

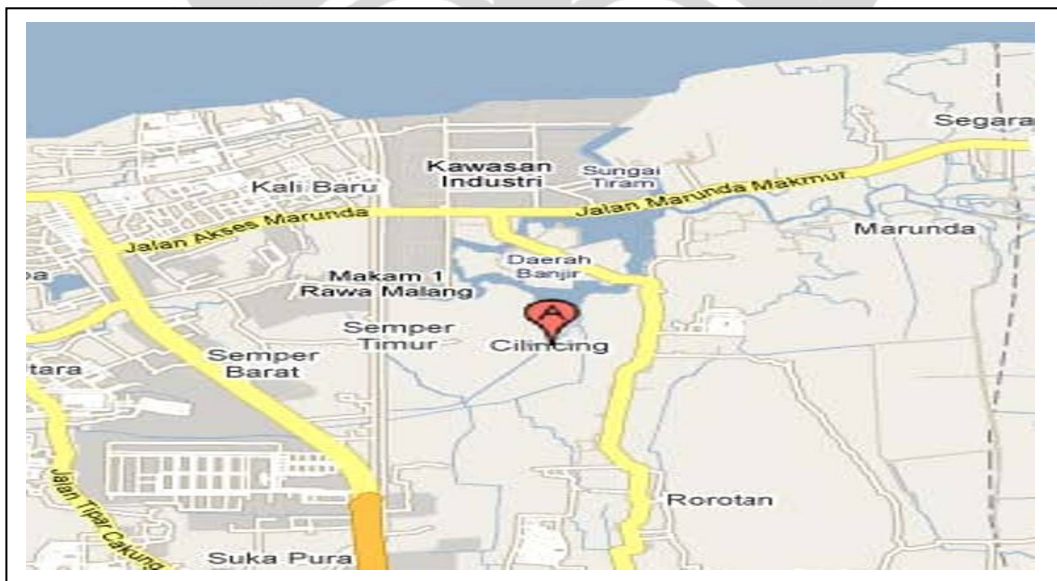
BAB IV HASIL PENELITIAN

4.1. Gambaran Daerah Penelitian

4.1.1 Geografi dan Demografi Kecamatan Cilincing

Kecamatan Cilincing merupakan salah satu Kecamatan yang berada di Wilayah Kota Administrasi Jakarta Utara, dengan batas - batas sebagai berikut :

- Sebelah Timur berbatasan dengan Wilayah Kecamatan Taruma Jaya Kabupaten Bekasi Jawa Barat
- Sebelah Utara berbatasan dengan Laut Jawa 60.6 LS dan 116.2 BT
- Sebelah Barat berbatasan dengan Wilayah Kecamatan Koja
- Sebelah Selatan berbatasan dengan Wilayah Kecamatan Cakung Kota Administrasi Jakarta Timur



Gambar 4: Wilayah Kecamatan Cilincing

Sumber : <http://maps.thefullwiki.org/Cilincing>

Berdasarkan Buku Laporan Kecamatan Cilincing (2010), Luas Wilayah Kecamatan Cilincing mencapai 3.970 Ha. semula terdiri dari 5 Kelurahan dan dengan adanya pemekaran Wilayah menjadi 7 Kelurahan berdasarkan Surat Keputusan Gubernur DKI Jakarta nomor 1251 tahun 1986 tanggal 19 Juli 1986

tentang pemecahan, penyatuan batas, perubahan nama yang sama/ kembar dan penerapan luas wilayah Daerah Khusus Ibukota Jakarta, terdiri dari Kelurahan Kalibaru, Cilincing, Semper Timur, Semper Barat, Sukapura, Marunda dan Rorotan.

Kelurahan Kalibaru, Kecamatan Cilincing, termasuk salah satu kelurahan terpadat, kumuh, dan miskin di Jakarta Utara. Tingkat kepadatan penduduk sekitar 23.150 jiwa per kilometer persegi. Dari luas wilayah 247 hektar, 90 hektar di antaranya untuk industri dan sisanya untuk permukiman bagi 46.328 jiwa. Sedangkan Kelurahan Semper Barat mempunyai tingkat kepadatan tertinggi di Cilincing. Luas wilayahnya lebih kecil daripada Kalibaru, yakni 159,1 hektar, tetapi dihuni sekitar 62.000 jiwa sehingga tingkat kepadatannya mencapai 38.800 jiwa per kilometer persegi. Kelurahan Warakas di Kecamatan Tanjung Priok dan Kelurahan Penjaringan dan Kamal Muara di Kecamatan Penjaringan juga termasuk yang paling padat. Karakter permukimannya sama dengan Kalibaru dan Semper Barat (Kompas, 18 Juli 2009).

Masyarakat Kecamatan Cilincing cukup heterogen, terdiri dari berbagai Suku Bangsa antara lain Betawi, Sulawesi, Jawa Barat, Madura dan sebagainya terlebih di Daerah Industri KBN banyak datangi tenaga kerja dari luar Jakarta bahkan dari luar Pulau Jawa. Interaksi masyarakat cukup berjalan harmonis walupun dengan latar belakang budaya yang berbeda.

Tabel 4.1 : Demografi Kecamatan Cilincing

	Kelurahan	Luas (Km ²)	Populasi (orang)	Jumlah KK (orang)
1	Sukapura	5,6140	26.645	6.973
2	Rorotan	10,6370	27.721	9.273
3	Marunda	7,9169	16.453	5.017
4	Cilincing	8,3125	32.260	9.219
5	Semper Timur	3,1615	29.589	9.951
6	Semper Barat	1,5307	61.573	13.311
7	Kalibaru	2,4670	45.197	10.108

Sumber : BPS, 2008

Terkait dengan aspek ketenagakerjaan, sebagian kepala keluarga berkegiatan di bidang industri (32%), kemudian perdagangan (19%) dan pertanian (17%). Dominasi kegiatan di bidang industri ini sangat dimungkinkan karena di daerah Cilincing dan sekitarnya, terdapat sentra industri diantaranya Kawasan Berikat Nusantara dan PT Bogasari.

Tabel 4. 2 : Jenis Kegiatan Kepala Keluarga

	Jenis Kegiatan	Jumlah KK	%
1	Pertanian	10.652	17
2	Industri	20.376	32
3	Bangunan	864	1
4	Perdagangan	12.006	19
5	Transportasi & Komunikasi	3.007	5
6	Keuangan / Bank	945	1
7	Pemerintahan	7.433	12
8	Jasa-jasa	3.464	5
9	Lainnya	5.111	8

Sumber : BPS, 2008

4.1.2 Fasilitas Pendidikan dan Kesehatan

Ketersediaan fasilitas pendidikan di Kecamatan ini, secara kuantitatif dinilai sudah sangat memadai. Peran pihak swasta dalam penyediaan fasilitas pendidikan mendominasi hampir di setiap kelurahan. Hal tersebut dapat dilihat dari proporsi sekolah swasta baik untuk jenjang SD (54%), SMP (67%) maupun SMU yang mencapai 59% (Tabel 4.3).

Terkait dengan ketersediaan fasilitas kesehatan di Kecamatan Cilincing, sudah sangat memadai. Meskipun hanya ada satu rumah sakit yang terletak di kelurahan Sukapura, namun keberadaan Bidan dan Posyandu sudah hampir ada di setiap RW. Hal ini menandakan tingginya kesadaran masyarakat dalam penggunaan fasilitas kesehatan. Disisi lain keberadaan dukun ataupun klinik alternatif, masih tetap bertahan, khususnya di kelurahan Rorotan dan Cilincing (Tabel 4.4).

Tabel 4.3 : Ketersediaan Fasilitas Pendidikan di tingkat Kelurahan

	SD			SMP			SMU		
	N	S	N+S	N	S	N+S	N	S	N+S
Sukapura	8	10	18	1	11	12	3	5	8
Rorotan	9	10	19	6	10	16	6	12	18
Marunda	8	11	19	8	3	11	4	4	8
Cilincing	16	11	27	9	15	24	7	10	17
Semper Timur	10	9	19	4	8	12	7	6	13
Semper Barat	22	10	32	3	8	11	7	6	13
Kalibaru	16	43	59	11	31	42	7	16	23
Jumlah	89	104	193	42	85	127	41	59	100
Proporsi	46%	54%		33%	67%		41%	59%	

Sumber : diolah dari BPS 2008

Keterangan : N= Negeri, S=Swasta

Tabel 4.4 : Ketersediaan Fasilitas Kesehatan di tingkat Kelurahan

	01	02	03	04	05	06	07	Jumlah
Rumah Sakit	1							1
Puskesmas	1	4	1	4	4	3	4	21
Klinik	6	4	4	10	7	18	19	68
Bidan	6	11	4	16	12	11	12	72
Mantri	2							2
Posyandu	19	17	25	24	20	44	34	183
Lainnya		5		1				6

Sumber : diolah dari BPS 2008

Keterangan : 01= Sukapura; 02=Rorotan; 03=Marunda; 04=Cilincing; 05=Semper Timur
06= Semper Barat dan 07=Kalibaru.

4.2. Temuan Penelitian

4.2.1. Karakteristik Kepala Rumah Tangga.

Dari 100 sampel yang dipilih secara acak, terdapat 85 kepala keluarga laki-laki dan 15 perempuan. Usia mereka berkisar antara 21 tahun hingga 70 tahun (Lampiran 3). Pekerjaan utama mereka sebagian besar di bidang jasa kemasyarakatan (23%) dan bidang lainnya (22%). Kegiatan-kegiatan yang termasuk jasa kemasyarakatan diantaranya mengangkut sampah, mengambil air menggunakan grobak, pembantu rumah tangga, penambal ban. Di bidang perdagangan, jenis pekerjaan kepala keluarga umumnya usaha warung dan pedagang kecil/keliling. Sedangkan di lapangan usaha industri dan konstruksi, jenis pekerjaan mereka diantara sebagai buruh bangunan, buruh pabrik. Supir bus dan kernet merupakan jenis pekerjaan yang berada di lapangan usaha transportasi. Misalnya Bapak S (70 tahun) yang tinggal di daerah tipar cakung. Ia menghidupi 5 orang anggota keluarganya sebagai penambal ban. Dalam melakukan aktifitasnya, ia dibantu oleh menantunya, dengan jam kerja sekitar 56 jam per minggu. Sedangkan yang termasuk bidang pekerjaan lainnya, adalah kegiatan yang belum jelas batasannya misalnya pengamen dan pemulung.

4.5. Pekerjaan Kepala Keluarga (KK)

Lapangan Usaha	Jumlah KK
Pertanian	1
Perikanan	8
Industri Pengolahan	1
Konstruksi Bangunan	6
Perdagangan	11
Transportasi&Komunikasi	20
Jasa Kemasyarakatan	23
Lainnya	22
Tidak Bekerja	8
Jumlah	100

Sumber : Hasil Survey, 2010.

Disisi lain, sebagian besar perempuan kepala keluarga, terpaksa melanjutkan tugas suaminya. Ketidakberadaan suami disebabkan meninggal dunia (9 orang), dan 6 lainnya cerai hidup. Hal inilah yang dialami oleh ibu St (39 tahun). Suaminya meninggal dunia sekitar delapan tahun yang lalu. Untuk menghidupi empat orang anaknya, ia menjalani pekerjaan sebagai pemulung di sekitar kelurahan Rorotan. Dengan jam kerja sekitar 35 jam seminggu, ia dan anak pertamanya, Sn bergantian mengasuh dua anaknya Siti At (15) dan SI (10).

Keluarga termuda dari sampel adalah Dul. Laki-laki 21 tahun ini tinggal di kelurahan Cilincing, bersama istri dan dua orang anak. Dengan latar pendidikan hanya SD, ia menjadi Sopir angkot (bidang transportasi dan telekomunikasi). Latar pendidikan yang rendah, ternyata tidak hanya dialami oleh Dul. Dari 100 KK, 62% berpendidikan hanya setingkat SD, bahkan yang tidak/belum pernah sekolah mencapai 12%. Sedangkan lainnya berlatar pendidikan SMP dan SMU sama-sama sebesar 13% (Lampiran 2).

4.2.2. Kondisi Tempat Tinggal

Sebagian besar responden (53%) bertempat tinggal dengan status milik sendiri, dan rata-rata luas rumah sekitar 29 m². Sebagian lainnya menyewa 35%, bebas sewa dan status lainnya, masing-masing 6%.

Kondisi rumah responden, yang berstatus milik sendiri, secara umum termasuk kategori sederhana. Hal ini dapat dilihat dari lantai yang mayoritasnya adalah semen, dindingnya semen tapi tanpa plester dan beratap asbes (Lampiran 4). Bahkan, masih ada keluarga yang bertempat tinggal dengan lantai tanah (17%), berdinding kayu/bambu (13%) dan beratap seng/lainnya (6%). Rumah yang sangat sederhana, padat, dan sempit tersebut, diperparah dengan jalan-jalan rusak dan berlubang. Pada musim kemarau jalan-jalan berdebu, sedangkan musim hujan jalan-jalan itu segera berubah menjadi kubangan, penuh lumpur, jorok dan kotor, serta menebarkan aroma tidak sedap. Permukiman seperti ini tersebar di sejumlah kelurahan. Kelurahan Kalibaru, Kecamatan Cilincing, termasuk salah satu kelurahan terpadat, kumuh, dan miskin di Jakarta Utara. Kondisi seperti inilah yang dialami oleh Sa (51 tahun). Pria ini beserta 7 anggota keluarga lainnya, harus berbagi tempat, di rumah yang luasnya hanya sekitar 25m².

4.6. Kondisi tempat tinggal dengan status milik sendiri

	Lantai	Dinding	Atap
Semen	24		
Kayu	9		
Tanah	20		
Semen Berplester		5	
Semen tanpa plester		41	
Kayu/bambu/lainnya		7	
Genteng			17
Asbes			33
Seng/Lainnya			3
Jumlah	53	53	53

Sumber : Hasil Survey, 2010.

4.2.3. Sanitasi dan Sumber penerangan

Mayoritas responden, sudah menggunakan ledeng sebagai sumber air minum (94%) dan listrik untuk penerangan (98%). Hanya 6% yang masih menggunakan sumur sebagai sumber air minum, dan 2% yang tidak menggunakan listrik untuk penerangan (Lampiran 4). Kondisi yang sudah cukup baik dalam hal sumber air minum dengan penerangan, ternyata tidak terjadi untuk sanitasi (jamban). Hanya sebagian kecil, yaitu 18% rumah tangga yang sudah memiliki jamban sendiri. Sedangkan rumah tangga lainnya masih menggunakan jamban bersama (33%), dan umum (49%).

4.3. Pelaksanaan PKH

4.3.1 Penetapan Sasaran

Setiap program mempunyai tujuan dan sasarnya sendiri. Tujuan dan sasaran disusun sebagai arahan yang teratur dari dampak yang ingin dimunculkan oleh program tersebut. Beberapa program seperti program-program penanggulangan kemiskinan membatasi dampak programnya pada golongan tertentu, dalam hal ini golongan miskin (Bappenas, 2003). Dengan *targeting*, alokasi biaya akan lebih terarahkan pada tujuan, sehingga efektifitas program dapat ditingkatkan. Penentuan

sasaran pada proses perencanaan suatu program, termasuk juga program-program penanggulangan kemiskinan dilakukan dengan alasan antara lain:

1. Agar perencanaan program dan kegiatan serta pembiayaannya dilakukan atas dasar suatu metodologi yang dapat dipertanggungjawabkan, bersifat obyektif dan transparan
2. Untuk melakukan optimasi antara kebutuhan berdasarkan jumlah kelompok sasaran program dengan ketersediaan sumberdaya
3. Untuk menjamin prinsip-prinsip efektivitas, efisiensi, dan tepat sasaran dari program tersebut.

Secara umum terdapat dua jenis mekanisme *targeting*, *targeting* administratif dan *targeting* berbasis pasar. Dalam *targeting* administratif, penerima bantuan dari suatu program ditentukan oleh pelaksana program tersebut. Sedangkan pendekatan yang lazim digunakan dalam *targeting* administratif adalah:

1. *Targeting* Geografis

Targeting geografis memilih daerah tertentu di mana bantuan program akan disalurkan. Pemilihan ini biasanya memiliki satu paket indikator yang digunakan untuk menilai daerah dan bantuan akan diarahkan pada daerah dengan nilai tertentu. *Targeting* geografis mempunyai beberapa kelebihan dan kekurangan. Mekanisme ini mudah untuk dilaksanakan dan dimonitor, biasanya mampu menghindari adanya tindak penipuan, memerlukan biaya administratif yang lebih sedikit dibandingkan dengan mekanisme-mekanisme lain, dan tidak memerlukan banyak informasi pada tingkat individu maupun rumah tangga. Sebaliknya, kebocoran sebagian program pada mereka yang bukan golongan miskin namun berada pada daerah target tidak dapat dihindari. Juga golongan miskin yang berada pada daerah yang tidak dijadikan target juga akan terlewatkan oleh mekanisme ini (Bigman dan Fofack, 2000 dalam Bappenas, 2003).

2. *Targeting* Rumahtangga atau Individu

Target rumahtangga atau individu pada dasarnya berusaha mengidentifikasi rumahtangga atau individu yang dianggap memenuhi syarat untuk menerima bantuan program.

3. *Targeting* Karakteristik

Cara lain dalam penentuan sasaran adalah dengan menggunakan indikator target atau karakteristik tertentu dari penduduk miskin. Contoh indikator yang dapat digunakan sebagai pendekatan adalah jumlah anak, gender, umur, tingkat pendidikan, kepemilikan lahan, karakteristik perumahan, atau gabungan dari beberapa indikator tersebut.

Berdasarkan Petunjuk Pelaksanaannya, pemilihan peserta PKH dilakukan dengan melakukan survey di lokasi program untuk mendapat data rumahtangga miskin. Survei tersebut dilakukan oleh BPS dan pengawas. Informasi yang diperoleh dari survei calon peserta tadi digunakan untuk mengurutkan rumahtangga berdasarkan tingkat kemiskinannya. Data yang telah disusun tersebut kemudian disaring kembali berdasar syarat kepesertaan PKH, yaitu rumah tangga yang memiliki anak 0-6 tahun, Ibu hamil dan/atau anak 6-15 tahun yang belum selesai 9 tahun wajib belajar. Hasil saringan tersebut kemudian menetapkan rumah tangga tersebut sebagai calon peserta PKH melalui sistem ranking.

Hal tersebut menunjukkan bahwa PKH menggunakan pendekatan *targeting* rumahtangga atau individu, yaitu rumahtangga miskin. Serta *targeting* karakteristik, yaitu anak 0-6 tahun, Ibu hamil dan/atau anak 6-15 tahun yang belum selesai 9 tahun wajib belajar.

Dengan dasar hasil pengumpulan data yang dilakukan, dapat digambarkan kondisi rumahtangga peserta PKH, diantaranya (Lampiran 5) :

- Hanya 17 keluarga yang menempati rumah dengan luas lebih dari 8 m² per kapitanya. Sedangkan sebagian besar keluarga lainnya, menempati rumah dengan luas per kapita kurang dari 8 m², yaitu antara 1,1 hingga 7,5 m² per kapita.

- Untuk indikator jenis lantai bangunan tempat tinggal, terdapat 15 keluarga yang tinggal di rumah dengan lantai bambu/kayu murahan, bahkan sebagian besar rumah responden masih berlantaikan tanah (36 rumahtangga).
- Sebagian besar dinding tempat tinggal responden, terbuat dari bambu/rumbia/kayu berkualitas rendah dan tembok tanpa diplester. Hanya 5 rumah yang dindingnya berjenis semen berplester.
- Aspek lain yang menyangkut kondisi tempat tinggal, sudah berada dalam kondisi yang cukup baik. Hampir semua sumber penerangan rumah, telah menggunakan listrik. Sebagian besar rumahtangga sudah menggunakan jamban, meskipun hanya sebagian kecil yang sudah memiliki jamban sendiri/pribadi, dan sumber air untuk minum serta kegiatan rumahtangga seperti mencuci, bersumber dari air ledeng. Demikian juga halnya dengan bahan bakar untuk memasak. Mayoritas rumah tangga sudah menggunakan gas untuk memasak. Kondisi ini, kemungkinan merupakan dampak dari program-program pembangunan yang telah dilaksanakan pemerintah selama ini. Kebijakan konversi minyak tanah ke gas, merupakan salah satunya.
- Dilihat dari aspek tingkat pendidikan tertinggi kepala kepala rumah tangga, memang sangat memprihatinkan. Mayoritas kepala keluarga, hanya lulus SD, bahkan ada yang tidak tamat SD dan tidak mengenal sekolah sama sekali.
- Untuk aspek pendapatan, sebagian besar pendapatan kepala rumah tangga masih dibawah Rp. 600.000 per bulannya. Secara rata-rata, pendapatan kepala keluarga masih sangat rendah, yaitu Rp. 371.900 per bulan.

Uraian di atas, secara umum mengindikasikan seluruh responden tergolong rumahtangga miskin, sebagian besar dari mereka (98%) dari mereka belum mempunyai pekerjaan tetap di sektor formal, tinggal di rumah dengan kondisi yang cukup memprihatinkan, serta beban tanggungan keluarga yang tinggi. Hal tersebut diperkuat jika dilihat berdasarkan pendapatan rata-rata mereka, yang jauh dari pendapatan minimum versi BPS.

Namun, penggunaan indikator pendapatan dalam menentukan kemiskinan punya beberapa kelemahan. Bahkan, BPS tidak mungkin mengukur kemiskinan didasarkan atas pendapatan (Kunto, 2010). Satterthwaite (1997) mengemukakan,

sedikitnya ada tiga kelemahan penggunaan pendapatan sebagai indikator kemiskinan (Suharto, 2002) :

1. *The concept of poverty based only on income fails to pay sufficient attention to the social and health dimensions of poverty as well as to other forms of deprivation associated with poverty.*
2. *The use of income as the only measure of poverty minimises the involvement of the poor in determining what should be done to reduce poverty.*
3. *The equation of poverty with income level obscures the underlying causes of poverty. It misses the extent to which households face other forms of deprivation due to the strategies they adopt to keep their incomes above the poverty line.*

Konsep kemiskinan hanya didasarkan pada pendapatan tidak memberi perhatian yang cukup pada dimensi sosial dan kesehatan, termasuk dimensi-dimensi lain yang terkait dengan kemiskinan. Selain itu, penggunaan pendapatan sebagai satu-satunya ukuran, akan meminimalkan keterlibatan masyarakat miskin dalam menentukan apa yang harus dilakukan untuk mengurangi kemiskinan. Dan menyamakan kemiskinan dengan tingkat pendapatan, akan mengaburkan penyebab kemiskinan itu sendiri. Juga, meninggalkan strategi yang dapat digunakan rumahtangga miskin untuk mempertahankan pendapatan mereka di atas garis kemiskinan.

Dengan alasan-alasan tersebut, sejak tahun 1998 sampai saat ini, tolak ukur yang dipergunakan Badan Pusat Statistik (BPS) dalam menentukan seseorang itu masuk kategori miskin atau tidak, didasarkan dari pengeluaran per kapita per bulan. Dalam metode ini, kemiskinan diukur dengan konsep kemampuan memenuhi kebutuhan dasar yang didasarkan atas 14 indikator. Indikator-indikator ini mencakup kondisi ekonomi, kondisi tempat tinggal, kondisi pangan, kondisi sandang, kondisi kesehatan, kondisi pendidikan dan pemilikan aset kekayaan.

Dengan menggunakan prinsip yang sama, dalam penelitian ini selanjutnya akan menentukan status miskin atau tidaknya rumahtangga responden. Namun,

dalam penerapannya, penelitian ini tidak sepenuhnya menggunakan ke-14 kriteria versi BPS. Dalam mengukur pengeluaran riil per kapita, hanya digunakan 9 indikator, yaitu :

1. Luas lantai bangunan tempat tinggal.
2. Jenis lantai bangunan tempat tinggal.
3. Jenis dinding tempat tinggal.
4. Kepemilikan fasilitas buang air besar (jamban).
5. Sumber penerangan rumahtangga.
6. Sumber air minum.
7. Bahan bakar untuk memasak sehari-hari.
8. Status kepemilikan rumah.
9. Jenis kelamin kepala keluarga.

Metode penghitungan pengeluaran per kapita dalam penelitian ini, menggunakan 7 indikator yang sama dengan BPS, tetapi dua indikator lainnya berbeda. Masuknya status kepemilikan rumah, diasosiasikan dengan daya beli yang lebih baik dibandingkan dengan rumahtangga yang tinggal di rumah berstatus sewa. Sedangkan untuk indikator jenis kelamin kepala keluarga, diasosiasikan dengan potensi laki-laki untuk bekerja dan memperoleh pendapatan, lebih tinggi daripada perempuan.

Berdasarkan hasil penghitungan (Lampiran 6), diketahui bahwa rata-rata pengeluaran riil per kapita dari seluruh rumahtangga hanya sebesar Rp. 232.004. Angka ini jauh di bawah garis kemiskinan DKI Jakarta, yang menurut BPS (Juli, 2010) sebesar Rp. 331.169. Dari 100 rumahtangga, pengeluaran riil per kapita terendah hanya sebesar Rp. 58.246, sedangkan yang tertinggi sebesar Rp. 379.684, sedikit di atas garis kemiskinan. Dengan dasar inilah, dapat ditunjukkan bahwa seluruh rumahtangga peserta PKH, merupakan rumahtangga miskin.

Hal lain yang ditambahkan terkait dengan penentuan status miskin peserta PKH, adalah penyesuaian terhadap garis kemiskinan. Metode penghitungan yang menggunakan 9 indikator, seperti uraian di atas, hanya mencakup 85% dari bobot penentuan garis kemiskinan (Lampiran 7). Oleh karena itu, penelitian ini juga melakukan penentuan status miskin rumahtangga dengan menggunakan nilai 85%

dari garis kemiskinan versi BPS. Hasil penghitungan dengan pendekatan ini, juga menunjukkan hasil yang sama, yaitu seluruh rumahtangga peserta PKH, merupakan rumahtangga miskin (Lampiran 8).

Dengan demikian, dapat dinyatakan pelaksanaan PKH di Kecamatan Cilincing telah tepat sasaran, karena seluruh peserta PKH merupakan rumahtangga miskin, yang diukur berdasarkan rendahnya pengeluaran per kapita mereka.

Aspek lain yang menyangkut ketepatan sasaran program, adalah terpenuhinya persyaratan kepesertaan program (*targeting* karakteristik). Selain rumahtangga miskin, PKH mensyaratkan keluarga yang memiliki anak 0-6 tahun, Ibu hamil dan/atau anak 6-15 tahun yang belum selesai 9 tahun wajib belajar.

Berdasarkan data yang diperoleh, untuk komponen pendidikan, 74 rumahtangga memiliki anak usia sekolah (6-15 tahun). Jumlah keseluruhan anak yang bersekolah mencapai 129 orang, dimana 44% adalah perempuan dan 56% laki-laki. Adapun berdasarkan tingkatannya, dari 129 anak tersebut, 99 orang diantaranya duduk di bangku SD/setara (77%), 29 orang di SMP (22%) dan 1 orang bersekolah di SMU (Lampiran 2). Sedangkan untuk komponen kesehatan, dari 100 rumah tangga sampel, 64 diantaranya mempunyai anak usia 0-6 tahun dan empat keluarga yang ibunya sedang hamil.

Hal ini menunjukkan bahwa seluruh rumahtangga penerima bantuan, telah memenuhi persyaratan yang telah ditetapkan, yaitu mempunyai anak usia sekolah (komponen pendidikan) dan/atau mempunyai bayi dan/atau ibu hamil (komponen kesehatan). Dengan demikian, pelaksanaan PKH di kecamatan cilincing telah tepat sasaran.

4.3.2 Dampak Program

Pemenuhan syarat peserta PKH dilakukan terhadap pendaftaran (*enrollment*) dan kehadiran (*attendance*) baik di sekolah untuk komponen pendidikan, maupun puskesmas dan jaringannya untuk komponen kesehatan.

4.3.2.1 Komponen Pendidikan

Terkait dengan aspek pendidikan, Pemerintah melalui departemen sosial telah menunjuk beberapa sekolah baik tingkat SD maupun SMP sebagai penyedia layanan

pendidikan (*provider*). Fungsi utama pihak sekolah sebagai penyedia layanan pendidikan adalah mencatat siswa yang tidak memenuhi komitmen kehadiran yang telah ditentukan yaitu setidaknya 85 persen dari hari sekolah setiap bulannya. Pengecualian dapat diberlakukan pada siswa yang absen karena sakit paling lama 3 hari atau terjadinya bencana alam di daerah tersebut. Jika absen karena sakit lebih dari 3 hari secara berturut-turut, siswa tersebut diwajibkan memberikan surat keterangan sakit yang dikeluarkan oleh dokter atau petugas kesehatan yang diakui.

Tabel menunjukkan perbandingan antara sekolah yang ada dengan penyedia layanan berdasarkan kelurahan. Untuk kelurahan Rorotan, Semper Timur dan Barat, penyedia layanan mencapai 53% di tingkat SD. Sedangkan untuk jenjang SMP proporsi terbesar ada di kelurahan Kalibaru, yang mencapai 50%.

Tabel. 4.7: Penyedia Layanan Pendidikan

	SD			SMP		
	J	P	%	J	P	%
Sukapura	18	7	39	12	1	13
Rorotan	19	12	63	16	8	24
Marunda	19	8	42	11	4	15
Cilincing	27	16	59	24	7	31
Semper Timur	19	12	63	12	4	16
Semper Barat	32	20	63	11	4	15
Kalibaru	59	20	34	42	8	50
Jumlah	193	95	49	128	36	28

Sumber : Suvey Pendidikan dan kesehatan, Depsos, 2007

Keterangan: J=Jumlah sekolah; P=Pemberi layanan pendidikan

PKH mensyaratkan kehadiran minimal 85% bagi setiap siswa yang mejadi peserta PKH komponen pendidikan. Dengan tingkat kehadiran yang tinggi, diharapkan dapat meningkatkan kualitas siswa dalam penguasaan materi pelajaran yang diberikan. Selanjutnya, hal tersebut diharapkan mampu menekan angka tidak naik kelas, serta meningkatkan angka kelulusan siswa dari sekolah.

Wawancara dengan AR, selaku Kepala SDN 0x Sukapura, terungkap bahwa di sekolah tersebut terdapat 20 siswa yang menjadi keluarga peserta PKH

pendidikan. Menurut beliau, dari seluruh siswa tersebut selama satu bulan terakhir semuanya dapat hadir dan mengikuti proses belajar dengan baik. Sejauh ini tidak ada diantara mereka yang tidak memenuhi kehadiran minimal 85%, lanjut Beliau. Sebagai contoh, siswa A yang saat ini duduk di kelas 5. Sebelum mengikuti PKH, angka ketidakhadirannya cukup tinggi, yaitu 3 hari sakit dan 3 hari tanpa keterangan (Lampiran 9). Selain itu, prestasinya di sekolah sedikit di bawah rata-rata kelas. Namun, pada TA terakhir terjadi perubahan yang cukup drastis. Selama TA 2009/2010 siswa A tercatat hanya 1 hari tidak masuk, karena sakit. Sedangkan prestasinya menunjukkan perkembangan yang cukup tinggi. Delapan dari sepuluh mata pelajaran, nilai siswa A tersebut berada di atas rata-rata kelasnya. Kondisi tersebut juga dialami oleh siswa B. Sebelum tercatat sebagai peserta PKH, siswa tersebut enam kali tidak dapat hadir, 4 hari sakit dan 2 hari tanpa izin. Di TA 2009/2010 prestasi siswa B membaik. Hal ini dapat ditunjukkan dengan nilai siswa tersebut dibandingkan dengan nilai rata-rata kelasnya (Lampiran 10). Sembilan dari sebelas mata pelajaran, nilai siswa B berada di atas rata-rata kelas.

Dampak PKH terhadap aspek pendidikan menunjukkan kecenderungan yang sama. Berdasarkan hasil survey yang dilakukan Bank Dunia (2010), terjadi peningkatan angka kehadiran di sekolah A (lihat tabel 4.8). Di sekolah tersebut, ketidakhadiran siswa selama satu bulan pengamatan menurun secara signifikan. Pada periode pengamatan awal (*baseline*), angka ketidakhadiran sangat tinggi, dari kelas 1 sampai kelas 6. Sebagian besar alasan ketidakhadiran adalah sakit, kemudian Alpa (tanpa keterangan). Pada survey lanjutan (*follow up*) ditemukan bahwa ketidakhadiran siswa mengalami penurunan. Sebagai contoh, seperti yang terjadi di kelas 1 sekolah A. Pada periode februari 2007, tercatat 65 ketidakhadiran dengan alasan sakit (40), Ijin (5) dan Alpa (20). Kemudian, di periode yang sama tahun 2009, tercatat angka ketidakhadiran turun hanya menjadi 4 dari 23 hari sekolah. Lain halnya dengan yang terjadi di sekolah B. Di sekolah ini, angka ketidakhadiran siswa bervariasi, mulai dari kelas 1 sampai kelas 6. Ketidakhadiran siswa dalam satu bulan menurun, di kelas 2, 4, 5, dan 6.

Tabel. 4.8: Angka Ketidakhadiran Siswa

Kls	Februari 2007						Februari 2009						Skl
	JS	JH	TH	S	I	A	JS	JH	TH	S	I	A	
1	40	24	65	40	5	20	76	23	4	2	0	2	A
2	71	24	53	23	11	19	70	23	3	1	1	1	
3	71	24	56	45	4	7	80	23	5	2	3	0	
4	72	24	84	38	6	40	78	23	8	2	5	1	
5	52	24	39	18	17	4	80	23	4	1	0	3	
6	46	24	23	3	4	16	58	23	3	0	2	1	
1	40	23	0	0	0	0	81	22	23	4	2	17	B
2	49	23	45	23	2	20	77	22	16	3	0	13	
3	93	23	1	0	1	0	42	22	9	2	0	7	
4	39	23	83	27	23	33	38	22	12	1	0	11	
5	81	23	12	4	1	7	79	22	8	0	0	8	
6	38	23	21	19	2	0	72	22	3	1	1	1	

Sumber : Survey PKH Bank Dunia, 2010. (tidak dipublikasikan)

Keterangan :

Kls = Kelas ; Skl = Sekolah; JS = Jumlah Siswa; JH = Jumlah Hari Sekolah

TH = Jumlah ketidakhadiran; S = Sakit; I = Ijin; A = Alpa

Sebagaimana yang telah diungkapkan sebelumnya, tingkat kehadiran yang tinggi, diharapkan dapat meningkatkan penguasaan materi pelajaran yang diberikan. Selanjutnya, hal tersebut diharapkan mampu menekan angka tidak naik kelas, serta meningkatkan angka kelulusan siswa dari sekolah. Berdasarkan Tabel 4.9 terlihat

Tabel. 4.9: Jumlah siswa yang tidak naik kelas dan putus sekolah

Sekolah	Kelas	Jumlah siswa yang tidak naik kelas		Jumlah siswa putus sekolah	
		06/07	08/09	06/07	08/09
A	1	17	0	2	0
	2	15	0	0	0
	3	0	0	0	0
B	1	0	0	0	0
	2	0	0	0	0
	3	0	0	0	0

Sumber : Survey PKH Bank Dunia, 2010. (tidak dipublikasikan)

bahwa jumlah siswa yang tidak naik kelas menurun di sekolah A. Di sekolah tersebut, pada tahun ajaran 2006/2007, terdapat 17 siswa kelas 1 dan 15 siswa kelas 2 yang tidak naik kelas. Setelah sekolah tersebut ditunjuk sebagai penyedia layanan pendidikan dalam PKH, di tahun ajaran 2008/2009 semua siswa dari kelas 1 sampai kelas 3 dinyatakan naik kelas. Demikian pula dengan angka putus sekolah, setelah mengikuti PKH, tidak ada satupun siswa yang putus sekolah. Padahal sebelum ada PKH (TA 2006/2007), tercatat 2 siswa kelas 1 di sekolah A yang putus sekolah. Hal ini merupakan capaian yang baik atas pelaksanaan PKH di sekolah tersebut.

Pencapaian yang baik terhadap angka kenaikan kelas dan angka putus sekolah di sekolah A, ternyata tidak ditemukan di sekolah B. Di sekolah B tercatat angka kenaikan kelas mencapai 100%, dan tidak ada satu siswapun yang mengalami putus sekolah, baik sebelum maupun setelah dilaksanakannya PKH.

Di sisi lain, perubahan prestasi di sekolah-sekolah peserta PKH, dapat juga dilihat berdasarkan angka kelulusan siswa kelas 6 baik dalam Ujian Akhir Semester (UAS) maupun Ujian Nasional (UN). Tabel 4.10 menunjukkan tingkat kelulusan UAS dan UN di sekolah A dan B, yang merupakan sekolah peserta PKH.

Tabel. 4.10: Kelulusan UAS dan UN

Tahun Ajaran	Sekolah A					
	UAS			UN		
	P	L	%	P	L	%
2006/2007	264	264	100	264	260	98,5
2008/2009	156	156	100	156	156	100
Tahun Ajaran	Sekolah B					
	UAS			UN		
	P	L	%	P	L	%
2006/2007	156	156	100	156	156	100
2008/2009	226	222	98,2	256	232	90,6

Sumber : Survey PKH Bank Dunia, 2010. (tidak dipublikasikan)

Keterangan :

UAS = Ujian Akhir Semester; UN = Ujian Negara

P = Jumlah Peserta; L = Jumlah Lulusan; % = Persentase Kelulusan

Di sekolah A, sebelum ada PKH persentase kelulusan UN hanya 98,5%. Dari 264 peserta UN terdapat 4 siswa yang dinyatakan tidak lulus UN. Kondisi tersebut

berubah setelah dilaksanakannya PKH. Pada TA 2008/2009, sekolah tersebut mampu meluluskan seluruh peserta UAS dan UN, yang tercatat sebanyak 156 siswa. Akan tetapi, lain halnya yang terjadi di sekolah B. Meskipun sekolah B juga merupakan sekolah peserta PKH, data menunjukkan terjadi penurunan kelulusan siswa dalam UAS dan UN. Sebelum ada PKH, sekolah B mampu meluluskan seluruh siswanya baik dalam UAS maupun UN. Sebaliknya, setelah dilaksanakan PKH, angka kelulusan siswa dalam UAS menurun menjadi hanya 98,2% dan kelulusan UN hanya sebesar 90,6%. Hal ini berarti bahwa, terdapat 9,4% siswa di sekolah B yang dinyatakan tidak dapat melanjutkan pendidikannya ke tingkat SMP.

Berdasarkan temuan di atas, dapat disimpulkan bahwa PKH berdampak pada peningkatan kehadiran siswa di sekolah. Sedangkan terhadap prestasi siswa, dampak PKH bersifat terbatas. Hal ini dilandaskan pada temuan yang menunjukkan bahwa dampak positif PKH hanya terjadi di sekolah A saja. Di sekolah A terjadi peningkatan angka kenaikan kelas khususnya kelas 1 dan 2, serta penurunan angka putus sekolah. Sebaliknya, di sekolah B tidak ada perubahan angka kenaikan kelas maupun penurunan siswa putus sekolah, baik sebelum maupun setelah dilaksanakannya PKH. Demikian juga halnya terhadap tingkat kelulusan siswa dalam UAS dan UN. Di sekolah A, terjadi peningkatan angka kelulusan UAS dan UN setelah dilaksanakannya PKH di sekolah tersebut. Namun, lain halnya dengan yang terjadi di sekolah B, angka kelulusan UAS dan UN di sekolah tersebut malah menurun setelah dilaksanakannya PKH.

Disamping itu, terdapat keterbatasan untuk menelaah lebih lanjut atas dampak PKH terhadap prestasi siswa. Hal ini mengingat data yang tersedia hanya menyajikan jumlah siswa yang ada di sekolah-sekolah peserta PKH. Dalam data tersebut tidak terdapat informasi lebih lanjut terkait dengan misalnya, berapa banyak siswa yang lulus ataupun tidak lulus UAS dan UN di sekolah tersebut, yang merupakan anggota keluarga peserta PKH. Oleh karena itu, untuk mendapatkan kesimpulan yang lebih akurat atas dampak PKH terhadap prestasi siswa, kiranya perlu dilakukan kajian lebih lanjut.

4.3.2.2 *Komponen Kesehatan*

Untuk PKH Kesehatan, verifikasi dilakukan melalui kunjungan ke puskesmas terdekat paling lambat seminggu setelah ibu/wanita rumah tangga penerima mendapatkan kartu PKH. Pada kunjungan tersebut, peserta harus memeriksakan anak/kandungannya untuk dibuatkan catatan status kondisi kesehatan pada awal program dan jadwal kunjungan pemeriksaan berikutnya. Pemeriksaan awal ini merupakan dasar untuk pembayaran pertama. Verifikasi untuk kehadiran dilakukan pada pemeriksaan berikutnya, yang dilakukan di pusat layanan kesehatan terdekat dengan tempat tinggal peserta, baik puskesmas maupun jaringannya seperti Posyandu, Pustu, Polindes dan Pusling. Khusus untuk kelahiran bayi, jika peserta tidak memungkinkan mendatangi fasilitas kesehatan, kelahiran bayi bisa ditolong dengan cara mengundang tenaga kesehatan terlatih (misalnya bidan desa) untuk membantu proses kelahiran. Selain itu, agar tetap dapat menjadi peserta PKH kesehatan, ibu hamil/Balita harus memenuhi mengikuti seluruh protokol pelayanan kesehatan yang telah ditetapkan, yaitu :

Anak usia 0-6 tahun:

- Anak usia 0–11 bulan harus mendapatkan imunisasi lengkap (BCG, DPT, Polio, Campak, Hepatitis B) dan ditimbang berat badannya secara rutin setiap bulan.
- Anak usia 6-11 bulan harus mendapatkan Vitamin A minimal sebanyak 2 (dua) kali dalam setahun yaitu bulan Februari dan Agustus.
- Anak usia 12–59 bulan perlu mendapatkan imunisasi tambahan dan ditimbang berat badannya secara rutin setiap 3 (tiga) bulan.
- Anak usia 5-6 tahun ditimbang berat badannya secara rutin setiap 3 (tiga) bulan.

Ibu hamil dan ibu nifas:

- Selama kehamilan, ibu hamil harus melakukan pemeriksaan kehamilan di fasilitas kesehatan sebanyak 4 (empat) kali dan mendapatkan suplemen tablet Fe.
- Ibu melahirkan harus ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih.
- Ibu nifas harus melakukan pemeriksaan/diperiksa kesehatannya setidaknya 2 (dua) kali sebelum bayi berusia 28 hari.

Melalui persyaratan kesehatan ini, diharapkan pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh peserta PKH akan meningkat. Oleh karenanya program ini sangat tepat sebagai upaya untuk meningkatkan status kesehatan bagi rumahtangga miskin yang masih relatif rendah. Dari 100 rumah tangga sampel, 64 diantaranya mempunyai anak usia 0-6 tahun dan empat keluarga yang ibunya sedang hamil. Terkait dengan penggunaan fasilitas kesehatan, Dr SU yang bertugas di Puskesmas C, menjelaskan bahwa secara umum pengetahuan, pemahaman dan kesadaran masyarakat tentang pentingnya pelayanan KIA sudah baik. Selama kehamilan dan pada saat melahirkan sebagian besar masyarakat memilih Puskesmas ataupun Bidan. Mereka juga memilih Puskesmas ataupun Posyandu untuk memeriksakan kesehatan bayi. Alasan utama yang mereka kemukakan adalah, pelayanan KIA modern secara medis dapat dipertanggungjawabkan. Misalnya, mereka dapat melayani kelahiran beresiko, memiliki peralatan dan obat yang cukup lengkap, dapat memberi suntikan obat penghilang sakit dan vitamin, serta dapat memberikan rujukan ke rumah sakit, bila dianggap perlu. Dengan adanya PKH, semua anak keluarga peserta program telah mendapatkan vaksinasi/imunisasi (Tabel 4.11).

Tabel 4.11 : Vaksinasi/Imunisasi yang diterima anak usia 0-11 bulan

No RT	Nama ART	JK	Jenis Imunisasi					Vit A	Fasilitas Kesehatan
			B	D	P	H	C		
001	Pu	P	1	1	1	1	1	1	Posyandu C I
007	MA	L	1	1	1	1	0	1	Bidan SL
023	Sa	L	1	0	0	0	0	1	Puskesmas M
036	Sol	L	1	1	1	1	1	1	Posyandu K I
056	As	L	1	1	1	1	1	1	Puskesmas S
061	Riz	L	1	1	0	0	0	1	Puskesmas C 2
066	Ri	L	1	1	1	1	1	1	Posyandu F IV
071	Pus	P	1	0	0	0	0	1	Puskesmas C 2
085	Saf	P	1	1	1	1	1	1	Puskesmas C
087	Din	P	1	1	1	1	1	1	Puskesmas C
090	MN	L	1	1	0	0	0	1	Bidan Mars
093	AJ	L	1	1	1	1	0	1	Posyandu M I
094	Lin	P	1	1	1	1	1	1	Puskesmas W

Sumber : Hasil Survey, 2010.

Keterangan : JK = Jenis Kelamin; 1 = Sudah ; 0 = Belum

B = BCG; D = DPT; P = Polio; H = Hepatitis B; C = Campak; Vit A = Vitamin A

Program ini setidaknya telah memberikan dorongan pada orang tua untuk membawa anak mereka ke fasilitas-fasilitas kesehatan. Menurut pengamatan Dr. SU, sebelum ada program ini, masih banyak orang tua yang tidak membawa anak mereka untuk diimunisasi. Alasannya, antara lain karena mereka takut apabila anaknya diimunisasi, badannya menjadi panas dan akan merepotkan mereka.

PKH berdampak besar terhadap penggunaan fasilitas kesehatan, dalam hal ini Puskesmas. Hal ini dapat dilihat berdasarkan pemberian pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Puskesmas A dan B. Adapun pelayanan tersebut dapat dikelompokkan atas pelayanan vaksinasi dan imunisasi, serta pelayanan yang berhubungan dengan gizi. Tabel 4.12, menggambarkan perkembangan pemberian pelayanan untuk anak usia 0-11 bulan, yang berupa pemberian vaksin lengkap yaitu BCG, DPT, Polio, Hepatitis dan vaksin campak. Lonjakan jumlah pelayanan pemberian vaksin dan imunisasi ini, terjadi di Puskesmas A dalam pemberian vaksin DPT Hb Combo dari 27 anak menjadi 235 anak. Demikian juga dengan pemberian imunisasi campak di Puskesmas tersebut. Di periode awal tercatat tidak satupun bayi usia 9-11 bulan yang di imunisasi. Pada periode berikutnya, Puskesmas telah mengimunisasi 58 bayi.

Selain pelayanan terhadap bayi, Puskesmas juga melayani pemeriksaan ibu hamil, persalinan dan perawatan pasca melahirkan. Pada periode lanjutan (*follow up*) tercatat 170 ibu hamil yang diberikan vaksin TT di Puskesmas A dan 36 ibu hamil di Puskesmas B. Juga terjadi peningkatan pemeriksaan kehamilan, baik untuk kunjungan pertama (K1), maupun kunjungan yang keempat (K4).

Demikian pula dengan pemberian bantuan dalam persalinan. Di Puskesmas A tercatat 55 Ibu hamil yang mengalami komplikasi/ dengan risiko tinggi yang ditangani, 13 Ibu hamil yang mengalami komplikasi/ dengan risiko tinggi yang ditangani dan 13 Ibu hamil yang mengalami komplikasi/ dengan risiko tinggi yang dirujuk, serta 128 persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan di Puskesmas A dan 9 Ibu di Puskesmas B.

Pelayanan pasca melahirkan juga mengalami peningkatan yang sangat tinggi di kedua Puskesmas. Peningkatan tersebut dapat dilihat dari bertambahnya kunjungan pasca melahirkan (*neonatal*) dari 23 menjadi 128 kunjungan di Puskesmas A. Selain itu, tercatat Puskesmas ini telah memberikan pil KB untuk 14 Ibu dan 521 suntikan KB (3 bulan).

Tabel 4.12 : Pelayanan Vaksinasi dan Imunisasi di Puskesmas A dan B

Kegiatan satu bulan yang lalu	A		B	
	<i>Base</i>	<i>Follow</i>	<i>Base</i>	<i>Follow</i>
a. Bayi (0-11 bln) yang divaksinasi BCG	33	87	30	13
b. Bayi (0-11 bln) yang divaksinasi Polio	73	314	54	55
c. Bayi (0-11 bln) yang divaksinasi Hepatitis B	56	121	32	33
d. Bayi (0-11 bln) divaksinasi DPT Hb Combo	27	235	54	33
e. Bayi (2-11 bln) yang divaksinasi DPT	5	0	8	32
f. Bayi (9-11 bln) yang divaksinasi Campak	0	58	0	8
g. Ibu hamil yang divaksinasi TT	48	170	29	36
h. Kunjungan baru ibu hamil (K1) murni	23	102	5	23
i. Kunjungan baru ibu hamil (K4)	25	106	5	19
j. Ibu hamil yang mengalami komplikasi / dengan risiko tinggi yang ditangani	1	55	0	0
k. Ibu hamil yang mengalami komplikasi / dengan risiko tinggi yang dirujuk	0	13	0	0
l. Ibu bersalin yang mengalami komplikasi / dengan risiko tinggi yang ditangani	0	0	0	0
m. Ibu bersalin yang mengalami komplikasi / dengan risiko tinggi yang dirujuk	0	13	0	0
n. Persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan	0	128	0	0
o. Kunjungan Neonatal	23	128	0	9
p. Pil KB	0	14	0	3
q. Suntik KB (3 bulan)	0	521	0	76

Sumber : Survey PKH Bank Dunia, 2010. (tidak dipublikasikan)

Keterangan : *Base* = Survey 2007; *Follow* = Survey 2009.

Kelompok pelayanan kedua, berupa pelayanan yang berhubungan dengan gizi dan vitamin, juga mengalami peningkatan yang sangat tinggi. Puskesmas A telah melayani penimbangan Bayi 0-11 bulan sebanyak 888 bayi, anak 12-35 bulan sebanyak 1.919 anak serta 5.440 anak usia 36-59 anak (Tabel 4.13).

Tabel 4.13 : Pelayanan Puskesmas terkait dengan Gizi dan Vitamin.

Kegiatan satu bulan yang lalu	A		B	
	<i>Base</i>	<i>Follow</i>	<i>Base</i>	<i>Follow</i>
a. Bayi 0-11 bulan ditimbang	0	888	818	496
b. Anak 12-35 bulan yang ditimbang	0	1919	236	921
c. Anak 36-59 bulan yang ditimbang	0	5440	1734	921
d. Bayi 0-11 bulan yang berada di bawah garis titik-titik dan di atas garis merah	0	888	0	0
e. Anak 12-35 bulan yang berada di bawah garis titik-titik dan di atas garis merah	0	1919	0	0
f. Anak 36-59 bulan yang berada di bawah garis titik-titik dan di atas garis merah	0	5423	0	0
g. Bayi 0-11 bulan yang berada di Bawah Garis Merah (BGM)	2	0	0	0
h. Anak 12-35 bulan yang berada di Bawah Garis Merah (BGM)	7	0	28	42
i. Anak 36-59 bulan yang berada di Bawah Garis Merah (BGM)	0	17	0	42
j. Bayi 0-11 bulan dengan KMS/Buku KIA	0	1081	0	496
k. Anak 12-35 bulan dengan KMS/Buku KIA	0	2321	0	921
l. Anak 36-59 bulan dengan KMS/Buku KIA	0	5841	0	921
m. Anak 6-11 bulan yang mendapatkan Vitamin A dosis tinggi	0	1521	0	332
n. Anak 1-5 tahun yang mendapatkan Vitamin A dosis tinggi	0	2126	0	0
o. Ibu nifas yang mendapatkan Vitamin A dosis tinggi	0	42	33	0
p. Ibu hamil yang mendapatkan Tablet Tambahan Darah (Fe3)	32	75	23	0
q. Ibu nifas yang mendapatkan Tablet Tambahan Darah (Fe3)	67	42	8	0
r. Ibu nifas yang mendapatkan Tablet Tambahan Darah (Fe)	0	32	0	0
s. Anak yang mendapatkan Vitamin A dosis tinggi selama 6 bulan yang lalu	2522	3647	3042	1731

Sumber : Survey PKH Bank Dunia, 2010. (tidak dipublikasikan)

Selain itu, kedua Puskesmas juga telah memberikan vitamin A dosis tinggi kepada 1.521 anak 6-11 bulan di Puskesmas A dan 332 anak di Puskesmas B. Puskesmas A juga telah memberikan vitamin A dosis tinggi kepada 2.126 anak usia

1-5 tahun. Secara keseluruhan, Puskesmas A telah memberikan vitamin A dosis tinggi kepada 3.647 anak pada periode lanjutan, naik 44,6% dibandingkan periode awal yang sebanyak 2.522 anak.

Dilihat dari sisi pelayanan pemberian tablet tambahan darah Fe³ dan Fe, juga mengalami peningkatan. Pada periode lanjutan, Puskesmas A memberikan tablet tambahan darah Fe³ kepada 75 Ibu hamil dan 42 Ibu nifas, dan tablet Fe kepada 32 Ibu nifas.

4.3.3 Persepsi Peserta terhadap PKH

Untuk mendapatkan gambaran atas Program Keluarga Harapan dan pelaksanaannya, setiap kepala keluarga peserta program (responden) diminta memberi nilai atas tujuh aspek PKH. Setiap aspek memiliki rentang nilai 0 – 100. Nilai 100 menunjukkan apresiasi yang sangat tinggi, sedangkan sebaliknya untuk nilai 0. Adapun aspek-aspek yang ditanyakan, yaitu :

1. Proses dan Pemilihan Peserta PKH
2. Sosialisasi Program
3. Jumlah Bantuan (Dana)
4. Manfaat Bantuan (Dana)
5. Proses Pencairan Dana
6. Mekanisme Pengaduan
7. Tindak Lanjut Pengaduan

Langkah selanjutnya adalah membuat ranking dari masing-masing aspek berdasarkan nilai rata-ratanya. Nilai rata-rata dari masing-masing aspek tersebut akan dibandingkan dengan nilai rata-rata keseluruhan aspek yang ditanyakan, untuk mendapatkan kategori masing-masing aspek. Jika nilai rata-rata suatu aspek lebih tinggi dari nilai rata-rata keseluruhan, maka akan dinyatakan sebagai kategori “Baik (B)”. Sedangkan jika sebaliknya akan dinyatakan sebagai kategori “Kurang Baik (KB)”. Semakin besar selisih antara nilai rata-rata suatu aspek dibandingkan dengan nilai rata-rata keseluruhan, menunjukkan apresiasi yang semakin besar atas aspek

tersebut. Dengan metode ini diharapkan akan diperoleh penilaian masyarakat atas PKH dan pelaksanaannya.

Hasil temuan (Tabel 4.14) menunjukkan secara umum ketujuh aspek yang ditanyakan menghasilkan nilai rata-rata yang cukup tinggi yaitu 70,7. Setidaknya angka tersebut dapat merefleksikan apresiasi yang cukup baik terhadap program PKH dan pelaksanaannya. Aspek yang termasuk kategori tinggi adalah Proses dan Pemilihan Peserta PKH, Sosialisasi Program dan Manfaat Bantuan (Dana). Nilai rata-rata tertinggi ada pada aspek Proses dan Pemilihan Peserta PKH (88,1). Dari hasil wawancara terungkap, bahwa proses yang dilaksanakan pemerintah dalam menyaring dan menentukan keluarga miskin penerima bantuan, sudah berjalan dengan baik serta transparan. Menurut sebagian responden, keluarga penerima bantuan yang ada disekeliling mereka merupakan keluarga miskin, termasuk keluarga mereka sendiri. Hal ini jauh berbeda dengan kasus yang pernah mereka lihat sebelumnya, terkait penyaluran Bantuan Langsung Tunai, misalnya. Menurut pengakuan salah satu responden, pada saat itu terdapat beberapa keluarga yang tingkat kehidupannya jauh lebih baik daripada keluarga yang lain, namun mereka menerima BLT. Mereka mengindikasikan adanya ketidaktepatan dalam penentuan keluarga penerima BLT.

Hal menarik lainnya yang terungkap dari hasil studi lapangan adalah pengakuan responden atas manfaat bantuan yang diterima melalui PKH. Dengan sejumlah uang tersebut, setidaknya mereka bisa membiayai keperluan sekolah anak mereka. Meskipun tujuan dari PKH bukanlah untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari, tetapi untuk membantu biaya transportasi ke sekolah. Namun, sebagian dari responden menyatakan, tidak semua uang yang diterima digunakan untuk tujuan tersebut. Ada diantara responden yang mengakui, kadangkala anak-anak mereka ke sekolah tidak menggunakan angkutan umum. Misalnya, Bapak Su (007) menceritakan, terkadang anaknya In (12 tahun) dan Ne (16 tahun), ke sekolah dengan berboncengan motor bersama Pak De mereka. Hal ini kerap dilakukan, karena sekolah mereka dengan kantor Pak De satu jurusan. Lain halnya dengan Bapak Nur (090), ia menyatakan bantuan yang diterima sangat membantunya dalam memenuhi biaya transpor ke sekolah anaknya N (14 tahun). Kondisi N mungkin tidak semujur In dan Ne. Ia tidak punya keluarga ataupun tetangga yang dapat

Tabe 4.14 : Persepsi Peserta PKH

No.	Hal yang dinilai	Nilai						Jumlah Responden	Jumlah Nilai	Rata-rata Nilai	Kategori
		0	60	70	80	90	100				
1	Proses dan Pemilihan Peserta PKH			5	26	52	17	100	8.810	88,1	B
2	Sosialisasi Program		23	47	22	8		100	7.150	71,5	B
3	Jumlah Bantuan (Dana)		48	32	15	5		100	6.770	67,7	KB
4	Manfaat Bantuan (Dana)		5	71	16	6	2	100	7.290	72,9	B
5	Proses Pencairan Bantuan		59	34	7			100	6.480	64,8	KB
6	Mekanisme Pengaduan		38	44	16	2		100	6.820	68,2	KB
7	Tindak lanjut pengaduan		83	17				100	6.170	61,7	KB
		0	256	250	102	73	19			70,7	

Sumber : Hasil Survey, 2010.

Keterangan : B = Baik; KB = Kurang Baik

memberi tumpangan anaknya ke sekolah. Jadi menurutnya, bantuan dari pemerintah tersebut sebagian besar memang digunakan untuk memenuhi biaya transpor, yang dirasakan semakin lama semakin mahal. Tentu saja bantuan tersebut bernilai besar di mata Pak Nur. Hal senada juga dikemukakan oleh sebagian responden lainnya. Tentu saja apresiasi yang tinggi terhadap manfaat dari bantuan tersebut, tidak semata-mata dilihat dari aspek pemenuhan biaya transpor. Terdapat dampak lain yang dirasakan oleh responden. Ternyata bantuan tersebut berimplikasi pada meningkatnya kemampuan keluarga untuk memenuhi konsumsi sehari-hari. Dengan bantuan yang diterima, sebagian uang yang tadinya dialokasikan untuk biaya sekolah anak-anak, sekarang dapat digunakan untuk keperluan lainnya. Disamping itu, mereka tidak lagi menggunakan anak-anak mereka untuk membantu pekerjaan kepala keluarga. Hal ini seperti yang dinyatakan oleh Su (082), wanita berusia 64 tahun ini bekerja sebagai penjual nasi di kawasan Industri. Sebelumnya, ia mengajak kedua anaknya serta kemenakannya untuk ikut berjualan demi memenuhi kebutuhan sehari-hari. Sekarang, dengan adanya bantuan yang ia terima melalui PKH pendidikan, ia tidak lagi memperkenankan anak dan kemenakannya tersebut untuk ikut berjualan.

Persepsi responden terhadap jumlah bantuan (dana) yang diterima, menunjukkan hampir sebagian responden (48%) memberi nilai 60 atas aspek ini. Nilai rata-rata atas aspek ini hanya 67,7 sehingga masuk dalam kategori kurang baik. Diantara responden, ada yang mengakui bahwa cara penentuan besarnya bantuan, yang didasarkan pada jumlah anak bersekolah serta kehamilan ibu dan balita sudah baik, namun nilai nominalnya masih dirasakan belum cukup. Besarnya bantuan yang mereka tahun ini, sama dengan tahun lalu. Padahal menurut mereka biaya riil yang mereka keluarkan untuk transportasi ke sekolah dan pelayanan kesehatan semakin meningkat. Harapan mereka, pemerintah melakukan penyesuaian pada nominal bantuan tersebut. Aspek lain yang berkategori kurang baik adalah Proses pencairan dana (64,8); Mekanisme Pengaduan (68,2) dan yang terendah, Tindak Lanjut Pengaduan (61,7).

Terdapat 59% responden yang memberi nilai 60, dan 34% memberi nilai 70 serta hanya 7% yang memberikan nilai 80 atas aspek pencairan dana. Keluhan utama responden terkait aspek ini adalah antrian dan masih kurangnya petugas Pos,

sehingga proses pencairan dana dinilai memakan waktu terlalu lama. Terkait aspek mekanisme pengaduan, 62% responden memberi nilai 70 ke atas. Hal ini menunjukkan apresiasi yang baik terhadap sarana yang disediakan untuk menyalurkan pengaduan atas pelaksanaan PKH. Peranan pendamping, ketua kelompok termasuk juga UPPKH kecamatan dinilai sudah baik dan proaktif. Namun, yang sampai saat ini dianggap masih kurang adalah tindak lanjut dari pengaduan-pengaduan yang telah mereka sampaikan.

Pengaduan-pengaduan yang diajukan responden, umumnya berkisar pada kualitas pelayanan kesehatan, khususnya Puskesmas. Ada beberapa responden mengeluhkan pelayanan yang diberikan Puskesmas terkesan seperlunya, pemeriksaan buru dan tidak teliti karena pasien banyak, petugas kurang ramah dan ada bidan yang kasar dalam membantu persalinan. Namun sampai saat ini, mereka merasa pengaduan-pengaduan yang mereka sampaikan tidak ada tindak lanjutnya. Sehingga kondisi yang mereka alami sepertinya akan terulang kembali.

