
Evaluasi Pelayanan Kesehatan dan Pendidikan Program Keluarga Harapan (PKH)

Ayurestianti

Universitas Islam Negeri (UIN) Sunan Kalijaga Yogyakarta

Email: ayuresti20@gmail.com

Abstract

This study seeks to a description the evaluation of health and education service of conditional cash transfers (Program Keluarga Harapan-PKH) based on an input, process, and output. It's programme between 2016 until 2017 has been implemented in District of Jetis, Bantul. This paper demonstrates about the results of the evaluation, though this results hoped input for the decision to programme repaired. This article, however, it seeks programme make good from health and education service component. Thus, I found Conditional Cash Transfers (CCT) or Progam Keluarga Harapan (PKH) programme have signed for even distribution of education and accessibility for health services on simply, particularly of pregnant wife and suckle. The importance of indicators at programme successfully, data validity has been doing of maximal. So, the candidate of participant didn't perfunctorily in this programme. Hence, participatory of people (non-candidate) in this programme, also make good of indicators, which can be interdependent of control form another side. Eventually, the candidate of their programme, if not meet a demand just like the rule of manual books on 2016, they are can the punishment of exhortation, greeting, and defeasance of the programme. I also, however, found the weakness of tease enough, i.e. the beneficiary still considers that conditional cash transfer is only for a moment's need, not thinking about long-term interests. In turn, the process of alleviating poverty is only 'patching the wound' rather than treating it to its problem needs.

Keywords: evaluation; conditional cash transfers; health; education.

Abstrak

Studi ini berupaya mengkaji tentang evaluasi layanan kesehatan dan pendidikan Program Keluarga Harapan (PKH) berbasis input, proses pelaksanaan, dan output pada program yang sudah berjalan di Kec. Jetis, Bantul, dari tahun 2016 hingga 2017. Tujuan evaluasi yang telah dikaji, harapannya menjadi masukan bagi penentu kebijakan (decission) untuk memperbaiki program. Tulisan ini juga melihat



keberhasilan program dari komponen layanan pendidikan dan kesehatan. Saya menemukan bahwa program Conditional Cash Transfers (CTT) atau PKH memiliki signifikansi nyata dalam pemerataan pendidikan dan akses yang mudah pada layanan kesehatan, terutama bagi ibu hamil dan menyusui. Indikator penting dalam keberhasilan program ini, validitas data berjalan secara maksimal, sehingga tidak asal dalam menentukan peserta penerima bantuan. Bukti keterlibatan masyarakat (non-peserta) dalam program juga menjadi indikator keberhasilan, sehingga bisa saling mengawasi antara satu sama lain. Alhasil, peserta yang tidak memenuhi kewajiban seperti aturan dalam buku pedoman 2016, mereka akan mendapat punishment mulai dari peringatan, teguran hingga pembatalan program bantuan. Namun saya juga menemukan kelemahan yang cukup mengusik, yaitu penerima manfaat masih menganggap bahwa bantuan langsung tunai bersyarat ini hanya untuk keperluan sesaat, tidak berpikir untuk kepentingan jangka panjang. Pada gilirannya, proses pengentasan kemiskinan hanya bersifat 'menambal luka' bukan mengobati hingga ke akar masalahnya (based needs).

Kata Kunci: evaluasi; program keluarga harapan; kesehatan; pendidikan.

Pendahuluan

Topik kemiskinan di Indonesia tidak ada habis-habisnya menjadi perbincangan hangat sebagian kalangan akademisi dan praktisi sosial. Hal ini disebabkan langsung karena semakin menjamurnya realitas kemiskinan yang hampir merata di seluruh negeri. Tengok saja, fenomena kelaparan, gizi buruk, hingga kasus hutang-piutang yang melilit masyarakat miskin menjadi bukti bahwa kemiskinan belum mampu dientaskan. Walaupun demikian, pemerintah terus berusaha untuk mengurangi tingkat kemiskinan yang hampir menjalar hingga pelosok negeri ini. Semangat untuk mengurangi angka kredit kemiskinan ini disinyalir sebagai bagian dari langkah *Sustainable Development Goals* (SDG's) *point* pertama, yakni menghapus kemiskinan. Dalih ini pada faktanya masih saja menyisakan anti-tesa SDG's, dimana kemiskinan semakin mendera rakyat karena berbagai faktor yang menghinggapinya. Benar ungkapan sepenggal lagu dangdut ciptaan Rhoma Irama, '*yang kaya makin kaya, yang miskin makin miskin*'. Inilah sekelumit persoalan kemiskinan di negeri ini yang butuh dengan segera mendapat solusi jitu dalam menyelesaikannya.

Selanjutnya, mengapa kemiskinan masih menjadi momok di negeri ini? Salah satu alasan yang paling mendasar adalah, karena terjadinya ketimpangan sehingga menyebabkan sebagian masyarakat memiliki tingkat penghasilan rendah. Walhasil, ada banyak masyarakat yang tidak dapat memenuhi kebutuhan dasar, seperti kesehatan dan pendidikan. Dua persoalan yang menjadi mata rantai lilitan kemiskinan tersebut, hingga kini belum ada solusi *absolut* terkait mekanisasi penyelesaiannya. Tak ayal, bila kita masih menemukan kasus kematian anak dan ibu, gizi buruk, hingga busung lapar di beberapa kawasan.¹ Selain itu, pendidikan yang tidak merata menyebabkan angka anak putus sekolah semakin ramai mengisi kuota statistik ketercapaian Indeks Pembangunan Manusia (IPM). Dari dua kasus ini, peringkat IPM Indonesia kian hari semakin merosot tajam. Lantas kemudian, pemerintah sebagai instrumen yang memiliki kewajiban untuk menyelesaikan fenomena tersebut, terus mendorong anak-anak di negeri ini agar tetap sekolah di usia remaja.²

Berbagai upaya telah dilakukan oleh pemerintah untuk mendorong anak di usia remaja tetap bersekolah. Kebijakan sosial untuk mengatasi fenomena tersebut terus disusun ke dalam sebuah instrumen-implimentatif yang jitu. Mulai dari identifikasi kebutuhan, penetapan alternatif tindakan, strategi formulasi kebijakan hingga tahap monitoring dan evaluasi.³ Penyusunan yang komprehensif ini karena alasan yang cukup mendasar, yaitu selama ini implementasi kebijakan sosial lebih banyak bersifat *charity* tanpa ada nuansa sentuhan pemberdayaan. Kita ingat, bantuan program langsung tunai yang diberikan kepada masyarakat miskin tidak lantas dapat menyelesaikan kasus kemiskinan. Justru, masyarakat banyak menadah dengan istilah lain ‘*tangan ke atas*’ (meminta), daripada mengembangkan diri untuk menjadi lebih baik—‘*tangan ke bawah*’ (memberi).

Kebijakan yang bersifat *charity* ini bagaikan mata kail pancingan. Dimana

¹ Direktorat Jenderal Perlindungan dan Jaminan Sosial Kementerian Sosial RI, *Pedoman Umum Program Keluarga Harapan*, (Jakarta: Kementerian Sosial Republik Indonesia, 2016), hal. 2-4

² *Ibid*, hal. 6-7.

³ Edi Suharto, *Kebijakan Sosial Sebagai Kebijakan Publik*, (Bandung: Alfabeta, 2013), hal. 11

masyarakat sebagai obyek pembangunan, dulu kita kenal dengan program bantuan langsung tunai (BLT), pemberian uang dianggap hanya memberikan 'ikan' kepada penerima bantuan, dan tidak memberikan 'pancing' sehingga masyarakat terkesan tidak dapat keluar dari lilitan kemiskinan. Selain itu, dalam beberapa catatan, di saat program BLT dijalankan 2005, penerima bantuan dan konflik horizontal tidak dapat ditepis. Bahkan ada kesan stigma negatif masyarakat terhadap program tersebut.

Walaupun dalam faktanya, program BLT atau *cash transfers* kepada penerima bantuan program sangat membantu, paling tidak untuk kehidupan jangka pendek. Seperti evaluasi program BLT termasuk PKH di dalamnya yang dilakukan oleh Tim Smeru tahun 2013, memberikan beberapa catatan penting, yakni pemerintah perlu memverifikasi rumah tangga sasaran (RTS), perlunya pemahaman dan kesadaran masyarakat terhadap program, dan pemerataan dana BLT antar masing-masing daerah penerima bantuan. Selain itu, dampak lain dari isu pendidikan dan kesehatan dalam program ini, seperti evaluasi yang dilakukan Huzaifa, bahwa kebijakan program PKH masuk dalam kriteria berhasil, dengan semakin meningkatnya angka kunjungan masyarakat miskin ke klan layanan kesehatan—misal puskesmas atau rumah sakit umum daerah. Sementara dalam aspek pendidikan, keberhasilan PKH dapat dilihat dengan semakin meningkatnya angka anak usia remaja untuk tetap melanjutkan sekolah hingga tingkat atas. Namun dari beberapa hasil evaluasi kebijakan PKH, membuat masyarakat menjadi malas, maka cara pandang ini harus diubah. Oleh karena itu, pemerintah lambat laun mulai berbenah, salah satu program andalan di era kepemimpinan Jokowi, adalah Program Keluarga Harapan (PKH) dengan syarat tertentu.

Sebetulnya program PKH sudah ada sejak tahun 2007 di masa kepemimpinan Susilo Bambang Yudhoyono (SBY). Seiring perkembangan, program ini terus memberi solusi sekaligus menebar manfaat, sebagai bagian dari perlindungan sosial atau Conditional Cash Transfers (CCT). Mengingat perlindungan sosial begitu luas, kebijakan PKH yang menjadi salah satu

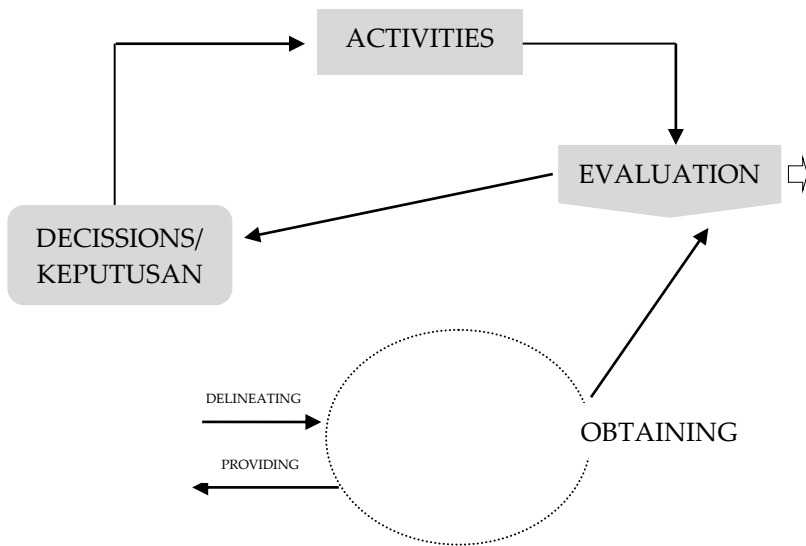
program sistem *nation of security*, maka penting kiranya saya menjustifikasi kebenaran ini untuk menopang posisi penelitian dengan karya sebelumnya. Jika dari beberapa penelitian sebelumnya membicarakan keberhasilan PKH dilihat dari aspek antusiasme penerima manfaat dalam program, namun kajian yang ada ini, lebih mengacu pada bagaimana sejatinya program PKH tidak hanya bantuan langsung tunai, tapi penting juga melihat dari sisi lain. Aspek dari sisi belahan berbeda ini terlihat dari cara pendamping PKH di Kec. Jetis-Kab. Bantul, menempatkan penerima manfaat diajak untuk bermimpi menyongsong hidup di masa depan menjadi lebih baik.

Kaidah bermimpi (*dream*) yang diinisiasi oleh pendamping erat kaitannya dengan bagaimana penerima PKH ikut berpartisipasi dalam setiap kegiatan yang sifatnya pemberdayaan. Alhasil, PKH di Kec. Jetis tergolong program *empewormant*. Dalam artian, akibat kejelian seorang pendamping mbingkai program menjadi 'mata kail' pancingan bagi masyarakat untuk bisa berdaya. Bantuan yang sifatnya langsung itu tidak lantas diberikan dengan cuma-cuma, tapi masyarakat diajak lebih produktif dengan cara membuat komunitas kelompok penerima PKH, dan dari komunitas ini masyarakat diberdayakan dengan program-program produktif; produk kerajinan kerudung Bembem, daur ulang sampah dengan pelatihan, dan lainnya.

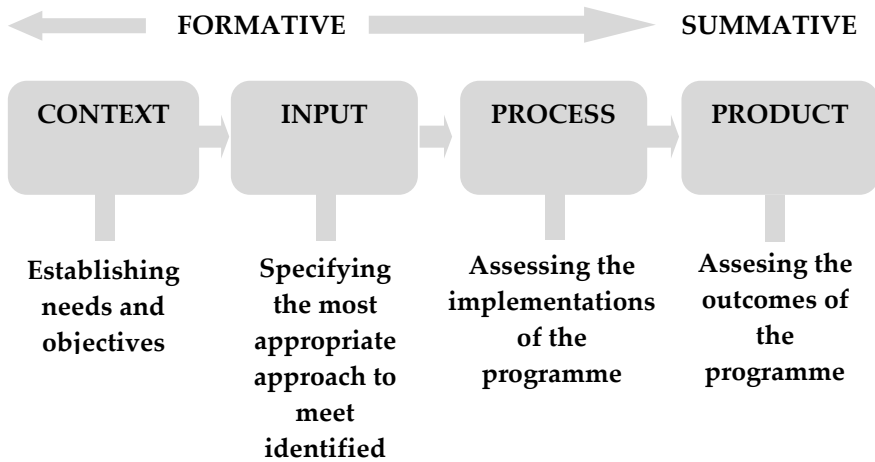
Aktivitas ini sudah berjalan dengan baik. Namun selama ini belum ada evaluasi secara menyeluruh, sehingga belum diketahui sejauhmana keberhasilan PKH di Kec. Jetis ini berdampak pada pengurangan angka kemiskinan. Inilah alasan yang cukup menarik, selanjutnya saya perlu melakukan sebuah kajian evaluasi program dalam bidang pendidikan dan kesehatan dari PKH yang sudah berjalan. Dalam proses menggali keberhasilan program, maka saya akan melihat dari aspek konteks, *input*, proses, dan *output* program yang sudah berjalan. Dengan begitu, harapannya akan muncul satu persepsi baru mengenai PKH dapat mempengaruhi keputusan pembuat kebijakan, yang dulu sifatnya memberi 'ikan', kini bagaimana diubah *mindset*-nya menjadi 'kail' pancingan.

Model evaluasi ini adalah program berorientasi kepada dampak

dan pengaruh—*research oriented*. Dalam rangka memudahkan saya memetakan kajian evaluasi program, dipilihlah teori Stufflebeam's Model (CIPP Model) yang telah dikembangkan oleh Stufflebeam tahun 1986. CIPP sendiri merupakan kepanjangan dari *context, input, process, dan product*. Sebetulnya, teori CIPP dipilih dalam rangka mempengaruhi kebijakan para pengambil keputusan (*decission*). Model evaluasi ini digambarkan seperti *chart* berikut ini tentang hubungan antara evaluasi dengan pengambilan keputusan.



Keunikan dari model ini ada pada tahap evaluasi yang erat kaitannya dengan perangkat pengambil keputusan (*decission*) yang meliputi perencanaan dan operasionalisasi sebuah program. Selain itu, keunggulan model CIPP ini dapat memberikan sebuah format strategis dari evaluasi yang dilakukan secara komprehensif dan menyeluruh pada setiap tahapannya—konteks, masukan, proses, dan produk. Rangkumannya seperti yang tertera pada gambar di bawah ini.



Berangkat dari realitas ini, oleh karena artikel ini adalah ringkasan tugas akhir (skripsi), maka saya akan memosisikan diri sebagai pengamat atau evaluator dari program yang sudah berjalan. Mengingat program PKH sudah berjalan, saya pun ikut terjun langsung ke lapangan melihat, mengamati, dan memetakan kajian ini; seraya mahasiswa yang sedang melakukan praktik kerja lapangan. Oleh karena itu, pendekatan yang digunakan dalam kajian ini dengan metode kualitatif. Dimana dalam proses pengumpulan data, teknik wawancara, dokumentasi, dan observasi pun saya gunakan untuk menganalisis data.⁴ Setelah proses analisis data selesai, maka langkah selanjutnya mendinging istilah-istilah penting untuk mengecek keabsahan data—yang dalam literatur kerap disebut triangulasi.⁵

⁴ Metode untuk menganalisa data yang digunakan adalah analisis interaktif yang terdiri dari reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan. Lihat, Teresa Morris, *Social Work Research Methods Four Alternative Paradigms*, (USA: California University Press, 2006), hal. 73-75.

⁵ Triangulasi merupakan upaya untuk menciptakan reabilitas dan otentisitas dalam penelitian kualitatif. Triangulasi adalah teknik pemeriksaan keabsahan data dengan memanfaatkan penggunaan sesuatu yang lain di luar data itu untuk keperluan pengecekan atau sebagai pembanding terhadap data yang telah ada. Lihat, Lexy J. Moleong, *Metodologi Penelitian Kualitatif*, (Bandung: PT. Remaja Rosdakarya, 2010), hal. 178.

Evaluasi Program Keluarga Harapan Berbasis Konteks

Evaluasi merupakan kegiatan menilai suatu program atau kebijakan yang sedang atau telah dilaksanakan untuk memberi masukan kepada pembuat kebijakan (*decision*) agar dapat ditindaklanjuti di masa mendatang. Harapannya, program yang disusun dapat bermanfaat dan tepat sasaran bagi si penerima bantuan.⁶ Jika tidak ada evaluasi, sebuah program bagaikan sekumpulan ‘domba’ berkeliaran di ladang ‘Pak Tani’ yang tak menentu arah mau kemana.

Berdasarkan konteks ini, maka saya akan melakukan diskusi ilmiah untuk memetakan kajian tentang PKH yang sudah berjalan di Kec. Jetis, Bantul. Seperti yang sudah disepakati bersama, evaluasi PKH sebetulnya untuk memberi penilaian dan mengukur keberhasilan atau kegagalan pelaksanaan sebuah program. Dari pelaksanaan tersebut, maka saya sebagai peneliti menentukan konsep indikator dan instrumen penting yang digunakan dalam kajian ini. Walhasil, dari susunan indikator dan instrumen yang matang, saya akan mengajak pembaca budiman untuk mengetahui faktor keberhasilan dan kegagalan dari seluruh tahapan pelaksanaan program tersebut.

Perlu diketahui, proses evaluasi PKH dilakukan secara berkala setelah hasil monitoring diterima. Evaluasi terhadap sasaran menjadi masukan penting dalam meningkatkan kinerja pendamping kedepannya. Menurut tim penyusun kajian dari Kementerian Sosial, sebagaimana dikutip dalam buku pedoman pelaksanaan PKH, secara umum, ruang lingkup monitoring ialah memantau pelaksanaan program dari sisi *input*, proses, dan *output*. Diadakannya sebuah monitoring dan evaluasi, tujuannya untuk meninjau kembali penyebab ketidaktercapaian sasaran atau penerima bantuan.⁷

⁶ William N. Dunn, *Pengantar Analisis Kebijakan Publik*, (Yogyakarta: Gadjah Mada University Press, 2003), hal. 608.

⁷ Direktorat Jenderal Perlindungan dan Jaminan Sosial Kementerian Sosial RI, *Pedoman Umum Program Keluarga Harapan*, (Jakarta: Kementerian Sosial Republik Indonesia, 2016), hal. 63-66.

Dari analisis awal melalui proses observasi, dapat dinilai bahwa evaluasi PKH adalah kegiatan yang memberikan penilaian, saran konstruktif, dan kritik membangun terhadap program yang sudah dijalankan. Sejalan dengan itu, program PKH memiliki cakupan pengentasan kemiskinan yang fokus kajiannya menyoal pemerataan pendidikan dan pelayanan kesehatan. Untuk mengukur indikator dari evaluasi program ini, saya menentukan waktu 1 tahun pelaksanaan program (2015-2016).

Evaluasi Program Keluarga Harapan Berbasis *Input*

Input program PKH di Kec. Jetis pada layanan kesehatan dan pendidikan memiliki tahapan penting yang sudah dilakukan. Tahapan ini adalah penetapan sasaran (*targeting*) dan penentuan komponen apa saja yang akan diberikan kepada rumah tangga sasaran (RTS) sesuai konteks daerah dan karakter penerima bantuan.

Pertama, penetapan sasaran RTS di Kec. Jetis dilakukan dengan cara menghimpun data yang dikeluarkan dari Kemensos. Kedua, operator PKH melakukan verifikasi awal kebenaran jumlah dan nama RTS yang akan mendapat bantuan tunai. Mekanisme penetapan RTS sendiri mengacu pada Peraturan Pemerintah (PP) No. 10/HUK/2016 tanggal 3 Mei 2016, perihal mekanisme penggunaan data terpadu program penanganan fakir-miskin.⁸

Jadi, dalam menetapkan sasaran PKH Kec. Jetis komponen kesehatan dan pendidikan maka terdapat dua hal yang perlu disiapkan untuk menetapkan sasaran (*targeting*). *Pertama*, penyiapan data dan penetapan sasaran. Dalam hal ini, operator program Kec. Jetis mengumpulkan data keluarga miskin untuk ditetapkan sebagai peserta. *Kedua*, penetapan data awal validasi. Dalam hal ini operator mengumpulkan calon peserta di Kantor Kec. Jetis guna divalidasi, apakah calon peserta memiliki komponen kesehatan dan pendidikan atau tidak sama sekali. Bagi calon peserta yang tidak memiliki komponen kesehatan dan pendidikan maka tidak lolos menjadi peserta PKH.

⁸ *Ibid.*, hal. 31-41.

Setelah data terkumpul melalui penetapan mekanisme yang diatur PP, selanjutnya pemerintah Kec. Jetis merekomendasikan daftar nama penerima bantuan *by name by address*. Daftar nama penerima bantuan diidentifikasi ulang oleh tim pendamping dari Kementerian sosial. Para pendamping dan supervisor program melakukan verifikasi data-data siapa saja yang akan menerima bantuan hingga validitasnya terjaga. Jumlah penerimaan bantuan PKH di Kec. Jetis dari tahun 2015-2016 sebesar 939 RTSM. Total jumlah penerima bantuan tersebut, di bagi berdasarkan 4 desa. Data yang tersaji berikut ini.

Tabel 1. Jumlah Penerima Program PKH Kec. Jetis 2015-2016

No	Desa	Jumlah Penerima
1.	Desa Patalan	175 RTSM
2.	Desa Candan	228 RTSM
3.	Desa Sumberagung	265 RTSM
4.	Desa Trimulyo	271 RTSM
TOTAL		939 RTSM

Sumber: Data primer, 2017.

Dalam menentukan penerima bantuan PKH, maka calon peserta harus memenuhi syarat yang sudah ditentukan sebelumnya. Sebagai syarat administratif tersebut adalah, peserta harus memiliki anak sekolah mulai dari SD, SMP, dan SMA bagi komponen pendidikan. Sementara komponen kesehatan peserta merupakan ibu hamil, sedang menyusui dan memiliki balita. Untuk membuktikan syarat tersebut, calon peserta diminta membawa Kartu Indonesia Pintar (KIP) dan Kartu Indonesia Sehat (KIS). Apabila tidak memenuhi syarat, secara otomatis tidak akan lolos verifikasi.

Penentuan komponen di atas, sejalan dengan indikator masukan (*input*), yaitu mengukur kuantitas dan kualitas penerima bantuan, sumber

daya manusia (SDM); apakah masuk kriteria miskin atau sangat miskin, perlunya dukungan dana, metode kerja bagi penerima manfaat, dan pengembangan program. Secara bertahap, indikator *input* terus di evaluasi agar memiliki dampak nyata dan tepat sasaran. Supervisi tim PKH pun bergerak memverifikasi data-data penerima yang sesuai dengan nomenklatur Kementerian Sosial No. 10/HUK/2016.⁹

Dengan begitu, proses evaluasi *input*, dapat dikatakan bahwa komponen kesehatan dan pendidikan bagi penerima bantuan PKH di Kec. Jetis sesuai dengan ketentuan yang ada. Proses ini dilalui untuk menentukan kelayakan penerima bantuan, sehingga tepat sasaran. Selain itu juga, sedikit banyak dapat mengurangi tingkat manipulasi data dari calon peserta penerima bantuan program.

Evaluasi Program Keluarga Harapan Berbasis Proses

Dalam evaluasi program berbasis proses dalam penelitian ini melalui beberapa tahap. *Langkah pertama*, tahap pertemuan awal dan validasi calon peserta, awal mula diberikan surat pemberitahuan dan undangan pertemuan di kantor pemerintahan Kec. Jetis untuk berkoordinasi. Dalam pertemuan awal ini, pendamping memberikan sosialisasi layanan kesehatan dan pendidikan kepada calon peserta penerima bantuan program. Selain itu, tahap validasi juga bertujuan untuk memastikan, apakah calon peserta yang datang benar-benar orang yang bersangkutan atau bukan. Jadi, pendamping akan memastikan identitas calon peserta beserta keluarganya sesuai dengan data dari Kemensos RI. Sementara untuk proses validasi, calon peserta diminta untuk membawa bukti-bukti persyaratan yang dimiliki—syarat yang sudah ditentukan sesuai PP No. 10/HUK/2016.

Penetapan sasaran, baik komponen kesehatan maupun pendidikan, peserta harus betul-betul memiliki syarat dan kriteria khusus sebagaimana buku pedoman PKH 2016. Hal ini dilakukan untuk memastikan validitas data

⁹ Harry Hikmat dan Tumpal Saragih (ed.), *Panduan Umum Program Pemberdayaan Fakir Miskin*, (Jakarta: Departemen Sosial, 2005), hal. 206-207.

yang sesuai dengan kondisi keluarga sasaran miskin dan sangat miskin. Syarat awal yang perlu ditempuh oleh calon penerima manfaat adalah kewajiban memiliki KIP dan KIS, sebagaimana selalu diwacanakan pemerintahan Jokowi-JK.

Di sinilah tugas berat pendamping menanti. Sebagai tenaga profesional yang direkrut oleh Kemensos, tim pendamping harus betul-betul jeli melihat verifikasi awal si 'calon penerima bantuan'. Bila tidak diteliti, akan berdampak pada kecemburuan sosial yang berujung konflik. Selain tugas verifikator, pendamping juga harus mampu meredam gejolak sosial yang mungkin saja muncul. Sebab, syarat yang cukup mudah dikeluarkan Kemensos, sangat rentan dengan munculnya konflik sosial.

Langkah kedua, tahap penyaluran dana, mulai tahun 2017 disalurkan melalui *online* atau rekening ATM. Bank yang bekerjasama adalah Bank Nasional Indonesia (BNI). Setiap peserta diberikan kartu ATM BNI untuk mengambil bantuan melalui rekening karena sifatnya *transfers cash money*. Sebelumnya, peserta mengambil bantuan program langsung secara manual di Kantor Pos terhitung sejak tahun 2011 sampai 2016. Namun, memasuki tahun 2017, Kemensos RI mengeluarkan kebijakan bahwa penyaluran bantuan tidak disalurkan secara manual melainkan melalui rekening ATM masing-masing peserta. Bantuan diberikan satu tahun sekali dengan 4 kali tahapan, yakni tiga bulan sekali. Jadi, tiap tahunnya bantuan PKH ini selalu diberikan kepada peserta penerima manfaat.

Sebelum kebijakan baru di tahun 2017, setiap komponen kesehatan dan pendidikan memiliki anggaran bantuan per-item. Klasifikasi komponen pendidikan meliputi anak sekolah tingkat SD, SMP, dan SMA. Sedangkan klasifikasi komponen kesehatan meliputi ibu hamil, balita, dan menyusui. Penerima bantuan jumlahnya dibatasi hanya berlaku untuk balita guna mendukung program dua anak lebih baik—mengacu pada konsep BKKBN—apabila memiliki dua balita, maka bantuan tetap dihitung satu, kecuali untuk bantuan siswa SD, SMP, dan SMA, bisa lebih dari satu. Berbeda dengan kebijakan tahun 2017, semua bantuan baik komponen kesehatan

maupun pendidikan merata, yakni tiap KK mendapatkan bantuan senilai Rp. 1.890.000,- per-tahun. Penyaluran bantuannya tetap sama dengan sebelumnya, 4 tahap dalam setahun.

Langkah ketiga pembentukan kelompok peserta PKH. Tahap ini peserta diakomodir menjadi satu dengan masing-masing kelompok penerima bantuan yang terdiri dari 30 hingga 40 anggota. Peserta PKH yang menjadi anggota merupakan refresentasi dari masing-masing dusun yang menjadi subordinasi dari operator di Kec. Jetis. Kelompok yang dibentuk, pada dasarnya, mengacu pada jumlah peserta penerima bantuan sebelumnya. Namun bila ada anggota baru, mereka dimasukkan ke dalam kelompok lama, asal tidak lebih dari 40 anggota. Jika lebih dari itu, akan dibuatkan kelompok baru dengan mengakomodir kepentingan bersama antar dusun yang menjadi sasaran program ini.

Setelah pembentukan kelompok berjalan dan sudah siap, setiap bulan para pendamping memastikan kondisi peserta dengan mengadakan agenda rutin. Bagi peserta yang tergabung dalam kelompok, pertemuan bulanan ini wajib diikuti. Di sinilah peran pendamping memiliki andil yang cukup besar berjalannya program. Pendamping setiap pertemuan bulanan memberikan materi pelatihan bagi penerima bantuan PKH. Adapun materi yang disampaikan dalam pertemuan tersebut menyoal tentang pentingnya pendidikan, layanan kesehatan, *parenting*, dan lainnya yang disesuaikan dengan modul PKH 2017.

“Saya sangat bersyukur dengan adanya program pelatihan ini, karena bisa membantu kami sebagai orang tua betapa pentingnya pendidikan dan layanan kesehatan. Terlebih, *point* yang bisa saya petik pelajaran dari agenda rutinan ini memiliki kontribusi nyata bagi saya dan keluarga, sehingga beban selama ini menumpuk dapat pencerahan. Lebih khusus, program PKH dapat membantu kami menjalankan kehidupan lebih baik di masa mendatang. Saya pun merasa, pemerintah betul-betul memperhatikan kami sebagai orang miskin, sehingga beban hidup sedikit banyak berkurang.”¹⁰

¹⁰ Anisa, Wawancara, 7 Oktober 2017.

Agenda rutin bulanan yang dilaksanakan oleh tim pendamping ini merupakan salah satu komitmen pemerintah melaksanakan *Pendidikan dan Latihan Pertemuan Peningkatan Kemampuan Keluarga (P2K2)* atau *Family Development Session (FDS)*. Dalam pelaksanaannya, tim pendamping harus cerdas melihat situasi dan kondisi, karena banyak peserta yang bekerja. Namun pertemuan bulanan ini tetap berjalan, dengan materi yang cukup efisien bagi keberlanjutan program, karena bimbingan motivasi menjadi materi utama sebelum masuk ke dalam inti pertemuan. Dengan demikian, pertemuan kelompok PKH Kec. Jetis dapat memperluas wawasan peserta perihal pendidikan, kesehatan, *parenting*, dan lain-lain sehingga berjalan responsif yang sesuai kebutuhan.

Langkah keempat, verifikasi komitmen yang merupakan proses monitoring terhadap kegiatan peserta PKH. Dalam pelaksanaannya, peserta fokus pada monitoring layanan kesehatan dan pendidikan. Proses ini dilakukan dengan verifikasi rutin melalui pemeriksaan setiap bulan ke posyandu atau puskesmas untuk bidang kesehatan dan ke sekolah untuk bidang pendidikan. Hal ini merupakan agenda apakah komponen kesehatan dan pendidikan bagi peserta PKH benar-benar dijalankan. Komponen di bidang kesehatan misalnya, apakah peserta menimbang berat badan balita setiap bulan di posyandu, pemeriksaan kehamilan di puskesmas, dan lainnya. Sementara bidang pendidikan, pendamping memastikan apakah peserta memenuhi prosentase 85% atau tidak, tatkala penerima hadir di sekolah.

Kesungguhan peserta dalam bidang pendidikan dibuktikan dengan kerajinan siswa di sekolah—apakah memenuhi syarat yang ditentukan oleh sekolah atau tidak—terlebih bagi anak peserta mampu berprestasi. Sementara di bidang kesehatan, pendamping memastikan apakah peserta betul-betul memeriksa anak mereka di posyandu dengan cara bukti fisik yang tertera dari Dinas Kesehatan Bantul. Selain itu, bagi peserta ibu hamil, mereka juga dituntut untuk berkomitmen memeriksa kandungan di puskesmas yang ditunjuk oleh operator PKH setempat. Apabila ada sebagian peserta yang tidak berkomitmen, sebagaimana buku pedoman PKH tahun

2017, dampak yang akan dirasakan oleh penerima bantuan adalah potongan anggaran setiap bulannya. Jika masih saja bertindak tidak sesuai komitmen, maka bisa ditangguhkan atau dibatalkan keterlibatannya dalam program yang di dapat. Hal ini dilakukan untuk memberikan efek bahwa program yang dijalankan pemerintah betul-betul bermanfaat bagi semua pihak. Tidak hanya asal memberikan bantuan, sementara orang yang masih membutuhkan masih banyak.

Langkah kelima, penangguhan dan pembatalan. Tahap ini pendamping melakukan penangguhan atau pembatalan bagi peserta yang tidak memiliki komitmen. Hal ini bagian dari hukuman sebagai efek jera, namun harus melalui beberapa tahap. Tahap satu, peserta akan dikenakan sanksi berupa potongan sebanyak 10% dari total bantuan yang diterima. Tahap dua, sesuai dengan kebijakan 2016-2017, peserta yang tidak memiliki komitmen penuh akan ditangguhkan. Tahap tiga, apabila masih tidak berkomitmen, maka bantuan akan diputus.

Sejalan dengan sanksi yang ada dan komitmen bersama, pada umumnya, peserta PKH Kec. Jetis tidak ada yang masuk kategori tahap satu, dua ataupun tiga. Semua memiliki komitmen bersama dan rajin melakukan kewajiban sesuai dengan komponen kesehatan dan pendidikan. Dalam arti yang luas, peserta program bantuan memiliki jiwa ingin maju dan berani mengambil resiko apabila mereka mendapat penyuluhan tentang produktifitas kegiatan yang dilakukan oleh pendamping setiap bulannya.

Langkah keenam pematkhiran data. Proses pematkhiran data yang dilakukan pendamping untuk mengetahui perubahan ataupun kondisi peserta setelah mendapatkan bantuan program. Pematkhiran data dilakukan untuk memeriksa jumlah siswa SD yang sudah menjadi siswa SMP atau perubahan data lainnya. Dalam pelaksanaannya dilakukan dengan dua cara, yakni setiap ajaran baru (bagi komponen pendidikan), dan pemeriksaan ibu hamil dan melahirkan (bagi komponen kesehatan).

Verifikasi data menjadi bagian penting dalam komponen keberhasilan program *cash transfers money*, sebab jika data yang salah akan berdampak pada *output* yang dihasilkan. Proses ini dilakukan setiap satu semester (enam bulan), mengingat jumlah peserta penerima bantuan akan mengalami perubahan, terutama bagi siswa yang setiap tahun ada kenaikan kelas. Data juga menjadi bagian dari pengembangan evaluasi berbasis *output*, karena dalam setiap bulan, bagi ibu yang sedang hamil bisa dipastikan melahirkan. Tentu ini intervensi pendamping dalam merespon kasus kelahiran anak, harus turut serta memperbaharui data menjadi ibu sedang menyusui. Seperti penuturan pendamping berikut.

“Fakta di lapangan banyak sekali kami temukan perubahan data yang awalnya hamil, tapi ketika di cek ternyata mereka sudah melahirkan. Tentu kamu sebagai pendamping harus merubah data tersebut, berbanding lurus intervensi sosial apa yang akan dilakukan. Jadi menurut saya, pemuktahiran data ini menjadi bagian yang tidak terpisah dalam program yang jangkanya cukup lama, yakni hingga 6 tahun.”¹¹

Langkah ketujuh pengaduan, adalah ruang bagi peserta dan non-peserta (masyarakat umum) untuk memberikan informasi perkembangan penerima bantuan yang disampaikan kepada pendamping. Pengaduan ini sifatnya terbuka bagi siapapun. Misalnya, satu kasus di Dusun Trimulyo, ada pengaduan yang langsung dari ketua RT setempat. Ia menuturkan bahwa si ‘Anom’ (*bukan nama sebenarnya*) *sebetulnya tidak layak mendapat program bantuan*, karena dianggap mampu.¹² Mendengar kondisi ini, pendamping lantas memantau dan mengecek fakta di lapangan terkait kevalidan informasi tersebut. Setelah di cek, ternyata memang betul si ‘Anom’ tidak layak mendapat bantuan. Maka langkah yang dilakukan pendamping langsung di catat dan dilaporkan kepada operator PKH di tingkat kecamatan. Sama halnya kasus di Barongan, peserta dan pendamping memantau perubahan fasilitas rumah dan kondisi bangunan. Secara bertahap menindaklanjuti aduan dari masyarakat tersebut.

¹¹ Umma, Wawancara, 10 Oktober 2017.

¹² Syafi'e, Wawancara, 11 Oktober 2017.

Dalam proses tindak lanjut pengaduan tersebut, pendamping membantu pengadu untuk mengisi formulir yang akan disampaikan ke pelaksana program pusat. Dalam posisi ini, pendamping memiliki kewajiban memberi informasi dari pihak yang bisa dihubungi pelapor untuk mengetahui perkembangan penerima manfaat. Hal ini dilakukan untuk menghindari penyelewengan bantuan yang sudah disalurkan. Bila tidak diingatkan, banyak penerima bantuan program PKH kurang memiliki kesadaran untuk mengundurkan diri apabila memang tidak layak menerima bantuan tersebut.

Evaluasi Program Keluarga Harapan Berbasis Output

Program PKH dalam layanan kesehatan dan pendidikan di Kecamatan Jetis telah memberikan beberapa hasil, seperti meningkatnya akses dan kualitas pelayanan pendidikan dan kesehatan bagi peserta, jangkauan pemerataan taraf pendidikan, aksesibilitas kesehatan bagi ibu hamil dan menyusui, dan perbaikan produktifitas ekonomi. Dari tahap evaluasi berbasis *output* ini, setidaknya memiliki dampak positif bagi kehidupan masyarakat khususnya penerima manfaat.

Pertama, peningkatan kualitas pelayanan pendidikan dan kesehatan. Evaluasi berbasis *output* pada peningkatan kualitas layanan kesehatan, adalah (1) pemberian alat tensi darah untuk lansia, (2) koordinasi dan penguatan kelembagaan instansi kesehatan—seperti puskesmas atau rumah sakit, (3) penambahan gizi keluarga; empat sehat lima sempurna, (4) penambahan biaya transportasi menuju layanan fasilitas kesehatan, dan (5) bekerjasama dengan Klinik Nur Hidayah untuk memberikan penyuluhan kesehatan bagi peserta PKH Kec. Jetis. Sementara evaluasi pada layanan pendidikan, adalah (1) pembelian perlengkapan kebutuhan sekolah, dan (2) biaya ekstra sekolah; keperluan biaya ekstrakurikuler. Hal ini sebagaimana nomenklatur Kartu Indonesia Pintar (KIP), segala kebutuhan untuk keperluan pendidikan agar bisa dimanfaatkan dengan baik.

Kedua, jangkauan pemerataan taraf pendidikan. Dengan adanya program PKH (*Conditional Cash Transfers*), masyarakat dapat memanfaatkan program ini dengan baik. Hal ini erat kaitannya dengan pemerataan taraf pendidikan bagi semua pihak. Dimana taraf pendidikan bagi peserta dapat terpenuhinya kebutuhan pendidikan, seperti perlengkapan sekolah; seragam, alat tulis, dan lainnya. Selain itu, bantuan langsung tunai bersyarat ini dapat membayar kebutuhan sekolah yang sifatnya di luar pokok pembayaran (*ekstra charge money*). Melalui Kartu Indonesia Pintar (KIP), semua peserta dapat mengakses pendidikan tanpa harus terbebani karena alasan tidak memiliki modal.

Dalam pelaksanaannya, kewajiban peserta PKH harus menenuhi kehadiran 85% di sekolah. Hal ini membuat siswa penerima bantuan menjadi terpacu untuk lebih rajin dan berprestasi secara akademik. Pasalnya, bila tidak mentaati aturan ini, mereka akan mendapat *punishment*—bisa dengan penangguhan atau pembatalan program. Maka dari itu, KIP hanya diperuntukkan bagi siswa yang belajar di tingkat SD, SMP, dan SMA—harapan dari adanya KIP ini dapat mengurangi angka anak putus sekolah di Kec. Jetis.

Ketiga, aksesibilitas kesehatan bagi ibu hamil dan menyusui. Dalam meningkatkan taraf kesehatan ibu hamil atau menyusui dan anak dibawah usia 6 tahun, peserta wajib memenuhi komponen kesehatan. Komponen yang harus dipenuhi adalah (1) menimbang berat badan balita, dan (2) memeriksa kehamilan di fasilitas kesehatan seperti posyandu dan puskesmas selama satu bulan sekali. Hal ini merupakan faktor yang mendukung meningkatnya taraf kesehatan peserta, sehingga balita dan ibu hamil atau menyusui menjadi lebih terkontrol. Selain itu, ketika komponen kesehatan terkena gizi buruk, pendamping langsung melakukan koordinasi dengan pihak puskesmas setempat untuk menangani hal tersebut.

Keempat, perbaikan produktifitas ekonomi. Hasil yang dicapai dalam peningkatan ekonomi peserta melalui bantuan tunai bersyarat belum terlihat secara signifikan. Peserta cenderung menggunakan bantuan untuk memenuhi kebutuhan sekolah dan kesehatan serta keperluan keluarga sehari-hari—

hanya hal-hal yang bersifat konsumtif. Tapi, seperti penuturan Umma bahwa terdapat satu orang peserta asal Dusun Kiaran yang berhasil memanfaatkan bantuan tunai bersyarat untuk modal usaha sehingga bisa membeli mobil *second* dan mengundurkan diri dari kepesertaan karena sudah mampu dan sejahtera.¹³

Tentu saja hasil di atas sejalan dengan tujuan PKH dalam buku pedoman yang mampu meningkatkan kondisi ekonomi peserta. Oleh karena itu, bantuan tunai bersyarat seharusnya bisa membuat peserta menjadi semakin mandiri dan sejahtera, bukan ketergantungan sehingga dapat memutuskan rantai kemiskinan. Jadi, PKH Kec. Jetis dapat melakukan *input* serta proses pelaksanaan program dalam layanan kesehatan dan pendidikan dengan tujuan mencapai beberapa *output* yang ada. Program PKH dalam layanan kesehatan dan pendidikan dapat dikatakan berhasil apabila mampu memperluas akses dan layanan kesehatan dan pendidikan dengan meningkatkan taraf kesehatan, pendidikan, dan ekonomi peserta.

Penutup

Dalam studi ini, saya menemukan bahwa program Conditional Cash Transfers (CTT) atau Program Keluarga Harapan (PKH) masuk kategori berhasil. Indikator keberhasilan tersebut dapat dilihat dalam peran ibu hamil dan menyusui, mereka mendapat akses kesehatan dengan mudah melalui Kartu Indonesia Sehat (KIS). Sementara, pada aspek pendidikan, peserta yang memiliki anak atau siswa yang sekolah setingkat SD, SMP, dan SMA mendapat kemudahan, karena penerima tanpa harus terbebani oleh biaya sekolah di luar kebutuhan pokok—operasional kebutuhan sekolah; seragam, buku, dan lainnya. Bukti fisik bagi siswa yang menerima bantuan ini, adalah dengan Kartu Indonesia Pintar (KIP), sedangkan di sekolah mendapat bantuan operasional sekolah (BOS).

Namun ada juga kelemahan yang mengusik, yakni bantuan langsung tunai

¹³ Umma, Wawancara, 17 Oktober 2017.

tersebut belum mampu diarahkan ke dalam program yang lebih produktif. Produktifitas dalam hal ini, bagaimana peserta dapat memenuhi kebutuhan ekonomi keluarga dengan program pemberdayaan. Realitas ini saya temukan di lapangan, penerima bantuan langsung tunai hanya memanfaatkan PKH untuk kebutuhan pokok, sementara *sustainability* kurang diperhatikan. Tak ayal, jika kita ke depan akan menemukan satu faktor yang dapat menggagalkan berjalannya program, tatkala pemerintah tidak memberikan lagi uang langsung kepada mereka.

Ini yang menurut hemat saya, perlu perbaikan program ke depan. Pemerintah sebagai penentu kebijakan (*decission*) merubah *mindset* tersebut menjadi program yang memiliki nilai keberlanjutan (*sustainable*). Ternyata, masyarakat masih ‘asyik’ memanfaatkan bantuan untuk keperluan sesaat, segan untuk berpikir jangka panjang. Perubahan ini bisa dilakukan dengan cara penambahan kuota anggaran, kualitas penerima manfaat yang dapat diajak bekerjasama untuk melakukan pemberdayaan diri, dan tidak terkooptasi dalam satu rumpun atau klaster.

Daftar Pustaka

- Direktorat Jenderal Perlindungan dan Jaminan Sosial Kementerian Sosial RI. 2016. *Pedoman Umum Program Keluarga Harapan*. Jakarta: Kementerian Sosial Republik Indonesia.
- Diyanto R. D., & Purnomo, E. (2015). “Evaluasi Program Keluarga Harapan (PKH) Pada Siswa SMP”, *Jurnal Studi Sosial* (3)3. <http://jurnal.fkip.unila.ac.id/index.php/JSS/article/view/10348/7054>.
- Dunn, W. N. (2003). *Pengantar Analisis Kebijakan Publik*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Hikmat, H., & Saragih, T., (ed.). (2005). *Panduan Umum Program Pemberdayaan Fakir Miskin*. Jakarta: Departemen Sosial.
- Huzaifa. (2014). “Evaluasi Kebijakan Program Keluarga Harapan di Kecamatan Sigi Biromaru Kabupaten Sigi”, *Katalogis* (7)2: 158-169. <http://jurnal.untad.ac.id/jurnal/index.php/Katalogis/article/viewFile/6917/5557>.
- Mahmudi, I. (2011). “CIPP: Suatu Model Evaluasi Program Pendidikan”, *Jurnal At-Ta’adib* (6)1: 111-125. <http://dx.doi.org/10.21111/at-tadib.v6i1.551>.

- Moleong, L. J. (2010). *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: Remaja Rosdakarya.
- Morris, T. (2006). *Social Work Research Methods Four Alternative Paradigms*. USA: California University Press.
- Rosfadhila, M. (2013). "Kajian Pelaksanaan Program Bantuan Langsung Tunai (BLT) 2008 dan Evaluasi Penerima Program BLT 2005 di Indonesia". Jakarta: Smeru. <http://www.smeru.or.id/id/content/kajian-pelaksanaan-program-bantuan-langsung-tunai-blt-2008-dan-evaluasi-penerima-program-blt>.
- Stufflebeam, D. L., & Anthony, J. S. (1986). *Systematic Evaluation: A Self-Instructional Guide to Theory and Practice*. Boston: Kluwer-Nijhoff Publishing.
- Suharto, E. (2013). *Kebijakan Sosial Sebagai Kebijakan Publik*. Bandung: Alfabeta.
- Wiersma, W. (2009). "Evaluation Theory, Models, & Applications". *Journal of Multi Disciplinary Evaluation* (6)11: 109-111. http://journals.sfu.ca/jmde/index.php/jmde_1/article/view/197.

