



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH PROGRAM KELUARGA HARAPAN (PKH) TERHADAP
CAKUPAN IMUNISASI, PEMERIKSAAN KEHAMILAN, ANGKA
PARTISIPASI SEKOLAH DASAR DAN SEKOLAH LANJUTAN
TINGKAT PERTAMA, DAN KONSUMSI RUMAHTANGGA**

TESIS

**HENDRATNO
0706306182**

**FAKULTAS EKONOMI
PROGRAM MAGISTER PERENCANAAN DAN KEBIJAKAN PUBLIK
JAKARTA
JULI 2010**



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH PROGRAM KELUARGA HARAPAN (PKH) TERHADAP
CAKUPAN IMUNISASI, PEMERIKSAAN KEHAMILAN, ANGKA
PARTISIPASI SEKOLAH DASAR DAN SEKOLAH LANJUTAN
TINGKAT PERTAMA, DAN KONSUMSI RUMAHTANGGA**

TESIS

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Ekonomi**

**HENDRATNO
0706306182**

**FAKULTAS EKONOMI
PROGRAM MAGISTER PERENCANAAN DAN KEBIJAKAN PUBLIK
KEKHUSUSAN MANAJEMEN SEKTOR PUBLIK
PENANGGULANGAN KEMSIKINAN
JAKARTA
JULI 2010**

LEMBAR PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebernarnya menyatakan bahwa tesis ini saya susun tanpa tindakan plagiarism sesuai dengan peraturan yang berlaku di Universitas Indonesia.

Jika dikemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarism, saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sangsi yang dijatuhkan Universitas Indonesia kepada saya.

Jakarta, Juli 2010

A handwritten signature in blue ink, consisting of several loops and vertical strokes, positioned above the name Hendratno.

Hendratno

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun yang dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.**

Nama : Hendratno

NPM : 0706306182

Tanda Tangan : 

Tanggal : Juli 2010

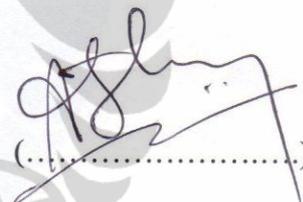
HALAMAN PENGESAHAN

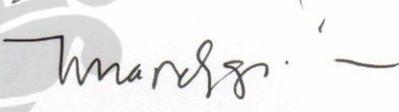
Tesis ini diajukan oleh

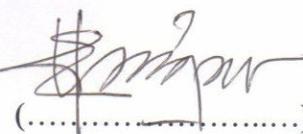
Nama : Hendratno
NPM : 0706306182
Program Studi : Magister Perencanaan Dan Kebijakan Publik
JudulTesis : Pengaruh Program Keluarga Harapan (PKH) Terhadap Cakupan Imunisasi, Pemeriksaan Kehamilan, Angka Partisipasi Sekolah Dasar dan Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama, dan Konsumsi Rumahtangga

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Perencanaan Kebijakan Publik pada Program Studi Magister Perencanaan dan Kebijakan Publik, Fakultas Ekonomi, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Dr. Ir. Anton Hendranata(.....) 

Penguji : Dr. Komara Djaja(.....) 

Penguji : Ir. Hania Rahma, M.Si(.....) 

Ditetapkan di : Jakarta

Tanggal : Juli 2010

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT, karena atas berkat dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan Tesis ini. Penulisan tesis ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Ekonomi di Program Studi Magister Perencanaan dan Kebijakan Publik di Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia. Penulis menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan tesis ini, sangatlah sulit bagi penulis untuk menyelesaikan tesis ini. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar – besarnya kepada:

- (1) Bapak Dr. Arindra A. Zainal, selaku Ketua Program Magister Perencanaan dan Kebijakan Publik (MPKP) Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia;
- (2) Bapak Dr. Ir. Anton Hendranata, selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan tesis ini;
- (3) Bapak Dr. Komara Djaja dan Ir. Hania Rahma, M.Si yang telah banyak memberikan masukan yang berharga perihal analisis dampak;
- (4) Ibu Dr. Vivi Alatas, selaku atasan dan juga rekan yang banyak mendorong untuk menyelesaikan tesis;
- (5) Mama Linda Fitriwati S.Kom M.Si, Farhan, Sarah dan Saffa yang dengan segala kelucuannya memicu penulis untuk segera menyelesaikan sekolah;
- (6) Mamah dan Emak di Bogor yang selalu menjadi ingatan yang senantiasa memberikan dukungan moral dan semangat dalam penulisan Tesis ini;
- (7) Rekan-rekan Bappenas, Dr. Pungky Sumadi, Dr. Endah Murniningtyas, Bu Lisa, Dr. Vivi Yulaswati yang selalu mengingatkan prioritas penyelesaian sekolah;
- (8) Rekan-rekan BPS, Pak Wynandin, Pak Hamonangan, Pak Uzair Suhaemi dengan diskusi-diskusinya yang sangat bermanfaat;
- (9) Teman-teman di PSF Bank Dunia yang telah menyediakan dan mempersilahkan penggunaan data yang dipakai dalam tesis ini;
- (10) Rekan-rekan UGM yang membantu mempercepat proses wawancara lapangan.

- (11) Rekan-rekan di Bank Dunia, Budi Hidayat, Nur Cahyadi, Amri dan Taufik yang selalu mengingatkan untuk '*bersepeda*' atau '*bombom-car*' dalam artian memicu semangat untuk segera dan segera menuntaskan utang sekolah.
- (12) Rekan – rekan DEMISKINERS XVIII khususnya Ginanjar Syamsuar, Rama Chandra, Restu Untari, Hanum, yang telah banyak memberikan dukungan moral, data, literatur dan diskusi – diskusi menarik selama perkuliahan dan pengerjaan Tesis;

Akhir kata, penulis berharap Allah SWT berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga tesis ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan.

Jakarta, Juli 2010

Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS
AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Hendratno
NPM : 0706306182
Program Studi : Magister Perencanaan dan Kebijakan Publik
Departemen : Ilmu Ekonomi
Fakultas : Ekonomi
Jenis Karya : Tesis

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul:

**Pengaruh Program Keluarga Harapan Terhadap Cakupan Imunisasi,
Pemeriksaan Kehamilan, Angka Partisipasi Sekolah Dasar dan
Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama, dan Konsumsi Rumahtangga**

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat, mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya

Dibuat di : Jakarta

Pada Tanggal : Juli 2010

Yang Menyatakan



(Hendratno)

ABSTRAK

Nama : Hendratno
Program Studi : Magister Perencanaan dan Kebijakan Publik
Judul : Pengaruh Program Keluarga Harapan Terhadap Cakupan Imunisasi, Pemeriksaan Kehamilan, Angka Partisipasi Sekolah Dasar dan Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama, dan Konsumsi Rumahtangga

PKH telah memberi manfaat bagi peningkatan pendidikan dan kesehatan masyarakat, sehingga perlu dipertahankan dan dikembangkan pada wilayah lainnya, agar manfaat PKH bisa dirasakan oleh RTSM lain yang belum mendapatkan bantuan PKH. Hasil estimasi menunjukkan bahwa dampak program PKH terhadap penambahan jumlah cakupan imunisasi setelah kurun waktu dua tahun sebesar 0.75 kali dibandingkan rumahtangga kontrol. Penambahan tersebut signifikan secara statistik pada taraf 1 persen. Efek total program terhadap persentase cakupan imunisasi sebesar 2.3 persen meskipun tidak signifikan secara statistik.

Evaluasi dampak rumahtangga intervensi PKH mempunyai pengaruh positif dan signifikan secara statistik pada periode pemeriksaan kehamilan triwulan pertama dan triwulan kedua, tetapi tidak berpengaruh secara statistik pada pemeriksaan kehamilan triwulan ketiga. Pada pemeriksaan kehamilan triwulan pertama, rumahtangga penerima PKH meningkat 11.5 persen, pada pemeriksaan triwulan kedua 17.8 persen dan pada triwulan ketiga hanya 3.9 persen.

Perbedaan dampak program PKH terhadap angka partisipasi murni sekolah dasar dan sekolah lanjutan tingkat pertama pada rumahtangga intervensi dibandingkan rumahtangga bukan penerima PKH dalam dua kurun waktu mempunyai besaran positif sekitar. Secara statistik, partisipasi anak sekolah di tingkat sekolah dasar maupun sekolah lanjutan tingkat pertama tidak ada signifikan. Efek total angka partisipasi murni sekolah dasar 0.84 persen, dan Efek total angka partisipasi murni sekolah lanjutan tingkat pertama 0.62 persen.

Efek murni program terhadap pengeluaran perkapita rumahtangga positif baik itu untuk pengeluaran perkapita makanan, pengeluaran perkapita bukan makanan dan juga pengeluaran perkapita total rumahtangga. Evaluasi dampak terhadap pengeluaran perkapita makanan sebesar 3.250 rupiah, efek program terhadap pengeluaran perkapita bukan makanan sebesar 3.776 rupiah dan efek program terhadap perkapita total rumahtangga sebesar 6.926 rupiah. Meskipun secara keseluruhan besaran dampak program positif terhadap pengeluaran rumahtangga, tetapi ada satupun yang signifikan secara statististik.

Kata Kunci:

Tunai Bersyarat, CCT, Partisipasi Sekolah, Pemeriksaan Ibu Hamil, Imunisasi, PKH, PKH Indonesia

ABSTRACT

Nama : Hendratno
Program Studi : Master of Planning and Public Policy
Judul : The impact of Program Keluarga Harapan to coverage of Immunization, Antenatal care, Net enrollment rate of basic education and household consumption

PKH has provided benefits to improving education and public health, so it needs to be maintained and developed in other areas, so that the benefits can be felt by RTSM PKH others who have not received the help of PKH. The result indicates that the impact of the program to increase the number of PKH immunization coverage after a period of two years amounted to 0.75 times compared to the control households. Additions are statistically significant at 1 per cent levels. The total effect of the program on immunization coverage percentage of 2.3 percent, although not statistically significant.

The Impact Evaluation of interventions PKH households have a positive influence and statistically significant at the antenatal period the first quarter and second quarter, but not statistically significant in the third quarter. In the first quarter of antenatal care, PKH recipient increased by 11.5 percent, at the second quarter 17.8 percent and the third quarter is only 3.9 percent.

Differences PKH impact on enrollment of primary school and secondary level schools in the intervention households compared with control in the two periods had a positive quantity around. Statistically, the participation of school children in elementary or secondary school level there is not significant. The total effect of the primary school net enrollment rate to 0.84 percent, and the total effect of school enrollment secondary level 0.62 percent.

Net effect of the program on household expenditure per capita was positive for both per capita food expenditure, expenditure per capita non-food and total per capita household expenditure. Evaluation of the impact on per capita food expenditure for 3250 rupiah, the effect of the program on non-food expenditure per capita for 3776 rupiah and the effects of the program on total household per capita for 6926 rupiah. Even though the overall magnitude of positive program impact on household expenditure, but it is not statistically significant.

Keywords:

Conditional Cash Transfer, CCT, School Participation, Antenatal care, Immunisation, PKH, PKH Indonesia

DAFTAR ISI

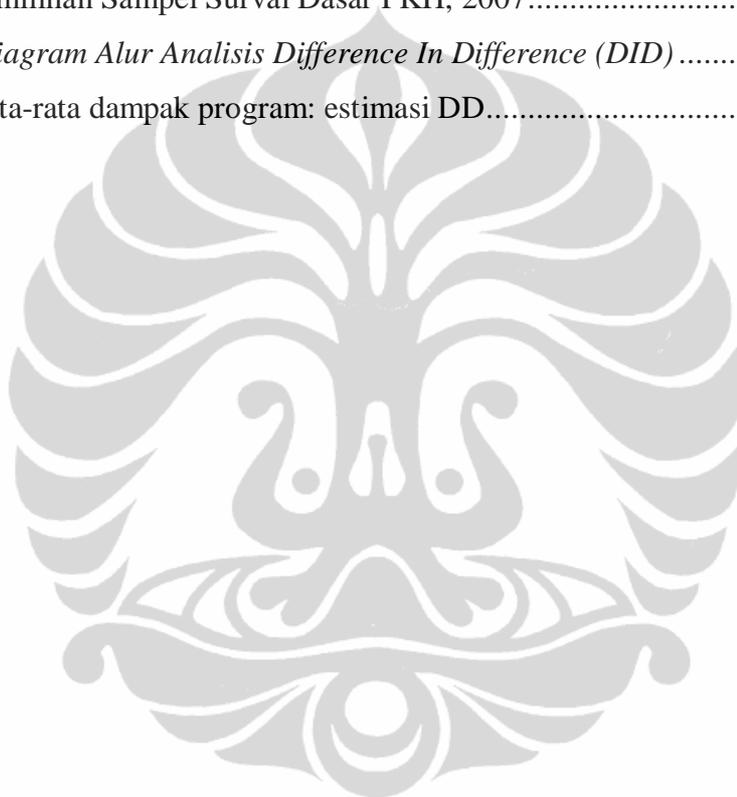
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rasionalitas Evaluasi.....	5
1.3. Maksud dan Tujuan	6
1.4. Manfaat Penelitian	7
1.5. Ruang Lingkup dan Batasan Penelitian.....	7
1.6. Hipotesa.....	7
1.7. Kerangka Pemikiran	8
1.8. Sistematika Penulisan.....	8
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	10
2.1. Definisi dan Teknik Evaluasi Dampak	10
2.2. Desain Evaluasi	13
2.3. Validitas Internal.....	13
2.4. Ukuran-ukuran Sebelum-dan-Sesudah	15
2.5. Kelompok Pembanding	16
2.6. Penggunaan Variabel-variabel Kontrol	16
2.7. Strategi Penelusuran Hubungan Sebab-Akibat (Kausal).....	16
2.8. Riset Evaluasi.....	17
2.9. Globalisasi CCT	24
2.5. Dampak CCT.....	30
BAB 3 GAMBARAN UMUM DAN METODOLOGI PENELITIAN	35
3.1. Gambaran Umum	35
3.2. Monitoring dan Evaluasi Program Keluarga Harapan.....	44
3.3. Metodologi Penelitian.....	45
3.4. Keterbatasan Metodologi.....	70
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN	71
4.1. Statistik Deskriptif	71
4.2. PKH dan Kesehatan.....	80
4.3. PKH dan Pendidikan.....	85
4.4. Evaluasi Dampak dengan Metode Difference in Difference (DID)	80
BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN	93
5.1. Kesimpulan.....	93
5.2 Keterbatasan dan Rekomendasi	94

Daftar Tabel

Tabel 1. Kewajiban Peserta PKH Kesehatan	4
Tabel 2. Kewajiban Peserta PKH Pendidikan	4
Tabel 3. Dampak CCT pada Pendidikan.....	32
Tabel 4. Dampak CCT Pada Kesehatan.....	34
Tabel 5. Protokol Pelayanan Kesehatan bagi Peserta PKH	41
Tabel 6. Skenario Bantuan PKH.....	42
Tabel 7. Responden PKH: survei baseline vs lanjutan	54
Tabel 8. Perhitungan rata-rata dampak PKH: Metode <i>Double-Difference</i>	56
Tabel 9. Perhitungan rata-rata dampak PKH: Metode <i>Double-Difference</i>	60
Tabel 10. Karakteristik Kepala Rumahtangga.....	73
Tabel 11. Karakteristik kesejahteraan rumahtangga.....	76
Tabel 12. Karakteristik perumahan rumahtangga.....	80
Tabel 13. Dampak PKH terhadap Peningkatan Imunisasi	83
Tabel 14. Dampak PKH terhadap Persentase Cakupan Imunisasi	84
Tabel 15. Dampak PKH dan Pemeriksaan Kehamilan	86
Tabel 16. Dampak PKH terhadap Angka Partisipasi Murni SD	88
Tabel 17. Dampak PKH terhadap Angka Partisipasi Murni SLTP	89
Tabel 18. Dampak PKH terhadap Pengeluaran makanan	90
Tabel 19. Dampak PKH terhadap Pengeluaran bukan makanan.....	91

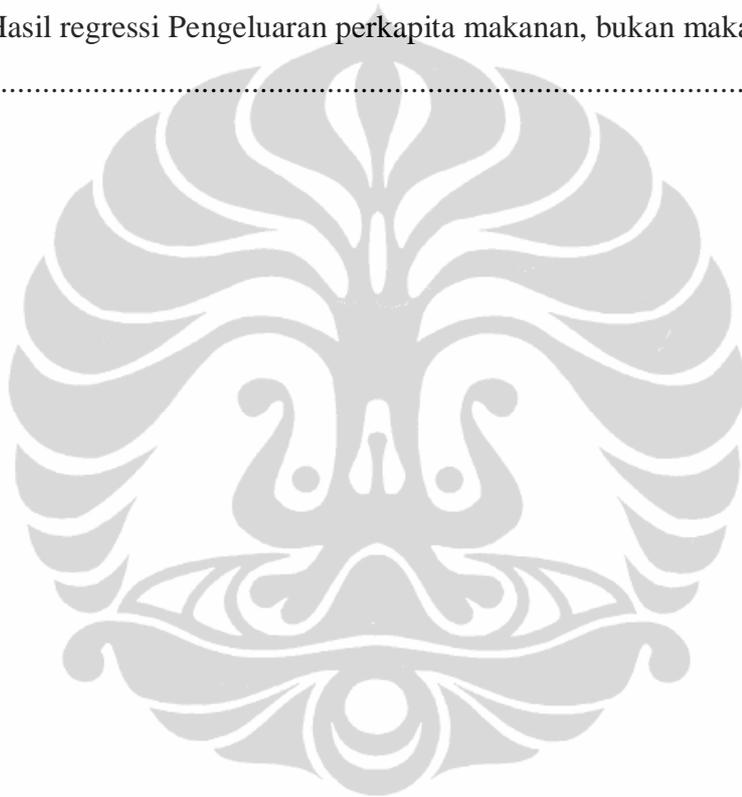
Daftar Gambar

Gambar 1. Kerangka Pikir Evaluasi Dampak Program Bantuan Tunai Bersyarat..	8
Gambar 2 . Dampak Intervensi Kesehatan dan Pendidikan terhadap Kualitas SDM	27
Gambar 3. Lingkaran perangkap kemiskinan.....	37
Gambar 4. Kerangka Pikir Program Monitoring dan Evaluasi PKH.....	45
Gambar 5. Pemilihan Sampel Survai Dasar PKH, 2007.....	53
Gambar 6. <i>Diagram Alur Analisis Difference In Difference (DID)</i>	55
Gambar 7. Rata-rata dampak program: estimasi DD.....	58



Daftar Lampiran

Lampiran 1. Hasil regresi Jumlah dan Persentase cakupan Imnunisasi.....	100
Lampiran 2. Hasil regresi Pemeriksaan kehamilan triwulan Pertama, Kedua dan Ketiga	102
Lampiran 3. Hasil regresi Angka Partisipasi Murni Sekolah Dasar dan Sekolah Menengah Pertama.....	104
Lampiran 4. Hasil regresi Pengeluaran perkapita makanan, bukan makanan dan total.....	106



BAB I PENDAHULUAN

1.1.Latar Belakang

Pada tahun 2005, Pemerintah melakukan dua kali pengurangan subsidi bahan bakar minyak (BBM) yaitu sebesar rata-rata 60 persen pada bulan Maret dan rata-rata 108 persen pada bulan Oktober. Dana yang diperoleh dari hasil pengurangan subsidi tersebut dialokasikan ke dalam empat program utama kompensasi pengurangan subsidi bahan bakar minyak (PKPS-BBM) yang dirancang untuk mengurangi beban masyarakat, khususnya masyarakat miskin. Ke-empat program PKPS-BBM tersebut adalah bidang pendidikan, kesehatan, infrastruktur perdesaan, dan bantuan langsung tunai. Tujuan ke-empat program tersebut dalam jangka pendek adalah untuk mengurangi dampak kenaikan harga BBM, dan dalam jangka panjang untuk menanggulangi kemiskinan. Program bantuan di bidang pendidikan yang cukup populer adalah Program Bantuan Operasional Sekolah (BOS) dan program yang populer di bidang kesehatan adalah pelayanan kesehatan gratis bagi penduduk miskin yang pengelolaannya diserahkan pada PT ASKES sehingga populer dengan nama AskesKin. Program BOS mulai dilaksanakan pada Juli 2005 bersamaan dengan awal tahun ajaran (TA) 2005/2006 sedangkan AskesKin di mulai pada awal tahun 2005.

Pencapaian sasaran bantuan program PKPS-BBM dibidang pendidikan yang memberikan perlakuan khusus pada siswa miskin masih sedikit (Kajian cepat bidang pendidikan 2005, SMERU) dan pencapaian sasaran bantuan program PKPS-BBM pada bidang kesehatan dimana masih belum efektifnya sasaran sehingga penerima adalah betul-betul masyarakat miskin (Kajian cepat bidang kesehatan 2005, PUSKA-UI) mendorong pemerintah melakukan perbaikan di dalam pelaksanaan program bantuan langsung tunai. Pemerintah Indonesia mengembangkan program Subsidi Langsung Tunai Bersyarat (SLTB) atau yang populer dengan *Conditional Cash Transfers* (CCT).

Program bantuan tunai bersyarat atau *Conditional Cash Transfers* (CCT) saat ini banyak diadopsi diberbagai negara sebagai strategi program bantuan

social (Rawlings dan Rubio, 2005). Karakteristik utama program CCT adalah mensyaratkan perilaku yang harus dilakukan oleh penerima program. Perilaku tersebut umumnya terkait dengan upaya investasi sumber daya manusia (SDM), seperti pendidikan, kesehatan, dan perbaikan gizi anak-anak.

Jika penerima program sudah berperilaku tanpa adanya bantuan, program CCT akan setara dengan bantuan tunai yang bertujuan mengurangi kemiskinan sesaat dan tidak menyebabkan perubahan kesejahteraan selain efek pendapatan dari bantuan tersebut. Sedangkan bagi mereka yang belum berperilaku tanpa adanya bantuan, peserta CCT wajib melakukan perilaku yang disyaratkan. Perilaku ini berfungsi sebagai subsidi harga layanan bersyarat. Jika efek harga lebih besar ketimbang pendapatan dari bantuan yang diterima dalam mendorong perubahan perilaku maka CCT memiliki keuntungan ganda, yaitu tidak hanya menurunkan kemiskinan diantara penerima program jika bantuan lebih besar daripada biaya, tetapi juga mendorong keuntungan lain pada aspek pendidikan, kesehatan dan gizi serta prestasi anak-anak. Fakta ini telah melatarbelakangi CCT berpotensi memutus rantai kemiskinan antar generasi sehingga berpeluang mengurangi kemiskinan pada masa yang akan datang.

Program CCT pada skala besar di sejumlah negara berpenghasilan menengah telah terbukti memenuhi tujuan dasar yaitu: (i) mengurangi kemiskinan (misal program di Meksiko dan Brazil dengan anggaran tahunan masing-masing \$US 2,6 miliar dan \$US 700juta), (ii) meningkatkan prestasi pendidikan (Schultz, 2004), (iii) meningkatkan kesehatan ibu dan anak (Gertler, 2004), dan (iv) mengurangi kekurangan gizi (Hoddinott dan Skoufias, 2003). Dampak lain program CCT adalah munculnya efek terkait dengan ekonomi lokal (Coady dan Harris, 2001), efek ganda pada investasi SDM (Gertler, Martinez, dan Rubio, 2005), spill-over efek pencapaian pendidikan pada kelompok non-miskin (Bobonis dan Finan, 2005), dan pengurangan pekerja anak.

Program CCT mulai diperkenalkan di negara-negara berpenghasilan menengah seperti Meksiko, Brasil, Turki, Chili, Kolombia, Ekuador, Jamaika, Honduras, Panama, dan Afrika Selatan. Program ini kemudian menyebar ke negara berpenghasilan rendah lainnya seperti Nikaragua, Burkina Faso, Lesotho, Kamboja, Pakistan, dan Bangladesh. Negara-negara Afrika juga

melihat keberhasilan dan mulai mengadopsi program CCT. Bahkan, CCT juga diadopsi di New York, Amerika sejak tahun 2007.

Pemerintah Indonesia juga menaruh perhatian terhadap program CCT. Pada tahun 2007, uji coba CCT yang diberi nama Program Keluarga Harapan (PKH) diluncurkan. Tujuan umumnya adalah mengurangi kemiskinan serta meningkatkan kualitas SDM. Tujuan ini sejalan dengan tujuan Pembangunan Millennium atau *Millennium Development Goals* –MDGs. Ada 5 komponen MDGs yang secara tidak langsung terbantu jika PKH dilaksanakan optimal, yaitu: (i) pengurangan penduduk miskin dan kelaparan, (ii) peningkatan akses pendidikan dasar, (iii) kesetaraan gender, (iv) pengurangan angka kematian bayi dan balita, serta (v) pengurangan kematian ibu karena melahirkan.

Program CCT di berbagai Negara terbukti berhasil mengurangi kemiskinan dan berhasil meningkatkan akses peserta program terhadap layanan dasar kesehatan dan pendidikan. Indonesia meluncurkan PKH dengan harapan mampu memecahkan masalah klasik yang sering dihadapi oleh rumah tangga miskin, seperti masalah gizi buruk, tingginya kematian ibu dan bayi, serta rendahnya partisipasi angka sekolah. PKH juga ditempatkan sebagai embrio pengembangan sistem perlindungan sosial lebih lanjut, dan sebagai salah satu strategi memerangi kemiskinan (Pedum 2007).

Peserta PKH, rumah tangga sangat miskin, akan menerima bantuan sepanjang anggota rumah tangga mematuhi kewajiban PKH. Sanksi berupa pengurangan bantuan sampai dikeluarkan dari program akan diberlakukan jika peserta tidak mematuhi komitmen kewajiban program. Berbeda dengan bantuan langsung tunai (BLT), peserta PKH wajib melakukan aktifitas yang terkait dengan pengembangan investasi SDM.

PKH mencakup dua komponen, yaitu pendidikan dan kesehatan. Tabel 1 dan Tabel 2 masing-masing menyajikan daftar kewajiban peserta dalam bidang kesehatan dan pendidikan. Peserta PKH kesehatan wajib menggunakan layanan *prenatal*, proses kelahiran ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih dan layanna *postnatal* (khusus ibu hamil), mengimunitasikan anak, dan melakukan pemantauan tumbuh kembang anak. Sedangkan untuk PKH pendidikan, anak-anak peserta

program wajib terdaftar dan hadir di sekolah minimal 85% dari jumlah hari sekolah.

Tabel 1. Kewajiban Peserta PKH Kesehatan

Sasaran peserta	Kewajiban
Ibu	Menghadiri pertemuan awal untuk mengikuti sosialisasi program, perbaikan data peserta, penandatanganan perjanjian komitmen, dll
Ibu hamil	Sekurangnya setiap 3 bulan sekali
Ibu melahirkan	Harus ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih
Ibu nifas	Sekurangnya setiap 1 bulan setelah lahir selama dua bulan
Bayi usia 0-11 bulan	Sekurangnya setiap 1 bulan sekali
Bayi usia 1-6 tahun	Sekurangnya setiap 3 bulan sekali

Tabel 2. Kewajiban Peserta PKH Pendidikan

Sasaran Peserta	Kewajiban Peserta PKH Pendidikan
Ibu	Menghadiri pertemuan awal untuk: mengikuti sosialisasi program, perbaikan data peserta, penandatanganan perjanjian komitmen, dll
Anak usia 7-18 tahun	Mendaftarkan anak ke satuan pendidikan Jika anak sudah terdaftar di satuan pendidikan, anak harus mengikuti kehadiran di kelas minimal 85% dari hari sekolah dalam sebulan selama tahun ajaran berlangsung.

PKH semula diluncurkan di tujuh propinsi (DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Timur, Nusa Tenggara Timur, Sulawesi utara, Gorontalo dan Sumatra Barat) dengan jumlah peserta 382,000 rumah tangga dari 500,000 target rumah tangga. Sampai 2009, PKH diperluas di lima propinsi lainnya, yaitu Nangroe Aceh Darussalam, Sumatra Utara, DI Yogyakarta, Nusa Tenggara Barat dan

Kalimantan Selatan. Jumlah total peserta PKH mencapai 720,000 rumah tangga yang tersebar di 13 propinsi tersebut diatas.

Dengan demikian, tujuan program ini dalam jangka pendek adalah mengurangi beban pengeluaran rumah tangga masyarakat miskin, dan dalam jangka panjang adalah memutus rantai kemiskinan melalui perbaikan kondisi sumberdaya manusianya, terutama melalui peningkatan kualitas pendidikan dan kesehatan. Program ini direncanakan akan dilaksanakan setidaknya sampai dengan tahun 2015, mengingat bahwa dampak dari program ini sangat terkait dengan upaya pencapaian *Millennium Development Goals* (MDGs) yang diharapkan akan dicapai pada tahun 2015.

Dalam rangka mengevaluasi pengaruh PKH, khususnya pengaruh yang terkait dengan indikator-indikator pendidikan dan kesehatan, serta konsumsi rumah tangga pada kelompok sasaran tertentu, telah dilakukan kegiatan *Baseline Survey* pada tahun 2007 yang meliputi sekitar 400 wilayah kecamatan untuk mendapatkan data dasar, yang terdiri dari kecamatan-kecamatan yang menerima PKH (*treatment*) sebanyak 200 kecamatan dan kecamatan-kecamatan yang tidak menerima PKH (*control*) sebanyak 200 kecamatan yang berada pada 6 propinsi uji coba.

Survei tersebut mencakup kegiatan penyebaran kuesioner dan wawancara dengan RTSM penerima PKH, kepala desa/lurah dan kepala dusun, serta penyedia jasa pelayanan pendidikan dan kesehatan di tingkat kecamatan dan desa/kelurahan. Survei ini dilaksanakan pada bulan Juni-Juli 2007, sebelum kegiatan PKH dimulai pada akhir bulan Juli 2007.

Setelah sekitar 2 tahun pelaksanaan PKH, maka perlu dilakukan evaluasi pengaruh awal dari implementasi program tersebut. Evaluasi ini dilakukan agar dapat menilai apakah PKH memang memberikan dampak positif khususnya bagi perbaikan ekonomi dan kualitas sumberdaya manusia dari RTSM penerima PKH. Hasil evaluasi ini diharapkan dapat menjadi masukan untuk pengembangan program yang rencananya akan diperluas ke daerah-daerah lain pada tahun 2009.

1.2. Rasionalitas Evaluasi

Pelaksanaan PKH kini merupakan uji coba. Tujuannya adalah untuk menguji berbagai instrumen, termasuk targeting, verifikasi komitmen peserta

program, mekanisme pembayaran, dan sistem pengaduan. Keberhasilan program akan menjadi dasar pengembangan program lebih lanjut, khususnya keberhasilan yang terkait pengaruh maupun dampak program terhadap pemenuhan sejumlah indikator pendidikan dan kesehatan. Evaluasi keberhasilan harus dibuktikan empiris sehingga pengembangan program memiliki dasar yang dapat dipertanggungjawabkan. Berangkat dari pertimbangan ini, kajian tentang deteksi dini pengaruh PKH dilakukan.

Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bapenas), sebagai perancang PKH, telah menyusun rancana program evaluasi PKH. Pengumpulan data pada survei dasar (*baseline survey*) dilakukan pada Oktober 2007 (yakni ketika pelaksanaan uji coba PKH baru diluncurkan). Survei dasar PKH mencakup 6 propinsi dan 14,326 rumahtangga sampel. Rumahtangga sampel ini terbagi dalam dua kelompok yaitu 7,195 sebagai rumahtangga intervensi dan 7,131 rumahtangga kontrol. Pada Oktober 2009, yakni dua tahun setelah pelaksanaan uji coba PKH, ditinjau ulang dalam sebuah survei lanjutan (atau *follow-up survey*) dengan jumlah dan rumah-tangga yang sama.

1.3.Maksud dan Tujuan

Penelitian ini menyajikan hasil analisis pengaruh PKH terhadap sejumlah indikator tujuan PKH. Analisis dilakukan dengan mengoptimalkan data yang diperoleh dari survei dasar (*baseline survey*) dan survei lanjutan (*follow-up survey*). Secara umum, kajian ini bertujuan untuk memperoleh gambaran awal pengaruh PKH terhadap indikator-indikator kesehatan dan pendidikan serta pola konsumsi rumah tangga. Sedangkan tujuan khususnya adalah untuk mendeteksi pengaruh PKH terhadap:

1. Jumlah dan persentase cakupan imunisasi anak-anak yang berusia 0-3 tahun
2. Jumlah dan persentase pemeriksaan kehamilan (antenatal care) pada triwulan ke-1, triwulan ke-2 dan triwulan ke-3.
3. Angka Partisipasi Murni Sekolah Dasar
4. Angka Partisipasi Murni Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama
5. Pola konsumsi makanan, bukan makanan dan total perkapita rumahtangga.

1.4. Manfaat Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi mengenai besaran indikator-indikator yang ingin dicapai terhadap rumah tangga penerima sebagai pengaruh PKH, lebih lanjut sebagai bahan masukan bagi pengambil kebijakan dalam rangka merencanakan dan memonitor suatu program. Dengan demikian diharapkan dapat memperbaiki pelaksanaan program bantuan pemerintah di masa yang akan datang.

1.5. Ruang Lingkup dan Batasan Penelitian

Untuk menilai efektivitas program dan pengaruh ekonomi RTSM serta pengaruh pendidikan dan kesehatan dari kecamatan penerima PKH, maka perlu dilakukan survei untuk mendapatkan indikator-indikator yang dapat digunakan dalam mengevaluasi dampak-dampak tersebut. Survei dilakukan pada kecamatan-kecamatan penerima PKH (*treatment*) dan kecamatan-kecamatan yang tidak menerima PKH (*control*).

1.6. Hipotesa

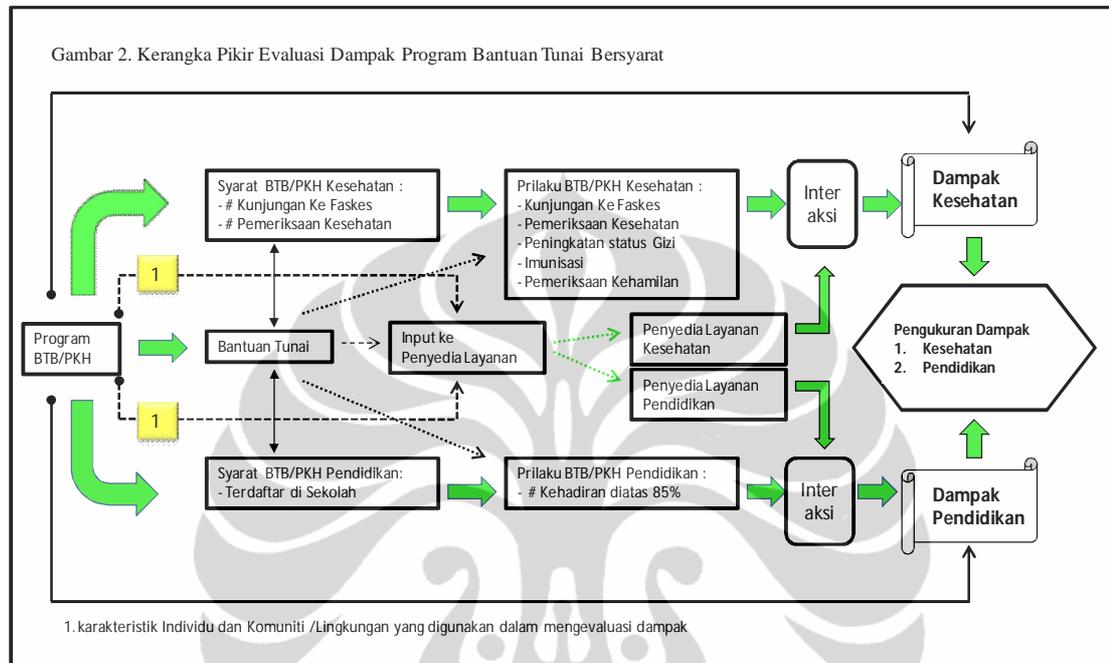
Program Bantuan Tunai Bersyarat atau PKH dapat meningkatkan partisipasi anak usia sekolah berusia 7-15 tahun sebagaimana yang telah dicanangkan oleh pemerintah dalam program wajib belajar sembilan tahun.

Program Bantuan Tunai Bersyarat atau PKH dapat meningkatkan cakupan imunisasi anak usia 0-3 tahun dan pemeriksaan kehamilan (*antenatal care*) ibu hamil, sehingga akan menurunkan angka kesakitan (*morbidity rate*) dan angka kematian balita (*infant mortality rate*) dan menurunkan angka kematian ibu pada saat melahirkan (*maternal mortality rate*).

Program Bantuan Tunai Bersyarat atau PKH dapat meningkatkan pengeluaran perkapita rumah tangga. Dengan peningkatan partisipasi anak usia sekolah, peningkatan status kesehatan ibu dan balita dan pengeluaran perkapita rumah tangga akan mendorong penurunan kemiskinan yang lebih cepat juga. Tetapi untuk membuktikan hipotesa ini memang diperlukan penelitian yang lebih mendalam.

1.7. Kerangka Pemikiran

Gambar 1 dibawah ini menggambarkan secara ringkas, kerangkaberfikir untuk keseluruhan penulisan yang dibuat.



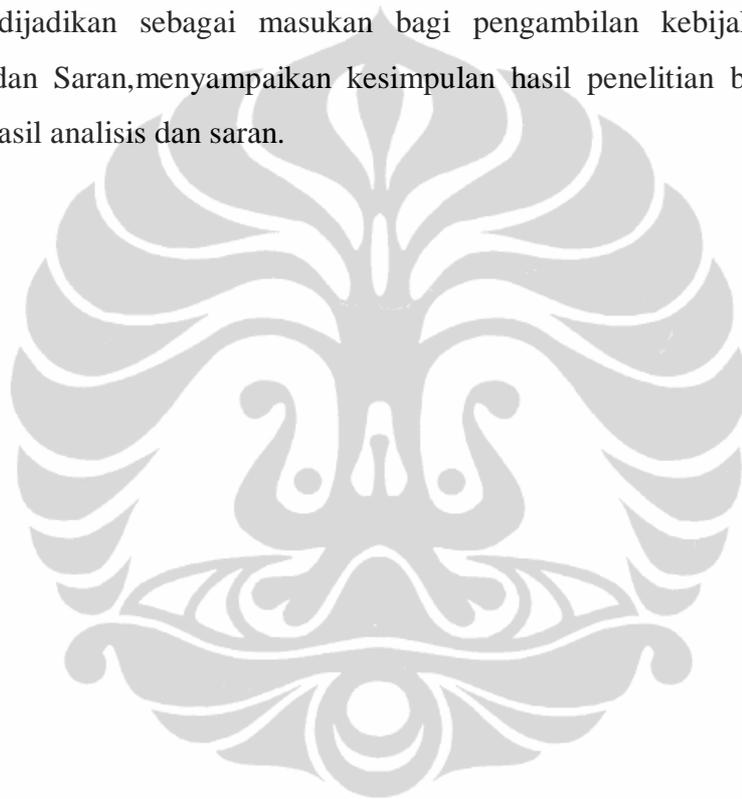
Gambar 1. Kerangka Pikir Evaluasi Dampak Program Bantuan Tunai Bersyarat

1.8. Sistematika Penulisan

Agar diperoleh hasil tulisan yang terstruktur dan mempermudah pemahaman, tesis ini akan disusun dalam lima bab, sebagai berikut:

Bab 1 Pendahuluan Pada bab ini akan diuraikan latar belakang, rumusan masalah, tujuan dan ruang lingkup dan batasan penelitian, hipotesa, kerangka pemikiran dan sistematika penulisan. Bab 2 Landasan Teori, bab ini akan menguraikan kajian literatur mengenai teori – teori yang berkaitan dengan masalah evaluasi dampak, definisi dan teknik evaluasi dampak, desain evaluasi, validitas Internal, kelompok pembanding, penggunaan variabel-variabel kontrol, strategi penelusuran hubungan sebab-akibat (kausal), desain eksperimental, quasi-experimental designs dan globalisasi CCT. Teori – teori ini akan digunakan sebagai dasar dalam melakukan analisis data untuk menjawab pertanyaan dari

penelitian sebagai hasil akhir. Selain itu juga akan dilampirkan penelitian – penelitian yang pernah ada yang berkaitan dengan penelitian ini. Bab 3 Metodologi Penelitian, membahas metode penelitian yang mencakup sumber data yang digunakan, sampel penelitian, pembentukan variabel terikat dan bebas berikut metode analisis yang digunakan. Bab 4 Hasil Dan Pembahasan, pembahasan tentang data data primer yang akan dianalisis dengan metode penelitian yang dipakai. Bab 5 Hasil dan Rekomendasi, perumusan kesimpulan dan rekomendasi yang dapat dijadikan sebagai masukan bagi pengambilan kebijakan. Bab 6 Kesimpulan dan Saran, menyampaikan kesimpulan hasil penelitian berdasarkan temuan dari hasil analisis dan saran.

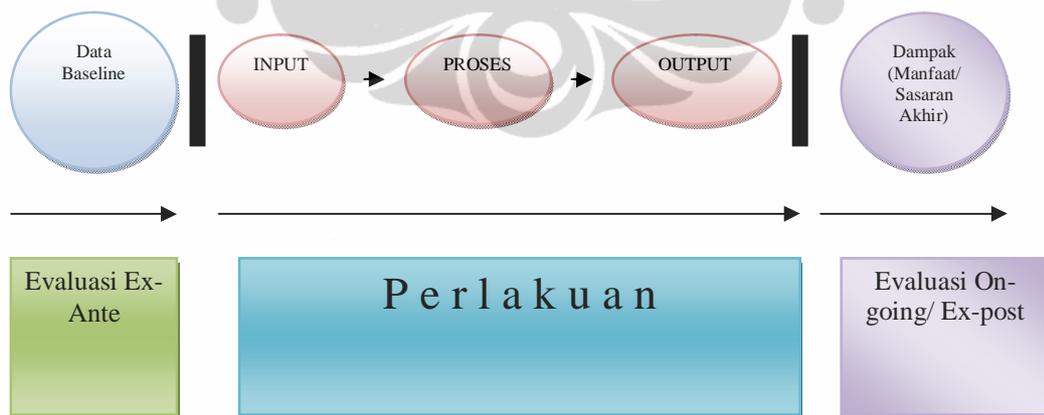


BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Definisi dan Teknik Evaluasi Dampak

Pemahaman mengenai evaluasi sebagai sebuah pengetahuan atau disiplin akademik secara sederhana dapat dijelaskan dalam kerangka logika “masukan-proses-keluaran-manfaat-dampak” (*input – process – output - outcomes-impacts*). Proyek atau program lazimnya mendeskripsikan secara konsisten kerangka logikanya yang mencakup sasaran akhir atau dampak yang diharapkan berikut indikator pengukurannya (misalnya penanggulangan kemiskinan), dan bagaimana mencapai dampak atau sasaran akhir dimaksud melalui elaborasi secara sistematis mengenai masukan apa yang diperlukan, bagaimana prosesnya, outputnya, dan manfaatnya, yang secara logis akan mampu menciptakan dampak yang diharapkan berikut rumusan indikator dan kegiatan pengukurannya. Diagram 2.1 di bawah ini menjelaskan bahwa untuk mencapai tujuan tertentu (dalam hal ini manfaat atau dampak) atas obyek tertentu diperlukan sebuah perlakuan yang mencakup (input-proses-output).

Diagram 2.1. Diagram Konteks Monitoring-evaluasi



Dalam Kerangka Logika Input – Output – Process - Outcomes - Impacts

Sementara itu pada segmen sebelumnya terdapat apa yang disebut sebagai Data Baseline, yang berisikan data indikator manfaat dan dampak yang diukur sebelum sebuah proyek berjalan. Dalam konteks ini kegiatan evaluasi adalah kegiatan membandingkan antara nilai indikator manfaat atau dampak yang

diukur setelah adanya perlakuan dengan indikator yang sama yang diukur sebelum dilakukan sesuatu perlakuan (proyek/program) sebagaimana yang lazimnya dilaksanakan melalui sebuah kegiatan baseline survey dan melakukan kaji ulang atas kebijakan input, proses dan output yang telah ditetapkan sebelumnya.

Evaluasi adalah penilaian sistematis dan objektif dari hasil dicapai oleh suatu program. Dengan kata lain, evaluasi berusaha untuk membuktikan bahwa perubahan sasaran atau target hanya karena kebijakan yang spesifik yang dilakukan. Pemantauan akan membantu untuk menilai apakah program yang dilaksanakan telah sesuai dengan yang direncanakan. Sebuah sistem pemantauan program memungkinkan umpan-balik yang berkelanjutan mengenai status pelaksanaan program, juga mengidentifikasi masalah-masalah tertentu yang muncul. Penetapan tujuan, indikator dan sasaran program merupakan inti dari suatu sistem pemantauan. Monitoring dapat membantu memperbaiki desain dan pelaksanaan suatu kebijakan, serta meningkatkan akuntabilitas dan dialog antara pembuat kebijakan dan pemegang kepentingan. Biaya-manfaat atau evaluasi efektivitas biaya (cost-effectiveness) menilai biaya program (moneter atau non moneter), khususnya hubungannya dengan penggunaan alternatif sumber daya yang sama dan manfaat yang dihasilkan oleh program. Dan akhirnya, evaluasi dampak dimaksudkan untuk menentukan apakah suatu program memiliki efek yang diinginkan pada individu, rumah tangga, dan lembaga masyarakat dan apakah hal tersebut merupakan efek-efek yang timbul dari program intervensi.

Evaluasi dampak juga dapat menimbulkan konsekuensi yang tidak disengaja, apakah positif atau negatif, terhadap penerima manfaat. Hal yang perlu mendapat perhatian lebih lanjut adalah sejauh mana manfaat proyek menjangkau masyarakat miskin dan dampaknya sehingga membawa manfaat terhadap kesejahteraan mereka.

Beberapa pertanyaan yang sering muncul dan perlu dibahas dalam evaluasi dampak adalah sebagai berikut:

- Bagaimana suatu proyek mempengaruhi penerima manfaat?
- Apakah perbaikan merupakan akibat langsung dari proyek

- Dapatkah mereka memperbaiki diri mereka sendiri ?
- Dapatkah desain program dimodifikasi untuk meningkatkan pengaruh atau dampak ?
- Apakah biaya yang dikeluarkan dapat dipertanggungjawabkan ?

Pertanyaan-pertanyaan ini tidak bisa, bagaimanapun, hanya diukur dengan hasil dari proyek. Mungkin ada faktor atau peristiwa lain yang berkorelasi tetapi tidak merupakan pengaruh atau dampak dari proyek. Dalam rangka memastikan metodologi yang tepat, evaluasi dampak harus memperkirakan “*counterfactual*”, yaitu, *apa yang akan terjadi kepada penerima manfaat (beneficiaries) seandainya suatu program intervensi tidak ada*. Misalnya, jika lulusan tenaga kerja yang mengikuti program pelatihan menjadi bekerja, itu akibat langsung dari program ataukah individu itu sendiri yang menemukan pekerjaan mereka sendiri ? Untuk menentukan counterfactual, sangat perlu untuk menghilangkan pengaruh dari factor intervensi lain. Salah satu metode yang dapat dilakukan adalah melalui suatu experiment design dengan melakukan perbandingan atau kelompok kontrol (mereka yang tidak berpartisipasi dalam sebuah program atau menerima manfaat), yang kemudian dibandingkan dengan kelompok perlakuan (orang yang menerima intervensi). Kelompok kontrol dipilih secara acak dari populasi yang sama seperti program peserta, sedangkan kelompok pembanding lebih hanya kelompok yang tidak menerima program yang diteliti. Kedua perbandingan kelompok kontrol harus serupa dengan kelompok perlakuan dalam segala hal, yang membedakan hanyalah kelompok tersebut berpartisipasi atau tidak dalam suatu program.

Menentukan counterfactual merupakan inti dari desain evaluasi. Ini dapat dicapai dengan menggunakan beberapa metodologi yang terbagi ke dalam dua kategori besar yaitu desain eksperimen (acak), dan quasi-eksperimental desain (nonrandomized). Namun demikian, cukup sulit untuk menghilangkan dampak program dari kondisi counterfactual yang dapat terpengaruh oleh sejarah, seleksi bias, dan kontaminasi. Kualitatif dan partisipatif metod juga dapat digunakan untuk menilai dampak suatu program. Teknik-teknik iniseringmemberikan informasi penting ke dalam perspektif penerima manfaat,

nilai program kepada penerima manfaat, proses yang mungkin mempengaruhi hasil, dan interpretasi yang lebih mendalam tentang hasil-hasil pengamatan dalam analisis kuantitatif. Kekuatan dan kelemahan dari setiap metode tersebut dibahas dalam lebih rinci di bawah ini. Sebagaimana dalam suatu rancangan penelitian, tidak ada teknik yang sempurna sehingga evaluator harus membuat keputusan tentang pengorbanan untuk setiap metode yang dipilih. Perencanaan awal dan kehati-hatian akan memberikan banyakklebih pilihan metodologidalam mendesain evaluasi.

2.2. Desain Evaluasi

Yang dimaksud dengan Desain evaluasi adalah keseluruhan proses dalam membuat spesifikasi sebuah rencana untuk:

- Mengumpulkan data
- Menganalisis data
- Melaporkan hasil-hasil
- Memanfaatkan hasil-hasil tersebut

Desain evaluasi adalah yang akan menentukan pertanyaan yang akan diajukan dan menentukan bagaimana menjawab pertanyaan-pertanyaan itu, ukuran-ukuran yang diperlukan, strategi-strategi pengumpulan data termasuk sampling, dan tehnik-tehnik analisis data.

Tahapan berikutnya adalah tahapan yang terkait pengumpulan dan analisis data yang aktual. Berbagai data yang berbeda akan dikumpulkan, dengan demikian tehnik analisis yang berbeda juga dapat digunakan. Berdasarkan analisis tersebut, timbul seperangkat temuan awal. Temuan-temuan ini kemudian perlu untuk dipertimbangkan secara konteks.

2.3. Validitas Internal

Dalam evaluasi yang terkait pertanyaan mengenai pengaruh atau dampak, sudah tentu suatu desain evaluasi akan berupaya untuk meniadakan penjelasan-penjelasan lain (selain intervensi) yang bisa menjawab terjadinya perubahan yang diobservasi. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa hanya intervensi adalah yang membawa pengaruh dan dampak. Dengan kata lain, perlu dicoba untuk

memastikan bahwa setiap perubahan yang diobservasi dapat dikaitkan dengan intervensi, dan bukan dengan hal lain.

Ketika berbicara tentang penjelasan-penjelasan lain yang mungkin ada, sebenarnya merupakan pembicaraan tentang validitas internal. Validitas internal adalah kemampuan sebuah desain untuk meniadakan penjelasan-penjelasan lain yang bisa digunakan untuk menerangkan hasil-hasil yang diobservasi. Sebuah desain evaluasi dengan validitas internal yang kuat memberikan keyakinan yang jauh lebih besar bahwa intervensi telah menyebabkan hasil-hasil yang diobservasi. Sebuah desain dengan validitas internal yang lemah akan membuat kesulitan dalam meyakinkan orang lain bahwa intervensi telah menyebabkan hasil-hasil yang diobservasi. Akan tetapi, penting untuk diingat bahwa kendala ini hanya merupakan penjelasan “tandingan” yang mungkin saja tidak ada. Dengan demikian, validitas internal sangat tergantung konteks.

Kendala-kendala umum terhadap validitas internal adalah:

- Sejarah (kejadian-kejadian yang berlangsung pada waktu yang bersamaan)
- Kematangan subyek (menjadi semakin tua mengubah hasil)
- Pengujian (belajar bagaimana mengikuti tes)
- Instrumentasi (perubahan-perubahan dalam hal instrumen atau prosedur pengumpulan data)
- Bias seleksi (para peserta mungkin berbeda dari awalnya)
- Pengurangan (sebuah kelompok yang spesifik bisa saja mengundurkan diri)

Desain semiekperimental adalah salah satu desain yang dapat digunakan untuk mengatasi kendala validitas internal ini.

Untuk menentukan apakah suatu intervensi telah menyebabkan perubahan, evaluasi harus menunjukkan bahwa terjadi perubahan pada patokan-patokan utama sebagai akibat dari intervensi. Berikut adalah beberapa elemen untuk dipertimbangkan dalam desain evaluasi sebab-akibat:

- ukuran sebelum-dan-sesudah
- kelompok pembanding

- pembagian secara acak pada kelompok pembandingan
- penggunaan variabel kontrol
- penggunaan variasi alamiah
- penggunaan strategi penelusuran hubungan sebab-akibat

Tim surveyor yang melaksanakan evaluasi eksperimental tradisional akan memfokuskan diri pada tiga elemen-elemen desain yang pertama ini:

- ukuran sebelum-dan-sesudah
- kelompok pembandingan
- pembagian secara acak kelompok pembandingan.

Untuk pendekatan-pendekatan yang lebih baru (misalnya pengelompokan, lokasi ganda, dan penilaian cepat), evaluator bisa menggunakan alat-alat lain, termasuk di dalamnya:

- penggunaan variabel-variabel kontrol
- strategi-strategi penelusuran kausal.

2.4. Ukuran-ukuran Sebelum-dan-Sesudah

Pengukuran sebelum-dan-sesudah adalah salah satu cara untuk mengukur perubahan. Perubahan diukur dengan menggunakan ukuran-ukuran utama pasca intervensi dibandingkan dengan ukuran-ukuran yang diambil sebelum intervensi. Ukuran sebelum dan sesudah juga dinamakan pengujian pra- dan pasca-.

Ukuran “sebelum” bisa juga dinamakan sebuah patokan dasar. Sering evaluasi yang mengumpulkan data “sebelum”, menamakan data ini sebagai patokan dasar. Mengumpulkan data patokan dasar kadang-kadang disebut sebagai studi patokan dasar.

Akan tetapi, sebuah desain yang hanya memiliki ukuran-ukuran sebelum-dan-sesudah tidak lah memadai untuk menunjukkan bahwa hanya intervensi sendiri lah yang menyebabkan perubahan. Bisa saja orang mengubah perilaku mereka karena mereka sedang diobservasi atau mungkin suatu hal yang lain terjadi pada saat yang sama ketika intervensi berlangsung dan sesuatu yang lain itu lah yang merupakan penyebab sebenarnya dari perubahan-perubahan yang kita observasi.

2.5. Kelompok Pembanding

Tanpa adanya sebuah kelompok pembanding, maka tidak akan dapat dikatakan bahwa suatu dampak akan menjadi lebih buruk apabila intervensi tidak dilaksanakan. Untuk memperkuat desain ini, ada baiknya membandingkan kelompok intervensi dengan sebuah kelompok yang tidak menerima intervensi. Kelompok yang menerima perlakuan dapat dinamakan kelompok penerima perlakuan. Dan kelompok yang tidak menerima perlakuan dinamakan kelompok kontrol. Apabila intervensi menyebabkan perubahan, dengan demikian yang berpartisipasi di dalam intervensi akan memperlihatkan lebih banyak perubahan daripada yang tidak.

2.6. Penggunaan Variabel-variabel Kontrol

Seperti disebutkan di atas, kadang-kadang tidak mungkin secara acak menunjuk orang ke dalam kelompok-kelompok demi tujuan pembanding. Akan tetapi, mungkin saja menemukan kelompok orang (atau sebuah desa, dll) yang belum menerima intervensi, dan dapat digunakan untuk pembanding. Tetapi tanpa pembagian secara acak, tetap ada besar kemungkinan bahwa kelompok pembanding berbeda dalam beberapa hal yang penting dari kelompok yang menerima intervensi. Apabila ini benar, intervensi mungkin kelihatan efektif (atau tidak efektif) semata-mata karena perbedaan-perbedaan yang sudah ada sebelumnya di antara penerima dan non-penerima intervensi.

Dalam kasus-kasus seperti itu, salah satu opsi adalah dengan mengumpulkan data tentang faktor-faktor yang akan berbeda di antara ke dua kelompok, dan yang tampak mungkin mempengaruhi hasil. Variabel-variabel ini kemudian dimasukkan ke dalam analisis data sebagai variabel-variabel kontrol. Dengan menggunakan **variabel kontrol** akan dapat meniadakan beberapa penjelasan alternatif bahkan ketika pembagian secara acak tidak memungkinkan.

2.7. Strategi Penelusuran Hubungan Sebab-Akibat (Kausal)

Strategi yang digambarkan di atas untuk menentukan apakah perubahan-perubahan yang diobservasi disebabkan oleh intervensi (dan bukan karena beberapa sebab lain) mensyaratkan strategi pengumpulan data yang cukup terstruktur dan sangat kuantitatif. Strategi-strategi itu juga mensyaratkan suatu

analisis statistik yang relatif kompleks. Bagi evaluator yang sedang melaksanakan pengkajian cepat, atau yang sedang mengevaluasi intervensi yang sangat kecil atau baru dan belum pernah dicoba, strategi-strategi seperti itu mungkin saja tidak praktis, tetapi juga tidak disarankan.

Opsi-opsi yang tersedia ketika ukuran sampelnya kecil, strategi pengumpulan data sangat terbuka, dan / atau ketika analisis statistik yang canggih tidak memungkinkan? Ada beberapa sumber yang tersedia tentang bagaimana menggunakan strategi-strategi penelusuran hubungan sebab-akibat (kausal), yang khususnya cocok untuk studi-studi kualitatif dan metode campuran (kualitatif dan kuantitatif), dan terutama ketika populasi sasarannya kecil.

Secara umum, prinsipnya sama – secara sistematis, akan menghilangkan penjelasan-penjelasan alternatif sampai ada keyakinan yang semakin-yakinnya bahwa perubahan yang diobservasi betul-betul disebabkan (terutama atau paling tidak secara substansial) oleh intervensi atau tidak.

2.8. Riset Evaluasi

Menurut Kline (1980) riset evaluasi dimaksudkan untuk mengukur hasil suatu kebijakan, program, proyek, produk atau aktivitas tertentu. Riset evaluasi pada umumnya menfokuskan diri pada dunia praktikal terutama intervensi program atau proyek yang dilaksanakan untuk kepentingan manusia dan kemaslahatannya. Tujuan spesifik yang dimaksudkan ialah membuat keputusan mengenai nilai suatu kebijakan, program atau proyek, produk atau aktivitas, baik untuk kepentingan perbaikan, sustainabilitas, terminasi maupun untuk akuntabilitas public. Riset evaluasi dilaksanakan untuk mempengaruhi aksi dan aktivitas perorangan dan kelompok yang memiliki atau dianggap memiliki peluang untuk menyesuaikan akasinya berdasarkan hasil riset evaluasi.

Banghart dan Trull (1993) menyatakan bahwa tujuan riset evaluasi sejak perencanaan hingga pelaksanaan program adalah :

1. Untuk mengambil keputusan dan menetapkan pilihan kebijakan, program dan proyek melalui serangkaian simulasi dan try-out.
2. Untuk mengukur tingkat keberhasilan pelaksanaan kebijakan, program dan proyek jangka pendek yang merupakan balikan guna melakukan revisi serta

mengadakan penyesuaian-penyesuaian terhadap tuntutan baru yang berkembang di masyarakat.

3. Untuk mengukur tingkat keberhasilan jangka panjang setelah suatu kebijakan, program atau proyek dilaksanakan yang masuk kawasan riset guna kepentingan pelaporan dan penetapan suatu kebijakan, program dan proyek yang baru.

Begitu seorang evaluator mengetahui apa yang akan diteliti, langkah berikutnya adalah memutuskan bagaimana cara meneliti. Periset harus mengembangkan rencana untuk memilih subyek yang akan dikaji, menentukan jadwal investigasi, mengembangkan instrumen dan menyusun prosedur pengumpulan data. Konsep yang merangkum keseluruhan komponen yang diperlukan dalam proses riset itulah yang dinamakan dengan desain riset.

Desain yang baik akan mengurangi ketidaktepatan dalam proses pelaksanaan riset. Dengan desain yang baik pula, maka keterkaitan antara variabel akan lebih mudah diungkapkan. Pembuktian adanya keterkaitan antara beberapa variabel mensyaratkan validitas internal. Sebuah riset akan memiliki validitas internal yang kuat apabila:

1. Penjelasan yang dikemukakannya mengenai hubungan antar-variabel bisa dipercaya.
2. Penerjemahan variabel-variabel kedalam rumusan operasional cukup tepat.
3. Ada hubungan signifikan yang dapat ditunjukkan atas dasar-dasar evidensi yang tersedia.
4. Alternatif penjelasan saingan (rival) bisa tersisihkan
5. Hasil-hasil riset itu konsisten dengan yang dikemukakan oleh hasil-hasil studi sebelumnya. (Krahtwohl, 1993).

Sedangkan validitas eksternal menjamin bisa diterapkannya hasil-hasil riset tersebut sehingga tidak lagi terbatas pada kondisi-kondisi riset. Sebuah studi akan memiliki validitas eksternal yang kuat apabila:

1. Sesuai dengan hipotesisnya.
2. Konsisten dengan pilihan-pilihan yang dibuat dalam operasional studi
3. Ditunjang oleh data-data yang memadai, tidak terbatas pada kondisi-kondisi riset, dan

4. Sesuai dengan dugaan awal ketika desain dan operasionalisasinya dilakukan.

Menurut Samsul Hadi dan Mutrofin (2006) khusus untuk riset-riset evaluasi, validitas eksternal bukanlah merupakan suatu hal yang mutlak karena yang diriset adalah kebijakan, program dan atau proyek. Kecuali untuk riset evaluasi komperatif yang mensyaratkan lebih dari satu atau beberapa kebijakan, program atau proyek.

Beberapa desain yang dapat dipergunakan dalam riset evaluasi yaitu:

1. Desain Ekperimental
2. Desain Quasi Eksperimental
3. Desain Non-Eksperimental

2.8.1. Desain Eksperimental

Desain eksperimen, juga dikenal sebagai pengacakan (randomization), umumnya dianggap yang paling dominan dari metodologi evaluasi. Juga dinamakan dengan true experimental design, karena dalam desain esperimental peneliti dapat mengontrol semua variabel luar yang mempengaruhi jalannya eksperimen. Dengan demikian, validitas internal dapat menjadi tinggi. **Ciri utama** dari desain eksperimental adalah bahwa, sampel yang digunakan untuk eksperimen maupun kelompok kontrol diambil secara random dari populasi tertentu. Jadi cirinya adalah adanya kelompok kontrol dan sampel yang dipilih secara random. Penerapan metode ini dilakukan dengan cara mengalokasikan intervensi antara penerima manfaat yang memenuhi syarat secara acak, proses itu sendiri menciptakan perlakuan yang setara antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol yang secara statistik antara satu dengan yang lainnya, mengingat ukuran sampel yang sesuai antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Ini adalah hasil yang sangat kuat karena, secara teori, kelompok kontrol dihasilkan melalui pengacakan yang berfungsi sebagai counterfactual sempurna, bebas dari isu-isu masalah bias seleksi yang ada di semua evaluasi. Manfaat utama dari teknik ini adalah kesederhanaan dalam menafsirkan hasil dari dampak program yang dapat diukur dengan cara membandingkan perbedaan rata-rata antara sampel kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

Sementara desain eksperimen dianggap pendekatan optimal untuk mengestimasi dampak proyek, dalam prakteknya ada beberapa permasalahan. Pertama, karena dalam metode pengacakan dibagi dua kelompok yaitu kelompok perlakuan dan kontrol sehingga untuk tujuan penelitian, kita menghalangi seluruh atau sebagian anggota masyarakat yang memenuhi syarat yang berada didalam kelompok kontrol untuk menerima manfaat dari sebuah program. Sebagai contoh adalah bagaimana seorang anggota rumahtangga yang memenuhi syarat dalam daerah kontrol yang seharusnya mendapat perawatan kesehatan tidak mendapatkan hal tersebut karena alasan bahwa anggota rumah tangga tersebut berada di daerah kontrol. Kedua, secara politis sulit untuk memberikan intervensi hanya kepada salah satu kelompok tetapi tidak ke kelompok lainnya. Ketiga, adalah berkaitan dengan ruang lingkup program, yang mana dalam metode pengacakan diharapkan tidak ada perubahan atau perluasan kebijakan pada tingkat nasional yang menyebabkan semua daerah akan menjadi kelompok kontrol. Keempat, karakteristik individu dalam kelompok kontrol dapat berubah selama percobaan yang bisa menggagalkan atau membuat hasil menjadi bias. Sebagai contoh adalah berpindahnya individu dari dan keluar area proyek, mereka dapat masuk dan keluar dari kelompok kontrol atau kelompok intervensi. Hal lainnya adalah, individu-individu yang ditolak oleh program namun mereka dapat mencari melalui sumber alternative lain, atau mereka yang ditawarkan program mungkin menolak masuk kelompok intervensi. Kelima, sulit untuk memastikan bahwa desain percobaan benar-benar dilakukan secara acak. Pada akhirnya, desain eksperimen adalah sesuatu yang mahal dan memakan waktu dalam situasi tertentu, terutama dalam proses pengumpulan data survei.

Dengan perencanaan yang baik, beberapa masalah dapat diatasi dalam implementasi desain eksperimental. Salah satu caranya adalah dengan seleksi acak dari para penerima manfaat. Ini dapat digunakan untuk menyediakan baik secara politik transparan mekanisme dan alokasi dasar evaluasi suara desain, sebagai kendala anggaran atau informasi sering membuat tidak mungkin untuk akurat mengidentifikasi dan menjangkau penerima manfaat yang paling memenuhi syarat. Sebuah kedua cara adalah membawa kelompok kontrol ke dalam program pada tahap berikutnya setelah evaluasi telah dirancang dan dimulai. Dengan

teknik ini, acak menentukan pilihan ketika penerima yang berhak menerima program ini, tidak jika mereka menerimanya. Hal ini dilakukan evaluasi program gizi di Kolombia, yang memberikan manfaat tambahan menangani pertanyaan mengenai waktu yang diperlukan yang terlibat untuk program untuk menjadi efektif dalam mengurangi malnutrisi (McKay 1978). Akhirnya, pengacakan dapat diterapkan dalam subset dari penerima manfaat sama memenuhi syarat, sementara mencapai semua yang paling layak dan menolak manfaat bagi memenuhi syarat minimal, seperti yang dilakukan dengan proyek-proyek pendidikan di wilayah El Chaco untuk evaluasi Bolivia dana sosial (Pradhan, Rawlings, dan Ridder 1998). Namun, jika saran terakhir ini dilaksanakan, kita harus tetap diketahui bahwa hasil yang dihasilkan dari evaluasi tersebut akan berlaku untuk kelompok dari sampel yang dipilih secara acak.

Beberapa type desain eksperimental yaitu:

- Simple True Experimental
- Complex True Experimental

Namun, desain eksperimental ini, menurut beberapa ahli mengandung kelemahan yaitu problem randomisasi. Pengacakan untuk kelompok eksperimental dan kelompok kontrol pada dirinya sendiri tidak dapat menjamin bahwa perbedaan pengamatan diantara kedua kelompok tersebut dapat didistribusikan pada program eksperimental. Karena bisa terjadi masalah kontaminasi seperti:

- a. Komunikasi dia antara kelompok eksperimen dengan kelompok kontrol
- b. Layanan alternatif untuk kelompok kontrol
- c. Tidak adanya kondisi double-blind (kedua belah pihak sama-sama tidak tahu)
- d. Kontaminasi alat ukur
- e. Kontaminasi praktisi
- f. Perbedaan personalia
- g. Pengaruh kebaruan

Guba dan Stufflebeam dalam Weis (1972) lebih lanjut mengatakan bahwa:

- a. Desain eksperimental menghendaki program tetap konstan dan bukannya memfasilitasi keberlangsungan peningkatan

- b. Desain ini berguna untuk pengambilan keputusan hanya setelah suatu program berjalan sepenuhnya dan tidak pada saat perencanaan dan implementasinya.

Desain eksperimental berupaya mengendalikan terlampau banyak kondisi dan menyebabkan program menjadi demikian steril sehingga tidak dapat digeneralisasikan ke dunia riil.

2.8.2. Quasi-Experimental Designs

Desain quasi-eksperimental adalah suatu rancangan yang terlihat agak menyerupai rancangan eksperimental tapi kurang memiliki unsur utama – penetapan secara random/acak. Metode-metode desain semi-eksperimental dapat digunakan untuk menjalankan evaluasi ketika tidak memungkinkan untuk membentuk kelompok-kelompok perlakuan dan kontrol dengan menggunakan pembagian secara random (acak). Bentuk design ini merupakan pengembangan dari true experimental design, yang sulit dilaksanakan. Design ini memiliki kelompok kontrol, tetapi tidak dapat berfungsi sepenuhnya untuk mengontrol variabel-variabel luar yang mempengaruhi pelaksanaan percobaan (experiment). Quasi experimental digunakan karena pada kenyataan sulit untuk mendapatkan kelompok kontrol yang memiliki kondisi yang persis dengan perlakuan yang digunakan dalam penelitian.

Quasi-eksperimental (acak) metode dapat digunakan untuk melaksanakan evaluasi jika tidak mungkin dilakukan perbandingan antara kelompok perlakuan dan kelompok control dalam desain eksperimen. Teknik ini menghasilkan perbandingan kelompok yang menyerupai kelompok perlakuan, setidaknya dalam karakteristik yang diamati, melalui metodologi ekonometrik, yang meliputi metode pencocokan (matching method), metode perbedaan ganda (double difference method), metode variabel instrumental (instrumental variable method), dan perbandingan refleksif (reflexive method). Pada saat teknik ini digunakan, kelompok perlakuan dan kelompok pembanding biasanya dipilih setelah intervensi program dilaksanakan dengan menggunakan metode tidak acak (nonrandom method). Oleh karena itu, control secara statistik harus diterapkan untuk mengatasi perbedaan antara kelompok perlakuan dan kelompok pembanding,

juga teknik kecocokan (*matching techniques*) yang tepat harus digunakan untuk membentuk kelompok pembandingan yang seidentik mungkin dengan kelompok perlakuan.

Keuntungan utama dari desain kuasi-eksperimental adalah bahwa metode ini dapat mendayagunakan sumber data yang ada dan karena itu sering kali lebih cepat dan lebih murah untuk dilaksanakan, dan metode ini dapat dilakukan setelah program intervensi dilaksanakan, berdasarkan keberadaan data yang tersedia. Kelemahan pokok kuasiexperimental teknik adalah bahwa (a) tingkat kepercayaan hasil sering berkurang yang disebabkan oleh metodologi statistik yang kurang kuat, (b) penerapan metode dapat menjadi rumit secara statistik, dan (c) ada permasalahan bias seleksi. Pada saat menentukan sebuah kelompok pembandingan (*control*) yang tidak dilaksanakan secara acak akan mempengaruhi keandalan hasil. Keahlian statistik yang khusus sangat diperlukan dalam merancang evaluasi, menganalisis dan menginterpretasi hasil.

Masalah ketiga adalah bias yang berkaitan dengan tingkat partisipasi terhadap suatu program dalam kelompok yang berbeda-beda dari suatu target populasi, sehingga berpengaruh terhadap sampel dan hasil akhirnya. Ada dua jenis bias: karena perbedaan terhadap sesuatu yang bisa diamati atau ada ketidakakuratan di dalam data dalam tersebut, dapat juga disebabkan oleh perbedaan yang tidak dapat diobservasi (tidak dalam data), sering juga disebut bias seleksi. Terdapat juga bias yang dapat diamati dan diperhatikan melalui karakteristik dari individu ditargetkan, seperti lokasi geografis, pertemuan sekolah, atau partisipasi dalam pasar tenaga kerja. Sesuatu yang dapat membuat bias program dapat mencakup kemampuan individu, keinginan untuk bekerja, hubungan keluarga, dan sesuatu yang subjektif (seringkali dari faktor politik) terhadap proses pemilihan individu untuk mengikuti suatu program. Kedua jenis bias tersebut dapat menghasilkan sesuatu yang tidak akurat, termasuk dibawah dan diatas dari dampak program yang sebenarnya, akan menghasilkan dampak negatif ketika program sebenarnya berdampak positif (dan sebaliknya), dan secara statistik tidak berdampak signifikan ketika dampak program yang sebenarnya adalah signifikan dan sebaliknya. (Lihat, misalnya, Lalonde 1986, Fraker dan Maynard 1987, Lalonde dan Maynard 1987, dan Friedlander dan Robins 1995.) Beberapa

metode dimungkinkan untuk mengatasi bias melalui teknik-teknik statistik seperti metode pencocokan (matching) dan variabel instrumental, tapi masih sangat sulit untuk sepenuhnya menghilangkan bias, dan hal tersebut masih menjadi tantangan besar bagi para peneliti di bidang analisis dampak.

Di antara teknik desain kuasi-eksperimental, cocok-perbandingan teknik pada umumnya dianggap sebagai alternatif kedua terbaik untuk eksperimental desain. Sebagian besar literatur tentang metodologi evaluasi ini berpusat di sekitar penggunaan jenis evaluasi, yang mencerminkan frekuensi penggunaan perbandingan cocok dan banyak tantangan yang diajukan dengan memiliki kelompok pembanding yang kurang ideal. Dalam beberapa tahun terakhir adalah kemajuan substansial dalam teknik pencocokan kecenderungan skor (Rosenbaum dan Rubin, 1985; Jalan dan Ravallion 1998). Metode ini sangat menarik bagi evaluator dengan kendala waktu dan bekerja tanpa manfaat baseline data yang diberikan itu dapat digunakan dengan cross section tunggal data. Teknik ini, bagaimanapun, tergantung pada memiliki benar data karena hal itu bergantung pada oversampling penerima program selama itu tangkas dari survei yang lebih besar dan kemudian "cocok" mereka untuk perbandingan grup yang dipilih dari sampel inti yang lebih besar dari usaha keseluruhan, sering survei rumah tangga nasional. Mengingat pertumbuhan dalam aplikasi besar survei di negara-negara berkembang, seperti serbaguna Hidup Standar Pengukuran Studi, metode evaluasi ini tampaknya menjanjikan.

2.9. Globalisasi CCT

Program conditional cash transfer banyak dijumpai diberbagai Negara, khususnya Amerika Latin dan Karibia. Meksiko meluncurkan the Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA) pada tahun 1997. Program ini merupakan awal mula program CCT dalam skala besar yang diterapkan. Brazil memiliki Programa Nacional de Bolsa Escola dan Programa de Erradicação do Trabalho Infantil, (PETI). Kolumbia meluncurkan the Familias en Acción program (FA), Honduras the Programa de Asignación Familiar (PRAF), Jamaica mengintroduksi the Program of Advancement through Health and Education (PATH), dan Nikaragua memperkenalkan the Red de Protección Social (RPS).

Program CCT kini semakin marak diadopsi di banyak negara. Tidak kurang dari 20 negara Amerika Latin, Karibia, Asia dan Afrika telah mengadopsi CCT dan sekitar 20 negara lainnya, termasuk Indonesia, menyatakan kesediaannya memulai program ini. Ada sejumlah alasan yang melatarbelakanginya CCT diadopsi diberbagai Negara, diantaranya adalah: (i) terbuktinya keberhasilan program CCT; (ii) meningkatnya targeting, (iii) flexible, (iv) alasan politis, (v) dapat diexpansi dan (vi) meningkatnya kinerja monitoring dan evaluasi

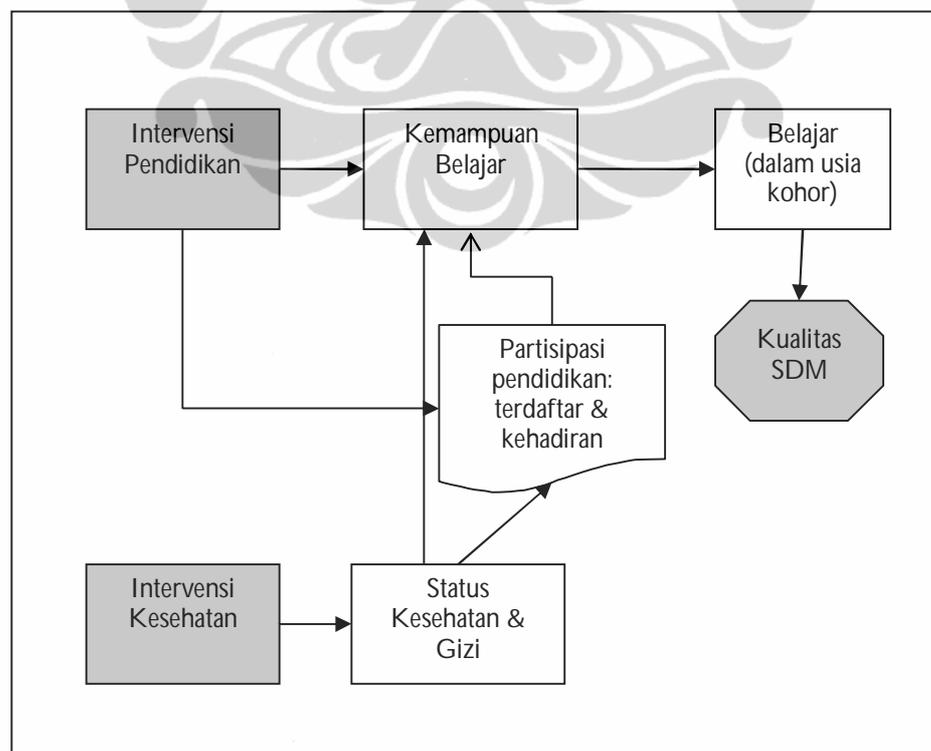
2.10. Rancang Bangun PKH

Prinsip utama PKH adalah memberikan bantuan tunai kepada rumahtangga sangat miskin (RTSM) asalkan mereka mematuhi ketentuan dan persyaratan yang ditetapkan. Berbeda dengan program bantuan langsung tunai (*Unconditional Cash Transfers-UCT*), penerima bantuan program CCT diwajibkan melakukan sejumlah aktivitas. Aktifitas ini terkait dengan investasi jangka panjang pengembangan kualitas SDM. Misalnya, penggunaan layanan kesehatan (memanfaatkan layanan *pre*-natal dan *post*-natal bagi ibu hamil, mengimunisasikan, memantau tumbuh kembang anak) dan menggunakan layanan pendidikan (mendaftarkan anak ke sekolah, dan hadir pada tingkat tertentu di sekolah). Program CCT dibanyak Negara mewajibkan kehadiran ibu pada kegiatan sosialisasi kesehatan dan gizi. Beberapa program juga menyediakan sumber-sumber yang digunakan untuk meningkatkan dan kualitas fasilitas pendidikan dan kesehatan bagi penerima program.

Gambar 2 mengilustrasikan dampak intervensi dalam program pendidikan dan kesehatan terhadap kualitas SDM. Intervensi pendidikan akan berpengaruh langsung pada aspek, yakni: (i) kemampuan belajar dan (ii) partisipasi anak dalam pendidikan (terdaftar dan kehadiran di sekolah). Sedangkan intervensi program kesehatan akan meningkatkan status kesehatan dan gizi yang selanjutnya bias mempengaruhi partisipasi anak dalam pendidikan serta kemampuan belajar bagi anak tersebut di lembaga-lembaga pendidikan. Kedua jenis intervensi pendidikan dan kesehatan dalam jangka panjang akan mempengaruhi kualitas SDM.

Persyaratan yang ditetapkan dalam PKH terdiri dari 2 (dua) komponen 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, persalinan, bayi dan balita dalam jangka panjang berpengaruh terhadap kualitas SDM. Terganggunya kesehatan akan berdampak pada pengurangan penghasilan keluarga, misalnya karena hilangnya penghasilan akibat sakit. Jika kesehatan dan/atau pendidikan terganggu akan mengakibatkan terganggunya pendapatan rumahtangga sehingga mereka bisa menjadi miskin.

Dengan mewajibkan peserta PKH menggunakan layanan kesehatan (imunisasi, pemeriksaan kandungan, pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, dll) dan pendidikan (menyekolahkan anak sampai minimal lulus sekolah setara SMP), diharapkan PKH akan merubah kebiasaan RTSM ke arah perbaikan kualitas SDM. Upaya ini dalam jangka panjang program diharapkan akan memutus mata rantai kemiskinan antar generasi.



Gambar 2 . Dampak Intervensi Kesehatan dan Pendidikan terhadap Kualitas SDM

Diterminan kematian ibu dan anak sangat kompleks. Kematian ibu di Indonesia umumnya disebabkan oleh perdarahan, infeksi, eklamsi, anemia, partus lama dan komplikasi abortus. Kematian karena perdarahan mengindikasikan manajemen persalinan kurang adekwat, sedangkan kematian ibu karena infeksi mengindikasikan upaya pencegahan dan manajemen infeksi kurang baik. Sementara itu, Survei Kesehatan Rumah Tangga tahun 1995 menemukan tiga penyebab utama kematian bayi, yaitu infeksi saluran pernafasan akut, komplikasi perinatal, dan diare. Gabungan dari ketiga penyebab ini menyumbang sekitar 75 persen kematian bayi di Indonesia. Pola penyebab utama kematian balita juga hampir mirip dengan penyebab kematian bayi, dan trennya hampir serupa dari waktu ke waktu (Depkes 2003).

Rendahnya warga miskin dalam mengakses pelayanan kesehatan semakin memperburuk status kesehatan mereka. Oleh karenanya, sebagai program yang memiliki tujuan untuk memperbaiki status kesehatan ibu dan anak, kewajiban peserta dikaitkan dengan upaya untuk meningkatkan akses terhadap pelayanan kesehatan. Bekerja dengan berbagai pemangku kepentingan (Depkes RI dan Direktorat Kesehatan Bappenas), tim pengembang PKH menyusun daftar kewajiban yang harus dipenuhi oleh peserta PKH kesehatan (Tabel 1). Kolom pertama pada Tabel 1 menunjukkan target anggota keluarga peserta PKH, kolom kedua merinci kewajiban yang harus dipenuhi oleh setiap anggota keluarga tersebut, kolom ketiga identifikasi kebutuhan sarana dan prasarana kesehatan yang harus disediakan, sedangkan kolom terakhir menyajikan estimasi dampak peningkatan permintaan terkait kewajiban peserta PKH.

Target peserta PKH adalah rumah tangga sangat miskin (RTSM). Penetapan RTSM diawali dengan validasi tingkat kemiskinan rumah tangga yang dilakukan oleh BPS melalui survai calon penerima peserta PKH¹. RTSM dipilih sebagai calon peserta PKH Kesehatan jika ketika survei roster ditemukan anggota

¹ Calon peserta PKH diperoleh dari daftar peserta BLT. Kriteria penetapan RTSM sebagai peserta PKH dikembangkan oleh BPS, Bappenas dan World Bank. Kriteria penilaian RTSM dapat ditemukan di "Kuesioner: Pendataan Keluarga Miskin Calon Penerima Bantuan Tunai Bersyarat – BTB07.RTM".

keluarga yang terdiri atas ibu hamil dan anak berusia kurang atau sama dengan 6 tahun.

Status kesehatan ibu berimplikasi bukan hanya pada kesehatan ibu, tetapi juga secara langsung pada kesehatan janin atau bayi pada minggu pertama kehidupannya (Depkes 2003). Oleh karenanya, upaya peningkatan status kesehatan anak dalam PKH disinergikan pula dengan upaya peningkatan kesehatan ibu. Kolom pertama Tabel 1 menunjukkan target anggota keluarga peserta PKH yang terdiri atas 7 kelompok: Ibu Hamil, Ibu Melahirkan, Ibu Nifas, Bayi usia 0-11 bulan, Bayi usia 6-11 bulan, Anak usia 2-5 tahun, dan Anak usia 5-6 tahun. Pengelompokan ini dilakukan untuk mempermudah identifikasi kewajiban yang harus dilakukan oleh masing-masing kelompok sasaran ini (Hidayat B, 2006).

Kolom 2 Tabel 1 merinci daftar kewajiban yang harus dipenuhi oleh seluruh target sasaran peserta PKH kesehatan. Daftar ini merupakan modifikasi rincian protokol kesehatan yang digunakan Depkes RI. Dalam protokol kesehatan tertulis anak usia 2-5 tahun ditimbang setiap bulan (Depkes RI, 2005). Meski PKH hanya memperhitungkan waktu penimbangan 3 bulan sekali, peserta PKH dengan anak usia 2-5 tahun tetap dianjurkan memonitor tumbuh kembang setiap bulan. Monitor tumbuh kembang anak usia 2-5 tahun sebanyak 3 bulan sekali didasarkan atas pertimbangan berikut:

- (i) Menimbang anak usia 2-5 tahun setiap bulan berimplikasi pada ketersediaan tenaga dan kualitas penimbangan. Tenaga kesehatan bisa kewalahan merespons lonjakan penimbangan setiap bulan (meski penimbangan dilakukan oleh kader posyandu). Kompas Sabtu 27 Oktober menyebutkan bahwa penetapan jadwal Posyandu serentak setiap tanggal 27 sejak Desember 2005 memiliki efek samping yaitu “kapasitas tenaga medis pemerintah tidak mampu mencukupi ribuan Posyandu yang beroperasi pada hari yang sama”.
- (ii) Dari sisi konsumen, khususnya ibu-ibu RSTM, penetapan penimbangan setiap bulan dirasa memberatkan. Membawa anak usia 2-5 tahun ke Posyandu, dari sisi ekonomi, memberatkan keluarga. Meskipun *opportunity cost* RTSM tidak setinggi keluarga mampu, kunjungan setiap bulan mengurangi waktu

ekonomis yang bisa dimanfaatkan untuk berkerja dan menghasilkan sesuatu yang berarti bagi keluarganya.

Modifikasi lain adalah menambah kewajiban bagi anak usia 5-6 tahun, yang tidak disebutkan dalam protokol kesehatan. Penambahan dilakukan untuk mengakomodasi rancang bangun PKH, khususnya pengelolaan administrasi. PKH mencakup komponen pendidikan dengan target RTSM yang memiliki anak usia 6-15 tahun. Jika kewajiban PKH kesehatan berlaku bagi anak balita saja, RTSM dengan anak 5-6 tahun untuk sementara akan dikeluarkan dari program. Padahal setahun kemudian anak tersebut memenuhi syarat sebagai peserta PKH pendidikan.

Secara umum, kewajiban PKH kesehatan selaras dengan ketentuan yang kini berlaku, yaitu pelayanan KIA dan kebijakan pembiayaan kesehatan (Hidayat B, 2006). Ketentuan pelayanan KIA erat kaitannya dengan pelayanan antenatal, persalinan, nifas, dan perawatan bayi, seperti: (i) pelayanan antenatal mengharuskan diberikan oleh semua fasilitas kesehatan, dan harus disesuaikan standard nasional yaitu minimal 4 kali selama kehamilan (1 kali masing-masing pada trimester I dan II, dan 2kali pada trimester III); (ii) persalinan harus ditolong oleh petugas kesehatan terlatih.

Sedangkan kebijakan pembiayaan yang terkait adalah pembiayaan jaminan kesehatan masyarakat miskin. Pemerintah kini menjamin 76.4 juta penduduk miskin dalam program jaminan kesehatan (dulu dikenal Askeskin). Kewajiban PKH kesehatan sejalan dengan paket Jamkesmas. Artinya, ketika peserta PKH memanfaatkan pelayanan kesehatan (misal antenatal care di Puskesmas, persalinan di Polindes atau di Bidan Desa), mereka tidak diwajibkan membayar biaya pelayanan karena sudah dijamin Jamkesmas. Ini merefleksikan PKH sejalan dengan Jamkesmas. Keduanya saling melengkapi dan berupaya meningkatkan akses warga miskin pada layanan kesehatan. Keduanya juga memberikan intervensi pada sisi konsumen. Bedanya, intervensi PKH berupa uang tunai yang diberikan ke konsumen, sedangkan intervensi Jamkesmas berupa subsidi premi.

2.11. Penelitian sebelumnya

Pelaksanaan CCT di berbagai Negara selalui diikuti dengan upaya pengukuran sistematis untuk mendeteksi dampak program. Hasil evaluasi telah menunjukkan keberhasilan program untuk meningkatkan performa indikator yang terkait erat dengan perbaikan SDM. Indikator-indikator tersebut umumnya sejalan dengan luaran/outputs kewajiban yang ditetapkan dalam program CCT, yakni pendidikan dan kesehatan.

2.11.1. Dampak CCT terhadap Pendidikan

1. Penelitian Alan de Brauw dan John Hoddinott

Dalam penelitiannya yang berjudul “*Must Conditional Cash Transfer Programs Be Conditioned to Be Effective? The Impact of Conditioning Transfers on School Enrollment in Mexico*,” Alan de Brauw and John Hoddinott (2008), menyatakan bahwa transfer tunai bersyarat (CCT) program dapat menghasilkan efek yang positif pada berbagai indikator kesejahteraan rumah tangga miskin di negara-negara berkembang.

Namun, kontribusi masing-masing komponen program untuk mencapai hasil tersebut tidak terlalu menjelaskan hasil yang didapat. Penelitian ini memberikan kontribusi untuk menjelaskan dengan lebih detail dengan cara pengujian secara eksplisit pentingnya persyaratan pada satu hasil tertentu yang terkait dengan pembentukan modal manusia (yaitu pendaftaran sekolah), dengan menggunakan data dikumpulkan selama evaluasi “Meksiko Programa de Educación, Salud, y Alimentación (Progres)” salah satu CCT program di Mexico. Penelitian ini menemukan fakta bahwa ada pengaruh penerima program yang menerima transfer tetapi tidak menerima formulir yang diperlukan untuk memantau kehadiran anak-anak mereka di sekolah cenderung mengurangi kemungkinan anak-anak bersekolah. Dengan menggunakan berbagai teknik, termasuk pencocokan tetangga terdekat (*nearest neighbor matching*) dan regresi fixed efek level rumah tangga (*household fixed effects regressions*), untuk menunjukkan bahwa kurangnya formulir yang diperlukan akan mengurangi kemungkinan anak-anak tidak bersekolah, dengan instrumen ini

ditemukan fakta bahwa pemantauan anak-anak dari rumahtangga penerima bantuan tetapi tidak menerima formulir pemantauan akan mengurangi keinginan untuk masuk sekolah, terutama anak-anak dalam masa transisi dari sekolah dasar ke sekolah menengah.

2. Penelitian Emmanuel Skoufias

Dalam penelitian yang berjudul *The Impact Evaluation of the PROGRESA/Oportunidades program of Mexico*, Emmanuel Skoufias (2007). Program CCT di Meksiko, dikenal dengan Progresra, berhasil meningkatkan angka partisipasi sekolah SLTP sebesar 6 persen pada kelompok pria dan 9persen pada kelompok wanita. Progresra berhasil meningkatkan angka transisi sekolah dari jenjang SD ke SLTP sebesar 15persen pada kelompok wanita yang biasanya putus sekolah sebelum masuk SMP. Anak-anak dari keluarga penerima Progresra memasuki usia sekolah relatif lebih muda dan kejadian tidak naik kelas lebih kecil ketimbang anak-anak dari keluarga non-penerima bantuan. Namun demikian, progresra memiliki dampak relatif kecil pada angka kehadiran sekolah, pencapaian nilai standar test serta kemampuannya menarik anak-anak drop-out untuk masuk ke sekolah. Temuan ini layak menjadi pertimbangan lebih lanjut pada peningkatan rancangan atau dalam mendisain program komplementer lainnya.

Program CCT di Meksiko, Kolumbia dan Turkey berhasil meningkatkan angka partisipasi sekolah SD dan SLTP. Dampak CCT terhadap angka partisipasi SD relatif lebih kecil ketimbang SLTP karena partisipasi SD umumnya sudah lebih tinggi. Artinya, dampak CCT pada partisipasi sekolah akan tinggi jika dilaksanakan pada lokasi dimana angka partisipasinya rendah. Di Kolumbia, misalnya, angka partisipasi SLTP meningkat 30 persen poin, dan angka kehadirannya meningkat 43 persen poin. Di Bangladesh ada sekitar 3 juta anak-anak tidak terdaftar di SD. Meski relatif kecilnya CCT yang ditargetkan pada kelompok anak yang sulit dijangkau termasuk anak jalanan, program CCT di Bangladesh berhasil meningkatkan angka partisipasi SD mencapai 9 persen poin. Sayangnya temuan ini hanya terdeteksi di sekolah-sekolah yang juga menerima bantuan dalam rangka upaya peningkatan kualitas sekolah. Di Nikaragua, dimana angka partisipasi sekolah masih kecil, program CCT berhasil meningkatkan angka

partisipasi sekolah secara keseluruhan sebesar 13% poin (angka partisipasi sekolah anak-anak dari kelompok keluarga sangat miskin meningkat sebesar 25persen poin dan angka kehadiran anak SD meningkat 20 poin). Sayangnya dua tahun setelah rumahtangga berhenti menerima bantuan, partisipasi sekolah turun sebesar 12.5persen poin, walau masih lebih tinggi 8 persen poin dibandingkan dengan angka partisipasi sekolah sebelum program CCT diluncurkan. Ini mengindikasikan kesinambungan dampak program perlu diperhatikan dalam rancang bangun CCT.

Tabel 3. Dampak CCT pada Pendidikan

Jenjang Pendidikan	Negara				
	Meksiko	Nicaragua	Cambodia	Bangladesh	Turkey
SD	+0.96-1.45% poin (wanita) +0.74-1.07 % poin (pria)	+12.8 % poin	~	+8.9% poin	+0.8% poin
SMP	+7.2-9.3% poin (wanita) +3.5-5.85 poin (pria)	~	+30 % poin	+12% poin (wanita)	+16.7 % poin

Sumber: Schultz 2001; Skoufias 2005; IFPRI 2003; Maluccio & Flores 2005; Filmer & Schady 2006; Ahmed 2006; Khandker, Pitt, & Fuwa 2003; Ahmed et al. 2007.

2.11.2. Dampak CCT terhadap Kesehatan

Program CCT menunjukkan dampak signifikan pada aspek kesehatan dan gizi. Angka kunjungan kesehatan meningkat 18 persen di lokasi-lokasi Progresia (Meksiko), dan angka kesakitan pada kelompok anak usia 0–5 tahun turun 12 persen. Penggunaan layanan kesehatan di Honduras meningkat 15–21persen poin. Dampak CCT tinggi juga ditemukan pada aktivitas pemantauan tumbuh kembang anak di Kolombia, Honduras, Meksiko dan Nikaragua.

Sejumlah program CCT juga berhubungan dengan peningkatan tinggi badan, sebuah aspek penting untuk mengukur status gizi dalam jangka panjang. Angka stunting di Meksiko, Nikaragua dan Kolombia turun, secara berurutan,

10%, 5.5% dan 7%. Meski mekanisme pencapaian peningkatan status gizi tidak diketahui pasti, kemungkinannya disebabkan dari beberapa karakteristik dasar CCT, seperti (i) peningkatan pendapatan rumah tangga karena subsidi sehingga berdampak pada peningkatan belanja makanan, (ii) adanya kewajiban bagi anggota keluarga untuk memotivasi tumbuh kembang anak, dan (iii) adanya informasi tentang perawatan anak serta tambahan makanan bergizi. Di Meksiko dan Nikaragua, misalnya, konsumsi makanan berkalori meningkat, demikian halnya untuk konsumsi buah-buahan, sayur mayur, daging dan berbagai produk makanan harian lainnya.

Di Honduras tidak ditemukan dampak positif program CCT terhadap peningkatan status gizi. Sedangkan di Brazil, program CCT semula dikaitkan dengan sedikit turunnya berat badan, namun fenomena ini akhirnya dibantah. Anekdote, Ibu-ibu memelihara berat badan anak-anaknya pada kondisi rendah karena munculnya persepsi bahwa mereka akan kehilangan banyak keuntungan jika berat badan anaknya tumbuh dengan pesat. Fenomena ini penting terhadap berfungsinya mekanisme yang menjamin kejelasan dan komunikasi yang teratur antara pelaksana program dengan penerima program sehingga persyaratan yang ditetapkan dalam program tidak menimbulkan insentif yang negatif. Di Turkey, tidak cukupnya atau kurang tepatnya informasi tentang program juga mengurangi dampak program.

Beberapa program CCT juga berusaha ditargetkan untuk mengeliminasi kekurangan zat bergizi. Di Meksiko, penerima program memiliki kejadian anemia lebih kecil ketimbang bukan penerima program, meskipun angkanya masih tetap tinggi. Di Nikaragua, meskipun ibu-ibu melaporkan bahwa mereka menerima tablet Fe, namun anemia tidak terbukti terpengaruh oleh program. Penyebabnya, mereka tidak memberikan suplemen ini kepada anak-anaknya dengan kepercayaan bahwa suplemen akan berdampak buruk bagi perut dan gigi. Fenomena ini merupakan tantangan besar dalam memecahkan permasalahan kekurangan zat gizi, dimana pendekatan multidimensi lebih dibutuhkan, ketimbang bantuan tunai atau pemberian suplemen itu sendiri.

Tabel 4. Dampak CCT Pada Kesehatan

	Negara (<i>Program</i>)		
	Meksiko (<i>Progres</i>)	Honduras	Nikaragua
Kunjungan kesehatan	+18%	+15-21% poin	+16.3% poin
Kesakitan (0-5 tahun)	-12%	~	~
Tumbuh Kembang anak	+30-60%	+17-22 % poin	+13 % poin
Gizi (stunting)	-10% pts	Tdk ada dampak	-5.5 % poin

Sumber: Skoufias 2005; Gertler 2000; Hoddinott 2003; Maluccio and Flores 2005)

Program CCT juga berusaha memecahkan isu gender. Program CCT berhasil secara signifikan meningkatkan angka partisipasi sekolah anak perempuan, yang secara historis telah mengalami diskriminasi karena pendidikan bagi anak perempuan dianggap tidak penting bagi pria. Penelitian di Meksiko and Nikaragua menemukan program CCT terkait dengan peningkatan sikap terhadap pendidikan perempuan serta pemberdayaan kaum perempuan secara umum.

Kelompok wanita melaporkan peningkatannya tentang pengetahuan, kepedulian sosial, dan percaya dirinya karena adanya sejumlah aktivitas program CCT bagi para penerima program, seperti pertemuan, pengorganisasian, dan lokakarya. Namun demikian tidak semua program CCT memberikan kesempatan seperti ini, dan oleh karenanya perlu melihat sejumlah potensi besar untuk meningkatkan status wanita. Penelitian di bagian barat Turkey menemukan adanya persepsi sosial budaya yang bertentangan dengan pendidikan bagi kaum perempuan ternyata lebih kuat ketimbang insentif cash. Hal ini menunjukkan bahwa masih diperlukan pendekatan-pendekatan tambahan untuk memecahkan permasalahan ini. Padahal program CCT di daerah ini juga telah memberi berbagai kesempatan bagi perempuan untuk lebih berpartisipasi menggunakan waktunya diluar rumah dan terlibat dengan berbagai institusi seperti perbankan serta kantor-kantor pemerintahan.

BAB 3 METODOLOGI PENELITIAN

3.1. Gambaran Umum

Pada bagian ini akan dijelaskan mengenai sekilas tentang Program Keluarga Harapan (PKH), pelaksanaan program, persyaratan bagi penerima, persyaratan dari sisi komponen kesehatan, persyaratan dari sisi komponen pendidikan, besaran bantuan dan resertifikasi

3.1.1. Sekilas Tentang Program Keluarga Harapan (PKH)

Program Keluarga Harapan (PKH) merupakan salah satu program pemerintah untuk penanggulangan kemiskinan dan merupakan cikal bakal sistem jaminan sosial bagi masyarakat miskin di Indonesia dalam rangka percepatan penanggulangan kemiskinan. Prinsip dasar PKH adalah memberikan bantuan tunai bersyarat kepada RTSM yang memenuhi kriteria program dengan menerapkan persyaratan pendidikan dan kesehatan bagi penerimanya. Melalui pemberian bantuan tunai kepada RTSM diharapkan tingkat kesejahteraan RTSM dapat meningkat melalui peningkatan konsumsi rumah tangga, serta peningkatan pelayanan pendidikan dan kesehatan.

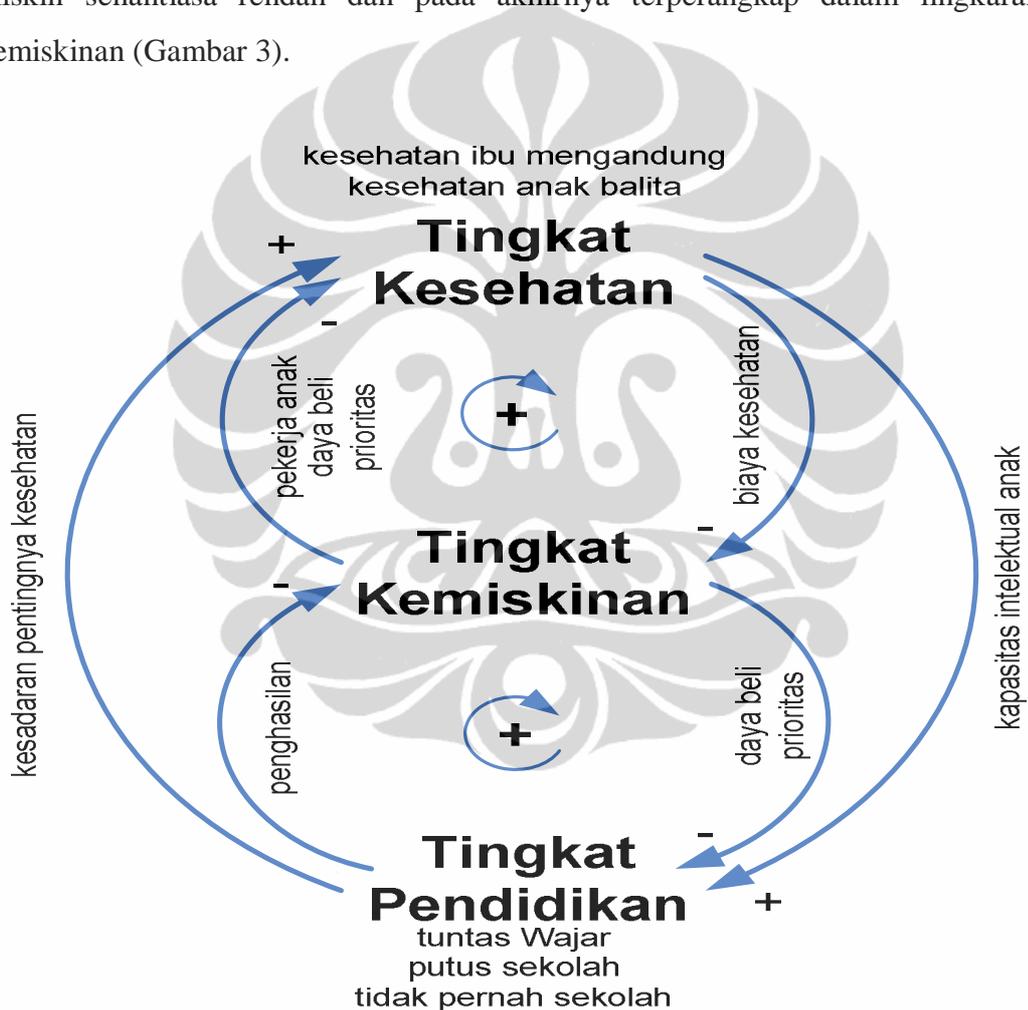
Program yang di negara lain dikenal dengan istilah *Conditional Cash Transfers (CCT)* atau bantuan tunai bersyarat ini **bukan** merupakan kelanjutan program Subsidi langsung Tunai (SLT) yang diberikan dalam kerangka Program Kompensasi Pengurangan Subsidi (PKPS) BBM untuk waktu 1 tahun. Berdasarkan pengalaman negara-negara lain, program serupa sangat bermanfaat terutama bagi keluarga dengan kemiskinan kronis. Pelaksanaan PKH di Indonesia diharapkan akan membantu penduduk miskin, yang pada tahun 2006 tercatat masih sebesar 39 juta jiwa atau 17,75 persen dari jumlah penduduk. Pelaksanaan PKH secara berkesinambungan setidaknya hingga tahun 2015 akan mempercepat pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium (*Millennium Development Goals* atau MDGs).

Dalam PKH, bantuan akan diberikan kepada rumah tangga sangat miskin (RTSM) dengan persyaratan yang dikaitkan dengan upaya peningkatan sumber daya manusia seperti pendidikan, kesehatan dan gizi. Untuk jangka pendek, bantuan ini akan membantu beban pengeluaran RTSM. Sedangkan untuk jangka panjang, dengan mensyaratkan keluarga penerima untuk menyekolahkan anaknya, melakukan imunisasi balita, memeriksakan kandungan bagi ibu hamil, dan perbaikan gizi, diharapkan akan memutus rantai kemiskinan antar generasi.

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. Angka kematian bayi pada kelompok penduduk berpendapatan terendah pada tahun 2003 adalah 61 persen, sedangkan pada kelompok berpendapatan tertinggi tinggal 17 persen (SDKI 2003). Angka kematian ibu di Indonesia juga tinggi, yaitu sekitar 310 wanita per 100 ribu kelahiran hidup, atau tertinggi di Asia Tenggara. 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.

Rendahnya kondisi kesehatan keluarga sangat miskin sering berdampak pada tidak optimalnya proses tumbuh kembang anak, terutama pada usia 0-5 tahun. Pada tahun 2003, angka kematian balita pada kelompok penduduk berpendapatan terendah adalah 77 persen per 1000 kelahiran hidup, sementara pada kelompok penduduk berpendapatan tertinggi hanya 22 persen per 1000 kelahiran hidup (SDKI, 2003). Pada periode tahun 2000-2005, terdapat kecenderungan bertambahnya kasus gizi kurang yang meningkat dari 24,5 persen pada tahun 2000 menjadi 29 persen pada tahun 2005. Gizi kurang 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. Meskipun angka partisipasi sekolah dasar tinggi, namun masih banyak anak keluarga miskin yang putus sekolah atau tidak melanjutkan ke SMP/Mts. Kondisi ini menyebabkan kualitas generasi penerus keluarga sangat miskin senantiasa rendah dan pada akhirnya terperangkap dalam lingkaran kemiskinan (Gambar 3).



Gambar 3. Lingkaran perangkap kemiskinan

Berbagai indikator di atas menunjukkan bahwa pemenuhan kebutuhan dasar, khususnya bidang pendidikan dan kesehatan, terutama bagi RTSM perlu ditingkatkan sejalan dengan upaya pemerintah membangun sarana dan prasarana

pendidikan dan kesehatan serta meluncurkan program-program yang ditujukan bagi keluarga miskin.

Masih banyaknya RTSM yang tidak mengakses dan memperoleh manfaat dari program-program tersebut disebabkan oleh akar permasalahan yang terjadi baik pada sisi RTSM (*demand*) maupun sisi penyedia pelayanan (*supply*). Pada sisi RTSM, ketidaktahuan atau ketidakpedulian RTSM terhadap pentingnya kesehatan dan pendidikan diakibatkan oleh rendahnya tingkat pendidikan atau akses informasi yang terbatas. Selain itu, RTSM sering tidak mampu membiayai pemeliharaan atau perawatan kesehatan dan pendidikan bagi anggota keluarganya akibat rendahnya tingkat pendapatan.

Sementara itu, permasalahan pada sisi *supply* yang menyebabkan rendahnya akses RTSM terhadap pendidikan dan kesehatan antara lain adalah: 1) biaya pelayanan yang tidak terjangkau oleh RTSM; 2) jarak antara tempat tinggal dan lokasi pelayanan yang relatif jauh; dan 3) waktu pelayanan yang kurang sesuai sehingga harus berkompetisi dengan kegiatan lain yang sulit ditinggalkan (seperti bekerja).

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.*"

Dari sisi kebijakan sosial, PKH merupakan cikal bakal pengembangan sistem jaminan sosial, khususnya bagi keluarga miskin. Persyaratan PKH yang mengharuskan RTSM menyekolahkan dan memeriksakan kesehatan anak-anaknya, serta memeriksakan ibu hamil, akan membawa perubahan pola pikir dan perilaku RTSM terhadap pentingnya kesehatan dan pendidikan bagi anak-anaknya. 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*”. Dengan demikian, PKH membuka peluang terjadinya sinergi antara program yang mengintervensi sisi *supply* dan *demand*, dengan tetap mengoptimalkan desentralisasi. Koordinasi antar sektor, antar tingkat pemerintahan, dan antar pemangku kepentingan (*stakeholders*) PKH menjadi kunci keberhasilan PKH.

Pada akhirnya, implikasi positif dari pelaksanaan PKH harus bisa dibuktikan secara empiris sehingga pengembangan PKH memiliki bukti nyata yang bisa dipertanggungjawabkan. Untuk itu, pelaksanaan PKH juga akan diikuti dengan program monitoring dan evaluasi yang optimal.

3.1.2. Pelaksanaan PKH

Untuk tahun 2007, PKH akan dilaksanakan pada beberapa daerah uji coba dengan sasaran sebanyak 500 ribu RTSM. Tujuan uji coba ini adalah untuk menguji berbagai instrumen yang diperlukan dalam pelaksanaan PKH, seperti antara lain metode penentuan sasaran, verifikasi persyaratan, mekanisme pembayaran, dan pengaduan masyarakat.

Apabila tahap uji coba ini menunjukkan hasil yang positif, maka PKH akan dilaksanakan setidaknya sampai dengan tahun 2015. Hal ini sejalan dengan komitmen pencapaian MDGs, mengingat sebagian indikatornya dapat diupayakan melalui PKH. Selama periode tersebut, target peserta secara bertahap akan ditingkatkan hingga mencakup seluruh RSTM dengan anak usia pendidikan dasar dan ibu hamil/nifas (Tabel 1).

Peserta PKH akan menerima bantuan selama maksimal 6 tahun. Hal ini berdasar pada pengalaman pelaksanaan program serupa di negara-negara lain yang menunjukkan bahwa setelah 5-6 tahun peserta dapat meningkat kualitas hidupnya. Untuk itu, setiap 3 tahun akan dilakukan resertifikasi terhadap status kepesertaan. Apabila setelah 6 tahun kondisi RTSM masih berada di bawah garis kemiskinan, maka untuk *exit strategy* PKH memerlukan koordinasi dengan

program lain yang terkait seperti antara lain ketenagakerjaan, perindustrian, perdagangan, pertanian, pemberdayaan masyarakat, dan sebagainya.

3.1.3. Persyaratan penerima PKH

Penerima bantuan PKH adalah RTSM yang memiliki anggota keluarga yang terdiri dari anak usia 0-15 tahun dan/atau ibu hamil/nifas. Bantuan tunai hanya akan diberikan kepada RTSM yang telah terpilih sebagai peserta PKH dan mengikuti ketentuan yang diatur dalam program.

Agar penggunaan bantuan dapat lebih efektif diarahkan untuk peningkatan kualitas pendidikan dan kesehatan, bantuan harus diterima oleh ibu atau wanita dewasa yang mengurus anak pada rumah tangga yang bersangkutan (dapat nenek, tante/bibi, atau kakak perempuan). Untuk itu, pada kartu kepesertaan PKH akan tercantum nama ibu/wanita yang mengurus anak, bukan kepala rumah tangga. Pengecualian dari ketentuan di atas dapat dilakukan pada kondisi tertentu dengan mengisi formulir pengecualian di UPPKH kecamatan yang harus diverifikasi oleh ketua RT setempat dan pendamping PKH. Ketentuan lebih lanjut diatur dalam pedoman operasional UPPKH Daerah.

Kepesertaan PKH tidak menutup keikutsertaan RTSM penerima pada program-program lainnya.

Pada pengembangan tahap awal ini, PKH terdiri atas 2 komponen bantuan, yaitu komponen kesehatan dan komponen pendidikan. Persyaratan pada masing-masing komponen bantuan yang harus diikuti oleh peserta PKH adalah sebagai berikut:

3.1.4. Persyaratan Dari Sisi Komponen Kesehatan

RTSM yang ditetapkan sebagai peserta PKH akan menerima bantuan komponen bidang kesehatan jika terdapat anggota keluarga yang terdiri dari anak usia 0-6 tahun dan/atau ibu hamil/nifas. Apabila terdapat anak usia 6 tahun yang telah masuk sekolah dasar, maka RTSM tersebut mengikuti persyaratan komponen pendidikan. Peserta PKH dengan anak usia 0-6 tahun dan/atau ibu hamil akan menerima bantuan komponen kesehatan jika anggota keluarga RTSM mengikuti persyaratan seluruh protokol pelayanan kesehatan yang telah

ditetapkan. Rincian protokol pelayanan kesehatan tersebut disajikan pada Tabel 5 berikut ini.

Tabel 5. Protokol Pelayanan Kesehatan bagi Peserta PKH

<p><u>Anak usia 0-6 tahun:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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.
<p><u>Ibu hamil dan ibu nifas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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.

3.1.5. Persyaratan Dari Sisi Komponen Pendidikan

RTSM yang ditetapkan sebagai peserta PKH akan menerima komponen pendidikan jika terdapat anak yang berusia 6-15 tahun. Peserta PKH ini akan menerima bantuan komponen pendidikan sepanjang anak yang berusia 6-15 tahun tersebut terdaftar di sekolah SD/MI atau SMP/MTs (termasuk SMP/MTs terbuka) dan mengikuti kehadiran di kelas minimal 85 persen dari hari sekolah dalam sebulan selama tahun ajaran berlangsung.

Jika dalam RTSM terdapat anak dengan usia antara 15 sampai dengan 18 tahun namun belum menyelesaikan pendidikan dasar, maka RTSM tersebut dapat menjadi peserta PKH dan menerima bantuan komponen pendidikan apabila anak

tersebut didaftarkan ke sekolah terdekat atau mengambil pendidikan kesetaraan (Paket A setara SD/MI atau Paket B setara SMP/MTs) dengan mengikuti ketentuan yang berlaku.

Apabila dalam RTSM terdapat ibu hamil/nifas dan/atau anak dengan usia kurang dari 15 tahun (atau antara usia 15-18 tahun namun belum menyelesaikan pendidikan dasar) akan menerima kedua komponen kesehatan dan pendidikan, dengan besaran bantuan sesuai ketentuan yang berlaku.

3.1.6. Besaran Bantuan

Besaran bantuan untuk setiap RTSM peserta PKH mengikuti skenario bantuan yang disajikan pada Tabel 6 berikut:

Tabel 6. Skenario Bantuan PKH

Skenario Bantuan	Bantuan per RTSM per tahun
Bantuan tetap	Rp. 200.000
Bantuan pendidikan:	
a. SD/MI	Rp. 400.000
b. SMP/MTs	Rp. 800.000
Bantuan kesehatan:	
a. Balita	Rp. 800.000
b. Ibu hamil/nifas	Rp. 800.000
Rata-rata bantuan per RTSM	Rp. 1.390.000
Bantuan minimum per RTSM	Rp. 600.000
Bantuan maksimum per RTSM	Rp. 2.200.000

Catatan:

- Bantuan komponen kesehatan berlaku bagi RTSM dengan anak di bawah 6 tahun dan/atau ibu hamil/nifas. Besar bantuan ini tidak dihitung berdasarkan jumlah anak.
- Bantuan komponen pendidikan dihitung berdasarkan jumlah anak, apabila masih dibawah batas maksimum bantuan per RTSM per tahun
- Besar bantuan adalah 16% rata-rata pendapatan RTSM per tahun
- Batas minimum dan maksimum adalah antara 15-25% pendapatan rata-rata RTSM per tahun

Dengan adanya perbedaan komposisi anggota keluarga RTSM, maka besar bantuan yang diterima setiap RTSM akan bervariasi. Contoh variasi besar bantuan, baik per tahun maupun per triwulan, berdasarkan komposisi anggota keluarga dapat dilihat pada tabel 6. Apabila besar bantuan yang diterima RTSM melebihi batas maksimum yang ditetapkan sebagaimana digambarkan pada contoh 7 tabel 6 maka untuk dapat menjadi peserta PKH seluruh anggota RTSM yang memenuhi persyaratan harus mengikuti ketentuan PKH.

Apabila peserta tidak memenuhi komitmennya dalam satu triwulan, maka besaran bantuan yang diterima akan berkurang dengan rincian sebagai berikut:

- a. Apabila peserta PKH tidak memenuhi komitmen dalam satu bulan, maka bantuan akan berkurang sebesar Rp 50,000,-
- b. Apabila peserta PKH tidak memenuhi komitmen dalam dua bulan, maka bantuan akan berkurang sebesar Rp 100,000,-
- c. Apabila peserta PKH tidak memenuhi komitmen dalam 3 bulan berturut-turut, maka tidak akan menerima bantuan dalam satu periode pembayaran.

Ketentuan di atas berlaku secara *tanggung renteng* untuk seluruh anggota keluarga penerima bantuan PKH.

3.1.7. Resertifikasi

Kepesertaan RTSM dalam PKH diharapkan akan membawa perbaikan pendapatan dan kualitas anak-anak RTSM tersebut. Dengan demikian, RTSM tersebut tidak akan selamanya menjadi peserta atau penerima bantuan PKH. Untuk itu, dalam rancangan PKH disusun *exit strategy* yang dilakukan melalui resertifikasi.

Resertifikasi adalah proses evaluasi status kepesertaan PKH untuk menentukan apakah peserta masih layak atau tidak sebagai penerima bantuan. Untuk melakukan resertifikasi, pelaksana program akan mendatangi peserta PKH dengan melihat secara langsung kondisi mereka dan mengajukan pertanyaan seperti pada saat registrasi awal, yaitu antara lain informasi dasar kepesertaan (nama, alamat, umur dan jenis kelamin), kondisi ekonomi peserta (pekerjaan saat ini, tempat bekerja dan penghasilan yang diterima), status pendidikan anggota keluarga (orang tua dan anak-anak), kondisi tempat tinggal dan sebagainya. Data

yang diperoleh dari hasil resertifikasi akan digunakan sebagai bahan pertimbangan untuk menetapkan keberlanjutan kepesertaan dalam PKH.

Proses resertifikasi dilakukan setiap tiga tahun, sebanyak-banyaknya 2 (dua) kali selama kepesertaan suatu RTSM dalam PKH. Tahap resertifikasi tersebut adalah sebagai berikut:

- Resertifikasi pertama dilakukan ketika kepesertaan PKH berlangsung selama 3 tahun. Apabila hasil resertifikasi tahap ini menunjukkan bahwa suatu RTSM masih berstatus miskin, maka RTSM tersebut akan tetap menerima bantuan. Namun apabila hasil resertifikasi mengindikasikan bahwa RTSM sudah mampu, maka status kepesertaan PKH akan dihentikan. Pengalaman negara lain menunjukkan bahwa pada resertifikasi pertama baru sekitar 15 persen dari total penerima bisa keluar dari program.
- Resertifikasi tahap kedua dilakukan ketika kepesertaan PKH berlangsung sampai dengan 6 tahun. Jika dalam resertifikasi tahap kedua suatu RTSM masih dalam status miskin, maka rumah tangga tersebut akan dikoordinasikan untuk bergabung dengan program perlindungan sosial lainnya, seperti antara lain asuransi kesejahteraan sosial (Askesos), program pemberdayaan keluarga fakir miskin, program pemberdayaan masyarakat, dan program-program pembangunan lainnya yang terkait. Sedangkan jika hasil resertifikasi mengindikasikan peserta sudah tidak miskin, maka mereka secara otomatis akan keluar dari status kepesertaan PKH.

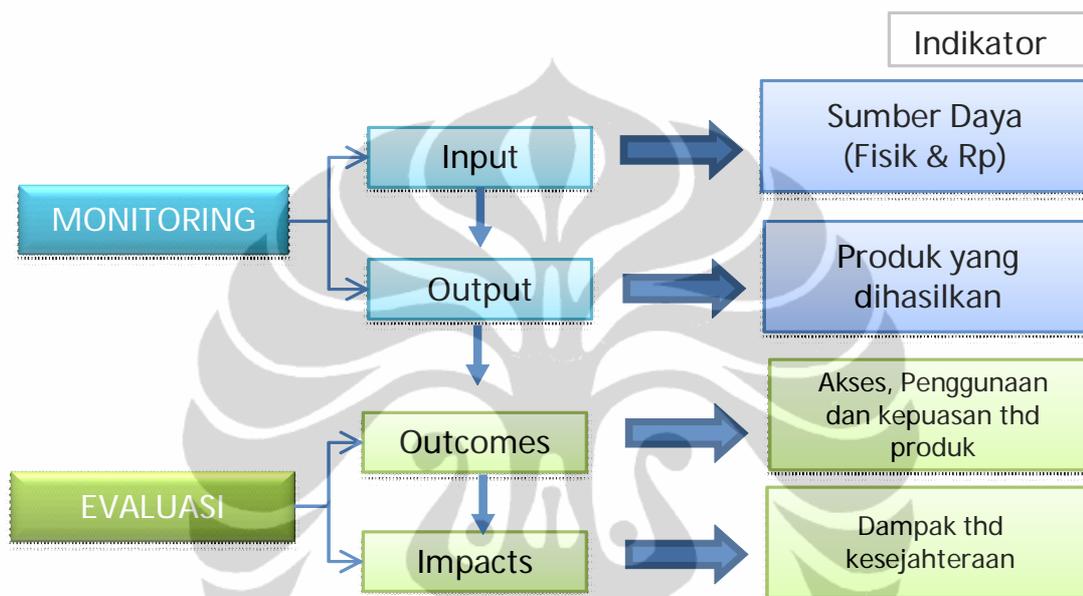
3.2. Monitoring dan Evaluasi Program Keluarga Harapan

Evaluasi PKH bertujuan untuk memberi fakta empiris tentang dampak PKH baik terkait efisiensi biaya maupun efektivitas program dalam pencapaian tujuan. Pengembangan pelaksanaan PKH di daerah lain akan dilakukan jika hasil monitoring dan evaluasi mengindikasikan tanda-tanda positif terhadap pencapaian tujuan. Oleh karenanya, monitoring dan evaluasi merupakan bagian penting yang tidak terpisahkan dari pelaksanaan PKH.

Monitoring PKH bertujuan untuk memantau pelaksanaan PKH pada sisi masukan (inputs) dan luaran (outputs). Program monitoring ini akan mengidentifikasi berbagai hal yang muncul dalam pelaksanaan PKH sehingga

memberi kesempatan kepada pelaksana program untuk melakukan perbaikan yang diperlukan. Sedangkan evaluasi bertujuan untuk melihat hasil dan dampak pelaksanaan PKH. Kerangka fikir program monitoring dan evaluasi PKH adalah sebagaimana digambarkan pada diagram 4 di bawah ini.

Kerangka Pikir Program monitoring dan Evaluasi PKH



Gambar 4. Kerangka Pikir Program Monitoring dan Evaluasi PKH

3.3. Metodologi Penelitian

Pengukuran evaluasi dampak Program Keluarga Harapan, memerlukan pendekatan yang tepat. Secara umum metodologi yang diterapkan pada penelitian sosial selalu memiliki kekuatan dan kelemahan sehingga diperlukan metodologi yang sesuai dengan kebutuhan yang berdasarkan ketersediaan waktu dan sumberdaya.

Untuk mendapatkan gambaran yang representatif dan mendalam dalam melakukan evaluasi dampak, survey evaluasi disusun dengan merancang disain evaluasi yang tepat. Disain evaluasi yang dirancang harus memiliki dimensi intervensi analisa awal akhir (*pre-post analysis*) dan melihat ruang lingkup

pekerjaan, evaluasi dampak Program Keluarga Harapan, maka disain evaluasi yang harus dirancang merupakan disain evaluasi sebab akibat dengan indikator dampak untuk mengukur kesehatan, pendidikan dan tingkat konsumsi rumah tangga.

Disain evaluasi dampak PKH yang digunakan adalah rancangan eksperimen (experimental designs). Rancangan ini mensyaratkan adanya kelompok perlakuan (penerima intervensi) dan kelompok kontrol yang memiliki karakteristik, baik terukur maupun tidak terukur, sama atau homogen ketika intervensi program belum dilakukan. Cara efektif memenuhi persyaratan homogenitas dapat dilakukan dengan memilih kelompok intervensi dan kontrol secara random.

Pemilihan rancangan eksperimen dalam evaluasi PKH didasarkan pada fakta bahwa pengukuran dampak sebuah program membutuhkan pemahaman tentang fenomena apa yang terjadi seandainya program tersebut tidak ada atau apa yang terjadi jika intervensi atau eksperimen tidak dilakukan. Sayangnya, individu, rumah tangga atau lokasi secara simultan terlibat atau tidak akan terlibat dalam program intervensi. Pada konteks ini diperlukan sebuah ukuran counterfaktual tentang apa yang terjadi jika sebuah program intervensi tidak diberikan. Cara efektif mendisain ukuran counterfactual dapat dilakukan dengan memilih kelompok intervensi dan kontrol secara random atau acak. Strategi ini digunakan pada pemilihan lokasi dan rumah tangga penerima PKH dan non-penerima PKH.

Randomisasi yang dilakukan secara sempurna akan menghasilkan kesamaan karakteristik, baik terukur (observed) maupun tidak terukur (unobserved), diantara kelompok intervensi dan kontrol. Proses ini menghasilkan ukuran perbandingan yang dipercaya, bebas dari masalah seleksi bias, sehingga hubungan kausal menjadi pasti. Keuntungan lain randomisasi adalah dampak program relatif gampang dihitung.

Namun demikian, randomisasi menemui sejumlah kelemahan meskipun dilakukan dengan baik. Pertama adalah kesulitan mengikuti objek studi dari waktu ke waktu dapat mengakibatkan terjadinya attrition. Jika attrition muncul, berbagai keuntungan randomisasi tersebut diatas akan sirna. Kedua, rancangan randomisasi membutuhkan biaya tidak sedikit, dan untuk mengetahui hasil membutuhkan waktu relatif lama. Ketiga adalah masalah etika, yakni selalu mempertahankan

kelompok intervensi dari kelompok kontrol yang tahu untuk memiliki dampak-dampak positif.

3.3.1 Desain Survey

Data yang digunakan dalam analisis studi ini diperoleh dari hasil survei dasar (*baseline survey*) dan survei lanjutan (*follow-up survey*) PKH. Survei dasar PKH dilakukan pada bulan Juni-Agustus 2007 dan Survei lanjutan dilakukan antara bulan Oktober-Desember 2009. Survei dilaksanakan oleh Pusat Studi dan Penelitian Kependudukan (PPK) Universitas Gadjah Mada (UGM) yang didanai oleh Bank Dunia.

Kuesioner survei dirancang untuk mengumpulkan data tentang kesehatan anak-anak dan ibu, pendidikan anak-anak, penggunaan dan pengalaman responden terhadap pelayanan kesehatan dan pendidikan serta kondisi-kondisi pelayanan kesehatan dan pendidikan. Tujuan survei dasar adalah menghasilkan indikator awal, seperti: (i) cakupan penggunaan layanan kesehatan, (ii) cakupan pendaftaran dan tingkat kehadiran anak di sekolah, (iii) pemberian pelayanan kesehatan dan pendidikan, (iv) pola konsumsi, serta (v) karakteristik rumah tangga dan komunitas.

Survei dasar dan lanjutan dilakukan untuk mewawancarai kepala rumah tangga, ibu rumahtangga, kepala desa atau kelurahan, penyedia layanan kesehatan dan pendidikan, serta bidan, dalam rangka mengumpulkan informasi mengenai status kesehatan dan pendidikan anak-anak dan ibu, yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan dan pendidikan, serta kondisi penyedia layanan pendidikan dan kesehatan. Kuesioner PKH terdiri dari lima modul, dimana masing-masing mengumpulkan informasi dari responden secara detail dan spesifik. Modul 1 terdiri dari lima buku : Buku 1A untuk rumahtangga; Buku 1B untuk Wanita usia 15-49 tahun; Buku 1C untuk anak-anak berusia 6-15 tahun; Buku 1D untuk Anak-anak berusia 5 dan bawah, dan Buku 1E test pendidikan untuk membaca dan matematika bagi anak-anak berusia 6-15 tahun. Modul 2-5 masing-masing terdiri dari satu buku; responden adalah kepala desa kampung / (Buku 2 Karakteristik Desa), kepala pusat kesehatan masyarakat (Buku 3 Sarana Kesehatan Masyarakat), bidan (Buku 4 Bidan) dan kepala sekolah (Buku 5 Sekolah).

3.3.2. Sampling survei dasar dan lanjutan

Disain evaluasi dampak PKH yang digunakan adalah eksperimen (*experimental designs*). Rancangan evaluasi ini mensyaratkan keberadaan kelompok perlakuan (penerima intervensi) dan kelompok kontrol yang memiliki karakteristik, baik terukur maupun tidak terukur, sama atau homogen pada awal intervensi program.

Rancangan eksperimen dipilih dilandasi pada kenyataan bahwa pengukuran dampak sebuah program membutuhkan pemahaman tentang fenomena apa yang terjadi seandainya program intervensi tersebut tidak ada, atau apa yang akan terjadi jika intervensi atau eksperimen tidak dilakukan. Sayangnya, individu, rumah tangga atau lokasi secara simultan terlibat atau tidak terlibat dalam intervensi. Pada konteks ini diperlukan ukuran counterfaktual tentang apa yang terjadi jika program intervensi itu tidak diberikan. Cara efektif mendisain ukuran counterfaktual adalah menetapkan kelompok intervensi dan kontrol secara random. Strategi randomisasi ini digunakan pada pemilihan kecamatan lokasi PKH dan non-penerima PKH.

Randomisasi yang dilakukan dengan sempurna akan menghasilkan kesamaan karakteristik, terukur (*observed*) maupun tidak terukur (*unobserved*), antara kelompok intervensi dan kontrol. Proses ini menghasilkan ukuran perbandingan yang dipercaya, bebas dari masalah seleksi bias. Dengan demikian, hubungan kausal (sebab-akibat) menjadi pasti dan pelaksana evaluasi tidak perlu melakukan kontrol terhadap kemungkinan adanya permasalahan endogenitas PKH. Oleh karenanya, keuntungan lain randomisasi adalah dampak program relatif gampang dihitung.

Namun demikian, randomisasi masih menemui sejumlah kelemahan. Pertama adalah kesulitan peneliti dalam mengikuti objek studi dari waktu ke waktu sehingga akan mengakibatkan attrition. Jika attrition muncul, keuntungan randomisasi tersebut diatas akan sirna. Kedua, rancangan randomisasi membutuhkan biaya yang tidak sedikit, dan untuk mengetahui hasil membutuhkan waktu yang relatif lama. Ketiga adalah masalah etika, yakni selalu mempertahankan kelompok intervensi dari kelompok kontrol yang tahu untuk memiliki dampak-dampak positif.

Evaluasi PKH merupakan satu kesatuan program evaluasi CCT di Indonesia yang terdiri atas dua varian, yaitu PKH dan PNPM-Generasi. Meskipun kedua varian program CCT memiliki indikator evaluasi yang sama, mekanisme pemberian bantuan diantara keduanya sangat berbeda. Pada PKH, bantuan diberikan langsung kepada rumah tangga, sedangkan bantuan pada PNPM-Generasi diberikan kepada komunitas. Mengingat perbedaan karakteristik itu, pemilihan kelompok intervensi dan kontrol pada kedua varian program CCT (PKH dan PNPM-Generasi) dilakukan dengan mekanisme yang agak berbeda (World Bank, 2008).

Proses pemilihan kelompok intervensi dan kontrol adalah sebagai berikut :

1) Kerangka Sampel

Kerangka sampel untuk survai dasar CCT 2007 terdiri dari 2 tipe : Kerangka sampel untuk pemilihan kecamatan dan kerangka sampel untuk pemilihan rumah-tangga, termasuk kontrol dan treatment. Kerangka sampel untuk pemilihan kecamatan adalah daftar kecamatan yang dipilih berdasarkan tingkat kemiskinan dan status gizi buruk yang tinggi di dalam satu kabupaten. Kerangka sampel untuk pemilihan rumah-tangga adalah daftar rumah-tangga dari sensus kemiskinan atau program bantuan langsung tunai dan juga rumah tangga yang akan dipilih secara acak dalam satu dusun atau satuan lingkungan setempat (SLS).

2) Rancangan Sampel

Sampel survai dasar CCT dipersiapkan untuk estimasi tingkat nasional. Penentuan rancangan sampel survai dasar CCT ditentukan dalam beberapa tahap dan dilakukan untuk daerah perkotaan dan perdesaan secara bersamaan selain itu juga berdasarkan komposisi daerah treatment dan kontrol.

Proses dasar yang dilakukan untuk pemilihan atau penentuan kecamatan perkotaan dan perdesaan adalah didasarkan atas proporsi '*desa perkotaan*' dalam satu kecamatan. Komposisi yang dipakai untuk menentukan daerah kecamatan perkotaan dan perdesaan adalah 46 : 54 dimana 46 adalah persentase daerah perkotaan dan 54 adalah persentase daerah perdesaan. Ada beberapa komposisi lain yang juga digunakan dalam menentukan daerah perkotaan dan perdesaan.

Penentuan komposisi yang dipakai saat ini berdasarkan perhitungan dari proyeksi penduduk Indonesia tahun 2000-2025.

Tabel 3.3.2.1. Distribusi Kontrol dan Intervensi menurut Propinsi dan Perkotaan/Perdesaan

	Area Survei					
	Perkotaan		Perdesaan		Total	
	Kontrol	Intervensi	Kontrol	Intervensi	Kontrol	Intervensi
DKI Jakarta	3	3			3	3
Jawa Barat	63.0	99.0	29.0	48.0	92.0	147.0
Jawa Timur	55	104	67	101	122	205
Nusa Tenggara Timur	3.0	6.0	36.0	36.0	39.0	42.0
Sulawesi Utara	11.0	13.0	27.0	23.0	38.0	36.0
Gorontalo	3.0	3.0	1.0	2.0	4.0	5.0
Total	138	228	160	210	298	438

Berdasarkan daftar kecamatan perkotaan dan perdesaan, langkah selanjutnya adalah membuat komposisi treatment dan kontrol didalam kabupaten sehingga jumlah kecamatan treatment dan kontrol didalam kabupaten sama jumlahnya. Justifikasi yang dilakukan dalam mengestimasi komposisi treatment dan kontrol adalah dengan memperkirakan bahwa jumlah treatment dan kontrol dari kecamatan terpilih sebanyak 180 kecamatan treatment dan 180 kecamatan kontrol. Berdasarkan jumlah tersebut dilakukan prorating dari kecamatan treatment dan kontrol untuk setiap kabupaten.

Tabel 3.3.2.1. Distribusi Kontrol dan Intervensi menurut Propinsi dan Perkotaan/Perdesaan

	Area Survei					
	Perkotaan		Perdesaan		Total	
	Kontrol	Intervensi	Kontrol	Intervensi	Kontrol	Intervensi
DKI Jakarta	1	1	0	0	1	1
Jawa Barat	35	35	6	6	41	41
Jawa Timur	42	42	45	45	87	87
Nusa Tenggara Timur	2	2	24	24	26	26
Sulawesi Utara	8	8	14	14	22	22
Gorontalo	2	2	1	1	3	3
Total	90	90	90	90	180	180

Justifikasi yang dilakukan untuk mendapatkan jumlah 180 kecamatan tersebut adalah, apabila jumlah kecamatan kurang dari atau sama dengan 90 untuk salah satu treatment atau kontrol maka yang diambil adalah komposisi kecamatan terpilih dalam jumlah tersebut. Apabila jumlah kecamatan lebih dari 90 untuk salah satu baik itu treatment atau kontrol maka dilakukakan prorating untuk

mendapatkan jumlah kecamatan terpilih sebanyak 90 ditambah dengan jumlah kecamatan yang sisa dari kecamatan yang terpilih sebelumnya.

3. Penentuan dan Pemilihan Kecamatan Treatment dan Kontrol

Pemilihan kecamatan treatment dan kontrol dilakukan secara acak berdasarkan komposisi jumlah kecamatan treatment dan kontrol di dalam kabupaten yang telah dilakukan sebelumnya. Nilai random setiap kecamatan kemudian dibuat rangking dan diurutkan secara ascending yang kemudian ditentukan, apabila urutan kecamatan berada dibawah atau sama dengan jumlah dalam komposisi kecamatan di kabupaten maka kecamatan tersebut terpilih sebagai kecamatan treatment atau kontrol di dalam kabupaten. Perlu dicatat bahwa langkah tersebut dilakukan untuk daerah treatment dan kontrol secara terpisah.

Dengan demikian jumlah kecamatan di dalam kabupaten dan juga jumlah kecamatan di dalam propinsi akan sama dengan jumlah kecamatan yang telah terdaftar dalam komposisi kecamatan di kabupaten dan propinsi (Tabel 7).

4. Pemilihan Desa Survai

Pemilihan desa survai dilakukan berdasarkan angka kemiskinan tertinggi di desa dalam satu kecamatan dan jumlah rumah-tangga yang kemungkinan besar terpilih dalam program PKH². Jumlah desa terpilih dalam satu kecamatan terpilih ditetapkan delapan desa. Penetapan delapan desa didasarkan atas kecukupan sample minimal untuk setiap desa. Setiap desa terpilih akan diwakili oleh satu dusun atau satuan lingkungan setempat di bawah desa.

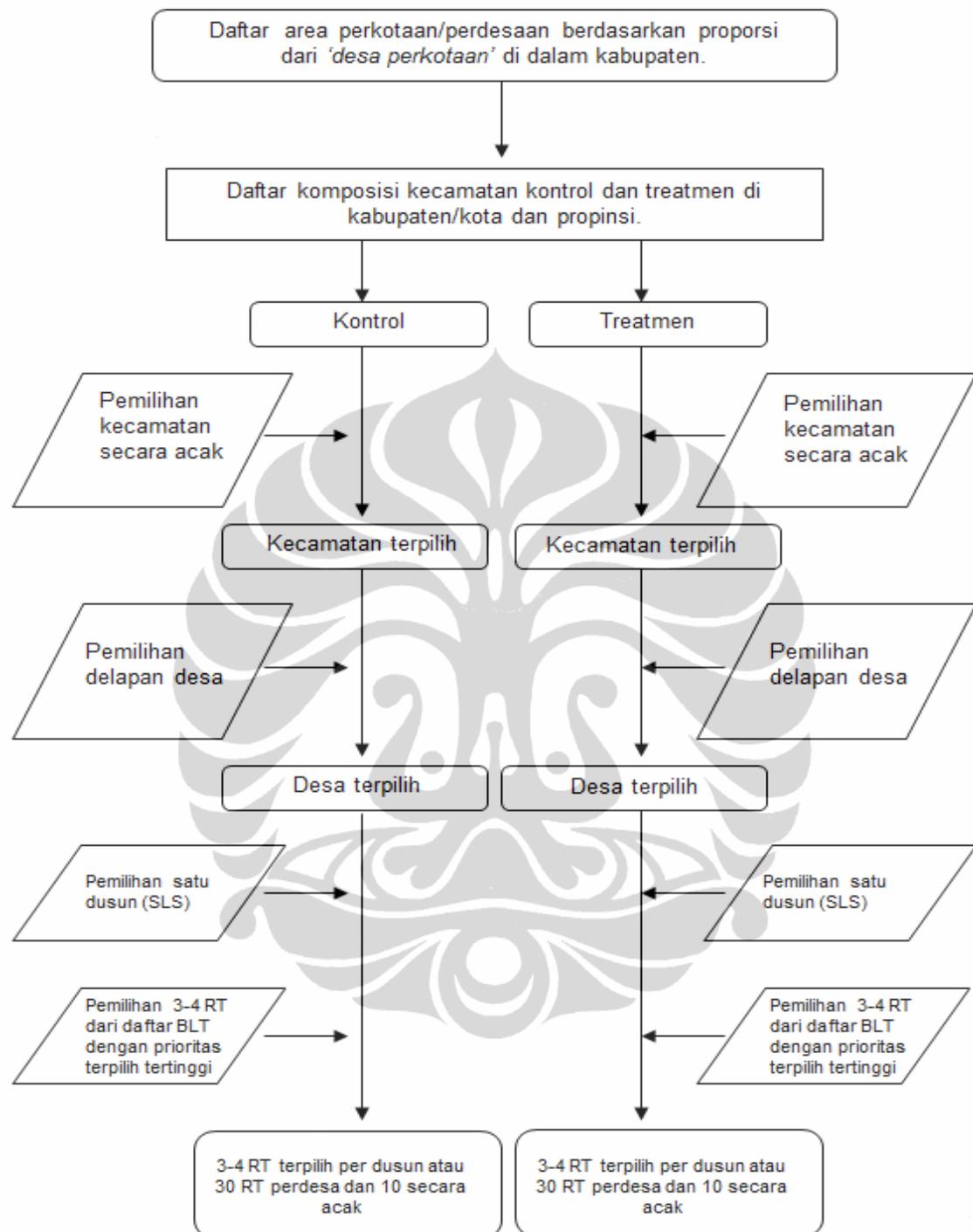
5. Pemilihan Rumah-Tangga

Berdasarkan penetapan jumlah rumah-tangga setiap kecamatan dengan delapan desa yaitu 40 rumah-tangga, dimana akan dipilih sebanyak 30 rumah-tangga untuk treatment dan 10 rumah-tangga kontrol maka disusun rancangan pemilihan rumah-tangga tersebut berdasarkan komposisi setiap kecamatan 30 : 8 untuk rumah-tangga treatment dan 10 : 8 untuk rumah-tangga kontrol, sehingga akan terpilih 3-4 rumah-tangga treatment per dusun atau satuan lingkungan setempat, dan juga 1-2 rumah-tangga terpilih untuk kontrol di setiap dusun atau

satuan lingkungan setempat. Pemilihan rumah-tangga tersebut didasarkan atas kemungkinan terbesar rumah-tangga tersebut terpilih pada program PKH yang dilakukan oleh BPS. Hasil akhir dari rumah-tangga terpilih diperkirakan 16000 rumah-tangga dengan komposisi 12000 rumah-tangga treatment dan 4000 rumah-tangga kontrol. Untuk menghindari kekurangan atau ketidakterpilihan rumah-tangga dalam program PKH maka akan disediakan rumah-tangga treatment sebanyak 32000 rumah-tangga dimana 50 persennya merupakan rumah-tangga pengganti/cadangan.

Survei dasar PKH terintegrasi dengan survei dasar PNPM-Generasi. Survei dasar PKH dilakukan di 6 propinsi, yaitu DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Timur, Sulawesi Utara, Gorontalo, dan NTT. Lokasi yang dipilih sebagai sampel survei terdiri atas 44 kabupaten lokasi uji coba. Dari 44 kabupaten, selanjutnya dipilih 360 kecamatan sampel secara acak yang terbagi kedalam dua kelompok, yaitu 180 kontrol dan 180 intervensi. Sampel kecamatan ini diambil dengan stratifikasi pada tingkat desa dan kota.

Pemilihan secara random pada survey PKH dilakukan atas dasar daftar rumahtangga penerima BLT yang paling miskin. Hal itu akan menyebabkan responden yang terpilih relative kecil terhadap populasi. Oleh karena itu strategi yang diadopsi adalah secara purposive sampling, dimana rumah tangga sasaran Program BLT yang memenuhi syarat menjadi penerima PKH. Dari daftar rumahtangga BLT yang memenuhi syarat menjadi penerima PKH kemudian diuji dengan method proxy mean testing untuk memilih rumah tangga termiskin pada daftar rumah tangga penerima BLT. Salah satu implikasi dari strategi sampling ini adalah bahwa sampel PKH akan dianggap sebagai relatif miskin, dibandingkan dengan penduduk aktual dari daerah PKH.



Gambar 5. Pemilihan Sampel Survei Dasar PKH, 2007

6. Sampling fasilitas kesehatan dan pendidikan

Pada setiap kecamatan sampel PKH dan PNPM, dipilih satu Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) yang beroperasi di setiap kecamatan. Tiga

sekolah menengah dipilih secara acak dari semua daftar sekolah menengah (negeri, swasta, kejuruan, atau jenis sekolah yang setara) yang terletak di kecamatan. Kerangka sampel untuk bidan dipilih dari dua sumber: daftar bidan yang bekerja untuk pusat kesehatan masyarakat di setiap kecamatan yang juga memiliki praktek pribadi, dan daftar bidan swasta.

3.3.3. Responden

Responden pada survei dasar dan lanjutan terdiri atas rumah tangga, ibu-ibu, kepala desa, pemberi layanan pendidikan (sekolah) dan kesehatan (puskesmas, bidan). Tabel berikut menyajikan responden dikedua survei, masing-masing untuk kelompok intervensi dan kontrol.

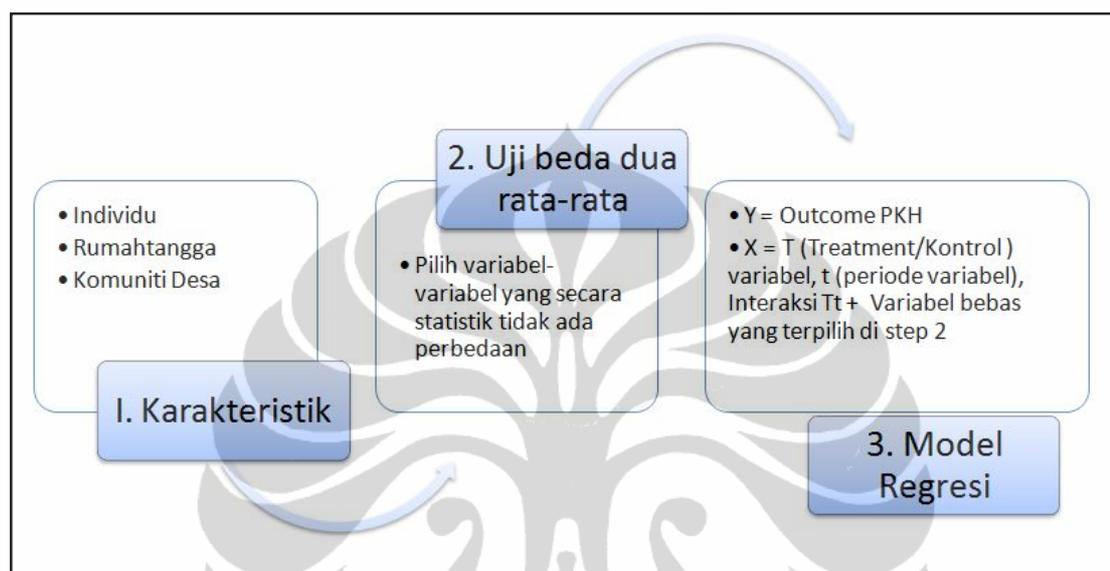
Tabel 7. Responden PKH: survei baseline vs lanjutan

	Survei Dasar		Survei Lanjutan	
	Intervensi	Kontrol	Intervensi	Kontrol
Kecamatan	180	180	180	180
Desa	1369	1354	1374	1370
Rumahtangga	7195	7131	4184	10717
Individu	36801	36762	23122	58283
Anak < 3 tahun	3076	3077	2556	5889
Anak 6 – 15 tahun	9356	9550	6972	15681
Wanita menikah 16 – 49 tahun	7408	7365	4325	10672
Puskesmas	178	180	178	181
SMP	507	507	526	526
Bidan	702	705	700	701

3.3.4. Analisis Data

Analisis data tahap awal menggunakan uji beda rata-rata bertujuan untuk melihat apakah terdapat perbedaan antara hasil survei pada saat *pre test* dan *post test*, serta antara hasil pada wilayah *control* dan *treatment*, berkaitan dengan indikator dari karakteristik yang akan diamati dari rumahtangga yang menerima PKH dan juga rumahtangga yang tidak menerima. Selain daripada itu, uji statistic

ini diperlukan untuk melihat indikator-indikator mana saja yang mirip karakteristiknya (homogen) dan tidak ada perbedaan secara statistic. Karakteristik yang diamati adalah indikator-indikator dari karakteristik individu, rumahrtangga dan juga komuniti desa yang lebih ditekankan terutama pada saat survey awal.



Gambar 6. Diagram Alur Analisis Difference In Difference (DID)

Tahap awal dalam melakukan analisis Difference In Difference adalah dengan memilih indikator-indikator dari karakteristik individu, rumahtangga maupun komuniti yang diyakini mempunyai pengaruh terhadap indikator tujuan yang akan dianalisis. Dari kumpulan indikator tersebut kemudian dilakukan uji statistik beda dua rata-rata untuk seluruh indikator pada survey awal dan survei lanjutan, baik itu rumahtangga intervensi maupun rumahtangga kontrol. Dengan pengujian tersebut akan dipilih indikator-indikator yang tidak mempunyai perbedaan signifikan secara statistik antara rumahtangga intervensi dan rumahtangga kontrol baik terutama di survei awal (baseline survei).

Penjelasan mengenai perbedaan karakteristik antara survei dasar treatment dan kontrol tidak akan dijelaskan secara mendetail. Penjelasan lebih ditekankan pada pemilihan indikator-indikator yang secara statistik tidak signifikan secara uji beda dua rata-rata. Penekanan lainnya adalah bahwa indikator-indikator penjelas yang dimasukkan kedalam model regresi dampak merupakan indikator-indikator

yang mempunyai besaran karakteristik yang sama antara rumahtangga kontrol dan intervensi pada survei awal.

Analisis data berikutnya pada rancangan studi ekseperimen, dampak sebuah program dapat diukur dengan membandingkan indikator terukur kelompok perlakuan dengan kelompok kontrol setelah intervensi program. Mengingat data rumah tangga peserta PKH dan non-peserta dikumpulkan pada waktu sebelum dan setelah intervensi, penggunaan metode *double-difference* (DD) untuk menghitung rerata dampak PKH² dapat dilakukan. Hasil estimasi metode DD dapat diinterpretasikan sebagai dampak intervensi PKH.

Asumsikan kita mengukur dampak PKH pada cakupan imunisasi. Sebelum intervensi PKH, rata-rata cakupan imunisasi idealnya sama diantara kedua kelompok (karena proses randomisasi), sedangkan setelah intervensi kita mengharapkan perbedaan cakupan imunisasi akibat intervensi PKH. Mengingat kelompok intervensi dan kontrol dipilih dengan acak maka perbedaan cakupan imunisasi diantara kedua kelompok setelah intervensi ($I_1 - C_1$) dapat diinterpretasikan sebagai dampak PKH. Perbedaan cakupan imuniasi tersebut, ($I_1 - C_1$), merupakan ukuran valid rata-rata dampak PKH dan ini disebut perbedaan awal.

Tabel 8. Perhitungan rata-rata dampak PKH: Metode *Double-Difference*

Tahapan Survei	Kelompok Intervensi (dengan PKH)	Kelompok Kontrol (tanpa PKH)	Perbedaan Antar Kelompok
Lanjutan (<i>Follow-up</i>)	I_1	C_1	$(I_1 - C_1)$
Dasar (<i>Baseline</i>)	I_0	C_0	$(I_0 - C_0)$
Perbedaan antar waktu	$(I_1 - I_0)$	$(C_1 - C_0)$	Double- Difference $(I_1 - C_1) - (I_0 -$

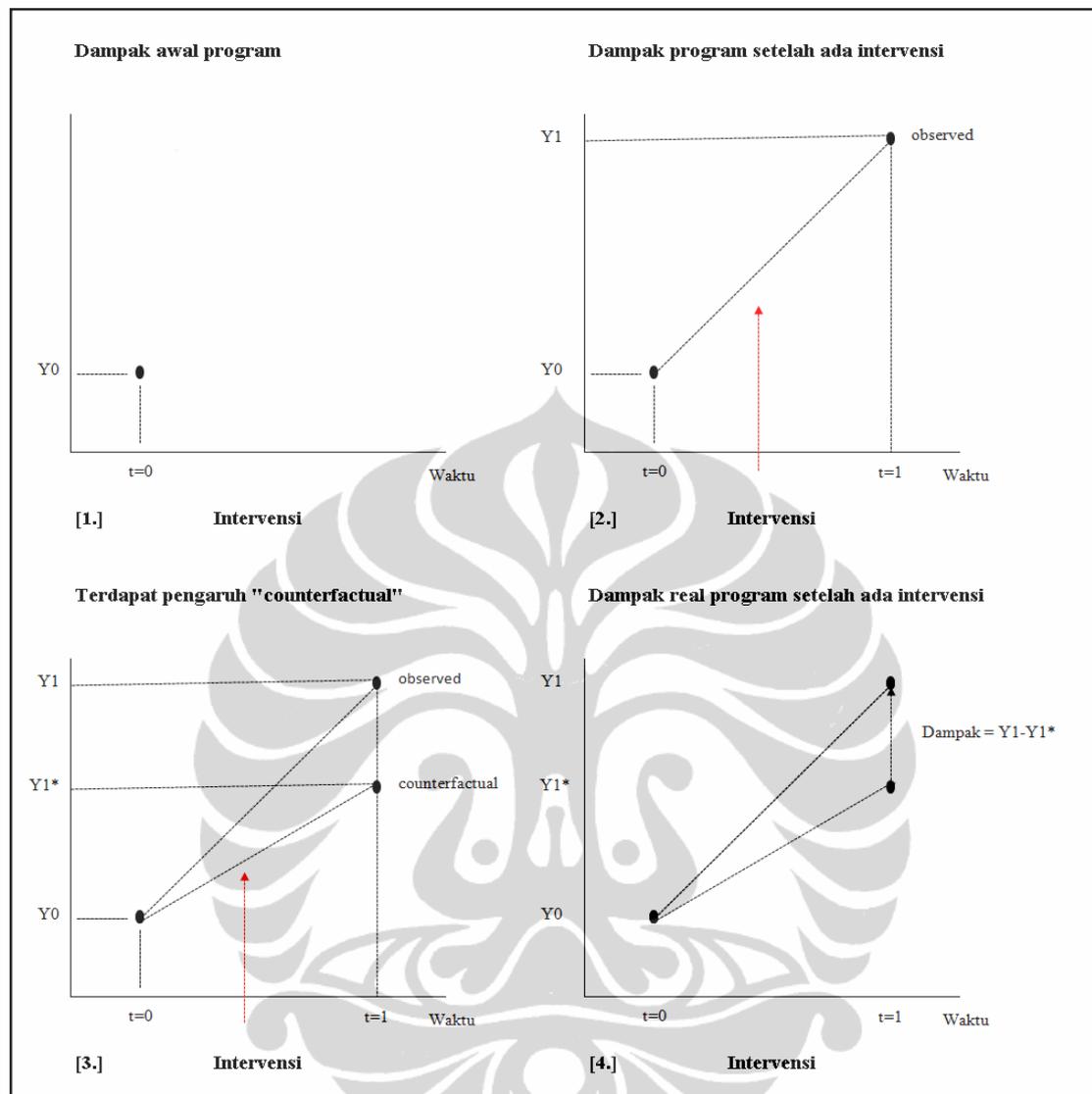
²Ravallion (2001) memberikan diskusi yang bermanfaat tentang ini dan berbagai strategi evaluasi.

Pengukuran dampak program yang lebih valid membutuhkan pertimbangan mengenai perbedaan kondisi awal, baik yang terukur maupun yang tidak terukur, diantara kedua kelompok (intervensi dan kontrol) yang sebelumnya dipilih secara random. Estimasi DD dilakukan dengan mengurangkan perbedaan-perbedaan pada kondisi awal diantara kedua kelompok, (I_0-C_0) , dengan perbedaan-perbedaan setelah intervensi program, (I_1-C_1) .

Alternatif interpretasi hasil estimasi DD muncul jika kita mempertimbangkan perbedaan-perbedaan dalam kelompok (intervensi atau kontrol). Pendekatan ini dimulai dengan estimasi sederhana atau naif dampak program, yakni perbedaan dari waktu ke waktu pada kelompok intervensi, (I_1-I_0) . Ini disebut naif karena hanya memperhatikan perubahan indikator (misal angka partisipasi sekolah) dari waktu ke waktu pada kelompok intervensi saja, dan tidak memperhatikan penyebab lain yang mempengaruhi perubahan indikator tersebut.

Misalnya, munculnya program nasional yang bertujuan meningkatkan aksesibilitas terhadap sekolah (program BOS). Keberadaan program BOS akan menyebabkan perbaikan akses pada sekolah dan perbaikan angka partisipasi. Efek program BOS ini akan mempengaruhi juga perbedaan dari waktu ke waktu pada kelompok intervensi PKH. Jadi perbaikan angka partisipasi sekolah pada kelompok intervensi PKH bukan hanya disebabkan oleh PKH, tetapi juga oleh program BOS.

Ukuran untuk melihat perubahan terkait non-program intervensi dari waktu ke waktu dalam kelompok intervensi adalah dengan memperhatikan perubahan dari waktu ke waktu dalam kelompok kontrol, (C_1-C_0) . Disini kita memperkirakan rata-rata efek program dengan terlebih dahulu mempertimbangkan perubahan total dari waktu ke waktu pada kelompok intervensi, dan kemudian dikurangi dengan perubahan dari waktu ke waktu dalam kelompok kontrol.



Gambar 7. Rata-rata dampak program: estimasi DD

Gambar 7 menyajikan interpretasi double-difference. Untuk indikator tertentu, misalnya cakupan imunisasi, akan memiliki nilai yang sama atau hampir sama diantara kelompok intervensi dan kontrol pada awal program sebagai akibat proses randomisasi. Tidak adanya perubahan indikator cakupan imunisasi dari waktu ke waktu digambarkan oleh titik A. Jika hanya memperhatikan kelompok intervensi saja dalam memperkirakan dampak PKH maka kita akan memperoleh efek program secara berlebihan (yakni C-A). Untuk menghitung efek murni PKH, kita perlu memperhatikan kondisi cakupan imunisasi yang terjadi pada kelompok

kontrol yang memiliki kecenderungan dari waktu ke waktu mengarah pada perbaikan cakupan imunisasi (pada contoh ini) adalah B-A.

Untuk perhitungan dan analisis akan dilakukan untuk putaran survai tahun 2007 dan 2009. Persamaan atau Model dasarnya yang digunakan adalah :

$$Y(i,t) = \beta_0 + \beta^j T_j(i) + \beta_R R + \gamma^j (T_j(i) * R) + \sum_k \theta_k X_k + \eta(i,t)$$

dimana :

- $Y(i,t)$ menunjukkan nilai dari indikator dampak pada rumahtangga (atau individu) i periode t ,
- Beta, gamma, dan theta adalah parameter yang akan diestimasi,
- j index dari kelompok intervensi
- $T(i)$ merupakan binary variable 1 jika rumahtangga ada di daerah treatment, 0 lainnya,
- R adalah binary variable dimana 1 untuk putaran kedua dari panel surveidan sama dengan 0 untuk survey putaran pertama,
- X adalah vector dari karakteristik rumahtangga (bisa juga karakteristik komunitas);
- terakhir adalah error term.

Parameter β_0 , β^j , β_R dan γ^j merupakan parameter utama untuk menghitung pengaruh masing masing kelompok pada setiap periode. Penjelasan mengenai penerapan variable-variabel tersebut kedalam survey PKH dengan menggunakan regresi linier adalah sebagai berikut.

$$Y = pkh + wave + pkh * wave + X_k + e$$

Dimana :

- Y = merupakan indikator tujuan yang ingin dicapai oleh program PKH
- Pkh = dummy variable dimana 1=rumahtangga penerima program PKH dan 0=lainnya
- wave = periode dilaksanakan survey 1=survey PKH 2009, 0=lainnya

X_k = variable karakteristik individu, rumahtangga atau komuniti.

Hasil coefisien regresi dari masing-masing variable tersebut merupakan dampak atau pengaruh suatu program. Parameter hasil model regresi tersebut dapat dipetakan ke dalam matrix sebagai berikut :

Tabel 9. Perhitungan rata-rata dampak PKH: Metode *Double-Difference*

Tahapan	Kelompok Survei		Perbedaan Antar Kelompok
	Intervensi	Kontrol	
Survei Lanjutan	$T1 = \beta_0 + \beta^j + \beta_R + \gamma^j$	$C1 = \beta_0 + \beta_R$	$TC1 = \beta^j + \gamma^j$
Survei Dasar	$T0 = \beta_0 + \beta^j$	$C0 = \beta_0$	$TC0 = \beta^j$
Perbedaan Antar Waktu	$T10 = \beta_R + \gamma^j$	$C10 = \beta_R$	$IE = \gamma^j$

Analisis dampak evaluasi PKH terdiri dari kelompok perlakuan yaitu kelompok intervensi (T) yang menerima manfaat program dan kelompok control (C) yang tidak menerima manfaat program pada dua putaran survey, survey dasar (0) dan survey lanjutan (1).

Sehingga besaran indikator pada survei dasar (baseline survey) dapat dibagi menjadi :

- Parameter β_0 (konstanta) merupakan rata-rata besaran indicator dampak pada grup control (variable pkh=0) disimbolkan dengan C0 pada periode t=0 (variable wave=0).
- Parameter $\beta_0 + \beta^j$ merupakan rata-rata besaran indicator dampak pada grup intervensi (variable pkh=1) disimbolkan dengan T0 pada periode t=0 (wave=0).
- Perbedaan kedua kelompok pada survey dasar tersebut merupakan pengurangan dari T0-C0 disimbolkan dengan TC0, besaran parameter tersebut adalah $\beta_0 + \beta^j - \beta_0 = \beta^j$.

Perhitungan yang sama juga dapat kita lakukan terhadap indikator pada survei lanjutan (follow-up survey) yang dapat dibagi menjadi :

- Parameter $\beta_0 + \beta_R$ merupakan rata-rata besaran indikator dampak pada grup control (variable pkh=0) disimbolkan dengan C1 pada periode t=1 (wave=1).
- Parameter $\beta_0 + \beta^j + \beta_R + \gamma^j$ merupakan rata-rata besaran indikator dampak pada grup intervensi (variable pkh=1) disimbolkan dengan T1 pada periode t=1 (variable wave=1).
- Perbedaan kedua kelompok pada survey dasar tersebut merupakan pengurangan dari T1-C1 disimbolkan dengan TC1, besaran parameter tersebut adalah $\beta_0 + \beta^j + \beta_R + \gamma^j - \beta_0 + \beta_R = \beta^j + \gamma^j$

Perhitungan perbedaan besaran indikator antara waktu survei lanjutan dan survey dasar (follow-up dan baseline survey) merupakan pengurangan besaran parameter rumah tangga pada kelompok yang sama tetapi pada pelaksanaan survey yang berbeda. Perbedaan kelompok intervensi pada survey lanjutan dan survey dasar adalah $\beta_0 + \beta^j + \beta_R + \gamma^j - \beta_0 + \beta^j = \beta_R + \gamma^j$ disimbolkan dengan T10. Sedangkan perbedaan kelompok kontrol pada survey lanjutan dan survey dasar adalah $\beta_0 + \beta_R - \beta_0 = \beta_R$ disimbolkan dengan C10. Terakhir adalah perbedaan antar kelompok pada kedua waktu survey merupakan besaran indikator evaluasi dampak. Jelas, hasil perbedaan tersebut dapat dilakukan dengan TC1-TC0 maupun T10-C10, pada table disimbolkan dengan IE yang merupakan besaran dari parameter γ^j .

Spesifikasi pada persamaan regresi untuk memperoleh estimator DD pada dua periode waktu yang berbeda ($T=2$) dan pada sejumlah individu (i) yang sama (*repeated cross-section*) merupakan persamaan yang menggunakan struktur data panel. Asumsi yang harus dipenuhi menggunakan persamaan di atas adalah variabel eksogen yang *observable* tidak berkorelasi dengan *error term*, $\eta(i, t)$. Bila menilik teori berdasarkan pendekatan *impact evaluation* asumsi ini dikenal sebagai *conditional independence assumption* (Rosenbaum dan Rubin (1993) dan Khandker, et.al. (2010)), dan bila ditinjau dari konsep pendekatan regresi, asumsi ini merupakan asumsi utama terkait dengan permasalahan *exogeneity of the*

independent variables (Wooldridge (2002) dan Greene (2003)). Asumsi *exogeneity* terkait persamaan yang telah dispesifikasikan dapat dituliskan sebagai berikut:

$$\text{Cov}(\eta(i,t), T_j(i)) = 0$$

$$\text{Cov}(\eta(i,t), R2) = 0$$

$$\text{Cov}(\eta(i,t), T_j * R2) = 0$$

Pada persamaan di atas, di dalam *error term*, $\eta(i,t)$, terdapat dua macam *error*, yakni *additive time invariant effect*, $\mu(i)$, dan *innovation error* atau *remainder disturbance*, $v(i,t)$, yang dapat dituliskan sebagai:

$$\eta(i,t) = \mu(i) + v(i,t)$$

Komponen *error term* $v(i,t)$ tidak berkorelasi dengan variabel-variabel eksogen lainnya (Ravallion: 2001). Namun, keberadaan komponen *additive time invariant effect* pada *error term*, $\mu(i)$, memungkinkan terjadinya korelasi pada komponen *error* $\mu(i)$ terhadap variabel eksogen, terutama variabel $T_j(i)$, yang disebut sebagai *selection bias*. Upaya untuk memperoleh estimator DD atau yang juga dikenal dengan pendekatan *first differencing methods* dapat mengatasi permasalahan korelasi komponen *error term* pada *additive time invariant effect* terhadap variabel $T_j(i)$ dengan menguraikan persamaan pada saat sebelum program dijalankan (pada *baseline*, dimana $t=1$) dan persamaan saat setelah program dijalankan (dimana $t=2$). Untuk mempersingkat persamaan, dimisalkan variabel-variabel eksogen pada persamaan di atas dituliskan dalam suatu vektor:

$$\mathbf{x}(t) = [T_j, R2, T_j * R2, X_k]$$

dimana koefisien parameter vektor \mathbf{x}_j adalah:

$$\boldsymbol{\beta} = [\beta_0, \beta^j, \beta_R, \gamma^j, \boldsymbol{\theta}_k]$$

maka persamaan di atas apabila pada periode sebelum program dijalankan ($t=1$) adalah:

$$Y(i,1) = \mathbf{x}(1)\boldsymbol{\beta} + \eta(i,1)$$

sedangkan pada periode setelah program dijalankan ($t=2$) adalah:

$$Y(i,2) = \mathbf{x}(2)\boldsymbol{\beta} + \eta(i,2)$$

Pengaruh *additive time invariant effect*, $\mu(i)$, akan dieliminasi melalui transformasi selisih (*differencing transformation*) pada dua periode (sebelum dan setelah) dengan uraian sebagai berikut:

$$\begin{aligned} Y(i,2) - Y(i,1) &= (\mathbf{x}(2) - \mathbf{x}(1))\boldsymbol{\beta} + [\eta(i,2) - \eta(i,1)] \\ &= (\mathbf{x}(2) - \mathbf{x}(1))\boldsymbol{\beta} + [\mu(i) + v(i,2) - \mu(i) + v(i,1)] \\ &= (\mathbf{x}(2) - \mathbf{x}(1))\boldsymbol{\beta} + [v(i,2) - v(i,1)] \end{aligned}$$

atau dapat disusun menjadi:

$$\Delta Y(i,t) = \Delta \mathbf{x}(t)\boldsymbol{\beta} + \Delta v(i,t), \quad t = 1,2$$

yang akan berimplikasi pada bentuk umum asumsi pada *error term* dan variabel eksogen pada persamaan yang dispesifikasikan menjadi terpenuhi (*strict exogeneity holds*):

$E(\Delta v(i,t) | \Delta \mathbf{x}(t)) = 0$ sehingga bila merujuk kepada asumsi pada konsep *impact evaluation* (Ravallion: 2001) maupun konsep persamaan regresi (Greene (2003) dan Wooldridge (2002)), hasil estimasi *ordinary least squares* (OLS) melalui *differencing transformation* menghasilkan estimator DD yang *unbiased conditional on x*.

Lebih lanjut, terpenuhinya asumsi *conditional independence* atau *strict exogeneity* melalui *differencing transformation* akan berimplikasi pada asumsi *error term*, $e(i,t) \equiv \Delta v(i,t)$, menjadi tidak berkorelasi serial dan memiliki varians yang konstan (Wooldridge: 2002), sehingga asumsi ini dapat dituliskan:

$$E(\mathbf{e}(i)\mathbf{e}(i)' | \mathbf{x}(i,t)) = \sigma_e^2 \mathbf{I}_{T-1}$$

dimana $\mathbf{e}(i)$ adalah vektor yang terdiri dari $e(i,t)$. Berdasarkan asumsi *error term* di atas dapat dituliskan bahwa $v(i,t) = v(i,t-1) + e(i,t)$, dimana $e(i,t)$ tidak berkorelasi serial yang berimplikasi pada $v(i,t)$ yang *random walk*. Varians pada estimator menjadi:

$$\text{var}(\hat{\boldsymbol{\beta}}) = \hat{\sigma}_e^2 (\Delta \mathbf{X}' \Delta \mathbf{X})^{-1}$$

dimana $\hat{\sigma}_e^2$ adalah estimator yang konsisten dari σ_e^2 . Sehingga asumsi-asumsi ini menjadikan hasil estimasi OLS dan *standar error* yang diperoleh melalui *differencing transformation* adalah *asymptotically valid*.

3.3.5. Variabel Terikat

Bagian ini akan menyajikan hasil analisis dampak PKH terhadap sejumlah indikator tujuan PKH. Analisis dilakukan dengan mengoptimalkan data yang diperoleh dari survei dasar (*baseline survey*) dan survei lanjutan (*follow-up survey*). Secara umum, kajian ini bertujuan untuk memperoleh gambaran dampak awal PKH pada indikator-indikator kesehatan dan pendidikan serta pola konsumsi rumah tangga. Sedangkan tujuan khususnya adalah untuk mendeteksi pengaruh PKH terhadap:

1. Jumlah dan persentase cakupan imunisasi anak-anak yang berusia 0-3 tahun
2. Jumlah dan persentase pemeriksaan kehamilan (*antenatal care*) pada triwulan ke-1, triwulan ke-2 dan triwulan ke-3.
3. Angka Partisipasi Murni Sekolah Dasar
4. Angka Partisipasi Murni Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama
5. Pola konsumsi makanan, bukan makanan dan total perkapita rumahtangga.

3.3.6. Variabel Bebas

Pemilihan variabel bebas didasarkan atas penelitian yang pernah dilakukan oleh Ikhsan (1999). Ikhsan, membagi faktor-faktor determinan kemiskinan menjadi empat kelompok, yaitu modal sumber daya manusia (*human capital*), modal fisik produktif (*physical productive capital*), status pekerjaan, dan karakteristik desa. Modal SDM dalam suatu rumah tangga merupakan faktor yang akan mempengaruhi kemampuan suatu rumah tangga untuk memperoleh pekerjaan dan pendapatan. Dalam hal ini, indikator yang sering digunakan adalah jumlah tahun bersekolah anggota keluarga, pendidikan kepala keluarga, dan jumlah anggota keluarga. Secara umum semakin tinggi pendidikan anggota keluarga maka akan semakin tinggi kemungkinan keluarga tersebut bekerja di sektor formal dengan pendapatan yang lebih tinggi.

Variabel modal fisik, yang antara lain luas lantai perkapita dan kepemilikan asset seperti lahan, khususnya untuk pertanian. Kepemilikan lahan akan menjadi

faktor yang penting mengingat dengan tersedianya lahan produktif, rumah tangga dengan lapangan usaha pertanian akan dapat menghasilkan pendapatan yang lebih baik. Kepemilikan modal fisik ini dan kemampuan memperoleh pendapatan sebagai tenaga kerja akan menjadi modal utama untuk menghasilkan pendapatan keluarga. Anggota rumah tangga yang tidak memiliki modal fisik terpaksa menerima pekerjaan dengan bayaran yang rendah dan tidak mempunyai alternatif untuk berusaha sendiri. Komponen selanjutnya adalah status pekerjaan, dimana status pekerjaan utama kepala keluarga jelas akan memberikan dampak bagi pola pendapatan rumah tangga.

World Bank (2002) mengategorikan karakteristik penduduk miskin menurut komunitas, wilayah, rumah tangga, dan individu. Pada faktor komunitas, infrastruktur merupakan determinan utama kemiskinan. Keadaan infrastruktur sangat erat kaitannya dengan tingkat kesejahteraan masyarakat. Infrastruktur yang baik akan memudahkan masyarakat untuk melakukan aktivitas ekonomi maupun sosial kemasyarakatan, selain itu memudahkan investor untuk melakukan investasi di daerah yang bersangkutan. Indikator lain dari karakteristik faktor komunitas adalah akses yang sama terhadap usaha atau pekerjaan seperti keberadaan lembaga keuangan dan industri.

Daftar variabel bebas dalam analisis ini secara garis besar dibagi ke dalam beberapa kelompok yaitu karakteristik rumah tangga dan individu, faktor komunitas, dan karakteristik wilayah. Secara rinci variabel-variabel tersebut adalah sebagai berikut:

A1. Karakteristik rumah tangga dan individu :

Variabel	Definisi
Usiakrt	Usia Kepala Rumahtangga (numerik)
Jkkrt	Jenis kelamin Kepala Rumahtangga 1=laki-laki 0=lainnya
Skkrt	Status perkawinan kepala rumahtangga 1=Kawin

	0=Lainnya
Thseklhkr	Lamanya tahun sekolah kepala rumahtangga
Prttotal	Riil pengeluaran rumahtangga (numeric)
	Lapangan pekerjaan KRT di Pertanian
Lapek1	1=Pertanian 0=Lainnya
	Lapangan pekerjaan KRT di Industri
Lapek2	1=Industri 0=Lainnya
	Lapangan pekerjaan KRT di Jasa
Lapek2	1=Jasa 0=Lainnya
Jart	Jumlah anggota rumahtangga (numeric)
	Jenis dinding rumah
Dinding	1=Tembok/Kayu berkualitas 0=Lainnya
	Jenis lantai rumah
Lantai	1=Marmer/Ubun/Tembok/Kayu berkualitas 0=Lainnya
	Sumber air minum
Sbrair	1=Air minum bersih 0=Lainnya
	Tempat pembuangan akhir tinja
tinja	1=Septik Tank 0=Lainnya
	Penggunaan listrik rumahtangga
Pln	1=PLN 0=Lainnya

A2. Kepemilikan Aset Rumahtangga :

Variabel	Definisi
----------	----------

	Kepemilikan Aset Tanah/Lahan
Hrtrt	1=Ya 0=lainnya
	Kepemilikan Aset barang elektronik
Elektro	1=Ya 0=lainnya
	Kepemilikan Aset kendaraan bermotor
Kbermotor	1=Ya 0=lainnya
	Kepemilikan Aset Ternak
Ternak	1=Ya 0=lainnya
A3. Akses dan pelayanan kesehatan :	
Variabel	Definisi
tdokter	Pelayanan dilakukan oleh : 1=Dokter 0=lainnya
Tbidan	Pelayanan dilakukan oleh : 1=Bidan 0=lainnya
Ttenkes	Pelayanan dilakukan oleh : 1=Tenaga Kesehatan Lainnya 0=lainnya
Blayanan	Biaya pelayanan kesehatan (log)
Variabel	Definisi
tdokter	Pelayanan dilakukan oleh : 1=Dokter 0=lainnya
Tbidan	Pelayanan dilakukan oleh : 1=Bidan

	0=lainnya
Ttenkes	Pelayanan dilakukan oleh : 1=Tenaga Kesehatan Lainnya
	0=lainnya
Blayanan	Biaya pelayanan kesehatan (log)

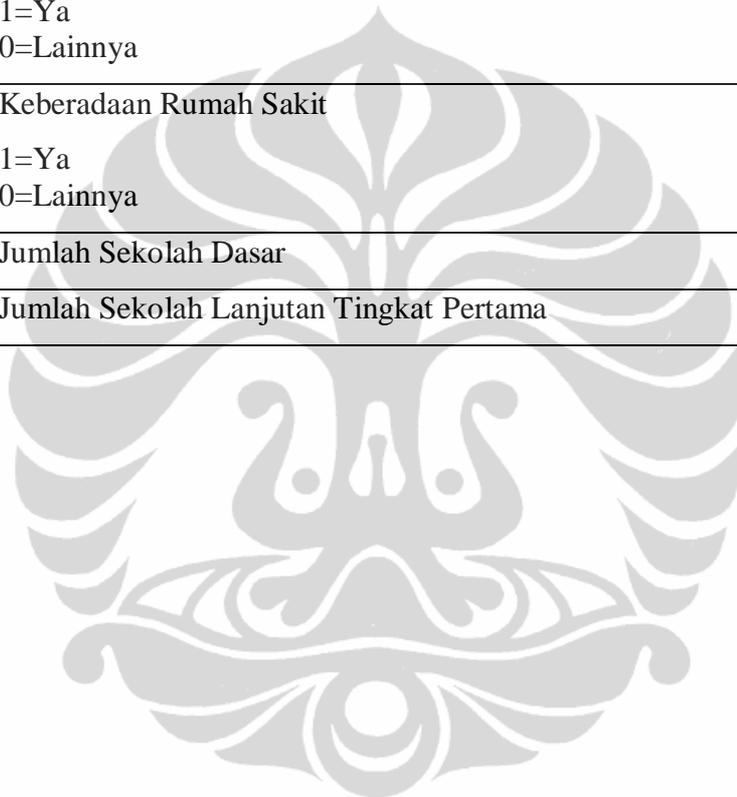
A4. Karakteristik pendidikan anak usia 7-15 :

Variabel	Definisi
Jrk2sklh	Jarak ke sekolah
Trsprt2sklj	Biaya transportasi ke sekolah
Hadirsklh	Jumlah kehadiran dalam dua minggu terakhir :

B. Variabel Faktor Komunitas/Wilayah :

Variabel	Definisi
Area	Dummy area 1=Perkotaan 0=Lainnya
Aksestv	Akses ke siaran televise 1=Ya 0=Lainnya
Telpumum	Keberadaan telepon umum 1=Ya 0=Lainnya
Wartel	Keberadaan warung telekomunikasi 1=Ya 0=Lainnya
Warnet	Keberadaan warung internet 1=Ya 0=Lainnya
Kntrpos	Keberadaan kantor pos 1=Ya

	0=Lainnya
Tdokter	Jumlah tenaga dokter
Tprwtbidan	Jumlah tenaga perawat/bidan
	Keberadaan Puskesmas
Puskes	1=Ya 0=Lainnya
	Keberadaan Poliklinik
Polklinik	1=Ya 0=Lainnya
	Keberadaan Rumah Sakit
RS	1=Ya 0=Lainnya
Jmlsd	Jumlah Sekolah Dasar
Jmlsltp	Jumlah Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama



C. Variabel Karakteristik Wilayah :

3.4. Keterbatasan Metodologi

Desain dari riset evaluasi dampak PKH ini menggunakan desain experimental method/randomization. Sebagai alat pengukur ekonomi yang juga memiliki beberapa keterbatasan, diantaranya yaitu :

Desain experimental method/randomization merupakan eksperimental yang menggunakan dua group baik untuk pre test dan post test yaitu group treatment dan group control. Group treatment **harus** merupakan kelompok yang benar-benar mendapat perlakuan sebagaimana yang ditetapkan dalam riset, sedangkan group control merupakan group yang tidak mendapatkan perlakuan. Sehingga pada posisi awal (sebelum ada perlakuan) diharapkan kondisi mereka sama, kemudian setelah ada perlakuan terhadap group treatment, maka akan nampak adanya perbedaan diantara keduanya. Dengan demikian, adanya infiltrasi dari program lain sangat rentan terhadap keakuratan data baik dari group treatment dan group control.

Reliabilitas pengukuran dari pre test harus tinggi. Pemakaian metode ekonometrik membutuhkan koreksi terhadap data pre-test, namun jika ternyata validitas internal dari pres test rendah, misalkan dibawah 0.6, maka hasil dari analisispun akan akan menjadi kurang valid.

BAB4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1. Statistik Deskriptif

Analisis uji beda Rata-rata (*Mean Comparison Test*) ini memberikan gambaran sebaran sampel baseline dan lanjutan terpilih berdasarkan beberapa variabel sosial demografi, seperti kelompok umur, jenis kelamin, status kawin, pendidikan tertinggi yang ditamatkan, status bekerja, akses ke fasilitas kesehatan, lokasi rumahtangga, rata-rata pengeluaran untuk makanan, bukan makanan dan pengeluaran total, juga karakteristik rumahtangga dan karakteristik desa.

Tujuan PKH diantaranya adalah untuk meningkatkan akses rumahtangga miskin terhadap pelayanan dasar kesehatan dan pendidikan. Dalam rangka mencapai tujuan tersebut tentunya harus didukung oleh kondisi individu, kepala rumahtangga, karakteristik rumahtangga dan juga karakteristik dari desa dimana rumahtangga tersebut tinggal.

Seperti telah dibahas pada bab sebelumnya bahwa survei PKH ini terdiri dari dua putaran survei. Survei dasar (baseline survey) dan survey lanjutan (follow-up survey). Kedua survei tersebut mencakup yang mencakup data dari peserta PKH (intervensi) dan juga data dari bukan peserta PKH (kontrol). Jumlah rumahtangga yang berhasil dicacah di survei dasar 14.326 rumahtangga yang terdiri dari 7.195 rumahtangga treatment dan 7.131 rumahtangga kontrol. Sementara jumlah rumahtangga pada survei lanjutan 14.901 rumahtangga yang terdiri dari 4.184 rumahtangga intervensi dan 10.717 rumahtangga kontrol. Penelitian ini dilakukan terhadap rumahtangga panel yang ditanyakan pada kedua periode waktu survei. Jumlah rumahtangga panel total 13.234 rumahtangga yang terdiri dari rumahtangga intervensi 3.829 rumahtangga dan rumahtangga kontrol 9.405 rumahtangga.

4.1.1 Karakteristik Kepala Rumahtangga

Kepala rumahtangga memegang peranan penting dalam pengelolaan hampir semua aspek kehidupan di dalam rumahtangga. Kepala rumahtangga merupakan manajer dalam ruang lingkup yang paling kecil yang menjalankan roda kehidupan

rumahtangga sehingga penting untuk dikaji hal-hal apa saja yang menjadi dasar kesejahteraan suatu rumahtangga. Di Indonesia, jenis kelamin yang mengepalai rumahtangga masih identik dengan kaum laki-laki, begitu pula dalam survei PKH ini. Rumahtangga yang dikepalai oleh laki-laki masih memegang peranan yang cukup dominan di kedua putaran survei.

Tingkat pendidikan kepala rumahtangga juga memegang peranan yang sangat penting. Lamanya tahun sekolah (years of schooling) kepala rumahtangga baik itu rumahtangga intervensi maupun kontrol masih relatif rendah hanya berkisar lima tahun, itu berarti lamanya tahun sekolah kepala rumahtangga masih berada pada tingkatan sekolah dasar (SD) kelas lima. Padahal pendidikan sangat berpengaruh terhadap status sosial ekonomi dan juga kesehatan. Pendidikan mempengaruhi pekerjaan, pekerjaan mempengaruhi pendapatan yang pada akhirnya pendapatan mempengaruhi status sosial ekonomi. Dengan adanya pendapatan maka individu mempunyai kesempatan yang lebih besar untuk akses ke berbagai hal yang menjadi dasar kelayakan kehidupan. Uji beda dua rata-rata tidak menunjukkan perbedaan yang signifikan antara rumahtangga intervensi dan kontrol di kedua putaran survei.

Salah satu indikator dari kepala rumahtangga yang berbeda signifikan secara statistik adalah rata-rata usia dari kepala rumahtangga dan rata-rata lamanya tahun sekolah di dalam rumahtangga. Karakteristik usia kepala rumahtangga juga penting dilihat karena usia dapat digunakan untuk melihat produktivitas kerja dalam memenuhi kebutuhan hidup rumahtangga. Pada survei dasar (baseline survey) rata-rata usia di rumahtangga intervensi sekitar 42 tahun, sementara rata-rata usia kepala rumahtangga kontrol sekitar 43,4 tahun. Sementara itu pada putaran survei lanjutan ada peningkatan usia dari kepala rumahtangga dimana kepala rumahtangga intervensi berusia rata-rata 43.8 tahun dan rumahtangga kontrol berusia rata-rata 44.9 tahun. Test uji beda dua rata-rata pada kedua putaran survei, baik itu rumahtangga intervensi maupun kontrol signifikan pada tingkatan 1 persen.

Tabel 10. Karakteristik Kepala Rumahtangga

Indikator	Survei Baseline			Survei Lanjutan		
	Intervensi	Kontrol	Perbedaan (Sig)	Intervensi	Kontrol	Perbedaan (Sig)
Proporsi kepala RT laki-laki						
(Mean)	0.915	0.919	-0.004	0.889	0.889	-0.001
(Std. Err.)	0.011	0.005	0.009	0.014	0.008	0.014
Proporsi kepala RT menikah						
(Mean)	0.921	0.913	0.008	0.919	0.910	0.008
(Std. Err.)	0.011	0.005	0.008	0.010	0.005	0.009
Rata-rata usia kepala RT						
(Mean)	42.017	43.363	-1.346 **	43.818	44.979	-1.161 **
(Std. Err.)	0.848	0.720	0.339	0.657	0.566	0.305
Rata-rata lamanya tahun sekolah dalam RT						
(Mean)	4.111	4.376	-0.265 ***	4.043	4.131	-0.088
(Std. Err.)	0.170	0.155	0.057	0.167	0.166	0.055
Lamanya tahun sekolah kepala RT						
(Mean)	5.300	5.413	-0.113	5.335	5.343	-0.008
(Std. Err.)	0.188	0.244	0.090	0.241	0.269	0.120
Rata-rata jumlah anggota RT						
(Mean)	5.109	5.068	0.041	5.519	5.473	0.047
(Std. Err.)	0.245	0.313	0.088	0.305	0.384	0.101
Proporsi pekerjaan kepala RT di pertanian						
(Mean)	0.690	0.647	0.043	0.643	0.607	0.035
(Std. Err.)	0.070	0.077	0.036	0.071	0.072	0.043
Proporsi pekerjaan kepala RT di industri						
(Mean)	0.064	0.067	-0.003	0.084	0.087	-0.002
(Std. Err.)	0.007	0.006	0.009	0.016	0.009	0.011
Proporsi pekerjaan kepala RT di jasa						
(Mean)	0.206	0.230	-0.025	0.226	0.241	-0.015
(Std. Err.)	0.058	0.054	0.021	0.047	0.043	0.021
Proporsi kepala RT tidak bekerja						
(Mean)	0.040	0.056	-0.015	0.047	0.065	-0.018
(Std. Err.)	0.009	0.017	0.012	0.011	0.024	0.017
Jumlah Observasi	3829	9405		3829	9405	

Catatan: * significant at 10 percent, ** significant at 5 percent, *** significant at 1 percent

Pendidikan tidak langsung mempengaruhi status kesejahteraan, tetapi melalui lapangan pekerjaan dan pendapatan yang diperoleh sangat berhubungan dengan tingkat kesejahteraan, karena dengan pendapatan yang lebih besar akan berdampak terpenuhinya kebutuhan dasar. Lapangan pekerjaan kepala rumahtangga dibagi menjadi 3 bagian utama, pertama adalah lapangan pekerjaan kepala rumahtangga di sektor pertanian, kedua lapangan pekerjaan di sektor industri (merupakan gabungan dari sektor pertambangan, industri pengolahan,

listrik/ gas dan air dan sektor konstruksi), ketiga merupakan lapangan di sektor jasa (merupakan gabungan dari perdagangan, angkutan, keuangan dan jasa sosial kemasyarakatan). Tabel 10 menunjukkan bahwa rumahtangga intervensi mempunyai proporsi lebih besar dibandingkan dengan rumahtangga kontrol pada kedua survei untuk lapangan pekerjaan di sektor pertanian. Kepala rumahtangga intervensi yang bekerja di sektor pertanian lebih besar 5 persen dibandingkan dengan rumahtangga kontrol. Uji beda dua rata-rata keduanya tidak signifikan secara statistik.

Lapangan pekerjaan kepala rumahtangga di sektor industri dan jasa justru sebaliknya, dimana proporsi rumahtangga intervensi yang bekerja di kedua sektor tersebut lebih rendah jika dibandingkan dengan rumahtangga kontrol pada kedua survei. Uji beda dua rata-rata pada kepala rumahtangga yang bekerja di sektor industri tidak berbeda secara statistik. Sementara itu uji beda dua rata-rata pada kepala rumahtangga yang bekerja di sektor jasa signifikan secara statistik pada taraf 10 persen hanya pada putaran survei dasar.

Kepala rumahtangga yang tidak bekerja pada rumahtangga intervensi lebih rendah jika dibandingkan dengan rumahtangga kontrol pada kedua survei. Kecenderungan ini menunjukkan bahwasanya dari besaran angka kepala rumahtangga yang tidak bekerja, rumahtangga intervensi sebagian besar masuk pasar kerja. Permasalahan mendasar adalah apakah pasar kerja yang menjadi objek dari rumahtangga intervensi merupakan pasar kerja yang menghasilkan banyak pendapatan ataukah hanya merupakan pasar kerja semisal buruh dari masing-masing sektor.

Seperti dijelaskan pada bagian terdahulu bahwa kemiskinan berhubungan erat dengan pengeluaran dan jumlah anggota rumah tangga. Konsekuensinya, makin besar jumlah anggota rumah tangga akan makin besar pula risiko untuk menjadi miskin bila pendapatannya tidak meningkat. Hal ini terbukti dalam hasil Tabel 10 yang memperlihatkan bahwa rumah tangga miskin memang memiliki jumlah anggota yang lebih banyak. Dengan kata lain, makin buruk status rumah tangga, makin banyak anggotanya. Pada Tabel 10 menunjukkan bahwa rata-rata jumlah anggota rumahtangga di kedua survey untuk rumahtangga intervensi dan control masih di atas 5 dan tidak ada perbedaan yang signifikan secara statistik

pada kelompok-kelompok tersebut. Dengan demikian dari hasil uji beda dua rata-rata didalam karakteristik kepala rumahtangga, indikator yang tidak disertakan dalam model adalah rata-rata usia kepala rumahtangga dan rata-rata lamanya tahun sekolah dalam rumahtangga.

4.1.2. Karakteristik kesejahteraan rumahtangga

Indikator tingkat kesejahteraan rumahtangga adalah sumber penghasilan utama rumahtangga. Sumber penghasilan utama umumnya terkait erat dengan tingkat penghasilan. Tingkat penghasilan suatu rumah tangga dapat dilihat melalui besarnya total pendapatan yang diterima oleh rumah tangga yang bersangkutan. Akan tetapi data yang memberikan informasi mengenai pendapatan yang akurat sulit untuk diperoleh, karena system pencatatan di negara kita dan juga pengakuan dari responden yang cenderung bias dalam melaporkan pendapatan rumahtangga, sehingga sering digunakan pendekatan lain (proxy) yang juga menggambarkan tingkat kesejahteraan rumahtangga yaitu melalui pengeluaran rumah tangga. Melalui pertanyaan pengeluaran, rumahtangga mempunyai kecenderungan untuk melaporkan apa adanya.

Pengeluaran rumahtangga dalam survey PKH ini terbagi menjadi tiga bagian besar, pengeluaran makanan dan pengeluaran bukan makan dan pengeluaran total. Dari keduanya didapat pengeluaran total rumahtangga. Agar supaya pengeluaran rumahtangga tertimbang berdasarkan jumlah anggota rumahtangga maka dengan membagi total pengeluaran dengan jumlah anggota rumahtangga didapatkan pengeluaran perkapita.

Pengeluaran perkapita yang tertera di dalam table 4.1.2 merupakan pengeluaran yang sudah disesuaikan dengan inflasi. Inflasi yang digunakan pada penelitian ini adalah inflasi garis kemiskinan propinsi kota/desa tahun 2007 dan tahun 2009, sesuai dengan tahun dilaksanakannya survey PKH. Dengan demikian pengeluaran perkapita dapat dibandingkan antara dua tahun survei tersebut. Pada Tabel 11 menunjukkan bahwa rata-rata riil pengeluaran perkapita rumahtangga intervensi lebih rendah jika dibandingkan dengan rumahtangga kontrol di kedua putaran survey dan signifikan pada level 1 persen pada uji beda rata-rata.

Demikian pula halnya dengan pengeluaran makanan dan pengeluaran bukan makanan.

Tabel 11. Karakteristik kesejahteraan rumahtangga

Indikator	Survei Baseline				Survei Lanjutan			
	Intervensi	Kontrol	Perbedaan	(Sig)	Intervensi	Kontrol	Perbedaan	(Sig)
Rata-rata riil pengeluaran perkapita makanan								
(Mean)	154,874.23	163,462.45	-8,588.22	**	156,040.69	157,501.14	-1,460.46	
(Std. Err.)	4,469.29	3,795.02	2,336.45		5,403.54	6,573.43	1,739.72	
Rata-rata riil pengeluaran perkapita bukan makanan								
(Mean)	59,380.51	73,975.20	-14,594.69	***	70,953.91	80,680.69	-9,726.78	***
(Std. Err.)	3,964.48	2,501.27	1,813.44		3,060.01	3,387.26	781.06	
Rata-rata riil pengeluaran perkapita total								
(Mean)	214,254.74	237,437.65	-23,182.91	***	226,994.59	238,181.83	-11,187.24	***
(Std. Err.)	5,680.98	3,695.07	3,316.16		7,046.10	8,073.04	2,180.37	
Proporsi kepemilikan harta berupa tanah/lahan								
(Mean)	0.873	0.903	-0.030		0.899	0.925	-0.027	**
(Std. Err.)	0.045	0.034	0.016		0.030	0.026	0.009	
Proporsi kepemilikan barang elektronik								
(Mean)	0.566	0.690	-0.124	**	0.699	0.789	-0.090	**
(Std. Err.)	0.108	0.080	0.037		0.096	0.068	0.033	
Proporsi kepemilikan kendaraan bermotor								
(Mean)	0.090	0.187	-0.097	**	0.190	0.300	-0.110	***
(Std. Err.)	0.041	0.067	0.028		0.081	0.091	0.015	
Proporsi kepemilikan ternak								
(Mean)	0.237	0.265	-0.028		0.248	0.259	-0.011	
(Std. Err.)	0.090	0.085	0.029		0.104	0.087	0.046	
Jumlah Observasi	3829	9405			3829	9405		

Asset rumahtangga yang juga cerminan dari kesejahteraan rumahtangga. Kepemilikan asset setidaknya akan membantu rumahtangga pada saat menghadapi guncangan kebutuhan yang tiba-tiba, setidaknya ada sesuatu benda yang bernilai ekonomi yang dapat dijual. Berbagai studi di Afrika, Asia dan Amerika Latin yang mencakup 158 negara telah membuktikan bahwa rakyat miskin tidak pernah berbicara mengenai pendapatan. Kalau ada rakyat miskin yang ikut program-program pemerintahan atau pihak lain mengenai pengentasan kemiskinan, yang mereka tanyakan bukanlah “nanti mereka mendapat kenaikan pendapatan berapa”. Anggapan itu hanya ada dalam pikiran kita yang membayangkan bahwa rakyat miskin berpikir seperti itu. Padahal penelitian menunjukkan bahwa apa yang dipedulikan oleh rakyat miskin adalah aset, dan bukan pendapatan. Rakyat miskin

berfikir sebagaimana realita kehidupan yang mereka hadapi. Dan bagi mereka yang terpenting dalam kehidupan ini adalah aset apa yang mereka kuasai, aset apa yang bisa mereka kelola, aset apa yang bisa menopang kehidupan mereka, dan aset apa yang bisa mengembangkan kehidupan mereka di masa depan. Itulah cara berpikir rakyat miskin.

Aset rumahtangga yang ditampilkan pada tabel termasuk didalamnya adalah aset lahan, barang elektronik, kendaraan bermotor dan ternak. Aset lahan termasuk didalamnya adalah sawah irigasi, sawah tadah hujan, lahan kering, lahan untuk tempat tinggal atau usaha. Aset kepemilikan barang elektronik termasuk televisi, antena parabola dan kulkas. Kepemilikan barang bermotor diantaranya adalah sepeda motor, mobil atau kapal motor. Kepemilikan ternak termasuk diantaranya adalah babi, kambing, sapi/kerbau dan kuda.

Asset yang bermakna secara statistic yaitu proporsi kepemilikan barang elektronik dan proporsi kepemilikan kendaraan bermotor. Dengan demikian indicator dari karakteristik kesejahteraan rumahtangga yang tidak disertakan dalam model regresi dampak adalah rata-rata riil pengeluaran perkapita makanan, rata-rata riil pengeluaran perkapita bukan makanan, rata-rata riil pengeluaran perkapita total, proporsi kepemilikan barang elektronik, proporsi kepemilikan kendaraan bermotor.

Selain karakteristik rumahtangga, juga disertakan dalam analisis dampak evaluasi adalah karakteristik desa (lihat lampiran), tetapi tidak dibahas dalam bab ini secara spesifik.

4.1.3. Karakteristik perumahan rumahtangga

Kemiskinan suatu rumah tangga dapat dikenal dengan mudah melalui kondisi di dalam rumah tangga tersebut. Di perkotaan, kemiskinan dapat dilihat dari rumah penduduk di lingkungan yang buruk, sempit dan padat, dan konstruksi yang kurang memenuhi persyaratan baku. Di pedesaan, luas lantai rumah penduduk miskin mungkin tidak berbeda jauh dengan penduduk tidak miskin, namun konstruksi bangunannya akan berbeda secara mencolok. Hal itu bisa dilihat dari jenis lantai, dinding, dan atap rumah.

Di samping faktor perumahan, bisa juga dilihat dari berbagai faktor yang menunjang perumahan seperti penerangan dan air. Dilihat dari segi pengembangan wilayah, rumah tangga miskin tampaknya identik dengan wilayah miskin di mana ketersediaan fasilitas seperti penerangan dan air bersih kurang memadai. Wilayah-wilayah yang kurang potensial tidak akan mendapat prioritas utama dalam memperoleh fasilitas tersebut. Di lingkungan wilayah yang telah dikembangkan melalui berbagai program, hanya rumah tangga yang miskinlah yang tidak mampu memperoleh fasilitas penerangan listrik dan air bersih.

Pada akhirnya ketersediaan air bersih sangat mempengaruhi kesehatan penduduk. Penduduk yang miskin akan sulit mendapat air bersih dan keadaan ini mempengaruhi tingkat kesehatan. Gizi buruk juga berkaitan dengan kemiskinan. Pabinru dan Saliem (1993) menemukan bahwa kelompok rumah tangga strata rendah (miskin) mengalami defisit energi dan protein yang paling berat. Kaitan tersebut tampaknya berawal dari ketidakmampuan rumah tangga miskin untuk membeli makanan dan menyediakan biaya untuk pengobatan.

Uraian di atas masih terbatas pada penjelasan hubungan antara kemiskinan dengan berbagai hal yang terkait. Pada kenyataannya hubungan tersebut tidak semata-mata bivariat seperti diuraikan tadi. Sebagai kerangka untuk menganalisis karakteristik rumah tangga miskin, beberapa pemikiran di atas tampaknya cukup memadai, namun untuk menganalisis keterkaitan satu faktor dengan factor lain secara keseluruhan dibutuhkan suatu sintesis lebih lanjut.

Secara fisik kondisi rumah tangga miskin tampaknya tidak sulit dilihat hanya dengan satu indikator saja. Pernyataan ini didukung oleh hasil table bahwa jenis dinding rumah dari rumahtangga miskin lebih sedikit yang memiliki rumah dengan dinding permanen (tembok). Rumah kayu juga lebih banyak dimiliki oleh rumah tangga miskin. Secara kasar bisa disimpulkan walaupun masih terlalu dini bahwa rumah tangga miskin sebagian besar tinggal di rumah dengan dinding yang tidak permanen sedangkan rumah tangga berkecukupan sebagian besarrumahnya berdinding tembok.

Proporsi jenis dinding tembok atau kayu berkualitas baik pada Tabel 12 menunjukkan bahwa rumahtangga intervensi di survey dasar sebesar 31.6 persen, sementara pada survei lanjutan sebesar 39.2 persen, ada peningkatan yang cukup

besar sekitar 8 persen. Tren yang sama terjadi pada rumahtangga kontrol pada kedua survei dimana rumahtangga kontrol pada survei dasar proporsi dinding/kayu yang berkualitas sebesar 50 persen naik sekitar 5 persen pada survei kedua. Proporsi rumahtangga intervensi yang memiliki jenis dinding tembok/kayu berkualitas lebih rendah dibandingkan dengan rumahtangga kontrol di kedua survei. Uji beda dua rata-rata menunjukkan ada perbedaan yang signifikan secara statistik pada taraf 5 persen. Seiring dengan kondisi dinding rumah, kondisi lantai juga mencerminkan status ekonomi rumah tangga. Makin buruk status ekonomi suatu rumah tangga makin banyak proporsi lantai rumahnya tidak keras. Jenis lantai rumah tangga ternyata berbeda cukup mencolok antara rumahtangga intervensi dan rumahtangga kontrol. Kecenderungan seperti ini terjadi pada indikator rumahtangga yang menggunakan listrik PLN.

Sumber air minum dan tempat pembuangan akhir tinja merupakan satu rangkaian sanitasi, Sumber air minum, air merupakan komponen yang sangat penting dalam kehidupan manusia. Air bersih (*clean water*) adalah air yang digunakan untuk keperluan sehari-hari yang kualitasnya memenuhi syarat kesehatan dan dapat diminum apabila telah dimasak. Air minum (*drinking water*) adalah air yang kualitasnya memenuhi syarat kesehatan dan dapat langsung diminum (<http://www.waspola.org/pd/policy-terminology-in.html>). Data Susenas 1995 dan 2001 menunjukkan bahwa masih cukup banyak rumahtangga yang menggunakan fasilitas sumur/pompa sebagai fasilitas air minumnya, maka jarak fasilitas tersebut ke tempat penampungan kotoran/tinja terdekat patut menjadi perhatian. Karena semakin pendek jarak tersebut, maka kemungkinan sumber air minum tersebut tercemar zat-zat ataupun unsur-unsur yang membahayakan kesehatan manusia akan semakin besar. Idealnya, jarak tempat pengambilan air minum ke tempat penampungan kotoran adalah 10 meter lebih. Sanitasi yang baik cenderung akan berdampak terhadap kesehatan rumahtangga yang pada akhirnya berdampak pada produktifitas.

Tabel 12. Karakteristik perumahan rumahtangga

Indikator	Survei Baseline			Survei Lanjutan			
	Intervensi	Kontrol	Perbedaan (Sig)	Intervensi	Kontrol	Perbedaan (Sig)	
Proporsi jenis atap dari genteng/beton/seng							
(Mean)	0.825	0.912	-0.086	0.878	0.928	-0.050	*
(Std. Err.)	0.108	0.068	0.044	0.074	0.052	0.025	
Proporsi jenis dinding tembok/kayu berkualitas							
(Mean)	0.316	0.501	-0.185	0.388	0.551	-0.162	**
(Std. Err.)	0.089	0.075	0.044	0.096	0.073	0.053	
Proporsi jenis lantai dari ubin/marmer/kayu berkualitas							
(Mean)	0.463	0.588	-0.125	0.547	0.656	-0.109	**
(Std. Err.)	0.051	0.045	0.032	0.053	0.044	0.037	
Proporsi sumber air minum dari ledeng/sumur/mata air							
(Mean)	0.931	0.941	-0.009	0.927	0.926	0.001	
(Std. Err.)	0.019	0.016	0.007	0.017	0.014	0.012	
Proporsi jenis jamban leher angsa/plengsengan/cemplung							
(Mean)	0.546	0.596	-0.049	0.585	0.625	-0.040	*
(Std. Err.)	0.035	0.049	0.025	0.046	0.048	0.018	
Proporsi tempat pembuangan akhir tinja dng septik tank							
(Mean)	0.444	0.491	-0.048	0.497	0.540	-0.043	
(Std. Err.)	0.061	0.053	0.025	0.067	0.053	0.022	
Proporsi RT Menggunakan listrik PLN							
(Mean)	0.815	0.889	-0.074	0.845	0.903	-0.058	
(Std. Err.)	0.136	0.094	0.043	0.118	0.086	0.032	
Proporsi RT memiliki dapur terpisah							
(Mean)	0.874	0.904	-0.030	0.875	0.891	-0.017	
(Std. Err.)	0.030	0.016	0.015	0.017	0.009	0.010	
Jumlah Observasi	3829	9405		3829	9405		

Catatan: * significant at 10 percent, ** significant at 5 percent, *** significant at 1 percent

Uji statistic menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan antara sumber air minum dari rumahtangga intervensi dan control pada kedua putaran survey. Namun rumahtangga control mempunyai proporsi yang lebih besar dibandingkan dengan rumahtangga intervensi. Kondisi serupa terjadi pada proporsi rumahtangga yang pembuangan akhir tinja dengan septic tank dimana proporsi rumahtangga control mempunyai proporsi yang lebih besar dibanding rumahtangga intervensi tapi dengan signifikan secara statistic pada taraf 5 persen.

4.2. Evaluasi Dampak Program Keluarga Harapan

Seperti yang sudah dijelaskan pada bab sebelumnya bahwa pengukuran dampak program yang lebih valid membutuhkan pertimbangan mengenai perbedaan kondisi awal, baik yang terukur maupun yang tidak terukur, diantara

kedua kelompok (intervensi dan kontrol) yang sebelumnya dipilih secara random. Salah satu metode yang dapat digunakan untuk tujuan tersebut adalah metode estimasi DID (Different In Different) yang dapat dilakukan dengan mengurangi perbedaan-perbedaan pada kondisi awal diantara kedua kelompok. Metode dasar DID dilakukan dengan menggunakan regresi linier hanya menampilkan empat indikator utama yaitu : 1. Indikator tujuan utama (outcome), 2. Rumahtangga intervensi yang menerima PKH, 3 Periode waktu pelaksanaan survey dan 4. Dampak rumahtangga intervensi penerima PKH selama kurun waktu 2007 sampai dengan 2009. Pada bahasan selanjutnya hanya ditampilkan matrix keempat indikator utama tersebut, sementara hasil regresi lengkapnya dapat dilihat pada daftar lampiran .

4.3.PKH dan Indikator Kesehatan

Secara umum, kewajiban PKH kesehatan selaras dengan ketentuan yang kini berlaku, yaitu pelayanan KIA dan kebijakan pembiayaan kesehatan (Hidayat B, 2006). Ketentuan pelayanan KIA erat kaitannya dengan pelayanan antenatal, persalinan, nifas, dan perawatan bayi, seperti: (i) pelayanan antenatal mengharuskan diberikan oleh semua fasilitas kesehatan, dan harus disesuaikan standard nasional yaitu minimal 4 kali selama kehamilan (1 kali masing-masing pada trimester I dan II, dan 2kali pada trimester III); (ii) persalinan harus ditolong oleh petugas kesehatan terlatih.

Sedangkan kebijakan pembiayaan yang terkait adalah pembiayaan jaminan kesehatan masyarakat miskin. Pemerintah kini menjamin 76.4 juta penduduk miskin dalam program jaminan kesehatan (dulu dikenal Askeskin). Kewajiban PKH kesehatan sejalan dengan paket Jamkesmas. Artinya, ketika peserta PKH memanfaatkan pelayanan kesehatan (misal antenatal care di Puskesmas, persalinan di Polindes atau di Bidan Desa), mereka tidak diwajibkan membayar biaya pelayanan karena sudah dijamin Jamkesmas. Ini merefleksikan PKH sejalan dengan Jamkesmas. Keduanya saling melengkapi dan berupaya meningkatkan akses warga miskin pada layanan kesehatan yang diberikan ke konsumen, sedangkan intervensi Jamkesmas berupa subsidi premi.

4.3.1. Dampak PKH terhadap Peningkatan jumlah imunisasi

Pada survei Program Keluarga Harapan, pertanyaan mengenai imunisasi ditujukan bagi anak berusia 0-3 tahun. Pertanyaan tersebut berhubungan dengan seberapa banyak anak usia 0-3 melakukan imunisasi dalam tiga bulan terakhir. Terdapat dua indikator yang berkaitan dengan imunisasi yaitu jumlah cakupan imunisasi dan persentase cakupan imunisasi.

Tabel 13 menunjukkan bahwa rumah tangga penerima PKH mempunyai jumlah cakupan imunisasi lebih besar dibandingkan dengan rumahtangga bukan penerima PKH pada dua putaran survei. Hasil regresi menunjukkan bahwa koefisien pada survei dasar, rumahtangga intervensi 0.11 lebih besar dibandingkan dengan rumahtangga kontrol meskipun secara statistik tidak signifikan. Pada saat survei lanjutan dilaksanakan terdapat jumlah cakupan imunisasi lebih besar dibandingkan pada saat awal dilaksanakan. Hasil regresi menunjukkan bahwa koefisien pada pelaksanaan survei kedua terdapat penambahan jumlah cakupan imunisasi sebesar 0.815 lebih besar dibandingkan pada saat awal survei, dan secara statistik signifikan pada taraf 1 persen. Demikian pula halnya pada dua periode survei, dimana pada rumahtangga intervensi terjadi lonjakan peningkatan imunisasi sebesar 2.65 kali lebih besar pada saat survei dasar dan pada saat survei lanjutan. Jumlah imunisasi pada kelompok rumahtangga kontrol juga meningkat sebesar 1.95 kali pada dua periode survei.

Kecenderungan ini menunjukkan bahwa selama kurun waktu 2007-2009 terdapat lonjakan melakukan cakupan imunisasi baik di rumahtangga intervensi maupun rumahtangga kontrol. Perbedaan antar kelompok pada dua putaran survei (evaluasi dampak) menunjukkan bahwa program berpengaruh meningkatkan jumlah imunisasi sebesar 0.7 kali dengan tingkat signifikansi pada taraf 1 persen. Hal ini menunjukkan bahwa Program Keluarga Harapan dapat mendorong rumahtangga untuk lebih banyak menerima cakupan imunisasi walaupun masih relatif kecil. PKH berhasil menaikkan kegiatan imunisasi bayi berusia dibawah 3 tahun. Namun demikian kenaikan kegiatan imunisasi relatif kecil, yaitu secara rata hanya naik sebesar 0.7kali.

Tabel 13. Dampak PKH terhadap Peningkatan Imunisasi

Indikator			Perbedaan Antar Kelompok	(Sig)
	Intervensi	Kontrol		
Survei Lanjutan	8.78 [0.524]	7.965 [0.519]	0.815 [0.153]	0.000***
Survei Dasar	6.123 [0.522]	6.012 [0.518]	0.111 [0.160]	0.489
Perbedaan Antar Waktu	2.657 [0.190]	1.952 [0.130]	0.705 [0.220]	0.001***

Standard errors in brackets

* significant at 10%; ** significant at 5%; *** significant at 1%

4.3.2. Dampak PKH terhadap Persentase Cakupan Imunisasi

Program PKH juga berpengaruh terhadap persentase cakupan imunisasi seperti yang ditunjukkan pada Tabel 14 rumahtangga intervensi pada survei dasar lebih besar 1.76 persen dibandingkan dengan rumahtangga kontrol pada survei yang sama meskipun secara statistik tidak signifikan. Demikian pula halnya pada saat survei lanjutan dimana rumahtangga intervensi 4.07 persen lebih besar dibandingkan dengan rumahtangga kontrol dan signifikan secara statistik pada taraf 1 persen. Peningkatan yang cukup besar juga terjadi pada dua putaran survei di kelompok rumahtangga intervensi dan kontrol. Peningkatan cakupan imunisasi di rumahtangga intervensi sebesar 5.2 persen, sementara pada rumahtangga kontrol sebesar 2.8 persen meskipun secara statistik tidak signifikan pada kedua kelompok tersebut. Evaluasi dampak PKH terhadap persentase cakupan imunisasi sebesar 2.3 persen tetapi tidak signifikan secara statistik.

Temuan studi ini konsisten dengan berbagai studi di banyak negara. Ada empat studi yang menganalisis dampak CCT pada cakupan imunisasi. Hasil dari keempat studi tersebut menunjukkan dampak program CCT terhadap imunisasi yang kurang jelas. Barham(2005) memperkirakan dampak *Oportunidades* pada cakupan imunisasi tuberkulosis dan campak di Meksiko.

Tabel 14. Dampak PKH terhadap Persentase Cakupan Imunisasi

Indikator			Perbedaan Antar Kelompok	(Sig)
	Intervensi	Kontrol		
Survei Lanjutan	90.657 [3.752]	86.587 [3.717]	4.070 [1.097]	0.000***
Survei Dasar	85.506 [3.739]	83.750 [3.709]	1.756 [1.148]	0.126
Perbedaan Antar Waktu	5.150 [1.359]	2.837 [0.928]	2.314 [1.574]	0.142
Standard errors in brackets * significant at 10%; ** significant at 5%; *** significant at 1%				

Efek program dilaporkan sangat kecil dan tidak signifikan. Alasan utamanya adalah cakupan imunisasi awal program sudah sangat tinggi (90 persen). Di Kolombia, Attanasio et al. (2005) menemukan dampak positif pada *Familias en Acción* terhadap kegiatan imunisasi, meskipun dampak tersebut secara umum tidak signifikan.

Program PRAF di Honduras meningkatkan cakupan imunisasi difteri, pertusis, tetanus, tetapi tidak untuk campak. Barham dan Maluccio (2008) menemukan dampak program RPS di Nikaragua terhadap cakupan vaksinasi. Program CCT di Turki berhasil meningkatkan cakupan imunisasi, yakni anak-anak dibawah usia 6 tahun yang diimunisasi lengkap adalah 14 persen poin lebih tinggi diantaramereka yang berpartisipasi dalam program CCT. Evaluasi program CCT di Honduras menunjukkan peningkatan rata-rata 6.9 persen dalam jangkauan dosis pertama difteri, tetanus toxoids, pertusis (antigen tidak ditentukan) pentavalent vaksin pada anak-anak muda dari 3 tahun, tetapi tidak berpengaruh pada vaksinasi campak atau pada tetanus imunisasi diantara wanita hamil. Program CCT di Kolombia meningkatkan probabilitas bahwa orangtua telah mematuhi imunisasi difteri, tetanus toxoids, pertusis (antigen tidak ditentukan), jadwal vaksinasi anak-anak mereka pada usia 24 bulan, meskipun tidak terlihat efek jelas pada cakupan. Status kesehatan ibu berimplikasi bukan hanya pada

kesehatan ibu, tetapi juga secara langsung pada kesehatan janin atau bayi pada minggu pertama kehidupannya (Depkes 2003).

4.3.3. Dampak PKH terhadap Pemeriksaan Kehamilan

Pemeriksaan kehamilan merupakan salah satu tahapan penting menuju kehamilan yang sehat. Boleh dikatakan kehamilan merupakan syarat yang wajib diikuti oleh para ibu hamil. Pemeriksaan kehamilan dapat dilakukan oleh dokter kandungan atau bidan dengan minimal pemeriksaan 3 kali selama kehamilan yaitu pada usia kehamilan trimester pertama, trimester kedua dan pada kehamilan trimester ketiga, itupun jika kehamilan normal. Namun ada baiknya pemeriksaan kehamilan dilakukan sebulan sekali hingga usia 6 bulan, sebulan dua kali pada usia kehamilan 7-8 bulan dan seminggu sekali pada usia kehamilan menginjak usia 9 bulan. Pada survei evaluasi PKH pertanyaan mengenai pemeriksaan kehamilan juga ditanyakan pada wanita hamil.

Hasil regresi menunjukkan bahwa pengaruh PKH terhadap persen pemeriksaan kehamilan mengalami peningkatan dari periode pemeriksaan pada triwulan 1 ke triwulan 2 tetapi menurun pada triwulan 2 ke triwulan ke-3. Intensitas pemeriksaan kehamilan yang seharusnya meningkat pertriwulan justru semakin menurun di penghujung triwulan.

Pada survei dasar, pemeriksaan kehamilan rumahtangga intervensi cenderung lebih rendah dibandingkan rumahtangga kontrol pada ketiga triwulan, tetapi mengalami peningkatan pada survei lanjutan. Evaluasi dampak pemeriksaan kehamilan pada triwulan pertama sekitar 11.5 persen dengan tingkat signifikansi pada taraf 5 persen. Pemeriksaan kehamilan pada triwulan kedua berkisar 17.8 persen. Terakhir di ujung triwulan berkisar sekitar 3.9 persen.

Tabel 15. Dampak PKH dan Pemeriksaan Kehamilan**Pemeriksaan kehamilan triwulan pertama**

Indikator			Perbedaan Antar Kelompok	(Sig)
	Intervensi	Kontrol		
Survei Lanjutan	22.666 [12.373]	17.310 [12.401]	5.355 [3.632]	0.141
Survei Dasar	9.175 [12.153]	15.325 [12.045]	-6.151 [3.480]	0.077*
Perbedaan Antar Waktu	13.491 [4.331]	1.985 [2.938]	11.506 [4.956]	0.020**

Standard errors in brackets

* significant at 10%; ** significant at 5%; *** significant at 1%

Pemeriksaan kehamilan triwulan pertama

Indikator			Perbedaan Antar Kelompok	(Sig)
	Intervensi	Kontrol		
Survei Lanjutan	24.476 [13.092]	13.855 [13.122]	10.621 [3.843]	0.006***
Survei Dasar	14.513 [12.860]	21.712 [12.745]	-7.199 [3.682]	0.051*
Perbedaan Antar Waktu	9.964 [4.583]	-7.857 [3.109]	17.821 [5.244]	0.001***

Standard errors in brackets

* significant at 10%; ** significant at 5%; *** significant at 1%

Pemeriksaan kehamilan triwulan pertama

Indikator			Perbedaan Antar Kelompok	(Sig)
	Intervensi	Kontrol		
Survei Lanjutan	5.961 [11.890]	2.673 [11.917]	3.288 [3.491]	0.346
Survei Dasar	8.725 [11.679]	9.316 [11.575]	-0.591 [3.344]	0.86
Perbedaan Antar Waktu	-2.763 [4.162]	-6.643 [2.823]	3.879 [4.762]	0.415

Standard errors in brackets

* significant at 10%; ** significant at 5%; *** significant at 1%

4.4.PKH dan Indikator Pendidikan

Pendidikan merupakan pilar penting dalam meningkatkan kualitas SDM. Bersama-sama dengan indikator kesehatan dan ekonomi, indikator pendidikan (seperti angka partisipasi kasar jenjang pendidikan dasar sampai dengan pendidikan tinggi, dan melek aksara) digunakan sebagai indikator utama perhitungan Indeks Pembangunan Manusia (IPM). Oleh karenanya pembangunan pendidikan nasional harus menjamin pemerataan kesempatan pendidikan, peningkatan mutu serta relevansi dan efisiensi manajemen pendidikan untuk menghadapi tantangan sesuai tuntutan perubahan kehidupan lokal, nasional, dan global.

Pembangunan pendidikan nasional yang dilakukan dalam kurun waktu 2004–2009 telah mempertimbangkan kesepakatan-kesepakatan internasional seperti Pendidikan untuk Semua (*Education for All*), Konvensi Hak Anak (*Convention on the right of child*) dan Millenium Development Goals (MDGs) serta *World Summit on Sustainable Development* yang secara jelas menekankan pentingnya pendidikan sebagai salah satu cara untuk penanggulangan kemiskinan, peningkatan keadilan dan kesetaraan gender, pemahaman nilai-nilai budaya dan multikulturalisme, serta peningkatan keadilan sosial.

Salah satu upaya pemerintah untuk lebih menjamin dan mendukung berbagai kesepakatan internasional dalam bidang pendidikan tersebut diatas adalah memasukan komponen Pendidikan dalam PKH. Upaya ini diharapkan akan mendorong warga miskin untuk lebih mementingkan pendidikan anak-anaknya, yakni terdaftar dan hadir di sekolah.

Thesis ini menyajikan hasil evaluasi dampak PKH pada indikator pendidikan. Sama halnya dengan kesehatan, diskusi diarahkan pada hasil-hasil temuan utama PKH Pendidikan, serta membandingkan dengan hasil temuan tersebut dengan berbagai studi yang dilakukan disejumlah Negara. Pengukuran efektivitas PKH pada bidang pendidikan dilakukan dengan membandingkan indikator-indikator tujuan pendidikan sebelum dan seletaah peluncuran PKH. Pengukuran dilakukan pada pemenuhan sejumlah indikator tujuan pendidikan bagi anak 6-15 tahun yang orangtuanya tercatat sebagai peserta PKH dan

implikasi pada ketersediaan fasilitas dan penyedia layanan pendidikan. Indikator-indikator tujuan PKH pendidikan yang dapat dievaluasi lebih lanjut .

1. Angka partisipasi Sekolah Dasar
2. Angka partisipasi Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama

4.4.1. Dampak PKH terhadap Angka Partisipasi Murni SD

Angka partisipasi murni sekolah dasar berada diatas 80 persen, baik itu rumahtangga intervensi maupun rumahtangga control pada dua putaran survey. Pada survey dasar (baseline), rata-rata angka partisipasi murni sekolah dasar sekitar 82 persen, kemudian meningkat di kisaran 85 persen di kedua kelompok rumahtangga. Pada survey dasar, angka partisipasi murni rumahtangga intervensi lebih rendah dibandingkan dengan rumahtangga control sekitar 0.28 persen. Sedangkan rumahtangga intervensi pada survei lanjutan lebih besar sekitar 0.56 persen. Perbedaan antar waktu rumahtangga intervensi 3.3 persen disbanding dengan 2.49 persen pada rumahtangga control. Evaluasi dampak pada angka partisipasi murni sekolah dasar sekitar 0.84 meskipun tidak signifikan secara statistik. Temuan yang relatif kecil ini juga konsisten dengan hasil evaluasi dampak program *progres* di Meksikoyang memiliki dampak relatif kecil pada angka kehadiran sekolah, pencapaian nilai standar test serta kemampuannya menarik anak-anak drop-out untuk masuk ke sekolah.

Tabel 16. Dampak PKH terhadap Angka Partisipasi Murni SD

Indikator			Perbedaan Antar Kelompok	(Sig)
	Intervensi	Kontrol		
Survei Lanjutan	85.956 [2.101]	85.398 [2.075]	0.559 [0.659]	0.397
Survei Dasar	82.618 [2.089]	82.901 [2.073]	-0.283 [0.675]	0.676
Perbedaan Antar Waktu	3.338 [0.809]	2.497 [0.558]	0.841 [0.938]	0.370

Standard errors in brackets

* significant at 10%; ** significant at 5%; *** significant at 1%

4.4.2. Dampak PKH terhadap Angka Partisipasi Murni SLTP

Dampak PKH terhadap angka partisipasi murni di sekolah lanjutan tingkat pertama berbeda dengan sekolah dasar. Selama periode survei tidak terdapat perubahan yang signifikan di sekolah lanjutan tingkat pertama. Dampak program rumahtangga penerima PKH pada dua putaran survei positif dibandingkan rumahtangga bukan penerima PKH dalam dua kurun waktu tersebut. Secara statistik, partisipasi anak sekolah di tingkat sekolah lanjutan tingkat pertama tidak signifikan pada survei dasar dengan angka partisipasi sekitar 2.5 persen tetapi bertolak belakang pada survei lanjutan dengan angka partisipasi sekitar 3.1 persen dan signifikan secara statistik pada taraf 5 persen. Rumahtangga intervensi penerima PKH lebih lebih besar 2.45-3 persen pada survei dasar dan survei lanjutan. Dan jika dibandingkan antar putaran survei, rumahtangga intervensi mengalami kenaikan sekitar 11.2 persen dan rumahtangga kontrol mengalami kenaikan sekitar 10.6 persen.

Evaluasi dampak angka partisipasi murni sekolah lanjutan tingkat pertama, PKH dapat meningkatkan angka partisipasi murni sekitar 0.67 persen walaupun secara statistik tidak signifikan. Fenomena pada angka partisipasi murni di kedua tingkatan sekolah tersebut kemungkinan besar diakibatkan oleh adanya intervensi dari program lain yang sejenis, sebagai contoh adalah program Bantuan Operasional Sekolah (BOS).

Tabel 17. Dampak PKH terhadap Angka Partisipasi Murni SLTP

Indikator			Perbedaan Antar Kelompok	(Sig)
	Intervensi	Kontrol		
Survei Lanjutan	37.277 [4.693]	34.21 [4.647]	3.067 [1.439]	0.033**
Survei Dasar	26.062 [4.715]	23.611 [4.653]	2.45 [1.601]	0.126
Perbedaan Antar Waktu	11.216 [1.869]	10.599 [1.253]	0.617 [2.143]	0.773

Standard errors in brackets

* significant at 10%; ** significant at 5%; *** significant at 1%

4.5. PKH dan Pengeluaran Rumahtangga

PKH memberikan bantuan tunai kepada rumahtangga sangat miskin (RTSM) dengan persyaratan dan kondisi tertentu. Pengeluaran tersebut digunakan untuk memenuhi kebutuhan pelayanan pendidikan dan kesehatan anggotarumahtangga. Dengan kondisi tersebut kecenderungan berdampak terhadap pengeluaran rumahtangga akan semakin besar terutama pada pengeluaran bukan makanan yang didalamnya terbagi pada pengeluaran pendidikan dan kesehatan. Seberapa besar dampak PKH terhadap pengeluaran rumahtangga akan dijelaskan pada bahasan berikut ini.

4.5.1. Dampak PKH terhadap Pengeluaran makanan

Pengaruh rumahtangga intervensi penerima PKH terhadap pengeluaran perkapita makanan, pengeluaran perkapita bukan makanan dan pengeluaran total total mempunyai dampak negatif. Pengaruh PKH terhadap pengeluaran perkapita makanan tidak signifikan secara statistik. Pada saat survei dasar, perbedaan antara kelompok intervensi dan kontrol negatif 2.840 rupiah, dan perbedaan pada saat survei lanjutan 310 rupiah tetapi perubahan tersebut tidak signifikan. Perbedaan antar waktu juga menunjukkan pola yang sama dimana pada rumah tangga intervensi mengalami kenaikan sekitar 9.226 rupiah sementara rumah tangga kontrol hanya 6076 rupiah, dan tidak signifikan secara statistik.

Tabel 18. Dampak PKH terhadap Pengeluaran makanan

Indikator			Perbedaan Antar Kelompok	(Sig)
	Intervensi	Kontrol		
Survei Lanjutan	207,876 [5,817.654]	207,566 [5,807.503]	310 [1,425.142]	0.828
Survei Dasar	198,650 [6,976.980]	201,490 [6,567.254]	-2,840 [4,336.788]	0.513
Perbedaan Antar Waktu	9,226 [4,337.904]	6,076 [3,254.307]	3,150 [4,547.692]	0.488

Standard errors in parentheses

* significant at 10%; ** significant at 5%; *** significant at 1%

4.5.2. Dampak PKH terhadap Pengeluaran bukan makanan

Tabel 18 menunjukkan bahwa pengeluaran bukan makanan rumahtangga intervensi lebih rendah dibanding rumahtangga control pada kedua putaran survey. Pada survey dasar perbedaan pengeluaran bukan makanan rumahtangga intervensi terhadap control lebih rendah 7.611 rupiah dengan tingkat signifikansi 5 persen. Sementara itu pada saat survey lanjutan, perbedaan pengeluaran bukan makanan rumahtangga intervensi terhadap control lebih rendah 3.835 rupiah dengan tingkat signifikansi 1 persen.

Efek PKH terhadap pengeluaran bukan makanan dari sisi perbedaan waktu juga mempunyai arah positif dari kedua kelompok rumahtangga, meskipun secara statistic tidak signifikan pada kedua kelompok rumahtangga tersebut. Besaran perbedaan tersebut berkisar 18.181 rupiah pada rumahtangga intervensi dan 14.405 rupiah pada rumahtangga control. Evaluasi dari dampak PKH terhadap pengeluaran bukan makanan rumahtangga sebesar 3,776 rupiah, ada dampak positif meskipun secara statistic tidak signifikan. Efek total PKH terhadap pengeluaran rumahtangga bukan makanan sebesar 3.776 rupiah tetapi tidak signifikan secara statistic.

Tabel 19. Dampak PKH terhadap Pengeluaran bukan makanan

Indikator			Perbedaan Antar Kelompok	(Sig)
	Intervensi	Kontrol		
Survei Lanjutan	74,526 [5,196.007]	78,361 [5,186.941]	-3,835 [1,272.858]	0.003***
Survei Dasar	56,345 [6,231.453]	63,956 [5,865.508]	-7,611 [3,873.380]	0.049**
Perbedaan Antar Waktu	18,181 [3,874.376]	14,405 [2,906.567]	3,776 [4,061.747]	0.353

Standard errors in parentheses

* significant at 10%; ** significant at 5%; *** significant at 1%

4.5.3. Dampak PKH terhadap Pengeluaran total rumahtangga

Pola yang sama terjadi antara pengeluaran rumahtangga bukan makanan dan pengeluaran rumahtangga secara total. Perbedaan antar kelompok di dua putaran survey negative dan perbedaan di dua putaran survey pada setiap kelompok mempunyai besaran positif, meskipun lagi-lagi tidak berpengaruh signifikan secara statistik.

4.5.3. Dampak PKH terhadap Pengeluaran total rumahtangga

Indikator			Perbedaan Antar Kelompok	(Sig)
	Intervensi	Kontrol		
Survei Lanjutan	282,402 [8,886.338]	285,927 [8,870.833]	-3,525 [2,176.873]	0.105
Survei Dasar	254,994 [10,657.183]	265,446 [10,031.336]	-10,452 [6,624.348]	0.115
Perbedaan Antar Waktu	27,408 [6,626.053]	20,481 [4,970.882]	6,926 [6,946.500]	0.319

Standard errors in parentheses

* significant at 10%; ** significant at 5%; *** significant at 1%

Efek secara keseluruhan program terhadap pengeluaran total rumahtangga berada pada kisaran 6.926 rupiah dan tidak signifikan secara statistik. Ada dampak program terhadap pengeluaran rumahtangga, tetapi tidak signifikan secara statistik apabila kita bandingkan rumahtangga intervensi dan rumahtangga kontrol.

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1. Kesimpulan

Penelitian ini menyajikan hasil analisis dampak awal PKH pada sejumlah indikator kesehatan, pendidikan dan pola konsumsi rumah tangga. Studi ini menggunakan rancangan eksperimen dengan melibatkan kelompok intervensi PKH dan kontrol PKH yang keduanya dipilih secara acak. Sumber data yang digunakan adalah (i) data survei dasar PKH (dikumpulkan segera setelah pelaksanaan PKH) dan (ii) data survei lanjutan. Survei lanjutan yang dilakukan setelah dua tahun pelaksanaan PKH mengumpulkan responden yang sama seperti halnya survey dasar (baseline).

Hasil estimasi menunjukkan bahwa dampak program PKH terhadap penambahan jumlah cakupan imunisasi setelah kurun waktu dua tahun sebesar 0.75kali dibandingkan rumah tangga kontrol. Penambahan tersebut signifikan secara statistik pada taraf 1 persen Efek total program terhadap persentase cakupan imunisasi sebesar 2.3 persen meskipun tidak signifikan secara statistik.

Evaluasi dampak rumah tangga intervensi PKH mempunyai pengaruh positif dan signifikan secara statistik pada periode pemeriksaan kehamilan triwulan pertama dan triwulan kedua, tetapi tidak berpengaruh secara statistik pada pemeriksaan kehamilan triwulan ketiga. Pada pemeriksaan kehamilan triwulan pertama, rumah tangga penerima PKH meningkat 11.5 persen, pada pemeriksaan triwulan kedua 17.8 persen dan pada triwulan ketiga hanya 3.9 persen.

Perbedaan dampak program PKH terhadap angka partisipasi murni sekolah dasar dan sekolah lanjutan tingkat pertama pada rumah tangga intervensi dibandingkan rumah tangga bukan penerima PKH dalam dua kurun waktu mempunyai besaran positif sekitar. Secara statistik, partisipasi anak sekolah di tingkat sekolah dasar maupun sekolah lanjutan tingkat pertama tidak ada signifikan. Efek total angka partisipasi murni sekolah dasar 0.84 persen, dan Efek total angka partisipasi murni sekolah lanjutan tingkat pertama 0.62 persen.

Efek murni program terhadap pengeluaran perkapita rumah tangga positif baik itu untuk pengeluaran perkapita makanan, pengeluaran perkapita bukan

makanan dan juga pengeluaran perkapita total rumahtangga. Evaluasi dampak terhadap pengeluaran perkapita makanan sebesar 3.250 rupiah, efek program terhadap pengeluaran perkapita bukan makanan sebesar 3.776 rupiah dan efek program terhadap perkapita total rumahtangga sebesar 6.926 rupiah. Meskipun secara keseluruhan besaran dampak program positif terhadap pengeluaran rumahtangga, tetapi ada satupun yang signifikan secara statistik. PKH telah memberi manfaat bagi peningkatan pendidikan dan kesehatan masyarakat, sehingga perlu dipertahankan dan dikembangkan pada wilayah lainnya, agar manfaat PKH bisa dirasakan oleh RTSM lain yang belum mendapatkan bantuan PKH.

5.2 Keterbatasan dan Rekomendasi

5.2.1. Keterbatasan studi

- a) Studi ini menemukan rumahtangga yang sebelumnya terpilih sebagai kelompok kontrol PKH dalam survei dasar, namun setelah dilacak dengan data survei lanjutan, rumahtangga tersebut ternyata masuk sebagai kelompok intervensi PKH. Demikian pula sebaliknya. Idealnya, sebuah rumahtangga yang sudah terpilih sebagai kelompok kontrol PKH seharusnya mereka tidak terpilih sebagai penerima PKH. Temuan ini mengindikasikan minimnya koordinasi diantara pelaksana program dengan pelaku evaluasi.
- b) Isu pada poin c diatas berimplikasi pada tidak tidak homogenya diantara kelompok intervensi dan kontrol untuk sejumlah indikator pada survei baseline. Padahal sifat heterogenitas antara kelompok intervensi dan kontrol merupakan masalah tersendiri pada penggunaan metode DD.

5.2.2. Rekomendasi

Terkait dengan sejumlah keterbatasan seperti tersebut diatas, hasil temuan studi yang disajikan dalam thesis ini harus diinterpretasikan dengan hati-hati. Mengingat pelaksanaan uji coba PKH secara keseluruhan di 6 propinsi baru berusia 2 tahun ketika data pada survei lanjutan dikumpulkan, hasil-hasil yang disajikan pada thesis ini merupakan temuan awal. Hasil temuan ini harus divalidasi lebih lanjut, yakni dengan mengoptimalkan data survei lanjutan PKH yang datanya dikumpulkan pada akhir tahun 2009. Survei lanjutan PKH ini memiliki sampel dan informasi yang cukup berimbang dengan survei baseline. Disamping itu, pelaksanaan survei juga yang dilakukan dengan menggunakan standar kualitas yang relatif sama dengan survei dasar.

Melihat masih sedikitnya efek pada cakupan imunisasi untuk anak berusia kurang dari 3 tahun, maka perlu kiranya pelaksana PKH maupun fasilitator untuk lebih mendorong keluarga penerima program untuk melakukan imunisasi. Demikian pula dengan efek pemeriksaan antenatal care bagi wanita usia hamil terutama pada pemeriksaan kehamilan triwulan ketiga, perlu peran dan kerja lebih keras bagi pelaksana program dalam rangka mendorong pemeriksaan kehamilan ketiga. Efek partisipasi murni pendidikan dasar dan lanjutan tingkat pertama juga masih bisa ditingkatkan dengan melakukan kerjasama dan koordinasi dengan dinas dan instansi terkait.

DAFTAR PUSTAKA

1. Adato, M. and Hoddinott, J. Adato, M. and Hoddinott, J. (eds) Conditional cash transfer programs: a 'magic bullet'?. *Conditional cash transfers in Latin America: a magic bullet to reduce poverty?* International Food Policy Research Institute, Washington, DC
2. Adato, M., Coady, D. and Ruel, M. (2000a) *Final report: an operations evaluation of PROGRESA from the perspective of beneficiaries, promotoras, school directors, and health staff* International Food Policy Research Institute, Washington, DC
3. Attanasio, O. P. et al. (2005) The short-term impact of a conditional cash subsidy on child health and nutrition in Colombia. *London: Centre for the Evaluation of Development Policies, Institute for Fiscal Studies.*
4. Barham, T. (2005) The impact of the Mexican conditional cash transfer on immunization rates. *Draft, Department of Agriculture and Resource Economics, UC Berkeley, CA*
5. Bassett, L. (2008) Can conditional cash transfer programs play a greater role in reducing child undernutrition?. *SP Discussion Paper No 0835, Social Protection & Labor World Bank* , Washington, DC
6. Behrman, J. R. and Walker, S. P. Adato, M. and Hoddinott, J. (eds) The impact of conditional cash transfer programs on education. *Conditional cash transfers in Latin America: a magic bullet to reduce poverty?* International Food Policy Research Institute , Washington, DC
7. BPS. 2007. *Survey Pelayanan Dasar Kesehatan dan Pendidikan 2007. Buku 1: Laporan Teknis Pelaksanaan.* BPS.
8. Caldes, N., Coady, D. and Maluccio, J. A. (2004) *The cost of poverty alleviation transfer programs: a comparative analysis of three programs in Latin America. FCND Discussion Paper 174* International Food Policy Research Institute , Washington, DC

9. Coady, D. P. (2006) The welfare returns to finer targeting: the case of the Progresa program in Mexico. *International tax and public finance*13:2-3 , pp. 217-239.
10. Central Bureau of Statistics Indonesia, National Family Planning Coordinating Board, Ministry of Health, and MEASURE/DHS. 2003. *Indonesia 2002-2003 Demographic and Health Survey Key Findings*. Jakarta.
11. Depkes RI. (2003) Rencana strategis nasional Making Pregnancy Saver (MPS) di Indonesia 2001-2010. Depkes RI, Jakarta Indonesia.
12. Depkes RI. (2005) Buku Pegangan Ibu dan Anak. Depkes RI, Jakarta Indonesia
13. Fernald, L. C. H., Gertler, P. J. and Neufeld, L. M. (2008) Role of cash in conditional cash transfer programmes for child health, growth, and development: an analysis of Mexico's Oportunidades. *Lancet*371:9615 , pp. 828-837.
14. Gertler, P. (2000) *Final report: the impact of Progresa on health* International Food Policy Research Institute , Washington, DC
15. Gertler, P. (2004) Do conditional cash transfers improve child health? Evidence from PROGRESA's control randomized experiment. *American economic review*94:2 , pp. 336-341.
16. Government of Indonesia. 2007. *Pedoman Umum PKH 2007*
17. Guba and Stufflebeam on Weis. 1972. *Statistic for Social Research*.
18. Habicht, J. P., Pelto, G. H. and Lapp, J. (2006) *Methodologies to evaluate the impact of large scale nutrition programs* World Bank , Washington, DC
19. Hidayat, B. Penetapan persyaratan kesehatan program Bantuan Tunai Bersyarat di Indonesia. Mimeo, November 2006, Jakarta, Indonesia.
20. Hoddinott, J. and Skoufias, E. (2004) The impact of PROGRESA on food consumption. *Economic development and cultural change*53:1 , pp. 37-61.
21. Hoddinott, J. and Wiesmann, D. Adato, M. and Hoddinott, J. (eds) The impact of conditional cash transfer programs on food consumption in Honduras, Mexico, and Nicaragua. *Conditional cash transfers in Latin*

- America: a magic bullet to reduce poverty?* International Food Policy Research Institute , Washington, DC
22. Hoddinott, J., Skoufias, E. and Washburn, R. (2000) *The impact of PROGRESA on consumption: a final report* International Food Policy Research Institute, Washington, DC
 23. Hoddinott, J. et al. (2008) Effect of a nutrition intervention during early childhood on economic productivity in Guatemalan adults. *Lancet*371:9610 , pp. 411-416.
 24. Kline. 1980. *Quasi Experimental Design*
 25. Krathwohl .1993. *Experimental Design: a Review*
 26. Leroy, J. L. et al. (2008a) The Oportunidades program increases the linear growth of children enrolled at young ages in urban Mexico. *Journal of nutrition*138:4 , pp. 793-798.
 27. Leroy, J. L. et al. (2008b) Improving enrollment and utilization of the oportuidades program in Mexico could increase its effectiveness. *Journal of nutrition*138:3 , pp. 638-641.
 28. Levy, S. (2006) *Progress against poverty: sustaining Mexico's Progresas-Oportunidades program* Brookings Institution Press , Washington, DC
 29. Lutter, C. K. et al. (1990) Age-specific responsiveness of weight and length to nutritional supplementation. *American journal of clinical nutrition*51:3 , pp. 359-364.
 30. Maluccio, J. and Flores, R. (2005) *Impact evaluation of a conditional cash transfer program: the Nicaraguan Red de Proteccion Social. IFPRI Research Report 141* International Food Policy Research Institute, Washington, DC
 31. Morris, S. S. et al. (2004) Monetary incentives in primary health care and effects on use and coverage of preventive health care interventions in rural Honduras: cluster randomised trial. *Lancet*364:9450 , pp. 2030-2037.
 32. Olinto, P. et al. (2003) The impact of the Bolsa Alimentacao program on food consumption. *Journal of nutrition*134 , pp. 2336-2341.
 33. Rivera, J. A. and Habicht, J. P. (2002) Effect of supplementary feeding on the prevention of mild-to-moderate wasting in conditions of endemic

- malnutrition in Guatemala. *Bulletin of the World Health Organization* 80:12 , pp. 926-932.
34. Rivera, J. A. et al. (2004) Impact of the Mexican program for education, health, and nutrition (Progresa) on rates of growth and anemia in infants and young children: a randomized effectiveness study. *Journal of the American Medical Association* 291:21, pp. 2563-2570.
 35. Rossi, P. H., Lipsey, M. W. and Freeman, H. E. (2004) *Evaluation: a systematic approach* Sage Publications , Thousand Oaks, CA
 36. Samsul Hadi and Mutrofin. 2006. *Metodologi Penelitian Sosial*.
 37. Shekar, M. et al. (2006) *Repositioning nutrition as central to development: a strategy for large scale action* World Bank , Washington, DC
 38. Skoufias, E. (2005) *PROGRESA and its impacts on the welfare of rural households in Mexico. IFPRI Research Report 139* International Food Policy Research Institute , Washington, DC
 39. Sugiyono. 2008. *Metodologi Penelitian Sosial*. Penerbit. Afta Beta. Bandung
 40. _____. (2007). *Pedoman Pelaksanaan PKH bidang Kesehatan*. Pemerintah Republik Indonesia, Jakarta, Indonesia, 2008.
 41. _____. (2007). *Pedoman Umum PKH 2007*. Pemerintah Republik Indonesia, Jakarta, Indonesia, 2008.
 42. _____. (2008). *Baseline survey report*. World Bank, Jakarta, Indonesia, 2008
 43. _____. (2008). *Laporan survei lanjutan PKH*. Bappenas, Jakarta, Indonesia 2008.
 44. World Bank. 2008. *CCT in Indonesia :PKH and PNPM-Generasi Baseline Survey Report*.

LAMPIRAN

Lampiran 1. Hasil regresi Jumlah dan Persentase cakupan Imnunitasi

	Jumlah	Jumlah	Persentase	Persentase
	Imnunitasi	Imnunitasi	cakupan	cakupan
	[1]	[2]	[3]	[4]
	Basic Model	Full Model	Basic Model	Full Model
RT mendapat PKH	0.0764 [0.1608]	0.1108 [0.1603]	1.2813 [1.1440]	1.756 [1.1479]
Periode PKH, 1=2009 0=Lainnya	1.8404 [0.1219]** *	1.9523 [0.1296]** *	2.1267 [0.8672]**	2.8368 [0.9279]** *
Rumahtangga Penerima PKH 2009	0.7647 [0.2226]** *	0.7046 [0.2199]** *	2.5476 [1.5839]	2.3136 [1.5740]
Jenis kelamin KRT		-0.1235 [0.2664]		-0.5766 [1.9074]
Status perkawinan		-0.0513 [0.2824]		0.4556 [2.0220]
Lamanya tahun sekolah KRT		0.1423 [0.0170]** *		0.6225 [0.1218]** *
Jumlah ART		-0.0732 [0.0293]**		-1.1548 [0.2100]** *
Lapangan pekerjaan KRT di Pertanian		0.287 [0.2633]		1.4907 [1.8851]
Lapangan pekerjaan KRT di Industri		0.526 [0.3074]*		3.349 [2.2005]
Lapangan pekerjaan KRT di Jasa		0.0177 [0.2701]		0.1166 [1.9338]
Kepemilikan Harta/Lahan RT		0.0713 [0.1741]		0.1579 [1.2462]
Kepemilikan ternak RT		-0.1319 [0.1259]		-0.6781 [0.9016]
Jenis atap rumah		0.2052 [0.1939]		1.8984 [1.3884]
Sumber air minum bersih		-0.7157 [0.1998]** *		-3.9932 [1.4303]** *

Jenis jamban yang digunakan	-0.4644			-0.6973
	[0.1645]**			[1.1778]
	*			
Tempat pembuangan akhir tinja	0.8447			2.9735
	[0.1616]**			[1.1572]**
	*			
Menggunakan listrik PLN	0.902			4.5397
	[0.1938]**			[1.3873]**
	*			*
Perkotaan/Perdesaan	0.253			-3.882
	[0.1897]			[1.3581]**
				*
Jumlah siaran TV yg dpt di akses	-0.0748			-0.2606
	[0.0139]**			[0.0992]**
	*			*
Akses ke siaran radio	0.3429			0.4971
	[0.2321]			[1.6619]
Keberadaan telpon umum	0.1227			1.28
	[0.1999]			[1.4311]
Keberadaan wartel	0.4514			2.7038
	[0.1184]**			[0.8475]**
	*			*
Keberadaan warnet	0.127			0.8749
	[0.1697]			[1.2152]
Keberadaan kantor pos	0.09			1.2947
	[0.1648]			[1.1801]
Pelayanan oleh Dokter	0.8273			5.7998
	[0.2737]**			[1.9597]**
	*			*
Jumlah tenaga perawat bidan	0.0035			0.0948
	[0.0149]			[0.1067]
Keberadaan puskesmas	-0.2233			-1.0385
	[0.0929]**			[0.6648]
Keberadaan polondes, klinik	0.1191			0.4477
	[0.0945]			[0.6766]
Keberadaan rumah sakit	0.1696			1.1117
	[0.2327]			[1.6662]
Constant	7.0693	6.0125	85.5492	83.7504
	[0.0883]**	[0.5181]**	[0.6281]**	[3.7088]**
	*	*	*	*
Observations	7928	7928	7928	7928
R-squared	0.0527	0.0825	0.0037	0.0229
Adj R-squared	0.0524	0.0791	0.0033	0.0193

Standard errors in brackets

* significant at 10%; ** significant at 5%; *** significant at 1%

Lampiran 2. Hasil regresi Pemeriksaan kehamilan triwulan Pertama, Kedua dan Ketiga

	Pemeriksaan Kehamilan Triwulan Pertama	Pemeriksaan Kehamilan Triwulan Kedua	Pemeriksaan Kehamilan Triwulan Ketiga
	[1]	[2]	[3]
RT mendapat PKH	-6.1506 [3.4796]*	-7.1994 [3.6818]*	-0.5912 [3.3438]
Periode PKH, 1=2009 0=Lainnya	1.9848 [2.9379]	-7.857 [3.1087]**	-6.6428 [2.8233]**
Rumahtangga Penerima PKH 2009	11.506 [4.9557]**	17.8207 [5.2437]**	3.8794 [4.7624]
Jenis kelamin KRT	-7.8782 [6.0682]	-6.3942 [6.4208]	-6.8524 [5.8315]
Status perkawinan	6.8555 [6.6246]	0.934 [7.0096]	0.6195 [6.3662]
Usia KRT	0.402 [0.1248]**	0.2913 [0.1321]**	0.2613 [0.1200]**
Rata-rata lamanya tahun sekolah dlm RT	4.0532 [0.8296]**	1.7997 [0.8778]**	0.4648 [0.7972]
Lamanya tahun sekolah KRT	-0.2445 [0.4606]	-0.0415 [0.4874]	-0.1276 [0.4426]
Jumlah ART	-1.0157 [0.5080]**	-0.7185 [0.5375]	-0.3526 [0.4882]
Lapangan pekerjaan KRT di Pertanian	-6.6409 [5.1286]	-8.0622 [5.4267]	3.9553 [4.9285]
Lapangan pekerjaan KRT di Industri	5.5147 [6.3102]	-1.6364 [6.6769]	7.7535 [6.0640]
Lapangan pekerjaan KRT di Jasa	-0.1142 [5.3158]	-5.8504 [5.6248]	4.7426 [5.1085]
Kepemilikan Harta/Lahan RT	-4.1331 [4.0680]	-2.904 [4.3044]	-2.5168 [3.9093]
Kepemilikan barang elektronik RT	5.4838 [3.0577]*	10.5199 [3.2354]**	5.4065 [2.9384]*
Kepemilikan kendaraan bermotor RT	6.5336 [2.8442]**	4.116 [3.0095]	1.6964 [2.7332]
Kepemilikan ternak RT	6.0463 [2.8390]**	0.0654 [3.0040]	0.2827 [2.7283]
Jenis dinding rumah	0.1096 [2.7491]	1.8759 [2.9089]	4.832 [2.6419]*
Jenis lantai rumah	1.5505 [2.7333]	-1.8688 [2.8921]	-5.738 [2.6267]**

Sumber air minum bersih	2.9953 [4.4847]	8.4184 [4.7453]*	-0.806 [4.3097]
Jenis jamban yang digunakan	2.0056 [3.4865]	-3.4592 [3.6891]	-3.1705 [3.3504]
Tempat pembuangan akhir tinja	1.5777 [3.4155]	6.2936 [3.6140]*	7.8552 [3.2823]**
Menggunakan listrik PLN	3.5271 [4.1272]	-2.6499 [4.3670]	1.4604 [3.9662]
Perkotaan/Perdesaan	-4.6307 [4.2830]	3.6179 [4.5319]	0.4917 [4.1159]
Jumlah siaran TV yg dpt di akses	1.3203 [0.3203]***	0.9345 [0.3389]***	0.1825 [0.3078]
Akses ke siaran radio	6.6024 [5.4075]	10.2269 [5.7218]*	6.3748 [5.1965]
Keberadaan telpon umum	-10.6433 [4.3787]**	-2.6399 [4.6332]	-2.6242 [4.2079]
Keberadaan wartel	0.0379 [2.6319]	1.0295 [2.7848]	0.7496 [2.5292]
Keberadaan warnet	0.7298 [3.8191]	-0.559 [4.0411]	1.8849 [3.6701]
Keberadaan kantor pos	2.2678 [3.6554]	5.7372 [3.8679]	-0.4606 [3.5128]
Jumlah tenaga dokter	-0.6896 [0.7435]	0.3044 [0.7867]	0.4646 [0.7145]
Jumlah tenaga perawat bidan	0.3926 [0.3319]	0.2545 [0.3512]	0.0735 [0.3190]
Keberadaan puskesmas	-1.9689 [2.0993]	-1.5165 [2.2213]	0.3408 [2.0174]
Keberadaan polondes, klinik	-7.0647 [2.1250]***	-3.9702 [2.2485]*	-0.7818 [2.0421]
Keberadaan rumah sakit	6.9709 [5.3588]	-1.3905 [5.6702]	-6.6751 [5.1497]
Constant	15.3255 [12.0448]	21.7121 [12.7448]*	9.3158 [11.5749]
Observations	1734	1734	1734
R-squared	0.1227	0.0698	0.0294
Adj R-squared	0.1051	0.0512	0.01

Standard errors in brackets

* significant at 10%; ** significant at 5%; *** significant at 1%

Lampiran 3. Hasil regresi Angka Partisipasi Murni Sekolah Dasar dan Sekolah Menengah Pertama

	Jumlah Immunisasi	Jumlah Immunisasi	Persentase cakupan imunisasi	Persentase cakupan imunisasi
	[1]	[2]	[3]	[4]
	Basic Model	Full Model	Basic Model	Full Model
RT mendapat PKH	-0.1893 [0.6707]	-0.2509 [0.6750]	-0.3856 [1.6279]	2.4543 [1.6002]
Periode PKH, 1=2009 0=Lainnya	2.6092 [0.5147]***	2.5227 [0.5579]***	10.9153 [1.1735]***	10.6731 [1.2541]***
Rumahtangga Penerima PKH 2009	0.828 [0.9387]	0.7569 [0.9382]	1.0863 [2.1907]	0.3744 [2.1426]
Jenis kelamin KRT		-0.5909 [1.1108]		-1.3186 [2.4024]
Status perkawinan		2.5089 [1.1807]**		3.3385 [2.4981]
Lamanya tahun sekolah KRT		-0.0763 [0.0735]		1.6122 [0.1650]***
Jumlah ART		0.0032 [0.1116]		-1.6384 [0.2323]***
Lapangan pekerjaan KRT di Pertanian		1.6556 [1.0404]		-0.3065 [2.1894]
Lapangan pekerjaan KRT di Industri		1.8984 [1.2506]		-3.1386 [2.6667]
Lapangan pekerjaan KRT di Jasa		2.2869 [1.0666]**		-1.9328 [2.2403]
Kepemilikan Harta/Lahan RT		1.7836 [0.7336]**		3.9283 [1.6750]**
Kepemilikan ternak RT		3.2068 [0.5467]***		4.3393 [1.2711]***
Jenis atap rumah		-0.1032 [0.7986]		-0.0817 [1.8757]
Sumber air minum bersih		-0.8543 [0.8498]		-3.136 [1.9596]
Jenis jamban yang digunakan		0.8269 [0.6784]		-0.3418 [1.5041]
Tempat pembuangan akhir tinja		-0.9221 [0.6645]		6.4353 [1.4640]***
Menggunakan listrik PLN		0.4263 [0.7986]		18.0744 [1.8739]***
Perkotaan/Perdesaan		-0.0725 [0.7472]		0.6023 [1.6042]

Jumlah siaran TV yg dpt di akses		-0.1382		0.7188
		[0.0580]**		[0.1322]***
Akses ke siaran radio		0.294		1.2378
		[0.9666]		[2.2562]
Keberadaan telpon umum		-1.3342		-4.6678
		[0.8177]		[1.7165]***
Keberadaan wartel		-0.387		1.6173
		[0.5080]		[1.1381]
Keberadaan warnet		0.143		-0.0086
		[0.7176]		[1.5064]
Keberadaan kantor pos		0.2304		2.3183
		[0.6861]		[1.5024]
Jumlah SD		0.0847		-0.8358
		[0.1080]		[0.2280]***
Constant	87.0367	82.8885	49.7265	23.6332
	[0.3656]***	[2.0727]***	[0.8691]***	[4.6538]***
Observations	18567	18567	9660	9660
R-squared	0.0024	0.0072	0.0132	0.0607
Adj R-squared	0.0023	0.0059	0.0128	0.0582

Standard errors in brackets

* significant at 10%; ** significant at 5%; *** significant at 1%

Lampiran 4. Hasil regresi Pengeluaran perkapita makanan, bukan makanan dan total

	Pengeluaran Perkapita Makanan	Pengeluaran Perkapita bukan Makanan	Pengeluaran Perkapita Total
	[1]	[2]	[3]
RT mendapat PKH	-2,840.30 [4,336.7883]	-7,611.39 [3,873.3795]**	-10,451.69 [6,624.3484]
Periode PKH, 1=2009 0=Lainnya	6,075.92 [3,254.3072]*	14,405.26 [2,906.5672]***	20,481.18 [4,970.8824]***
Rumahtangga Penerima PKH 2009	3,150.45 [4,547.6923]	3,776.03 [4,061.7473]	6,926.48 [6,946.4996]
Jenis kelamin KRT	14,905.15 [2,745.6100]***	-3,022.23 [2,452.2271]	11,882.93 [4,193.8587]***
Status perkawinan	218.3601 [2,983.6228]	4,846.93 [2,664.8069]*	5,065.29 [4,557.4180]
Usia KRT	-365.287 [63.8359]***	-177.8277 [57.0147]***	-543.1146 [97.5079]***
Rata-rata lamanya tahun sekolah dlm RT	6,555.61 [462.3506]***	5,666.43 [412.9460]***	12,222.04 [706.2304]***
Lamanya tahun sekolah KRT	-1,724.83 [253.0964]***	-201.3394 [226.0517]	-1,926.17 [386.5992]***
Jumlah ART	-10,662.97 [319.7362]***	-6,706.80 [285.5707]***	-17,369.76 [488.3900]***
Lapangan pekerjaan KRT di Pertanian	1,207.39 [2,733.3892]	-8,411.89 [2,441.3121]***	-7,204.50 [4,175.1916]*
Lapangan pekerjaan KRT di Industri	5,384.86 [3,282.5146]	-4,036.73 [2,931.7606]	1,348.13 [5,013.9687]
Lapangan pekerjaan KRT di Jasa	3,707.48 [2,815.4529]	-302.34 [2,514.6069]	3,405.14 [4,300.5422]
Jenis dinding rumah	-3,937.08 [1,435.4477]***	6,785.74 [1,282.0626]***	2,848.66 [2,192.6147]
Jenis lantai rumah	6,929.88 [1,498.4890]***	3,969.60 [1,338.3675]***	10,899.47 [2,288.9088]***
Sumber air minum bersih	-10,371.21 [2,367.5766]***	-5,326.37 [2,114.5885]**	-15,697.58 [3,616.4209]***
Tempat pembuangan akhir tinja	2,381.23 [1,252.5249]*	5,111.78 [1,118.6860]***	7,493.00 [1,913.2042]***
Menggunakan listrik PLN	2,448.39 [2,363.2066]	3,103.40 [2,110.6855]	5,551.79 [3,609.7460]
Kepemilikan Harta/Lahan RT	-6,471.52	5,870.18	-601.3457

	[2,039.3868]***	[1,821.4675]***	[3,115.1183]
Kepemilikan barang elektronik RT	9,716.45	10,989.85	20,706.30
	[1,612.1423]***	[1,439.8763]***	[2,462.5117]***
Kepemilikan kendaraan bermotor RT	8,128.95	24,472.87	32,601.82
	[1,483.9370]***	[1,325.3705]***	[2,266.6810]***
Kepemilikan ternak RT	-640.0671	2,485.22	1,845.15
	[1,569.1739]	[1,401.4993]*	[2,396.8784]
Perkotaan/Perdesaan	7,433.25	14,061.65	21,494.91
	[2,287.7873]***	[2,043.3251]***	[3,494.5446]***
Jumlah siaran TV yg dpt di akses	-1,049.58	-274.2922	-1,323.87
	[158.2558]***	[141.3454]*	[241.7323]***
Keberadaan telpon umum	10,101.24	3,305.84	13,407.08
	[2,127.9238]***	[1,900.5439]*	[3,250.3566]***
Keberadaan wartel	-4,497.40	2,224.63	-2,272.77
	[1,393.6313]***	[1,244.7144]*	[2,128.7410]
Keberadaan warnet	3,807.52	181.2125	3,988.74
	[1,670.0864]**	[1,491.6288]	[2,551.0201]
Keberadaan kantor pos	1,590.04	2,818.94	4,408.98
	[1,838.9252]	[1,642.4263]*	[2,808.9177]
Constant	201,490.00	63,956.05	265,446.05
	[6,567.2541]***	[5,865.5083]***	[10,031.3357]***
Observations	16249	16249	16249
R-squared	0.1171	0.1252	0.1577
Adj R-squared	0.1157	0.1238	0.1563

Standard errors in brackets

* significant at 10%; ** significant at 5%; *** significant at 1%