

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Definisi Kemiskinan

Kemiskinan merupakan masalah multidimensi karena berkaitan dengan ketidakmampuan akses secara ekonomi, sosial, budaya, politik dan partisipasi dalam masyarakat. Kemiskinan juga memiliki arti yang lebih luas dari sekedar lebih rendahnya tingkat pendapatan atau konsumsi seseorang dari standar kesejahteraan terukur seperti kebutuhan kalori minimum atau garis kemiskinan. Akan tetapi, kemiskinan memiliki arti yang lebih dalam karena berkaitan juga dengan ketidakmampuan untuk mencapai aspek diluar pendapatan (*non-income factors*) seperti akses kebutuhan minimum seperti kesehatan, pendidikan, air bersih dan sanitasi.

Terdapat banyak kategori kemiskinan yang ada. Batas tingkat kemiskinan yang ada juga bervariasi. Standar yang berbeda-beda ini menjadikan jumlah masyarakat miskin dari satu tempat dengan tempat lain berbeda-beda pula. Berikut adalah beberapa pendekatan yang pada umumnya digunakan untuk mengukur tingkat kemiskinan suatu wilayah:

a. Pendekatan Pemenuhan Kalori (Sajogyo, 1988).

Penetapan masyarakat miskin ditinjau dari total kebutuhan minimum makanan yaitu terpenuhinya 1.900 kalori dan 40 gram protein per hari atau disamakan dengan konsumsi beras per kapita per tahun. Di pedesaan bilamana pendapatan lebih tinggi atau sama dengan ekivalensi 320 kg beras dikategorikan tidak miskin. Selanjutnya klasifikasi miskin terdiri atas:

- Melarat (*maverty level*), bila pendapatan per kapita dari 180 kg beras/tahun
- Miskin sekali (*very poor*), bila pendapatan per ekivalen 180-240 kg beras/tahun
- Miskin (*poor*), bila pendapatan ekivalen 240-320 kg beras/tahun.
- Agak miskin (*moderate*), bila pendapatan per kapita sama atau lebih dari 320 beras/tahun.

b. Pendekatan Bank Dunia

Kemiskinan bisa dikelompokkan dalam dua kategori, yaitu kemiskinan absolut dan kemiskinan relatif. Kemiskinan absolut mengacu pada satu set standard yang konsisten, tidak terpengaruh oleh waktu dan tempat / negara. Sebuah contoh dari pengukuran absolut adalah persentase dari populasi yang makan dibawah jumlah yang cukup menopang kebutuhan tubuh manusia (kira kira 2000-2500 kalori per hari untuk laki laki dewasa). Bank Dunia mendefinisikan Kemiskinan absolut sebagai hidup dengan pendapatan dibawah USD \$1/hari dan Kemiskinan menengah untuk pendapatan dibawah \$2 per hari.

c. Pendekatan Asean Development Bank

Asean development Bank menetapkan garis kemiskinan sebesar 1.25 USD/kapita/hari. Jumlah ini lebih besar dari perhitungan dengan pendekatan yang didasarkan kebutuhan kalori di Indonesia dan pendekatan yang dilakukan oleh bank dunia.

d. Pendekatan Biro Pusat Statistik

Indonesia pada umumnya menggunakan pendekatan BPS dalam pengukuran tingkat kemiskinan. BPS menggunakan konsep kemampuan memenuhi kebutuhan dasar (*basic needs approach*) dalam mengukur kemiskinan. Dengan pendekatan ini, kemiskinan dipandang sebagai ketidakmampuan dari sisi ekonomi untuk memenuhi kebutuhan dasar makanan dan bukan makanan yang diukur dari sisi pengeluaran. Dengan pendekatan ini, dapat dihitung *Head Count Index* (HCI), yaitu persentase penduduk yang berada di bawah Garis Kemiskinan. Dengan memperhatikan komponen Garis Kemiskinan (GK), yang terdiri dari Garis Kemiskinan Makanan (GKM) dan Garis Kemiskinan Bukan-Makanan (GKBM), terlihat bahwa peranan komoditi makanan jauh lebih besar dibandingkan peranan komoditi bukan makanan (perumahan, sandang, pendidikan, dan kesehatan). Besar kecilnya jumlah penduduk miskin sangat dipengaruhi oleh Garis Kemiskinan, karena penduduk miskin adalah penduduk yang memiliki rata-rata pengeluaran per kapita per bulan dibawah Garis Kemiskinan. Semakin tinggi Garis Kemiskinan, semakin banyak penduduk yang

tergolong sebagai penduduk miskin. Penghitungan Garis Kemiskinan dilakukan secara terpisah untuk daerah perkotaan dan perdesaan.

Secara umum penduduk miskin dapat dibedakan menjadi dua yaitu miskin kronis (*chronic poor*) dan miskin sementara (*transient poor*). Miskin kronis adalah penduduk miskin yang berpenghasilan jauh di bawah garis kemiskinan dan biasanya tidak memiliki akses yang cukup terhadap sumber daya ekonomi, sedangkan miskin sementara adalah penduduk miskin yang berada dekat garis kemiskinan. Jika terjadi sedikit saja perbaikan dalam ekonomi, kondisi penduduk yang termasuk kategori miskin sementara ini bisa meningkat dan statusnya berubah menjadi penduduk tidak miskin.

2.2. Perkembangan Tingkat Kemiskinan

Sampai dengan bulan Maret 2009, jumlah penduduk miskin (penduduk yang berada di bawah Garis Kemiskinan) di Indonesia mencapai 32,53 juta atau sekitar 14,15 persen (BPS, 2010). Angka ini menunjukkan trend penurunan dari tahun ke tahun sejak 2007. Namun pada tahun 2006, terjadi kenaikan jumlah penduduk miskin yang cukup drastis, yaitu dari 35,10 juta orang (15,97 persen) pada bulan Februari 2005 menjadi 39,30 juta (17,75 persen) pada bulan Maret 2006. Penduduk miskin di daerah perdesaan bertambah 2,11 juta orang, sementara di daerah perkotaan bertambah 2,09 juta orang. Peningkatan jumlah dan persentase penduduk miskin selama Februari 2005-Maret 2006 terjadi karena harga barang-barang kebutuhan pokok selama periode tersebut naik tinggi, yang digambarkan oleh inflasi umum sebesar 17,95 persen. Akibatnya penduduk yang tergolong tidak miskin namun penghasilannya berada disekitar garis kemiskinan banyak yang bergeser posisinya menjadi miskin.

Pada Maret 2010, jumlah penduduk miskin di Indonesia sebesar 31,02 juta orang (13,33 persen). Dibandingkan dengan penduduk miskin pada Maret 2009 yang berjumlah 32,53 juta (14,15 persen), berarti jumlah penduduk miskin berkurang 1,51 juta jiwa. Jumlah penduduk miskin di daerah perkotaan turun lebih besar daripada daerah perdesaan. Selama periode Maret 2009-Maret 2010, penduduk miskin di daerah perkotaan berkurang 0,81 juta orang, sementara di daerah perdesaan berkurang 0,69 juta orang (Tabel 2.1).

Tabel 2.1. Jumlah dan Persentase Penduduk Miskin di Indonesia 2005-2010

Tahun	Jumlah penduduk miskin (juta)			Persentase penduduk miskin		
	Kota	Desa	K + D	Kota	Desa	K + D
2005	12,40	22,70	35,10	5,64	10,33	15,97
2006	14,49	24,81	39,30	6,54	11,21	17,75
2007	13,56	23,61	37,17	6,05	10,53	16,58
2008	12,77	22,19	34,96	5,63	9,79	15,42
2009	11,91	20,62	32,53	5,18	8,97	14,15
2010	11,10	19,93	31,03	4,77	8,56	13,33

Sumber : BPS, 2010.

Persentase penduduk miskin antara daerah perkotaan dan perdesaan tidak banyak berubah dari Maret 2009 ke Maret 2010. Pada Maret 2009, sebagian besar (63,38 persen) penduduk miskin berada didaerah perdesaan begitu juga pada Maret 2010, yaitu sebesar 64,23 persen. Penurunan jumlah dan persentase penduduk miskin selama periode Maret 2009-Maret 2010 nampaknya berkaitan dengan faktor-faktor berikut:

1. Selama periode Maret 2009-Maret 2010 inflasi umum relatif rendah, yaitu sebesar 3,43 persen.
2. Rata-rata upah harian buruh tani dan buruh bangunan masing-masing naik sebesar 3,27 persen dan 3,86 persen selama periode Maret 2009-Maret 2010.
3. Produksi padi tahun 2010 (hasil Angka Ramalan/ARAM II) mencapai 65,15 juta ton GKG, naik sekitar 1,17 persen dari produksi padi tahun 2009 yang sebesar 64,40 juta ton GKG.
4. Sebagian besar penduduk miskin (64,65 persen pada tahun 2009) bekerja di Sektor Pertanian. NTP (Nilai Tukar Petani) naik 2,45 persen dari 98,78 pada Maret 2009 menjadi 101,20 pada Maret 2010.
5. Perekonomian Indonesia Triwulan I 2010 tumbuh sebesar 5,7 persen terhadap Triwulan I 2009, sedangkan pengeluaran konsumsi rumah tangga meningkat sebesar 3,9 persen pada periode yang sama.

Masalah kemiskinan juga ditandai oleh rendahnya mutu kehidupan masyarakat. Indikator Pembangunan Manusia menunjukkan ketertinggalan Indonesia dibanding dengan beberapa negara tetangga seperti Malaysia, Thailand dan Philipina. IPM merupakan indeks yang mengukur pencapaian keseluruhan suatu negara, yang direpresentasikan oleh 3 dimensi, yaitu: umur panjang dan sehat, pengetahuan dan kualitas hidup yang layak. IPM memberikan suatu ukuran gabungan tiga dimensi tentang pembangunan manusia, yang mencakup:

1. Indeks kesehatan : Panjang umur dan menjalani hidup sehat (diukur dari usia harapan hidup).
2. Indeks pendidikan : Terdidik (diukur dari tingkat kemampuan baca tulis orang dewasa dan tingkat pendaftaran di sekolah dasar, lanjutan dan tinggi).
3. Indeks daya beli : Memiliki standar hidup yang layak (diukur dari paritas daya beli/ PPP, penghasilan).

Indeks Pembangunan Manusia (IPM) Indonesia pada tahun 2009 masih lebih rendah dibanding negara-negara tersebut. Berdasarkan laporan UNDP (2009), ranking IPM Indonesia adalah 111. Posisi ini berada di bawah negara-negara tetangga, seperti Singapura (23), Malaysia (66), Thailand (87), dan Filipina (105). Kita hanya bisa menggungguli Vietnam yang saat ini berada pada posisi 116 dan beberapa negara lain yang baru pulih dari perang, seperti Laos (133) dan Kamboja (139). IPM merupakan ukuran keberhasilan penyelenggara negara untuk memenuhi kewajiban minimalnya, yaitu menyediakan pelayanan dasar yang layak bagi setiap warganya.

2.3. Penanggulangan Kemiskinan Melalui Pembangunan Manusia

Berbagai kebijakan pemerintah untuk menurunkan angka kemiskinan diarahkan ke dalam bentuk peningkatan kesejahteraan penduduk miskin. Upaya untuk mengurangi jumlah penduduk miskin didorong oleh berbagai kebijakan lintas sektor mengarah pada penciptaan kesempatan usaha bagi masyarakat miskin, pemberdayaan masyarakat miskin, peningkatan kemampuan masyarakat miskin, serta pemberian perlindungan sosial bagi masyarakat miskin. Keempat fokus

kebijakan tersebut, selanjutnya disempurnakan menjadi 5 fokus, meliputi (1) menjaga stabilitas harga bahan kebutuhan pokok; (2) mendorong pertumbuhan yang berpihak pada rakyat miskin; (3) menyempurnakan dan memperluas cakupan program pembangunan berbasis masyarakat; (4) meningkatkan akses masyarakat miskin kepada pelayanan dasar; dan (5) membangun dan menyempurnakan sistem perlindungan sosial bagi masyarakat miskin.

Upaya pengarusutamaan penanggulangan kemiskinan Indonesia telah dilakukan dan menempatkan penanggulangan kemiskinan sebagai prioritas utama kebijakan pembangunan nasional. Kebijakan penanggulangan kemiskinan merupakan prioritas Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJM) dan dijabarkan lebih rinci dalam Rencana Kerja Pemerintah (RKP) setiap tahun serta digunakan sebagai acuan bagi kementerian/lembaga dan pemerintah daerah dalam pelaksanaan pembangunan tahunan. Berbagai kebijakan dalam RPJM tersebut diharapkan dapat menurunkan persentase penduduk miskin, sebagai wujud gerakan bersama dalam mengatasi kemiskinan dan mencapai Tujuan Pembangunan Milenium (MDGs), Strategi Nasional Penanggulangan Kemiskinan (SNPK)/ (*National Strategy for Poverty Reduction*) telah disusun melalui proses partisipatif dengan melibatkan seluruh stakeholders pembangunan di Indonesia. SNPK menggunakan pendekatan berbasis hak (*right-based approach*) sebagai pendekatan utama dengan menegaskan adanya pencapaian secara bertahap dan progresif (*progressive realization*) dalam penghormatan (*respect*), perlindungan (*protect*) dan pemenuhan (*fulfill*) hak dasar rakyat, memberikan perhatian terhadap perwujudan kesetaraan dan keadilan gender, serta percepatan pengembangan wilayah. Selain itu, pemerintah kabupaten/kota telah membentuk Komite Penanggulangan Kemiskinan Daerah (KPKD) dan menyusun Strategi Penanggulangan Kemiskinan Daerah (SPKD) sebagai dasar pengarusutamaan penanggulangan kemiskinan di daerah dan mendorong gerakan sosial dalam mengatasi kemiskinan. Adapun langkah prioritas dalam jangka pendek, diarahkan untuk :

- a. Mengurangi kesenjangan antardaerah antara lain dengan : (i) enyediaan sarana irigasi, air bersih dan sanitasi dasar terutama daerah-daerah langka sumber air bersih; (ii) pembangunan jalan, jembatan, dan dermaga terutama daerah

- terisolasi dan tertinggal; (iii) redistribusi sumber dana kepada daerah-daerah yang memiliki pendapatan rendah dengan instrumen dana alokasi khusus (DAK).
- b. Perluasan kesempatan kerja dan berusaha dilakukan melalui: bantuan dana stimulan untuk modal usaha terutama melalui kemudahan dalam mengakses kredit mikro dan UKM, pelatihan keterampilan kerja untuk meningkatkan kualitas tenaga kerja, meningkatkan investasi dan revitalisasi industri termasuk industri padat tenaga kerja, pembangunan sarana dan prasarana berbasis masyarakat yang padat pekerja.
 - c. Khusus untuk pemenuhan hak dasar penduduk miskin secara langsung diberikan pelayanan antara lain (i) pendidikan gratis bagi penuntasan wajib belajar 9 tahun termasuk bagi murid dari keluarga miskin dan penunjangnya; serta (ii) jaminan pemeliharaan kesehatan gratis bagi penduduk miskin di puskesmas dan rumah sakit kelas III.

Berbagai kelompok orang yang tergolong sebagai kaum miskin mengalami kemiskinan karena berbagai alasan. Kemiskinan dan kerentanan yang dialami kaum miskin tersebut disebabkan oleh karakteristik personal dan kondisi eksternal yang melingkupinya. Kemampuan setiap individu (kombinasi antara kekuatan fisik dan kecakapan intelektual) dalam upayanya untuk memperoleh kehidupan yang layak dibatasi atau difasilitasi oleh lingkungan ekonomi, sosio-kultural, alam, politik dan kelembagaan tertentu yang mereka hadapi (Devereux, 2002). Lebih lanjut, Devereux (2002) menyebutkan setidaknya ada tiga determinan penyebab kemiskinan yakni pertama, produktivitas yang rendah yang menyebabkan rendahnya upah kerja yang diterima dan rendahnya hasil dari input produktif lainnya; kedua, kerentanan (*vulnerability*) yakni situasi dimana terdapat resiko dan konsekuensi akibat turunnya pendapatan dan konsumsi; dan ketiga, ketergantungan (*dependency*) yakni ketidakmampuan untuk menghasilkan pendapatan secara independen karena ketidakmampuan untuk bekerja. Akar dari masalah-masalah tersebut sejatinya bukan hanya sekedar persoalan ekonomi belaka.

Selama ini, pendekatan yang lebih digunakan untuk melihat akar masalah penyebab kemiskinan adalah dengan memusatkan perhatian kepada masalah pendapatan (*income*). Premis ini berangkat dari pemahaman bahwa orang yang

makmur hidupnya, adalah orang yang memiliki kecukupan makanan, rumah, dan perawatan kesehatan. Sehingga, kepercayaan yang berkembang, adalah bahwa masalah kemiskinan akan tuntas dengan adanya pertumbuhan ekonomi dan meningkatnya pendapatan rumah tangga setiap individu. Lebih sempit lagi dalam faham ini, disebutkan bahwa orang menjadi miskin karena mereka tidak memiliki uang untuk membeli berbagai kebutuhan dasar hidupnya, situasi yang menurut faham ini bisa diatasi melalui peningkatan investasi, pertumbuhan ekonomi, penciptaan lapangan kerja, perbaikan kualitas pendidikan dan lain sebagainya.

Kesejahteraan memang tidak dapat dilepaskan dari pertumbuhan ekonomi, bahkan kapasitas ekonomi seringkali ditempatkan sebagai prasyarat utama dalam memajukan taraf hidup manusia. Pemahaman inilah yang seringkali membuat para perencana pembangunan mengabaikan hakikat dari pembangunan itu sendiri. Amartya Sen mengingatkan bahwa hakikat dari pembangunan adalah kebebasan dan karena itu, pembangunan harus dapat membebaskan manusia dari belenggu kemiskinan dan tekanan-tekanan dari pihak lain. Dari perspektif ini, pembangunan baru akan bermakna manakala terjadi peningkatan martabat manusia yang mampu membebaskannya dari belenggu-belenggu kemiskinan dan keterbatasan akses. Inilah yang sesungguhnya menjadi inti dari pembangunan manusia, yakni berfokus pada manusia, untuk memulihkan dan meningkatkan martabat manusia. Pembangunan manusia perlu dirancang dengan memadukan antara kebijakan sosial dan kebijakan ekonomi. Kebijakan sosial merupakan media untuk meningkatkan modal sosial dan sumber daya manusia agar mampu berpartisipasi dalam kegiatan ekonomi produktif. Model pembangunan manusia perlu diredesain dengan berbasis pada investasi sosial untuk mempersiapkan sumber daya manusia yang berkualitas, yang memiliki kemandirian untuk mengelola sumber daya yang dimilikinya.

Pembangunan manusia didefinisikan sebagai suatu proses untuk perluasan pilihan yang lebih banyak kepada penduduk, melalui upaya-upaya pemberdayaan yang mengutamakan peningkatan kemampuan dasar manusia agar dapat sepenuhnya berpartisipasi di segala bidang pembangunan. Elemen-elemen pembangunan manusia secara tegas menggaris bawahi sasaran yang ingin dicapai, yaitu hidup sehat dan panjang umur, berpendidikan dan dapat menikmati hidup layak. Ini berarti pembangunan manusia merupakan manifestasi dari aspirasi dan tujuan suatu bangsa

yang dimaksudkan untuk melakukan perubahan secara struktural melalui upaya yang sistematis. Sasaran dasar pembangunan pada akhirnya adalah peningkatan derajat kesehatan (usia hidup panjang dan sehat), meningkatkan pendidikan (kemampuan baca tulis dan ketrampilan) serta penguasaan atas sumber daya (pendapatan untuk hidup layak) untuk dapat berpartisipasi dalam pembangunan.

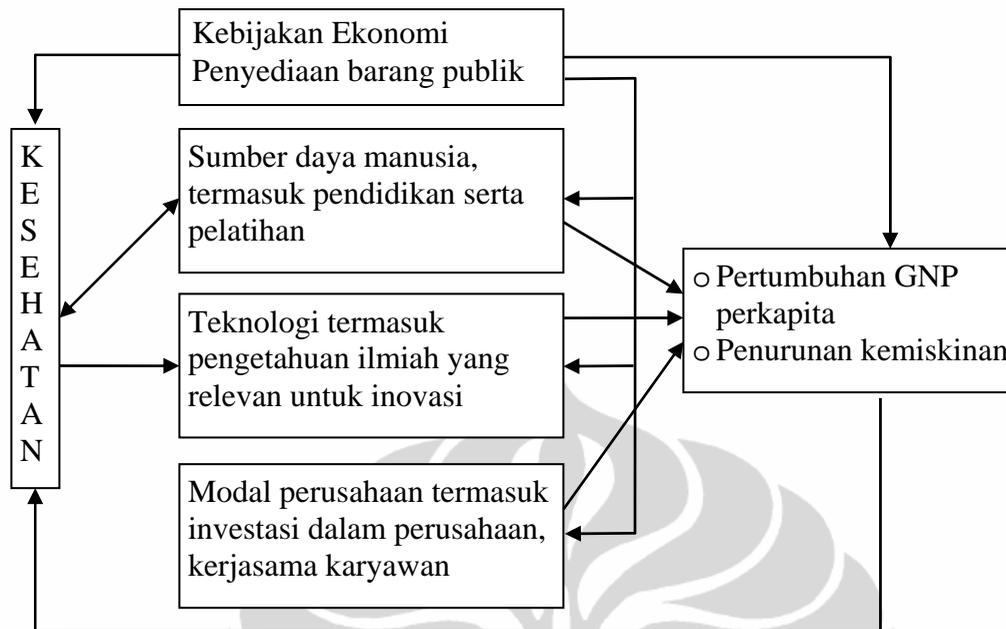
2.3.1. Aspek Kesehatan dalam Pembangunan Manusia

Pada tingkat mikro yaitu pada tingkat individual dan keluarga, kesehatan adalah dasar bagi produktivitas kerja dan kapasitas untuk belajar di sekolah. Tenaga kerja yang sehat secara fisik dan mental akan lebih enerjik dan kuat, lebih produktif, dan mendapatkan penghasilan yang tinggi. Selanjutnya, anak yang sehat mempunyai kemampuan belajar lebih baik dan akan tumbuh menjadi dewasa yang lebih terdidik. Dalam keluarga yang sehat, pendidikan anak cenderung untuk tidak terputus jika dibandingkan dengan keluarga yang tidak sehat.

Pada tingkat makro, penduduk dengan tingkat kesehatan yang baik merupakan masukan (input) penting untuk menurunkan kemiskinan, pertumbuhan ekonomi, dan pembangunan ekonomi jangka panjang. Beberapa pengalaman sejarah besar membuktikan berhasilnya tinggal landas ekonomi, seperti pertumbuhan ekonomi yang cepat didukung oleh terobosan penting di bidang kesehatan masyarakat, pemberantasan penyakit dan peningkatan gizi. Hal ini antara lain terjadi di Inggris selama revolusi industri, Jepang dan Amerika Selatan pada awal abad ke-20, dan pembangunan di Eropa Selatan dan Asia Timur pada permulaan tahun 1950-an dan tahun 1960-an.

Informasi yang paling mengagumkan adalah penelusuran sejarah yang dilakukan oleh Fogel, yang menyatakan bahwa peningkatan ketersediaan jumlah kalori untuk bekerja, selama 200 tahun yang lalu mempunyai kontribusi terhadap pertumbuhan pendapatan per kapita seperti terjadi di Perancis dan Inggris. Melalui peningkatan produktivitas tenaga kerja dan pemberian kalori yang cukup, Fogel memperkirakan bahwa perbaikan gizi memberikan kontribusi sebanyak 30% terhadap pertumbuhan pendapatan per kapita di Inggris (Atmawikarta, 2007).

Peranan kesehatan diantara berbagai faktor pertumbuhan ekonomi dapat digambarkan dibawah ini.



Gambar 2.1: Kesehatan Sebagai Masukan Untuk Pembangunan Ekonomi

Sumber: Atmawikarta, 2007

Dalam skema tersebut dapat dilihat, pembangunan ekonomi disatu pihak, merupakan fungsi dari kebijakan dan institusi (kebijakan ekonomi, pemerintahan yang baik, dan penyediaan pelayanan publik), dan faktor masukan (sumber daya manusia, teknologi, dan modal perusahaan) dilain pihak. Kesehatan mempunyai peranan ekonomi yang sangat kuat terhadap sumber daya manusia dan modal perusahaan melalui berbagai mekanisme seperti digambarkan pada skema 2.1.

2.3.2. Aspek Pendidikan dalam Pembangunan Manusia

Pendidikan merupakan hak dasar setiap warga negara. Pendidikan merupakan kebutuhan paling asasi bagi semua orang karena masyarakat yang berpendidikan setidaknya dapat mewujudkan tiga hal, yaitu : *Pertama*, dapat membebaskan dirinya dari kebodohan dan keterbelakangan. *Kedua*, mampu berpartisipasi dalam proses politik untuk mewujudkan masyarakat yang demokratis dan *ketiga*, memiliki kemampuan untuk membebaskan diri dari kemiskinan (Sulistyastuti, 2007).

Pentingnya pendidikan sebagaimana diuraikan di atas memang tidak dapat disangkal lagi. Bagi sebagian besar orang miskin, pendidikan merupakan salah satu alat mobilitas vertikal yang paling penting. Ketika modal yang lain tidak mereka

miliki, terutama modal berupa uang atau barang, hanya dengan modal pendidikanlah mereka dapat berkompetisi untuk mendapatkan kesempatan memperoleh penghidupan yang lebih baik di masa depan. Pendidikan yang tinggi, yang ditunjang dengan kondisi kesehatan yang baik, pada akhirnya dapat meningkatkan kemampuan masyarakat untuk mencapai kehidupan yang sejahtera. Tentu pendidikan dan kesejahteraan tidak memiliki hubungan yang bersifat langsung, akan tetapi melalui proses panjang di mana pendidikan yang baik akan memberi peluang pada anggota masyarakat untuk dapat terlibat di dalam proses pembangunan ekonomi. Bagaimana mekanisme tersebut dapat terjadi dapat dijelaskan dalam proses sebagai berikut: Kondisi pendidikan dan kesehatan yang baik merupakan prasyarat terbentuknya SDM yang berkualitas. Dengan SDM yang berkualitas maka masyarakat akan memiliki produktivitas tinggi. Produktivitas yang tinggi pada gilirannya akan berkontribusi besar pada upaya untuk menciptakan pertumbuhan ekonomi.

Kesempatan untuk dapat memperoleh pelayanan pendidikan, dengan demikian, dapat pula digunakan sebagai instrumen yang paling efektif untuk memotong mata rantai atau lingkaran setan kemiskinan (*the vicious circle of poverty*), di mana kemiskinan terjadi karena rendahnya produktivitas orang miskin yang disebabkan rendahnya kualitas SDM (pendidikan dan kondisi kesehatan) orang miskin tersebut. Rendahnya SDM orang miskin itu sendiri disebabkan kondisi kemiskinan mereka sehingga mereka tidak mampu melakukan investasi untuk pendidikan dan kesehatan.

Selain menjadi instrumen strategis untuk memotong lingkaran setan kemiskinan, pendidikan juga punya makna sangat penting bagi upaya untuk memberdayakan kaum perempuan. Relevansi ini tidak hanya berkaitan dengan persoalan kesetaraan gender, akan tetapi juga didasarkan pada realitas bahwa, jika berbicara tentang kemiskinan, maka dari golongan kaum perempuanlah sebagian besar pemberi kontribusi kelompok miskin.

Dengan demikian pendidikan bagi kaum perempuan memiliki makna yang sangat penting. Lebih dari sekedar memberi instrumen untuk memperoleh pendapatan yang lebih baik yang pada gilirannya dapat membebaskan diri dari belenggu kemiskinan dan ketidakberdayaan, pendidikan juga akan memperbaiki

kondisi kehidupan kaum perempuan dalam banyak aspek atau dimensi kehidupan mereka.

Apabila pendidikan maju, maka kaum perempuan akan lebih banyak terekspos dengan berbagai hal seperti kesehatan, hak-hak pribadi, hak politik dan sebagainya. Meningkatnya pengetahuan kaum perempuan terhadap berbagai hal tadi pada gilirannya akan memperbaiki kondisi kesejahteraan masyarakat pada berbagai aspek, sebab kaum perempuanlah yang selama ini menjadi ujung tombak perbaikan kondisi kesejahteraan keluarga. Thomas, et.al (2000: 50-2) menjelaskan bahwa peningkatan kapasitas perempuan tidak hanya memperbaiki pendapatan mereka akan tetapi juga memperbaiki kesehatan reproduksi, menurunkan angka kematian bayi dan anak, serta dengan pengetahuannya tentu akan menguntungkan bagi pembentukan generasi berikutnya. Pendidikan merupakan unsur yang sangat vital dalam pembangunan ekonomi. Disamping, modal fisik seperti mesin, bangunan dan sejenisnya, modal manusia merupakan unsur vital. Untuk mencapai pembangunan ekonomi yang tinggi maka diperlukan modal manusia yang berpendidikan tinggi juga.

2.4. Program Peningkatan Akses Pendidikan dan Kesehatan

Tingkat kemiskinan suatu rumah tangga secara umum terkait dengan tingkat pendidikan dan kesehatan. Rendahnya penghasilan keluarga sangat miskin sering menyebabkan keluarga tersebut tidak mampu memenuhi kebutuhan pendidikan dan kesehatan, untuk tingkat minimal sekalipun. Pemeliharaan kesehatan ibu sedang mengandung pada keluarga sangat miskin sering tidak memadai sehingga menyebabkan buruknya kondisi kesehatan bayi yang dilahirkan atau bahkan kematian bayi. Selain itu, tingginya angka kematian ibu ini disebabkan oleh tidak adanya kehadiran tenaga medis pada kelahiran, fasilitas kesehatan yang tidak tersedia pada saat dibutuhkan tindakan, atau masih banyaknya rumah tangga miskin yang lebih memilih tenaga kesehatan tradisional daripada tenaga medis lainnya.

Disisi lain, kekurangan gizi berdampak buruk pada produktivitas dan daya tahan tubuh seseorang sehingga menyebabkannya terperangkap dalam siklus kesehatan yang buruk. Seringnya tidak masuk sekolah karena sakit dapat menyebabkan anak putus sekolah. Kondisi kesehatan dan gizi mereka yang

umumnya buruk juga menyebabkan mereka tidak dapat berprestasi di sekolah. Sebagian dari anak-anak keluarga sangat miskin ada juga yang sama sekali tidak mengenyam bangku sekolah karena harus membantu mencari nafkah. Kondisi ini menyebabkan kualitas generasi penerus keluarga sangat miskin senantiasa rendah dan pada akhirnya terperangkap dalam lingkaran kemiskinan.

Uraian di atas menunjukkan bahwa pemenuhan kebutuhan dasar, khususnya bidang pendidikan dan kesehatan, terutama bagi keluarga miskin. Pemenuhan hak atas kebutuhan dasar sesungguhnya merupakan bagian dari jaminan sosial, yang merupakan komponen hak asasi bagi seluruh warga negara untuk memperoleh kesejahteraan. Keberadaan jaminan sosial semakin relevan dalam kehidupan kelompok masyarakat miskin karena mereka seringkali dihadapkan pada ketidakpastian yang menghambat pelaksanaan fungsi sosialnya. Jaminan sosial juga merupakan bentuk perlindungan dan pemeliharaan taraf kesejahteraan bagi warga yang miskin, terutama dengan kemiskinan kronis.

Dalam hal ini, UUD 1945 Pasal 34 ayat (2) mengamanatkan bahwa:

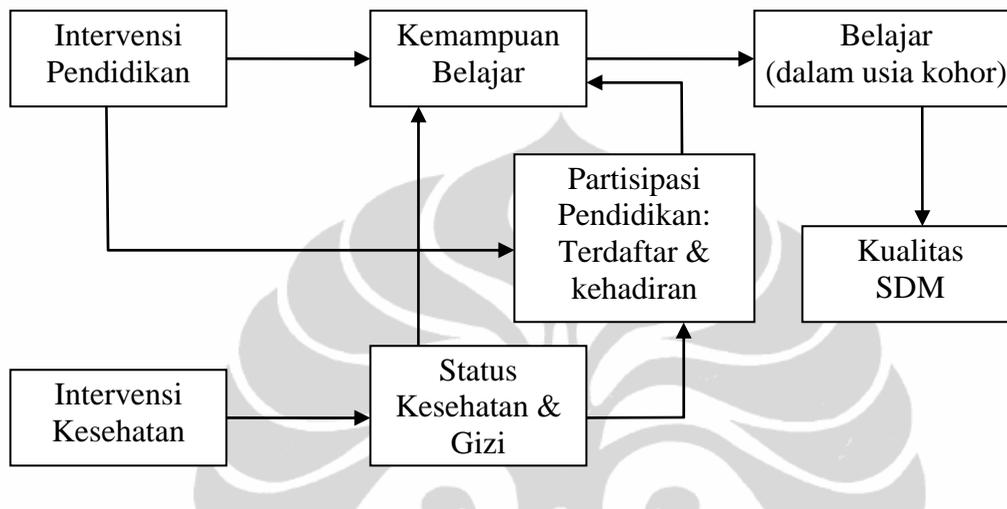
”Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan”.

Hal ini menuntut perhatian pemerintah, baik pusat maupun daerah, untuk terus memberikan pelayanan pendidikan dan kesehatan bagi keluarga miskin, dimanapun mereka berada. Hal ini sejalan dengan amanat UUD 1945 Pasal 34 ayat (3) yang menyatakan bahwa:

”Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak”.

Sejalan dengan hal tersebut pemerintah menggulirkan Program Keluarga Harapan (PKH). Program ini memberikan bantuan tunai kepada rumah tangga miskin melalui ketentuan dan persyaratan yang terkait dengan upaya peningkatan kualitas sumberdaya manusia (SDM), yaitu pendidikan dan kesehatan. Diharapkan melalui intervensi pendidikan akan berpengaruh langsung pada: (i) kemampuan belajar dan (ii) partisipasi anak dalam pendidikan (yaitu terdaftar dan kehadiran di lembaga-lembaga pendidikan). Sedangkan intervensi program kesehatan akan meningkatkan

status kesehatan dan gizi yang akan mempengaruhi partisipasi anak dalam pendidikan serta kemampuan belajar anak tersebut di lembaga-lembaga pendidikan. Kedua jenis intervensi ini dalam jangka panjang, diharapkan akan mempengaruhi kualitas SDM.



Gambar 2.2: Dampak Intervensi Kesehatan dan Pendidikan terhadap Kualitas SDM

Sumber : Depsos, 2007

Gambar 2.2 menjelaskan dampak intervensi dalam program pendidikan dan kesehatan terhadap kualitas SDM. Intervensi pendidikan akan berpengaruh langsung pada: (i) kemampuan belajar dan (ii) partisipasi anak dalam pendidikan. Sedangkan intervensi program kesehatan akan meningkatkan status kesehatan dan gizi yang akan mempengaruhi partisipasi anak dalam pendidikan serta kemampuan belajar. Persyaratan yang ditetapkan dalam PKH terdiri dari 2 (dua) komponen yaitu (i) pendidikan dan (ii) kesehatan. Pendidikan dan Kesehatan memiliki hubungan yang sangat erat dengan Kemiskinan dan saling berpengaruh.

Persyaratan yang ditetapkan dalam PKH terdiri dari 2 (dua) bidang yaitu (i) pendidikan dan (ii) kesehatan. Keduanya dan kemiskinan memiliki hubungan yang sangat erat dan saling berpengaruh. Kesehatan berpengaruh pada pertumbuhan ekonomi dan sosial suatu negara. Misalnya, kemudahan memperoleh pelayanan kesehatan yang memadai bagi ibu hamil, nifas serta pencegahan dan penanganan komplikasi, persalinan bayi dan balita dalam jangka panjang akan berpengaruh

terhadap kualitas sumber daya manusia (SDM). Terganggunya kesehatan dapat berdampak pada pengurangan penghasilan keluarga, misalnya karena hilangnya penghasilan akibat sakit. Jika sektor kesehatan dan/atau pendidikan terganggu maka akan mengakibatkan terganggunya tingkat pendapatan suatu rumah tangga sehingga mereka bisa menjadi miskin.

Oleh karenanya, dengan mensyaratkan keluarga peserta PKH untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan, terutama Kesehatan Ibu dan Anak (seperti: imunisasi bayi, pemeriksaan kandungan ibu hamil, pemeriksaan kehamilan, pemeriksaan pasca salin, pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, dll) maka akan meningkatkan taraf kesehatan secara optimal. Setelah itu, anak siap memasuki pendidikan, seperti : menyekolahkan anak sampai minimal lulus sekolah setara SMP, sehingga PKH akan merubah kebiasaan RTSM ke arah perbaikan kualitas SDM sehingga dalam jangka panjang program ini akan memutus mata rantai kemiskinan antar generasi. Tujuan utama dari PKH adalah untuk mengurangi kemiskinan dan meningkatkan kualitas sumberdaya manusia terutama pada kelompok masyarakat miskin. Tujuan tersebut sekaligus sebagai upaya mempercepat pencapaian target MDGs. Secara khusus, tujuan PKH terdiri atas:

- Meningkatkan kondisi sosial ekonomi RTSM;
- Meningkatkan taraf pendidikan anak-anak RTSM;
- Meningkatkan status kesehatan dan gizi ibu hamil, ibu nifas, dan anak di bawah 6 tahun dari RTSM;
- Meningkatkan akses pemerataan dan kualitas pelayanan pendidikan dan kesehatan, khususnya bagi RTSM.

Setiap RTSM, mendapat dana dari PKH sesuai dengan anggota keluarganya. Namun setiap keluarga mendapat dana Rp 600 ribu-Rp 2,2 juta per tahun. Besarnya tergantung dari banyaknya anggota keluarga. Bagi para ibu penerima dana PKH akan didampingi sekretariat unit pelaksana PKH. Namun demikian, ketentuan RTSM penerima berhak menggunakan dana itu sesuai kebutuhannya asalkan memenuhi persyaratan di atas, di sinilah letak "bersyarat"-nya. Jadi dana yang diterima RTSM murni bantuan dan tidak ditujukan sebagai modal usaha produktif atau

pemberdayaan. Akan tetapi meski tidak mengikat, jelas sekali dana PKH akan digunakan untuk mendorong anak ke sekolah dan promosi kesehatan. Apabila di kemudian penerima PKH tidak mampu menunjukkan bukti bahwa mereka telah menyekolahkan anak-anaknya, dan atau tidak memanfaatkan fasilitas kesehatan, maka kepesertaan mereka akan dihentikan. PKH adalah contoh program bantuan yang tidak memanjakan penerima dan memiliki manfaat penting bagi program ikutan lainnya. Dengan dana itu bukan hanya misi bertahan hidup RTSM yang dicapai, tapi juga peningkatan sumberdaya manusia (Sutiman, 2010).

Kedudukan PKH merupakan bagian dari program-program penanggulangan kemiskinan lainnya. PKH berada di bawah koordinasi Tim Koordinasi Penanggulangan Kemiskinan (TKPK), baik di Pusat maupun di daerah. PKH merupakan program lintas Kementerian dan Lembaga, karena aktor utamanya adalah dari Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, Departemen Sosial, Departemen Kesehatan, Departemen Pendidikan Nasional, Departemen Agama, Departemen Komunikasi dan Informatika, dan Badan Pusat Statistik. Untuk mensukseskan program tersebut, maka dibantu oleh Tim Tenaga ahli PKH dan konsultan World Bank.

Kelembagaan PKH terdiri atas lembaga terkait baik di tingkat pusat, provinsi maupun kabupaten/kota, serta UPPKH yang dibentuk di tingkat pusat, kabupaten/kota dan kecamatan (gambar 2.3). Dalam rangka koordinasi PKH dengan program-program penanggulangan kemiskinan lainnya, PKH berada di bawah koordinasi Tim Koordinasi Penanggulangan Kemiskinan (TKPK), baik di Pusat maupun di daerah. Untuk itu, TKPK akan membentuk Tim Pengendali PKH yang berfungsi mengkoordinasikan dan mensinergikan tujuan PKH dengan upaya percepatan penanggulangan kemiskinan lainnya. Koordinasi PKH dengan TKPK daerah, apabila telah dibentuk, diharapkan dapat mengikuti pola koordinasi yang dilakukan di tingkat Pusat.

2.5. Kelembagaan PKH

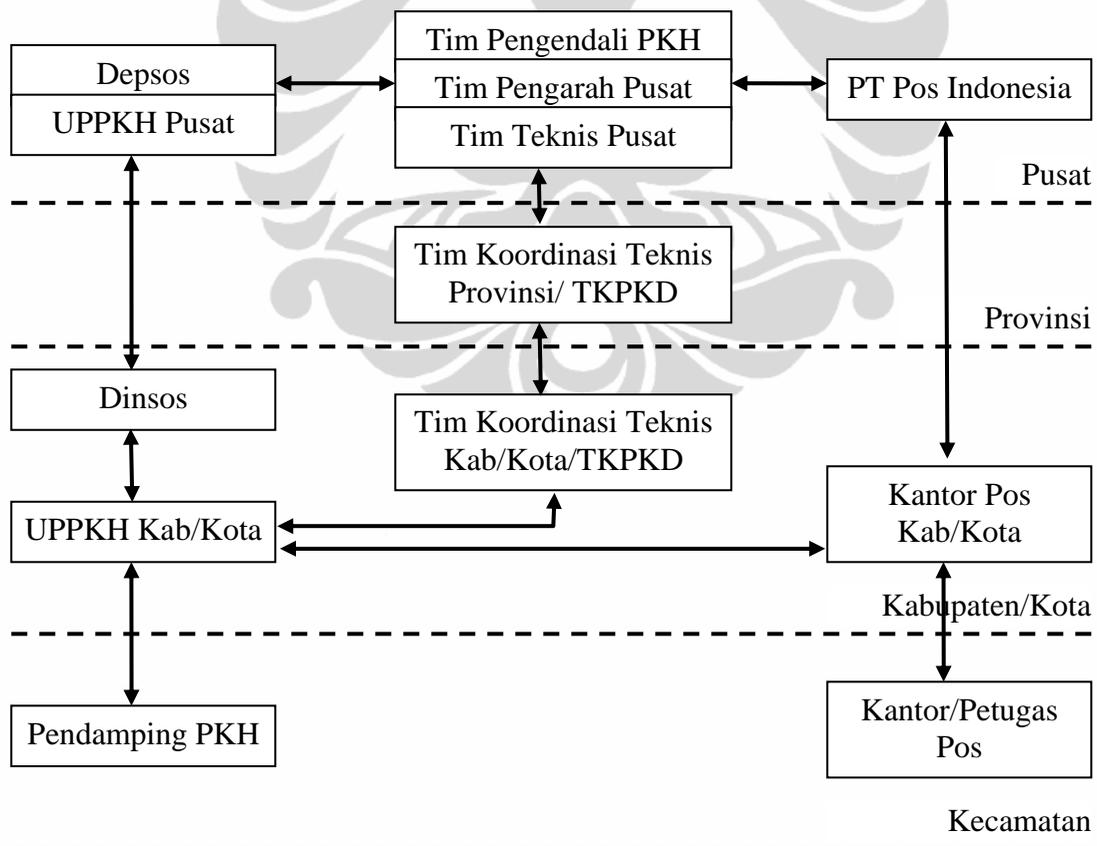
1. Kelembagaan PKH Pusat

Kelembagaan PKH di pusat terdiri atas: Tim Pengarah Pusat, Tim Teknis Pusat dan Unit Pelaksana PKH Pusat (UPPKH-P).

1.1 Tim Pengarah Pusat,

Tim pengarah pusat adalah pejabat Eselon 1 dari:

- Kementerian Koordinasi Bidang Kesejahteraan Sosial
- Kementerian PPN/Bappenas
- Departemen Sosial
- Departemen Kesehatan
- Departemen Pendidikan
- Departemen Keuangan
- Departemen Agama
- Departemen Komunikasi dan Informatika
- Departemen Dalam Negeri
- Badan Pusat Statistik (BPS)



Gambar 2.3 : Struktur Organisasi PKH

Sumber : Depsos, 2007.

Tugas dan tanggung jawab Tim Pengarah Pusat, diantaranya:

- Memberikan pengarahan dan menyetujui desain dan rencana pelaksanaan program.
- Memberikan pengarahan dan menyetujui mekanisme dan prosedur pelaksanaan PKH.
- Memecahkan berbagai masalah lintas sektor yang telah teridentifikasi oleh Tim Teknis Pusat.
- Meningkatkan kolaborasi antar departemen dalam pencapaian tujuan PKH.
- Memberikan rekomendasi strategi pengembangan PKH baik kepada pemerintah maupun legislatif.

Tim Pengarah Pusat mengadakan rapat koordinasi setidaknya setiap 6 bulan sekali. Ketua tim pengarah pusat (Pejabat Eselon 1), bersama-sama dengan anggota tim pengarah pusat, berkewajiban memberikan laporan tertulis kepada Pemerintah atas tugas dan tanggung jawab seperti tertulis diatas setiap 6 (enam) bulan sekali.

1.2. Tim Teknis Pusat,

Anggota Tim Teknis Pusat terdiri atas pejabat eselon 2 dan/atau eselon 3 yang ditunjuk dari kementerian dan lembaga anggota Tim Pengarah Pusat. Tim Teknis Pusat diketuai oleh Direktur Jenderal Bantuan Jaminan Sosial sekaligus sebagai Kuasa Pengguna Anggaran. Untuk pengelolaan keuangan program, Pejabat Pembuat Komitmen adalah Direktur Jaminan Sosial. Tim Teknis Pusat mengadakan rapat koordinasi setidaknya setiap 3 bulan sekali. Ketua tim teknis pusat, bersama-sama dengan anggota tim teknis lainnya, berkewajiban memberikan laporan tertulis kepada Tim Pengarah Pusat setiap 3 (tiga) bulan sekali.

Tugas dan tanggung jawab Tim Teknis Pusat, diantaranya :

- Mengkaji berbagai rencana operasional yang disiapkan oleh UPPKH pusat.

- Mengkoordinasikan berbagai kegiatan sektoral terkait agar tujuan dan fungsi program dapat berjalan baik.
- Membentuk tim lintas sektor yang bertugas untuk menentukan peserta PKH.
- Memonitor perkembangan pelaksanaan program termasuk pengaduan masyarakat dan penanganannya, dan mengajukan perbaikan apabila diperlukan.

1.3. Unit Pelaksana PKH Pusat (UPPKH-P)

Unit Pelaksana PKH Pusat adalah pelaksana program yang berada di bawah kendali Direktorat Jenderal Bantuan dan Jaminan Sosial, Departemen Sosial. Pelaksanaan UPPKH mengikuti arahan kebijakan dan prosedur yang ditentukan oleh Tim Pengarah dan berkoordinasi dengan Tim Teknis Pusat.

Tugas dan tanggung jawab UPPKH Pusat diantaranya :

- Mengelola dan melaksanakan registrasi peserta PKH.
- Mengelola dan melaksanakan pembayaran peserta PKH.
- Memverifikasi kelayakan peserta PKH berdasarkan ketentuan yang ada dengan bekerjasama dengan PT POS melalui suatu proses informasi yang transparan, adil, akurat, tepat waktu.
- Menjamin proses dan ketepatan waktu sosialisasi dan informasi mengenai program kepada semua pihak terkait baik di pusat, provinsi, kabupaten/ kota, peserta PKH, penyedia layanan, berbagai kelompok sosial kemasyarakatan, dan sebagainya.

2 Kelembagaan PKH Daerah

Kelembagaan PKH Daerah terdiri dari:

2.1. Tim Koordinasi PKH Provinsi

Tim koordinasi PKH provinsi terdiri atas: Gubernur sebagai pembina, Sekretaris Daerah, sebagai ketua tim pengarah, Bappeda Provinsi sebagai ketua Tim Teknis, Kepala Dinas Sosial, sebagai sekretaris dan Anggota terdiri atas berbagai unsur.

Tugas dan tanggung jawab Tim Koordinasi PKH Provinsi antara lain :

- Mengkoordinasikan, mensosialisasikan dan menyediakan informasi mengenai ketentuan keikutsertaan dan komitmen kabupaten/kota untuk berpartisipasi dalam program.
- Membantu koordinasi penyediaan pelayanan kesehatan dan pendidikan di daerahnya.
- Mengkoordinasikan kegiatan program di provinsi dengan tingkat pusat.
- Mengkaji laporan kemajuan penyediaan pelayanan kesehatan dan pendidikan.
- Mengkaji laporan kemajuan dan verifikasi komitmen di daerahnya.

2.2. *Tim Koordinasi PKH Kabupaten/Kota*

Tim koordinasi PKH kabupaten/kota terdiri atas: Bupati sebagai pembina, Sekretaris Daerah, sebagai ketua tim pengarah, Bappeda Kabupaten/Kota sebagai ketua Tim Teknis, Kepala Dinas Sosial sebagai sekretaris.

Tugas dan tanggung jawab TKPKH Kabupaten/Kota antara lain :

- Mengkoordinasikan dinas teknis terkait untuk menjaga ketersediaan pelayanan kesehatan dan pendidikan bagi peserta PKH selama program dilaksanakan.
- Mengkaji laporan perkembangan verifikasi untuk menjaga komitmen terhadap ketersediaan pelayanan selama program berlangsung;
- Mensosialisasikan hasil monitoring proses dan evaluasi dampak program PKH di daerahnya.
- Melakukan supervisi pelaksanaan PKH pada kecamatan-kecamatan yang berada dalam wilayah kerjanya.

2.3. *Unit Pelaksana PKH Daerah (UPPKH-D)*

Unit pelaksana PKH Daerah terdiri dari:

- a. Unit Pelaksana PKH Kabupaten/Kota (UPPKH Kabupaten/Kota)
- b. Unit Pelaksana PKH Kecamatan (UPPKH Kecamatan)

UPPKH Kabupaten/Kota dibentuk di setiap kabupaten/kota lokasi PKH di bawah koordinasi Dinas Sosial. Fungsi UPPKH Kabupaten/Kota antara lain :

- Menyediakan seluruh informasi terkait program kepada peserta PKH dan masyarakat umum.
- Menerima pengaduan dan permintaan terkait dengan program dan membantu penyelesaian yang dapat dilakukan di tingkat kecamatan dan kabupaten/kota.
- Menerima dan mengirim proses pemutakhiran data peserta PKH, seperti antara lain informasi kelahiran, kematian, perubahan alamat, perubahan nama penerima, dan sebagainya yang ditetapkan.

Untuk membantu pelaksanaan PKH di setiap kecamatan lokasi PKH, UPPKH Kabupaten/Kota membentuk UPPKH Kecamatan. UPPKH Kecamatan terdiri atas fasilitator/pendamping masyarakat penerima PKH. Setiap fasilitator mendampingi kurang lebih 375 RTSM, dan setiap 3-4 pendamping terdapat koordinator pendamping.

UPPKH Kecamatan berfungsi antara lain untuk:

- Menyelenggarakan pertemuan awal dengan seluruh peserta PKH.
- Memfasilitasi pemilihan ketua kelompok ibu-ibu peserta PKH.
- Memfasilitasi peserta PKH untuk melakukan kunjungan awal ke Puskesmas.
- Memfasilitasi peserta PKH untuk mendaftarkan anak ke sekolah.

2.6. Bantuan Tunai Bersyarat (BTB) di Beberapa Negara

Program-program sejenis dengan PKH telah dilaksanakan di berbagai negara, khususnya negara-negara Amerika Latin dengan nama program yang bervariasi. Namun secara konseptual, istilah aslinya adalah *Conditional Cash Transfers (CCT)*. BTB merupakan program intervensi sisi permintaan yang menyediakan uang untuk keluarga miskin, dalam rangka investasi modal manusia, melalui peningkatan kehadiran sekolah, dan kunjungan ke fasilitas kesehatan. (Rawlings & Rubio, 2005).

Program BTB program merupakan pendekatan yang relatif baru, yang utamanya berfokus pada penyediaan layanan pendidikan dan layanan kesehatan. Kedua hal tersebut mungkin terlalu mahal bagi yang sangat miskin. Intervensi sisi permintaan, selain membantu untuk membuat layanan ini terjangkau untuk keluarga berpenghasilan rendah, memotivasi mereka menuju perubahan perilaku untuk meningkatkan kesehatan dan pendidikan. intervensi semacam itu juga dapat meningkatkan tekanan terhadap penyedia layanan untuk meningkatkan akses dan kualitas pelayanan publik (de la Briere & Rawlings, 2006).

Namun demikian, program BTB hanyalah salah satu dari sejumlah dalam rencana strategi penanggulangan kemiskinan yang luas untuk mengatasi kendala yang dihadapi masyarakat miskin dalam mengakses layanan pendidikan dan kesehatan. Fitur utama dari program ini adalah transfer uang tunai untuk sasaran penerima manfaat. Penerima manfaat yang dipilih melalui sistem penargetan yang mengidentifikasi rumah tangga miskin, biasanya dengan anak-anak usia sekolah. Keluarga menerima sejumlah uang tunai yang diberikan bagi anak-anak mereka yang terdaftar dan tetap bersekolah, serta ibu dan anak yang berpartisipasi dalam pemeriksaan kesehatan.

Ada beberapa alasan untuk menerapkan program BTB, diantaranya (Schwartz & Abreu, 2007) :

1. Program BTB adalah salah satu cara untuk mengalokasikan sumber-sumber dan yang langka secara efisien untuk program sosial.
2. Program ini juga membantu mengkompensasi program-program sosial sebelumnya yang belum mencakup sekelompok masyarakat miskin.
3. Program BTB dapat mengembangkan modal manusia di kalangan masyarakat miskin, di mana tingginya tingkat kekurangan atas penyediaan fasilitas kesehatan dan pendidikan. (Lindert, 2005).

Meskipun tujuan dan karakteristik, program BTB bervariasi dalam hal desain, sistem penargetan, dan kondisi yang dibutuhkan, tergantung pada konteks negara dan kapasitasnya, namun, kriteria pendapatan sering digunakan sebagai dasar kriteria bagi target penerima manfaat. Program biasanya merupakan bagian dari strategi suatu negara untuk menyediakan jaring pengaman sosial dan mengurangi

kemiskinan. Mereka umumnya digunakan sebagai bagian dari reformasi sistem jaminan sosial. Adapun program BTB yang telah diterapkan di beberapa negara, diantaranya:

A. *Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA): Mexico*

Setelah krisis ekonomi Mexico di tahun 1995, Presiden Ernesto Zedillo membuat program pengentasan kemiskinan yang diharapkan dapat meningkatkan mutu modal manusia. Program ini dikenal dengan nama Progresas, dan dimulai pada tahun 1997 sebagai suatu pilot project di negara bagian Campeche. Pada tahun 2002, program ini diperbesar dan diperbaiki menjadi apa yang saat ini dikenal dengan nama *Programa de Desarrollo Humano Oportunidades*.

Pada tahun 2004, program ini mengintervensi sejumlah 5 juta keluarga, yang meliputi sekitar 18 persen dari total penduduk Mexico. Intervensi dilakukan di sejumlah 86 ribu lokasi, yang sekitar 96 persennya ada di daerah perdesaan dengan penduduk kurang dari 2.500 orang. Keseluruhan intervensi ini berlokasi di sekitar 2.435 daerah setingkat kabupaten/kota di Indonesia.

Saat itu, program Progresas ini menghabiskan sekitar USD 2,5 juta (atau sekitar 0,3 persen dari GDP Mexico). Jenis intervensi meliputi transfer kepada anak-anak di kelas 3-9, transfer tunai dan *in-kind* untuk mendukung peralatan sekolah, paket kesehatan dasar untuk anggota keluarga, transfer tunai untuk pengeluaran keluarga, suplemen gizi untuk balita berumur 4-23 bulan dan anak gizi buruk berumur 2-5 tahun, dan perempuan hamil atau menyusui.

Program ini dengan demikian memiliki dua komponen yakni, *pertama*: transfer pendidikan, diperuntukkan bagi anak berumur 7 tahun. Nilai transfer meningkat berdasarkan jenjang pendidikan, dan nilainya lebih tinggi bagi anak perempuan di sekolah menengah. Di tahun 1999, nilai bantuan bulanan dimulai dari 80 pesos. Komponen *kedua*, ialah 'transfer makanan' yang nilainya sebesar 125 pesos untuk setiap keluarga. Jumlah ini diberikan apabila keluarga yang bersangkutan secara reguler melakukan pemeriksaan kesehatan, dan juga workshop bulanan tentang nutrisi dan kebersihan. Selain itu, keluarga dengan anak di bawah tiga tahun menerima suplemen nutrisi bulanan (dalam bentuk *in-kind*). Secara umum, nilai transfer yang diterima satu keluarga adalah sekitar 20

persen dari total pengeluaran konsumsi rumah tangga. Uang bantuan tersebut diberikan kepada ibu, dengan harapan dapat memberi dampak maksimal kepada anak. Nilai transfer juga disesuaikan dengan inflasi setiap enam bulan.

B. *Programa de Bolsa Familia*: Brazil

Bolsa Familia yang dimulai pada bulan Oktober 2003 adalah bentuk intervensi CCT yang utama di Brasil. Program ini menggabungkan beberapa jenis CCT sektoral seperti *Bolsa Escola* (untuk pendidikan, yang telah dimulai dari tahun 2001), *Bolsa Alimentação* (untuk sektor kesehatan, dimulai pula pada tahun 2001), *Auxilio Gas* (untuk subsidi harga gas untuk memasak, dimulai pada tahun 2001) dan *Cartão Alimentação* (untuk suplemen pendapatan rumah tangga miskin, dimulai tahun 2003). Pada tahun 2004, menurut catatan administrasi Departemen Pembangunan Sosial Brasil, penerima bantuan keseluruhan program CCT mencapai 15 juta orang. Target dari *Bolsa Familia* adalah keluarga miskin dengan pendapatan per kapita bulanan kurang dari R\$ 100 (sekitar US\$ 40). Keluarga miskin tersebut harus terdaftar di daftar nasional (*cadastro unico*). Nilai bantuan bervariasi berdasarkan nilai pendapatan per kapita bulanan tersebut dan komposisi anggota rumah tangga. Keluarga miskin yang paling parah, dengan pendapatan per kapita kurang dari R\$ 50 per bulan, mendapatkan bantuan bulanan sebesar R\$ 50. Keluarga miskin dengan pendapatan per kapita bulanan antara R\$ 50-100 akan mendapatkan bantuan apabila memiliki anak berumur 0-15 tahun dan/atau perempuan hamil. Bantuan untuk setiap anak sebesar R\$ 15, maksimum untuk 3 orang anak. Persyaratan program ini adalah bahwa anak usia sekolah harus mengikuti pelajaran sekolah minimal 85 persen, kartu imunisasi yang terisi secara benar untuk anak 0-6 tahun, dan kunjungan teratur ke fasilitas kesehatan untuk perempuan hamil dan ibu menyusui.

C. *Red de Protección Social (RPS)*: Nicaragua

Program ini bertujuan meningkatkan pengasilan rumah tangga sampai dengan 3 tahun, mengurangi angka putus sekolah serta peningkatan status gizi anak-anak sampai dengan umur 5 tahun. Penerapan CCT di Nikaragua dimotivasi oleh keinginan menyediakan jaring pengaman sosial (*social safety nets*) yang

dipadukan dengan program untuk pengentasan kemiskinan. Memang di masa krisis, jaring pengaman sosial ini sangat dibutuhkan. Pilot program yang disebut RPS ini dimulai tahun 2000, dengan anggaran sebesar USD 11 juta. Anggaran sebesar itu setara dengan sekitar 0,2 persen GDP Nikaragua, atau sekitar 2 persen dari anggaran pemerintah untuk pendidikan dan kesehatan.

Setelah diimplementasikan dengan sukses, maka pada tahun 2002 program ini membesar menjadi USD 22 juta. Dengan ketersediaan dana sebesar ini, maka program RPS ini dapat diteruskan untuk tiga tahun ke depan. RPS memiliki dua komponen utama: (1) pangan, kesehatan dan nutrisi; dan (2) pendidikan. Keluarga miskin menerima transfer tunai untuk suplemen pengeluaran makanan setiap dua bulan, dengan total USD 224 per tahun, jika menghadiri suatu workshop pendidikan dua-bulanan dan balita-nya untuk pemeriksaan di fasilitas kesehatan yang ditunjuk. *Tema workshop* tersebut bervariasi dari sanitasi dan kebersihan, nutrisi, kesehatan reproduksi, dan lain-lain. Keluarga miskin juga menerima transfer tunai untuk pendidikan, setiap dua bulan. Transfer tunai ini terdiri dari dua komponen: (i) sejumlah tertentu (*fixed*) untuk setiap keluarga sebesar USD 112 per tahun, dan (ii) sejumlah USD 21 per tahun (dibayarkan di awal tahun ajaran) untuk setiap anak yang memenuhi kriteria di setiap keluarga.

Syarat bantuan ini adalah anak umur 7-13 yang belum menyelesaikan kelas 4 pendidikan dasar harus terus berada di sekolah. Insentif juga disiapkan untuk guru, berdasarkan jumlah anak yang mendapatkan bantuan. Setengah diberikan kepada guru yang bersangkutan, dan setengahnya lagi diberikan kepada sekolah. Sebagai persyaratannya, guru harus memasukkan laporan perkembangan kegiatan. Insentif kepada guru dan sekolah ini juga merupakan kompensasi dari ukuran kelas yang menjadi lebih besar sejak diterapkannya RPS ini.

D. *Familias en Acción* program (FA): Colombia

Merupakan program pembiayaan proyek-proyek yang berfokus pada kelompok miskin, serta peningkatan pendidikan dan gizi, agar mereka dapat keluar dari kemiskinan. Proyek-proyek tersebut dibiayai oleh Bank Dunia.

E. Programa de Asignación Familiar (PRAF): Honduras

Program ini dirancang untuk mengganti kerugian rumah tangga miskin akibat terjadinya penyesuaian struktural perekonomian, serta penyediaan dukungan konsumsi bagi rumah tangga miskin. Program ini dibiayai oleh *Inter-American Development Bank* (IADB) dan Bank Dunia.

F. Program of Advancement through Health and Education (PATH): Jamaica

Program ini merupakan bagian dari inisiatif *social safety net*, yang diluncurkan pemerintah Jamaica di tahun 2001. Sasaran dari program ini adalah peningkatan kesejahteraan masyarakat miskin, serta meningkatkan modal manusia. Persyaratan pemberian bantuan dihubungkan dengan keberadaan di sekolah dan kunjungan ke fasilitas-fasilitas kesehatan.

Bukti terbaik dari dampak program BTB, dapat dilihat berdasarkan hasil evaluasi *Progres* (kemudian berganti nama menjadi *Oportunidades*), Meksiko. Program ini menunjukkan pengaruh positif pada tingkat pendaftaran dan kehadiran di sekolah (Schultz, 2004), perbaikan dalam kesehatan penerima (Behrman & Hoddinott, 2000), dan peningkatan konsumsi makanan (Maluccio & Flores, 2005). Penelitian menunjukkan bahwa dampak program yang lebih besar ketika transfer dikondisikan pada perilaku tertentu, misalnya pendaftaran sekolah (Schady & Araujo, 2006) dan untuk penerima manfaat dengan kebutuhan terbesar, seperti misalnya, anak-anak yang ibunya tidak sekolah. (Hernández, Orozco & Sotres, 2000). Dampak BTB, tidak hanya dinikmati oleh penerima manfaat program, tetapi lebih dari itu, termasuk keterkaitan efek dalam ekonomi lokal (Coady & Harris 2001), multiplier efek melalui *self investment* (Gertler, Martinez & Rubio, 2006), *spill-over* pada kelompok/keluarga yang tidak miskin (Bobonis & Finan 2005), dan perlindungan terhadap guncangan ekonomi (de Janvry, Finan, Sadoulet & Vakis 2005).

Secara khusus, evaluasi menunjukkan bahwa program BTB, secara substansial meningkatkan pemanfaatan layanan kesehatan. (Gertler, 2000). Dampak terhadap pada pekerja anak, tampaknya tergantung pada konteks negara. Misalnya, di Brasil, peningkatan partisipasi sekolah karena program *Bolsa Escola* tidak secara

otomatis menerjemahkan ke dalam pengurangan pekerja anak. Hal ini bisa disebabkan oleh karena pendeknya hari sekolah. Anak-anak dapat menghadiri sekolah sambil melakukan beberapa pekerjaan pada saat yang sama. Program seperti *PETI* dan *Oportunidades* yang mencakup diselenggarakan setelah kegiatan sekolah telah berusaha untuk mengatasi masalah ini. Akhirnya, secara keseluruhan dampak juga tergantung pada ketersediaan dan kualitas pelayanan yang tersedia kepada penerima manfaat. Selain persyaratan, kunci lain untuk keberhasilan relatif dan cakupan besar program seperti *Progres-Oportunidades* di Meksiko dan *Bolsa Familia* di Brasil adalah politik konsensus yang mengarah pada konsolidasi dan koordinasi bantuan sosial yang sebelumnya sudah tersebar (Schwartz & Abreu, 2007).

