

PENTINGNYA PENGUATAN MEKANISME DAN INSTRUMEN RESERTIFIKASI/GRADUASI KPM PKH

Gemala Chairunnisa Puteri

Departemen Ilmu Kesejahteraan Sosial FISIP UI, gemalachairunnisaputeri@gmail.com

ABSTRAK

Program Keluarga Harapan (PKH) merupakan program intervensi dengan masa kepesertaan Keluarga Penerima Manfaat (KPM) PKH dirancang selama 6 (enam) tahun, dengan asumsi selama masa kepesertaannya terjadi perubahan perilaku dalam bidang pendidikan, kesehatan, dan status sosial ekonomi keluarga. Namun dalam perjalanannya masih belum tercapai, terdapat KPM PKH yang menjadi KPM PKH setelah lebih dari 6 (enam) tahun masa kepesertaannya. Artinya permasalahan terletak pada resertifikasi/graduasi KPM PKH yang belum berjalan dengan baik. Pemerintah seharusnya mengkaji lebih dalam lagi mengenai bagaimana menciptakan kemandirian KPM PKH. Penelitian ini memberikan gambaran skenario besaran bantuan yang kembali dikeluarkan pemerintah untuk KPM PKH yang tidak graduasi dalam waktu 6 (enam) tahun. Berdasarkan data dari Kementerian Sosial RI, terdapat 6,2 juta KPM PKH pada tahun 2017. Jika diasumsikan diberikan bantuan sejumlah yang sama yaitu sebesar Rp1.890.000,- per tahun maka akan mengeluarkan biaya sebesar Rp11,3T per tahun. Sementara jumlah KPM PKH yang telah graduasi sebanyak 230.351 dari tahun 2007 hingga 2017, atau terdapat pengurangan besaran bantuan sebesar Rp435M. Padahal KPM PKH direncanakan hanya diberikan bantuan selama 6 (enam) tahun saja. Terdapat efisiensi besaran bantuan sosial yang lebih besar apabila KPM PKH dapat graduasi sesuai jadwal. Adapun besaran bantuan sosial tersebut pun dapat dialokasikan untuk hal lain. Untuk itu perlu dilakukan penelitian lebih lanjut mengenai penguatan mekanisme dan instrumen resertifikasi/graduasi KPM PKH di masa mendatang.

Kata kunci: PKH, resertifikasi, graduasi

ABSTRACT

The Family Hope Program (PKH) is an intervention program with a PKH beneficiaries (KPM) membership period designed for 6 (six) years, taking into account the duration of its membership which can be used to change behaviour in the fields of education, health, and socioeconomic status of the family. However, in its journey that still did not succeed, there were KPM PKH that became KPM PKH more than 6 (six) years of membership. This indicate that there was something wrong with the resertification/graduation process that has not been going well. The government should consider about this issue. This research provides a complete picture of the amount of social assistance funds that continue to be provided by the government to KPM PKH that did not pass within 6 (six) years. Based on data from the Indonesian Ministry of Social Affairs, there were 6.2 million KPM PKH in 2017. If it is assumed that the social assistance funds is given the same amount in the amount of Rp1,890,000 per year, it will incur a cost of Rp11,3T per year. While the number of KPM PKH that have passed was 230,351 from 2007 to 2017, or as much as Rp435M in aid. Even though KPM PKH is only given social assistance funds for 6 (six) years. There is budget allocation efficiency if KPM PKH graduate on time. Once the amount of social

assistance can be allocated to other things. For this reason, further research needs to be done on the evaluation and resertification instrument/graduation of KPM PKH in the future.

Keywords: PKH, recertification, graduation

PENDAHULUAN

Bantuan sosial tunai salah satunya adalah program bantuan tunai bersyarat (*conditional cash transfer program/program CCT*) yang merupakan bantuan sosial dengan memberikan uang kepada keluarga miskin. Bantuan ini diberikan berdasarkan perilaku tertentu dan dimaksudkan sebagai investasi Sumber Daya Manusia (SDM) dan diorientasikan sebagai bagian dari strategi pemberantasan kemiskinan. Contohnya untuk menjaga anak-anak untuk tetap sekolah atau secara rutin memeriksakan ibu hamil dan balita pada pusat layanan kesehatan. Pendekatan ini sangat berbeda dengan bantuan tunai tak bersyarat (*unconditional cash transfer program/program UCT*) yakni bantuan bagi orang-orang/kelompok yang berbasis pada kriteria penerima yang sebelumnya sudah ditentukan (*pre-determined eligibility*).

Adapun program CCT pertama kali diimplementasikan di sejumlah negara Amerika Latin dan Karibia. Meksiko meluncurkan the Programa de Educación, Saludy Alimentación (PROGRESA). Brazil memiliki Programa Nacional de Bolsa Escola dan Programa de Erradicaçao doTrabalho Infantil (PETI). Kolumbia meluncurkan the Familias en Acciónprogram (FA), Honduras the Programa de Asignación Familiar (PRAF), Jamaica mengintroduksi the Program of

Advancement through Healthand Education (PATH), dan Nikaragua memperkenalkan the Red deProtección Social (RPS). Selanjutnya Program CCT semakin banyak direplikasi di penjuru dunia termasuk Indonesia dengan Program Keluarga Harapan (PKH) yang merupakan satu upaya pemerintah dalam mengembangkan sistem perlindungan sosial di Indonesia.

PKH sebagai salah satu program pemberian bantuan sosial bersyarat/program CCT sudah dilaksanakan sejak tahun 2007. Berkaitan dengan konsep CCT, agar dapat menjadi Keluarga Penerima Manfaat (KPM) PKH tentunya terdapat kondisionalitas yang mesti terpenuhi atau dengan kata lain terdapat kriteria eligibilitas sebagai KPM PKH. Kondisionalitas atau kriteria eligibilitas ini per tahun 2016, dikelompokkan ke dalam 3 (tiga) komponen, yaitu komponen pendidikan, kesehatan, dan kesejahteraan sosial.

Tabel 1: 3 (Tiga) Komponen Kondisionalitas atau Kriteria Eligibilitas KPM PKH

Komponen Pendidikan	Komponen Kesehatan	Komponen Kesejahteraan Sosial
Anak usia 6-21 tahun yang belum menyelesaikan pendidikan dasar (SD, SMP,	Ibu hamil/nifas: (1) pemeriksaan kehamilan di fasilitas kesehatan sebanyak	Lansia 60 tahun ke atas: memastikan pemeriksaan kesehatan serta penggunaan layanan Puskesmas

Komponen Pendidikan	Komponen Kesehatan	Komponen Kesejahteraan Sosial	Komponen Pendidikan	Komponen Kesehatan	Komponen Kesejahteraan Sosial
SMA); (1) terdaftar di sekolah/pendidikan kesetaraan; dan (2) minimal 85% kehadiran di kelas.	<p>minimal 4x selama kehamilan (1x trimester ke-I, 1x trimester ke-II, dan 2x trimester ke-III); (2) melahirkan di fasilitas pelayanan kesehatan; (3) pemeriksaan kesehatan ibu nifas 4x selama 42 hari setelah melahirkan.</p> <p>Bayi Usia 0 s.d. 11 bulan: (1) pemeriksaan kesehatan 3x dalam 1 (satu) bulan pertama; (2) ASI Eksklusif selama 6 (enam) bulan pertama; (3) imunisasi lengkap; (4) penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan setiap bulan; (5) mendapat suplemen vitamin A satu kali pada usia 6 – 11 bulan; (6) pemantauan perkembangan</p>	<p>Santun Lansia, layanan <i>home care</i> (pengurus merawat, memandikan, dan mengurus KPM PKH lanjut usia), dan <i>day care</i> (mengikuti kegiatan sosial di lingkungan tempat tinggal, lari pagi, senam sehat, dan lain sebagainya) bagi lansia tersebut minimal 1 (satu) tahun sekali.</p> <p>Disabilitas Berat: pihak keluarga atau pengurus melayani, merawat, dan memastikan pemeriksaan kesehatan bagi penyandang disabilitas berat minimal 1 (satu) tahun sekali dengan menggunakan layanan <i>home visit</i> (tenaga kesehatan datang ke rumah KPM PKH penyandang disabilitas berat), dan layanan <i>home care</i> (pengurus memandikan,</p>		<p>minimal 2x dalam setahun.</p> <p>Anak Usia Dini Usia 1 s.d. < 5 tahun: (1) imunisasi tambahan; (2) penimbangan berat badan setiap bulan; (3) pengukuran tinggi badan minimal 2x dalam setahun; (4) pemantauan perkembangan minimal 2x dalam setahun; (5) pemberian kapsul vitamin A 2x dalam setahun.</p> <p>Usia 5 s.d. < 6 tahun: (1) penimbangan berat badan minimal 2x dalam setahun; (2) pengukuran tinggi badan minimal 2x dalam setahun; (3) pemantauan perkembangan minimal 2x dalam setahun.</p>	<p>mengurusi, dan merawat KPM PKH).</p>

Awalnya, yaitu pada tahun 2007, kondisionalitas atau kriteria eligibilitas

KPM PKH adalah sedikitnya memenuhi satu dari berbagai kondisionalitas atau kriteria eligibilitas yang termasuk ke dalam 2 (dua) komponen, yaitu komponen pendidikan dan kesehatan. Rincian komponen tersebut diantaranya: (1) komponen pendidikan, terdiri dari: (a) memiliki anak usia 5-7 tahun yang belum masuk pendidikan dasar (anak pra sekolah); (b) memiliki anak usia SD/MI/Paket A/SDLB (usia 7-12 tahun); (c) memiliki anak SLTP/MTs/Paket B/SMLB (Usia 12-15); (d) memiliki anak 15-18 tahun yang belum menyelesaikan pendidikan dasar termasuk anak dengan disabilitas, dan (2) komponen kesehatan, terdiri dari: memiliki ibu hamil/nifas/anak balita.

Kemudian pada tahun 2016, terdapat perubahan kebijakan PKH yang salah satunya terdapat pada adanya penambahan komponen kesejahteraan sosial, dengan rincian komponen diantaranya: (1) penyandang disabilitas berat; dan (2) lanjut usia dengan kategori usia 70 tahun ke atas. Bantuan sosial PKH diberikan prinsipnya untuk mengurangi beban pengeluaran keluarga miskin. Pengeluaran keluarga miskin dapat semakin meningkat manakala juga memiliki anggota keluarga penyandang disabilitas berat dan/ lanjut usia dengan kategori usia 70 tahun ke atas, karena kerentanannya. Jika penanganan khusus tidak diberikan kepada anggota keluarga yang mengalami ketergantungan total tersebut, dikhawatirkan peruntukkan bantuan sosial PKH yang diterima keluarga miskin akan juga mengalir kepada penyandang disabilitas berat dan/ lanjut usia dengan kategori usia 70 tahun ke atas yang menjadi beban keluarga

bersangkutan. Oleh karena itu, bantuan sosial PKH pun diberikan kepada keluarga miskin yang memiliki anggota keluarga penyandang disabilitas berat dan lanjut usia dengan kategori usia 70 tahun ke atas. Dengan perspektif baru ini maka PKH tidak hanya mencakup komponen pendidikan dan kesehatan saja, tetapi juga mencakup komponen kesejahteraan sosial.

Pada awal *launching* PKH, yaitu tahun 2007, kondisionalitas/kriteria eligibilitas KPM PKH yang harus dipenuhi oleh KPM PKH agar terus memperoleh bantuan tunai tersebut adalah wajib hadir minimal 85% pada fasilitas kesehatan dan pendidikan. Apabila KPM PKH tidak memenuhinya maka bantuan tunai akan ditanggguhkan dan/atau dihentikan. Pada tahun 2016, pemerintah melakukan pembenahan dalam sistem pelayanan bantuan sosial PKH serta manajemen penyaluran bantuan yang disertai dengan *upgrading* persyaratan tambahan yang diberlakukan bagi penerima bantuan PKH. Tambahan persyaratannya, seperti mewajibkan bagi penyandang disabilitas berat melakukan pemeliharaan kesehatan sesuai kebutuhan. Kemudian adanya pemeriksaan kesehatan dilakukan oleh tenaga kesehatan melalui kunjungan ke rumah (*home care*). Sedangkan bagi lansia harus melakukan pemeriksaan kesehatan sesuai kebutuhan lansia. Pemeriksaan kesehatan dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan atau mengunjungi Puskesmas Santun Lansia (jika tersedia). Lansia juga harus dipastikan mengikuti kegiatan sosial di fasilitas pelayanan kesejahteraan sosial melalui kegiatan *day care* dan mengikuti berbagai kegiatan

yang dibutuhkan. Lansia yang mengalami kesulitan mengikuti *day care* dapat mengikuti kegiatan *home care* dengan pendamping lansia yang mendatangi ke rumah lansia sebagai penerima manfaat PKH.

Adapun pemantauan pemenuhan kondisionalitas/kriteria eligibilitas KPM PKH dilakukan oleh pelaksana PKH, dalam rangka untuk melihat seberapa besar pengaruh bantuan sosial pada pencapaian tujuan program. Kepatuhan KPM PKH terhadap kondisionalitas atau kriteria eligibilitasnya sebagai KPM PKH diharapkan dapat memacu keberhasilan dari tujuan program. Pelaksana PKH ini haruslah memastikan KPM PKH memenuhi kondisionalitas/kriteria eligibilitasnya dengan hadir pada fasilitas kesehatan, fasilitas pendidikan, dan fasilitas kesejahteraan sosial secara rutin sesuai dengan protokol komponen kesehatan, pendidikan, dan kesejahteraan sosial. Bentuk pemantauan kepada KPM PKH menggunakan alat bantu berupa formulir verifikasi komponen yang dipegang oleh pelaksana PKH yang akan diverifikasi setiap bulan pada pertemuan kelompok dan setiap 3 (tiga) bulan kepada fasilitas kesehatan dan fasilitas pendidikan, kecuali komponen kesejahteraan sosial verifikasi dilakukan minimal setahun sekali.

Bantuan yang diberikan, baik tunai dan per tahun 2017 menjadi non tunai, diharapkan dapat menjadi stimulus bagi KPM PKH untuk mendatangi fasilitas kesehatan, fasilitas pendidikan, dan fasilitas kesejahteraan sosial sehubungan dengan komitmennya sebagai KPM PKH. Bantuan akan

didistribusikan langsung kepada KPM PKH, dahulu tunai melalui PT Pos Indonesia dan sekarang per 2017 non tunai melalui Himpunan Bank Milik Negara (Himbara), setiap 3 bulan sekali sejumlah besaran tertentu selama KPM PKH tersebut memenuhi kondisionalitas atau kriteria eligibilitasnya. Per tahun 2019, terdapat perubahan indeks bantuan PKH sebagai berikut. Adapun indeks bantuan ini terdapat perubahan dari tahun sebelumnya yang diberikan dalam jumlah sama untuk setiap KPM PKH sebesar Rp1.890.000/tahun.

Tabel 2: Indeks Bantuan PKH Tahun 2019

Bantuan Tetap Setiap Keluarga/Tahun:	
Reguler	: Rp550.000
PKH Akses	: Rp1.000.000
Bantuan Komponen Setiap Jiwa/Tahun (maksimal 4 (empat) orang dalam satu keluarga):	
Ibu hamil	: Rp2.400.000
Balita	: Rp2.400.000
SD/ sederajat	: Rp900.000
SMP/ sederajat	: Rp1.500.000
SMA/ sederajat	: Rp2.000.000
Penyandang Disabilitas	: Rp2.400.000
Lansia	: Rp2.400,000

Tujuan PKH adalah untuk: (1) meningkatkan taraf hidup KPM PKH melalui akses layanan pendidikan, kesehatan, dan kesejahteraan sosial; (2) mengurangi beban pengeluaran dan meningkatkan pendapatan keluarga miskin dan rentan; (3) menciptakan perubahan perilaku dan kemandirian KPM PKH dalam mengakses layanan kesehatan dan pendidikan serta kesejahteraan sosial; (4) mengurangi kemiskinan dan kesenjangan antar kelompok pendapatan; dan (5)

mengenalkan manfaat produk dan jasa keuangan formal kepada KPM PKH.

Adapun kepesertaan KPM PKH dirancang selama 6 (enam) tahun. Asumsinya bahwa selama masa kepesertaan KPM PKH, tujuan PKH untuk KPM PKH tersebut sudah dapat tercapai. Atau dengan kata lain, terjadi transformasi kepesertaan KPM PKH. Transformasi kepesertaan KPM PKH merupakan proses pengakhiran sebagai KPM PKH yang dilakukan melalui kegiatan pemutakhiran sosial ekonomi. Semua KPM PKH didata ulang dan dievaluasi, baik dalam status kepesertaan maupun status sosial ekonominya. Kegiatan pemutakhiran sosial ekonomi KPM PKH dapat dilakukan melalui kerja sama dengan lembaga lain yang pelaksanaannya dapat dibantu oleh pendamping sosial dan administrator pangkalan data di daerah. Kegiatan pemutakhiran sosial ekonomi dilakukan untuk menentukan KPM PKH berstatus transisi atau graduasi. Penentuan status transformasi kepesertaan KPM PKH dilakukan melalui kegiatan resertifikasi yang seharusnya secara rutin dilaksanakan pada tahun ke-5 (lima) untuk setiap kohor kepesertaan PKH. Transisi merupakan kondisi KPM PKH yang masih memenuhi persyaratan, memiliki kriteria komponen, dan status ekonomi miskin. KPM PKH dengan status transisi masih diberikan penambahan waktu selama 3 (tiga) tahun sebagai KPM PKH dengan memiliki hak dan kewajiban yang sama dengan KPM PKH. KPM PKH pada masa transisi ditingkatkan kapasitasnya untuk dipersiapkan saat tidak menerima bantuan sosial PKH dan dapat diberikan

program terkait. Graduasi terdiri atas graduasi alamiah dan graduasi hasil pemutakhiran sosial ekonomi. Graduasi alamiah merupakan berakhirnya masa kepesertaan KPM PKH akibat tidak terpenuhinya kondisionalitas atau kriteria eligibilitas KPM PKH. Sedangkan graduasi hasil pemutakhiran sosial ekonomi merupakan berakhirnya masa kepesertaan KPM PKH berdasarkan hasil pemutakhiran sosial ekonomi. Direktorat Jaminan Sosial Keluarga dapat bekerjasama dengan lembaga/institusi terkait dalam melaksanakan program bagi KPM PKH, baik pada masa transisi maupun graduasi.

Kegiatan pemutakhiran sosial ekonomi dilakukan untuk menentukan status transformasi kepesertaan KPM PKH, atau dengan kata lain perubahan yang berkaitan dengan kondisi atau status sosial ekonomi KPM PKH. Apabila menjadi lebih baik (sesuai kriteria BPS), maka harus diperbaharui untuk dimutakhirkan dalam e-PKH. KPM PKH dimaksud dapat diusulkan untuk dikeluarkan dari kepesertaan PKH (graduasi) atau dinyatakan Non Eligibel (NE). Adapun kriteria BPS yang dimaksud adalah: (1) luas lantai bangunan tempat tinggal kurang dari 8 m² per orang; (2) lantai bangunan tempat tinggal terbuat dari tanah/bambu/kayu murahan; (3) dinding bangunan tempat tinggal terbuat dari bambu/rumbia/kayu berkualitas rendah atau tembok tanpa diplester; (4) tidak memiliki fasilitas buang air besar/bersama-sama rumah tangga lain menggunakan satu jamban; (5) sumber penerangan rumah tangga tidak menggunakan listrik; (6) air minum berasal dari sumur/mata air yang tidak

terlindung/sungai/air hujan; (7) bahan bakar untuk memasak sehari-hari adalah kayu bakar/arang/minyak tanah; (8) hanya mengonsumsi daging/susu/ayam satu kali dalam seminggu; (9) hanya membeli satu stel pakaian baru dalam setahun; (10) hanya mampu makan satu/dua kali dalam sehari; (11) tidak sanggup membayar biaya pengobatan di puskesmas/poliklinik; (12) sumber penghasilan kepala rumah tangga adalah: petani dengan luas lahan 0,5 ha, buruh tani, nelayan, buruh bangunan, buruh perkebunan, atau pekerjaan lainnya dengan pendapatan di bawah Rp600.000 per bulan; (13) pendidikan terakhir kepala rumah tangga: tidak sekolah/tidak tamat sekolah dasar (SD)/hanya SD; dan (14) tidak memiliki tabungan/barang yang mudah dijual dengan nilai minimal Rp500.000, seperti sepeda motor (kredit/nonkredit), emas, hewan ternak, kapal motor ataupun barang modal lainnya. Jika minimal 9 (sembilan) variabel terpenuhi maka suatu rumah tangga dikatakan miskin. Merujuk kepada tujuan PKH maka graduasi hasil pemutakhiran sosial ekonomi KPM dapat ditandai sebagai indikator keberhasilan PKH.

Data calon KPM PKH diperoleh dari Basis Data Terpadu (BDT) yang diolah berdasarkan ranking kemiskinan terendah (sekitar 11% dari keluarga miskin). Alur dalam penetapan data calon KPM PKH tersebut dimulai dari Direktorat Jaminan Sosial Keluarga yang mengirimkan data calon KPM PKH kepada Pemerintah Daerah cq. Dinas/Instansi Sosial Kota/Kabupaten untuk kemudian dilakukan pemilahan data keluarga miskin yang sudah dan

belum menjadi KPM PKH. Dalam hal Pemerintah Daerah memiliki data baru diluar data yang dikirimkan oleh Pemerintah Pusat maka Pemerintah Daerah dapat mengusulkan data tersebut untuk dijadikan data calon KPM PKH setelah dilakukan pemadanan dengan data BDT.

Pada tahun 2007 – 2008, data calon KPM PKH bersumber dari data Survei Pendidikan dan Survei Pelayanan Dasar Kesehatan dan Pendidikan (SPDKP) 2005 dari Badan Pusat Statistik (BPS), guna mengidentifikasi rumah tangga sangat miskin, serta fasilitas pendidikan dan kesehatan. Setelah itu, untuk tahun 2009 – 2011, data calon KPM PKH diambil dari Pendataan Program Perlindungan Sosial (PPLS) 2008 dari BPS yang menggunakan 14 indikator yang mengidentifikasi apakah rumah tangga tertentu layak memperoleh bantuan. Kemudian pada tahun 2012 – 2015, data calon KPM PKH bersumber dari Basis Data Terpadu (BDT) 2011 dikelola oleh TNP2K, berisi nama dan alamat individu rumah tangga yang berada pada 40 persen sebaran kesejahteraan terendah. Dari 2015 hingga saat ini, barulah data calon KPM PKH tersebut bersumber dari Data Terpadu Program Penanganan Fakir Miskin sesuai dengan Peraturan Menteri Sosial Nomor 10/HUK/2016 tanggal 3 Mei 2016 tentang Mekanisme Penggunaan Data Terpadu Program Penanganan Fakir Miskin.

Sesuai dengan prinsip dan kebijakan PKH bahwa: (1) PKH ditujukan bagi rumah tangga sangat miskin yang memenuhi syarat

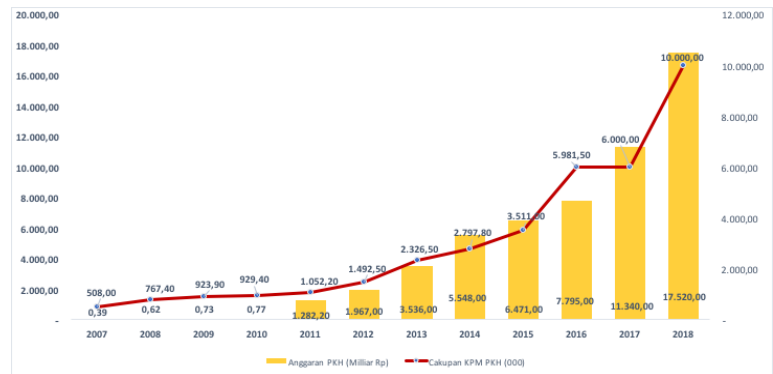
kepesertaan PKH; (2) peserta PKH juga layak menjadi penerima manfaat program perlindungan sosial lainnya sesuai dengan karakteristik setiap rumah tangga; (3) peserta PKH yang graduasi masih berhak menerima program bantuan sosial lainnya, sebagai bagian program graduasi untuk mencegah rumah tangga/keluarga tersebut tidak menjadi miskin lagi; dan (4) program graduasi yang diberikan disesuaikan dengan karakteristik rumah tangga hasil resertifikasi. Jadi, kembali kepada bahasan sebelumnya tujuan dari transformasi ini diantaranya: (1) mengurangi kemungkinan adanya “*poverty trap*” sekaligus “*withdrawal syndrome*”; (2) memberikan kesempatan keluarga miskin/rentan lain untuk menjadi KPM PKH; (3) mengontrol dukungan program komplementer telah benar-benar sampai pada KPM PKH. 6 (enam) tahun kepesertaan diharapkan telah mewujudkan internalisasi perilaku kondisionalitas KPM PKH.

PKH sering disebut sebagai program pemberdayaan sebab program ini betul-betul memberikan akses kepada anggota masyarakat yang tidak berdaya. Ife (2002) mengemukakan bahwa ciri keberdayaan adalah sebagai berikut: (1) keberdayaan dalam menentukan pilihan dan kesempatan dalam hidup (*power over personal choices and life chances*). Banyak orang yang kurang berdaya untuk menentukan nasib hidupnya, seperti dalam menentukan mata pencaharian. Pada kasus kemiskinan, orang memiliki pilihan yang amat sedikit dalam mengambil keputusan mengenai hidup mereka; (2) *power over the assertion of human rights*, merupakan keberdayaan dalam menuntut penyelenggaraan hak

asasi manusia terhadap diri dan lingkungannya. Jika dikaitkan dengan PKH itu sendiri, pemenuhan kebutuhan hidup merupakan hak asasi bagi seluruh manusia. Hambatan dalam pemenuhan kebutuhan merupakan tidak terpenuhinya hak asasi itu sendiri; (3) keberdayaan dalam mendefinisikan kebutuhan (*power over the definition of need*). Seringkali kebutuhan masyarakat miskin tidak ditentukan oleh pemerintah melalui perencanaan pembangunan yang tidak sesuai dengan kebutuhan mereka; (4) keberdayaan dalam mengemukakan gagasan (*power over ideas*). Dengan kata lain merupakan kapasitas seseorang dalam menyampaikan gagasan di dalam forum publik, kapasitas seseorang untuk terlibat dalam dialog dengan orang lain dan kemampuan orang untuk memiliki gagasan yang dapat berkontribusi dalam perbaikan kehidupan bersama; (5) keberdayaan terhadap institusi (*power over institutions*). Seringkali ketidakberdayaan masyarakat atau seseorang disebabkan oleh institusi sosial seperti sistem pendidikan, struktur pemerintahan, dan sebagainya. Keberdayaan ini berarti individu maupun komunitas mampu bertindak atas dampak yang diakibatkan oleh institusi tersebut. Nampaknya hal ini yang menjadi fokus dari program PKH; (6) keberdayaan terhadap sumber-sumber kehidupan (*power over resources*). Banyak sekali komunitas yang tidak memiliki kemampuan untuk menggunakan sumber-sumber kehidupan yang ada. hal ini dapat terjadi, baik pada sumber yang bersifat finansial maupun *nonmonetary resources*, seperti pendidikan. Keberdayaan ini dapat dicapai ketika

terdapat keadilan dalam distribusi dan penggunaan sumber-sumber; (7) keberdayaan dalam melakukan aktivitas ekonomi (*power over economic activity*), merupakan kapasitas masyarakat untuk mengontrol mekanisme produksi, distribusi dan pertukaran yang terjadi. Hal ini berkaitan dengan kesempatan untuk melakukan usaha; (8) Keberdayaan atas reproduksi (*power over reproduction*) merupakan keberdayaan yang tidak hanya berkaitan dengan kelahiran, namun juga latar belakang seseorang, bagaimana proses sosialisasi dan edukasi dilakukan.

Meskipun sebagai program perlindungan sosial dari pemerintah, PKH disebut memiliki muatan pemberdayaan. Meskipun merupakan *cash transfer*, namun program tersebut dimaksudkan untuk memberikan efek jangka panjang agar masyarakat miskin dapat bangkit dari kondisi kemiskinan. PKH selama ini ditujukan agar masyarakat memiliki kualitas hidup secara lebih meningkat. Sebagai contoh pada bidang pendidikan, pemberian beasiswa pada anak untuk bersekolah akan memberikan kesempatan anak tersebut memiliki kesempatan untuk lebih berdaya di masa yang akan datang. Namun kekeliruan yang harus diperbaiki adalah ketika penerima program masih salah sasaran, serta tidak ada lanjutan dari program ini. Misalnya upaya peningkatan kondisi penerima dari awalnya tidak berdaya menjadi berdaya melalui kegiatan produktif. Berikut ini disajikan jumlah KPM PKH dari tahun 2007 – 2018, berikut dengan besaran anggarannya.



Grafik 1:
Jumlah
KPM PKH
dan Besaran
Anggaran
PKH Tahun
2007 – 2018

TAHUN	PROVINSI	KAB/KOTA	KECAMATAN	KPM PKH
2007	7	48	337	387.947
2008	13	70	637	620.848
2009	13	70	781	726.376
2010	20	88	946	774.293
2011	25	119	1.387	1.52.201
2012	33	169	2.001	1.454.655
2013	33	336	3.417	2.326.533
2014	34	418	4.870	2.871.827
2015	34	472	6.080	3.511.088
2016	34	504	6.402	5.981.528
2017	34	509	6.730	6.228.810
2018	34	512	7.214	10.000.000

Tahun 2010 – 2014 terjadi peningkatan target penerima manfaat dan alokasi budget PKH, melampaui *baseline* target perencanaan. Pelaksanaan PKH pada tahun 2016 sebanyak 6 juta keluarga miskin dengan anggaran sebesar Rp10 Triliun. Jumlah KPM PKH pada tahun 2017 sebanyak 6.228.810 keluarga miskin dengan anggaran sebesar Rp11,5 Triliun. Adapun target KPM PKH pada tahun 2018 sebanyak 10 juta keluarga miskin dengan alokasi anggaran sebesar Rp19,4 Triliun. Namun, berapa banyak KPM PKH yang sudah mengalami graduasi? Kemudian apakah sudah sesuai dengan kohor KPM PKH dimana masa kepesertaan masa kepesertaan KPM PKH yang dirancang selama 6 (enam) tahun? Dan yang terpenting adalah apakah KPM PKH yang telah mengalami graduasi sudah dapat menggambarkan indikator

keberhasilan PKH atau dengan kata lain dapat menyatakan PKH sukses?

Merujuk kembali kepada kepesertaan PKH yang semakin meningkat dari tahun ke tahun, dan besaran bantuan yang telah dikeluarkan dalam rangka untuk mencapai tujuan PKH yang utamanya menciptakan kemandirian bagi KPM PKH, maka pemerintah seharusnya mengkaji lebih dalam lagi mengenai bagaimana menciptakan kemandirian KPM PKH tersebut. Adapun kemandirian KPM PKH yang dimaksud ditandai dengan graduasi hasil pemutakhiran sosial ekonomi KPM PKH. Graduasi KPM PKH adalah keluarnya KPM PKH dari status kepesertaan PKH karena berdasarkan hasil pemutakhiran sosial ekonomi, KPM PKH tersebut sudah tidak masuk ke dalam kategori miskin lagi. Belum ada penelitian sebelumnya yang spesifik membahas persoalan ini. Untuk itu peneliti terdorong untuk menelaah lebih lanjut mengenai graduasi KPM PKH. Penelitian ini akan berkontribusi sebagai penelitian pertama yang menonjolkan isu graduasi KPM PKH dalam pembahasannya.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian pendahuluan untuk penelitian yang berjudul “Penguatan Mekanisme dan Instrumen Asesmen dalam Keputusan Graduasi bagi Peserta Program Bantuan Sosial: Keputusan Graduasi Hasil Pemutakhiran Sosial Ekonomi Keluarga Penerima Manfaat (KPM) sebagai Indikator Keberhasilan Program Keluarga Harapan (PKH)”. Adapun penelitian pendahuluan

“Pentingnya Penguatan Mekanisme dan Instrumen Resertifikasi/Graduasi KPM PKH” ini menggunakan pendekatan analisis literatur dan analisis dokumen terkait.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Merujuk kepada tujuan penelitian hingga saat ini masih sedikit jumlah KPM PKH graduasi. Pada tahun 2017, jumlah KPM PKH graduasi sebanyak 230.351 keluarga atau 2,3% dari total KPM PKH. Pada tahun 2018, jumlahnya sebanyak 621.789 keluarga atau 6,21% dari total KPM PKH. Untuk tahun 2019, pemerintah sangat menargetkan 800.000 keluarga atau 8 % dari total KPM PKH graduasi. Hal ini perlu dikaji lebih lanjut, dengan masa kepesertaan KPM PKH 6 (enam) tahun, berapa seharusnya yang sudah graduasi? Bagaimana mekanisme dan instrumen asesmen dalam keputusan graduasi bagi KPM PKH saat ini? Dimana letak persoalannya?

Urgensi dari graduasi adalah untuk menjaga kesinambungan perilaku positif KPM PKH, menghindari dampak psikologis eks-KPM PKH, dan membuka peluang bagi eks-KPM PKH untuk mengakses program kemiskinan lain. Exit poll KPM PKH bahwa mereka tetap dapat mendapat bantuan sosial lain (komplementer), walaupun telah graduasi dari PKH. Jadi, bukan serta merta langsung terlepas dari program bantuan sosial apapun. Oleh karena itu studi ini dilakukan untuk penguatan mekanisme dan instrumen asesmen dalam keputusan graduasi bagi peserta program bantuan sosial, karena graduasi KPM PKH adalah pilihan yang tidak dapat dihindari terlebih dengan ada justifikasi lama waktu untuk dapat menjadi KPM PKH, dan PKH

adalah program yang memiliki muatan pemberdayaan bertujuan agar terjadinya

TAHUN	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
2007	387,974						387,974			387,974											
2008		232,874					387,974	232,874			232,874										
2009			105,528					232,874	105,528			105,528									
2010				47,917					105,528	47,917			47,917								
2011					277,908					435,891	277,908			277,908							
2012						402,454					510,782	402,454			402,454						
2013							871,878					507,982	871,878			871,878					
2014								545,294					919,795	545,294			545,294				
2015									639,261					823,202	639,261				639,261		
2016										2,470,440					1,041,715	2,470,440				2,470,440	
2017											247,282					3,342,318	247,282				247,282
2018												3,771,190					792,576	3,771,190			3,771,190
																	4,410,451				

perubahan perilaku dalam bidang pendidikan, kesehatan, dan status sosial ekonomi keluarganya.

Pemerintah sebenarnya sudah mulai memiliki perhatian terhadap graduasi KPM PKH. Hal ini ditunjukkan dengan target tahun 2019 dimana pemerintah menargetkan 800.000 keluarga atau 8 % dari total KPM PKH graduasi. Di bawah ini peneliti mencoba untuk membuat simulasi jumlah KPM PKH *baseline*, jumlah KPM PKH graduasi pada tahun ke-6 kepesertaannya (jumlah KPM PKH graduasi (i)), jumlah KPM PKH graduasi pada tahun ke-9, setelah melewati proses resertifikasi namun memperoleh status transisi (jumlah KPM PKH graduasi (ii)), dan jumlah KPM PKH graduasi pada tahun ke-6 kepesertaannya ditambah dengan KPM PKH graduasi pada tahun ke-9, setelah melewati proses resertifikasi namun memperoleh status transisi (jumlah KPM PKH graduasi (i) + (ii)).

Tabel 3: Simulasi KPM PKH *baseline*, KPM PKH graduasi (i), (ii), dan (i) + (ii)

Berdasarkan tabel di atas, dan dengan melihat dari data yang diperoleh bahwa pada tahun 2017, jumlah KPM PKH graduasi sebanyak 230.351 keluarga atau 2,3% dari total KPM PKH. Merujuk kepada tabel maka simulasi KPM PKH yang graduasi pada tahun 2017 merupakan KPM PKH kohor 2011 untuk masa kepesertaan 6 (enam) tahun/ideal dan kohor 2008 untuk masa kepesertaan 9 (sembilan) tahun/status transisi maka diperoleh KPM PKH graduasi (i) sebanyak 277.908 keluarga, KPM PKH graduasi (ii) sebanyak 232.874 keluarga, dan KPM PKH graduasi (i) + (ii) sebanyak 510.782 keluarga. Pada tahun 2018, jumlah KPM PKH graduasi sebanyak 621.789 keluarga atau 6,21% dari total KPM PKH. Merujuk kepada tabel maka simulasi KPM PKH yang graduasi pada

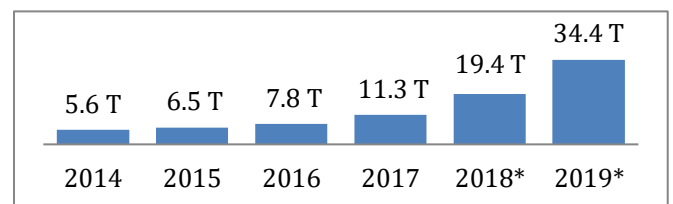
tahun 2018 merupakan KPM PKH kohor 2012 untuk masa kepesertaan 6 (enam) tahun/ideal dan kohor 2009 untuk masa kepesertaan 9 (sembilan) tahun/status transisi maka diperoleh KPM PKH graduasi (i) sebanyak 402.454 keluarga, KPM PKH graduasi (ii) sebanyak 105.528 keluarga, dan KPM PKH graduasi (i) + (ii) sebanyak 507.982 keluarga. Untuk tahun 2019, pemerintah menargetkan 800.000 keluarga graduasi atau 8 % dari total KPM PKH graduasi. Merujuk kepada tabel maka simulasi KPM PKH yang graduasi pada tahun 2019 merupakan KPM PKH kohor 2013 untuk masa kepesertaan 6 (enam) tahun/ideal dan kohor 2010 untuk masa kepesertaan 9 (sembilan) tahun/status transisi maka diperoleh KPM PKH graduasi (i) sebanyak 871.878 keluarga, KPM PKH graduasi (ii) sebanyak 47.917 keluarga, dan KPM PKH graduasi (i) + (ii) sebanyak 919.792 keluarga.

Namun, perlu dikonfirmasi kembali beberapa poin terhadap data, diantaranya: (1) jumlah KPM PKH graduasi pada tahun 2017, 2018, dan target 2019 apakah berdasar kepada kohor KPM PKH; (2) graduasi yang dimaksud adalah graduasi hasil pemutakhiran sosial ekonomi, bukan graduasi alamiah (karena KPM PKH tidak memiliki lagi atau tidak patuh terhadap komitmen terhadap kondisionalitas atau kriteria eligibilitas sebagai peserta); (3) perhitungan jumlah KPM PKH graduasi berdasarkan total KPM PKH; dan yang disebutkan adalah jumlah total KPM PKH dari tahun ke tahun bukan total penambahan KPM PKH baru sehingga dapat terlihat bahwa

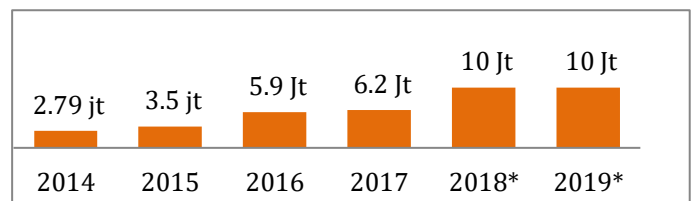
graduasi KPM PKH berjalan; dan (4) jumlah KPM PKH tahun 2018 adalah 10 juta keluarga, yang artinya masih dihitung dari kohor 2007.

Sementara itu, besaran anggaran yang dialokasikan untuk bantuan sosial PKH pun meningkat dari tahun ke tahun sesuai dengan total KPM PKH pada tahun tersebut. Walaupun ada kemungkinan terdapat kenaikan anggaran dikarenakan perubahan skema bantuan sosial, seperti besaran bantuan sosial yang diberikan kepada KPM PKH mengalami peningkatan dari tahun ke tahun, besaran bantuan sosial diberikan sejumlah yang sama untuk seluruh KPM PKH, atau bantuan sosial diberikan sesuai dengan kondisionalitas atau kriteria eligibilitas yang dimiliki oleh KPM PKH.

Grafik 2: Jumlah KPM PKH Total dan KPM PKH Telah Graduasi Tahun 2014 – 2019



Grafik 3: Besaran Bantuan Sosial PKH Tahun 2014 – 2019



Melihat data di atas, dengan asumsi pada tahun 2017 dengan KPM PKH berjumlah 6,2 juta keluarga, jika diberikan bantuan sejumlah yang sama

yaitu sebesar Rp1.890.000 per tahun maka mengeluarkan biaya sebesar Rp11,3 Triliun per tahun. Sementara jumlah KPM PKH yang telah graduasi adalah 230.351 keluarga atau terdapat pengurangan bantuan sebesar Rp435M. Padahal KPM PKH direncanakan hanya diberikan bantuan selama 6 (enam) tahun saja. Apakah ini berarti hanya kohor tahun 2008, yang mengalami transisi sehingga terdapat tambahan menerima bantuan sosial PKH selama 3 (tahun) lagi, bagaimana dengan KPM PKH kohor tahun 2011? Berapa jumlah bantuan sosial yang seharusnya dapat dilakukan efisiensi apabila KPM PKH dapat graduasi sesuai jadwal? Atau berapa jumlah bantuan sosial yang dapat dialokasikan untuk hal lain?

KESIMPULAN

Untuk itu perlu adanya skema-skema pencapaian target KPM PKH untuk menjadi mandiri, sesuai dengan tujuan keberhasilan program CCT di Indonesia. Hal ini diharapkan agar selama masa KPM PKH mendapat bantuan tidak saja mengikuti kegiatan pertemuan kelompok setiap bulannya, misalnya, atau memenuhi kondisionalitas atau kriteria eligibilitasnya, namun diluar daripada itu terdapat target KPM PKH yang dirinci per waktu tertentu selama masa kepesertaannya sebagai acuan bilamana target tersebut belum tercapai maka dapat menjadi alarm tujuan besar PKH belum dapat tercapai. Oleh karena itu studi ini dilakukan melihat relevansi antara kondisionalitas/kriteria eligibilitas KPM PKH sebagai indikator keberhasilan program CCT dalam penanggulangan kemiskinan di Indonesia, jangan sampai

bahwa indikator keberhasilan KPM PKH yang notabene untuk perubahan kemandirian sosial ekonomi KPM PKH selama masa kepesertaannya tidak tercampur aduk dengan indikator keberhasilan program dari perspektif lembaga. Hambatan dan kendala dalam graduasi dapat berasal dari berbagai alasan, seperti kendala dari sisi KPM PKH, desain program, pasar domestik, dan konteks politik.

Artinya, selama ini masih terdapat persoalan di dalam bagaimana sebaiknya mekanisme dan bagaimana sebaiknya instrumen dalam keputusan graduasi bagi peserta program bantuan sosial. Selama ini bagaimana penetapan graduasi bagi KPM PKH, apakah dalam menetapkan graduasi sudah rasional, saintifik, dan objektif? Berdasarkan penelitian pendahuluan ini yang merupakan *conceptual research* maka akan dilakukan penelitian lanjutan dengan konsep sebagai berikut.

Tabel 4: Konsep yang Ditawarkan

Tujuan	Indikator
(1) meningkatkan taraf hidup KPM PKH melalui akses layanan pendidikan, kesehatan, dan kesejahteraan sosial;	(1) status sosial ekonomi; (2) kepemilikan komplementeritas; (3) tingkat kepatuhan jika memiliki komponen pendidikan/status pendidikan; (4) tingkat kepatuhan jika memiliki komponen kesehatan/status kesehatan; (5) tingkat kepatuhan jika memiliki

Tujuan	Indikator
	komponen kesejahteraan sosial/status kesejahteraan sosial; (6) indeks kapital manusia.
(2) mengurangi beban pengeluaran dan meningkatkan pendapatan keluarga miskin dan rentan;	(1) status sosial ekonomi; (2) besaran pendapatan, pekerjaan; (3) besaran pengeluaran, digunakan untuk (pemenuhan komponen kesehatan, pendidikan, kesejahteraan sosial); (4) indeks kapital manusia.
(3) menciptakan perubahan perilaku dan kemandirian KPM PKH dalam mengakses layanan kesehatan dan pendidikan serta kesejahteraan sosial;	(1) tingkat kepatuhan jika memiliki komponen pendidikan/status pendidikan, perubahan perspektif bahwa pendidikan penting, tetap berupaya mengenyam pendidikan jika tidak memperoleh bantuan sosial PKH; (2) tingkat kepatuhan jika memiliki komponen kesehatan/status kesehatan, jika sakit berobat ke tenaga kesehatan; (3) tingkat kepatuhan jika memiliki komponen kesejahteraan sosial/status kesejahteraan sosial; (4) indeks kapital manusia.
(4) mengurangi kemiskinan dan kesenjangan antar	(1) status sosial ekonomi, bagaimana perspektif sosial ekonomi dibandingkan

Tujuan	Indikator
kelompok pendapatan;	dengan tetangga sekitar. (2) indeks kapital manusia.
(5) mengenalkan manfaat produk dan jasa keuangan formal kepada KPM PKH.	(1) kepemilikan rekening bank; (2) indeks kapital manusia.

Adapun konsep tersebut dimaksudkan untuk mendapatkan pilihan indikator dalam graduasi KPM PKH dalam rangka penguatan mekanisme dan instrumen asesmen dalam keputusan graduasi bagi peserta program bantuan sosial.

Seperti yang juga sudah dipaparkan di atas, mekanisme graduasi yang dirancang dalam PKH bahwa kepesertaan KPM PKH dirancang selama 6 (enam) tahun. Pada tahun ke-5 kepesertaannya maka akan dilakukan resertifikasi untuk mengetahui status transformasi kepesertaan KPM PKH. Transformasi kepesertaan KPM PKH merupakan proses pengakhiran sebagai KPM PKH yang dilakukan melalui kegiatan pemutakhiran sosial ekonomi. Semua KPM PKH didata ulang dan dievaluasi, baik dalam status kepesertaan maupun status sosial ekonominya. Hasil transformasi kepesertaan KPM PKH yang dimaksud dapat berupa transisi, dimana kondisi KPM PKH yang masih memenuhi persyaratan, memiliki kriteria komponen, dan status ekonomi miskin. KPM PKH dengan status transisi ini akan diberikan penambahan waktu selama 3 (tiga) tahun sebagai KPM PKH dengan memiliki hak dan kewajiban yang sama dengan KPM PKH. Sementara graduasi

hasil pemutakhiran sosial ekonomi merupakan berakhirnya masa kepesertaan KPM PKH berdasarkan hasil pemutakhiran sosial ekonomi. Hal ini yang menjadikan sebagai indikator keberhasilan PKH. Sementara itu instrumen yang digunakan adalah formulir pemutakhiran sosial ekonomi KPM PKH berisi indikator kemiskinan dari BPS, yang saat ini juga sudah tersedia dalam bentuk formulir elektronik.

Apakah cukup demikian? Atau apakah ada tambahan informasi mengenai mekanisme dan instrumen asesmen dalam keputusan graduasi? Atau ternyata bukan ini yang dimaksudkan dengan mekanisme dan instrumen asesmen dalam keputusan graduasi dan belum ada dalam acuan PKH. Hal ini akan menjadi isu kontekstual lagi. Mekanisme adalah cara atau upaya untuk mencapai suatu tujuan. Instrumen merupakan alat ukurnya. Bagaimana implementasi dari mekanisme dan instrumen asesmen dalam keputusan graduasi? Bagaimana permasalahan graduasi tersebut, apakah terdapat permasalahan dari aspek mekanisme dan instrumennya? Hal inilah yang perlu kembali diurai atau diperdebatkan, terkait dengan kondisionalitas atau kriteria eligibilitas KPM PKH, apakah ada suatu

mekanisme dan instrumen sebagai syarat dalam proses untuk mencapai termin atau milestone tertentu. Intinya agar indikator yang dipakai dalam graduasi KPM PKH benar-benar merujuk kepada tujuan PKH tersebut.

DAFTAR PUSTAKA

- Alderman, Harold. "The Contribution of Increased Equity to the Estimated Social Benefits from a Transfer Program: An Illustration from PROGRESA/Oportunidades". Policy Research Working Paper. World Bank Group. 2017.
- Pedoman Pelaksanaan PKH 2016
- Pedoman Pelaksanaan PKH 2017
- Permensos Nomor 1 Tahun 2018 Tentang Program Keluarga Harapan
- Pedoman Pelaksanaan PKH 2019
- Rachel Slater. "Cash Transfers: Graduation and Growth. Project Briefing. Overseas Development Institute. 2009.
- The Human Capital Project. World Bank Group. 2018.
- Yaschine, Iliana, et all. "Why, When, and How Should Beneficiaries Leave a CCT Programme?". Poverty in Focus. International Poverty Centre. 2018.