

LAPORAN PENELITIAN



Mewujudkan Program Keluarga Harapan (PKH) yang Lebih Bermakna:

*Analisa Gender Terhadap Implementasi PKH
di Kabupaten Sidoarjo (Jawa Timur)
dan Kabupaten Bima (NTB)*



LAPORAN PENELITIAN

Mewujudkan Program Keluarga Harapan (PKH) yang Lebih Bermakna:

Analisa Gender terhadap Implementasi PKH
di Kabupaten Sidoarjo (Jawa Timur)
dan Kabupaten Bima (Nusa Tenggara Barat)

Tim Peneliti:

Hasrul Hanif

Dati Fatimah

Aminatun Zubaedah

Juhriati

Kanis Suvianita

Widyatama Adhi

Zuhrah Maci

Laporan Penelitian
Mewujudkan Program Keluarga Harapan (PKH)
yang Lebih Bermakna:

Analisa Gender terhadap Implementasi PKH
di Kabupaten Sidoarjo (Jawa Timur)
dan Kabupaten Bima (Nusa Tenggara Barat)

Tim Peneliti

Hasrul Hanif, Dati Fatimah, Aminatun Zubaedah, Juhriati,
Kanis Suvianita, Widyatama Adhi, Zuhrah Maci

Diterbitkan oleh

Friedrich-Ebert-Stiftung
Kantor Perwakilan Indonesia
Jl. Kemang Selatan II No. 2A
Jakarta 12730

Bekerja sama dengan

Kementerian Koordinator Pembangunan Manusia dan Kebudayaan
Perhimpunan Aksara

Desain sampul & tata letak

Malhaf Budiharto

Dicetak oleh

Komunitas Pejaten

Cetakan I Oktober 2015
ISBN: 978-602-8866-16-3

**Dilarang memperbanyak buku ini dalam bentuk apapun,
termasuk foto kopi, tanpa ijin tertulis dari penerbit.**

Tidak untuk diperjualbelikan.

DAFTAR ISI

| | |
|---|----|
| KATA PENGANTAR | 8 |
| BAB 1 | |
| ANALISA GENDER BAGI IMPLEMENTASI KEBIJAKAN TRANSFER TUNAI BERSYARAT | 11 |
| 1. Pengantar | 11 |
| 2. Tujuan Kajian | 15 |
| 3. Luaran (Output) Kajian | 15 |
| 4. Kerangka Kajian | 16 |
| 4.1 Kemiskinan Sebagai Masalah Sistemik | 16 |
| 4.2 Strategi Sistemik dan Gender-based untuk Memahami Kemiskinan Sistemik | 17 |
| 5. Pengorganisasian Tim Kajian | 19 |
| 6. Metode Kajian | 20 |
| 6.1 Profil Lokasi Studi | 20 |
| 6.2 Metode Pencarian dan Analisa Data | 22 |
| | |
| BAB 2 | |
| PRAKTIK TRANSFER TUNAI BERSYARAT DAN KeadILAN GENDER DALAM KAJIAN LITERATUR | 25 |
| 1. Praktik Transfer Tunai Bersyarat di Berbagai Negara | 25 |
| 2. Program Keluarga Harapan Sebagai Transfer Tunai Bersyarat di Indonesia | 30 |
| | |
| BAB 3 | |
| IMPLEMENTASI PROGRAM KELUARGA HARAPAN DI KABUPATEN BIMA, NUSA TENGGARA BARAT | 37 |
| 1. Konteks Makro di Kabupaten Bima | 37 |
| 1.1 Potret Sosial, Ekonomi, Kesejahteraan | 38 |
| 1.2 Pembangunan Manusia dan Kesenjangan Gender | 39 |
| 1.3 Ketersediaan Infrastruktur dan Kualitas Pelayanan Publik | 44 |
| 2. Implementasi Program PKH di Kabupaten Bima | 46 |
| 2.1 Profil Program dan Penerima Manfaat PKH | 46 |
| 2.2 Kapasitas Kelembagaan Pemerintahan Daerah dalam Implementasi PKH | 47 |
| 2.3 Peran Pendampingan dan Fungsi Sentral Kelompok Penerima PKH | 49 |
| 3. Pengalaman Penerima Manfaat PKH | 50 |

| | | |
|-------|---|----|
| 4. | Dampak PKH bagi Proses Sosial di Kabupaten Bima | 57 |
| 4.1 | Dampak yang Diperkirakan | 58 |
| 4.1.1 | Optimalisasi Akses Terhadap Kebutuhan Dasar Perempuan dan Anak dalam Pendidikan dan Kesehatan | 58 |
| 4.1.2 | Katalis Pengaruh Sosial Perempuan di Tengah Eklusi Sosial | 59 |
| 4.2 | Dampak yang Tidak Diperkirakan | 62 |
| 4.2.1 | Bagi Rata sebagai Siasat atas Program Residual | 62 |
| 4.2.2 | Tergerusnya Rasa Percaya, Semangat Kesukarelaan, Solidaritas dan Gotong-Royong | 63 |

BAB 4

IMPLEMENTASI PROGRAM KELUARGA HARAPAN

| | | |
|-------|--|----|
| | DI KABUPATEN SIDOARJO, JAWA TIMUR | 65 |
| 1. | Konteks Makro di Kabupaten Sidoarjo | 65 |
| 1.1 | Potret Sosial dan Ekonomi | 66 |
| 1.2 | Kemiskinan dan Indeks Pembangunan Manusia | 67 |
| 1.3 | Ketersediaan Infrastruktur dan Kualitas Pelayanan Publik | 70 |
| 2. | Implementasi Program PKH di Kabupaten Sidoarjo | 72 |
| 2.1 | Profil Program dan Penerima Manfaat PKH | 72 |
| 2.2 | Kapasitas Kelembagaan Pemerintahan Daerah dalam Implementasi PKH | 73 |
| 3. | Pengalaman Penerima Manfaat PKH | 75 |
| 4. | Dampak PKH bagi Proses Sosial di Kabupaten Sidoarjo | 82 |
| 4.1 | Dampak yang Diperkirakan | 83 |
| 4.1.1 | Peran Sosial yang Tetap Stagnan | 83 |
| 4.1.2 | Membuka Akses Pendidikan Dasar Namun Tidak Merubah Kesadaran | 84 |
| 4.1.3 | Relasi Gender dalam Rumah Tangga yang Tetap Tak Setara | 84 |
| 4.2 | Dampak yang Tidak Diperkirakan | 85 |
| 4.2.1 | Ketegangan Sosial di Masyarakat Akar Rumput | 85 |

BAB 5

REKOMENDASI BAGI OPTIMALISASI PKH DALAM RANGKA MEWUJUDKAN KESETARAAN GENDER

| | | |
|-----|---|----|
| 1. | Dukungan Sarana dan Prasarana yang Kondusif dan Kualitas Pelayanan Publik | 87 |
| 2. | Menguatkan Tata Kelembagaan Pemerintah dalam Penanggulangan Kemiskinan di Tingkat Nasional dan Daerah | 88 |
| 2.1 | Membangun Data Kemiskinan Nasional yang Terintegrasi | |

| | |
|---|--------|
| | 7 |
| dan Real-Time | 88 |
| 2.2 Koordinasi antar SKPD dalam TKPKD dan Pokja PUG | 88 |
| 2.3 Optimalisasi Peran Birokrasi Garda Depan (street level bureaucracy) | 89 |
| 3. Fasilitasi Ruang-Ruang Pembelajaran Sosial | 89 |
| 4. Optimalisasi Proses Pendampingan | 90 |
| 4.1 Transformasi Pendamping dari Verifikator ke Pekerja Sosial | 90 |
| 4.2 Peer Group Komunitas Penerima Manfaat PKH | 90 |
| 5. Sinkronisasi Antar Program Penanggulangan Kemiskinan Secara Sistemik (Perlindungan Sosial dan Sekaligus Pemberdayaan) | 91 |
| DAFTAR PUSTAKA | 92 |
| Para Peneliti | 94 |



KATA PENGANTAR

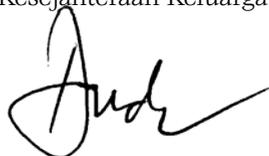
Program Keluarga Harapan (PKH) merupakan skema perlindungan sosial bagi Rumah Tangga Sangat Miskin untuk meningkatkan akses dan kualitas pendidikan dan kesehatan. Kajian ini menemukan berbagai bukti awal tentang perubahan relasi gender baik di tingkat domestik maupun publik. Hal mencakup pengembangan keterampilan perempuan dalam berorganisasi, penguatan posisi perempuan dalam pengambilan keputusan, dan juga kepemimpinan perempuan di berbagai level. Perubahan dalam relasi gender ini terjadi ketika PKH bersinergi dengan skema dan program pemberdayaan perempuan yang lain. Sinergi inilah yang memberi makna yang berarti untuk bukan hanya sekedar perbaikan kesejahteraan namun juga perbaikan relasi gender.

Kajian ini mendiskusikan dan merekomendasikan antara lain: (1) Keberadaan PKH meningkatkan kapasitas finansial untuk menjawab kebutuhan dasar; (2) PKH menjawab isu keterbatasan akses terhadap sumber penghidupan bagi keluarga sangat miskin terutama di saat sulit; (3) PKH bisa difungsikan sebagai jaminan untuk mengakses skema pinjaman finansial bagi banyak keluarga miskin; (4) PKH juga memunculkan adanya jaringan pemasaran sesama penerima PKH; (5) Ketika perempuan memegang uang tunai dari bantuan PKH, keluarga memiliki lebih banyak kelonggaran finansial sehingga menguatkan posisi perempuan dalam proses pengambilan keputusan; (6) ketika perempuan penerima PKH memiliki ruang dan terlibat aktif dalam kegiatan sosial; dan (7) penerima PKH (kebanyakan petani gunung) terjadi peningkatan tingkat kehadiran anak di sekolah.

Oleh karena itu, saya menyambut gembira dan menyampaikan terimakasih atas disusunnya publikasi hasil studi PKH ini oleh Friedrich-Ebert Stiftung (FES). Publikasi hasil studi ini memiliki nilai strategis di samping sebagai dokumen juga dapat menjadi acuan bagi para pemangku kepeniingan guna terus mengembangkan pencapaian keberhasilan pelaksanaan PKH.

Jakarta, 5 Oktober 2015

Asisten Deputi Ketahanan dan
Kesejahteraan Keluarga

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Detty Rosita', with a long horizontal flourish extending to the right.

Dra. Detty Rosita, M.Pd.

BAB 1

ANALISA GENDER BAGI IMPLEMENTASI KEBIJAKAN TRANSFER TUNAI BERSYARAT

1. Pengantar

Meskipun jumlah orang miskin di Indonesia mulai berkurang dari waktu ke waktu (lihat grafik di bawah ini), sebagaimana diketahui, program pengentasan kemiskinan tetaplah menjadi salah satu program prioritas dan strategi lintas bidang di Indonesia. Sebagaimana termaktub dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2010-2014, pemerintah Indonesia menargetkan angka kemiskinan yang ditetapkan dalam RPJMN sebesar 10,5-11,5%. Untuk memastikan target tersebut tercapai, Pemerintah kemudian secara serius meluncurkan sebuah desain pengentasan kemiskinan strategis yang bersifat sistemik. Lebih jauh, di setiap tingkat pemerintahan, Pemerintah juga membentuk tim koordinasi penanggulangan kemiskinan baik pemerintah pusat maupun pemerintah daerah.¹

Dalam desain Pemerintah, kebijakan penanggulangan kemiskinan dibagi menjadi tiga kluster, yaitu: (1) Kelompok Program Bantuan Sosial Terpadu Berbasis Keluarga. Karakteristik program ini adalah pemenuhan hak dasar utama individu dan rumah tangga miskin yang meliputi pendidikan, pelayanan kesehatan, pangan, sanitasi, dan air bersih.



1 Tim ini bertugas untuk: (1) Menyusun kebijakan dan program penanggulangan kemiskinan, (2) Melakukan sinergi melalui sinkronisasi, harmonisasi dan integrasi program-program penanggulangan kemiskinan di kementerian/lembaga/SKPD, dan (3) Melakukan pengawasan dan pengendalian pelaksanaan program dan kegiatan penanggulangan kemiskinan.

Program ini mencakup Raskin, Bea Siswa Sekolah Mandiri, Program Keluarga Harapan dan Jamkesmas, (2) Kelompok Program Berbasis Pemberdayaan. Program ini didesign dengan menggunakan pendekatan partisipatif, mendorong penguatan kapasitas kelembagaan masyarakat, pengelolaan kegiatan secara swakelola oleh masyarakat, dan perencanaan pembangunan yang berkelanjutan. Penerima manfaat dari program ini adalah kelompok masyarakat yang dikategorikan miskin. Yang masuk dalam kategori program ini adalah PNPM, dan (3) Kelompok Program Berbasis Pemberdayaan Usaha Ekonomi Mikro dan Kecil. Program ini bertujuan untuk memberikan akses dan penguatan ekonomi bagi pelaku usaha berskala mikro dan kecil. Karakteristiknya adalah bantuan modal skala mikro, penguatan kemandirian dan akses pasar, dan peningkatan keterampilan serta manajemen usaha. Penerima manfaatnya adalah kelompok masyarakat hampir miskin yang kegiatan usahanya pada skala mikro dan kecil, dan juga dapat ditujukan pada masyarakat miskin yang belum mempunyai usaha atau terlibat dalam kegiatan ekonomi.²

Salah satu program yang menarik untuk dikaji lebih jauh adalah Program Keluarga Harapan (PKH). Kajian mendesak dilakukan karena program ini didesain bukan hanya untuk memastikan standar hidup keluarga rumah tangga sangat miskin tetap terjaga ketika berhadapan dengan *economic shock*, tapi juga diharapkan memberikan ruang lebih leluasa bagi peran perempuan dalam ekonomi rumah tangga. Secara ideal,³ Program Keluarga Harapan, yang dihidirkan sejak tahun 2007, merupakan program yang ditujukan untuk mengurangi beban rumah tangga sangat miskin (RTSM). Program ini merupakan program *conditional cash transfer* (CCT), karena berdasarkan persyaratan dan ketentuan yang telah ditetapkan dengan melaksanakan kewajibannya. Persyaratan tersebut dapat berupa kehadiran di fasilitas pendidikan (bagi anak usia sekolah), ataupun kehadiran di fasilitas kesehatan (bagi anak balita, atau bagi ibu hamil).

Yang menarik adalah, syarat yang diterapkan dalam program ini merupakan bentuk intervensi untuk membidik masalah kesejahteraan dan kesenjangan gender dalam kehidupan sehari-hari. Maka tidak mengherankan apabila dalam

2 Pada dasarnya, penerima manfaat dari program penanggulangan kemiskinan tersebut dibagi-bagi ke dalam beberapa kategori. Dengan menggunakan patokan pada 14 (empat belas) kriteria dalam penentuan derajat kemiskinan, Pemerintah membagi target penerima program penanggulangan kemiskinan ke dalam klasifikasi berikut ini: (1) Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM), (2) Rumah Tangga Miskin (RTM), dan (3) Rumah Tangga Hampir Miskin (RTHM).

3 Penjelasan tentang PKH dalam bagian ini diringkas dari Juneman (ed.) (2012), serta penjelasan PKH yang ada di dalam laman TPKN, yaitu: <http://tnp2k.go.id/tanya-jawab/klaster-i/program-keluarga-harapan-pkh/>. Diakses 18 Agustus 2013.

desain program PKH, bantuan dana tunai PKH diberikan kepada ibu atau perempuan dewasa (nenek, bibi atau kakak perempuan) yang biasa disebut Pengurus Keluarga. Pemberian dana kepada pengurus keluarga diyakini akan dapat mendorong efektifitas PKH dalam meningkatkan kualitas pendidikan dan kesehatan penerima bantuan.

Ada dua tujuan utama PKH yang dapat diidentifikasi, yaitu: *Pertama*, sebagai *conditional cash transfer* (CCT), PKH merupakan bentuk pembayaran tunai yang langsung, berkala dan dapat diprediksi untuk membantu keluarga miskin meningkatkan pendapatan. Dimanapun, setiap program CCT yang dilahirkan bertujuan untuk, pertama-tama dan utama, mencegah efek negatif yang diakibatkan oleh tekanan ekonomi yang muncul karena adanya perubahan kebijakan dan dinamika ekonomi, baik terjadi secara domestik maupun efek dari aras global. Maka CCT diharapkan dapat berguna untuk tetap menjaga standar hidup setiap rumah tangga serta turut mendorong mempromosikan kreasi kekayaan, dan juga meminimalisasi efek tekanan sosial (bandingkan DFID, 2011). Dalam istilah yang sangat teknis, program CCT berusaha untuk “mengkoreksi kegagalan pasar terkait eksternalitas positif yang tidak terinternalisasi”, dimana bantuan tersebut digunakan untuk (a) memperkuat perilaku khusus terhadap eksternalitas positif yang aman semisal mendorong konsumsi atas barang atau sesuatu yang baik, misalnya kesehatan dan pendidikan; (b) targetnya adalah kelompok-kelompok yang rentan yang tak mampu mendapatkan keperluan yang baik karena efek negatif dari pendapatan yang disebabkan oleh kebangkrutan dan atau keterkejutan dari luar.⁴

Kedua, PKH bertujuan untuk memberikan ruang yang lebih leluasa terhadap peran perempuan dalam meningkatkan kesejahteraan rumah tangga mereka (lihat Arief,dkk, 2011). Hal ini dibangun dari asumsi bahwa perempuan menjadi kelompok sosial yang berpotensi paling rentan di tengah tekanan dan keterkejutan ekonomi, karena posisi tradisional mereka dalam relasi gender yang ada. Alasan lainnya, perempuan justru dianggap lebih efektif dalam mengelola keuangan rumah tangga, sehingga kualitas kesehatan dan pendidikan penerima bantuan dapat ditingkatkan.

Hal penting untuk digarisbawahi adalah kajian-kajian tentang keberhasilan implementasi PKH dalam memastikan standar hidup RTSM tetap relatif terjaga di tengah *economic shock* sudah banyak dilakukan, dan temuan yang ada menunjukkan bahwa bahwa dampak positif dirasakan.⁵ Misalnya, studi yang

4 Juneman[ed.],2012:3

5 Untuk pemetaan perspektif dan hasil dari berbagai kajian-kajian tentang PKH akan diuraikan secara

dilakukan oleh Bank Dunia (2011) mengkonfirmasi bahwa PKH memberikan dampak yang positif dalam meningkatkan kualitas hidup keluarga penerima bantuan tunai. Penerima PKH memanfaatkan kelebihan uang tunai yang mereka miliki untuk membeli makanan yang lebih baik, serta untuk menunjang kesehatan mereka. Penyimpangan pemanfaatan alokasi untuk hal yang tidak produktif, seperti untuk membeli rokok atau alkohol, tidak cukup signifikan. Bahkan studi juga menemukan "*spill-over effect*" dari rumah tangga penerima PKH terhadap rumah tangga non-penerima PKH.

Namun sayangnya tidak banyak kajian yang berusaha melihat dampak PKH terhadap relasi gender (*gender impact study*). Padahal, sebagaimana telah dijelaskan sebelumnya, program CCT ini secara serius menempatkan perempuan sebagai subyek penting dalam pengelolaannya di dalam rumah tangga. Studi awalan tentang *intra-household gender relation* pernah dilakukan oleh SMERU Research Institute (Arif, dkk, 2011). Kajian ini menunjukkan bahwa hubungan gender di dalam rumah tangga pasca menerima bantuan tunai PKH tidak selalu berjalan sebagaimana yang diharapkan oleh para pembuat kebijakan. Perempuan, baik di pedesaan maupun perkotaan, masih tetap hanya menjadi penyangga suami dalam hal pendapatan keluarga meskipun dapat menentukan alokasi keuangan keluarga. Peran tradisional masih dominan: ada pemisahan wilayah publik-privat dan beban ganda perempuan. Laki-laki sebagai penentu besaran alokasi, sedangkan perempuan sebagai eksekutor. Dengan catatan, peluang perempuan akan lebih dominan apabila memperoleh pendapatan sendiri. Dalam studi SMERU ditemukan, secara umum, bahwa PKH bermanfaat untuk semua pihak dalam rumah tangga meski nilai uang lebih berguna di pedesaan daripada di perkotaan. Namun bila dilihat dari relasi gender yang ada, tidak ada perbedaan yang jelas antara rumah tangga penerima dan non-penerima PKH. Perempuan yang menerima uang, namun tidak semuanya paham betul tentang tanggungjawab mereka. Peran tradisional pun masih berjalan dalam rumah tangga penerima PKH, yaitu: uang besar untuk laki-laki, sedangkan uang kecil untuk perempuan dan suami masih dominan menentukan alokasi. Meskipun kabar baiknya adalah PKH tidak memicu konflik antara suami dan istri.

Oleh karena itu, dibutuhkan sebuah kajian kualitatif untuk mendalami lebih jauh bagaimana relasi gender yang terbentuk pasca implementasi PKH. Lebih jauh, kajian ini diharapkan akan memberikan rekomendasi model kebijakan PKH yang lebih bermakna agar implementasi PKH berikutnya mampu mendorong peran dan relasi gender yang setara, baik di dalam rumah tangga maupun

komunitas.

2. Tujuan Kajian

Pada dasarnya *Value-for-Money* (VfM) dari bantuan tunai PKH diharapkan bukan hanya memberikan perbaikan standar hidup secara ekonomi, namun juga secara sosial termasuk dalam konteks relasi gender. Dengan demikian, analisa menjadi kebutuhan yang mendasar dalam mengkaji dampak dari implementasi PKH.

Kajian ini secara umum merupakan rangkaian dari *evidence-based policy* yang bertujuan untuk merumuskan model kebijakan PKH yang mampu mendorong kesetaraan gender. Hal yang perlu dikaji lebih jauh adalah bukan hanya korelasi positif atau tidak, tapi juga prasyarat dan faktor-faktor multilevel yang boleh jadi berkontribusi bagi tercapai atau tidak sebuah tujuan kebijakan.

Lebih khusus kajian ini, dengan menggunakan perspektif gender, akan difokuskan pada:

1. Mengidentifikasi dampak Program Keluarga Harapan (PKH) terhadap relasi gender yang ada;
2. Mengidentifikasi peluang, tantangan serta limitasi, baik dalam tingkat makro (aspek struktur sosial dan capaian *Human Development Index* dan *Gender Development Index* dan kualitas pelayanan publik), meso (keterikatan individu atau rumah tangga dengan negara dan komunitas) maupun mikro (kapabilitas individu);
3. Mengidentifikasi sejauh mana tambahan uang tunai, di tengah aspek makro, meso, dan mikro tersebut ditransformasikan menjadi kapasitas untuk mengontrol dan mempengaruhi secara setara dalam proses pembuatan keputusan di dalam rumah tangga dan komunitas, sekaligus bisa menerima manfaat positif secara langsung.

3. Luaran (Output) Kajian

Keluaran dari aktivitas ini adalah:

1. Identifikasi peluang dan tantangan bagi optimalisasi kebijakan PKH agar berdampak bagi keadilan dan kesetaraan gender,
2. Konsolidasi *multistakeholders group* (MSG) baik di tingkat nasional maupun lokal. MSG merupakan simpul pengetahuan (*knowledge hub*) yang berfungsi sebagai wadah *policy learning* antara pembuat kebijakan, aktivis organisasi non-pemerintah (ORNOP) dan akademisi. MSG juga berfungsi memfasilitasi *horizontal learning* antar warga penerima manfaat program dalam rangka mendorong advokasi kebijakan untuk PKH yang lebih bermakna.

4. Kerangka Kajian

4.1 Kemiskinan Sebagai Masalah Sistemik

Pendefinisian tentang kemiskinan sangat erat dengan kapasitas sumberdaya yang dimiliki oleh seseorang. Seseorang yang disebutkan miskin pada dasarnya merupakan orang yang memiliki kekurangan sumberdaya-sumberdaya material ketika akan terlibat dalam aktivitas-aktivitas sosial yang ada, atau seseorang yang tidak memiliki kesempatan untuk memperoleh keuntungan atau standar hidup yang layak menurut lingkungan dia tinggal. Dengan kata lain, gagal untuk bisa terlibat dalam aktivitas normal dan memperoleh keuntungan dikarenakan oleh ketidakcukupan sumberdaya material. Oleh karena itu, mendefinisikan kemiskinan akan sangat terkait dengan dua indikator penting: (1) individu tersebut semestinya berada dalam tingkatan konsumsi dan standar hidup yang abnormal, (2) kondisi tersebut disebabkan oleh kekurangan akses terhadap sumberdaya-sumberdaya material.⁶

Hal yang menarik untuk dicatat lebih jauh adalah proses kemiskinan ini tidak terjadi hanya semata-mata pada individu melainkan juga pada komunitas. Dengan kata lain, ada kondisi kultural dan struktural yang kemudian menempatkan seseorang menjadi miskin dikarenakan dirinya menjadi bagian dari sebuah komunitas. Ada proses marginalisasi secara ekonomi, sosial dan budaya pada sebuah komunitas yang kemudian membuat individu yang menjadi bagian dari komunitas tersebut mengalami proses kemiskinan (lihat Kymlicka, 1995).

Robert Chambers (dalam Soetrisno, 1999:19) menjelaskan bahwa kemiskinan dapat dilihat dari jebakan kekurangan (*deprivation trap*) atau ketidakberuntungan yang melilit seseorang atau sebuah komunitas, yaitu: (1) kemiskinan itu sendiri, (2) kelemahan fisik, (3) keterasingan, (4) kerentanan, dan (5) ketidakberdayaan. Dua hal yang terakhir dianggap sebagai faktor struktural yang turut menyumbang paling banyak terhadap penyebab kemiskinan.

Hal yang menarik adalah ketika Amartya Sen (1999: bab IV) menegaskan bahwa inti dari kemiskinan adalah bukan rendahnya pendapatan semata, melainkan persoalan kekurangan kapabilitas (*capability deprivation*) atau hilangnya kapasitas untuk keluar dari belenggu kemiskinan yang bersifat struktural. Kekurangan kapabilitas ini dapat dilihat dari beberapa hal penting berikut ini: (1) Kurangnya kapasitas kekuasaan. Dalam konteks ini orang menjadi miskin karena sumberdaya kekuasaan sama sekali tidak mereka miliki, sehingga tidak memiliki posisi tawar dan akses untuk terlibat dalam proses kebijakan publik yang justru seringkali memberikan dampak negatif atau positif

6 Lyntastad, Keilman, Bojer & Thomsen, 1997: 14-15.

terhadap mereka, (2) Kurangnya kesempatan. Seseorang atau sebuah komunitas menjadi miskin dikarenakan tidak ada kesempatan untuk pengembangan diri, (3) Kurangnya rasa aman dan jaminan sosial. Seseorang menjadi miskin dikarenakan tidak terpenuhinya pemenuhan-pemenuhan dasar dalam dirinya secara sosial, seperti rasa aman dan jaminan sosial dalam ketidakpastian, dan sebagainya. Bila kita bersepakat dengan argumen Amartya Sen, maka persoalan penanganan kemiskinan kini erat kaitannya dengan persoalan relasi kekuasaan dalam memproduksi dan redistribusi sumberdaya-sumberdaya material yang ada. Persoalan penanganan kemiskinan kini bukan lagi semata sekedar persoalan kapasitas individual semata, tapi juga melingkupi bagaimana mentransformasikan kapasitas sistemik (baca: kekuasaan) yang ada agar mampu mendorong proses produksi dan redistribusi kesejahteraan.

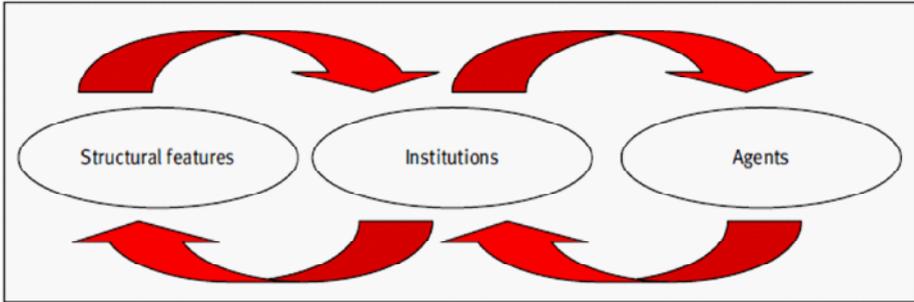
4.2 Strategi Sistemik dan *Gender-based* untuk Memahami Kemiskinan Sistemik

Untuk melihat sejauh mana program *conditional cash transfer* (CCT) akan berhasil mendorong perubahan, baik secara ekonomi maupun secara sosial, tidak cukup hanya mengidentifikasi pada tingkat individu atau rumah tangga semata. Misalnya, DFID ketika memperkenalkan konsepsi "*drivers of change*" dalam upaya penanggulangan kemiskinan menekankan bahwa ada aspek-aspek sistemik yang dibutuhkan untuk mendorong perubahan, yaitu (lihat Nash, Hudson & Luttrell, 2006):

- Agen yang merujuk pada individu maupun organisasi yang memiliki kepentingan tertentu.
- Karakteristik struktural yang terkait dengan formasi negara, sumberdaya manusia dan sumberdaya alam, struktur ekonomi dan sosial, perubahan demografi, urbanisasi, dan sebagainya.
- Institusi termasuk didalamnya tata perilaku, norma dan kebiasaan, baik secara formal maupun informal yang mempengaruhi perilaku agen.

Oleh karena itu, kajian ini berusaha memahami dan mengidentifikasi dampak dan sekaligus peluang PKH dalam mendorong kesetaraan gender; maka setidaknya ada 3 (tiga) lapis persoalan penting yang akan dialami, yaitu:

- **Makro.** Lapis makro yang dimaksud adalah "lingkungan" sosial, ekonomi dan kapasitas *governance* yang melingkupi. Lapis makro ini akan menjadi faktor peluang maupun tantangan bagi optimalisasi PKH yang bermakna. Oleh karena itu aspek-aspek yang akan dilihat pada level makro ini adalah: (1) geografi sosial (perkotaan/pedesaan), (2) demografi (heterogen/homogen, migrasi/non-migrasi), (3) struktur ekonomi (agraris/industrial),



Source: Warrener (2004).

kapasitas *governance* (Derajat Pembangunan Manusia [melalui IPM]), Derajat Pembangunan Gender (melalui IPG) serta Kualitas Pelayanan Publik).

- **Meso.** Sebagaimana disebutkan sebelumnya bahwa kapasitas individu tidak bisa terlepas dari sejauh mana dirinya mampu mengakses sumberdaya di dalam ikatan kolektif yang lebih besar, baik negara maupun komunitas. Dengan demikian menjadi sangat penting untuk melihat derajat keterlibatan antara individu dan rumah tangga dengan negara dan komunitas. Pada lapis meso ini akan dilihat: (1) untuk keterlibatan dengan negara adalah: (a) keterlibatan aktif dalam ruang-ruang partisipasi, (b) akses terhadap perlindungan sosial dari negara (tunggal atau jamak); (2) sedangkan untuk keterlibatan dengan komunitas adalah: (a) keterlibatan aktif dalam ruang-ruang komunikasi, (b) akses terhadap perlindungan sosial berbasis komunitas (tunggal atau jamak);
- **Mikro.** Pada lapis ini yang dilihat adalah kapasitas individu dan rumah tangga yang ada, yang dilihat dari: (1) tingkat pendidikan, (2) akses terhadap sumber informasi.

Dalam konteks CCT, semua hal tersebut di atas merupakan aspek yang berkelindan satu sama lain, sehingga untuk melihat sejauh mana PKH akan bermakna, akan sangat dipengaruhi oleh sejauh mana individu atau rumah tangga tersebut mampu mentransformasikan peluang yang ada. Secara sederhana dapat dirumuskan sebagai berikut:

Bantuan tunai + Kapabilitas individu (Mikro) * Peluang (Meso dan Makro) = Pengaruhi dan kontrol

Tentu saja semua kerangka kajian ini akan dilihat dari perspektif gender. Dengan kata lain, kerangka kajian ini akan selalu melihat dampak dari setiap kebijakan yang ada terhadap pola hubungan gender. Perspektif gender dan 3 lapis persoalan menjadi saling berkelindan satu sama lain dan sangat erat karena lahirnya tradisi analisa berbasis gender (*gender-based analysis*) justru dibangun diatas asumsi bahwa setiap kebijakan publik tidak dapat dilepaskan dari konteks dan isu sosial yang juga terkait dengan isu ekonomi. Karena menggunakan perspektif gender, kajian ini tidak hanya melihat dampak (*outcome*) tapi juga melihat konsep, argumen dan bahasa yang digunakan dalam menjustifikasi sebuah kebijakan publik (Status of Women Canada, 1998).

5. Pengorganisasian Tim Kajian

Kajian ini dilaksanakan oleh Aksara dengan dukungan konsultan dari Universitas Gadjah Mada. Aksara adalah sebuah LSM yang fokus pada upaya mempromosikan kesetaraan gender dalam *local governance* dan manajemen risiko bencana serta perubahan iklim. Berdiri pada 8 Maret 2007, Aksara memiliki visi untuk mendorong pemenuhan hak masyarakat marjinal, dengan salah satu misinya adalah melakukan penyadaran kritis dan pemberdayaan perempuan dan kelompok marjinal. Saat ini Aksara mengembangkan pengorganisasian masyarakat, pengembangan media pembelajaran, advokasi kebijakan dan juga memberikan layanan konsultasi bagi organisasi masyarakat sipil, pemerintah daerah dan pemangku kepentingan yang lain terkait dengan pengarusutamaan gender dalam perencanaan penganggaran, dan manajemen risiko bencana di berbagai tingkatan. Beberapa pihak yang memanfaatkan kecakapan Aksara sebagai mitra dan konsultan sejak tahun 2009, antara lain adalah Badan Pemberdayaan Perempuan dan Masyarakat DIY, Bappeda Kabupaten Sleman, Dinas Kesehatan Bantul, Komunitas Peduli Perempuan dan Anak (KPPA) Palu dan Pemerintah Kota Yogyakarta.

Aksara juga memiliki pengalaman dalam studi kebijakan dan penerbitan buku, seperti dalam studi kebijakan jaminan sosial di Kabupaten Semarang, kebijakan penanggulangan bencana di Kabupaten Nabire – Papua dan Flores Timur - NTT, serta monitoring kebijakan Jampersal di Kabupaten Purworejo dan Kulon Progo. Deskripsi lebih lengkap bisa didapatkan di: <http://aksara-jogja.net/>

Adapun tim peneliti adalah sebagai berikut:

- Konsultan : Hasrul Hanif, S.IP, MA
- Koordinator dan Peneliti : Dati Fatimah, SE, MA
- Anggota peneliti : 1. Aminatun Zubaedah
2. Juhriati,SH

3. Zuhra Maci, SH.i, MH.i
4. Kanis Suviati, SH, LLM
5. Widyatama Adhy
6. Dian Lestariningsih

Kajian ini juga mempromosikan dan mendorong keterlibatan mitra lokal dalam implementasi riset, baik dari kalangan perguruan tinggi, LSM maupun juga pemerintah daerah di Kabupaten Sidoarjo dan Kabupaten Bima. Mitra lokal ini menjadi embrio bagi *multistakeholders group* (MSG) dan keterlibatannya menjadi penting mengingat kegiatan ini bukan sekedar riset yang berhenti hanya sampai laporan saja, namun juga menjadi pijakan untuk perbaikan kebijakan, serta dapat juga dimanfaatkan oleh masyarakat dan aktor non pemerintah yang lain dalam memastikan pemenuhan hak dasarnya dalam program-program pengentasan kemiskinan.

6. Metode Kajian

Studi ini merupakan studi kualitatif dengan pendekatan studi kasus dengan lokus wilayah kajian adalah Sidoarjo (Jawa Timur) dan Bima (Nusa Tenggara Barat).

6.1 Profil Lokasi Studi

Studi ini dilakukan di 2 desa yang ada di 2 kabupaten/kota di 2 propinsi (Jawa timur dan Nusa Tenggara Barat). Di Sidoarjo, kajian dilakukan di Desa Pepelegi, Kecamatan Waru dan Kelurahan Tambak Kemerakan, Kecamatan Krian. Sedangkan di Bima, kajian dilakukan di Desa Tolowata, Kecamatan Ambalawi dan Desa Rasabou, Kecamatan Bolo.

Dua lokasi tersebut merepresentasikan konteks sosial, ekonomi dan politik yang berbeda, sehingga studi diharapkan akan memberikan profil yang beragam. Berikut profil lebih detail dari dua daerah otonom tersebut:

Kabupaten Sidoarjo, Jawa Timur. Kabupaten ini merupakan salah satu kabupaten yang tergabung dalam program PKH yang pertama pada tahun 2007. Program PKH direncanakan akan berakhir pada tahun 2015 di Kabupaten ini. Sidoarjo merupakan salah satu kabupaten/kota dengan angka kemiskinan yang terendah di Jawa Timur (peringkat ke-6), dimana jumlah orang miskin pada tahun 2010 sebanyak 7.45% atau sebanyak 144.928 jiwa. Sedangkan Angka Partisipasi Kerja pada tahun 2010 adalah 68.81 %, termasuk sebanyak 34.36% penduduk yang bekerja di sektor informal.

Bila melihat profil kesehatan ibu dan anak, daerah ini menarik untuk dikaji lebih jauh. Menurut hasil Riskesdas, sebanyak 15.88% balita di wilayah ini

mengalami kurang gizi (rerata di tingkat Propinsi Jawa Timur sebanyak 17.40%). Angka Kematian Bayi sebanyak 27/1000 kelahiran hidup pada tahun 2009. Menariknya, sebanyak 100% dari persalinan telah ditolong oleh tenaga medis pada tahun 2009.

Adapun profil pendidikan di Sidoarjo menunjukkan hal yang menarik. Angka Putus Sekolah penduduk usia 7-15 tahun adalah sebanyak 0.78% (rerata propinsi sebanyak 1.14% dan rerata nasional sebanyak 1.97%) pada tahun 2009. Angka Melek Huruf dilaporkan sebanyak 97.44% pada tahun 2009 dan meningkat menjadi 97.42% pada tahun 2010. Dan pada tahun 2012 dilaporkan 97,96% telah melek huruf.⁷

Derajat akses terhadap air bersih dan sanitasi di Sidoarjo menunjukkan kondisi di atas rerata propinsi dan nasional. Sebanyak 77% keluarga telah memiliki akses terhadap air bersih, lebih tinggi dari rata-rata propinsi sebanyak 67.08% dan rata-rata nasional sebanyak 58.18% pada tahun 2009. Sebanyak 11.24% rumah tangga belum memiliki akses ke sanitasi, lebih rendah dari rata-rata propinsi sebanyak 22.05% dan rata-rata nasional sebanyak 22.78% pada tahun 2009.

Alhasil, Indeks Pembangunan Manusia di Sidoarjo sebanyak 76.28 pada tahun 2010 lebih tinggi dari rata-rata propinsi (71.62) dan rata-rata nasional (72.27). Angka Harapan Hidup adalah 70.31 pada tahun 2009 dan meningkat menjadi 70.55 pada tahun 2010.

Kabupaten Bima, Propinsi Nusa Tenggara Barat. Kabupaten Bima mulai menerima program PKH sejak tahun 2008. Angka kemiskinan di kabupaten ini pada tahun 2010 dilaporkan sebanyak 19.41%, menurun dari angka tahun 2009 sebanyak 20.42%. Angka ini lebih tinggi daripada rerata nasional (13.33%), walaupun masih lebih rendah daripada rerata propinsi (21.55%). Sedangkan tingkat pengangguran terbuka di kabupaten ini dilaporkan sebanyak 3.14%, walaupun dari mereka yang bekerja, mayoritas bekerja di sektor informal (82.33%).

Adapun tingkat kesehatan ibu dan anak di Kabupaten Bima bisa dilihat dari beberapa indikator berikut. Persentase balita kurang gizi sebanyak 33.20% atau tertinggi di propinsi NTB (lebih tinggi dari rerata nasional [18.40%] dan rerata propinsi [24.8%]). Pada tahun 2009, Angka Kematian Bayi (AKB) dilaporkan sebanyak 59/1000 Kelahiran Hidup. Angka ini sedikit lebih rendah dari rerata AKB propinsi (62/1000 KH), namun lebih tinggi dari rerata nasional (31/1000 KH). Persentase persalinan ditolong tenaga kesehatan adalah 55.10%. Lebih rendah dari rerata propinsi yang berjumlah 71.32%, dan juga rerata nasional sebanyak 77.34%.

7 Bab III hal 14 LAKIP Pemerintah Daerah Sidoarjo, 2012

Sedangkan profil pendidikan dapat dilihat dari angka putus sekolah untuk anak usia 7-15 tahun. Pada tahun 2009 dilaporkan sebanyak 2.37% (lebih tinggi dari rerata propinsi [2.19%] dan rerata nasional [1.97%]).

Pada tahun 2009 hanya sebanyak 52.2% rumah tangga yang telah memiliki akses ke air bersih. Angka ini masih lebih rendah daripada rerata propinsi sebanyak 53.01% dan rerata nasional sebanyak 58.18%. Pada tahun 2009, akses terhadap sarana sanitasi juga dilaporkan masih rendah, karena masih ada 46.06% rumah tangga yang belum memiliki akses ke sanitasi. Angka ini jauh lebih tinggi dibandingkan rerata nasional sebanyak 22.78%, walaupun masih lebih rendah dibandingkan rerata propinsi, yaitu sebanyak 48.34%.

Pada tahun 2010, Indeks Pembangunan Manusia (IPM) dilaporkan sebanyak 65.18, berdekatan dengan rerata IPM propinsi sebanyak 65.20, namun masih lebih rendah dibandingkan rerata IPM Nasional sebanyak 72.27. Angka Melek Huruf adalah sebanyak 85.87% dan Angka Harapan Hidupnya adalah 62.93 tahun pada tahun 2010.

Kondisi demografi dan struktur sosial dua daerah tersebut berbeda. Sebagai kabupaten yang berdekatan dengan ibukota propinsi, Kabupaten Sidoarjo menggambarkan sebuah daerah yang memiliki sarana dan infrastruktur publik yang relatif baik. Sidoarjo juga menunjukkan watak sosial daerah transisi, berupa ekonomi transisi dari agraris ke industri. Sedangkan Kabupaten Bima merepresentasikan profil yang berbeda. Daerah dengan rentang kendali pemerintahan yang sangat jauh dari ibukota propinsi dan tidak diuntungkan karena sarana dan prasarana publik tidak cukup baik. Kabupaten ini memiliki watak ekonomi dan sosial agraris.

Dengan membidik dua wilayah yang berbeda, kajian ini diharapkan dapat memotret kontribusi perbedaan konteks ini terhadap pelaksanaan PKH serta dampak relasi gender yang terbentuk.

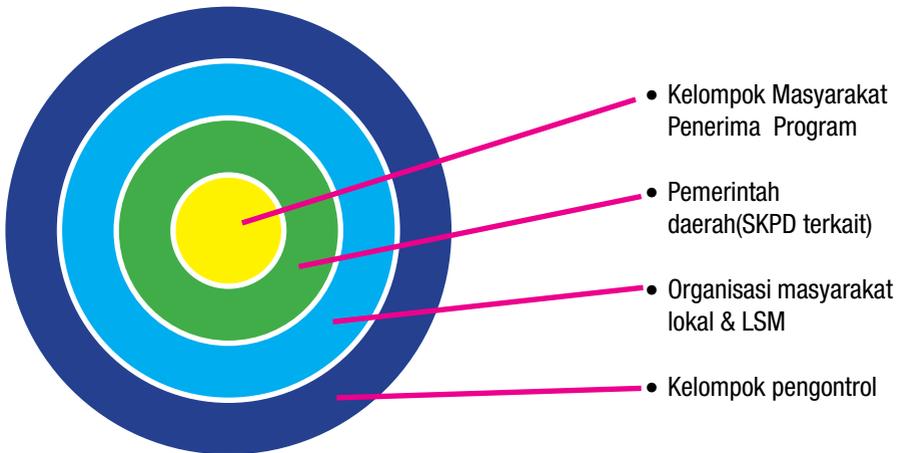
6.2 Metode Pencarian dan Analisa Data

Untuk mendapatkan informasi yang memadai, tim peneliti melibatkan berbagai pihak yang terkait dengan subyek penelitian, seperti pemerintah daerah, organisasi masyarakat, masyarakat penerima bantuan/program pemerintah, unsur masyarakat sipil, dan kelompok masyarakat yang tidak mendapatkan bantuan atau akses program sebagai elemen kontrol dalam proses penelitian. Triangulasi data yang dikumpulkan akan dilakukan untuk mengkonfirmasi data dari berbagai sumber. Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan beberapa metode berikut ini:

- Desk study berupa: (1) Tinjauan Kebijakan. Tinjauan ini dilakukan terhadap

program PKH dengan mengkaji regulasi, petunjuk teknis, maupun media sosialisasi program yang diakses melalui berbagai sumber, termasuk melalui media internet, (2) Tinjauan pustaka terhadap kajian-kajian CCT dan PKH sebelumnya, (3) Analisa data-data sekunder. Berbagai data sekunder dimanfaatkan dalam kajian ini, seperti Kabupaten dalam Angka, Profil Gender kabupaten (bila tersedia), profil kesehatan, data kemiskinan, dan lain-lain. Dalam hal data tidak diperbaharui secara berkala, maka data yang akan dipakai adalah data yang paling baru, (4)Analisa isi media. Untuk mendapatkan informasi dari berita-berita media terkait dengan program PKH terutama di 2 wilayah studi.

- *Field study* berupa:
 - o Analisa pemangku kepentingan. Analisa pemangku kepentingan digunakan untuk mendeskripsikan tingkat kontribusi informasi sebagai basis analisa akan keterlibatan dan kemanfaatan program bagi upaya mendorong kesetaraan dan keadilan gender. Semakin ke tengah, maka semakin banyak informasi yang digali dan berkontribusi untuk analisis hasil penelitian.



- o *Focus Group Discussion* (FGD). Metode ini digunakan untuk menggali informasi, pendapat dan perspektif terkait dengan beberapa isu kunci yang digali dalam penelitian ini. Beberapa FGD khusus untuk kelompok perempuan dan kelompok anak juga dilakukan untuk memastikan bahwa suara perempuan dan anak-anak mendapatkan tempat dan prioritas dalam kajian ini.

- o Wawancara dengan beberapa pihak kunci. Wawancara dilakukan dengan beberapa pihak kunci guna memperdalam informasi-informasi penting yang terkait dengan pertanyaan dan tujuan penelitian. Beberapa pihak kunci ini merupakan perwakilan kelompok perempuan atau anak, organisasi masyarakat, unsur pemerintah desa maupun juga pemerintah daerah dari SKPD atau dinas terkait.
- o *Site visit* dan observasi di lokasi penelitian, untuk mendapatkan pemahaman dan informasi yang lebih lengkap terkait dengan aspek-aspek yang diteliti dalam penelitian ini, dan
- o Biografi terpilih. Bagian ini menggambarkan baik persoalan gender terkait dengan program PKH maupun juga contoh-contoh terbaik tentang bagaimana Program ini berkontribusi atau menjawab persoalan-persoalan gender yang ada di masyarakat.

BAB 2

PRAKTIK TRANSFER TUNAI BERSYARAT DAN KEADILAN GENDER DALAM KAJIAN LITERATUR

Bab ini menguraikan lebih mendalam tentang praktik *conditional cash transfer* (CCT). Pembahasan tentang CCT diawali dengan bagaimana praktik CCT secara global dikembangkan dan diimplementasikan di banyak negara. Dalam bagian ini dijelaskan bukan hanya bentuk CCT, tapi juga kaitan antara CCT dengan upaya mendorong keadilan dan kesetaraan gender.

Selanjutnya dalam bab ini juga diuraikan secara khusus tentang Program Keluarga Harapan (PKH) yang merupakan salah satu program CCT yang didesain dan diimplementasikan oleh Pemerintah Indonesia. Dalam bagian ini juga dijelaskan bagaimana hasil kajian-kajian terdahulu tentang PKH.

1. Praktik Transfer Tunai Bersyarat di Berbagai Negara

Cash Transfer (transfer tunai) merupakan bentuk pembayaran tunai yang langsung, berkala dan bisa diprediksi untuk membantu keluarga miskin meningkatkan pendapatan. Transfer tunai dapat berbentuk transfer tunai tak bersyarat atau transfer tunai bersyarat. Tujuan utama dari adanya transfer tunai adalah⁸:

- a) **Pencegahan.** Transfer tunai untuk mencegah efek dari guncangan ekonomi (*economic shock*) yang menyebabkan kerusakan permanen pada kapasitas produktif dan pembangunan manusia dari rumah tangga yang rentan;
- b) **Perlindungan.** Transfer tunai berguna untuk mengurangi kemiskinan ekstrem dengan menaikkan standar hidup agar tetap berada dalam standar minimal yang bisa diterima;
- c) **Promosi.** Transfer tunai berguna untuk meningkatkan kemampuan dan kesempatan bagi rumah tangga yang miskin dan rentan; mendorong rumah tangga untuk dapat menghindari risiko rendah serta perangkap produktivitas rendah dan bekerja yang membuat mereka tidak bisa keluar dari kemiskinan;
- d) **Transformasi.** Transfer tunai berguna untuk mengubah hubungan kekuasaan yang mengeksklusi kelompok-kelompok sosial tertentu (perempuan, kasta

8 Arnold, Conway & Greenslade, 2011:6

rendah, kelompok etnis terpinggirkan) dari peluang ekonomi dan akses terhadap pelayanan publik.

Adapun *Conditional Cash Transfer* (transfer tunai bersyarat) merupakan program pemberian uang tunai kepada penerima manfaat dengan disertai syarat tertentu. Dengan menjadikan uang tunai sebagai insentif agar penerima manfaat bersedia untuk berinvestasi bagi generasi penerus, baik dalam pendidikan maupun kesehatan, program ini digunakan untuk berbagai kepentingan dan tujuan, terutama selalu dikaitkan dengan kebijakan pembangunan sosial.

CCT mulai membuana dan dilirik sebagai salah satu program inovatif dalam pembangunan sosial adalah ketika CCT dianggap berhasil mendorong pengurangan angka kemiskinan di kawasan Amerika Latin. Yang menarik adalah CCT merupakan program pengentasan kemiskinan yang diinisiasi oleh rezim pro-pasar di Meksiko dan Brasil. Dalam perjalanannya, rejim pemerintahan beraliran kiri di Amerika Latin juga mulai melirik dan menerapkan program ini. Fiszbein dan Schady (2009) mencatat setidaknya ada 30 negara dengan spektrum politik yang beragam telah mengadopsi CCT ini. Bahkan keberhasilan ini juga dapat dilihat dari masih berlanjutnya program ini meski ada pergantian penguasa setelah pemilu. Hal ini dapat dilihat dari pengalaman Meksiko dengan program *Progresas/ Oportunidades*.

CCT ternyata tidak hanya menarik bagi negara-negara di Global South, tetapi juga bagi negara-negara di belahan utara. Misalnya Amerika Serikat berusaha mengembangkan program serupa di wilayah New York City dan Washington DC.

Alasan paling umum mengapa banyak negara mengadopsi CCT sebagai kebijakan alternatif adalah keberhasilan yang disumbangkan oleh skema ini untuk menjawab persoalan kemiskinan. CCT terutama dianggap berhasil dalam meningkatkan akses pendidikan dan kesehatan bagi orang miskin, termasuk didalamnya perempuan dan anak-anak.

Bentuk CCT yang pernah dipraktikkan di kawasan Amerika Latin terejawantahkan dalam tiga kategori⁹:

1. Perlindungan sebagai bantuan dan akses kepada promosi sosial. Tidak ada iuran biaya untuk skema perlindungan yang menysasar kelompok miskin ini. Negara-negara yang masuk dalam kategori ini antara lain adalah Ekuador, Guatemala, Honduras, Paraguay, Peru, Republik Dominika, Republik Karibia, Jamaika dan Trinidad&Tobago.

2. Posisi tengah-tengah antara perlindungan sebagai bantuan dan perlindungan sebagai jaminan hak sebagai warga negara. Karakter utama dari kategori ini adalah bahwa seperti kategori pertama, tidak ada iuran yang dibayar atas program yang menysasar orang miskin ini. Namun sebagai tambahan dikembangkan skema diluar CCT yang juga tidak memakai iur biaya, baik yang bersifat menysasar kelompok tertentu maupun yang universal, seperti untuk pensiun dan kesehatan. Skema tambahan ini dikembangkan yang mengartikulasikan komponen yang berbeda. Negara-negara yang masuk dalam kategori ini diantaranya adalah Bolivia, Kolombia, El Salvador, Meksiko dan Panama.
3. Perlindungan sosial sebagai jaminan hak bagi warga negara. Karakter yang khas dari kategori ini adalah membangun sistem yang terintegrasi dan terkoordinasi di antara berbagai sistem perlindungan sosial yang ada. Negara-negara yang masuk dalam kategori ini mencakup Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica dan Uruguay.

Tiga kategori di atas juga memiliki karakteristik yang berbeda dalam hal alokasi belanja publik untuk pembiayaan perlindungan sosial. Rerata untuk negara yang masuk kategori ketiga untuk alokasi perlindungan sosial per kapita adalah US\$ 1220, sementara kategori yang kedua adalah US\$ 646 dan kategori pertama hanya sebanyak US\$ 181. Profil yang senada juga ditemukan dalam hal cakupan dari program perlindungan sosial, seperti cakupan kesempatan kerja, pensiun, asuransi kesehatan dan akses pendidikan, dimana kategori ketiga secara rerata lebih tinggi cakupannya dibandingkan kategori kedua, dan selanjutnya, kategori kedua juga lebih tinggi daripada kategori pertama.

Meksiko yang merupakan negara pertama dalam mengembangkan CCT bersama Brasil adalah salah satu contoh dimana CCT dianggap berhasil dalam mengembangkan program ini. Meksiko mengembangkan program *Progresa* pada tahun 1997 dan berganti nama pasca pergantian rezim politik menjadi *Oportunidades* pada 2002. Dalam program ini, penerima data ditentukan berdasarkan kriteria, kemudian dikonsultasikan pada publik untuk memverifikasi data dan mengurangi risiko penyimpangan serta meningkatkan akuntabilitas program. Penerima program terlibat dalam program ini sepanjang 3 tahun. Dana ditransfer secara langsung pada perempuan, namun tidak ada penambahan jumlah dana apabila jumlah anak bertambah (sehingga tidak menstimulasi penambahan jumlah anak dalam keluarga). Dana juga dibedakan untuk jenjang pendidikan yang berbeda, serta besaran dana lebih besar untuk anak perempuan dibandingkan anak laki-laki.

Progres/ *Oportunidades* mendapatkan pengakuan luas. *Progres*/ *Oportunidades* diakui atas keberhasilannya mengurangi kemiskinan dan kesenjangan, meningkatkan partisipasi dan kehadiran di sekolah, tingkat vaksinasi, dan akses serta penggunaan metode keluarga berencana. *Progres*/ *Oportunidades* juga diakui sebagai program yang efektif dari segi biaya, penentuan target penerima manfaat (*beneficiaries*) yang tepat, dan kemampuannya untuk menjaga keberlanjutan integritasnya sebagai skema pengurangan kemiskinan yang terinstitusionalisasi secara memadai.

Namun demikian, beberapa kritik menyebutkan bahwa program ini dihadapkan pada catatan untuk mempromosikan pertumbuhan yang inklusif secara berkelanjutan dan komprehensif, serta dalam penciptaan lapangan kerja yang layak. Pengalaman Meksiko menunjukkan bahwa program ini berhasil menggalang dukungan politik yang melintasi pergantian rezim setelah pemilu, juga keterkaitan yang kuat antara pembuat kebijakan (pemerintah federal) dengan pelaksana kebijakan di tingkat lokal. Selain itu, program ini juga mengembangkan sistem monitoring dan manajemen keuangan yang kuat, beserta dengan pendekatan pembangunan manusia merupakan elan penting dari program ini. Program ini telah mewariskan pelajaran, bahwa dampak pembangunan menjadi lebih tinggi ketika skema redistribusi digabungkan dengan intervensi yang bertujuan untuk meningkatkan kapasitas orang miskin sebagai manusia yang utuh dan bermartabat.

Salah satu studi juga menunjukkan bukti yang baik bahwa CCT telah berhasil meningkatkan derajat kehidupan orang miskin. Transfer dana berhasil mencapai keluarga miskin yang ditargetkan dengan baik, dan telah berhasil mengurangi tingkat kemiskinan dalam tingkat yang memadai di berbagai negara. Program ini juga telah berhasil menunjukkan perbaikan dalam subsidi yang bersifat *targeted* dan juga program jaminan sosial, menjadi skema alternatif redistribusi pendapatan ke orang miskin. Namun demikian, program ini juga dihadapkan pada sejumlah keterbatasan, seperti kebutuhan untuk dikomplementasikan dengan skema intervensi sosial yang lain, seperti untuk mendorong angkatan kerja dan pensiun.¹⁰

Walaupun berbagai studi mengkonfirmasi akan efektivitas CCT bagi pengentasan kemiskinan, namun dalam kaitan dengan mengurangi kesenjangan gender, studi yang dilakukan menunjukkan catatan yang beragam. Salah satu evaluasi menemukan bahwa dengan penerimaan tambahan pendapatan yang rutin, posisi perempuan telah menguat. Penguatan posisi ini terjadi baik di

10 Fiszbein dan Schady (2009: Ibid)

tingkat keluarga maupun komunitas yang lebih luas, karena program ini secara eksplisit menguatkan kontrol perempuan terhadap urusan kesehatan dan juga pendidikan.¹¹

Di banyak negara, CCT juga dianggap cukup berhasil dalam meningkatkan modal manusia (*human capital*). Hal ini antara lain ditunjukkan dengan keberhasilan meningkatnya tingkat pendidikan (lebih tinggi pada anak perempuan dibanding anak laki-laki). Juga di beberapa negara yang lain di mana status pendidikan rendah, dampak CCT signifikan dalam meningkatkan partisipasi sekolah anak, seperti pengalaman Kamboja, Banglades, dan Nikaragua. Pada aspek kesehatan, dampak nyata dari CCT dalam meningkatkan status kesehatan anak nampak nyata di kawasan pedesaan di Kolombia, Honduras, Meksiko dan Nikaragua. Secara umum, CCT juga diyakini memiliki fokus gender yang jelas, karena secara signifikan CCT telah meningkatkan partisipasi anak perempuan di sekolah yang selama ini telah mengalami berbagai bentuk diskriminasi dalam pendidikan, seperti pengalaman Meksiko dan Nikaragua yang menemukan perubahan dalam hal sikap yang mulai memandang pentingnya pendidikan anak perempuan, dan menaikkan status perempuan secara umum (dalam hal peningkatan pengetahuan, kesadaran sosial dan kepercayaan diri).

Namun praktik lainnya juga menunjukkan CCT bukanlah program tanpa kegagalan, khususnya dalam konteks mendorong keadilan dan kesetaraan dalam relasi gender. CCT di Turki dianggap tidak berhasil karena mengabaikan potensi untuk meningkatkan status perempuan. Pengalaman CCT di Turki menunjukkan bahwa, bias budaya terhadap pentingnya pendidikan anak perempuan berperan lebih kuat daripada insentif bernama transfer dana melalui CCT (Adato & Hoddinott, 2007). Begitu juga studi yang dilakukan oleh *University of London's Institute of Latin American Studies* terhadap CCT di Meksiko, dimana program ini masih menyisakan catatan bagaimana CCT berkorelasi dengan redistribusi kuasa dan relasi kuasa di dalam rumah tangga dan bagaimana pengaruhnya untuk kehidupan perempuan. Pertanyaan lain juga masih tersisa terutama dalam melihat korelasi antara CCT dengan risiko konflik dalam rumah tangga, karena data yang tersedia untuk kasus sensitif semacam ini dianggap belum memadai (Benderly, tanpa tahun).

Selain itu, ada kesan kuat bahwa CCT belum benar-benar serius menekan aspek gender. Kesan yang muncul justru program CCT melanggengkan gender stereotip yang sudah ada, seperti perempuan sebagai pengurus rumah tangga dan ketiadaan skema yang terintegrasi untuk melibatkan laki-laki dalam peran

11 Adato & Hoddinott, 2007

pengasuhan dan pendidikan anak karena CCT menguatkan konsep peran tradisional perempuan.

Kajian yang dikembangkan oleh DFID misalnya, memberikan catatan kritis lebih lanjut terhadap praktik CCT di banyak negara.¹² Berikut ini uraiannya:

- 1) Terkait dengan konsep syarat (*conditionalities*) yang mengasumsikan bahwa orang miskin tidak memiliki kesadaran untuk keluar dari kemiskinan atau melakukan investasi untuk modal manusia (*human capital*), sehingga harus diberi insentif berupa transfer tunai. Sebagian menyebut bahwa syarat ini bisa dibenarkan manakala terdapat situasi seperti keluarga tidak menginvestasikan secara memadai pengembangan kapasitas anak-anak, atau bila terdapat eksternalitas yang besar untuk melakukan investasi pada pendidikan dan kesehatan. Pada pertimbangan yang kedua, sebetulnya bisa menjadi penjelas terutama untuk menjawab persoalan kuatnya hambatan sosial terhadap akses yang setara antara perempuan dan laki-laki dalam berbagai bidang.
- 2) Prasyarat administratif yang kuat dan cenderung tersentralisasi dihadapkan pada struktur pemerintahan yang cenderung mulai terdesentralisasi, serta persoalan *support cost* yang cenderung besar di fase awal program.
- 3) Efektivitas CCT mensyaratkan ketersediaan infrastruktur dan pelayanan publik yang memadai. Dalam situasi dimana ketersediaan infrastruktur publik jauh dari memadai, bantuan dana melalui CCT menjadi tidak bermakna apapun.
- 4) CCT menjadi tidak bermakna bagi peningkatan derajat hidup orang miskin, ketika tidak terintegrasi dengan skema perlindungan sosial atau dengan program dan strategi pembangunan yang lain, dan
- 5) Capaian CCT pada tingkat dampak tidak terlalu jelas, seperti pertumbuhan ekonomi, kualitas pendidikan.

2. Program Keluarga Harapan Sebagai Transfer Tunai Bersyarat di Indonesia

Dibandingkan negara-negara lain di Asia Tenggara, kebijakan perlindungan sosial memang belum menjadi prioritas bagi Indonesia. Hal ini antara lain bisa dilihat dari kecilnya alokasi anggaran untuk perlindungan atau bantuan sosial. Indonesia mengalokasikan hanya 0.5% dari GDP untuk bantuan sosial (*social assistance*), yang relatif rendah bila dibandingkan dengan negara lain di kawasan yang sama ataupun negara berpendapatan menengah lainnya. Data yang ada

12 Arnold, Conway & Greenslade, 2011

menunjukkan bahwa dana yang dialokasikan untuk program bantuan sosial diperkirakan mencapai Rp30.000.000.000.000,- pada tahun 2010, atau sebanyak 2.5% dari total pengeluaran nasional atau 0.5% dari GDP. Sementara pada saat yang sama rata-rata alokasi untuk pos yang sama di negara berkembang adalah 1.5% dari GDP, 1% untuk negara di Asia Timur dan 1.3% untuk negara-negara Amerika Latin.¹³

Selain kecil, pendekatan yang dominan dalam pengembangan berbagai kebijakan untuk perlindungan sosial di Indonesia juga kental dengan nuansa “pemadaman kebakaran” dibandingkan dengan proteksi negara untuk memastikan setiap warga negara bisa hidup secara layak dan bermartabat. Studi yang dilakukan oleh Tambunan & Purwoko (tanpa tahun) menunjukkan bahwa memang dalam hal meredam gejolak kenaikan harga, kebijakan ini berfungsi dengan cukup baik, namun tidak bisa menggambarkan perlindungan sosial bagi warganya. Dengan kata lain, studi tersebut menunjukkan bahwa CCT di Indonesia bukanlah pendekatan terbaik untuk mengelola risiko dan guncangan jangka pendek. Hal ini boleh jadi selaras dengan argumentasi Fiszbein & Schady (2009) yang menegaskan bahwa CCT lebih merupakan investasi jangka panjang untuk pengembangan modal manusia dan kebutuhan yang besar dari program ini terhadap prasyarat administratif yang dibutuhkan, maka sebetulnya CCT bukan strategi yang tepat untuk mengatasi berbagai gejolak dan implikasinya pada kemiskinan.

Program Keluarga Harapan (PKH) adalah CCT yang diselenggarakan di Indonesia. Program yang banyak mengacu kepada pengalaman *Progressa/ Oportunidades* di Meksiko ini dikembangkan Indonesia sejak tahun 2007. Seperti kebanyakan program CCT yang lain, program ini juga didesain dengan menjadikan perempuan sebagai jalur distribusi bantuan. Semenjak dikembangkan tahun 2007, program ini telah mendapatkan perhatian yang luas, termasuk beragam studi yang sudah dilakukan untuk mengkaji efektivitas program ini.

Studi yang dilakukan oleh World Bank (2011) menemukan bahwa PKH telah meningkatkan pengeluaran keluarga penerima program, terutama untuk meningkatkan kualitas asupan gizi (meningkatkan asupan protein) dan layanan kesehatan. Studi ini tidak menemukan bahwa dana PKH dipergunakan untuk penggunaan yang tidak tepat seperti tembakau dan alkohol. Begitu juga dengan pelayanan kesehatan, program telah berdampak baik dengan peningkatan jumlah perempuan yang memeriksakan kehamilan, minimal 4 kali sebanyak 13% dibandingkan dengan kondisi sebelum ada program, dan pemeriksaan 2 kali

13 The World Bank, 2012

untuk bayi setelah kelahiran yang telah meningkat sebanyak 21 % dibandingkan sebelum program.

Dampak positif program dapat juga dilihat dalam hal penimbangan berat badan dan vaksinasi serta penanganan diare untuk balita. Namun demikian, evaluasi tidak menemukan bukti tentang peningkatan konsumsi suplemen berupa tablet Fe untuk perempuan dan vitamin A untuk balita.

Lebih jauh, PKH juga memberikan dampak positif untuk keluarga bukan penerima dana PKH (*spill-over effect*), dimana peran fasilitator PKH juga menstimulasi keluarga bukan penerima terkait dengan kesehatan, khususnya penimbangan berat badan balita dan pemeriksaan kehamilan.

Namun demikian, studi ini menemukan bahwa dampak program pada pendidikan tidaklah sekuat pada sektor kesehatan. Walau meningkatkan waktu yang dihabiskan anak-anak di sekolah, namun tidak terdapat perubahan dalam hal angka partisipasi sekolah, tingkat *drop-out* sekolah, dan anak-anak usia sekolah yang terpaksa bekerja. Bisa jadi ini terkait dengan skema PKH yang terlampau kecil, juga terkait waktu pencairan dana, dan juga karena tidak ada perbedaan antara besaran dana untuk jenjang pendidikan yang berbeda, serta tidak memperhitungkan tambahan biaya yang harus dikeluarkan terkait pendidikan, terutama anak-anak pada tingkat pendidikan menengah.

Artikel yang lain menyebutkan bahwa program ini telah menghasilkan peningkatan yang kecil namun berarti, memungkinkan anak usia sekolah menghabiskan waktu yang lebih sedikit untuk bekerja di tahun akademik, dan membantu anak lain yang bukan menjadi target PKH untuk tetap bersekolah (SPA, 2010). Laporan ini juga menyoroti *moral hazard* dari bentuk *targeted* program seperti PKH yang tidak efektif, karena mereka yang tidak berhak kemudian bisa mengakses program dan sebaliknya. Hal ini salah satunya dikarenakan masalah *database*. Juga karena tidak terdapat sinergi antar program perlindungan sosial yang berbeda-beda.¹⁴

PKH juga diklaim sebagai program dengan tingkat efisiensi biaya yang baik, dimana biaya administrasi berkisar antara Rp200.000,- per penerima manfaat per tahun atau sebanyak 14% dari total biaya program pada tahun 2008 dan 2009. Angka ini sedikit menurun dibandingkan pada tahun pertama (2007), yaitu sebesar 17% yang mencakup biaya-biaya inisiasi program termasuk untuk belanja modal. Angka ini relatif moderat baik terhadap program bantuan tunai lainnya di Indonesia maupun dengan bantuan tunai bersyarat lainnya di berbagai negara. Sistem informasi, monitoring dan mekanisme penanganan keluhan pada

tiga tahun pertama program juga belum terbangun secara memadai. Berbagai pembaharuan dilakukan kemudian, dan pada akhir 2010 sistem verifikasi dan pengaduan sudah menjangkau 85% dari total penerima manfaat program.¹⁵

Studi yang dilakukan oleh Direktur Jenderal Perlindungan Sosial dan Jaminan Sosial Kemensos RI (2012) menunjukkan bahwa karakter keluarga penerima PKH dengan pendapatan yang minim tidak memungkinkan pilihan-pilihan yang memadai untuk memenuhi kebutuhan hidup yang standar. Studi di 7 propinsi ini menemukan minimnya pendapatan RTSM menjadikan bahkan selama menerima bantuan PKH belum signifikan mendongkrak tingkat pemenuhan kebutuhan hidupnya. Sebanyak 33% RTSM hanya memiliki pendapatan kurang dari Rp10.000,- per hari, dan 49% RTSM hanya memiliki pendapatan antara Rp10.000,---Rp20.000,- per hari, sementara 15% lainnya memiliki pendapatan antara Rp21.000,---Rp30.000,- dan sisanya, atau hanya sebanyak 5% yang berpendapatan diatas Rp30.000,-. Dari segi mata pencaharian, mayoritas (65%) bekerja sebagai buruh harian (serabutan) yang bekerja tidak tetap tergantung kondisi, musim dan permintaan atau bekerja sebagai buruh/pekerja upahan adalah yang secara rutin memperoleh pendapatan tetap. Namun demikian, beberapa hasil baik dari PKH yang nampak antara lain adalah perubahan pola pikir dengan menjadikan investasi pendidikan dan kesehatan sebuah kebutuhan penting, peningkatan akses pelayanan umum, penurunan angka putus sekolah, kematian balita dan ibu melahirkan. Di sisi lain, studi ini juga menemukan persoalan kecemburuan sosial karena *data exclusion* dan *inclusion error* menjadi dampak yang ditimbulkan oleh program PKH, bersama dengan ketidakpastian karena *exit strategy* yang belum jelas dirumuskan pasca program PKH. Begitu juga, besar nilai bantuan yang tidak memperhitungkan inflasi dianggap sebagai catatan dari bantuan PKH, serta belum memadainya dukungan untuk pengembangan usaha, utamanya untuk akses pasar dan bukan hanya permodalan saja.

Dalam studi yang dilakukan tim SMERU¹⁶ ditemukan bahwa PKH tidak memiliki dampak pada relasi gender internal, dimana perempuan tidak memiliki lebih banyak akses kepada pendapatan keluarga ataupun meningkatnya posisi tawar terhadap suaminya. Program ini juga tidak mempertanyakan pembagian kerja berbasis gender yang ada di tingkat keluarga. PKH tidak menimbulkan konflik diantara perempuan dan laki-laki, karena kebanyakan dari dana yang diterima dipergunakan untuk memenuhi kebutuhan rutin yang secara tradisional menjadi tugas perempuan. Sebagian lagi mempergunakannya untuk memenuhi

15 The World Bank, 2011

16 Arif, Syukri, Isdijoso, Rosfadhila, Soelaksono, 2011

kebutuhan hidup yang lain, seperti membeli makanan dan melunasi utang, serta membantu memenuhi kebutuhan keluarga, khususnya anak-anak. Sebagian kecil melaporkan penggunaannya untuk membeli aset, seperti membeli ternak ataupun perbaikan rumah.

Studi ini juga menemukan faktor penghambat rumah tangga dalam mengakses pelayanan kesehatan dilihat dari aspek ketersediaan dan penggunaan (*supply and demand side*), seperti keterbatasan akses pelayanan publik untuk kesehatan ibu dan anak yang membatasi manfaat PKH di beberapa wilayah seperti NTT, bersama dengan praktek dan norma sosial yang membatasi akses dan keterlibatan publik perempuan (yang bersalin). Yang terlewat dan perlu menjadi perhatian ke depan, menurut studi ini adalah bahwa implementasi PKH perlu dihubungkan dengan program yang lain yang diperuntukkan untuk meningkatkan partisipasi ekonomi perempuan. Karena laki-laki menjadi penentu utama keputusan di tingkat rumah tangga untuk aspek-aspek yang strategis, mereka perlu dilibatkan dalam implementasi program PKH. Selain itu tidak seharusnya fasilitator program masuk terlampau jauh untuk mempengaruhi bagaimana penggunaan uang di masing-masing keluarga, dan pemerintah perlu menguatkan mekanisme monitoring termasuk pengaduan atas program dari penerima manfaat program ini.

Studi lain yang dilakukan oleh Puslit Kemensos (Nainggolan, dkk, 2012) menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang terbalik antara persepsi kecukupan bantuan dengan ketangguhan keluarga. Dalam hal persepsi kecukupan bantuan menurun, ketangguhan keluarga penerima bantuan justru meningkat. Penelitian ini menyimpulkan bahwa secara umum PKH telah berdampak positif bagi Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM). Ada perbedaan signifikan antara kondisi RTSM sebelum PKH dengan sesudah PKH dalam indikator-indikator partisipasi di bidang kesehatan dan pendidikan. Kondisi sesudah PKH lebih baik daripada kondisi sebelum PKH. Namun demikian, PKH belum berdampak positif terhadap status sosial ekonomi RTSM.

Studi tersebut juga mengkaji sejauh mana agensi perempuan dalam pengentasan kemiskinan dihadapkan dengan kerangka program yang berbasis familialisasi perempuan (perempuan sebagai ibu dan ibu rumah tangga) yang diadopsi oleh berbagai program pengentasan kemiskinan seperti PKH. Di satu sisi, pendekatan ini juga mengakui komitmen yang lebih besar yang dimiliki perempuan terhadap kesejahteraan keluarga yang dapat memberdayakan perempuan dan menciptakan citra perempuan yang positif, serta meningkatkan kepercayaan diri mereka. Namun disisi lain, pendekatan ini telah membatasi keterlibatan perempuan dalam kerja produktif di luar rumah karena beban-beban

tradisional yang lebih berat, dan tidak mendorong promosi peran gender yang baru dan lebih terbuka antara laki-laki dan perempuan. Pendekatan ini juga menegaskan *pertama* pemindahan (*displacement*) pengentasan kemiskinan dari tanggung jawab publik menjadi tanggung jawab ranah privat (dan lebih khusus lagi perempuan).

Kedua, “pemberdayaan perempuan” dalam PKH sebenarnya lebih merupakan efek samping positif (*positive by product*), dan bukan tujuan primer PKH. Ketiga, juga meningkatkan risiko ketegangan yang meningkat dalam rumah tangga karena “pengistimewaan perempuan” ini, dan karena memberikan uang kepada perempuan tidak serta merta meningkatkan kendali atau kontrol perempuan atas uang tersebut, karena uang bukan satu-satunya alat yang dapat meningkatkan “*bargaining power*” perempuan. Yang sering luput dari banyak kajian adalah bahwa berbagai konstruksi nilai-nilai budaya yang ada pada suatu masyarakat memiliki pengaruh yang lebih luas daripada kalkulasi ekonomis semata.

Secara implisit PKH memosisikan laki-laki sebagai pihak dalam keluarga yang kurang atau tidak memiliki komitmen terhadap kesejahteraan, bahwa perilaku laki-laki dalam hal kesejahteraan keluarga ini problematis. Kendati demikian, belum ada intervensi PKH terhadap asumsi ini, dimana untuk mendorong laki-laki menjadi bagian dari intervensi perilaku dalam PKH. Sebaliknya, asumsi mengenai altruisme perempuan yang senantiasa peduli terhadap kesejahteraan keluarga mungkin menghasilkan penderitaan personal pada sejumlah perempuan. Hal ini juga belum menjadi bagian dari intervensi PKH.

Kajian yang dilakukan oleh Deputi Sekretaris Wakil Presiden Bidang Kesra dan Penanggulangan Kemiskinan (2012) yang dilakukan di 3 wilayah (Cirebon, Bone Bolango & Sumba Barat) menemukan bahwa mayoritas dana PKH dipergunakan sesuai dengan peruntukan, khususnya untuk kepentingan pendidikan, atau membayar utang serta ditabung. Pengeluaran untuk kesehatan cenderung tidak menjadi prioritas, karena berbagai skema negara dan komunitas untuk pelayanan kesehatan telah menjawab kebutuhan ini. Studi ini menemukan bahwa PKH telah memberi manfaat berupa peningkatan akses pendidikan dan kesehatan. Namun demikian, belum tersedia cukup bukti bahwa PKH berhasil meningkatkan kualitas pendidikan, atau mengurangi angka anak yang terpaksa bekerja, dan penguatan ekonomi keluarga.

Dari berbagai uraian di atas, beberapa pertanyaan kritis mengemuka dan perlu menjadi perhatian untuk studi-studi dan pengembangan kebijakan PKH di Indonesia ke depan. Pertanyaan tersebut terkait dengan hal-hal berikut ini:

- Menjadikan perempuan sebagai target atau jalur distribusi bantuan dihadapkan pada pertanyaan, apakah ini merupakan strategi untuk

mendorong pemberdayaan perempuan ataukah justru menguatkan peran gender tradisional perempuan (sebagai pengasuh anak dan yang bertanggungjawab akan urusan domestik).

- Efektivitas CCT melalui insentif tunai dihadapkan pada tantangan kuatnya struktur sosial yang patriarkis yang menghasilkan berbagai bentuk eksklusi sosial yang membatasi akses perempuan dan anak di ranah publik.
- Fokus dan strategi CCT termasuk PKH yang berfokus pada perempuan menimbulkan pertanyaan terkait dengan peran laki-laki di dalam mendorong kesetaraan gender. Pertanyaan ini juga relevan dengan refleksi seberapa upaya ini dianggap efektif dan berkelanjutan untuk mendorong perubahan sosial yang lebih baik bagi perempuan dan laki-laki.
- Hubungan antara meningkatnya akses perempuan pada CCT (alias menjadi potensi modal) secara otomatis akan meningkatkan pengaruh atau kontrol perempuan di berbagai tingkatan.

BAB 3

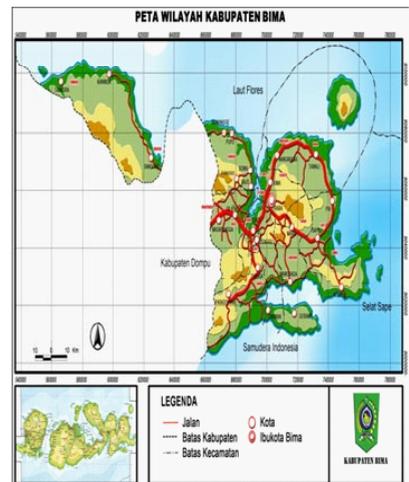
IMPLEMENTASI PROGRAM KELUARGA HARAPAN DI KABUPATEN BIMA, NUSA TENGGARA BARAT

Sebagaimana telah dijelaskan pada bab sebelumnya, Program Keluarga Harapan (PKH) merupakan transfer tunai bersyarat yang sedang dikembangkan dan diimplementasikan di Indonesia. Oleh karena itu, menjadi lebih menarik untuk memahami lebih jauh proses implementasi PKH, terutama bila dikaitkan dengan upaya dalam mendorong kesetaraan dan keadilan gender.

Bab ini secara khusus membahas pelaksanaan PKH di Kabupaten Bima, Nusa Tenggara Barat, salah satu kabupaten di Indonesia yang oleh Pemerintah dianggap memiliki prestasi yang baik dalam implementasi PKH. Kajian dalam bab ini diawali dengan uraian konteks Kabupaten Bima yang menjadi konteks makro pelaksanaan PKH. Selanjutnya bab ini membahas lebih mendalam tentang tata kelembagaan serta pengalaman beberapa penerima PKH yang dapat menjadi refleksi penting pelaksanaan PKH.

1. Konteks Makro di Kabupaten Bima

Kabupaten Bima merupakan salah satu daerah otonom baru (DOB)¹⁷ yang ada di wilayah propinsi Nusa Tenggara Barat. Kabupaten ini terdiri dari 18 kecamatan dan 168 desa. Menariknya, kabupaten ini juga memiliki 9 wilayah setingkat desa yang merupakan unit pemukiman transmigrasi. Dalam catatan sensus BPS tahun 2010, jumlah



17 Kawasan Bima didirikan pada tanggal 5 Juli 1640, ketika Sultan Abdul Kahir dinobatkan sebagai Sultan Bima I. Tanggal ini pula lah yang ditetapkan sebagai hari jadi Bima. Sebelum tahun 2002, istilah Bima merujuk pada wilayah kota administrasi Bima yang kemudian pada tahun 2002 dikukuhkan sebagai Kota Bima. Pada tahun 2007 wilayah Kota Bima kemudian dimekarkan menjadi Kota Bima dan Kabupaten Bima. Proses transisi pemekaran yang dilakukan pada tahun 2009 hingga sekarang juga belum sepenuhnya selesai dilakukan. Saat ini misalnya kantor pemerintah Kabupaten Bima masih terletak di wilayah Kota Bima. Begitu juga sarana-sarana pelayanan publik kabupaten masih banyak yang terletak di wilayah Kota Bima.

penduduk yang mendiami Kabupaten Bima sebanyak 439.229 jiwa, yang terdiri dari 218.759 laki-laki dan 220.469 perempuan. Dari jumlah tersebut, komposisi jumlah penduduk pada usia produktif (15-64 tahun) adalah sebanyak 244.144 jiwa (58.48% dari total jumlah penduduk).

Sebaran penduduk Kabupaten Bima sangat tidak merata. Kecamatan Bolo merupakan wilayah terpadat dengan kepadatan 661 jiwa per km.² Sedangkan Kecamatan Tambora hanya memiliki kepadatan sebanyak 11 jiwa per km.²

1.1 Potret Sosial, Ekonomi, Kesejahteraan

Secara sosial, masyarakat Bima adalah masyarakat yang multikultur. Beberapa sumber orang Bima mengklaim dirinya sebagai keturunan etnis Jawa, mengadopsi sistem politik Gowa dalam menjalankan pemerintahannya, dan berguru kepada para ulama Melayu Minang untuk bidang kebudayaan. Corak multikultur ini pulalah yang telah mengantarkan Bima sebagai salah satu kerajaan maritim yang disegani di Nusantara pada abad 17.¹⁸ Namun demikian, pengaruh kebudayaan dari suku Makassar dan Bugis nampak dengan jelas dalam kehidupan masyarakat Bima, seperti dalam adat istiadat, bahasa dan seni, alat kelengkapan rumah tangga, serta makanan.

Maka tidak mengherankan bila Bima menjadi daerah “bersumbu pendek”. Bima sarat dengan cerita tentang kekerasan yang terbungkus berbagai isu: mulai konflik antar kampung, perebutan lahan, hingga perebutan suara dalam Pemilu. Gesekan kecil serupa persaingan antar kampung ataupun perselisihan antar keluarga bisa berujung pada konflik horisontal yang berakhir secara dramatis. Pada akhir 2011 dan awal 2012, konflik berdarah muncul terkait dengan gugatan pencabutan izin pertambangan emas di Kecamatan Lambu yang berujung pada kerusuhan di Pelabuhan Sape, meninggalnya 3 orang dan terbakarnya kantor bupati Bima.¹⁹ Kerusuhan juga kerap terjadi dalam konflik antar kampung, seperti kasus pembakaran 88 rumah di Godo pada akhir 2012.²⁰ Kondisi diperparah oleh kapasitas deteksi dini yang kurang dari aparat keamanan.

Di bidang ekonomi, sektor pertanian adalah sektor unggulan bagi ekonomi Bima. Walaupun kering, Bima merupakan sentra produksi berbagai produk

18 Asal-Usul Masyarakat Bima, <http://web.bimacenter.com/2012/05/asal-usul-masyarakat-bima-dou-mbojo.html>, diakses pada 12 April 2014

19 <http://www.tempo.co/read/news/2012/01/27/063380092/Polisi-Buru-10-Provokator-Kerusuhan-Susulan-Bima>, di akses 2 Mei 2014.

20 <http://www.jpnn.com/read/2012/10/03/141827/Bentrok-Antar-Desa,-88-Rumah-Dibakar->, diakses 2 Mei 2014.

pertanian unggulan yang berturut-turut dari skala produksinya adalah kemiri, asam, kelapa, kopi, jambu mete serta wijen. Produk Domestik Regional Bruto (PDRB) menunjukkan bahwa sektor pertanian masih menjadi penyumbang utama PDRB Bima dari tahun ke tahun. Pada tahun 2009, nilai PDRB dari sektor pertanian adalah sebesar Rp1.354.322.360.000,- atau sebanyak 49.62% dari total PDRB Bima pada tahun yang sama sebesar Rp2.729.226.690.000. Setelah sektor pertanian, kontribusi berikutnya adalah dari sektor perdagangan, hotel dan restoran dengan nilai PDRB sebesar Rp470.416.510.000,- (17.23%) dan sektor jasa sebanyak Rp338.449.400.000,- (12.4%). Namun demikian, data tahunan menunjukkan bahwa pertumbuhan sektor pertanian yang hanya 4.94% kalah jauh dari pertumbuhan beberapa sektor penting yang lain seperti konstruksi (10.23%), perdagangan, hotel, restoran (9.05%) maupun jasa (8.99%) serta keuangan-persewaan-jasa perusahaan (8.94%). Hal ini penting menjadi catatan untuk pengembangan ekonomi kawasan ke depan.

Dari aspek kesejahteraan, keluarga miskin di Bima menunjukkan peningkatan jumlah dari tahun ke tahun. Pada tahun 2007 jumlahnya adalah sebanyak 47.754 keluarga miskin, sementara pada tahun 2010 jumlahnya menjadi 52.454 keluarga miskin. Dari jumlah ini sebanyak 4.059 keluarga telah mendapatkan bantuan dari PPFN pada tahun 2007 dan sebanyak 7.551 keluarga mendapatkan bantuan yang sama pada tahun 2010. Dari sebarannya, jumlah terbanyak adalah di Kecamatan Sape dan Kecamatan Bolo yang juga merupakan kecamatan dengan jumlah populasi terbanyak. Selain itu, Bima juga merupakan wilayah dengan ancaman bencana yang cukup tinggi. Pada tahun 2010 saja, terjadi 19 kali kejadian kebakaran, 3 kali terjadi banjir, dan 2 kali terjadi longsor. Sebanyak 9.812 jiwa tinggal di daerah rawan bencana, dan sebanyak 2.711 jiwa telah menjadi korban bencana alam atau bencana lainnya.

1.2 Pembangunan Manusia dan Kesetaraan Gender

Bagi masyarakat Bima, pendidikan adalah salah satu pilar penting kehidupan. Dalam masyarakat Bima, dua cita-cita utama adalah menyekolahkan anak setinggi-tingginya dan pergi berhaji (sebagai catatan, mengacu Bima dalam Angka tahun 2013, sebanyak 99.63% dari total penduduk Bima beragama Islam). Sering digambarkan, rumah boleh reyot dan miskin, tetapi pendidikan anak menjadi prioritas dalam kehidupan masyarakat Bima. Salah satu indikatornya dapat dilihat dari jumlah perguruan tinggi yang untuk ukuran sebuah kota kabupaten relatif banyak. Saat ini terdapat delapan perguruan tinggi di Bima.

Angka Harapan Hidup di Bima juga menunjukkan peningkatan dari tahun ke tahun, yaitu dari 62.31 tahun pada tahun 2008 menjadi 62.62 tahun pada tahun

2009 dan kemudian menjadi 62.93 tahun pada tahun 2010. Angka Harapan Hidup ini lebih rendah daripada AHH NTB, yaitu 61.5 pada 2008, naik menjadi 61.8 pada 2009 dan 62.11 pada tahun 2010.

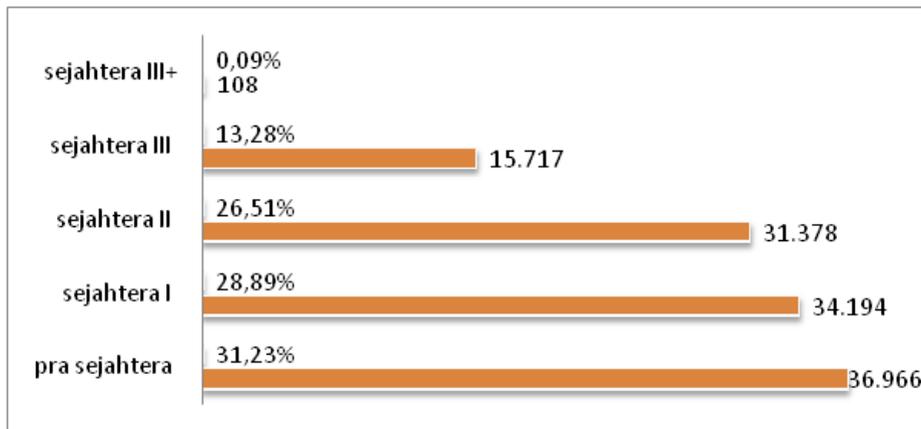
Sedangkan angka melek huruf Kabupaten Bima, menariknya, lebih tinggi daripada rerata provinsi NTB dari tahun ke tahun. Pada tahun 2010 misalnya, angka melek huruf adalah sebanyak 85.9%, lebih tinggi dibandingkan rerata propinsi NTB sebesar 81.1%. Sejalan dengan ini adalah rata-rata lama sekolah yang juga lebih tinggi daripada rerata propinsi NTB. Pada tahun 2010 misalnya, rata-rata lama sekolah di Bima adalah 7.26 tahun, sementara rerata propinsi NTB adalah 6.77 tahun.

Rata-rata pengeluaran per kapita (PPP) dari tahun ke tahun menunjukkan peningkatan. Pada tahun 2008, PPP Bima adalah sebesar Rp609.880,- dan meningkat menjadi Rp612.720,- pada tahun 2009 dan menjadi Rp615.040,- pada tahun 2010. Namun demikian, PPP ini masih kalah jauh dibandingkan dengan PPP propinsi NTB. Untuk NTB, PPP pada tahun 2008 adalah sebesar Rp633.580,- kemudian naik menjadi Rp637.980,- pada tahun 2009, dan kemudian naik menjadi Rp689.890,- pada tahun 2010.

Hasil penghitungan Indeks Pembangunan Manusia (IPM) pada tahun 2010, menunjukkan Kabupaten Bima dengan capaian pembangunan manusia pada kategori menengah atas. Pada tahun 2014 ini, IPM Kabupaten Bima adalah 65.18, mengalami peningkatan yang cukup signifikan misalnya dibandingkan tahun 2008 (64.40). Hal ini juga sejalan dengan kenaikan IPM Propinsi NTB dari 64.12 pada tahun 2008 menjadi 65.2 pada tahun 2010. Di Propinsi NTB, Kabupaten Bima berada pada posisi ke-6 dari 10 kabupaten/kota selama periode 2008-2010. Pada tingkat nasional, Kabupaten Bima menempati peringkat 3 diantara sekitar 500 kabupaten/kota yang ada.

Walaupun geliat pembangunan menunjukkan perbaikan-perbaikan dalam ketersediaan pelayanan publik, namun persoalan kesejahteraan menunjukkan bahwa isu ini menjadi isu dominan dalam pembangunan di Bima. Dari tingkat kesejahteraan, data BPS menunjukkan bahwa distribusi kesejahteraan masih menunjukkan dominannya jumlah penduduk pada klasifikasi kelas kesejahteraan yang rendah. Jumlah keluarga pra sejahtera dan sejahtera I menunjukkan jumlah yang sangat signifikan, yaitu 60.12%. Datanya dapat dilihat dalam grafik berikut ini.

Grafik 1. Tingkat Kesejahteraan di Kabupaten Bima



Sumber: Data BPS

Distribusi kesejahteraan yang dirinci per wilayah menunjukkan distribusi 5 kecamatan dengan angka keluarga pra sejahtera tertinggi adalah sebagai berikut:

Tabel 1. Jumlah dan Persentase Keluarga Pra Sejahtera

| No. | Kecamatan | Jumlah Keluarga Prasejahtera | Jumlah Keluarga Terdata | Persentase |
|-----|-----------|------------------------------|-------------------------|------------|
| 1. | Tambora | 1.613 | 2.253 | 71.59% |
| 2. | Langgudu | 4.048 | 7.381 | 54.84% |
| 3. | Donggo | 1.888 | 4.074 | 46.34% |
| 4. | Parado | 1.026 | 2.541 | 40.38% |
| 5. | Monta | 3.714 | 9.283 | 40.01% |

Sementara itu, kecamatan dengan jumlah keluarga pra sejahtera terendah adalah Kecamatan Woha dengan jumlah keluarga pra sejahtera sebanyak 1.374 atau 11.87% dari total 11.572 keluarga, diikuti oleh Kecamatan Lambitu dengan jumlah keluarga pra sejahtera sebanyak 14.60% (sebanyak 194 keluarga dari total 1.329 keluarga) dan diikuti dengan Kecamatan Palibelo dengan keluarga pra sejahtera sebanyak 1.075 dari total 6.903 keluarga.

Terkait dengan kesetaraan gender, Indeks Pembangunan Gender merupakan salah satu indikator penting untuk mengukur pencapaian pembangunan manusia

berbasis gender di suatu wilayah. Data IPG menunjukkan bahwa Kabupaten Bima mengalami peningkatan dari tahun ke tahun. Namun demikian, dibandingkan dengan daerah-daerah lain di NTB posisinya relatif rendah, sebagaimana tergambar dalam tabel berikut ini. Pada tahun 2011 misalnya, IPG Kabupaten Bima adalah 53,58, atau menempati peringkat 3 terbawah dari 10 kabupaten/kota yang ada. Dengan pencapaian ini, juga lebih rendah daripada rata-rata IPG di Propinsi NTB, yaitu 56,70.

**TABEL INDEKS PEMBANGUNAN GENDER
MENURUT KAB/KOTA PROVINSI NUSA TENGGARA BARAT
TAHUN 2004 – 2011**

| Kode | Provinsi / Kabupaten | IPG | | | | | | | |
|-------------|----------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) | (8) | (9) | (10) |
| 5200 | NUSA TENGGARA BARAT | 52,1 | 53,9 | 54,6 | 55,5 | 55,60 | 55,72 | 56,02 | 56,70 |
| 5201 | Lombok Barat | 41,3 | 42,5 | 48,9 | 50,9 | 51,54 | 52,27 | 53,23 | 54,34 |
| 5202 | Lombok Tengah | 45 | 46,1 | 50,9 | 53,1 | 53,44 | 53,88 | 54,16 | 54,66 |
| 5203 | Lombok Timur | 55,3 | 56,9 | 59,4 | 59,8 | 59,82 | 60,06 | 60,16 | 61,12 |
| 5204 | Sumbawa | 56,8 | 58,1 | 60,6 | 61,6 | 61,76 | 62,17 | 62,43 | 63,00 |
| 5205 | Dompu | 56,8 | 57,1 | 57,4 | 59,3 | 59,38 | 59,75 | 60,16 | 60,78 |
| 5206 | Bima | 43,6 | 44,7 | 50,9 | 51,3 | 51,45 | 52,16 | 53,21 | 53,58 |
| 5207 | Sumbawa Barat | 38,2 | 39,8 | 44,9 | 45,3 | 45,55 | 46,03 | 47,37 | 48,19 |
| 5208 | Lombok Utara | - | - | - | - | 49,14 | - | 46,86 | 47,84 |
| 5271 | Kota Mataram | 59,5 | 59,5 | 62,3 | 63,4 | 64,33 | 64,66 | 65,16 | 65,66 |
| 5272 | Kota Bima | 59,5 | 59,7 | 62,7 | 62,8 | 62,83 | 63,17 | 63,98 | 64,66 |

Sumber Data :
Pembangunan Manusia Berbasis Gender Tahun 2005-2012,
Kerjasama BPS dengan Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak

Beberapa data pendukung menunjukkan bahwa kesenjangan gender masih menjadi persoalan serius dalam pembangunan di Bima, bersama dengan persoalan kemiskinan. Sebagai contoh, data tentang jumlah perempuan rawan sosial ekonomi di Kabupaten Bima yang juga cukup tinggi, yaitu sebanyak 2.106 jiwa. Jumlah yang terbanyak adalah di Kecamatan Sape (192) dan Kecamatan Bolo (190 orang). Sedangkan jumlah keluarga yang tinggal di rumah yang tidak layak huni adalah sebanyak 18.835 keluarga.

Sementara itu, selain masih dominannya penduduk dengan tingkat kesejahteraan yang rendah, isu-isu kesejahteraan yang terkait dengan kelompok gender minoritas juga nampak dari tingginya angka penyandang disabilitas. Jumlah penyandang disabilitas dengan cacat tubuh sebanyak 2.330 jiwa, cacat mental sebanyak 565 orang, tuna netra sebanyak 270 orang, tuna rungu/ wicara sebanyak 252 orang dan cacat ganda sebanyak 58 orang. Sementara itu, jumlah penyandang disabilitas yang telah mendapatkan pelayanan baru sebanyak 349

orang di panti dan 60 orang mendapatkan pelayanan non-panti.

Selain penyandang disabilitas, anak-anak yang terlantar juga dilaporkan cukup banyak. Data Bima Dalam Angka menunjukkan jumlah anak terlantar sebanyak 7.650 anak, dan baru sebanyak 395 anak (5,17%) diantaranya yang telah mendapatkan pelayanan dari pemerintah daerah. Jumlah terbanyak ada di Kecamatan Belo (1.761 jiwa) dan Kecamatan Sape (1.030 jiwa). Begitu juga, jumlah anak jalanan yang terdata juga cukup banyak. Pada tahun 2010 tercatat sebanyak 2.563 anak jalanan di Kabupaten Bima dengan jumlah paling banyak di Kecamatan Belo (336 anak) dan Sape (318 anak).

Masih kuatnya isu-isu gender dalam kehidupan masyarakat Bima juga dapat dirunut pada posisi perempuan dalam kehidupan masyarakat Bima. Salah satunya dapat dilihat dari tradisi rimpu, cadar bagi perempuan yang sudah akil baliq di masyarakat Bima.²¹ Ini menunjukkan kuatnya pengaruh tradisi Arab yang masuk seiring dengan masuknya agama Islam. Dalam tradisi rimpu, perempuan harus menjaga auratnya bila hendak keluar rumah. Gambaran tentang keterbatasan ruang sosial bagi perempuan nampak dari ketatnya penerapan rimpu dalam kehidupan perempuan di Bima, seperti penerapan berbagai sanksi sosial yang berat bagi perempuan yang melanggar rimpu, keharusan segera menikah apabila kelihatan bagian tubuh yang seharusnya ditutup, walaupun hanya sebatas betis. Namun saat ini berbagai adaptasi telah banyak dilakukan dan tradisi rimpu sudah mulai luntur dan hanya ditemukan di beberapa desa seperti di Wawo, Sape dan Lambitu.

Ketatnya batasan ruang sosial politik perempuan ini juga berkorelasi dengan masih rendahnya keterlibatan dan keterwakilan perempuan di ranah politik formal. Di Bimawalaupun menunjukkan perbaikan, keterwakilan perempuan dalam kelembagaan politik juga masih terbatas. Pada periode 2009-2014 hanya ada 1 anggota DPRD perempuan. Namun dalam periode 2014-2019 jumlahnya telah meningkat menjadi 5 orang.²² Begitu juga dalam lembaga penyelenggara pemilu, yaitu Komisi Pemilihan Umum (KPU) perempuan telah menduduki posisi penting dalam KPU. Sementara di tingkat desa, keterpinggiran perempuan masih menjadi potret umum yang dihadapi dalam masyarakat Bima. Namun demikian, berbagai inisiatif yang didorong oleh organisasi masyarakat sipil telah berhasil

21 <http://id.shvoong.com/social-sciences/anthropology/2230676-budaya-rimpu-cadar-ala-bima/>, diakses 17 Juni 2014.

22 <http://bimkab.go.id/article-bupati-bima-kaum-perempuan-harus-tingkatkan-peran-keluarga.html>, di akses 16 Juni 2014, juga <http://www.ronamasa.com/2014/05/inilah-anggota-dprd-kabupaten-bima.html>, diakses 16 Juni 2014.

mengantarkan beberapa pegiat perempuan di akar rumput dalam posisi-posisi strategis di tingkat desa, seperti menjadi anggota BPD maupun perangkat desa.²³ Sayangnya tidak ditemukan data di tingkat kabupaten untuk mengkonfirmasi sejauh mana dinamika relasi gender dan pengaruh perempuan terjadi di tingkat desa dalam beberapa tahun terakhir.

1.3 Ketersediaan Infrastruktur dan Kualitas Pelayanan Publik

Pembangunan manusia juga sangat dipengaruhi oleh aksesibilitas dan tingkat ketersediaan pelayanan publik di satu wilayah. Isu ini menjadi sangat krusial, terlebih bagi banyak daerah di luar Jawa ataupun daerah hasil pemekaran. Berbagai program dan strategi untuk peningkatan kualitas manusia dan kesejahteraan yang dikembangkan, seringkali tidak dapat berjalan dengan baik manakala infrastruktur publik belum tersedia dalam tingkat yang memadai dan terjangkau. Hal ini, antara lain dapat dilihat dari ketersediaan dan aksesibilitas infrastruktur dasar, khususnya untuk pendidikan, kesehatan dan juga infrastruktur dasar yang lain seperti jalan dan transportasi publik.

Di bidang kesehatan, hal ini bisa dilihat dari ketersediaan dan rasio sarana kesehatan terhadap jumlah penduduk yang ada. Data menunjukkan bahwa sarana kesehatan yang tersedia seperti rumah sakit, puskesmas dan apotek di Kabupaten Bima menunjukkan dari tahun 2006 hingga 2010 tidak terdapat peningkatan yang berarti. Rumah Sakit Umum jumlahnya tidak bertambah, yaitu sebanyak 1 buah. Begitu juga dengan Puskesmas, dengan 20 puskesmas yang tidak mengalami penambahan jumlah dari tahun 2008 hingga tahun 2010, walaupun pada tahun 2006 baru memiliki 18 puskesmas. Untuk Puskesmas Pembantu jumlahnya mengalami peningkatan dari tahun ke tahun: 70 buah di tahun 2006, 77 buah di tahun 2007, 81 buah di tahun 2008, naik menjadi 84 buah di tahun 2009 dan 85 buah pada tahun 2010. Begitu juga apotik, tersedia sebanyak 4 buah pada tahun 2009 dan naik menjadi 5 buah pada tahun 2010. Di luar RS pemerintah, terdapat 1 RS swasta. Tidak tersedia data tentang rumah sakit swasta, balai pengobatan gigi, dan balai kesehatan ibu dan anak. Jumlah tenaga kesehatan di Bima tahun 2008-2010 adalah sebagai berikut.

23 Wawancara peneliti dengan Dian, aktivis LP2DER, sebuah organisasi non pemerintah yang aktif melakukan proses pengorganisasian perempuan dan advokasi kebijakan publik di Bima. November 2013.

Tabel 2. Jumlah Tenaga Kesehatan di Kabupaten Bima, 2008-2010

| Tenaga Kesehatan | 2008 | 2009 | 2010 |
|------------------|------|------|------|
| Dokter Spesialis | 0 | 0 | 0 |
| Dokter Umum | 20 | 24 | 24 |
| Dokter Gigi | 6 | 6 | 6 |
| Bidan | 116 | 116 | 116 |

Sumber: Dinas Kesehatan Bima

Di sektor pendidikan, jumlah ketersediaan fasilitas pendidikan menunjukkan perkembangan yang positif terutama pada jumlah sekolah untuk jenjang pendidikan SD. Namun sebaliknya, jumlah murid dan guru mengalami fluktuasi seperti fluktuasi yang sama dalam jumlah murid. Sementara pada jenjang SMP, peningkatan yang tajam nampak dari jumlah sekolah dan guru, namun fluktuasi nampak dalam data jumlah murid. Dengan situasi ini, rasio guru terhadap murid adalah 6.90 untuk jenjang TK, < 12.09 untuk jenjang SD, 8.57 untuk jenjang SMP, dan 9.39 untuk SMU, serta 6.65 untuk jenjang SMK (lihat tabel di bawah ini).

Tabel 3. Rasio Jumlah Murid terhadap Jumlah Guru di Kabupaten Bima

| Tahun | Jumlah Sekolah | | Jumlah Murid | | Jumlah Guru | |
|-------|----------------|-----|--------------|--------|-------------|-------|
| | SD | SMP | SD | SMP | SD | SMP |
| 2010 | 409 | 106 | 64.570 | 25.018 | 5.341 | 2.920 |
| 2009 | 405 | 101 | 64.830 | 26.254 | 5.917 | 2.027 |
| 2008 | 400 | 65 | 64.820 | 25.168 | 5.694 | 1.853 |

Sumber: Dinas Pendidikan

Ketersediaan infrastruktur publik ini juga berkorelasi dengan alokasi anggaran publik untuk pembangunan yang dapat dilihat dari alokasi APBD tahunan. Data yang ada menunjukkan bahwa alokasi anggaran publik telah mengalami pergeseran komposisi dari tahun ke tahun. Pada tahun 2011 jumlah belanja tidak langsung adalah Rp519,656 miliar, sementara belanja langsung sebanyak Rp273,272 miliar atau sebesar 34%. Porsi belanja langsung mengalami kenaikan pada tahun 2012 menjadi Rp312,586 miliar (36% pada tahun 2012) dan menjadi Rp374,825 miliar (37%) pada tahun 2013. Untuk sektor kesehatan, total belanja di Dinas Kesehatan pada tahun 2013 adalah sebanyak Rp 63.6 miliar. Jumlah ini setara dengan 6% dari total belanja daerah tahun 2013. Bila dirinci, maka sebanyak

Rp39.3 miliar diperuntukkan untuk Belanja Tidak Langsung, sedangkan sisanya sebanyak Rp24.2 miliar diperuntukkan untuk Belanja Langsung. Selain di Dinas Kesehatan, alokasi anggaran juga dikelola oleh RSUD Kabupaten Bima yang pada tahun 2013 mengelola dana sebesar Rp43.8 miliar. Untuk sektor pendidikan, total belanja APBD tahun 2013 adalah sebesar Rp384,16 miliar, atau sebanyak 27% dari total pendapatan daerah. Namun demikian, dari total dana ini hanya sebanyak Rp43.45 miliar (11.3%) yang diperuntukkan bagi Belanja Langsung Pendidikan.

2. Implementasi Program PKH di Kabupaten Bima

2.1 Profil Program dan Penerima Manfaat PKH

PKH masuk pertama kali pada tahun 2008 di 3 kecamatan di Kabupaten Bima, yaitu Kecamatan Bolo, Ambalawi dan Wera. Pada tahun pertama, cakupan PKH adalah sebanyak 2.211 RTSM dengan rincian 852 RTSM di Kecamatan Bolo (38.53%) dengan 4 pendamping, Ambalawi sebanyak 419 RTSM dengan 2 pendamping dan di Kecamatan Wera dengan cakupan sebanyak 932 RTSM dengan 5 orang pendamping. Setelah 6 tahun berjalan, cakupan RTSM telah mengalami pengurangan menjadi sebanyak 1767 RTSM (79.91% dibandingkan cakupan awal). Rincian saat ini adalah sebanyak 653 RTSM di Kecamatan Bolo, 335 RTSM di Kecamatan Ambalawi dan 779 RTSM di Kecamatan Wera. Penurunan cakupan RTSM ini disebabkan oleh *pertama*, tidak memenuhi persyaratan peserta PKH khususnya di bidang kesehatan dan pendidikan. *Kedua*, pindah keluar dari wilayah PKH, dan *ketiga*, meningkat status ekonominya dan tidak lagi masuk dalam kategori RTSM.

Kehadiran PKH di 3 kecamatan tersebut pada tahun 2008 bertepatan dengan berakhirnya sebuah program kemanusiaan yang berfokus pada anak-anak. Program ini didukung oleh sebuah organisasi pembangunan internasional di Bima yang berakhir pada tahun 2007. Saat itu bagi sebagian masyarakat terutama di kawasan terpencil, pendidikan dan kesehatan masih belum dianggap sebagai kebutuhan dasar yang penting untuk dipenuhi. Hal ini dapat dilihat dari masih kuatnya praktek-praktek seperti terbiasa membawa serta anak-anak bekerja dan menginap di ladang selama berminggu-minggu sehingga tidak pergi ke sekolah. Selain itu, untuk aspek kesehatan banyak warga masyarakat yang tidak melakukan pemeriksaan kesehatan kecuali kalau benar-benar sakit, dan walaupun sakit lebih cenderung berobat ke dukun.

Pada tahun 2013 terjadi penambahan penerima PKH sebanyak 10.000 RTSM yang masuk ke NTB. Namun demikian, penerima baru yang masuk dalam PKH bukan berdasarkan persentase jumlah RTSM dalam daftar tunggu untuk setiap

wilayah, namun berdasarkan jumlah RTSM. Karena kondisi ini pada tahun 2013 Kabupaten Bima tidak mendapatkan tambahan cakupan RTSM yang masuk dalam program PKH. Menurut Dinas Sosial, pada tahun ke-1 dan ke-2, Pemda masih melakukan proses sosialisasi program PKH. Pelaksanaan program di lapangan baru efektif pada tahun ke-3.

2.2 Kapasitas Kelembagaan Pemerintahan Daerah dalam Implementasi PKH

Dari aspek dukungan pemerintah daerah, PKH di Kabupaten Bima menjadi salah satu contoh baik, dimana dukungan politik terhadap program diberikan oleh kepala daerah. Kabupaten Bima merupakan salah satu daerah yang dua kali berturut-turut menerima PKH Award pada tahun 2012 dan 2013 untuk aspek dukungan dari pemerintah daerah.²⁴ Dukungan ini kemudian juga diwujudkan dalam bentuk dukungan finansial dan dukungan moral yang lain, seperti penyediaan sekretariat UPPKH, penyediaan kendaraan operasional bagi pendamping dan operator, hingga seragam PKH bagi pendamping dan operator PKH. Dalam forum-forum resmi, bupati Bima menyebut PKH sebagai salah satu program unggulan daerah.

Namun demikian, integrasi PKH dengan program pembangunan daerah dan lebih khusus dalam program untuk pengentasan kemiskinan masih lemah. Hal ini dapat dilihat dari masih rendahnya integrasi program PKH dengan pembangunan sektoral yang terkait, khususnya pendidikan dan kesehatan serta strategi pengarusutamaan gender dalam pembangunan daerah. Proses koordinasi sebetulnya telah dibangun dan diwadahi dalam Tim Koordinasi Penanggulangan Kemiskinan Daerah (TKP2D) yang dikoordinasikan oleh Bappeda. Namun terdapat kesan yang kuat bahwa PKH dianggap sebagai program yang berasal dari Dinas Sosial sehingga sinergi dengan program *pro-poor* di bidang kesehatan dan pendidikan masih terbatas. Di dinas pendidikan dan kesehatan misalnya belum ditemukan tinjauan ataupun penilaian sejauh mana PKH berpengaruh baik positif maupun negatif terhadap pencapaian peningkatan status pendidikan dan kesehatan bagi keluarga sangat miskin.

Demikian juga sinergi dengan strategi pengarusutamaan gender yang salah satunya dikoordinasikan oleh Badan Pemberdayaan Perempuan dan Keluarga Berencana (BPPKB) sebagai Sekretaris Pokja PUG Daerah, juga tidak ditemukan. Informasi tentang PKH juga tidak banyak diketahui dari narasumber di BPPKB,

24 <http://bimakab.go.id/article-pemkab-bima-kembali-raih-tropi-pkh-award.html>, diakses 17 Juni 2014.

ditambah dengan kuatnya anggapan bahwa PKH merupakan program dari dinas sosial.

Selain itu, isu krusial yang muncul dalam program populis yang *targeted* seperti PKH adalah persoalan akurasi dan kualitas basis data sebagai pijakan program PKH. Sebagaimana masalah klasik dalam penentuan data kemiskinan sebagai pijakan program pengentasan kemiskinan seperti PKH, kondisi yang sama juga ditemukan dalam implementasi PKH di Kabupaten Bima. Lemahnya basis data dan penentuan penerima bantuan PKH, serta program bantuan atau program jaminan sosial lainnya dari pemerintah menjadikan munculnya *moral hazard* di tingkat masyarakat. Apalagi karena PKH diperuntukkan bagi RTSM, sangat logis bahwa kemudian penerima PKH juga menjadi penerima program jaminan sosial yang lain. Hal ini menimbulkan 'kecemburuan' dari warga masyarakat yang lain, terlebih karena tidak semua keluarga sangat miskin telah masuk dalam cakupan program PKH. Karenanya berbagai siasat untuk mengakali bantuan pemerintah yang ada juga banyak ditemukan (akan dijelaskan lebih jauh pada bagian akhir bab ini).

Respon birokrasi garda depan (*street-level buracracy*), khususnya puskesmas dan sekolah, dalam implementasi PKH pun beragam. Beberapa puskesmas tidak memberikan perlakuan atau skema khusus, karena mereka jarang kedatangan penerima manfaat PKH yang ingin memeriksakan kesehatannya. Dalam pengakuan petugas kesehatan di puskesmas, kebanyakan warga yang datang adalah mereka yang memiliki kartu Askes atau Jamkesmas.²⁵ Kondisi ini juga membuat puskesmas tidak merasa perlu memiliki data tentang perubahan peningkatan budaya sehat dari keluarga penerima PKH. Namun ada pula puskesmas yang berusaha memberikan perlakuan khusus bagi para penerima manfaat PKH. Salah satunya adalah penyediaan loket khusus untuk penerima manfaat PKH, seperti yang disediakan di Puskesmas Ambalawi. Penyediaan loket khusus ini dilakukan supaya pelayanan dapat dilakukan dengan lebih cepat.

Di sektor pendidikan, tenaga pendidikan yang ada meskipun mengetahui ada skema PKH untuk anak didik mereka, namun tidak ada perlakuan atau fasilitas khusus dari sekolah terkait dengan PKH. Bahkan pada awal pelaksanaan PKH beberapa sekolah menyatakan keberatan karena PKH dianggap hanya menambah

25 Jarangnya kehadiran penerima manfaat PKH dalam pelayanan kesehatan di puskesmas dapat disebabkan oleh beberapa hal berikut ini: Pertama, mungkin saja penerima PKH memiliki jaminan sosial ganda, seperti kepemilikan ASKES atau JAMKES. Hal ini bisa dipahami karena penerima PKH berada pada kategori terbawah dengan masuk dalam kriteria rumah tangga sangat miskin. Kedua, sangat dimungkinkan, RTSM yang menjadi penerima PKH datang memeriksakan kesehatan di sarana kesehatan yang lain seperti Posyandu, Poskesdes atau Puskesmas Pembantu.

kecepatan administrasi saja, sementara mereka tidak mendapatkan insentif yang memadai. Sekolah pun tidak memiliki data hasil monitoring perkembangan siswa penerima manfaat PKH. Hal ini tercermin dari ilustrasi ketika Siti Hawa, guru kelas 3 di SD Bolo 10, menyatakan pengaruh dari dana PKH dan BSM hanyalah lebih kepada pemenuhan kebutuhan perlengkapan sekolah anak. Tidak ada upaya khusus bagi penerima manfaat agar memiliki motivasi untuk bersekolah lebih serius. Menurut Siti Hawa, motivasi dan prestasi anak akan sangat kondisional dan dipengaruhi oleh kondisi masing-masing anak. Sekalipun memiliki baju sekolah baru yang bisa terpenuhi dari PKH, tidak akan membuat sang anak menjadi lebih termotivasi dan lebih giat belajar.

2.3 Peran Pendampingan dan Fungsi Sentral Kelompok Penerima PKH

Bagi pendamping PKH upaya mendorong perubahan komunitas untuk menempatkan pendidikan dan kesehatan ibu dan anak sebagai prioritas sebetulnya bisa dilakukan secara simultan dengan proses pendampingan PKH itu sendiri. Di luar pertemuan rutin setiap bulannya, pertemuan yang non-rutin juga dapat dilakukan apabila ada kebutuhan atau agenda yang mendesak untuk dilakukan. Pertemuan ini biasanya dilakukan selama 2-3 jam, dan dimulai pada pukul 9 pagi atau tergantung kesepakatan bersama kelompok dan pendamping.

Dalam pertemuan-pertemuan rutin bulanan kelompok penerima PKH, pendamping mengatakan bahwa agenda utamanya adalah memotivasi anak-anak untuk tetap bersekolah, selain melakukan pendataan kehamilan ibu. Selain itu, mereka juga menggali persoalan-persoalan apa sajakah yang dihadapi oleh para perempuan penerima manfaat PKH dan mendiskusikan solusi-solusi yang bisa dilakukan. Beberapa persoalan seperti kekerasan dalam rumah tangga, baik terhadap perempuan maupun anak, menjadi salah satu topik yang banyak diutarakan dalam pertemuan bulanan PKH. Selain itu, pendamping juga banyak menyampaikan pentingnya kerjasama dalam pengelolaan rumah tangga, baik antara suami dan istri maupun belajar untuk mendengarkan suara anak.

Di Desa Rasabou, menurut ibu-ibu penerima manfaat PKH yang ditemui, agenda pertemuan bulanan adalah melihat apakah anak-anak tetap pergi ke sekolah, apakah ada perempuan penerima manfaat PKH yang hamil, dan juga *curhat* masalah yang dirasakan sehari-hari. Pertemuan dilakukan di rumah ketua kelompok dan berlangsung secara informal. Dalam pertemuan ini, terkadang juga dibagikan informasi tambahan, seperti tentang KB, pembayaran pajak. Dahulu juga dilakukan kegiatan arisan sebesar Rp20.000,- per orang per bulan, dan dikelola untuk usaha simpan pinjam. Namun karena banyak yang memiliki kebutuhan uang tunai pada saat yang bersamaan, dan sebagian anggota sudah keluar (karena

tidak lagi menjadi penerima PKH), maka kegiatan arisan dihentikan.

Selain mendapatkan dukungan peningkatan kapasitas dari Dinas Sosial sebagai pengelola program PKH, pendamping PKH di Kabupaten Bima juga terintegrasi dengan skema pemberdayaan masyarakat yang dilakukan oleh organisasi pembangunan internasional. Salah satunya adalah program dari ACCESS, yang salah satunya juga banyak mendampingi komite sekolah untuk mendorong transparansi dan akuntabilitas pengelolaan sekolah. Terkait pendidikan misalnya, skema ini banyak mendorong adanya pertemuan antara sekolah dengan wali murid, atau mendorong bekerjanya komite sekolah.

Terkait dengan agenda pertemuan, perempuan penerima manfaat PKH mengatakan bahwa agenda pertemuan yang sudah terjadwal merupakan agenda yang penting. Mayoritas mengatakan bahwa mereka membereskan dahulu pekerjaan domestik di rumah supaya bisa datang dalam pertemuan PKH. Seorang ibu menuturkan bahwa ia bangun pukul 3 pagi untuk mengerjakan tugas rutin, seperti memasak dan bersih-bersih rumah supaya bisa datang dalam pertemuan. Dengan agenda pertemuan yang sudah terjadwal, maka mereka melakukan perencanaan untuk mengerjakan pekerjaan rumah.

Namun sedikit diantara mereka yang kemudian membagi tugas domestik dengan suaminya agar bisa datang dalam pertemuan PKH. Salah satu yang melakukan ini adalah Siti yang berbagi dengan suaminya, Junaedi untuk pekerjaan rumah bilamana ada agenda kelompok PKH. Beberapa ibu yang lain mengatakan, walaupun suaminya tidak ikut membantu memasak dan membersihkan rumah, namun ada juga yang membantu anak mengerjakan tugas sekolah. Peserta FGD yang lain mengatakan, dukungan suami juga diwujudkan dalam bentuk lain, seperti mengantar istri ke pertemuan kelompok PKH, mengantar anak pergi ke sekolah.

3. Pengalaman Penerima Manfaat PKH

Uraian tentang pengalaman penerima manfaat PKH penting untuk didalami. Hal ini dimaksudkan untuk melihat lebih mendalam bagaimana pelaksanaan dan dampak PKH bagi kehidupan para keluarga yang masuk dalam kategori rumah tangga sangat miskin. Pilihan profil penerima manfaat didasarkan pada keragaman kategori yang menggambarkan variasi dalam hal status perkawinan (menikah/duda-janda, keaktifan dalam kehidupan sosial hingga aktivitas ekonomi produktif). Selain itu, sub-bab ini juga menyajikan dampak PKH terhadap anak-anak penerima manfaat PKH.²⁶

26 Semua nama yang dituliskan dalam sub-bab ini, bukanlah nama sebenarnya.

Perempuan, Ketua Kelompok PKH dan Penggerak Komunitas

Siti adalah perempuan dengan 3 anak; masing-masing bersekolah di kelas 1 SD, 5 SD dan kelas 2 SMP. Anak yang sulung duduk di kelas 2 SMP, pernah meraih juara 2 olimpiade tingkat kabupaten tahun 2013. Anak keduanya yang kelas 5 SD meraih juara lomba IPA tingkat kabupaten. Yang bungsu, satu-satunya anak lelaki, masih sekolah di SD dekat rumah. Si sulung berangkat ke sekolah naik ojek, membayar Rp2.000,- sekali jalan. Ia tidak memiliki uang jajan.

Siti menamatkan pendidikan sampai SMA. Ia terpilih sebagai ketua kelompok penerima PKH di desanya. Awalnya terdapat dua kelompok, namun karena ketua kelompok yang lain tidak aktif, akhirnya kedua kelompok digabung dan ia menjadi ketua kelompok untuk kelompok yang lebih besar ini. Jika sebelumnya kelompoknya beranggotakan 14 orang, maka setelah penggabungan ini jumlahnya menjadi 33 RTSM. Pemilihan ketua kelompok dilakukan oleh anggota. Menurut Siti, ia terpilih karena ringan tangan dalam menjalankan peran-peran sosial, dan dianggap bisa menjembatani komunikasi, baik antar penerima manfaat PKH maupun dengan pihak luar seperti pemerintah desa.

Sebelum menjadi ketua kelompok, ia pernah menjadi tim sukses Bupati terpilih dalam pemilukada didesanya. Sebelum terpilih menjadi ketua kelompok PKH, pergaulannya memang sudah cukup luas, dan ia menyenangi aktivitas sosial. Yang dirasakan berat olehnya adalah ketika turun hujan dan ia harus berjalan kaki dari ujung desa yang satu ke ujung desa yang lain yang berjarak 3-4 km. Apalagi jika ada masalah, ketua kelompok harus bertanggungjawab. Yang membuatnya senang menjadi ketua kelompok adalah interaksi sosial itu membahagiakan dan banyak teman. Sebagai ketua kelompok, ia juga menjalankan peran-peran penghubung dan advokasi ke berbagai pihak terkait, termasuk mengurus anggota kelompok yang tidak mendapat kartu Jamkesmas, sehingga akhirnya kartu PKH dapat dipakai sebagai gantinya. Ia juga menjadi sumber informasi tentang banyak hal terkait kebijakan pemerintah bagi anggota kelompoknya. Ketika masalah muncul, seperti urusan dengan sekolah atau desa, anggota akan datang ke rumahnya, dan Siti akan pergi mengurus masalah tersebut. Dalam menjalankan perannya, Siti banyak dibantu oleh pendamping, dan anggota cenderung menumpukan harapan dan peran kepadanya. Namun demikian, ia gembira menjalankan perannya tersebut. Siti menjadi penerima manfaat PKH dan sekaligus menjadi ketua kelompok PKH, namun ia tidak mendapatkan kartu Jamkesmas. Menurutnya, PKH akan lebih memiliki makna jika penerima

PKH juga dihubungkan dengan program lain untuk peningkatan permodalan usaha.

Suaminya, Wahid, banyak membantunya mengerjakan tugas rumah tangga, seperti mencuci pakaian, menyiapkan anak-anak ke sekolah. Sementara Siti memasak dan menyiapkan anak ke sekolah, selain menjadi buruh tani kasar. Wahid pernah merantau 11 tahun di Malaysia dan bekerja di perkebunan sawit; namun tidak memiliki simpanan ketika pulang ke tanah air dan menikah dengan Siti. Sekarang Wahid bekerja sebagai buruh kasar dan merawat kuda serta menjadi kusir 'cidomo' dengan sistem bagi hasil. Kadang ia cuma bisa menarik 1-2 kali dalam seminggu, dan mendapat bagi hasil sekitar Rp 30.000,- dari pekerjaan ini. Sebagai buruh bangunan, upahnya sekitar Rp 20.000,- sehari. Di rumah anak-anak juga mendapatkan bagian pekerjaan, seperti mencuci piring dan pakaian namun anak yang paling kecil belum mendapatkan tugas dan harus belajar sendiri untuk persiapan pelajaran sekolah. Wahid sangat mendukung istrinya dalam menjalankan peran-peran sosial, termasuk menjadi ketua kelompok PKH. Ia melakukan peran-peran domestik karena rasa sayang terhadap istrinya, dan menurutnya, pembagian tugas perlu dilakukan karena ia juga memiliki banyak waktu luang. Ia kasihan melihat istrinya kerepotan bila harus mengerjakan tugas domestik dan aktivitas sebagai ketua kelompok. Istrinya melaporkan ketika terpilih sebagai ketua kelompok, dan ia bangga karena itu menunjukkan bahwa istrinya dihargai dan diakui kapasitasnya oleh orang lain. Menurutnya, setelah menjadi ketua kelompok, istrinya bertambah pintar. Namun ketika ditanyakan kepada anak-anaknya, mereka mengatakan bahwa karena ibu sibuk, rumah terasa sepi dan makan tidak enak. Setelah ibu pulang, mereka terhibur karena ibu punya banyak cerita. Wahid belajar untuk menghargai istri dari petuah orang-orang tua. Setiap malam Jum'at ia mengikuti pengajian bersama dengan 30 orang jamaah laki-laki. Pengajian yang dilakukan di pondok pesantren di dekat rumahnya ini banyak mengangkat isu tentang bagaimana menjadi suami yang baik dan menghargai istri.

Perempuan Kepala Keluarga, Penggerak Masyarakat

Rambutnya pendek dengan semir coklat, berkulit putih dan kuku yang diwarnai dengan daun pacar. Sore itu kami bertemu dirumahnya yang terletak di pinggir dusun, dikelilingi oleh sawah tadah hujan dengan air yang menggenang di sana-sini. "Kalau hujan, di sini becek. Tapi kalau kemarau, susah air." Dinding rumahnya yang terbuat dari kayu di beberapa bagian tampak tidak rapat tertutup kayu. Bahkan di dapur, hanya berdinging

seperti pagar. Apa tidak takut bila ada yang mencuri? “Apanya yang mau dicuri? Hanya ada kompor minyak dan wajan. Itupun sudah rombengan. Mana mau pencurinya?” serunya sambil tertawa. Suaranya renyah. Rumah kecilnya yang hanya punya satu kamar memang sangat sederhana, walaupun masih menyisakan sedikit halaman di depan dan di samping. Hanya televisi, barang yang paling mencolok yang ada di ruang tamu yang sekaligus juga menjadi kamar tidur untuk anaknya. Pakaian dan barang bergelantungan dimana-mana.

Sebut saja namanya Nur, seorang janda berusia 49 tahun beranak dua, dan keduanya adalah laki-laki. Yang sulung sudah berusia 20 tahun, dan yang bungsu masih sekolah kelas 4 SD. Nur adalah seorang janda cerai dua kali. Perceraianya yang pertama terjadi pada tahun 1993 ketika ia sedang mengandung anak pertamanya yang saat itu berusia 5 bulan. Kemudian 10 tahun yang lalu ia kembali menjanda, karena mendapati suaminya beristri lagi. Untuk urusan pengasuhan anak, ia masih dibantu oleh mantan suami pertamanya, sedangkan mantan suaminya yang kedua sudah tidak pernah membantu lagi. Sebelum menikah, Nur pernah pergi merantau, walaupun tidak lama. Untuk mencukupi kebutuhan sehari-hari, ia berjualan barang pecah belah kepada tetangganya yang dijual secara kredit. Sekitar 3-4 tahun yang lalu, ia pernah menjadi buruh tani, namun sekarang tidak kuat lagi, apalagi setelah ia menjalani operasi usus buntu. Selain itu, secara finansial ia juga banyak dibantu oleh kakak dan keluarga dekatnya.

Dikampungnya, Nur bukan hanya penerima manfaat PKH saja. Selain itu, ia seorang kader posyandu yang aktif di kampung dan didesanya. Bahkan, saat ini ia terpilih menjadi Ketua Kader Posyandu Desa. Ia sudah melakoni perannya sebagai kader sejak tahun 2003, jauh sebelum ia menjadi penerima PKH. Apakah tidak sulit menjadi kader dan janda? Ia menjawab, bahwa masyarakat telah mempercayakan padanya peran sebagai kader, dan tanggung jawab ini harus dijalankan dengan sungguh-sungguh. “Karena menjadi kader itu menyenangkan. Mungkin karena saya janda, saya punya lebih banyak waktu luang. Saya lebih bisa meluangkan waktu untuk mengurus orang lain, untuk menjadi kader. Mungkin kalau saya menikah, tidak akan seeluasa ini.” Saat ini, didesanya ada 5 orang kader. Sebelumnya hanya ada 1 orang kader saja. Sebagai ketua kader, ia mengaku bahwa peran ini agak berat karena harus mengkoordinir kader yang lain, sehingga pekerjaannya lebih banyak. Namun, statusnya sebagai janda, dirasakannya memberikan kelonggaran yang lebih luas.

Selain menjadi kader posyandu, Nur juga menjadi pendidik PAUD

didesanya. Ia sudah pernah mengikuti berbagai kegiatan pelatihan dan peningkatan kapasitas. Pada tahun 2009 dan 2013, ia pernah mengikuti pelatihan di Mataram untuk pendidik PAUD. Sebagai janda, ia tidak ambil pusing dengan pandangan negatif tentang janda yang jamak ditemui. Ia juga tidak merasa ada masalah yang berarti mengenai statusnya sebagai janda.

Laki-laki, Duda, Penerima Manfaat PKH

Namanya Abdullah, lahir pada tahun 1948. Sebelumnya, ia adalah seorang duda dengan 5 orang anak. Anak bungsunya, Wulan saat ini masih bersekolah di kelas 2 SMP. Sejak tahun 2008, Abdullah menjadi penerima manfaat PKH. Pada saat itu karena harus menanggung 5 orang anak, maka ia mendapatkan jumlah maksimal (Rp733.000,- setiap terminnya). Uang itu digunakan untuk makan, biaya sekolah anak, membeli seragam sekolah (yang tidak dilakukan setiap triwulan) dan bergantian setiap anak. Saat ini, ia memperoleh dana sebesar Rp250.000,- per triwulan. Menurutnya biaya sekolah anak di SLTA tinggi, tetapi mengapa ketika anak mencapai SLTA justru tidak mendapatkan PKH lagi?

Abdullah menjadi duda selama kurang lebih 4 tahun, kemudian ia menikah lagi pada tahun 2010, dengan seorang janda dengan 5 anak yang berasal dari Flores. Istrinya tahu kalau ia mendapatkan manfaat PKH, namun anaknya tidak tahu. Uang PKH saat ini diserahkan pada istrinya untuk dikelola guna keperluan keluarga. Sebagian dari uang inidisihkan untuk usaha penggemukan ayam potong yang baru dua kali panen. Pada panen yang pertama, ia mendapatkan untung sebesar Rp150.000,-

Ketika Abdullah masih berstatus duda, ia mengurus sendiri anak-anaknya. Selain itu, ia menggarap lahan untuk mencari penghasilan. Namun karena harus mengurus anak, maka waktunya untuk bekerja tidak banyak. Katanya, "Jadi duda itu susah. Terutama untuk mengurus anak. Apalagi harus cari makan, dan ini sama-sama berat." Karenanya, anak yang bungsu kemudian diadopsi oleh kerabat jauhnya.

Abdullah tahu tentang agenda pertemuan kelompok. Namun, ia tidak selalu datang karena malu menjadi satu-satunya laki-laki dalam pertemuan kelompok. Saat ini, bantuan disalurkan melalui Pak Abdullah. Karena malu, ia tidak melaporkan kepada kelompoknya kalau ia sudah menikah lagi. Namun sesekali, ia masih datang ke pertemuan kelompok. Dahulu, ketika masih menjadi duda, agenda hariannya adalah:

| Waktu | Aktivitas |
|---------------|---|
| 05.00 – 07.00 | Memasak, mengurus anak, mengurus rumah. Kalau anak sedang sakit, terasa berat sekali. Badannya kurus kering waktu itu. |
| 07.00 – 13.00 | Menjaga dan mengurus kebun jagung, dengan sistem bagi hasil |
| 13.00 | Anak pulang dari sekolah (berjalan kaki) mengurus anak |
| 15.00 | Memasak sore, khususnya memasak sayur |

Setelah ia menikah lagi, aktivitas hariannya sedikit berubah, tidak lagi harus memasak, berganti dengan mencari kayu bakar.

Dikampungnya, Abdullah tidak banyak terlibat dalam aktivitas sosial kemasyarakatan. Ia bukan pengurus RT, bukan anggota kelompok tani dan juga bukan anggota kelompok arisan, karena tidak memiliki uang untuk membayar iuran bulannya. Tahun 2012 ia pernah menerima kartu Jamkesmas, namun setahun kemudian, tahun 2013, tidak lagi menerima kartu Jamkesmas.

Wulan, anak bungsunya pergi ke sekolah yang berjarak 2 km dengan naik ojek, dengan ongkos Rp 2.000,- dan pulang sekolah berjalan kaki. Ia diberi uang saku sebesar Rp 1.000,- per harinya. Wulan memiliki prestasi belajar yang cukup baik. Walaupun nilainya cukup bagus, ia hanya menempati peringkat ke-14 dikelasnya; ini akibat dari nilai untuk anak guru yang selalu dilebihkan.

Perempuan, Keluarga Pasca Penerima Manfaat PKH

Namanya As, perempuan berusia sekitar 50 tahun lebih (ia tidak tahu pasti berapa umurnya). As menjadi penerima PKH sejak 2008 hingga tahun 2012. Anaknya 4 orang, yang 1 orang (perempuan) sudah menikah. Sementara 3 anaknya yang lain sudah tamat dari SLTA. Dari 3 orang anak ini, 1 orang tidak melanjutkan pendidikannya sedangkan 1 orang anak lagi masih duduk di kelas 2 SMA. Sehari-hari As bekerja sebagai buruh tani. Ia mendapat upah Rp 30.000,- per hari atau Rp 15.000,- untuk kerja setengah hari. Suaminya bekerja sebagai buruh angkut di pasar dengan upah Rp 20.000,- hingga Rp 30.000,- per hari.

As terakhir kali menerimamanfaat PKH pada tahun 2012. Setelah anaknya lulus SMP, maka ia tidak lagi memenuhi kriteria sebagai penerima manfaat PKH. Pada tahun 2012, ia menerima dana sebesar Rp 300.000,- untuk 3 bulan. Uang ini dipergunakan untuk membeli beras, ikan, sayuran,

teh, gula dan kopi, serta untuk membeli baju seragam sekolah. Ketika dana PKH turun, ia memberi 'jatah' suaminya untuk membeli rokok, tetapi hanya Rp 5.000,- saja. Suami dan anak-anaknya mengetahui kalau dahulu mereka menerima dana PKH, meskipun anak-anak tidak mengetahui besarnya dana yang diterima. Bantuan ini dirasa sangat membantu. Namun demikian, skema pembayaran per termin menjadikan dana ini tidak dapat digunakan untuk kebutuhan lain, misalnya untuk modal usaha. Andaikan dana dicairkan sekali dalam setahun, mungkin dana ini bisa diputar sebagai modal untuk menambah penghasilan keluarga.

Saat ini, setelah tidak lagi menjadi penerima PKH, As mengeluhkan bahwa hidupnya kembali susah. Menurutnya walaupun jumlahnya terbatas, dana PKH dapat dipakai sebagai jaminan atau agunan ketika ia membutuhkan uang. Ia sering menggunakan dana PKH sebagai agunan untuk berhutang ke orang lain yang akan dibayar ketika dana PKH turun. Menurut penuturan ibu-ibu penerima manfaat PKH di Desa Rasabou dalam sebuah FGD, keluarnya satu keluarga dari PKH lebih disebabkan karena anak sudah menamatkan pendidikan (SLTP) ataupun tidak lagi bersekolah. Belum ada contoh di desa tersebut, dimana satu keluarga tidak lagi menjadi penerima manfaat PKH karena telah naik status ekonominya.

Anak Penerima PKH

Namanya Edi, berumur sekitar 14 tahun. Anak lelaki dari keluarga yang termasuk kategori RTSM di Desa Rasabou ini telah putus sekolah ketika ia duduk di kelas 6 SD beberapa saat yang lalu. Adiknya masih bersekolah di SMP kelas 1. Sewaktu ia masih sekolah dulu, kehadirannya di kelas kurang dari 80%, sehingga tidak memenuhi ketentuan jumlah minimal kehadiran di sekolah. Guru disekolahnya sudah melakukan berbagai pendekatan supaya ia tidak putus sekolah. Sebelumnya Edi memang sudah pernah beberapa kali tidak naik kelas. Menurut tetangganya yang juga seorang guru, Edi agak lambat dalam menangkap pelajaran di sekolah.

Adiknya bernama Pita. Ketika ditanya, ia mengatakan kalau ia tahu bila keluarganya menerima dana PKH, juga dana BSM. Sejauh yang ia ketahui keluarganya menerima dana sebesar Rp 300.000,- setiap terminnya. Dana ini diambil di kantor pos, dan ditandatangani oleh ibunya. Ketika uang diterima, bapaknya diberi jatah Rp 10.000. Katanya, bapaknya tidak meminta, namun ini bagian dari berbagi rejeki. Untuk pergi ke sekolah, ongkos yang dikeluarkan untuk ojek sebesar Rp 3000,- /hari. Sejauh yang diketahuinya, selain untuk biaya transportasi harian ke sekolah, dana PKH

juga digunakan untuk membayar hutang, selain untuk membeli sepatu, tas dan buku sekolah. Sebelum ada PKH, ia mendapatkan seragam sekolah satu kali setiap tahunnya. Setelah ada PKH, ia mendapatkan uang jajan sekolah. Selain itu, uang PKH juga digunakan untuk tambahan modal usaha karawiti, makanan khas Bima dengan rasa pedas yang terbuat dari kikil sapi, dan tidak digunakan untuk belanja makan harian. Meskipun Pita mengetahui dana PKH yang diterima ibunya, namun ia tidak mengetahui apakah sebenarnya PKH itu. Pita ingin bersekolah hingga SMA, walaupun Edi, kakaknya putus sekolah ketika SD.

Disekolahnya, yaitu di SD Bolo 10, beasiswa tidak dibagi rata dan juga tidak mengikuti ketentuan dalam juknisnya. Anak dari keluarga miskin atau sangat miskin yang menjadi penerima dana BSM tetap mendapatkan bagian yang terbanyak, meskipun demikian sebagian dari dana ini disisihkan untuk anak lain yang tidak mendapatkan dana BSM.

Ayahnya yang bernama Ali dan berumur 68 tahun, sudah dua tahun ini terbaring sakit. Sebelumnya, ia bertani dan menggarap lahan yang panen padi sekali dalam setahun. Hasilnya adalah 10-25 karung gabah (satu karung = 50 kilogram). Sawah yang digarapnya adalah sawah tadah hujan, sehingga kalau tidak ada air maka tidak akan panen. Sejak 2 tahun yang lalu ia sakit dan praktis tidak dapat bekerja dan menghasilkan uang untuk keluarga. Pak Ali tahu kalau keluarganya adalah penerima manfaat PKH yang diterima oleh istrinya. Menurutnya, bantuan dana PKH dirasakan sangat membantu, apalagi karena ia sakit dan tidak berpenghasilan. Pak Ali menyebutkan untuk keperluan sekolah anaknya mereka harus membayar uang sumbangan komite sekolah sebesar Rp 300.000,- per tahun, dan sumbangan OSIS sebesar Rp 30.000,- per tahun. Iapun mengetahui besar bantuan yang diterima, yaitu sebesar Rp 300.000,- per triwulan.

Ibunya berjualan karawitidenganberkeliling dari rumah ke rumah. Namun sayangnya, usaha ini banyak terkendala dengan ketersediaan modal usaha. Selain itu, di masa-masa tanam dan panen ia juga bekerja sebagai buruh tani. Anak ke-3-nya bekerja sebagai buruh migran, namun sudah tidak ada lagi kabar darinya yang sampai ke keluarga ini. Ketika peneliti berkunjung kerumahnya, ibunya sedang tidak berada di rumah.

4. Dampak PKH bagi Proses Sosial di Kabupaten Bima

PKH sebagai upaya "rekayasa sosial" dalam masyarakat untuk memastikan agar masyarakat termiskin yang rentan tidak terdampak guncangan ekonomi, ternyata memberikan baik *intended effect* maupun *unintended effect* yang serius

terhadap kondisi sosial di Kabupaten Bima. Dengan kata lain, sedikit banyak, program PKH berkontribusi terhadap bagaimana proses sosial yang ada di Bima memaknai dan mempraktikkan hal-hal yang sangat fundamental dalam masyarakat, khususnya pemenuhan hak dasar perempuan dan anak, serta kesetaraan dan keadilan gender dalam pengertian yang lebih luas (sebagai *intended impact*) maupun keadilan sosial dan solidaritas dan gotong-royong (sebagai *unintended impact*).

4.1 Dampak yang Diperkirakan

4.1.1 Optimalisasi Akses Terhadap Kebutuhan Dasar Perempuan dan Anak dalam Pendidikan dan Kesehatan

Sebagian besar narasumber yang merupakan penerima manfaat PKH menuturkan bahwa uang PKH yang diterima diperuntukkan bagi kebutuhan anak sekolah. Yang dimaksud dengan kebutuhan anak sekolah dalam hal ini mencakup biaya sekolah, buku, pembayaran uang komit, transportasi harian anak ke sekolah, dan sepatu atau seragam sekolah. Selain itu, sebagian uang juga diperuntukkan bagi peningkatan gizi anak seperti membeli susu atau daging.

Bagi anak-anak, dukungan dari PKH walaupun kecil dapat dirasakan manfaatnya dan membuat anak lebih termotivasi untuk pergi sekolah, karena memiliki seragam atau sepatu baru. Sebagaimana dituturkan oleh Siti:

"Uang PKH dipakai untuk membeli sepatu. Karena ada 3 anak, maka membeli 3x masing-masing seharga Rp 30.000 – Rp 40.000. Selain itu, dipakai untuk membeli buku, tas apabila sudah lama. Juga pakaian. Kata guru, kalau sudah usang, beli pakaian seragam baru. Sisanya dipakai untuk membeli ayam untuk kasih gizi sama anak"

Temuan di Bima juga menegaskan temuan sebelumnya, bahwa penyimpangan penggunaan uang PKH untuk membeli rokok sangat minim. Hal ini ditegaskan oleh beberapa ibu penerima manfaat PKH yang menuturkan bahwa suami mereka tidak berani meminta jatah uang rokok dari dana PKH yang diterima.²⁷

27 Kebanyakan narasumber yang menerima manfaat PKH juga menuturkan, bahwa mereka menginformasikan tentang dana PKH kepada suaminya. M Noor di Desa Tolowata mengatakan, bahwa ia tahu kalau istrinya menjadi penerima manfaat PKH sebesar Rp 600.000,- setiap tiga bulannya. Menurutnya, uang ini digunakan untuk kebutuhan anak, membeli beras, dan membeli ayam untuk usaha ternak. Dulu, mereka membeli 6 ekor ayam untuk indukan, tetapi kemudian mati semua. Sehari-hari, M Noor bekerja sebagai tukang ojek dengan pendapatan tak tentu. Rata-rata pendapatan kotornya adalah Rp40.000,- dengan memakai motor anaknya yang sudah menikah.

Kendala akses ke sekolah justru muncul dari budaya bertani masyarakat Bima sendiri, terutama yang melakukan aktivitas perladangan. Aktivitas berladang banyak dilakukan di wilayah-wilayah yang jauh dari pemukiman. Sebagian bahkan membutuhkan waktu sehari berjalan kaki untuk sampai di ladang. Karenanya, sering didapati anak-anak tidak masuk sekolah untuk jangka waktu yang cukup lama, selama orang tua menggarap ladang. Yang seringkali menjadi "korban" ketika ada kondisi seperti ini adalah anak-anak di kelas TK dan kelas 1 SD. Mereka masih terlalu kecil untuk ditinggal sendiri di rumah ketika orang tuanya pergi ke ladang.

Menariknya beberapa orang tua, setelah dilakukan pendekatan persuasif, mulai bersedia membawa anak tetapi tidak terlalu lama, atau menunggu anak kembali dari sekolah sebelum berangkat ke ladang. Di Tolowata misalnya, keluarga Fadma-M Noor yang anaknya masih SD, meminta ijin sehari untuk membawa anaknya ke ladang bilamana musim tanam tiba. Mereka harus menempuh perjalanan dengan sepeda motor, kemudian berjalan kaki selama kurang lebih 2 jam, karena tidak bisa dilalui motor kecuali mengambil rute memutar yang sangat jauh.

4.1.2 Katalis Pengaruh Sosial Perempuan di Tengah Eklusi Sosial

Walaupun tidak banyak, satu atau dua penerima manfaat PKH berhasil menyisihkan uang untuk diputar kembali sebagai modal usaha dan meningkatkan pendapatan keluarga. Seorang buruh pasir yang menjadi penerima manfaat PKH menuturkan bahwa setelah ada PKH, ia memiliki tambahan penghasilan. Dengan menyisihkan sebagian uang PKH yang diterima, ia bisa berjualan sayuran pada musim hujan dan membuat batu bata pada musim kemarau (cek kasus ketua kelompok Tolowata/Ibu Nurhayati).

Pengalaman lain ditunjukkan oleh Siti Hajar, penerima manfaat PKH di Desa Tambe yang berusia 64 tahun. Ia merupakan eks penderita lepra yang ditunjukkan dengan hidungnya yang terkena lepra waktu itu. Anaknya dua orang; yang sulung seorang janda cerai dengan 1 anak balita, dan anaknya yang bungsu masih kursus keterampilan. Siti Hajar menjadi penerima PKH untuk cucunya. Dari dana PKH, ia bisa menyisihkan modal untuk berjualan bensin di pinggir jalan yang berjarak sekitar 100 m dari rumahnya yang masuk gang di kampung. Ketika memulai usaha, ia bermodalkan uang Rp 300.000. Dari berjualan bensin sebanyak 20 - 25 botol ini, ia memperoleh pendapatan bersih sekitar Rp 10.000 - Rp 15.000,- per hari, setelah dikurangi ongkos ojek untuk membeli bensin di SPBU. Kios bensinnya buka dari pukul 5 pagi hingga pukul 11 malam. Apabila ada pertemuan kelompok, ia juga rajin datang dan ikut dalam pertemuan.

Secara sosial, data di lapangan juga menunjukkan bahwa PKH berpotensi mendorong terasahnya keterampilan berorganisasi dan kepemimpinan perempuan, seperti pengalaman di Rasabou. Meningkatnya keterampilan sebagai pemimpin dan kapasitas Siti sebagai ketua kelompok dikonfirmasi oleh orang-orang di lingkaran terdekatnya, termasuk suami dan pendamping.

Namun demikian, PKH lebih berfungsi menjadi katalis kepemimpinan dan keterampilan berorganisasi dari penerimanya yang memang sudah terbentuk dalam berbagai program pemerintah sebelumnya, khususnya Posyandu. Hal ini terlihat dari kenyataan bahwa perempuan penerima manfaat PKH yang memiliki peran sosial komunal yang luas, sebagian besar sudah memiliki peran ini sebelum kedatangan PKH. Sebelum menjadi ketua kelompok, Siti sudah menjadi aktivis di lingkungan sosialnya sehingga agak sulit untuk menyimpulkan bahwa peningkatan kapasitas dan perannya adalah karena PKH. Begitu juga dengan Nur yang menjadi ketua kader didesanya, ia sudah menjadi kader jauh sebelum menjadi penerima manfaat PKH.

Selain itu, PKH lebih merupakan program perlindungan sosial daripada program pemberdayaan.²⁸ Dengan kata lain, PKH sendiri tidak menjadikan

28 Bandingkan misalnya dengan pengalaman program pemberdayaan yang dilakukan oleh Organisasi Non Pemerintah di Bima yang menunjukkan bahwa perlindungan sosial dapat saling berkelindan dengan pemberdayaan masyarakat dalam waktu bersamaan. LP2DER, yang menjadi mitra untuk beberapa program dari organisasi pembangunan internasional seperti ACCESS dan Oxfam, melakukan pemberdayaan dan advokasi yang dilakukan di tingkat desa. Mereka menerapkan ketentuan kuota keterlibatan perempuan dalam kegiatan sebesar 50%. Sebelum mereka masuk, perempuan tidak pernah dilibatkan dalam kegiatan-kegiatan seperti Musrenbang. Mereka masuk melalui kader pemberdayaan masyarakat, dan melibatkan 4 kader setiap desa (dengan perincian 2 laki-laki dan 2 perempuan). Saat ini, di beberapa desa yang diorganisir, perempuan telah menduduki jabatan penting, seperti menjadi anggota BPD di Doridungga-Donggo. Begitu juga di Rora – Donggo, telah ada perangkat desa perempuan yang menjabat sebagai Kepala Urusan Keuangan Pemdes. Dengan catatan, di Kecamatan Donggo juga telah ada kader pemberdayaan masyarakat yang merupakan pendamping PKH.

Upaya yang dilakukan untuk peningkatan kapasitas kader sangatlah banyak, mulai dari pelatihan analisa gender, teknik fasilitasi, penganggaran, hingga pelatihan menulis. Pada awalnya, laki-laki selalu mendominasi dalam proses, namun kemudian perempuan mulai menunjukkan potensinya. Perempuan juga menunjukkan ketertarikan pada isu-isu non tradisional, seperti pengembangan sistem informasi desa berbasis teknologi informasi.

Yang juga penting adalah strategi horizontal learning antar komunitas menjadi cara mendorong perempuan sebagai pembuat perubahan, serta menggalang dukungan dari suami dan tetap menjalankan peran-peran domestik walaupun sibuk dalam aktivitas komunitas. Diluar itu, menggalang keterlibatan pemerintah desa juga menjadi cara untuk menggalang dukungan publik luas. Untuk kader pemberdayaan masyarakat yang laki-laki, mereka juga didorong untuk mengambil peran-peran domestik, seperti mengasuh anak dan mendorong pemahaman/ intepretasi agama

pemberdayaan sebagai agenda utama, karena fungsi utama dari pendampingan adalah pemantauan atau verifikasi untuk melihat apakah kriteria dan kewajiban penerima PKH dipenuhi atautidak. Argumen yang sering diutarakan dalam PKH adalah, bahwa masyarakat harus kenyang dahulu, sebelum diajak berorganisasi. Karena penerima RTSM merupakan keluarga sangat miskin, pengorganisasian dan agenda pemberdayaan tidak lebih diprioritaskan dibandingkan dengan memastikan pemenuhan kebutuhan dasar.

Meskipun tidak dipungkiri bahwa data di lapangan juga menunjukkan adanya peran pendamping yang berfungsi lebih dari sekedar pemantau atau verifikator. Pendamping justru menjadi simpul informasi dan konsultasi untuk pembahasan persoalan-persoalan sosial dalam pertemuan kelompok. Bahkan ada yang memainkan peran untuk menjembatani komunikasi antara penerima manfaat PKH dengan pelaku usaha kecil atau penerima manfaat PKH yang sudah mandiri secara ekonomi.

Kelompok penerima manfaat PKH juga belum terlibat dalam proses pembangunan dan pengambilan keputusan di tingkat desa. Para penerima manfaat PKH juga tidak terlibat dan tidak cukup mengetahui aktivitas PKK di desa mereka. Alasan yang paling sering diutarakan adalah karena mereka sibuk dengan aktivitas domestik dan aktivitas produktif. Sebagian narasumber yang ditemui di 2 desa yang dikaji juga mengatakan, bahwa mereka belum pernah ikut proses perencanaan pembangunan di tingkat desa (Musrenbangdes).

Ironisnya, proses eksklusi tersebut justru “disengaja” oleh aparat desa. Misalnya, akibat proses seleksi dan kriteria yang digunakan, sehingga menimbulkan kecemburuan sosial antar warga miskin, aparat desa justru menyarankan supaya pertemuan PKH tidak dilakukan di balai desa. Dengan kata lain, perluasan akses perempuan penerima manfaat PKH dalam pembangunan hanya menjadi sebuah ilusi saja bila kondisi ini terjadi.

Minimnya proses integrasi dan inklusi sosial juga dapat dilihat dari banyaknya penerima manfaat PKH yang kemudian tidak menerima program jaminan sosial yang lain, dengan alasan supaya bergiliran dengan yang lain untuk memenuhi rasa keadilan masyarakat. Sebagai contoh, banyak penerima manfaat PKH yang tidak menerima kartu Jamkesmas. Contohnya adalah Siti yang juga merupakan ketua kelompok penerima PKH di desanya, walaupun dalam hal ini, kartu PKH bisa juga digunakan untuk kepentingan berobat dan pemeriksaan kesehatan.

yang lebih ramah kepada perempuan. Jadi upaya pemberdayaan dan pemenuhan kebutuhan dasar bisa dilakukan secara simultan (Wawancara tim peneliti dengan Dian, LP2DER, Bima).

4.2 Dampak yang Tidak Diperkirakan

4.2.1 Bagi Rata sebagai Siasat atas Program Residual

Pertanyaan kritis yang dihadapi oleh program yang hanya diperuntukkan bagi kelompok masyarakat miskin seperti PKH adalah biasanya dikaitkan dengan rasa keadilan sosial masyarakat. Pertanyaan tersebut muncul dikarenakan beberapa hal berikut ini. *Pertama*, masyarakat di akar rumput biasanya mendefinisikan keadilan identik dengan kesamaan, bagi rata, atau senasib sepenanggungan. Oleh karena itu, ketika ada program yang sifatnya residual bukan universal yang mensyaratkan kriteria tertentu penerimanya seringkali ditafsirkan sebagai bentuk ketidakadilan. *Kedua*, data kemiskinan memang memiliki sejumlah persoalan dalam hal akurasi. Terlebih lagi, proses pemutakhiran yang tidak berjalan dengan baik, sehingga data kemiskinan yang benar-benar *real time* tidak pernah ada. Kondisi ini memunculkan persoalan *moral hazard* yang jamak ditemukan dalam bentuk penyiasaan-penyiasatan dalam implementasi program untuk orang miskin termasuk PKH.

Praktek penyiasaan ditemukan dalam kaitannya dengan program Beasiswa Siswa Miskin (BSM) yang juga biasanya diberikan kepada siswa penerima manfaat PKH. Seorang kepala sekolah sebuah SD di Tolowata menuturkan, upaya penyiasaan dilakukan sekolah karena kuatnya tekanan dari wali murid yang tidak menerima beasiswa ini. Misalnya, anak yang tidak menerima bantuan BSM memilih mogok berangkat ke sekolah. Argumen lain yang dipakai adalah bahwa kalau hanya diperuntukkan bagi siswa miskin saja, maka dirasa tidak adil karena mereka sudah mendapatkan bantuan-bantuan yang lain seperti PKH. Akibatnya, praktek distribusi bantuan BSM dilakukan tidak dengan mengacu kepada juknis yang ada, namun dibagikan ke seluruh siswa. Kebijakan ini sudah dilakukan dengan meminta persetujuan dari orang tua wali dari keluarga miskin. Sebagaimana dituturkan oleh Hawa, guru di SD Bolo 10 berikut ini: *"Kasihannya kalau ada anak yang juga berasal dari keluarga miskin yang lain yang tidak mendapat bantuan. Apalagi, karena penentuan penerima BSM kan bukan sekolah. Yang di setuju oleh Dinas Pendidikan, jumlahnya lebih sedikit daripada yang diusulkan."*²⁹

Namun sebagian penerima PKH sebenarnya keberatan dengan upaya siasat. Sebagaimana dituturkan Siti, salah seorang penerima manfaat PKH, dalam proses konsultasi antara pihak sekolah dan wali siswa. Wali siswa berasal keluarga miskin dan penerima PKH atau BSM cenderung diam dan tidak berani bersuara karena merasa inferior. Akibatnya, sebagaimana diungkapkan oleh peserta FGD di Rasabou, banyak RTSM yang tidak berdaya untuk menolak bilamana bantuan

29 Wawancara tim peneliti dengan Hawa, Guru SD Bolo 10 di Bima.

dipotong atau dialihkan. Karena itu, sangat wajar apabila kemudian mereka 'menyetujui' untuk membagikan dana bantuan BSM secara merata ke semua siswa.

Bahkan tidak jarang ada yang memprotes siasat itu, terlebih ketika siasat tersebut terkesan hanya sekedar dalih untuk menutupi penyimpangan yang dilakukan oleh sekolah. Misalnya, Siti pernah memprotes karena walaupun dia menandatangani bukti penerimaan BSM³⁰ sebesar Rp 300.000, namun dia tidak mendapatkan dana itu karena diambil alih pengelolaannya oleh sekolah. Ironisnya, yang mendapatkan dana ini justru anak dan orang tua yang merupakan saudara dari guru dan kepala sekolah. Setelah memprotes hal tersebut dirinya diberi jatah Rp 90.000.³¹

4.2.2 Tergerusnya Rasa Percaya, Semangat Kesukarelaan, Solidaritas dan Gotong-Royong

Program perlindungan sosial yang bersifat residual, dimana penerimanya disyaratkan memenuhi kriteria tertentu, bila tidak ditopang oleh sistem data dan informasi yang kuat justru menimbulkan rasa tidak percaya (*distrust*) terhadap penyelenggara pemerintahan. Hal ini diakui oleh pendamping PKH di Kabupaten Bima yang seringkali mendapatkan aduan dan keberatan dari masyarakat miskin yang tidak menerima PKH. Misalnya, mereka menyampaikan keberatan kepada ketua kelompok atau kepada pendamping PKH ketika datang ke komunitas. Selain itu, sebagian dari mereka juga datang dan ikut dalam proses pertemuan kelompok bulanan.

Kondisi ini membuat pendamping harus merespon dengan baik agar tidak menimbulkan kecemburuan sosial diantara warga. Pendamping biasanya akan menjelaskan kriteria dan prosedur yang digunakan dalam penetapan dan distribusi dana PKH sekaligus menjelaskan bahwa pendamping bukanlah penentu siapa yang mendapatkan PKH. Selain alasan prosedur dan desain kebijakan, alasan moral adalah yang paling sering dipakai, seperti mengatakan bahwa PKH merupakan rezeki dari Tuhan, yang seringkali datang melalui cara yang tidak terduga. Selain itu, pendamping juga mencatat masukan dan keluhan dari keluarga non penerima yang ditemui, walaupun mereka tidak menjanjikan solusi yang nyata dan jelas. Tentu saja berbagai upaya yang dilakukan pendamping tersebut tidak benar-benar bisa menyelesaikan kekecewaan warga miskin yang bukan penerima PKH,

30 Kartu BSM sendiri didistribusikan oleh TNP2K yang dikirimkan dan diambil oleh orang tua murid melalui kantor pos.

31 Bila situasi ini terjadi, pendamping melakukan proses fasilitasi ke pihak sekolah.

karena ada saja yang tetap datang untuk meminta supaya bisa mendapatkan dana PKH tersebut. Pertemuan kelompok diselenggarakan di rumah ketua kelompok bukan di balai desa agar tidak mencolok dan menimbulkan kecemburuan.

Kondisi ironis lainnya adalah tergerusnya semangat kesukarelaan, solidaritas dan gotong-royong yang muncul akibat transfer tunai yang tidak universal. Masyarakat banyak mengibaratkan transfer tunai tersebut sebagai “gaji” dari pemerintah kepada penerima manfaat. Akibatnya ketika ada aktivitas gotong-royong untuk memperbaiki infrastruktur jalan dan sebagainya, masyarakat yang bukan penerima PKH merasa sebaiknya penerima PKH yang terlibat dalam aktivitas tersebut karena sudah menerima “gaji” dari pemerintah.

BAB 4

IMPLEMENTASI PROGRAM KELUARGA HARAPAN DI KABUPATEN SIDOARJO, JAWA TIMUR

Pada bab ini dijelaskan lebih mendalam bagaimana pelaksanaan Program Keluarga Harapan (PKH) di Kabupaten Sidoarjo, Jawa Timur. Seperti juga bab sebelumnya, bab ini melihat bagaimana proses dan dampak dari program PKH bila dikaitkan dengan kesetaraan dan keadilan gender.

Secara khusus bab ini memfokuskan kajian studi kasusnya di Kabupaten Sidoarjo karena beberapa keunikan yang dimilikinya. Sidoarjo bukan hanya salah satu daerah otonom di Jawa Timur yang dekat dengan ibukota propinsi, tetapi juga merupakan daerah yang sedang bertransformasi dari watak agraris ke industri. Kondisi ini mendorong Sidoarjo menjadi daerah yang relatif heterogen, banyak diwarnai oleh aktivitas industri manufaktur, dan sekaligus ekonomi informal yang berkembang pesat dan menjadi area tujuan migran lokal.

Bab ini diawali dengan gambaran konteks makro Kabupaten Sidoarjo. Selanjutnya dijelaskan lebih jauh dinamika pelaksanaan PKH di Sidoarjo. Terakhir, bab ini memberikan catatan lebih jauh tentang dampak implementasi PKH.

1. Konteks Makro di Kabupaten Sidoarjo

Kabupaten Sidoarjo terletak antara 112 5' dan 112 9' Bujur Timur dan antara 7 3' dan 7 5' Lintang Selatan. Batas sebelah utara adalah Kotamadya Surabaya dan Kabupaten Gresik, sebelah selatan adalah Kabupaten Pasuruan, sebelah timur adalah Selat Madura dan sebelah barat adalah Kabupaten Mojokerto.



Secara topografi, Sidoarjo merupakan dataran delta dengan ketinggian antara 0 - 25 meter. Wilayah dengan ketinggian 0-3 meter dengan luas 19.006 Ha, merupakan

daerah pertambakan sekitar 29,99% luas wilayah danyang berada di wilayah bagian timur .

Wilayah Bagian Tengah yang berair tawar dengan ketinggian 3-10 meter dari permukaan laut merupakan daerah pemukiman, perdagangan dan pemerintahan. Meliputi 40,81 %. Wilayah Bagian Barat dengan ketinggian 10-25 meter dari permukaan laut merupakan daerah pertanian. Meliputi 29,20%. Daerah air tanah, payau, dan air asin mencapai luas 16.312.69 Ha. Kedalaman air tanah rata-rata 0-5 m dari permukaan tanah.

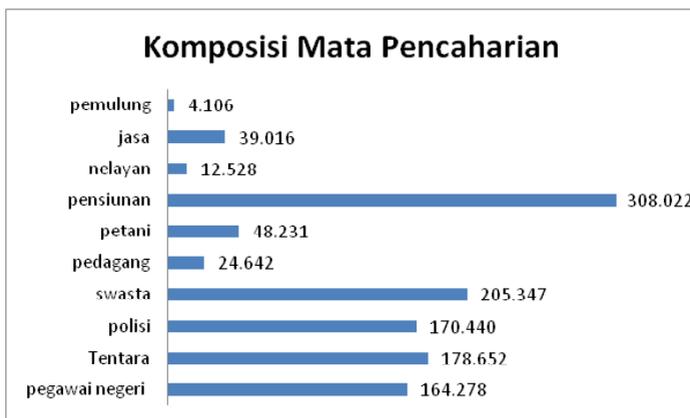
Berdasarkan data BPS 2012, penduduk Sidoarjo berjumlah 2.053.467 jiwa dengan komposisi laki-laki 1.034.765 jiwa dan perempuan 1.018.702 jiwa, merupakan wilayah dengan tingkat kepadatan rata-rata 3,3. Tingkat pendidikan masyarakat lebih dari 10% penduduk berpendidikan sarjana, lebih dari 25% lulus SLTA, sementara persentase penduduk diatas 10 tahun yang buta huruf masih 2,04%.

1.1 Potret Sosial &Ekonomi

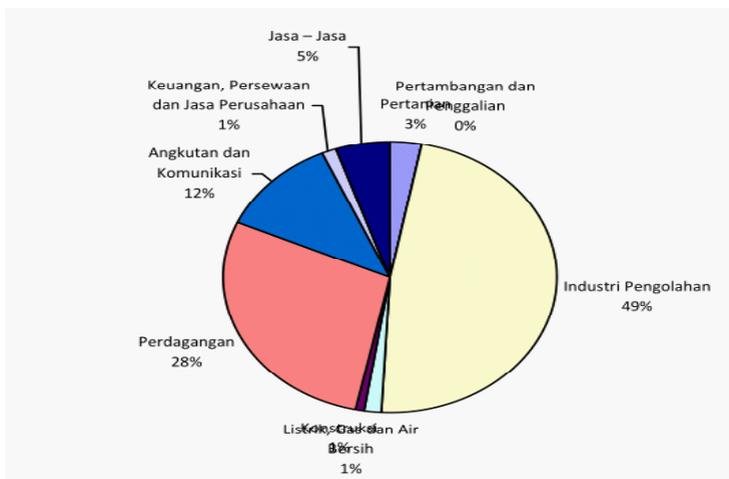
Kabupaten Sidoarjo merupakan daerah yang mengalami perkembangan pesat dan menjadi salah satu penyangga Ibukota Propinsi Jawa Timur. Potensi yang ada di wilayah Sidoarjo seperti industri, perdagangan, pariwisata, serta usaha kecil dan menengah serta dukungan sumber daya manusia yang memadai, maka dalam perkembangannya Kabupaten Sidoarjo menjadi salah satu daerah dengan tingkat kesejahteraan yang berada diatas rata-rata indeks kesejahteraan propinsi.

Data yang dilansir dalam Sidoarjo Dalam Angka tahun 2013, komposisi mata pencaharian penduduk Sidoarjo tampak pada grafik dibawah ini.

Grafik 2. Komposisi Mata Pencaharian Penduduk Sidoarjo



Produk Domestik Regional Bruto (PDRB) Sidoarjo tahun 2012 didominasi oleh sektor perdagangan dan industri pengolahan, sebagaimana diungkapkan dalam Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) tahun 2012 yang nampak dalam grafik berikutini.



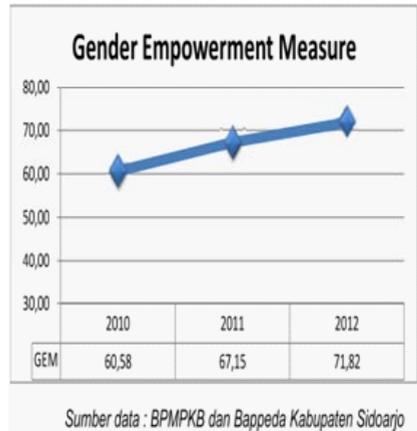
1.2 Kemiskinan dan Indeks Pembangunan Manusia

Indeks Pembangunan Manusia (IPM) dan Indeks Pembangunan Gender (IPG) biasanya diukur dari komponen pendidikan, yaitu angka melek huruf dan rata-rata lama sekolah, serta tingkat harapan hidup. Data BPS menunjukkan bahwa angka melek huruf, rata-rata lama sekolah dan umur harapan hidup di Kabupaten Sidoarjo pada tahun 2011 dan tahun 2012 adalah sebagai berikut:

| Komponen | Tahun | |
|-------------------------|--------|--------|
| | 2011 | 2012 |
| Angka melek huruf | 97,13% | 97,96% |
| Rata- rata lama sekolah | 9,97 | 10,2 |
| Usia Harapan Hidup | 70,74 | 70,7 |

Secara keseluruhan IPM di Kabupaten Sidoarjo mengalami peningkatan meski kecil namun pasti, sementara IPG di tahun 2012 mengalami penurunan. Hal ini menunjukkan terjadinya kesenjangan gender yang makin lebar dibanding tahun 2011. Bila tingkat pendidikan dan kesehatan perempuan cenderung

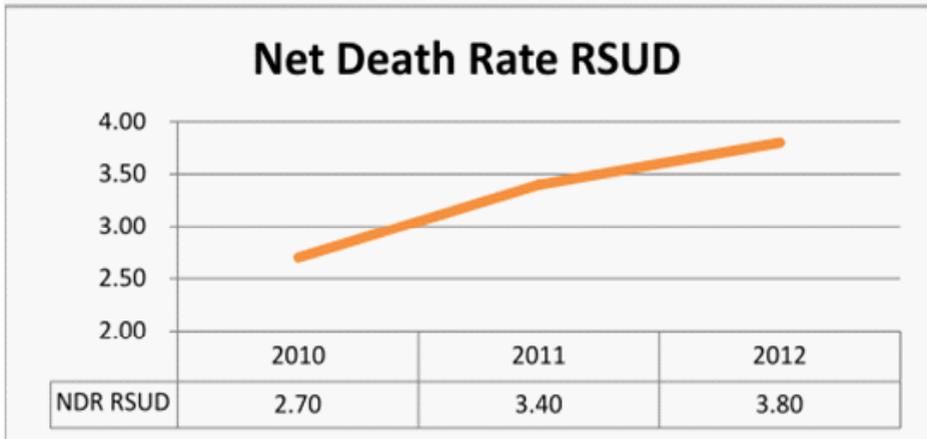
meningkat, maka kesenjangan yang makin besar disebabkan oleh kemampuan belanja perempuan yang semakin rendah. Disisi lain Indeks Pemberdayaan Gender makin baik. Hal ini menunjukkan bahwa di Kabupaten Sidoarjo semakin banyak perempuan yang memiliki jabatan publik, baik jabatan struktural di pemerintahan, legislatif maupun jabatan di perusahaan.



Bila dibandingkan dengan Jawa Timur dan nasional, maka IPM Sidoarjo berada jauh diatas rata-rata propinsi dan nasional. Artinya, kesejahteraan masyarakat Sidoarjo secara umum berada di atas rata-rata Jawa Timur.

| Perbandingan IPM, Sidoarjo, Jatim dan Nasional | | | | |
|--|---------|---------|---------|---------|
| IPM | Th 2009 | Th 2010 | Th 2011 | Th 2012 |
| Sidoarjo | 75.88 | 76.35 | 76.90 | 77.36 |
| Jawa Timur | 71.06 | 71.62 | 72.18 | 72.83 |
| Indonesia | 71.76 | 72.27 | 72.77 | 73.29 |

Pada tahun 2011, jumlah penduduk miskin yang terlayani oleh RSUD mencapai 77.778 orang, kemudian pada tahun 2012 tercapai 79.433 orang. Kemudian pada tahun 2012 mengalami peningkatan sebesar 102,13%. Tetapi kualitas layanan dari tahun 2010 mengalami penurunan. Ini ditunjukkan oleh *Net Death Rate* yang merupakan salah satu *performance indicator* rumah sakit.



Prevalensi HIV/AIDS pada tahun 2011 mencapai 38,69 per 100.000 penduduk. Angka tersebut pada tahun 2012 meningkat menjadi 58,28 per 100.000 penduduk dari standar sebesar < 0,2 per 100.000 penduduk. Tingginya prevalensi HIV/AIDS di Kabupaten Sidoarjo disebabkan oleh:

- Semakin aktifnya *surveillance system* untuk HIV/AIDS;
- Semakin tingginya kesadaran penderita untuk memeriksakan diri.

Upaya pencegahan dan penanggulangan dilakukan melalui penyuluhan masyarakat, pendampingan kelompok resiko tinggi dan intervensi perubahan perilaku, layanan konseling dan testing HIV, layanan Harm Reduction, pengobatan dan pemeriksaan berkala penyakit Infeksi Menular Seksual (IMS), pengamanan darah donor dan kegiatan lain yang menunjang pemberantasan HIV/AIDS. Data prevalensi HIV/AIDS dan PMS penting mengingat bahwa di Sidoarjo, khususnya di salah satu lokasi studi ditemukan adanya praktek prostitusi, dimana mobilitasnya sangat tinggi.

Dari data indikator kemiskinan yang dilansir BPS tahun 2011, secara umum jumlah orang miskin di Kabupaten Sidoarjo lebih rendah dibandingkan dengan angka kemiskinan yang jauh dibawah rata-rata nasional dan propinsi sebagaimana tampak dalam tabel berikut.

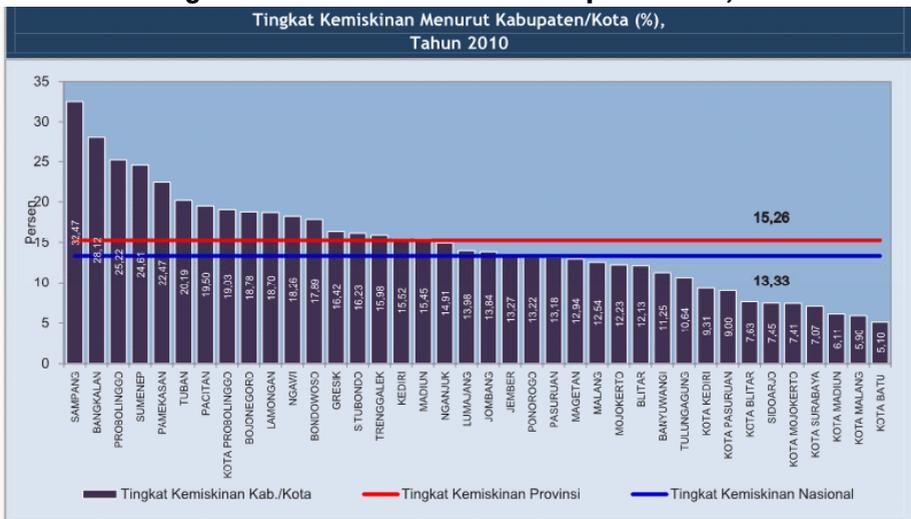
Jika dibandingkan dengan kabupaten lain, Sidoarjo berada di urutan 6 terendah di Jawa Timur, sebagaimana ditunjukkan dalam grafik di bawah ini.

Meski program penanggulangan kemiskinan sudah diluncurkan sejak ahun 2007, tetapi angka kemiskinan tahun 2010 justru semakin tinggi dibanding tahun sebelumnya. Hal ini seharusnya menjadi catatan tersendiri bagi program penanggulangan kemiskinan. Berdasarkan data tersebut, refleksi program

Tabel 4. Indikator Kemiskinan tahun 2009 – 2010

| Daerah | Garis Kemiskinan (Rp/Bulan) | | Persentase Penduduk Miskin (%) | | Jumlah Penduduk Miskin (Jiwa) | |
|------------|-----------------------------|---------|--------------------------------|-------|-------------------------------|------------|
| | 2009 | 2010 | 2009 | 2010 | 2009 | 2010 |
| Sidoarjo | 228.178 | 248.856 | 6,91 | 7,45 | 120.862 | 144.928 |
| Jawa Timur | 188.317 | 199.327 | 16,68 | 15,26 | 5.860.736 | 5.572.267 |
| Indonesia | 200.262 | 211.726 | 14,15 | 13,33 | 32.530.000 | 31.023.390 |

Sumber: BPS 2011

Grafik 3. Tingkat Kemiskinan Menurut Kabupaten/Kota, Tahun 2010

Sumber: Badan Pusat Statistik, 2011

penanggulangan kemiskinan memunculkan rekomendasi penanggulangan kemiskinan terpadu, dengan meluncurkan Program Terpadu Penanggulangan Kemiskinan (PTBK), dimana semua SKPD yang mampu/bertanggungjawab atas program-program penanggulangan kemiskinan akan fokus bekerja di 3 kecamatan merah, yaitu kecamatan dengan angka kemiskinan tinggi. Tiga kecamatan tersebut, yaitu Kecamatan Jabon, Tarik dan Krembung.

1.3 Ketersediaan Infrastruktur dan Kualitas Pelayanan Publik

Jumlah sekolah yang ada di Kabupaten Sidoarjo cukup banyak (lihat tabel di bawah ini). Meskipun jumlahnya cukup banyak, tetapi dalam hal ini ruang

kelas secara kuantitas masih kurang, sehingga masih diperlukan penambahan kuantitas dan kualitas ruang belajar. Hal ini terlihat dalam rasio kelas terhadap murid berikut ini: untuk SD/MI rasionya 1: 30 (tahun 2010, 2011, 2012); untuk SMP/MTS rasionya 1: 30 (2010), 1:35 (2011) dan 1;38 (2012); dan untuk SMA/MA rasionya 1:30 (2010) 1:35 (2011) 1:37 (2012).

Tabel 5. Jumlah Sekolah di Kabupaten Sidoarjo

| Sekolah | Jumlah | Total |
|------------|-------------|-------|
| SD /MI | 4.667/1.531 | 6.198 |
| SMP/MTs | 1.951/463 | 2.414 |
| SMA/SMK/MA | 773/749/200 | 1.722 |

Ketersediaan sarana dan prasarana jalan dan jembatan meningkat dari tahun ketahun, termasuk juga fasilitas PJU (Penerangan Jalan Umum) dimana tahun 2012 67.18% tersedia PJU dari 29.000 titik ideal PJU di Kabupaten Sidoarjo. Rata-rata jalan sudah beraspal, dan dipedesaan sudah di *corblok* atau *cone block*.

Lebih khusus, Desa Pepelegi maupun Kelurahan Tambak Kemerakan, yang menjadi wilayah kajian, tidak memiliki puskesmas. Namun demikian jarak desa ke puskesmas terdekat relatif dekat. Di Tambak Kemerakan hanya ada 1 SD, sementara SMP terdapat di desa lain. Kelurahan Tambak Kemerakan dilintasi oleh *by pass* yang merupakan jalur lalu lintas kendaraan berat. Pemukiman penduduk asli terpisah oleh sungai Kemerakan dan satu pemukiman pengembangan, dimana di lingkungan pengembangan ini didiami oleh para pendatang yang akhirnya oleh pemerintah kelurahan diijinkan untuk tinggal dan menjadi warga Kelurahan Tambak Kemerakan. Infrastruktur jalan rata-rata *cone block*, dan diluar pemukiman yang menghubungkan Kelurahan Tambak Kemerakan dengan Kecamatan Krian merupakan jalan aspal, masih terdapat persawahan yang beririgasi. Dari bangunan rumah kompleks pemukiman tidak terdapat perbedaan yang mencolok, dan menunjukkan perbedaan status ekonomi warga. Jarak Kelurahan Tambak Kemerakan dari pusat kecamatan hanya 2 Km.

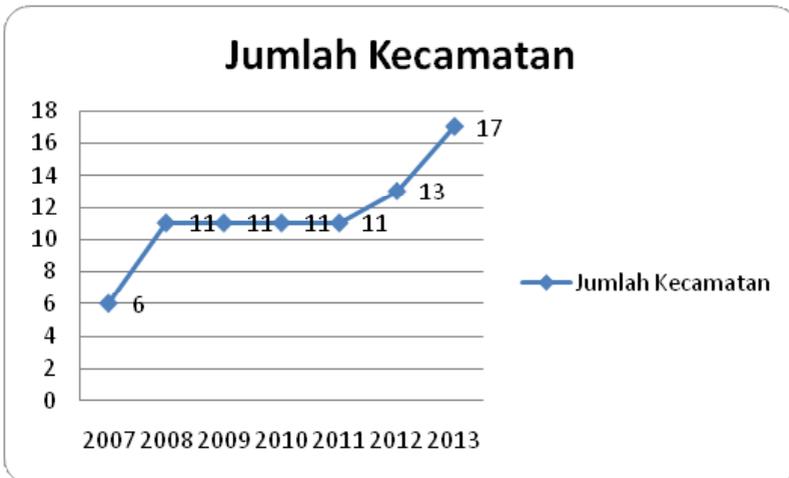
Selain 2 sekolah dasar negeri (SDN Pepelegi I & II) yang berada di dalam lingkungan Perumahan Pepelegi Indah (SDN Pepelegi I) dan Wisma Permai (SDN Pepelegi II), di Desa Pepelegi terdapat sekolah dasar berbasis Agama Islam yang dikelola pihak swasta (Raudhatul Jannah), tidak ada sekolah menengah pertama negeri dan ada 1 milik swasta. Sekolah menengah atas tidak ditemui di Desa Pepelegi.

2. Implementasi Program PKH di Kabupaten Sidoarjo

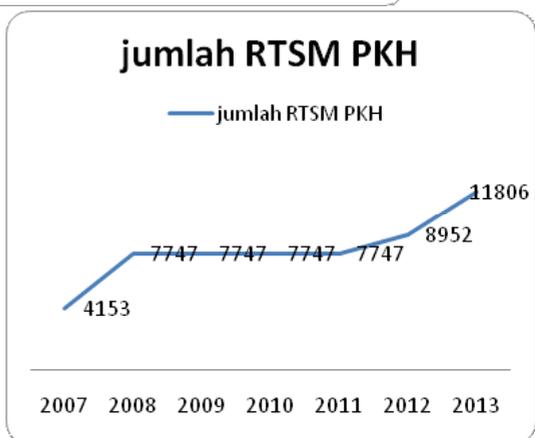
2.1 Profil Program dan Penerima Manfaat PKH

Kabupaten Sidoarjo merupakan salah satu kabupaten yang menjadi penerima PKH sejak awal digulirkan tahun 2007. Pada tahun 2007 total penerima manfaat PKH di Sidoarjo berjumlah 2.790 RTSM. Dari 6 Kecamatan (Krian, Tarik, Prambon, Wonoayu, Balung Bendo, Sukodono) yang menerima PKH pada tahun 2007 menjadi 17 Kecamatan di tahun 2013.

Grafik 4. Jumlah Kecamatan Penerima Manfaat PKH di Kabupaten Sidoarjo



Pada tahun 2013 hanya 1 Kecamatan, yaitu Kecamatan Candi yang belum menerima manfaat PKH. Kabupaten Sidoarjo sedang berusaha untuk menjadikan Kecamatan Candi sebagai Kecamatan PKH Kabupaten. Saat ini kapasitas APBD Kabupaten Sidoarjo sangat memungkinkan untuk melaksanakan gagasan PKH Kabupaten, namun belum ada



payung hukum untuk rekrutmen pendamping maupun honor pendamping, termasuk juga persoalan kode rekening.

Hingga saat ini, PKH di Sidoarjo digulirkan di 254 desa, dengan total penerima PKH sebanyak 8.952 RTSM. Data terakhir menunjukkan bahwa dari 8.952 RTSM yang berhak menerima PKH ternyata pada pencairan ke-4 yang memenuhi syarat sejumlah 7.604 RTSM dengan jumlah ibu hamil 65 orang dan 1867 balita. Sementara anak sekolah berjumlah 7.710, dimana 4.889 masih bersekolah di tingkat SD dan selebihnya sejumlah 2.821 bersekolah di SMP. Adapun total pendamping PKH di Sidoarjo berjumlah 39 orang.

Dua desa yang menjadi fokus kajian ini juga menerima PKH sejak awal. Kelurahan Tambak Kemerakan, Kecamatan Krian merupakan daerah yang menjadi penerima PKH sejak tahun 2007. Sedangkan Desa Pepelegi Kecamatan Waru merupakan wilayah pengembangan PKH tahun 2008.

2.2 Kapasitas Kelembagaan Pemerintahan Daerah dalam Implementasi PKH

Persoalan mendasar yang dihadapi oleh Pemerintah Daerah Sidoarjo, seperti juga dialami oleh banyak pemerintah daerah di Indonesia, ketika mengimplementasikan berbagai program penanggulangan kemiskinan, termasuk PKH, adalah indikator kemiskinan yang berbeda-beda di tiap satuan kerja pemerintahan. Akibatnya tidak ada data tunggal tentang orang miskin.

Hal ini berimplikasi pada perbedaan penerima manfaat dari berbagai program yang ada. Ada yang layak menerima bila dilihat dari kriteria yang ada, namun dalam kenyataannya tidak menjadi penerima manfaat dari program yang ada atau sebaliknya.

Kondisi ini sebenarnya sudah disadari oleh birokrat di Pemerintah Daerah Sidoarjo, sehingga mereka berusaha untuk mencari solusi. Misalnya, sebagaimana penuturan Camat Krian, untuk mengatasi indikator yang berbeda di setiap SKPD pengampu program penanggulangan kemiskinan, proses identifikasi calon penerima manfaat dilakukan dengan cara berkoordinasi dengan aparat pemerintah desa atau pemerintah kelurahan. Hal ini dipertegas melalui peraturan desa. Data berbasis desa diyakini tepat dan cepat, karena pemerintah desa yang lebih memahami kondisi wilayah.

Berkaca pada pengalaman Kecamatan Krian, proses identifikasi dimulai dari Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM) dan kemudian dilanjutkan ke Rumah Tangga Miskin (RTM) dan Rumah Tangga Hampir Miskin (RTHM). Biasanya pihak kecamatan juga mengajak pihak ke-3 untuk klasifikasi dan klarifikasi RTSM, RTM dan RTHM. Hasil pendataan inilah yang dijadikan acuan utama dalam berbagai

program pengentasan kemiskinan. Alur tersebut saat ini sedang diujicoba di Desa Tropododi Kecamatan Krian.

Pemerintah daerah juga berusaha untuk mengantisipasi adanya peluang *moral hazard* berupa orang yang sebenarnya tidak miskin, tetapi kemudian meminta dirinya disebut sebagai orang miskin agar dapat menerima manfaat dari program pengentasan kemiskinan yang ada. Misalnya, pemerintah Kecamatan Krian berusaha untuk tidak lagi mengeluarkan Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM).

Namun pengakuan dari aparat di Kelurahan Tambak Kemerakan menunjukkan bahwa usaha tersebut belum benar-benar direalisasikan. Pihak kelurahan mengaku hanya mendapat informasi bahwa ada sejumlah warga masyarakat yang menerima PKH, tetapi tidak pernah dilibatkan dalam proses pendataan maupun penentuan penerima manfaat. Kondisi ini sama dengan program penanggulangan kemiskinan lain yang digulirkan. Pemerintah kelurahan/desa hanya mendapatkan pemberitahuan saja, sehingga tidak bisa berbuat banyak bila terjadi ketidaktepatan sasaran. Disamping itu pemerintah kelurahan juga tidak pernah mendapat informasi dinamika PKH, seperti pembaharuan data jumlah penerima manfaat PKH.

Tentu saja, hal ini berdampak pada munculnya gejala sosial dimasyarakat. Untuk meminimalkan potensi gejala sosial di masyarakat, pemerintah kelurahan mengusulkan penambahan jumlah penerima manfaat. Namun sejauh ini, penerima manfaat PKH tetap berdasar nama sesuai hasil PPLS 2007.

Di luar PKH, pemerintah Kabupaten Sidoarjo juga mengimplementasikan beberapa program percepatan pengurangan kemiskinan, baik yang didanai oleh APBD Kabupaten maupun APBD Propinsi. Program tersebut ada yang berbentuk santunan maupun program pemberdayaan. Persoalannya adalah belum ada keterpaduan program di tingkat propinsi maupun kabupaten/kota yang menunjukkan sinergisitas program yang dikelola propinsi dengan program yang dikelola oleh kabupaten/kota. Berikut ini contoh program yang ada di Sidoarjo:

- Santunan bagi warga, seperti bantuan bagi lansia tidak produktif atau bantuan bagi RTSM berupa bantuan uang tunai sebesar Rp200.000,- per bulan dan beras 240 kg per tahun.
- Program JALINKESRA (Jalan Lain Menuju Kesejahteraan), berupa aktivitas bantuan natura dengan sasaran RTSM, RTM dan RTHM. Program ini dikelola oleh Biro Kesra, Dinas Sosial, dan lain-lain.
- Program pemberdayaan ekonomi kaum perempuan melalui Koperasi Wanita (KOPWAN), Koperasi Pesantren (KOPUNTREN), Penjamin Kredit Daerah (Jamkrida).

- BPPKB menyediakan KB gratis untuk IUD, implan, MOW untuk keluarga miskin di seluruh Kabupaten Sidoarjo.
- Bantuan Modal P3EL (Pemberdayaan Perekonomian Pelaku Ekonomi Lokal).
- UPPKS (Usaha Peningkatan Pendapatan Keluarga Sejahtera) yang merupakan bantuan modal untuk akseptor KB.
- Rehab rumah, dan sebagainya.
- PPKM (Program Pengentasan dan Keberdayaan Masyarakat)
- Dinas Sosial mempunyai program pelatihan ketrampilan dan bantuan peralatan kerja, seperti pelatihan jahit bagi 50 RTS/RTM. Para peserta pelatihan dilatih dan kemudain diberi bantuan peralatan sehingga peserta bisa mendapatkan penghasilan dari keterampilan barunya. Jahit dipilih karena banyak usaha konveksi yang bisa menjadi link bagi para peserta pelatihan, sehingga mereka terhubung dengan konsumen.

3. Pengalaman Penerima Manfaat PKH

Uraian tentang pengalaman penerima manfaat penting untuk didalami, untuk melihat lebih mendalam bagaimana pelaksanaan dan dampak dari program PKH bagi kehidupan para keluarga yang masuk dalam kategori rumah tangga sangat miskin. Pilihan profil penerima manfaat PKH didasarkan pada keragaman kategori yang menggambarkan variasi dalam hal status perkawinan.³²

Perempuan Penerima PKH, sekaligus Penerima Program Penanggulangan Kemiskinan di Kluster lain

Jam menunjukkan pukul 00.30 ketika Siti Aminingsih bangun dari tidur dan bersiap pergi ke pasar. Daun pisang, kelapa, bumbu dapur, dan lain-lain yang dia beli malam itu, membutuhkan uang yang tidak sedikit, menurut ukurannya. Kurang lebih satu jam dia di pasar, kemudian dia kembali ke rumahnya dan bersiap membuat bothok yang akan dijualnya hari itu. Selain membuat dan kemudian menjual bothok, dia juga menanak nasi dan menyiapkan sarapan untuk anak dan suaminya. Pukul 6 pagi, Siti sudah keluar rumah untuk menitipkan dagangannya di warung-warung, kemudian dia juga harus mengurus kebutuhan anaknya yang masih balita dan mengantarkan anak pergi ke sekolah. Pukul 8 pagi dia menjajakan bothoknya berkeliling kampung. Pukul 12 siang dia sudah pulang dan menyiapkan makan siang keluarga, menjemput anaknya dari sekolah, mengantarkan mengaji

32 Semua nama yang dituliskan dalam sub-bab ini, bukanlah nama sebenarnya.

dan menemani anaknya belajar di rumah. Kadang kala, ketika ada jadwal pengajian di kampung, Siti pergi mengaji sebelum dia tidur pada pukul 8 atau 9 malam.

Suaminya adalah tukang parkir di salah satu toko di Krian, dia harus membayar kontrak sebesar Rp 2 juta per tahun untuk dapat mengelola parkir di tempat tersebut. Bila hari ramai suaminya bisa membawa pulang uang sejumlah Rp45.000 – Rp50.000,-Tetapi jika hujan dan sepi, dia hanya membawa pulang uang sejumlah Rp15.000,-

Pada saat PKH diterima tahun 2007, mereka mempunyai 4 orang anak, dan sekarang 6 orang anak.Selain PKH mereka juga menerima Raskin dan BLT. Dulu Siti tidak mau ber-KB, tetapi sekarang dia menjadi akseptor KB suntik. Siti pernah mendapat pinjaman dari PPKM (Program Penguatan dan Keberdayaan Masyarakat) yang dimanfaatkan untuk modal berdagang bothok. Suatu hari dia menitipkan uang cicilan kepada suaminya, tetapi ternyata uang itu tidak dibayarkan untuk membayar cicilan pinjaman, melainkan dipakai sendiri. Ketika dia tahu uang tersebut tidak pernah sampai tujuan, akhirnya Siti memutuskan untuk mengangsur sendiri cicilan pinjamannya.

Perempuan Penerima Manfaat PKH dan Anggota PKK

Sudah 3½ tahun ini Ibu Titin bekerja momong anak tetangganya yang bekerja di Perusahaan Gas Negara. Anak ini mulai dijaga sejak ia berusia 2 bulan. Ketika wawancara dilakukan Ibu Titin sedang menggendong anak yang dirawatnya ini. Setiap pagi orang tua si anak mengantarkan anaknya kepada Ibu Titin atau Ibu Titin menjemput dan merawatnya di rumah. Anak ini dijaga sejak pukul 6 pagi hingga pukul 10 malam atau sampai si ibu anak pulang dari bekerja. Anak ini pun makan bersamanya dan biaya makan ini tidak diganti oleh orangtua si anak. Setiap bulan ia menerima upah sebesar Rp600.000,-

Suaminya bekerja sebagai satpam selama 10 tahun di perumahan di daerah Pepelegi. Menurutnya suaminya bisa membantunya melakukan pekerjaan rumah seperti bersih-bersih, menyapu dan menyiapkan anak sekolah. Namun semua ini harus diminta atau disuruh, bila tidak maka tidak akan dikerjakan. Menurutnya ada suami yang memang bisa membantu istri, tapi semua itu harus disuruh, jarang suami melakukannya tanpa diminta. Dan kadang-kadang bila dimintai tolongpun tidak selalu mau dikerjakan, karena merasa sudah capek bekerja di luar. Dan ia pun mencoba untuk memahami. Selama ini dia memang tidak bekerja dan semua bergantung

dari gaji suami. Momong anak adalah pekerjaan yang umum didusunnnya, biasanya tetangga yang mampu akan meminta tetangga yang tidak bekerja untuk menjaga anak mereka. Pekerjaan ini dilakukannya karena anaknya sudah besar dan kebutuhan semakin meningkat.

Ibu Titin aktif dalam kegiatan PKK tapi tidak pernah menjabat sebagai pengurus PKK ataupun pengurus kampung, begitu pula dengan suaminya. Mereka hanya orang biasa, itu katanya. Dia ikut arisan PKK dan dasa wisma. Arisan ini dibayar Rp10.000 per bulan. Ibu-ibu di kampung umumnya hanya melakukan pekerjaan perempuan bila ada acara dan jarang sekali melakukan pekerjaan lainnya. Juga yang mengikuti Musrenbangdes adalah pengurus PKK dan anggota tidak mengetahui apa yang terjadi dalam pertemuan itu. Hasil Musrenbangdes tidak pernah disosialisasikan kepada masyarakat, baik melalui RT/RW ataupun kelompok ibu PKK, akibatnya perencanaan pembangun desa tidak bisa dikontrol oleh masyarakat. Hanya segelintir orang (pejabat kampung, atau pengurus kampung) yang dapat mengakses rencana pembangunan dan berpartisipasi didalamnya.. Perempuan di wilayah perkotaan pun (Pepeligi – desa kota) tidak banyak memahami bagaimana hak-hak sipil warga negara, bagaimana partisipasi publik dilakukan. Ibu Titin merasa biasa saja ketika ia tidak dilibatkan dalam persoalan publik, karena menurutnya itu bukan bagiannya.

Perempuan Penerima Manfaat PKH yang menjadi “bos kecil” bagi Perempuan lain Penerima Manfaat PKH

Perempuan paruh baya ini bernama Alinah, ibu dari 5 orang anak, 2 perempuan dan 3 laki-laki. Ibu Alinah mengontrak tanah dan mendirikan gubug untuk tempat tinggalnya yang berukuran 4 x 8 m, berlantai tanah, di wilayah pengembangan pemukiman bagi pendatang yang disediakan oleh pemerintah kelurahan. Dia tinggal bersama suami, 3 orang anak dan 2 orang cucu dari anak perempuannya yang berprofesi sebagai penyanyi dangdut dan tinggal di salah satu perumahan di Sidoarjo.

Tiga orang anaknya yang tinggal bersamanya pernah menerima manfaat PKH, saat ini Ibu Alinah masih menerima manfaat PKH untuk satu anak perempuannya yang sudah kelas 3 SMP. Dua orang anaknya yang dulu pernah menerima PKH sekarang memilih tidak melanjutkan sekolah, tetapi bekerja bersama kakaknya yang tertua mendirikan Orkes Melayu. Keluarga Ibu Alinah beruntung, karena memiliki kemampuan bermusik dan musik menjadi pilihan. Uang yang didapat oleh dua anaknya yang mantan penerima manfaat PKH diberikan kepada ibunya dan dikumpulkan untuk

berjualan kacang goreng. Bu Alinah menjajakan sendiri kacang bawang buatannya di pinggiran jalan by pass Krian. Pelan tapi pasti, dagangan kacang gorengnya makin bertambah, dan sekarang Bu Alinah tidak lagi menjajakan kacang bawangnya, tetapi teman-teman pengasong yang juga penerima manfaat PKH yang mengambil kacang bawang produksi Bu Alinah dan menjajakannya di lokasi yang dipilih untuk berjualan. Bu Alinah hanya memproduksi dan mengemas dalam bungkus plastik kecil-kecil untuk dijual Rp1.000,-per bungkusnya. Bu Alinah juga kulakan atau membeli dalam jumlah yang cukup banyak tahu goreng di pasar untuk dikemas dalam plastik kecil dan orang lain mengambil dari Bu Alinah untuk dijual di jalan atau dalam bis antar kota.

Di keluarga Bu Alinah, PKH tidak lantas membuat anak-anaknya termotivasi untuk terus sekolah. Anak perempuannya yang duduk di kelas 3 SMP mengatakan bahwa dia tidak akan melanjutkan sekolahnya ke jenjang yang lebih tinggi, tetapi memilih untuk menjadi penyanyi dangdut, seperti kakak perempuannya. Padahal Ani, begitu panggilan anak perempuan bungsu Bu Alinah, memiliki prestasi yang baik di sekolahnya dan aktif dalam kegiatan ekstra kurikuler, bahkan pernah mengikuti lomba pidato. Ternyata menjadi penyanyi orkes jauh lebih menarik sebagai pilihan meraih kesuksesan dibanding melanjutkan pendidikan ke jenjang yang lebih tinggi; alasan ekonomi bukan lagi menjadi penghalang. Sekarang Bu Alinah sudah bisa membeli rumah di sebuah perumahan tidak jauh dari Krian.

Perempuan Penerima PKH dengan Akses Sumberdaya Terbatas

Beberapa tetangganya di RT 9 mengatakan bahwa Ana Zubaedah adalah perempuan yang paling beruntung di RT 3. Bagaimana tidak, dia tidak perlu pusing menjereng rupiah yang dimiliki untuk dibelanjakan, tetapi cukup diam dirumah dan suaminya akan datang dengan membawa tas plastik berisi bahan-bahan untuk dimasak hari itu. Tetapi banyak perempuan yang justru merasa kasihan kepada Ana Zubaedah, karena Ibu Ana tidak bisa menentukan menu harian, tidak bisa memberi uang jajan kepada anak balitanya, sedangkan perempuan lain bisa menyisihkan sedikit uang belanja untuk jajan anaknya.

Suami Ana bekerja sebagai penjaga di pabrik di wilayah Krian. Suaminya termasuk salah satu penerima Raskin dan juga BLT. Meskipun menerima BLT, tetapi Ibu Ana tidak pernah merasakan nikmatnya uang BLT. Suaminya mengatakan bahwa BLT itu adalah uangnya, karena diterima atas namanya. Ketika dia hamil dan menjadi penerima manfaat PKH, Ibu Ana baru bisa

merasakan bagaimana harus mengelola uangnya sendiri. Ketika suaminya meminta uang PKH yang diterimanya, Ibu Ana menjawab dengan lugas, menirukan kata-kata suaminya tentang uang BLT, “Duit PKH iki duitku, wong sing ditulis jenengku”. Biasanya Ibu Ana menggunakan uang PKH yang diterima untuk memenuhi kebutuhan harian dan juga untuk mencukupi kebutuhan pribadinya dan terkadang membeli baju untuk anaknya yang balita dan juga untuk dirinya. Kartu PKH juga kadang dijaminkannya, ketika dia betul-betul tidak memiliki uang dan suaminya tidak memberikan jatah belanja.

Perempuan Penerima PKH, Pencari Nafkah Keluarga

Suami Ibu Sri adalah buruh bangunan harian yang tidak selalu ada pekerjaan. Hal ini sebenarnya mengganggu kenyamanan Ibu Sri, karena dia akhirnya harus bekerja lebih berat untuk membiayai kehidupan rumah tangga. Sudah 15 tahun dia bekerja menjadi PRT di tetangganya. Sebelumnya dia juga merawat orang tua tetangga yang sakit. Pekerjaan ini dimulai dari pukul 8 pagi hingga pukul 2 atau 3 siang (sampai semua pekerjaan rumah tangga tetangga selesai). Selain membersihkan rumah, Ibu Sri juga harus memasak dan merapikan semua pekerjaan domestik tetangganya. Bila ada pekerjaan tambahan, maka dia tidak selalu bisa pulang tepat waktu.

Sebenarnya Ibu Sri ingin ada pekerjaan baru, namun ia merasa tidak bisa berbisnis dan tidak tahu bagaimana caranya. Bila meninggalkan pekerjaan ini, dia takut karena suaminya tidak selalu bisa diandalkan. Suaminya pun tidak mau mencari pekerjaan yang lain dan sulit untuk diajak berdiskusi mengenai kebutuhan dan persoalan keluarga. Jadi Ibu Sri harus mengatasi persoalan rumah tangga sendiri, termasuk memenuhi kebutuhan ekonomi keluarga. Katanya “dia diajak bicara juga tidak nyaut, jadi sama aja akhirnya sama juga. Kita mesti pintar-pintar dan tau sendiri. Tidak semua suami bisa diajak bicara dan membantu. Mereka maunya terima beres saja”, begitu dia menambahkan.

Karena terbatasnya waktu dia tidak selalu melayani kebutuhan sehari-hari suaminya, seperti membuatkan teh atau kopi. Dia memasak dan membersihkan rumah. Kadang suaminya mau membantu bila diminta, namun inisiatif mengerjakan pekerjaan rumah tangga sendirian sangat jarang dilakukan.

Ibu Sri mengeluhkan kalau yang penting itu adalah biaya kesehatan, tetapi kartu PKH tidak lagi dapat digunakan untuk berobat sejak adanya BPJS. Sementara untuk BPJS, dengan 7 orang anggota keluarga, mereka tidak

mampu membayar iuran (yang disebutnya sebagai asuransi kesehatan – bukan gratis), walaupun untuk membayar kelas yang terendah. Bila harus membayar per bulan ada Rp 175.000,- yang harus dibayarkan dan nilai ini terlalu besar untuknya (per orang Rp 25.000,- untuk kelas 3). Dia mengatakan, “mana ada yang gratis?” Bahkan menurutnya, Jamkesmas jauh lebih baik karena saat itu dia bisa berobat gratis. Disebutkan karena biaya kesehatan yang mahal, sekarang tidak mudah baginya untuk berobat bila sakit. Apalagi sampai masuk rumah sakit hal ini akan sangat memberatkan.

Ibu Sri menjelaskan bahwa ia tidak tahu kemana harus menuntut bila hendak mendapatkan pengobatan yang gratis atau membuat kehidupannya lebih baik. Kepada pemerintah? Baginya mustahil, karena ia merasa, sebagai orang miskin, tidak sekolah tinggi, orang lemah maka tidak mungkin didengarkan keluhannya. Juga tidak ada bayangan untuk pergi ke DPRD. Dia takut diremehkan dan direndahkan, walaupun menurutnya dia berani saja menuntut bila memang harus begitu. Tetapi dari yang dia pahami suara ‘orang kecil’ tidak pernah didengar oleh pemerintah dan selalu dilemahkan. Pejabat hanya mendengar suara orang kaya dan mereka yang mempunyai jabatan seperti ketua PKK, RT/ RW, dan Pamong. Diapun tidak pernah terlibat dalam kegiatan desa, kecuali mengikuti PKK dan pengajian RT atau RW dan arisan PKK. Dia tidak berani bergabung di Muslimat, karena menurutnya pengajian di Muslimat harus membayar banyak iuran dan arisan. Sementara kebutuhan sehari-hari sudah cukup banyak.

Bila ada informasi dari kelurahan biasanya diketahuinya dari RT atau PKK, walaupun tidak detail. Terkait dengan PKH Ibu Sri akan mendapat surat dari kelurahan atau pendamping PKH yang menyampaikan informasi. Kebutuhan terkait dengan hak warga negara masih belum tumbuh dan bagaimana mengakses hak-hak sipil politiknya juga masih gagap. Ibu Sri merasa hal yang terkait dengan hak tidak terbayangkan walaupun dia merasa banyak kehidupan dirumah yang dirasa tidak nyaman. Tetapi karena sudah menikah dan merasa sebagai kewajiban perempuan maka ia harus menerimanya. Walau kadang-kadang merasa mungkin enak sendirian. Menurutnya kewajiban perempuan menuruti suami (asal suami yang baik. Baik maksudnya bisa bekerja dan menafkahi keluarga dengan teratur). Bagaimanapun juga, menurutnya, perempuan itu “harus pandailah mengatur dan mengelola rumah tangga. Harus bisa menangani sendiri masalah kalau suami tidak membantu”.

Sementara biaya pendidikan anak juga besar dan tidak ada yang gratis, walaupun sudah dikatakan pendidikan gratis karena ada BOS, tetapi banyak

biaya tambahan lainnya, seperti bimbingan belajar, tabungan, biaya seragam olah raga, rekreasi, infaq dan lain-lain yang harus dibayar. Sehingga bila kebutuhan ini tidak terpenuhi maka ia harus berutang. Kadang dia berutang ke koperasi orang tuanya dengan meminjam nama orang tuanya demi untuk membayar kebutuhan sekolah anak dan kebutuhan hidup sehari-hari.

Dana PKH dibayarkan setiap 3 bulan sekali dan kadang terlambat hingga sebulan. Per bulan ia menerima Rp 250.000,- dan yang disampaikan untuk SMP adalah Rp 200.000,- dan Rp 50.000,- yang dia terima tidak jelas informasinya. Ibu Sri hanya menjelaskan itu biaya wajib yang ditambahkan. Baginya uang ini sangat membantu untuk biaya sekolah anaknya. Walaupun jika dijumlahkan biaya ini tidak selalu bisa memenuhi seluruh biaya sekolah. Untuk daftar ulang sekolah anaknya, ia harus membayar Rp 400.000,- per tahun. Sementara ia mempunyai 3 orang anak yang masih bersekolah.

Ibu Sri lulusan SMP, ekspresinya tegas dan menceritakan bagaimana relasinya dengan suami yang biasanya berkonflik ketika membicarakan persoalan kebutuhan rumah tangga atau merancang pengembangan ekonomi keluarga. Suaminya tidak selalu mau membicarakannya, belum lagi tidak selalu ada proyek bangunan yang bisa dikerjakan. Keinginannya adalah anak-anaknya dapat melanjutkan sekolah ke jenjang yang lebih tinggi, sehingga bisa punya kehidupan yang baik dan berharap suatu saat ada pekerjaan yang lain, karena “masa sudah 15 tahun begini saja,” begitu katanya tentang pekerjaannya sebagai PRT. Perbulan sekarang ia menerima upah Rp 700.000,-

Anak-anaknya sudah mulai bekerja dan belum ada yang menikah. 2 orang anak kembarnya yang bersekolah di SMA, pada malam hari bekerja sebagai pelayan di warung ikan bakar kaki lima. Menurutnya anak-anaknya cukup baik, karena tidak harus dilayani dan bisa membantunya.

Anak Penerima Manfaat PKH

Anak laki-laki kecil kurus itu, sebut saja namanya Jack, sekarang dia kelas 2 SD. Dia bersama ibu, dan kakak perempuannya yang juga masih sekolah SD, serta adik perempuannya yang selalu digendong oleh ibunya, setiap hari menghabiskan sebagian besar waktunya di perempatan bypass Krian. Mereka mengaku sebagai pedagang asongan, meski tidak selalu ada barang dagangan yang dijual.

Ibu guru kelas 1 menyampaikan bahwa pada saat kelas 1, Jack seringkali berangkat ke sekolah dengan tubuh dekil dan lusuh. Hampir setiap hari gurunya memandikan Jack di sekolah, agar tidak menimbulkan suasana

tak nyaman di kelas. Jack juga kerap membolos. Kepala sekolah berkali-kali mengundang orangtua Jack untuk diajak berdiskusi tentang pentingnya pendidikan bagi anak dan memperhatikan penampilan dan kondisi anaknya sebelum ke sekolah, sekaligus memotivasi orang tua Jack untuk mendorong anaknya bisa berprestasi lebih baik di sekolah. Setelah diskusi memang ada perubahan pada diri orangtua Jack, maupun Jack sendiri. Jack selalu mandi sebelum berangkat sekolah. Tetapi situasi itu tidak berlangsung lama, kembali ibu guru harus memandikan Jack di sekolah. Kejadian itu berulang beberapa kali hingga Jack naik kelas 2. Kepala sekolah SDN 1 Tambak Kemerakan mengatakan bahwa ketika di kelas 2, Jack sudah lebih rajin, baik mandinya maupun keaktifannya sekolah, meskipun masih saja membolos. Ketika ditanya oleh gurunya, kenapa membolos, dengan tenang Jack menjawab bahwa ia membolos untuk bekerja di by pass. Uang hasil kerjanya diberikan kepada ayahnya untuk membayar angsuran motor yang rencananya akan dipakai sebagai alat untuk mencari alternatif penghasilan, yaitu sebagai tukang "ojek". Karena kebutuhan angsuran kredit motor cukup besar, maka Jack harus lebih giat bekerja.

Meskipun di sekolah Jack dapat bergaul dengan teman sebayanya, tetapi Jack memilih untuk lebih banyak di jalan daripada sekolah, karena di jalan Jack bisa mendapat uang, sedangkan sekolah tidak (meskipun Jack dan kakak perempuannya menerima BSM). Dana BSM tersebut dikelola oleh sekolah dan hanya bisa digunakan untuk kebutuhan pendidikan, seperti membeli seragam, sepatu, buku maupun photocopy LKS. Dana BSM tidak dapat dipakai untuk membayar cicilan kredit motor atau membayar sewa harian becak yang dipakai oleh ayah Jack bekerja.

4. Dampak PKH bagi Proses Sosial di Kabupaten Sidoarjo

PKH sebagai upaya "rekayasa sosial" di dalam masyarakat untuk memastikan agar masyarakat termiskin yang rentan tidak terdampak guncangan ekonomi, ternyata memberikan baik *intended effect* maupun *unintended effect* yang serius terhadap hal-hal kondisi sosial di Kabupaten Sidoarjo. Dengan kata lain, sedikit banyak program PKH berkontribusi terhadap bagaimana proses sosial yang ada di Sidoarjo memaknai dan mempraktikkan hal-hal yang sangat fundamental dalam masyarakat. Secara singkat dampak tersebut bisa dikategorikan sebagai *intended impact* dan *unintended impact*.

4.1 Dampak yang Diperkirakan

4.1.1 Peran Sosial yang Tetap Stagnan

Perempuan penerima manfaat PKH di Sidoarjo rata-rata mampu mandiri secara finansial atau menjadi mitra dalam mencari nafkah untuk keluarga, dan sekaligus menanggung beban domestik. Dengan kata lain, kehadiran PKH tidak merubah struktur relasi gender yang sudah ada di dalam masyarakat Sidoarjo. Sebagaimana diketahui, sebagai daerah yang sebagian merupakan wilayah urban atau sub-urban dan industri, perempuan di Sidoarjo tidak hanya berkecukupan dalam urusan domestik semata, tetapi juga dalam urusan publik, khususnya aktivitas ekonomi produktif. Di Sidoarjo, perempuan bekerja baik di sektor formal maupun informal. Hal ini terlihat pada penerima manfaat PKH di Kelurahan Tambak Kemerakan yang rata-rata merupakan pelaku ekonomi produktif. Meskipun tentu saja akses terhadap sumberdaya atau pekerjaan relatif terbatas, dikarenakan tingkat pendidikan yang rata-rata yang hanya mencapai SD atau SMP. Ironisnya mereka juga harus menanggung beban ganda, karena urusan domestik masih tetap menjadi tanggungjawab perempuan. Hal ini misalnya terilustrasikan dalam relasi rumah tangga pada pasangan muda. Pasangan muda yang istrinya bekerja biasanya menitipkan bayinya kepada nenek atau pengasuh, meskipun suami pada saat yang bersamaan berada di rumah.

Keterlibatan perempuan penerima manfaat PKH hampir sama dengan perempuan bukan penerima manfaat PKH di desa. Mereka, sebagaimana perempuan lainnya di desa juga turut terlibat dalam kegiatan PKK, namun sangat terbatas kehadirannya dalam kegiatan RT/RW dan desa. Bahkan dapat dikatakan, perempuan penerima manfaat PKH cenderung menjadi anggota pasif dalam berbagai forum atau organisasi yang ada atau mengisolasi diri.

Kehadiran perempuan penerima manfaat PKH juga tidak bisa dianggap sebagai partisipasi aktif. Penerima manfaat PKH yang masih memiliki balita dan/atau anak belum sekolah SD, rata-rata rutin hadir di posyandu, namun mereka datang hanya untuk menimbang balitanya. Mereka tidak ada yang menjadi pengurus posyandu.

Peran perempuan penerima manfaat PKH di ruang sosial yang lebih luas, seperti di Musrenbang juga sangat minim, seperti juga perempuan lainnya di desa. Bahkan istilah "Musrenbang" baru mereka dengar dari peneliti. Sementara itu, skema Simpan Pinjam Perempuan (SPP) PNPM juga sering tidak banyak diakses oleh penerima manfaat PKH. Ketidaktahuan atas informasi dan mekanisme, ketidakmampuan mengangsur dan sirkulasi SPP yang hanya digulirkan kepada kelompok yang sudah memiliki usaha atau digulirkan kepada kelompok tertentu menjadi sederet alasan untuk menjelaskan kegagalan mengakses SPP.

4.1.2 Membuka Akses Pendidikan Dasar Namun Tidak Merubah Kesadaran

Meskipun penerima manfaat PKH dapat mengakses pendidikan dasar, namun hal tersebut tidak serta merta menjadi insentif untuk tetap mendorong anak-anak mereka bersekolah di jenjang yang lebih tinggi. Beberapa anak mantan penerima manfaat PKH memilih tidak melanjutkan pendidikan ke jenjang yang lebih tinggi karena beberapa alasan, yaitu: (a) Bekerja di sektor informal seperti menjadi pedagang asongan dan menjadi penyanyi atau bagian dari sebuah *groupband/dangdut* musik lokal lebih menggiurkan. Pekerjaan-pekerjaan tersebut mereka pilih karena mudah mendatangkan uang. (b) Keterbatasan biaya. Biaya untuk melanjutkan pendidikan ke jenjang SLTA cukup tinggi, terutama pada saat pendaftaran siswa baru. Mereka tidak lagi bisa mendapatkan sokongan dana, karena tidak semua anak mantan penerima manfaat PKH juga berpeluang untuk menerima Bantuan Siswa Miskin (BSM) atau beasiswa yang lain, (c) Rendahnya kesadaran orang tua dan anak penerima manfaat PKH akan pentingnya pendidikan. Anak penerima manfaat PKH yang sedang menempuh pendidikan dasar juga seringkali membolos dan memilih tetap hidup di jalanan, meskipun pihak sekolah sudah berkali-kali mengundang orang tua untuk berdiskusi tentang pentingnya pendidikan bagi anak. Hal ini mengindikasikan bahwa PKH tidak meningkatkan kesadaran tentang pentingnya pendidikan baik dari orangtua maupun anak penerima manfaat PKH.

4.1.3 Relasi Gender dalam Rumah Tangga yang Tetap Tak Setara

Program PKH tidak mengubah pola relasi gender dalam membuat keputusan dalam rumah tangga. Hal ini dapat dilihat dari ilustrasi kepesertaan KB. Penerima manfaat PKH enggan menggunakan alat kontrasepsi KB, dengan alasan dilarang oleh suami meskipun anaknya masih kecil. Perempuan cenderung tidak berani membantah. Kondisi ini diperparah dengan rendahnya pengetahuan dan kesadaran mereka tentang hak reproduksi. Sebagaimana diungkapkan oleh Ibu Endah:

"pie arep KB, wong seko hamil, sampek bocah sekolah dibayari negara, yo ndridil. Arepo bojone ora ngolehna KB tapi sing ngrasakke akibate kan sing wedok"

(bagaimana mau ber-KB, kalau dari hamil sampai anak sekolah dibiayai oleh negara. Meskipun suami tidak mengizinkan tetapi yang merasakan akibatnya adalah perempuan)

Ilustrasi dia atas menunjukkan bahwa perempuan penerima manfaat PKH relatif tidak memiliki otonomi atas tubuhnya, terutama berkaitan dengan hak

reproduksi. Sebagaimana penuturan salah seorang penerima manfaat PKH yang mengatakan bahwa orang yang sudah menikah memang sebaik dan sebenarnya harus mengikuti suami. Meskipun kemudian dia menambahkan bahwa “itu bila suaminya benar dan baik.”

Dalam rumah tangga, perempuan penerima manfaat PKH juga memainkan peran ganda sebagaimana disebutkan di awal. Perempuan penerima manfaat PKH di Kelurahan Tambak Kemerakan, maupun Desa Pepelegi juga banyak yang bekerja baik di sektor formal maupun informal. Namun di rumah, mereka juga harus menjalankan fungsi domestik seperti merawat bayi, memasak dan sebagainya.

Peran tradisional perempuan penerima manfaat PKH juga tidak berubah. Umumnya semua keputusan mengenai anak sekolah atau keputusan menikahkan anak diserahkan begitu saja ke tangan istri, sedangkan suami hanya terima beres. Tidak semua suami bersedia diajak berdiskusi dan cenderung menghindari untuk membicarakan cara mengembangkan ekonomi keluarga. Jadi para perempuan ini lah yang harus berpikir sendiri, bagaimana cara mengembangkan ekonomi keluarganya secara mandiri atau keluar dari segala keterbatasan ekonomi yang ada.

4.2 Dampak yang Tidak Diperkirakan

4.2.1 Ketegangan Sosial di Masyarakat Akar Rumput

Ketidakkuratan data dan informasi menyebabkan ketegangan sosial yang kuat di dalam masyarakat akar rumput. Masyarakat merasa tidak adil ketika mereka yang merasa berhak justru tidak mendapatkan manfaat PKH, sedangkan yang sepatutnya tidak dapat malah memperoleh dana PKH. Di Kelurahan Tambak Kemerakan, masyarakat bahkan melakukan demo karena bantuan tersebut dirasa tidak tepat sasaran.

Kondisi ini tidak mudah ditangani oleh pemerintah desa atau kecamatan. Mereka memang diberi ruang untuk melakukan musyawarah desa atau kelurahan untuk melakukan validasi dan usulan perubahan terhadap data yang ada. Namun kenyataannya usulan tersebut tidak berpengaruh karena data yang ada tidak berubah.

BAB 5

REKOMENDASI BAGI OPTIMALISASI PKH DALAM RANGKA MEWUJUDKAN KESETARAAN GENDER

Pada bab-bab sebelumnya telah diuraikan secara mendalam mengenai implementasi PKH khususnya di dua wilayah, yaitu di Kabupaten Sidoarjo, Jawa Timur dan Kabupaten Bima, Nusa Tenggara Barat yang menjadi fokus dan lokus kajian ini. Oleh karena itu, pada bab terakhir ini akan diuraikan lebih jauh refleksi dan rekomendasi kebijakan yang nantinya dapat digunakan oleh para pembuat kebijakan.

Bercermin pada pengalaman implementasi PKH di Kabupaten Sidoarjo dan Kabupaten Bima, berikut ini adalah isu-isu krusial yang penting untuk direspon lebih lanjut agar implementasi PKH bisa lebih bermakna: bukan hanya menjadi penyangga penting atau sarana perlindungan sosial bagi keluarga sangat miskin ketika berhadapan dengan guncangan ekonomi, tapi juga dapat mendorong lebih jauh keadilan gender baik dalam keluarga maupun dalam komunitas.

1. Dukungan Sarana dan Prasarana yang Kondusif dan Kualitas Pelayanan Publik

PKH merupakan program transfer tunai bersyarat yang berharap alokasi uang tunai yang ada digunakan untuk meningkatkan akses pendidikan dasar bagi anak penerima manfaat PKH serta kesehatan ibu dan balita penerima manfaat PKH. Namun transfer tunai yang berasal dari PKH berfungsi lebih pada akses minimal pada layanan pendidikan dan kesehatan, tidak serta merta berkontribusi pada kualitas layanan pendidikan dan kesehatan yang diterima sebagaimana tergambar secara jelas di dua wilayah penelitian ini.

Agar akses RTSM terhadap layanan pendidikan dasar dan kesehatan lebih bermanfaat, maka pemerintah daerah juga harus didorong untuk meningkatkan kapasitas penyedia layanan, khususnya dalam hal ketersediaan (*availability*) dan kemampuan adaptasi (*adaptability*). Bila sarana dan prasarana penunjang layanan tidak tersedia dengan baik dan mencukupi standar rasio yang ada, maka upaya pemberian uang tunai untuk membuka akses menjadi tidak bermanfaat.

Selanjutnya, sarana dan prasarana penunjang layanan juga harus memiliki kemampuan beradaptasi dengan budaya dan struktur masyarakat yang ada. Pengalaman di Bima menunjukkan bahwa kita membutuhkan adanya sekolah

yang bisa fleksibel (dalam hal jam sekolah dan ruang), sehingga dapat beradaptasi dengan pola berladang RTSM sehingga anak-anak mereka dapat tetap menerima pendidikan meskipun ikut orang tua di ladang (takadoro). Dengan kata lain, upaya memotivasi orang tua dan anak akan pentingnya pendidikan harus dibarengi oleh kemampuan adaptasi penyedia layanan terhadap budaya ekonomi atau sosial yang ada.

2. Menguatkan Tata Kelembagaan Pemerintah dalam Penanggulangan Kemiskinan di Tingkat Nasional dan Daerah

2.1 Membangun Data Kemiskinan Nasional yang Terintegrasi dan Real-Time

Persoalan data kemiskinan yang terintegrasi dan *real-time* menjadi salah satu "*bottleneck*" yang belum terpecahkan di Indonesia, meskipun sudah banyak dikeluhkan oleh birokrasi khususnya di tingkat lokal. Sebagaimana telah tergambarkan dari pengalaman Sidoarjo dan Bima, kegagalan membangun sistem database yang baik bukan hanya menimbulkan rasa tidak percaya kepada pemerintah, tetapi juga ketegangan sosial secara horizontal di dalam masyarakat.

Oleh karena itu, ada kebutuhan mendesak untuk membangun data kemiskinan secara nasional yang terintegrasi dan *real-time*. Tentu saja hal yang paling dasar adalah penting adanya konsensus tentang indikator dan kriteria kemiskinan antar satuan kerja pemerintahan. Berikutnya peran birokrasi di pemerintahan yang paling bawah (pemerintahan desa/kelurahan) menjadi sangat krusial dalam proses verifikasi dan konfirmasi data yang ada.

2.2 Koordinasi antar SKPD dalam TKPKD dan Pokja PUG

Persoalan lain yang juga sangat akut di Indonesia dalam program penanggulangan kemiskinan di daerah adalah masalah koordinasi. Dalam kasus implementasi PKH di Bima dan Sidoarjo, PKH lebih sering dianggap sebagai program yang berasal dari Dinas Sosial, sehingga sinergi dengan program *pro-poor* lainnya di bidang kesehatan dan pendidikan masih terbatas. Tidak ada upaya serius dari dinas terkait yang non dinas sosial untuk melakukan review ataupun penilaian tentang sejauh mana program PKH berpengaruh terhadap pencapaian peningkatan status pendidikan dan kesehatan bagi RTSM.

Hal yang sama juga terjadi dengan proses koordinasi program PKH di Pokja PUG daerah, mengingat program PKH adalah program perlindungan sosial yang juga memiliki misi untuk mendorong kesetaraan gender di dalam keluarga dan

komunitas. Data menunjukkan bahwa upaya internalisasi program PKH dengan strategi pengarusutamaan gender, yang salah satunya dikoordinasikan oleh Badan Pemberdayaan Perempuan dan Keluarga Berencana (BPPKB) sebagai Sekretaris Pokja PUG Daerah, juga tidak ditemukan. Ironisnya, informasi tentang program PKH seringkali tidak banyak diketahui oleh birokrasi di BPPKB.

Ke depan optimalisasi TKPKD dan Pokja PUG di daerah menjadi sangat mendesak. Tanpa adanya koordinasi yang serius, maka program penanggulangan kemiskinan tidak akan berjalan optimal dan akan terjebak pada logika sektoral. Padahal data menunjukkan bahwa penanggulangan kemiskinan yang sistemik atau sinkron antar kluster memberikan dampak yang positif dibandingkan yang “sektoral.”

2.3 Optimalisasi Peran Birokrasi Garda Depan (*street level bureaucracy*)

Hal yang paling dikeluhkan selama ini adalah adanya pengabaian terhadap peran penting birokrasi garda depan, yaitu penyedia layanan langsung di puskesmas dan sekolah, serta aparat pemerintah desa atau kelurahan. Informasi tentang PKH tidak benar-benar tersampaikan dengan baik kepada petugas kesehatan dan para guru, sehingga mereka lebih merasa PKH sebagai “beban” baru dibandingkan sebagai tanggungjawab mereka. Sementara itu, birokrasi di pemerintahan desa atau kelurahan seringkali dilangkahi ketika ada pelaksanaan program PKH di wilayah mereka.

Oleh karena itu, penting sejak awal mendiseminasikan informasi PKH serta penguatan peran para penyedia layanan dan aparat pemerintah desa atau kelurahan dalam program PKH. Sebab para penyedia layanan ini lah yang nantinya lebih jauh menentukan, bukan hanya akses, tapi juga kualitas layanan. Pendamping juga diharapkan memfasilitasi komunikasi antara penyedia layanan dan penerima manfaat PKH.

Aparat pemerintah desa atau kelurahan juga memainkan fungsi krusial, bukan hanya dalam proses verifikasi dan konfirmasi data RTSM. Lebih jauh, mereka memainkan fungsi sentral dalam mengelola konflik, ketika muncul ketegangan sosial akibat adanya ketidakpuasan dari beberapa pihak di dalam masyarakat terhadap program PKH.

3. Fasilitasi Ruang-Ruang Pembelajaran Sosial

Data menunjukkan bahwa transfer tunai tidak berimplikasi serius terhadap peningkatan pengaruh dan kontrol perempuan di keluarga dan terhadap peningkatan pengaruh dan kontrol penerima dalam keluarga, komunitas dan masyarakat secara luas. Para penerima PKH yang memiliki jiwa kepemimpinan

yang kuat lebih banyak disebabkan oleh pengalaman-pengalaman sebelumnya ketika mereka terlibat dalam forum-forum sosial, khususnya Posyandu. Selain itu, tingkat pendidikan dan informasi serta pengalaman hidup, seperti pernah merantau, juga turut berkontribusi terhadap derajat pengaruh dan kontrol mereka.

Oleh karena itu kehadiran ruang-ruang pembelajaran sosial, seperti Posyandu, PKK, majelis pengajian, dan sebagainya penting untuk terus-menerus difasilitasi keberadaannya. Dalam forum-forum itu lah mereka belajar kepemimpinan, mengelola organisasi, bahkan mengelola konflik diantara mereka. Tentu saja para penerima manfaat PKH juga harus didorong agar tidak hanya menjadi anggota pasif dalam forum-forum tersebut.

4. Optimalisasi Proses Pendampingan

4.1 Transformasi Pendamping dari Verifikator ke Pekerja Sosial

Sebagian besar pendamping selama ini lebih memainkan fungsi dasar mereka, khususnya sebagai verifikator data dan capaian layanan ketika PKH diberikan ke RTSM. Namun sebagian yang lain tampak serius memainkan peran mereka sebagai pekerja sosial. Mereka tidak hanya berperan sebagai verifikator, tetapi juga motivator kelompok penerima manfaat PKH. Bahkan tidak jarang ada yang memainkan fungsi sebagai jembatan antara RTSM dengan keluarga yang sudah sejahtera atau pelaku usaha agar RTSM penerima manfaat PKH dapat mandiri secara ekonomi.

Oleh karena itu, ke depan penting untuk membekali para pendamping agar dapat menjadi pekerja sosial yang baik. Mereka butuh dibekali kemampuan-kemampuan agar mampu mengorganisir dan memotivasi penerima manfaat PKH dengan baik, sehingga nantinya penerima manfaat PKH dapat menjadi keluarga yang mandiri secara ekonomi, punya kesadaran kritis sebagai warga, serta menjadi bagian dari masyarakat secara inklusif.

4.2 Peer Group Komunitas Penerima Manfaat PKH

Data menunjukkan bahwa kehadiran kelompok komunitas penerima manfaat PKH menjadi sangat penting. Kelompok tersebut tidak hanya menjadi sarana sosialisasi, tetapi juga menjadi sarana untuk saling berbagi kondisi mereka di dalam rumah tangga dan saling menguatkan secara ekonomi (tanggung renteng). Dengan demikian, ke depan peran kelompok sebagai simpul motivasi dan konsultasi serta sarana pemberdayaan menjadi sangat mendesak.

5. Sinkronisasi Antar Program Penanggulangan Kemiskinan Secara Sistemik (Perlindungan Sosial dan Sekaligus Pemberdayaan)

Data menunjukkan bahwa beberapa keluarga penerima manfaat PKH yang berhasil keluar dari jebakan “ketergantungan pada bantuan uang tunai” adalah mereka yang mendapatkan skema bantuan modal dari program di kluster yang lain. Dengan kata lain, ada peluang untuk mensinkronkan program perlindungan sosial dengan pemberdayaan sekaligus. Pengalaman ORNOP di Bima yang telah dijelaskan pada bab sebelumnya juga mengkonfirmasi hal tersebut.

Alhasil ada kebutuhan untuk membangun program penanggulangan kemiskinan yang simultan. Satu program dengan program lain yang berbeda kluster penting untuk dipastikan saling terkait dan berkesinambungan.

DAFTAR PUSTAKA

- Adato, Michele & Hoddinott, J (2007), *Conditional Cash Transfer Programs: A Magic Bullet for Reducing Poverty?*, http://www.ifpri.org/sites/default/files/publications/beijingbrief_adato.pdf, accessed July 23, 2013
- Arnold, Catherine Tim Conway and Matthew Greenslade (2011) *Cash Transfer: A Literature Review*, DFID
- Benderly (undated), *Mexico's Model Conditional Cash Transfer (CCT) Program for Fighting Poverty*, The World Bank, <http://www.rbfhealth.org/news/item/406/mexico%E2%80%99s-model-conditional-cash-transfer-cct-program-fighting-poverty>, accessed July 7, 2013
- Cecchini, Simone & Martinez, Rodrigo (2011) *Inclusive Social Protection: An Integral Perspectives, a rights-based approach*, PPT presented at International Seminar on Conditional Cash Transfer Programs from a Rights-based Perspective" Santiago, September 29-30, 2011.
- Dirjen Perlindungan dan Jaminan Sosial Kemensos (2012), *"Hasil Kaji Cepat Kondisi Sosial RTSM PKH tahun 2007* (2012), Jakarta, November
- Fiszbein, Ariel and Norbert Schady (2009), *"Conditional Cash Transfers: Reducing Present and Future Poverty*. Washington, DC: World Bank, http://siteresources.worldbank.org/INTCCT/Resources/5757608-1234228266004/PRR-CCT_web_noembargo.pdf, accessed July 29, 2013
- Nainggolan, T , dkk (2012), *" Program Keluarga Harapan di Indonesia: Dampak pada Rumah Tangga Sangat Miskin di Tujuh Propinsi"*, P3KS Press
- Siradjudin, Arif, Syukri, M., Isdijoso, W., Rosfadhila, M., and Soelaksono, B. 2011, *"Are conditions pro women? A case study of a conditional cash transfer in Indonesia*, CSP Research Report 03, January 2011 <http://www.socialprotectionasia.org/Conf-prgram-pdf/3-SPA-Final-Paper-No-03.pdf>
- Tambunan, T & Purwoko, B (undated), *"Social Protection in Indonesia"*, <http://library.fes.de/pdf-files/iez/01443003.pdf>, accessed Juli 7, 2013
- The World Bank (2012), *Protecting Poor and Vulnerable Households in Indonesia*, Over view, <http://www.ausaid.gov.au/countries/eastasia/indonesia/Documents/prsp-report-protecting-poor-ipm.pdf>, accessed Juli 23, 2013
- World Bank (2011), *"PKH: Main Findings from the Impact Evaluation of Indonesia's Pilot Household Conditional Cash Transfer Program"*.

PARA PENELITI

Hasrul Hanif

Pengajar di Jurusan Politik dan Pemerintahan, FISIP Universitas Gadjah Mada; aktif dengan berbagai kegiatan akademik & advokasi yang terkait dengan tema-tema Demokrasi dan Pembangunan serta Kesejahteraan & Kewarganegaraan Sosial. Beberapa tulisan terbarunya diantaranya: *Mengembalikan Daulat Warga Pesisir: Demokrasi, Representasi dan Partisipasi di Ranah Lokal* (2008); *Securing Pace and Direction of Indonesian Democratization* (2010, co-author); *Negara tanpa Warga: Kewarganegaraan Sosial, Hak Ekonomi-Sosial Buruh & Desentralisasi* (2011, co-author), *Network-based Policy: CSO Networking for Advocating Public Budget Reform (book chapter)*, 2013). Hanif dapat dihubungi melalui hhanif@ugm.ac.id, atau hasrulhanif@gmail.com.

Dati Fatimah

Direktur Eksekutif Aksara pada periode 2008-2014. Sejak 2003 aktif menjadi fasilitator training, konsultan dan evaluator proyek untuk isu gender, perlindungan sosial dan tata kelola pemerintahan lokal, baik bagi lembaga pemerintah, organisasi pembangunan, dan organisasi masyarakat sipil. Beberapa tulisannya terkait isu tersebut diantaranya: *Memahami Anggaran Publik* (co-author, 2001), *Nestapa Pembangunan Sosial* (co-author, 2001), *Yang Terlupakan: Menyoal Perempuan dan Anggaran* (2004, co-author), *Mengapa Kita Perlu Anggaran Yang Responsif Gender* (2006), dan *Modul Pelatihan Fasilitator Perencanaan dan Penganggaran Daerah Responsif Gender* (2011, co-author), *Perempuan dan Kerelawanan dalam Bencana* (2009, co-author) serta *Menolak Pasrah: Gender, Kerentanan dan Keagenan dalam Bencana* (2012). Ia dapat dihubungi melalui datifatimah@gmail.com.

Aminatun Zubaedah

Berpengalaman lebih dari 7 tahun mengelola program pengorganisasian masyarakat khususnya pelembagaan partisipasi dan kontrol perempuan dalam tata kelola pemerintahan dan pengurangan risiko bencana. Juga aktif terlibat dalam berbagai penelitian diantaranya: *Kewargaan dan Desentralisasi* (Aksara-Tifa), *Kemiskinan Perempuan di 4 Kabupaten di Jawa Tengah* (Aksara-Prorep), *Gender Audit dalam Program Jampersal* (Aksara-Tifa). *Kajian Gender Program*

Restorasi ekosistem di Kalteng (Yayasan Puter), serta Kajian Potensi Hukum Adat dan Pranata Adat dalam Perlindungan Hak Perempuan dengan Disabilitas di Bali, Lombok, NTT dan Sumatera Barat (Sapda-Pusat Kajian Hukum Adat “Djodjodigoeno” Fakultas Hukum UGM). Aktifis yang akrab disapa Amin ini dapat dihubungi melalui aminzu96@gmail.com.

Selain 3 peneliti utama tersebut, kajian ini didukung pula oleh para peneliti lokal: **Widatama Adi** dan **Khanis Suvianita** untuk Sidoarjo, Jawa Timur dan **Zuhrah Maci** dan **Juhriati** untuk Bima, Nusa Tenggara Barat.

Tidak banyak kajian yang berusaha melihat dampak implementasi Program Keluarga Harapan (PKH) terhadap relasi gender. Padahal, program *Conditional Cash Transfer* ini secara serius menempatkan perempuan sebagai subyek penting dalam pengelolaannya di dalam rumah tangga.

Bercermin pada pengalaman implementasi PKH di Kabupaten Sidoarjo dan Kabupaten Bima, ditemukan beberapa isu krusial yang penting untuk direspon lebih lanjut agar implementasi PKH bisa lebih bermakna: bukan hanya menjadi penyangga penting atau sarana perlindungan sosial bagi keluarga sangat miskin ketika berhadapan dengan guncangan ekonomi, tapi juga dapat mendorong lebih jauh keadilan gender baik dalam keluarga maupun dalam komunitas.



Friedrich-Ebert-Stiftung

Jl. Kemang Selatan II No. 2A
Jakarta 12730, Indonesia
P.O. Box 7952 JKSKM
Jakarta 12079, Indonesia
Telp: (62-21) 7193711 (hunting)
Fax: (62-21) 71791358
Email: info@fes.or.id
Website: www.fes.or.id

ISBN 978-602-8866-16-3

