

**PROGRAM KELUARGA HARAPAN (PKH):
MEMOTONG MATA RANTAI
KEMISKINAN ANAK BANGSA**

*The Family Hope Program:
Breaking The Chains of Poverty In Our Lives*

Edi Suharto

*Program Pendidikan Pasca Sarjana Spesialis-1
Pekerjaan Sosial STKS Bandung*

Djuni Thamrin

*Program CCT/Social Protection GIZ PKH
Kementerian Sosial Republik Indonesia*

Naskah diterima: 21 Januari 2012

Naskah diterbitkan: 18 Juni 2012

Abstract: *In addition to describing the progress and challenges faced by The Family Hope Program (PKH), this paper also aims to explain the theoretical basis of social protection programs that under lie PKH. This paper was based on a series of direct observation combined with a desk review of the CCT implementation unit level and regional centers as well as a focus group discussion with partners/facilitator in the field, experts of PKH, area coordinator, regional coordinator and RTSM beneficiaries. This study showed that the CCT provide significant support for Very Poor Households, "Rumah Tangga Sangat Miskin" (RTSM) in order not to "produce" the next generation who were malnourished and uneducated. The program also gave an opportunity for scholars working in the area to engage in these activities. Until 2012, PKH absorbed nearly 10,000 young work force as mentors, operators, area coordinators from higher education graduates.*

Keywords: *The free market, the role of the state, social security, the welfare state.*

Abstrak: Disamping untuk mendeskripsikan kemajuan dan tantangan yang dihadapi oleh pelaksana Program Keluarga Harapan (PKH), tulisan ini juga dimaksudkan untuk menjelaskan landasan teoretis program perlindungan sosial yang melatari PKH. Tulisan ini disusun berdasarkan rangkaian pengamatan langsung dan dikombinasikan dengan desk review dari Unit Pelaksana PKH di tingkat pusat dan daerah serta serangkaian Focus Group Discussion (FGD) dengan para pendamping/fasilitator di lapangan, tenaga ahli PKH, koordinator wilayah, koordinator regional, dan Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM) penerima manfaat. Kajian ini menunjukkan bahwa PKH memberikan dukungan yang sangat signifikan bagi RTSM agar tidak "memproduksi" generasi penerus yang kekurangan gizi dan tidak berpendidikan. Program ini juga memberikan kesempatan kerja bagi para sarjana di daerah untuk terlibat dalam kegiatan ini. Sampai tahun 2012, PKH menyerap hampir 10.000 tenaga kerja sarana sebagai pendamping, operator, koordinator wilayah, yang telah diisi oleh tenaga muda lulusan berbagai perguruan tinggi.

Kata Kunci: Pasar bebas, peran negara, perlindungan sosial, dan negara kesejahteraan.

Pendahuluan

Setelah melewati masa krisis finansial pada akhir dasawarsa 90-an, Indonesia kemudian memasuki era demokratisasi dan perbaikan pertumbuhan ekonomi. Ini ditandai dengan dimulainya otonomi daerah serta pemulihan kegiatan ekonomi rakyat secara berangsur-angsur. Meskipun demikian, pada awal dasawarsa 2000-an, jumlah penduduk miskin di Indonesia yang hidup di bawah pendapatan 2 USD per hari masih berkisar pada angka 40 juta jiwa. Sekitar 10 juta rumah tangga sangat miskin dari jumlah di atas hanya berpenghasilan Rp125.000,00 sampai dengan Rp150.000,00 per bulan per orang (Knoes, 2007).¹ Mereka merupakan kelompok masyarakat yang paling miskin dengan ketiadaan akses terhadap layanan publik dan infrastruktur. Situasi mereka harus segera dibantu dalam mekanisme perlindungan dan jaminan sosial yang konkret dan terstruktur oleh negara. Hal ini merupakan salah satu kewajiban negara untuk memberikan perlindungan dan jaminan sosial, sekaligus membangun infrastruktur yang dapat mempermudah mereka keluar dari kemiskinan dan kesulitan hidup.

Tulisan ini dimaksudkan untuk melaporkan pada publik mengenai perjalanan PKH, yang lebih dikenal dalam terminologi internasional dengan nama *Conditional Cash Transfer* (CCT). PKH di Indonesia dimulai pada tahun 2007 hingga tulisan ini dibuat pada Februari 2012. Selama kurun waktu tersebut lebih dari 1,5 juta RTSM telah mendapatkan manfaat langsung dari keberadaan program PKH. Program ini merupakan wujud perlindungan sosial melalui pemberian uang tunai kepada

RTSM, selama keluarga tersebut memenuhi kewajibannya. Kewajiban RTSM 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 80% dari jam belajar mereka; dan lain-lain. Sedangkan hak yang mereka terima dari negara berupa bantuan uang tunai yang besarnya sangat tergantung pada kepatuhan mereka menjalankan kewajiban tersebut. Besarnya uang tunai yang diterima berkisar antara Rp600.000,00 sampai dengan Rp2.200.000,00 per tahun per rumah tangga (Ayala: 2010). Selain menjelaskan landasan teoretis program perlindungan sosial yang melatari PKH, tulisan ini juga menjelaskan mengenai kemajuan dan tantangan yang dilalui oleh pelaksana program ini.

Metode

Tulisan ini dibuat berdasarkan rangkaian pengamatan langsung dan dikombinasikan dengan *desk review* dari Unit Pelaksana PKH ditingkat pusat dan daerah, serta serangkaian FGD dengan para pendamping/fasilitator di lapangan, tenaga ahli PKH, koordinator wilayah, koordinator regional, dan RTSM penerima manfaat. Rangkaian pengamatan langsung dilakukan oleh penulis saat menjadi tenaga ahli PKH antara tahun 2007-2008, kemudian dilanjutkan menjadi konsultan program pada September 2011. Saat penulisan ini dilakukan, penulis masih terlibat dalam PKH sebagai pelaksana program. Proses pengumpulan data dan informasi dilakukan secara akumulatif serta bertahap, mulai dari lapangan hingga ketingkat pengambilan kebijakan nasional.

Beberapa rangkaian rapat tahunan juga diikuti untuk merekam perkembangan dan

¹ Garis kemiskinan yang digunakan oleh BPS adalah sebesar Rp233,740,00 per orang per bulan. Sehingga mereka hanya bisa memenuhi 60-70% dari kebutuhan hidup minimum mereka.

tantangan, mulai dari tingkat nasional berupa Rapat Koordinasi Pusat (Rakor Pusat), Rapat Koordinasi Nasional (Rakor Nasional), Rapat Koordinasi Provinsi (Rakor Provinsi) sampai dengan Rapat Koordinasi Kabupaten/ Kota (Rakor Kabupaten/ Kota). Selain itu data dan informasi juga diperoleh dari serangkaian pertemuan dan bimbingan teknis (bimtek) untuk penyedia fasilitas sarana (Bimtek *Service Provider*), maupun bimtek reguler yakni bimbingan teknis bagi para fasilitator atau pendamping di lapangan. Penulis juga melakukan pengamatan pada rekam jejak studi oleh lembaga internasional tentang PKH. Dalam menyajikan hasilnya, penulis berusaha meletakkan perjalanan program PKH pada konteks yang lebih luas, yaitu kebijakan ekonomi politik internasional dan nasional turut memberikan warna atas dinamika perjalanan program ini.

Pasar Bebas dan Kemosotan Kualitas Hidup Rakyat

Pasar bebas yang diidam-idamkan oleh kaum kapitalis berawal dari revolusi industri di Eropa dan kemudian berkembang di Amerika Serikat. Konsep yang dianut adalah berusaha menarik sejauh mungkin peran dan intervensi negara dalam pengaturan dan alokasi sumber daya penting dalam masyarakat. Mereka beranggapan peran negara akan mendistorsi pasar. Dalam hal ini mereka percaya akan adanya kekuatan pasar (*invisible hand*) yang akan mengatur permintaan dan penawaran sehingga menuju titik keseimbangan yang optimal. Salah satu harapannya adalah semua mekanisme produksi, distribusi, dan penambahan nilai hanya bisa dilakukan melalui mekanisme pasar.

Pada awal kapitalisme, intervensi kaum kapitalis masih sangat terbatas. Namun demikian, kapitalisme berhasil memperbaiki diri sendiri setelah mengalami berbagai

krisis. Hal ini menyebabkan kapitalisme dapat menaklukkan dunia dan menguasai semua sumberdaya ekonomi. Bahkan Fukuyama dalam bukunya *The End of History and the Last Men* (1992) menyatakan bahwa pertarungan ideologi antara kapitalisme dan sosialisme telah berakhir dengan kemenangan kapitalisme. Gagasan tersebut kemudian berkembang semakin tak tertandingi setelah runtuhnya sistem ekonomi politik sosialisme dunia yang dipimpin oleh Rusia, sehingga tidak ada satu penyeimbang yang dapat mengoreksi gagasan tersebut.

Sejak Adam Smith dan Frederick von Hayek, kapitalisme mengalami reinkarnasi berkali-kali dengan istilah-istilah yang diperhalus, seperti: “neoliberalisme”, “globalisasi”, atau “perdagangan bebas.” Mulai dari gagasan hingga tindakan yang sangat eksploitatif, baik terhadap Sumber Daya Alam (SDA) maupun terhadap Sumber Daya Manusia (SDM), telah mengalami pemerasan dan penekanan yang berlebihan. Akumulasi modal di satu sisi dari pemegang kendali alat produksi dan pasar semakin menggunung, sementara di sisi lain tenaga kerja sebagai buruh dan eksploitasi SDA, seperti hutan, laut, tambang, dan energi yang mengalami degradasi yang sangat berat. Bahkan Thomas L. Friedman mengistilahkan sebagai *The Lexus and the Olive* (1999) dan *The World is Flat* (2006): hadirnya dunia abad ke-21 yang telah “didatarkan” untuk mata rantai globalisasi. Jargon “Tina” (*There is no alternative!*) menjadi lambang keterputusasaan massal. Bahkan Kenichi Ohmae menulis *The End of Nation States* (1992), secara pesimis menyatakan peran negara dalam era keemasan kapitalisme sedang mengalami kematian. Menurutnya negara diibaratkan dinosaurus yang menunggu kematian.

Secara ironis, keemasan kapitalisme di negara maju yang dilambangkan dengan

G-20 ternyata diikuti dengan kemerosotan kualitas kehidupan masyarakat, khususnya di negara-negara berkembang. Terjadinya kesenjangan ekonomi antara kaya dan miskin semakin lebar. Negara-negara berkembang umumnya tumbuh atas tekanan negara maju yang mengendalikan ekonomi. Negara-negara berkembang diharuskan melakukan liberalisasi pasar dalam negeri yang berakibat terdesak dan matinya ekonomi rakyat, usaha kecil dan menengah. Hal ini menyebabkan negara-negara berkembang mencabut berbagai bentuk subsidi sebagai upaya perlindungan sosial sehingga membuat harga kebutuhan hidup pokok, transportasi, dan keperluan masyarakat kecil menjadi mahal.

Kondisi di atas disertai dengan sulitnya kenaikan upah buruh yang hanya dibatasi dengan mekanisme Upah Minimum Regional (UMR). Akibatnya daya beli rakyat semakin terbatas dan kualitas hidup rakyat semakin merosot. Disisi lain, berbagai bentuk layanan publik dasar (seperti kesehatan, pendidikan, perumahan, air bersih) dijadikan bahan komoditas sehingga setiap hari cenderung semakin mahal. Inflasi makin menekan kemampuan moneter negara, yang mengakibatkan pemerintah menjadi semakin tergantung pada bantuan internasional yang berupa utang. Aset utama rakyat berupa tanah, hutan, dan laut semakin banyak digusur dan dikapling untuk kepentingan pemodal besar berinvestasi, pengembangan pariwisata, dan perhotelan mewah, yang sebenarnya tidak banyak mempunyai kaitan dengan peningkatan pendapatan rakyat dan perbaikan kualitas hidup mereka. Kapitalisme membuat rakyat kecil dan miskin semakin kehilangan kontrol dan akses mereka terhadap sumberdaya lokal. Kebijakan neoliberalisme, seperti pasar bebas, privatisasi, dan *structural*

adjustment, telah mendorong negara-negara berkembang ke dalam situasi dimana populasi miskin di negara tersebut hidup tanpa perlindungan dan jaminan sosial.

Fukuyama, dalam bukunya *State Building: Governance and World Order in the 21st Century* (2005), menyatakan bahwa kapitalisme melemahkan negara, melahirkan pemiskinan, ketimpangan, dan konflik sosial. Sebelumnya Mishra (2000) dalam bukunya *Globalization and Welfare State* menyatakan bahwa globalisasi telah membatasi kapasitas negara-bangsa dalam melakukan perlindungan sosial. Lembaga-lembaga internasional seperti Bank Dunia dan Dana Moneter Internasional (IMF) menjual kebijakan ekonomi dan sosial kepada negara-negara berkembang dan negara-negara Eropa Timur, agar memperkecil pengeluaran pemerintah, memberikan pelayanan sosial yang selektif dan terbatas, serta menyerahkan jaminan sosial kepada pihak swasta.

Selain memperlihatkan kejujuran ilmiah Fukuyama, buku *State-Building* juga menunjukkan bahwa ia telah “insaf” dari “kekeliruan” pemikiran sebelumnya. Dalam bukunya yang terdahulu, *The End of History and The Last Men* (1992), Fukuyama dengan yakin menyatakan bahwa sejarah peradaban manusia (seakan) telah berakhir. Pertarungan antara komunisme dan kapitalisme juga telah usai dengan kemenangan kapitalisme (neoliberalisme). Mengapa kapitalisme menang? Jawabannya adalah karena sistem ini dianggap paling cocok untuk manusia abad ini. Kapitalisme sangat menganjurkan peran negara yang sangat minimal dalam pembangunan ekonomi, apalagi pembangunan sosial.

Kritik terhadap keserakahan sistem kapitalisme dalam mengeksploitasi SDA, SDM dan energi, penghapusan terhadap perlindungan sosial yang wajib dijalankan

oleh negara, telah semakin tajam. Bahkan kritikan tersebut datang dari kalangan yang awalnya menjadi penganjur sistem ini sendiri. Penyebab utamanya adalah proses akumulasi kapital dengan berbagai cara sudah membuat sistem menjadi sangat “panas” sehingga akhirnya akan merusak dan mengalami krisis yang cukup serius. Krisis kapitalisme awal di tahun 1930-an terjadi di Eropa dan Amerika, kemudian berulang di Asia pada tahun 1988 dan kembali siklus yang sama terjadi di Amerika yang terus menyebar ke Eropa di tahun 2010-an. Dua penulis buku terkenal yang pernah bekerja di Bank Dunia, Stiglitz, *Globalization and its Discontents* (2003) dan *Free Fall* (2010) menyatakan bahwa kebangkrutan Lehman Brothers, Enron, General Motor menandai “*the end of capitalism.*” Bahkan penulis lain Krugman, *The Return of Economic Depression* (2010) telah sungguh-sungguh menyatakan bahwa pasar bebas yang dulu dianggap solusi, kini terbukti menjadi pangkal masalah. Negara yang selama ini dianggap sumber masalah, justru sebenarnya merupakan solusi.

Peran Krusial Negara Kesejahteraan dalam Perlindungan Sosial

Mengapa negara perlu berperan aktif dalam kebijakan sosial dalam perlindungan warga? Negara adalah institusi paling absah yang memiliki kewenangan menarik pajak dari rakyat, maka sangat berkewajiban untuk menyediakan pelayanan sosial dasar bagi warganya. Dalam masyarakat yang beradab, negara tidak boleh membiarkan satu orang pun berada dalam posisi tidak mampu untuk memenuhi kebutuhan dasarnya. Indonesia telah menyatakan hal tersebut dalam Undang-undang Dasar Negara Republik Indonesia 1945, yang menjamin semua warga negara akan

mendapatkan perlindungan dan jaminan sosial.

Pada kenyataannya setelah merdeka lebih dari 66 tahun, Indonesia yang memiliki penduduk dalam jumlah besar belum mampu membangun suatu sistem proteksi sosial (*social protection*) yang terpadu, efisien, dan memadai. Terutama proteksi sosial bagi kelompok miskin dan *highly marginalized group* yang tinggal tersebar serta sulit diidentifikasi. Meskipun usaha yang sangat sungguh-sungguh telah dilakukan oleh Pemerintah Indonesia untuk memenuhi kebutuhan perlindungan sosial bagi semua warga negara Indonesia. Adanya ketidakseimbangan antara *demand side* dan *supply side* atas program-program proteksi sosial, memunculkan permasalahan bukan saja masih banyaknya rakyat Indonesia yang belum mendapatkan proteksi sosial, tetapi juga kualitas proteksi yang diberikan pada rakyat Indonesia masih jauh dari memadai. Disisi lain, proteksi sosial adalah hak dasar warga yang wajib dipenuhi oleh negara yang merdeka dan berdaulat. Indonesia telah meratifikasi konvensi internasional tentang pencapaian *Millennium Development Goals* (MDGs), perlindungan hak asasi dasar manusia, pemenuhan hak sosial dan budaya manusia, yang keseluruhannya mengharuskan pemerintah Indonesia memenuhi semua aspek proteksi sosial bagi seluruh warga negaranya.

Negara bukanlah satu-satunya aktor yang dapat menyelenggarakan pelayanan sosial. Masyarakat, dunia usaha, dan lembaga-lembaga kemanusiaan internasional, memiliki peran penting dalam penyelenggaraan pelayanan sosial. Namun, sebagai salah satu bentuk kebijakan sosial dan *public goods*, pelayanan sosial tidak dapat dan tidak boleh diserahkan begitu saja kepada masyarakat dan pihak swasta.

Konsep negara kesejahteraan merupakan “jalan tengah” dalam memajukan kesejahteraan rakyat setelah mencuatnya bukti-bukti empiris mengenai kegagalan pasar (*market failure*) pada masyarakat kapitalis dan kegagalan negara (*state failure*) pada masyarakat sosialis. Keterlibatan negara dalam pelayanan sosial dipandang sebagai “penganugerahan hak-hak sosial” atau *the granting of social rights* kepada warganya (Esping-Andersen, 1997).

Pendapat yang menyatakan bahwa negara kesejahteraan menimbulkan ketergantungan adalah keliru. Skema-skema jaminan sosial terus diperbarui. Para penerima diseleksi dan implementasinya dimonitor serta dievaluasi. Model *workfarestate* atau *welfare-to-work programs*, sesungguhnya bukanlah “lawan” atau anti-thesis *welfare state*. Melainkan pengembangan *welfare state* yang menekankan nuansa pemberdayaan.

Pendapat yang menyatakan bahwa *welfare state* sudah ditinggalkan adalah over-generalisasi. Sistem ini masih berdiri kokoh di negara-negara Skandinavia, Eropa Barat. Memang benar di Amerika Serikat dan Inggris sistem ini diperbarui, bukan berarti dicampakkan. Bahkan di Australia, sistem ini semakin menguat, seperti dilaporkan Bessant et al (2006:11), “*In their role as a source both of income support and welfare services in the twenty-first century, governments are now more important than any point in the twentieth century.*” Dilihat dari anggaran jaminan sosial saja, jika pada tahun 1965 Australia mengeluarkan 3,2% dari *Gross Domestic Product* (GDP) untuk *social security*, kemudian pada 1980 meningkat menjadi 6,0%; pada tahun 1999 menjadi 6,5%; dan di tahun 2004 menjadi 6,9%.

Seperti halnya pendekatan lain, model negara kesejahteraan tidak homogen,

vakum, dan statis. Beragam varian diterapkan oleh berbagai negara sesuai kebutuhan dan perkembangan, mulai dari model residu hingga institusional, dari model selektivitas hingga universal, termasuk perpaduannya yang dikenal dengan model pluralisme kesejahteraan (*welfare pluralism*). Model-model ini mengandung mekanisme kelembagaan, manajemen, peran negara, masyarakat, dan dunia usaha yang beragam dan dinamis. Negara kesejahteraan adalah sebuah model ideal pembangunan yang difokuskan pada peningkatan kesejahteraan melalui pemberian peran yang lebih penting kepada negara, dalam memberikan pelayanan sosial secara universal dan komprehensif kepada warganya. Spicker (1995:82) menyatakan bahwa negara kesejahteraan “... *stands for a developed ideal in which welfare is provided comprehensively by the state to the best possible standards.*”

Negara kesejahteraan mengacu pada peran pemerintah yang responsif untuk mengelola dan mengorganisasikan perekonomian, sehingga mampu menjalankan tanggung jawabnya dalam menjamin ketersediaan pelayanan kesejahteraan dasar pada tingkat tertentu bagi warganya (Esping-Andersen, 1997; Triwibowo & Bahagijo, 2006). Konsep ini dipandang sebagai bentuk keterlibatan negara dalam memajukan kesejahteraan rakyat, setelah mencuatnya bukti-bukti empiris mengenai kegagalan pasar (*market failure*) pada masyarakat kapitalis dan kegagalan negara (*state failure*) pada masyarakat sosialis (Husodo, 2006). Dalam konteks ini, negara memperlakukan penerapan kebijakan sosial sebagai “penganugerahan hak-hak sosial” (*the granting of social rights*) kepada warganya (Triwibowo & Bahagijo, 2006). Semua perlindungan

sosial yang dibangun dan didukung negara tersebut sebenarnya dibiayai oleh masyarakatnya melalui produktivitas ekonomi yang semakin makmur dan merata, sistem perpajakan dan asuransi, serta investasi SDM (*human investment*) yang terencana dan melembaga.

Sebagai lembaga yang memiliki legitimasi publik yang dipilih dan dibiayai oleh rakyat, negara memiliki kewajiban (*obligation*) dalam memenuhi (*to fulfill*), melindungi (*to protect*) dan menghargai (*to respect*) hak-hak dasar, ekonomi dan budaya warganya. Mandat negara untuk melaksanakan pelayanan sosial lebih kuat daripada masyarakat atau dunia usaha. Berdasarkan konvensi internasional, mandat negara dalam pelayanan sosial bersifat “wajib”, sedangkan mandat masyarakat dan dunia usaha dalam pelayanan sosial bersifat “tanggung jawab” (*responsibility*).²

Dalam konteks kebijakan publik yang memihak rakyat miskin, peran negara dan masyarakat tidak dalam posisi yang paradoksal melainkan dua posisi yang bersinergi. Bahkan di Indonesia, komitmen dan peran negara dalam pelayanan sosial seharusnya diperkuat dan bukannya diperlemah, seperti diusulkan kaum neoliberalisme pemuja pasar bebas. Keruntuhan atau kelemahan negara telah menciptakan berbagai malapetaka kemanusiaan dan hak asasi manusia

² Kata “*responsibility*” berasal dari dua suku kata “*response*” dan “*ability*.” Artinya, respons atau tanggapan yang diberikan tidak bersifat wajib. Melainkan disesuaikan dengan kemampuan atau *ability*. Sebagai ilustrasi, memberikan pendidikan dasar adalah tanggung jawab orang tua kepada anak. Namun, suatu saat muncul penyebab lain, seperti kemiskinan, membuat orangtua tidak mampu menyekolahkan anaknya. Oleh karena itu orang tua tidak dapat dikenakan sanksi, mengingat negara memikul kewajiban memberikan pendidikan dasar bagi warga negara yang tidak mampu.

selama tahun 1990-an di Somalia, Haiti, Kamboja, Bosnia, Kosovo, dan Timor Timur (Fukuyama, 2005 dalam Suharto, 2007). Saat ini dalam bukunya *State-Building* dengan lantang Fukuyama berkata bahwa “negara harus diperkuat!” Lebih lanjut Fukuyama menyatakan bahwa kesejahteraan tidak mungkin tercapai tanpa hadirnya negara yang kuat, yang mampu menjalankan perannya secara efektif. Begitu pula sebaliknya, negara yang kuat tidak akan bertahan lama jika tidak mampu menciptakan kesejahteraan warganya.

Pada era desentralisasi sekarang ini, penguatan negara mencakup juga pembagian peran yang jelas antara pemerintah pusat dan daerah. Pemerintah Daerah (Pemda) diharapkan memiliki agenda kebijakan sosial yang sesuai dengan kondisi daerahnya. Pemberian wewenang yang lebih luas kepada Pemda tidak hanya dimaknakan sekadar peningkatan Pendapatan Asli Daerah (PAD) secara ekonomi, tanpa kepedulian terhadap penanganan “PAD” (Permasalahan Asli Daerah) secara sosial. Demikian pula dengan partisipasi warga, khususnya warga miskin dan kelompok marginal dapat mempercepat proses pembangunan sosial yang tepat. Melalui pendekatan penghormatan terhadap hak-hak dasar mereka, maka proses untuk membangun mekanisme perlindungan sosial dapat berjalan secara optimal.

Dalam hal ini sangat penting untuk membangun *active citizen* yang dapat mengerti hak dan kewajibannya. Komponen utama yang perlu dibangun untuk dapat mendorong warga negara yang berasal dari kalangan kelompok miskin dan menengah agar bersikap aktif, yaitu dengan memberikan pengetahuan yang memadai tentang proses pembentukan kebijakan sosial yang baik sehingga dapat memainkan perannya secara bijaksana.

Meskipun menekankan pentingnya

peran negara dalam pelayanan sosial, negara kesejahteraan pada hakikatnya bukan merupakan bentuk dominasi negara. Hal tersebut menjadi wujud adanya kesadaran warga negara atas hak-hak yang dimilikinya sesuai dengan prinsip-prinsip demokrasi. Negara diberikan mandat untuk melaksanakan kewajibannya memenuhi hak-hak warga negaranya.

Sejarah Singkat Negara Kesejahteraan

Konsep jaminan sosial sedikit berbeda dengan proteksi sosial. Jaminan sosial merupakan bagian dari proteksi sosial. Jaminan sosial lebih menitikberatkan pada hubungan kerja sementara proteksi sosial lebih luas yang mencakup seluruh dimensi sosial-ekonomi, perlindungan warga mulai dari lahir hingga meninggal dunia.

Konsep negara kesejahteraan lahir dari tradisi pemikiran dan pergulatan politik di Eropa Barat, tokoh-tokoh seperti Jeremy Bentham (1748-1832), Otto von Bismarck (1850), Sir William Beveridge (1942), dan T. H. Marshall (1963) memperjuangkan agar negara wajib menjamin proteksi sosial bagi rakyatnya. Di masa Otto von Bismarck selaku Kanselir Jerman pertama pada tahun 1883, penyelenggaraan sistem jaminan sosial waktu itu adalah respons atas terjadinya revolusi industri. Tujuan-nya untuk mengantisipasi dampak buruk pascarevolusi industri terhadap kemungkinan terjadinya risiko hubungan industri seperti sakit, kecelakaan kerja, kematian dan hari tua bagi warga Jerman. Implementasi program asuransi sosial wajib dilaksanakan secara bertahap, yaitu pada tahun 1883 diberlakukan program asuransi sosial kesehatan menyusul asuransi sosial kecelakaan kerja pada tahun 1884 dan asuransi sosial kematian, asuransi cacat dan program hari tua (Suharto, 1997; Spicker, 2002; Purwoko, 2006).

Menurut Bessant *et. al* (2006), ide dasar negara kesejahteraan beranjak dari abad ke-18 ketika Jeremy Bentham mempromosikan gagasan bahwa pemerintah memiliki tanggung jawab untuk menjamin *the greatest happiness (welfare) of the greatest number of their citizens*. Bentham menggunakan istilah 'utility' (kegunaan) untuk menjelaskan konsep kebahagiaan atau kesejahteraan. Berdasarkan prinsip utilitarianisme yang ia kembangkan, sesuatu yang dapat menimbulkan kebahagiaan ekstra adalah sesuatu yang baik. Sebaliknya, sesuatu yang menimbulkan sakit adalah buruk. Menurutnya, aksi-aksi pemerintah harus selalu diarahkan untuk meningkatkan kebahagiaan sebanyak mungkin orang. Gagasan Bentham mengenai reformasi hukum, peranan konstitusi dan penelitian sosial bagi pengembangan kebijakan sosial membuat ia dikenal sebagai "bapak negara kesejahteraan" (*father of welfare states*).

Di Inggris, konsep proteksi sosial dipahami sebagai alternatif terhadap *The Poor Law* yang sering menimbulkan stigma, karena hanya ditujukan untuk memberi bantuan bagi orang-orang miskin. Di satu sisi sistem proteksi sosial selayaknya melembaga bagi setiap orang sebagai cerminan dari adanya hak kewarganegaraan (*right of citizenship*), dan di sisi lain kewajiban negara (*state obligation*), di pihak lain. Proteksi sosial ditujukan untuk menyediakan pelayanan-pelayanan sosial bagi seluruh penduduk (orang tua dan anak-anak; pria dan wanita; serta kaya dan miskin) sebaik dan sedapat mungkin. Ia berupaya untuk mengintegrasikan sistem sumber dan menyelenggarakan jaringan pelayanan yang dapat memelihara dan meningkatkan kesejahteraan (*well-being*) warga negara secara adil dan berkelanjutan (Suharto *et. al*, 2006; Andi, Conway & Foster, 2001).

Pengaruh laporan Beveridge (1942) tidak hanya di Inggris, melainkan juga menyebar ke negara-negara lain di Eropa, bahkan hingga ke AS dan kemudian menjadi dasar bagi pengembangan skema jaminan sosial di negara-negara tersebut. Sayangnya, sistem ini memiliki kekurangan karena berpijak pada prinsip dan skema asuransi, ia tidak dapat mencakup resiko-resiko yang di-hadapi manusia terutama jika mereka tidak mampu membayar kontribusi (premi). Asuransi sosial gagal merespons kebutuhan kelompok-kelompok khusus, seperti orang cacat, orang tua tunggal, dan mereka yang tidak dapat bekerja atau memperoleh pendapatan dalam jangka waktu lama. Manfaat dan per-tanggungungan asuransi sosial juga sering tidak adekuat, karena jumlahnya

memperjuangkan kesejahteraan orang lain melalui lembaga yang disebut negara (Harris, 1999). Ketidakefektifan pasar dalam menyediakan pelayanan sosial yang menjadi hak warga negara telah menimbulkan ketidakadilan. Ketidakadilan pasar harus dikurangi oleh negara untuk menjamin stabilitas sosial dan mengurangi dampak-dampak negatif kapitalisme. Marshall melihat sistem negara kesejahteraan sebagai kompensasi yang harus dibayar oleh kelas penguasa dan pekerja untuk menciptakan stabilitas sosial dan memelihara masyarakat kapitalis. Pelayanan sosial yang diberikan pada dasarnya merupakan ekspresi material dari hak-hak warga negara dalam merespons konsekuensi-konsekuensi kapitalisme.

Box 1.

Perlindungan Sosial di Swedia

Dari hasil kunjungan penulis di Swedia³, negara yang menganut *welfare state* di *Scandic Countries*, proteksi sosial warga negaranya sangat diperhatikan. Setiap warga negara mempunyai *social number* yang dapat melindungi diri mereka dari semua potensi masalah sosial. Perlindungan bagi warga negara dimulai pada saat mereka masih di kandungan dengan pemberian makanan bergizi; ketika lahir dengan sarana bersalin yang memadai; ketika kanak-kanak dengan *day care* dan sekolah; ketika remaja dan memasuki sekolah dengan pendidikan gratis; ketika mereka sakit tidak khawatir untuk tidak mendapatkan layanan medis yang baik; pengangguran mendapatkan tunjangan untuk hidup; *senior citizen* mendapat tunjangan dan subsidi sampai ketika mereka meninggal dunia. Bahkan binatang peliharaan mendapatkan proteksi sosial yang baik, dengan adanya pegawai negara untuk *animal welfare* yang memastikan bahwa binatang peliharaan mendapatkan perlakuan yang baik. Negara ini menanggung seluruh konsekuensi biaya atas pelaksanaan kebijakan tentang proteksi sosial itu. Sebagai imbalannya, seluruh pegawai yang mempunyai *income* diwajibkan untuk membayar pajak (*tax*) penghasilan sampai dengan 60% (Juni Thamrin, 2011).

kecil dan hanya mencakup kebutuhan dasar secara minimal.

Dalam konteks kapitalisme, Marshall berpendapat bahwa warga negara memiliki kewajiban kolektif untuk turut

Upaya Indonesia untuk Penghapusan Kemiskinan

Sejarah perjalanan penghapusan kemiskinan dan agenda proteksi sosial di Indonesia sangat dipengaruhi oleh dampak krisis finansial tahun 1997/1998. Indonesia adalah negara yang paling keras terkena dampak krisis finansial di kawasan Asia Tenggara. Krisis ini juga mempengaruhi kerusakan hampir di semua sektor yang telah dibangun selama beberapa dekade

³ Pada bulan Mei 2011, penulis berkesempatan mengunjungi Swedia selama 3 minggu untuk melihat dan membandingkan sistem kesejahteraan di negara itu. Penulis mendapat undangan dari SIDA (*Swedish International Development Agency*).

terakhir. Sektor yang paling terpengaruh dengan krisis finansial tersebut adalah hilangnya kesempatan kerja dan berusaha dan meluasnya kemiskinan di daerah pedesaan maupun perkotaan (Suharto, 2008).

Puncaknya terjadi di pertengahan tahun 1998, dimana pertumbuhan riil tahunan GDP Indonesia mengalami minus 10%; inflasi ekonomi mencapai 100% dan nilai tukar mata uang Indonesia rupiah terhadap dolar Amerika (USD) jatuh meluncur dari Rp2.000,00 menjadi Rp20.000,00 per dolar USD (Hill, 1999; Soesastro & Basri, 1999; Suharto, 2008). Sebagaimana dicatat oleh Evans dan Hill, penurunan GDP Indonesia jauh lebih tajam dibandingkan dengan resesi ekonomi tahun 1980-an bahkan resesi yang sama di awal tahun 1960-an. Kondisi krisis itu mirip dengan yang terjadi di United Kingdom selama depresi ekonomi terburuk di Eropa pada tahun 1929-1932 (Evans, 1998; Hill, 1999).

Kemiskinan di Indonesia juga dipengaruhi oleh peningkatan harga beras di tahun 2004 dan harga bahan bakar minyak (BBM) beberapa kali antara kurun waktu 2000-2005. Hal tersebut telah meningkatkan 25% beban baru bagi kelompok miskin dan marginal dalam konsumsi mereka, dimana 75% dari total *incomemerekadialokasikanuntukmakanan* (World Bank, 2007). Peningkatan harga beras dan BBM tersebut mengakibatkan meningkatnya kemiskinan di Indonesia. Di tahun 2005, pemerintah Indonesia mengeluarkan kebijakan Bantuan Tunai Langsung (BLT) atau *Unconditional Cash Transfer* (UTC), untuk kelompok miskin sebagai kompensasi dari kenaikan harga BBM. Kebijakan ini kemudian membawa dampak berupa konflik horizontal yang meluas, sehingga kebijakan ini dihentikan pada tahun 2006. Selain program BLT,

ada beberapa program lain yang khusus ditujukan untuk membantu kelompok miskin antara lain: 1) sektor pendidikan bagi siswa SD dan SMP disediakan Biaya Operasional Sekolah (BOS) dan Bantuan Siswa Miskin (BSM); 2) sektor kesehatan diluncurkan skema Asuransi Kesehatan Si Miskin (ASKESKIN) yang sekarang berubah menjadi Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas); serta 3) Beras Murah untuk Kelompok Miskin (RASKIN).

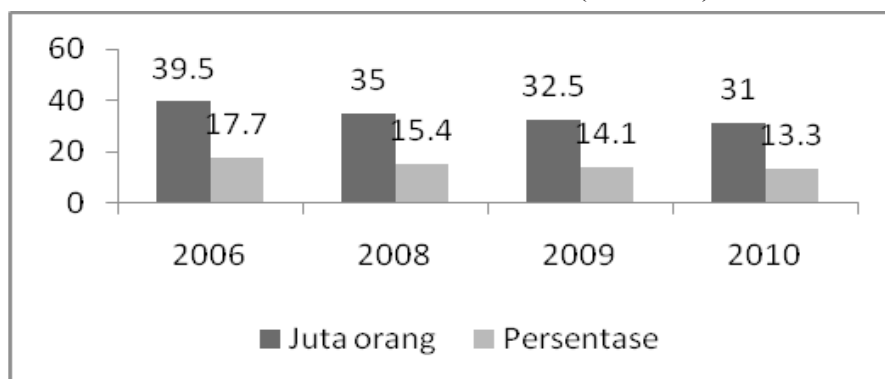
Walaupun demikian, hingga saat ini jumlah orang miskin di Indonesia masih sangat besar (Hatta & Thamrin, 2010). Pada tahun 2006, jumlah penduduk miskin adalah 39,5 juta orang atau 17,7%; pada tahun 2007 jumlah penduduk miskin 37,17 juta orang atau 16,58%; tahun 2008 terdapat 35 juta penduduk miskin atau 15,4%; tahun 2009 jumlah penduduk miskin 32,5 juta atau 14,1% dan tahun 2010 jumlah penduduk miskin di Indonesia sebesar 31 juta jiwa atau 13,39% dari total penduduk Indonesia (TNP2K, 2011). Meskipun terjadi penurunan sebesar 8,5 juta jiwa, secara absolut angka ini tetap saja besar dan melampaui keseluruhan jumlah penduduk Selandia Baru (4 juta), Australia (12 juta), dan Malaysia (25 juta). Angka kemiskinan ini menggunakan *poverty line* dari BPS sekitar Rp5.500,00 per kapita per hari.⁴ Jika menggunakan *poverty line* dari Bank Dunia sebesar 2 US dolar per kapita per hari, diperkirakan jumlah orang

⁴ *Poverty line* (garis kemiskinan), selain berbeda untuk wilayah pedesaan dan perkotaan, juga berbeda untuk setiap provinsi setiap tahunnya. Selama Maret 2006 sampai dengan Maret 2007, *poverty line* di Indonesia naik sebesar 9,67%, yaitu dari Rp.151.997,00 per kapita per bulan pada Maret 2006 menjadi Rp.166.697,00 per kapita per bulan pada Maret 2007 (TKPK, 2007).

miskin di Indonesia berkisar antara 50-60% dari total penduduk Indonesia.

kesejahteraan sosial memainkan peran utama untuk meminimalisir kesenjangan

Tabel 1. Kemiskinan Indonesia (2006-2010)



Sumber: TNP2K, 2011

Jumlah orang miskin pada tahun 2011 menurun sekitar 1 juta orang, tetapi, jumlah orang “hampir miskin” meningkat sekitar 5 juta orang: 1 juta naik dari kategori miskin, 4 juta orang jatuh dari kategori tidak miskin. Kategori “hampir miskin” mendominasi kategori kemiskinan, di antaranya orang yang memiliki pendapatan “sedikit” di atas garis kemiskinan, namun rentan terhadap guncangan ekonomi dan mudah jatuh ke kategori miskin. Hal ini sangat membutuhkan program anti kemiskinan yang berbasis pada perlindungan sosial terutama dalam upaya pembangunan nasional.

Program-program kesejahteraan sosial dan penghapusan kemiskinan termasuk kegiatan proteksi sosial, merupakan arena bagi para pekerja sosial, yang bertujuan untuk membantu kelompok-kelompok miskin, marginal dan masyarakat yang tak berdaya keluar dari masalah-masalah kemiskinan yang mereka hadapi. Pendekatan pekerja sosial adalah memampukan mereka secara partisipatoris sehingga dapat menjadi aktor yang berdaya. Dalam konteks sosial politik seperti ini, pekerja sosial dalam program

distribusi *benefit* yang tidak merata dari hasil pembangunan pada semua lapisan rakyat.

Program Keluarga Harapan: Pemutus Mata Rantai Kemiskinan

Laporan Bank Dunia (2006), *Making the New Indonesia Work for The Poor* melaporkan bahwa ada 4 alasan pemerintah Indonesia perlu mengembangkan program PKH berdasarkan pada kondisi yang sangat nyata, yaitu:

1. Masih ada sekitar 6,5 juta Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM) yang hanya mempunyai rata-rata pendapatan Rp130.000,00 per bulan, bahkan dibeberapa kabupaten situasinya jauh lebih menyedihkan.
2. Masih tingginya kasus malnutrisi dikalangan anak-anak Indonesia, dimana lebih dari seperempat anak-anak usia 5 tahun mempunyai bobot badan yang berada dibawah ketentuan kesehatan standar. Selain itu masih banyak keluarga-keluarga miskin yang mengonsumsi makanan yang sangat rendah gizi.

3. Tingkat kematian ibu melahirkan juga masih tinggi di Indonesia. Hampir 130 ibu meninggal saat melahirkan dari setiap 100.000 kelahiran, angka ini merupakan yang tertinggi di Asia Tenggara. Kondisi tersebut disebabkan oleh: *pertama*, perempuan miskin yang hamil tidak secara teratur memeriksakan kesehatannya sebelum melahirkan; dan *kedua*, perempuan miskin lebih suka atau lebih mampu membayar jasa melahirkan melalui dukun beranak secara tradisional.
4. Banyak anak-anak dari kalangan keluarga miskin yang tidak dapat menyelesaikan pendidikan dasar-nya sesuai dengan wajib belajar, yakni maksimal menyelesaikan pendidikan dasar 9 tahun (SD dan SMP). Pencapaian pendaftaran anak sekolah SD dari keluarga miskin lebih rendah dari 45% dan untuk tingkat SMP lebih rendah dari 20%, meskipun wajib belajar sudah dicanangkan secara nasional.

Melihat kondisi tersebut Badan Perencana Pembangunan Nasional (Bappenas) kemudian mencanangkan program PKH di tahun 2006, bekerja sama dengan Bank Dunia. Bahkan beberapa orang dari Indonesia diundang untuk melihat pelaksanaan PKH di negara-negara Amerika Latin, sekaligus mengirinkan ahli PKH untuk membantu persiapan PKH di Indonesia. Bulan Agustus 2007, Pemerintah Indonesia yang diwakili oleh Menteri Sosial RI meresmikan PKH di Kabupaten Bone Bolango, Provinsi Gorontalo. Peluncuran program tersebut merupakan tonggak awal dilaksanakannya program PKH secara nasional, walaupun pada saat itu masih dilakukan di tujuh provinsi, di 48 kabupaten/kota sebagai proyek percontohan.

Pemenuhan kewajiban peserta PKH menjadi syarat yang sangat penting

bagi program ini. Kesuksesan program PKH sangat tergantung pada ketaatan peserta menjalankan kewajibannya. Kewajiban tersebut merupakan upaya untuk mendisiplinkan peserta dalam menggunakan fasilitas pendidikan dan kesehatan, agar anak-anak mereka dapat tumbuh sehat dan cerdas sehingga diharapkan dapat memutuskan mata rantai kemiskinan. Salah satu slogan PKH adalah: *"biar orang tua miskin, anak tidak boleh miskin dan bodoh"*. Ini merupakan upaya massal untuk menyelamatkan generasi muda agar tidak masuk kembali dalam jebakan kemiskinan yang berkelanjutan.

Secara lebih rinci Peserta PKH memunyai kewajiban:

1. Ibu hamil

- a. Pemeriksaan kehamilan (min. 4 kali) dan mendapatkan suplemen *Fe* (zat besi). Proses kelahiran yang ditangani tenaga medis; dan
- b. Kunjungan setelah melahirkan (min. 2 kali) untuk penyuluhan kesehatan/ibu menyusui.

2. Anak usia 0-6 tahun

- a. Usia 0–11 bulan melakukan imunisasi komplet (BCG, DPT, Polio, Campak, Hepatitis B) dan pemantauan tumbuh kembang anak setiap bulan;
- b. Usia 6-11 bulan melakukan pemberian Vitamin A (2 kali setahun: Februari dan Agustus);
- c. Usia 12–59 bulan melakukan imunisasi dan pemantauan tumbuh kembang setiap bulan; dan
- d. Pemantauan tumbuh kembang anak usia pra sekolah (5-6 tahun).

3. Anak Usia 7-15 tahun

- a. Mendaftarkan anak usia 6-15 tahun di SD dan/atau SMP dengan

kehadiran minimal 85% hari sekolah dalam sebulan selama tahun ajaran berlangsung; dan

- b. RTSM dengan anak usia >15 tahun tetapi belum menyelesaikan pendidikan dasar, dapat menerima bantuan jika anak tersebut bersekolah atau mengikuti pendidikan kesetaraan dan memenuhi ketentuan yang berlaku.

Setelah memenuhi seluruh kewajiban tersebut di atas, maka peserta PKH berhak untuk mendapatkan bantuan berupa uang tunai dengan besaran terinci pada Tabel 2 berikut:

dipastikan menerima BOS, BSM, raskin, dan Jamkesmas.

Program ini sangat menarik karena dijalankan secara massal, bukan hanya peserta atau penerima manfaatnya saja, tetapi juga ditunjang dengan tenaga pendamping lapangan yang sangat serius bekerja sepenuh hati dan penuh waktu untuk mendampingi para RTSM ini dalam keseharian mereka. Para pendamping ini adalah para sarjana yang berasal dari wilayah masing-masing yang telah diseleksi dengan melihat aspek komitmen mereka untuk bekerja sebagai “sahabat” dari RTSM. Mereka mempunyai kewajiban untuk berdiskusi pada RTSM

Tabel 2. Nilai Bantuan Keluarga Program Keluarga Harapan

Skenario Bantuan	Bantuan per RTM Per Tahun (Rp)
Bantuan tetap	200.000
Bantuan RTSM yang memiliki:	
a. Ibu Hamil , Ibu Nifas, Anak Usia Balita	800.000
b. Anak Usia SD/MI	400.000
c. Anak Usia SMP/MTs	800.000
Bantuan minimum per RTSM	600.000
Bantuan maksimum per RTSM	2.200.000
Bantuan rata-rata	1.390.000

Sumber: Pedoman Umum PKH

Apabila diperhatikan secara cermat, maka PKH akan memberikan dukungan yang sangat signifikan bagi RTSM agar tidak menghasilkan generasi penerus yang kekurangan gizi dan tidak berpendidikan. Selama 6 tahun kepesertaan setiap RTSM dalam program ini sangat membantu mereka mengonsolidasikan situasi ekonomi keluarga mereka, atau paling tidak membantu menekan pengeluaran bagi ibu hamil, bayi, dan anak sekolah. Apalagi kebijakan pemerintah kemudian melakukan sinergi total bahwa RTSM tidak hanya menerima PKH, tetapi juga

dampingannya untuk merencanakan kehidupan RTSM dimasa depan dan juga mengingatkan RTSM untuk menjalankan kewajibannya sebagai peserta PKH. Satu pendamping mempunyai 200-250 RTSM di desa dan kecamatan dimana mereka tinggal.

Pada tabel 3 berikut, akan menunjukkan besarnya program PKH dalam arti keterlibatan peserta, pendamping, dan alokasi dana, yang disalurkan pada RTSM sejak tahun 2007 sampai tahun 2014 yang akan datang.

Tabel 3. Target Sasaran Pelaksanaan PKH, 2007-2014

	2007	2008	2009	2010	2011	2012*)	2013**)	2014***)
Jumlah RTSM ****)	500	642	720	816	1.116	1.516	2.400	3.000
Alokasi dana (Rp miliar)	800	1.000	1.100	1.300	1.600	1.884,9	3.500	4.900
Provinsi	7	13	13	20	25	33	33	33
Kabupaten/ Kota	48	70	70	88	119	166	497	497
Kecamatan	337	637	781	946	1.379	1.909	2.667	3.342
Pendamping	1.305	2.448	3.036	3.452	4.823	6.712	11.132	14.432
Operator	192	279	334	455	656	871	1.122	1.373
Koordinator Wilayah	3	8	8	18	23	33	33	33
Koordinator Regional	-	-	-	2	3	3	3	3
Tenaga Ahli MIS	3	3	3	3	3	19	19	19

*) Tahun 2012 bantuan rata2 lokasi lama Rp.1.280.000 = 4 kali bayar, dan lokasi baru Rp.347.500 = 1 kali bayar

***) Tahun 2013 bantuan rata2 lokasi lama Rp.1.600.000 = 4 kali bayar, dan lokasi baru Rp.400.000 = 1 kali bayar

****) Tahun 2014 bantuan rata2 lokasi lama Rp.1.600.000 = 4 kali bayar, dan lokasi baru Rp.400.000 = 1 kali bayar

Ratio pendamping 1 : 200 orang; dan operator 1 : 2.000 orang

*****) dalam ribu

Sumber: Kementerian Sosial (2012)

Besaran bantuan bagi RTSM di-berikan sesuai dengan hasil verifikasi (komitmen peserta PKH), contoh pada tahun 2011 hasil verifikasi menunjukkan angka sebesar 83,25%. Ini berarti tidak semua peserta mendapatkan bantuan penuh/optimal, karena mereka tidak sepenuhnya menjalankan kewajiban mereka. Ada 17,75% dari seluruh peserta PKH di tahun 2012 tidak menjalankan kewajibannya. Bagi Peserta PKH yang tidak memenuhi kewajiban mendapatkan sanksi/disinsetif berupa pemotongan bantuan. Penyaluran bantuan dilakukan 4 tahap dalam setahun, dimana penerima bantuan PKH adalah ibu-ibu (wanita pengurus rumah tangga). Bantuan

disalurkan oleh Lembaga Pembayar (PT. Pos Indonesia dan BRI).

Program ini secara langsung juga memberikan kesempatan kerja bagi para sarjana di daerah untuk terlibat dalam kegiatan ini. Sampai tahun 2012 misalnya sudah hampir 10.000 tenaga kerja sarana sebagai pendamping, operator, koordinator wilayah telah diisi oleh tenaga muda lulusan berbagai perguruan tinggi. Diprediksikan sampai tahun 2014 akan ada lebih dari 15.000 orang yang bekerja pada program ini, mulai dari operator komputer, pendamping, koordinator wilayah, tenaga ahli dan staf yang berada di Kementerian

Sosial beserta jajaran vertikalnya di daerah.

umum Tabel 4 menjelaskan sebaran dan jangkauan program PKH di Indonesia.

Tabel 4. Sebaran dan Jangkauan Program PKH di Indonesia

Tahun	Jumlah						KET
	RTSM	Alokasi Dana (Miliar)	Provinsi	Kabupaten	Kecamatan	Desa	
2007	500.000	800	7	48	337	4.311	
2008	642.000	1.000	13	70	637	7.654	
2009	720.000	1.100	13	70	781	9.068	Pengembangan Kecamatan
2010	816.000	1.300	20	88	946	11.080	
2011	1.116.000	1.600	25	118	1.151	13.641	
2012	1.516.000	1.890	33	166	1.909	21.471	

Untuk jangka panjang PKH diharapkan dapat memutus rantai kemiskinan antar generasi melalui: 1) Peningkatan kualitas kesehatan/nutrisi, pendidikan dan kapasitas pendapatan anak di masa depan (*price effect* anak keluarga miskin); 2) Memberikan kepastian kepada si anak akan masa depannya (*insurance effect*); 3) Merubah perilaku keluarga miskin untuk memberikan perhatian yang besar kepada pendidikan dan kesehatan anaknya 4) Mengurangi pekerja anak maupun anak jalanan; 5) Mempercepat pencapaian MDGs (melalui peningkatan akses pendidikan, peningkatan kesehatan ibu hamil, pengurangan kematian balita, dan peningkatan kesetaraan gender); 6) jangka pendek memberikan *income effect* kepada rumah tangga miskin melalui pengurangan beban pengeluaran rumah tangga miskin yang besar kepada pendidikan dan kesehatan anaknya.

Program PKH ini adalah program nasional yang sudah mulai menjangkau 21.471 desa di seluruh Indonesia. Pada tahun 2013 diharapkan program ini dapat dijalankan di seluruh provinsi dan kabupaten di Indonesia. Secara

Sementara target dan realisasi pencapaian program PKH semakin meningkat dari tahun ke tahunnya, dimulai dari tahun pertama pelaksanaan program ini yakni tahun 2007 sampai tahun 2011. Tabel 5 menunjukkan pencapaian target dan realisasi program PKH tahun 2007-2011.

Tingginya pencapaian target yang sangat sulit ini karena dedikasi kerja para pelaksana program PKH yang sangat berkomitmen untuk memberantas kemiskinan di Indonesia, mengingat lokasi orang miskin sangat terpencil di seluruh pelosok Indonesia. Selain itu ditunjang oleh Sistem Informasi Manajemen (SIM) yang canggih yang menggunakan komputer dan terhubung antara kantor pusat dan seluruh kantor UPPKH di kabupaten/kota. Di masing-masing kantor UPPKH kabupaten/ kota juga tersedia tenaga operator dan pendamping yang bekerja dengan komitmen kerakyatan yang sangat tinggi.

Dampak dan Capaian Program PKH

Beberapa studi yang telah dilakukan oleh lembaga internasional maupun nasional melihat dampak dan kemajuan capaian program PKH. Para peneliti independen

Tabel 5. Target dan Realisasi PKH, 2007-2011

Target/ Realisasi	2007	2008	2009	2010	2011
Jumlah RTSM	500.842	642.000	720.000	816.400	1.116.000
Realisasi	387.928	625.378	726.400	774.293	1.052.201
Prosentase	77.5%	97.4%	100.8%	95%	94.3%
Anggaran (Rp)	843.600.000	1.006.749.241.000	1.100.000.000.000	1.300.000.000.000	1.610.613.639.000*)
Realisasi	790.200.120	946.441.020.000	1.068.354.115.640	1.122.384.271.623	1.533.316.853.640
Prosentase	93.7%	94%	97%	86.3%	95.7%

*) Tahun 2011 Dit. Jamsos mendapatkan anggaran *reward* sebesar Rp613.639.000 dari Kementerian Keuangan RI.

tersebut antara lain adalah: 1) Laporan Akhir Evaluasi Program Perlindungan Sosial: Program Keluarga Harapan 2009, Bappenas; 2) Laporan Asian Development Bank: *Pro-Poor Planning and Budgeting Project Working Paper 5–Two Case Studies on Implementing Indonesian CCT Program*; 3) Penelitian Kementerian Sosial RI: Laporan Akhir *Spot Check* PKH 2009; 4) Laporan Pusat Penelitian Kesehatan, Universitas Indonesia: *Spot Check* PKH 2010; 5) Laporan Bank Dunia tahun 2010 tentang *Final Impact Evaluation Report of Indonesia's Household Conditional Cash Transfer Programme*; 6) PER Report Draft tentang *Kajian Program and Public Expenditure Review* 2011; 7) Laporan individual peneliti Internasional Fransisco Ayala tahun 2010; Peneliti dari Mexico Tarcisio tahun 2010; penelitian ahli dari German Thomas Riega tahun 2011; 8) *Operational Assessment Reports* dari SMERU 2011: *Qualitative Impact Study for PNPM Generasi and PKH on the Provision and the Utilization of Maternal and Child Health Services and Basic Education Services in the Provinces*

of West Java and East Nusa Tenggara; dan 9) laporan TNP2K: *Spot Check* di 7 Kabupaten 2011.

Dampak program yang dilaporkan oleh berbagai studi tersebut memang belum menghubungkan dengan tingkat penurunan kemiskinan. Sebab program ini memang tidak dirancang untuk mempunyai dampak langsung terhadap penurunan kemiskinan di Indonesia, tetapi peningkatan kualitas kehidupan sosial RTSM terjadi bersamaan dengan peningkatan pelayanan pendidikan, kesehatan serta dukungan program lainnya seperti Jamkesmas, BSM dan Raskin.

Dampak Program Keluarga Harapan (PKH) yang dilaporkan oleh berbagai Studi Nasional dan Internasional (2007-2011) antara lain:

1. Jumlah kunjungan ibu hamil/nifas ke fasilitas kesehatan meningkat 7-9 *percentage points*;
2. Jumlah balita ditimbang meningkat sekitar 15-22 *percentage points*;
3. Persalinan dengan fasilitas kesehatan meningkat 5 *percentage points*;
4. Persalinan dibantu petugas kesehatan terlatih meningkat 6 *percentage*

- points*;
5. Dampak PKH lebih kuat di daerah dengan fasilitas kesehatan yang lebih baik;
 6. Dampak di daerah perkotaan lebih baik daripada di perdesaan.
 7. Meningkatnya jumlah fasilitas kesehatan (Puskesmas, Pustu, Pusling, Posyandu) dan kualitas pelayanan mereka;
 8. Meningkatnya Angka Partisipasi Sekolah (APS);
 9. Mendorong anak usia 6-15 tahun untuk tetap di sekolah;
 10. Meningkatnya jumlah fasilitas pendidikan;
 11. Terdapat tendensi makin kecilnya anak yang menjadi buruh;
 12. Terjadi peningkatan kesadaran di RTSM untuk menggunakan fasilitas pendidikan dan kesehatan untuk mendukung kehidupan mereka.

Miskin (RTSM), selama keluarga tersebut memenuhi kewajibannya. Kewajiban RTSM adalah: 1) memeriksakan anggota keluarganya (Ibu Hamil dan Balita) ke fasilitas kesehatan (Puskesmas, Pustu); 2) menyekolahkan anaknya dengan tingkat kehadiran minimal 80% dari jam belajar mereka. Sedangkan hak yang mereka terima dari negara adalah berupa bantuan uang tunai yang besarnya sangat tergantung pada kepatuhan mereka menjalankan kewajibannya. Besarnya berkisar antara Rp600.000,00 sampai Rp2.200.000,00 per tahun per rumah tangga.

Saran

Untuk jangka panjang seyogianya PKH dapat memutus rantai kemiskinan antar generasi melalui: 1) Peningkatan kualitas kesehatan/nutrisi, pendidikan dan kapasitas pendapatan anak di masa depan (*price effect* anak keluarga miskin); 2) Memberikan

Box 2.

Masyarakat Mengukur Hasil Perubahan PKH dalam pendidikan

Pada saat kunjungan ke Desa Boro, Kecamatan Nita, Kabupaten Sikka dalam rangka kunjungan Program Keluarga Harapan, ditanyakan apa yang berubah di desa kaitan dengan putus sekolah SD dan SMP? Seorang ibu menjawab: "Sekarang sudah tidak ada yang putus sekolah". Menurut kepala desa di depan ibu-ibu menyatakan bahwa: "kalau dua tahun lalu, ada sekitar 50 anak SD dan SMP yang putus sekolah, sekarang sudah tidak ada lagi". Pernyataan ini dicek ke kepala sekolah dan juga beberapa masyarakat biasa dengan hasil yang sama. Ada yang menyatakan: kalau ada anak yang tidak masuk sekolah, dikejar masyarakat. Ketika ditanyakan mengapa: "Kami malu kalau sampai ada yang tidak sekolah, karena sekolah SD dan SMP sudah bebas biaya, kami sudah terima program PKH." Hal ini terjadi karena nilai masyarakat yang dengan adanya program PKH menganggap bahwa walau mereka miskin tetapi anak mereka harus sekolah agar tidak miskin. (Manembu, 2011)

Simpulan

PKH di Indonesia dimulai pada tahun 2007 hingga saat ini lebih dari 1.5 juta rumah tangga sangat miskin telah mendapat manfaat langsung dari keberadaan program ini. Program ini merupakan perlindungan sosial yang diwujudkan melalui pemberian uang tunai kepada Rumah Tangga Sangat

kepastian kepada si anak akan masa depannya (*insurance effect*); 3) Merubah perilaku keluarga miskin untuk memberikan perhatian yang besar kepada pendidikan dan kesehatan anaknya; 4) Mengurangi pekerja anak maupun anak jalanan; 5) Mempercepat pencapaian MDGs (melalui peningkatan akses pendidikan, peningkatan kesehatan

ibu hamil, pengurangan kematian balita, dan peningkatan kesetaraan gender).

DAFTAR PUSTAKA

- Alatas, Vivi, Banerjee, Abhijit., Hanna, Rema., Olken, Benjamin & Tobias, Julia. 2010. *Targeting the Poor: Evidence from a Field Experiment in Indonesia*. Jakarta: World Bank.
- Ayala, Francisco. 2010. *Operational Assessment Report on PKH*. Government of Indonesia.
- BAPPENAS. 2007. *Pedoman Umum PKH, Manual on Household CCT*. Jakarta.
- Cook, S. 2009. *Social Protection in East and South East Asia: a Regional Review*. In *Social Protection in Asia*, Working Paper Issues 2, 1-30.
- Conway, J., Ade, H., & Norton, A. (eds). 2000. *Social protection concepts and approaches: implications for policy and practice in international development*. London: DFID-ODI.
- Conway, J. 2001. *A Comprehensive Social Protection Concepts and Approaches: Implication for Policy and Practice in International Development*. London Centre for Aid and Public Expenditure, Working Paper.
- Corbett, J. (1988). Famine and household coping strategies. In *World Development*, 16, 1099-1112.
- Cuddy, M., Suharto, E., Thamrin, Dj & Moran, E. 2006. *Strengthening Social Protection System in ASEAN*. The European Union's Program for ASEAN ASEAN/APRIS-PMU/D/SV/2004/06. ASEAN Secretariat.
- Dinardana, K. 2008. *Case Study of PKH (CCT) Indonesia in Sumba Barat and Kediri*. Jakarta: Bappenas.
- Evans, K. 1998. *Survey of Recent Developments*. In *Bulletin of Indonesian Economic Studies*, Vol. 34, No. 3, pp. 5-36.
- Fiszbein, Ariel, and Schading Norbert, 2009. *Conditional Cash Transfer: Reducing Present and Future Poverty*. A World Bank Policy Research Report.
- Friedman, L. Thomas. 1999. *The Lexus and the Olive*.
- Fukuyama. 1992. *The End of History and The Last Men*.
- Hatta, Z. A., & Thamrin, Dj. S. 2011. *Poverty Situation in Indonesia: Challenges and Progress of The Marginalized Groups*. In *Asian social work dan policy review*. 5, 10-26. Wiley.
- Hatta, Z.A., & Thamrin, Dj.S. 2010. *Poverty Situation in Indonesia: Challenges and Progress of The Marginalized Groups*. Paper presented in ASEM Public Conference in Brussels, Belgium, July 2010.
- Hill, H. (1999). *An Overview of the Issues*. in *Southeast Asia's Economic Crisis: Origins, Lessons, and the Way Forward*, Singapore: Institute of Southeast Asian Studies, pp.1-15.
- Jamsos. 2011. *Laporan Akhir Monitoring Berkala (Spot-Check) PKH Tahun 2011*. Kementerian Sosial Republik Indonesia.
- Knoess, J. 2007. *Introduction of Conditional Cash Transfer Schemes in Indonesia: A Brief Summary*. GTZ System of Social Protection.

- Krugman. 2010. *The Return of Economic Depression*.
- LP3ES in Collaboration with World Bank Indonesia. 2006. *Unconditional Cash Transfer Rapid Assessment 2005*. Working Document.
- Ohmae, K. 1992. *The End of Nation States*.
- Rieger, Thomas. 2009. *Report on the 3rd Mission for Identifying Options for Organizational Development Support to the CCT-Program of the Ministry of Social Affairs of Indonesia (Study and Expert Fund)*. Como-Consulting, GmH.
- SMERU Research Institute. 2006. *Problem and Challenges for the Indonesian CCT Program (Program Keluarga Harapan)*. Working Paper 04 Social Protection in Asia.
- Scheil-Adlung, X. 2004. *Indonesia: Advancing Social Health Protection for the Poor*, Geneva: International Labor Organisation.
- Soesastro, Hadi & M. Chatib Basri. 1998. *Survey of Recent Developments*, Bulletin of Indonesian Economic Studies, Vol.34, No.1, pp.3-54.
- Stiglitz. 2003. *Globalization and Its Discontents*.
- Suharto, E. 2002a. *Profiles and Dynamics of the Urban Informal Sector in Indonesia: A Case Study of Pedagang Kakilima in Bandung*, unpublished PhD Thesis, Palmerston North: Massey University.
- World Bank. 2011. *Protecting Poor and Vulnerable Families in Indonesia*. Consultation Draft.
- _____. 2005. *State Building: Governance and World Order in the 21st Century*.
- _____. 2006. *The World is Flat*.
- _____. 2010. *Free Fall*.
- _____. 2002b. *Human Development and the Urban Informal Sector in Bandung, Indonesia: The Poverty Issues*. New Zealand Journal of Asian Studies, Vol. 4, No. 2, pp. 115-133.
- _____. 2006a. *Membangun Masyarakat Memberdayakan Masyarakat*. Bandung: Alfabeta.
- _____. 2006b. *Analisis Kebijakan Publik: Panduan Praktis Mengkaji Masalah dan Kebijakan Sosial*, Bandung: Alfabeta (cetakan ketiga).
- _____. 2007a. *Meretas Kebijakan Sosial Pro-Poor: Menggagas Pelayanan Sosial yang Berkeadilan*. makalah. disampaikan pada Semiloka Menggagas Model Pelayanan Sosial Berkeadilan, Jurusan Ilmu Sosiatri, Fisipol Universitas Gadjah Mada Yogyakarta, Hotel Saphir Yogyakarta, 11 September 2007.
- _____. 2007b. *Kebijakan Sosial Sebagai Kebijakan Publik: Peran Pembangunan Kesejahteraan Sosial dan Pekerjaan Sosial dalam Mewujudkan Negara Kesejahteraan di Indonesia*, Bandung: Alfabeta.
- _____. 2008a. *Islam dan Negara Kesejahteraan*. Makalah yang disampaikan pada Perkaderan Darul Arqom Paripurna (DAP) Ikatan Mahasiswa Muhammadiyah Tahun 2008, Jakarta 18 Januari 2008.
- _____. 2008b. *How Informal Enterprises Coped with the Asian Crisis: The Case of Pedagang Kakilima in Bandung*,

Indonesia in Edwina Palmer (ed.) *Asian Future Asian tradition* (pp.243-264).

_____. 2009. *Kemiskinan dan Perlindungan Sosial di Indonesia: Menggagas Model Jaminan Sosial Universal Bidang Kesehatan*. Bandung: Alfabeta.

_____. 2012. *PKH dan Pencapaiannya*. Tidak dipublikasi.