahteraan Masyarakat. (2014). *Perlindungan Sosial di Indonesia: Tantangan dan Arah ke Depan*. Jakarta: Badan Perencanaan Pembangunan Nasional

- Edi Suharto. (2008). *Analisis kebijakan Publik Panduan Praktis mengkaji Masalah Kebijakan Sosial*. Bandung: Penerbit Alfabeta
- Edi Suharto. (2009). *Kemiskinan dan Perlindungan Sosial di Indonesia menggagas Model Jaminan Sosial Universal Bidang Kesehatan*. Bandung: Alfabeta
- Edi Suharto, (2007) Peta dan Dinamika Welfere State di Beberapa Negara Pelajaran Apa yang Bisa Dipetik untuk Membangun Indonesia? *Jurnal Mandatori, Politik Kesejahteraan di Tanah Republik*. Yogyakarta: IRE Yogyakarta.
- Elga Jatu Nataya dan Supriyadi S.N. (2017). *Pemberdayaan Keluarga Penerima Manfaat Melalui Program Keluarga Harapan Di Kelurahan Kelun Kecamatan Kartoharjo Kota Madiun*. *urnal Sosiologi DILEMA*, Vol. 32, No. 2 Tahun 2017 ISSN: 0215/9635, Published by Lab Sosio, Sosiologi, FISIP, UNS
- Handayaniingrat, Soewarno, (1996). *Pengantar Ilmu Administrasi dan Manajemen*. Jakarta: Gunung Agung
- Ivancevich, John M, Konopaske Robert & Matteson Michael T, (2007). *Perilaku Dan Manajemen Organisasi* (Alih Bahasa Gina Gania), Edisi Tujuh, Erlangga, Jakarta
- Kementerian PPN/Bapenas. (2017). *Siaran Pers Membedah Angka Kemiskinan Dan Kesenjangan: Rilis Data Terkini BPS*. <https://www.bappenas.go.id>
- Kementerian Sosial. Peraturan Menteri Sosial Republik Indonesia Nomor 1 Tahun 2018 tentang *Program Keluarga Harapan*. Jakarta: Kementerian Sosial RI.
- Kementerian Sosial RI. (2018). *Strategi PKH Sebagai Episentrum Sosial Justice For All*. Jakarta: Kementerian Sosial RI
- Kementerian Sosial RI. (2018). *Paraturan Menteri Sosial RI Nomor 1 Tahun 2018 tentang Program Keluarga Harapan*. Jakarta.
- Kementerian Sosial RI. (2018). *Strategi PKH Sebagai Episentrum Sosial Justice For All*. Jakarta: Kementerian Sosial.
- Margono, S. (2005). *Metode Penelitian Pendidikan*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Miftachul Huda. (2009). *Pekerjaan Sosial dan Kesejahteraan Sosial: Sebuah Pengantar*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Miftachul Huda, (2012). *Ilmu Kesejahteraan Sosial Paradigma dan Teori*. Yogyakarta: Penerbit Samudera Ilmu.
- Munawwarah Sahib. (2016). *Pengaruh Kebijakan Program Keluarga Harapan (PKH) Terhadap Penanggulangan Kemiskinan Di Kecamatan Bajeng Kabupaten Gowa*. Makasar: Universitas Negeri Alauddin.
- Nusa Putra, (2013). *Penelitian Kualitatif IPS*. Bandung: Remaja Rosdakarya.
- Program Keluarga Harapan. *Meraih Keluarga Sejahtera*. (2015)
- Pedoman Program Keluarga Harapan (PKH), [2017keluargaharapan.com/landasan-hukum-program-keluarga-harapan-pkh](http://2017keluargaharapan.com/landasan-hukum-program-keluarga-harapan-pkh)
- Sapa-Indonesia. *Memutus Mata Rantai Kemiskinan Melalui Program Keluarga Harapan*. [www.sapa.or.id](http://www.sapa.or.id)
- SMERU dalam Edi Suharto. (2006). *Membangun Masyarakat Memberdayakan Rakyat*. Bandung: Refika Aditama.
- Suharsimi Arikunto, (2005). *Prosedur Penelitian*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Sri Lindawati. (2011). *Analisis Implementasi Kebijakan Program Keluarga Harapan Terhadap Peningkatan Kualitas Kesehatan dan Pendidikan Keluarga*. Bogor: IPB Bogor.
- Zubaedi, (2016). *Pengembangan Masyarakat Wacana & Praktik*. Jakarta: Prenada MediaGroup

