

PEMANFAATAN DANA PKH PADA RUMAH TANGGA MISKIN DI DESA KAMBATA TANA KABUPATEN SUMBA TIMUR

DAdrianus K. Hudang¹, Karolina A. Rewa²

^{1,2})Program Studi Ekonomi Pembangunan, Fakultas Ekonomi Bisnis dan Humaniora,
Universitas Kristen Wira Wacana Sumba
email: adrianus@unkriswina.ac.id¹ karolina@unkriswina.ac.id²

Abstrak

Dana PKH merupakan salah satu bentuk bantuan pemerintah bagi penduduk miskin di bidang pendidikan dan kesehatan yang bertujuan untuk membantu rumah tangga miskin agar memiliki akses pada pendidikan bagi anak – anak usia sekolah dan pemeriksaan kesehatan rutin bagi ibu hamil dan menyusui dengan menggunakan fasilitas kesehatan yang disediakan oleh pemerintah. Dana PKH ini diberikan dalam bentuk uang tunai yang diterima oleh RT miskin setiap tiga atau empat bulan sekali dalam setahun. Namun yang menjadi masalah apakah uang PKH yang diterima oleh RT miskin ini benar-benar dimanfaatkan untuk kebutuhan pendidikan anak-anak usia sekolah dan kesehatan ibu hamil dan menyusui? Hal ini menjadi menarik untuk diketahui. Metode pelaksanaan pengabdian kepada masyarakat dilaksanakan di desa Kambata Tana dalam bentuk sosialisasi kepada masyarakat penerima dana bantuan PKH, dengan maksud; **Pertama**, masyarakat dapat terus dingatkan dan memiliki pemahaman yang tepat agar dana PKH yang sudah diterima, memang digunakan sesuai kebutuhan pendidikan dan kesehatan **Kedua**, membantu pemerintah desa setempat agar program pemberian PKH dapat tepat sasaran dan bermanfaat bagi RT miskin di desa Kambata Tana. Hasil sosialisasi menunjukkan bahwa sebagian besar rumah tangga miskin telah mengetahui dan memahami tujuan program PKH. Namun yang masih menjadi kendala adalah konsekuensi dari penerapan PKH yang belum dipahami dengan baik, sehingga menimbulkan belum maksimalnya perubahan perilaku dalam rumah tangga terutama dalam aspek pendidikan dan kesehatan.

Kata kunci : PKH, Bantuan Pemerintah, Kemiskinan, Rumah Tangga Miskin, Pengabdian Kepada Masyarakat.

Abstract

PKH funds are a form of government assistance for the poor in the fields of education and health which aims to help poor households have access to education for school-age children and routine health checks for pregnant and breastfeeding mothers using the health facilities provided by government. These PKH funds are given in the form of cash which is received by poor RTs once every three months or four times a year. However, the problem is whether the PKH money received by poor RTs is used for the educational needs of school-aged children and the health of pregnant and breastfeeding mothers? This would be interesting to know. The method of implementing community service is carried out in Kambata Tana village in the form of outreach to the community receiving PKH assistance funds, with the aim of: First, the community can continue to be reminded and have the right understanding so that the PKH funds that have been received are used according to educational and health needs. Second, assist the local village government so that the PKH program can be right on target and beneficial for poor RT in Kambata Tana village. The results of the socialization show that the majority of poor households know and understand the objectives of the PKH program. However, the consequences of implementing PKH are not yet well understood, resulting in inadequate changes in behavior in households, especially in the aspects of education and health.

Keywords: PKH, Government Assistance, Poverty, Poor Households, Community Service

PENDAHULUAN

Kemiskinan merupakan fenomena yang kompleks dan bersifat multidimensional, berkaitan dengan aspek sosial, ekonomi, budaya dan lainnya. Bahkan terjadi pada hampir semua negara baik negara sedang berkembang maupun negara maju. Namun, umumnya kemiskinan di sebagian negara berkembang ditandai oleh besarnya jumlah penduduk miskin, pengangguran, keterbelakangan, kelaparan, kekurangan gizi, ketiadaan tempat tinggal, tidak dapat bersekolah, tidak punya akses air bersih dan listrik (Maipita, 2014). Berbagai faktor tersebut mengakibatkan rendahnya sumber daya manusia dan lemahnya daya saing suatu bangsa. Secara umum, kemiskinan diukur dengan

menggunakan tiga alat ukur, yaitu pendapatan, aset, dan sosioekonomi (Maipita, 2014). Pendapatan yang diukur dengan pengeluaran konsumsi; aset berupa uang, tabungan, sekuritas, rumah, tanah, dan aset lainnya. Kemudian sosio ekonomi meliputi kesehatan, gizi, angka melek huruf, angka kematian bayi, angka harapan hidup, keamanan dan lainnya.

Indonesia sebagai negara dengan tingkat penduduk yang besar serta keragaman wilayah dan sosial menghadapi masalah kemiskinan, yang tentunya memerlukan strategi penanggulangan. Selama periode tahun 2000 – 2022, jumlah dan persentase penduduk miskin di Indonesia terus mengalami penurunan, dimana jumlah penduduk miskin tahun 2000 sebanyak 38,74 juta (19,14%) menurun menjadi 26,16 juta (9,54 %) tahun 2022 atau terjadi penurunan penduduk miskin sebanyak 12,58 juta (9,6%). Jumlah penduduk miskin paling besar tinggal di desa sebesar 14,34 juta orang (12,29%), sedangkan yang tinggal di kota sebesar 11,82 juta orang (7,5%). Kondisi ini menggambarkan bahwa umumnya penduduk miskin yang berada di desa bekerja di sektor pertanian (BPS, 2019). Gambaran kondisi kemiskinan di Provinsi Nusa Tenggara Timur berada pada urutan ketiga yang memiliki persentase penduduk miskin terbesar di Indonesia yaitu sebesar 23,86 juta atau 20,05 persen, setelah provinsi Papua dan Papua Barat. Selanjutnya pada level kabupaten, Sumba Timur merupakan kabupaten yang memiliki persentase penduduk miskin terbanyak ketiga dari seluruh kabupaten yang berada di provinsi NTT yaitu tahun 2022 sebesar 28,22 persen .

Sebab itu, untuk menanggulangi masalah kemiskinan baik individu maupun rumah tangga terutama akibat krisis dan guncangan ekonomi, diperlukan suatu sistem perlindungan sosial yang dapat menjamin tercukupinya pendapatan, ketersediaan pangan dan akses akan layanan dasar seperti pendidikan dan kesehatan. Perlindungan sosial merupakan aspek yang sangat penting karena berkaitan dengan proses pembangunan, pengentasan kemiskinan serta pengurangan kesenjangan, sebagaimana tertuang dalam Undang-Undang Dasar (UUD) 1945. Sistem perlindungan sosial yang dilaksanakan di Indonesia berupa program bantuan sosial dan program jaminan sosial. Program bantuan sosial meliputi; bidang pendidikan berupa bantuan operasional sekolah (BOS), bidang kesehatan berupa sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), program keluarga harapan (PKH) untuk pendidikan dan kesehatan, dan bidang pangan berupa beras untuk keluarga miskin (Raskin), bantuan langsung tunai (BLT) dan berubah namanya menjadi bantuan langsung sementara masyarakat (BLSM), bantuan untuk masyarakat yang lanjut usia dengan nama Asistensi Sosial Lanjut Usia Terlantar (ASLUT) dan program Asistensi dan bantuan untuk masyarakat penyandang disabilitas dengan nama program Asistensi Sosial Orang dengan Kecatatan Berat (ASODKB).

Program bantuan sosial (*social assistance*) pada tingkat internasional terbagi atas dua (Budlender, 2014; Ferreira dan Robalino, 2010; Heimo, 2014), yaitu *in-kind transfer* (*unconditional cash transfer*) dan *conditional cash transfer* (CCT). Program *in-kind transfer* adalah program bantuan yang diberikan kepada rumah tangga miskin dalam bentuk bahan makanan tanpa disertai persyaratan perilaku. Pemberian bantuan *In-kind transfer* ini bertujuan untuk menjamin ketahanan pangan bagi masyarakat miskin yang terkena dampak krisis dan guncangan ekonomi melalui pemberian bahan makanan dengan harga bersubsidi. Melalui bantuan makanan tersebut dapat mengurangi beban pengeluaran konsumsi dan meningkatkan gizi rumah tangga, serta menghindarkan rumah tangga dari menjual aset berharga seperti ternak, tanah atau aset lainnya. Sedangkan program CCT adalah program yang memberikan bantuan berupa uang tunai (*cash transfer*) kepada rumah tangga miskin dengan persyaratan tertentu berkaitan dengan perilaku dalam aspek pendidikan dan kesehatan.

Program CCT yang memiliki tujuan utama pada pengembangan modal manusia khususnya dalam aspek pendidikan dan kesehatan. Dalam aspek pendidikan, rumah tangga yang memiliki anak usia sekolah (7 – 15 tahun) didorong untuk mendaftarkan anaknya dengan tingkat kehadiran minimal 85 persen sebagai syarat untuk memperoleh bantuan program (Baird dkk., 2013; Kamakura dan Mazzon, 2015). Dalam aspek kesehatan, rumah tangga yang memiliki ibu hamil dan bayi atau balita perlu memeriksakan kesehatannya termasuk untuk memantau perkembangan dan pertumbuhan anak serta mendapatkan vitamin, imunisasi dan vaksin (Budlender, 2014; World Bank, 2011). Sebagai insentif dari terpenuhinya perilaku yang diharapkan dalam pengembangan modal manusia, rumah tangga miskin menerima bantuan uang tunai (*cash transfer*) yang dapat digunakan untuk pembiayaan pendidikan anak-anak dan kesehatan ibu serta balita dan juga digunakan untuk pemenuhan kebutuhan konsumsi terutama makanan dalam rumah tangga.

Berbagai hasil penelitian tentang dampak program CCT terhadap konsumsi, pendidikan anak dan kesehatan. Penelitian tentang dampak CCT terhadap konsumsi dilakukan oleh Attanasio dan Mesnard

(2006) di Colombia; Maluccio (2010) di Nikaragua; Tutor (2014) di Philipina dan Afkar dan Matz (2015) di Indonesia. Umumnya hasil penelitian di berbagai negara menemukan bahwa program CCT memiliki pengaruh positif terhadap peningkatan konsumsi terutama konsumsi makanan. Demikian pula dengan penelitian Afkar dan Matz (2015) di Indonesia yang menemukan bahwa CCT memiliki dampak terhadap konsumsi makanan, bahkan dampak CCT lebih besar daripada Raskin. Namun dampak kedua program tersebut secara simultan tidak signifikan.

CCT juga memiliki dampak terhadap aspek pendidikan, dimana salah satu indikatornya diukur dari tingkat partisipasi siswa di sekolah. Schultz (2004); Rawlings dan Rubio (2005); dan Behrman dkk. (2000) meneliti dampak program Progresa di Meksiko terhadap tingkat partisipasi anak di sekolah menemukan bahwa tingkat partisipasi sekolah pada tingkat dasar sebesar 90 – 94 persen, tingkat menengah sebesar 67 – 73 persen. Penelitian yang sama dilakukan oleh Baird dkk. (2014) yang menemukan dampak CCT terhadap partisipasi sekolah sebesar 60 persen. Hal ini menunjukkan bahwa dengan adanya pemberian bantuan uang tunai akan meningkatkan tingkat partisipasi anak di sekolah. Namun, dengan semakin tingginya tingkat pendidikan, justru semakin rendah tingkat partisipasi anak di sekolah.

Penelitian tentang dampak CCT terhadap kesehatan khususnya dilihat dari jumlah kunjungan untuk pemeriksaan kehamilan dilakukan oleh Villar dkk. (2001) di Argentina, Cuba, Saudi Arabia, dan Thailand. Penelitian tersebut bertujuan untuk memantau perkembangan kehamilan, informasi kesehatan dan pencegahan resiko kematian. Hasil penelitian menemukan bahwa melalui program CCT memiliki dampak terhadap rata-rata kunjungan pemeriksaan kehamilan minimal 4 kali selama masa kehamilan. Selanjutnya melalui pemeriksaan secara teratur dapat meningkatkan kelahiran bayi dengan sehat. Demikian pula penelitian Morris dkk. (2004) menemukan bahwa dampak intervensi program CCT terhadap rumah tangga yang memiliki ibu hamil untuk melakukan pemeriksaan kehamilan meningkat sebesar 15 – 20 persen. Hal ini menunjukkan bahwa CCT memiliki dampak terhadap tingkat pemeriksaan kehamilan yang semakin meningkat.

Berbagai program perlindungan sosial termasuk CCT terbukti mampu berhasil mengurangi kemiskinan di banyak negara sedang berkembang (World Bank, 2009), sehingga mendorong pemerintah Indonesia juga menerapkan program serupa dengan nama PKH. Tujuan PKH adalah untuk mengatasi masalah kemiskinan baik di masa kini maupun masa yang akan datang melalui pengembangan sumber daya manusia khususnya aspek pendidikan dan kesehatan. Pemberian PKH kepada rumah tangga miskin disertai dengan persyaratan perilaku (*behavior*) tertentu (Rawlings dan Rubio, 2005; Saavedra dan García, 2012b). Persyaratan yang harus dipenuhi di aspek pendidikan yaitu orang tua harus mendaftarkan anak-anaknya khususnya anak usia sekolah (7 – 18 tahun) sebagai usia pendidikan wajib belajar 12 tahun di sekolah dengan memenuhi tingkat kehadiran tertentu (minimal 85 persen). Sedangkan persyaratan yang harus dipenuhi dalam aspek kesehatan adalah perlunya pemeriksaan secara rutin bagi ibu yang sedang hamil atau selesai melahirkan serta memantau pertumbuhan dan perkembangan balita dengan melakukan imunisasi dan vaksinasi. Dengan mengikuti perilaku pendidikan dan kesehatan sebagai syarat pemberian transfer, rumah tangga miskin memperoleh pendapatan tambahan dan sekaligus memberi kesempatan wanita sebagai kepala ibu rumah tangga dalam pengambilan keputusan tentang penggunaan uang transfer tersebut (Duflo, 2012). Ketika menerima transfer uang tunai, wanita lebih cenderung menggunakannya untuk memenuhi kebutuhan dasar seperti makanan, pendidikan dan kesehatan anggota rumah tangga.

Untuk mendukung pelaksanaan program tersebut, pemerintah telah mengalokasikan anggaran yang cukup besar bahkan mengalami peningkatan sejak tahun 2007 sampai tahun 2018. Anggaran untuk PKH tahun 2007 sebesar 0,39 triliun meningkat menjadi 17,5 triliun tahun 2018. Peningkatan anggaran berpengaruh terhadap peningkatan jumlah penerima manfaat, dimana rumah tangga penerima PKH mengalami peningkatan dari 0,51 juta rumah tangga tahun 2007 menjadi 10 juta rumah tangga tahun 2018. Akibat peningkatan anggaran tersebut turut mempengaruhi penurunan jumlah persentase penduduk miskin dari tahun 2007 – 2018, dari 16,58 persen tahun 2007 menjadi 9,82 persen tahun 2018.

Program keluarga harapan yang diarahkan pada peningkatan pendidikan dan kesehatan bagi anggota rumah tangga miskin. Namun disadari bahwa rumah tangga miskin tidak memiliki kemampuan untuk dapat mengakses dan memanfaatkan layanan sosial seperti pendidikan dan kesehatan dengan baik. Beberapa aspek yang menyebabkan rumah tangga miskin tidak dapat memanfaatkan layanan sosial tersebut antara lain; keterbatasan pendapatan (Saavedra dan García,

2012), kurangnya informasi dan pengetahuan tentang pentingnya layanan pendidikan dan kesehatan sebagai solusi untuk mengatasi masalah kemiskinan (Gaarder dkk., 2010).

Pendidikan yang dimaksud adalah pendidikan anak usia sekolah 7 – 18 tahun (wajib belajar 12 tahun). Pendidikan yang lebih tinggi dan memadai akan dapat memutus mata rantai kemiskinan antar generasi di masa yang akan datang. Melalui pendidikan pula diharapkan anak-anak usia sekolah yang berasal dari rumah tangga miskin dapat memperoleh pengetahuan dan keterampilan yang lebih baik, sehingga berdampak terhadap peningkatan produktivitas dan pendapatan. Sebab itu, tingkat pendidikan seseorang memiliki peran penting dalam meningkatkan taraf hidup dalam rumah tangga dan keluar dari kondisi kemiskinan.

Sebab itu, dalam rangka memberikan pemahaman tentang PKH kepada masyarakat penerima maka dilakukan sosialisasi pemanfaatan dan PKH Kepada rumah tangga miskin khususnya di Desa Kambata Tana Kecamatan Pandawai. Sosialisasi dimaksud bertujuan; (i) agar masyarakat desa khususnya rumah tangga miskin penerima PKH memperoleh pemahaman dalam pemanfaatan PKH baik terkait pendidikan maupun kesehatan; (ii) rumah tangga miskin dapat memanfaatkan sumberdaya yang tersedia untuk meningkatkan ekonomi rumah tangga; (iii) membantu pemerintah Desa dalam mensosialisasikan pemanfaatan dana PKH kepada penerima manfaat. Pengabdian kepada masyarakat ini bertujuan untuk memberikan sosialisasi kepada penerima bantuan PKH untuk dapat memahami manfaat dan kegunaan dana PKH yang diterima.

METODE

Metode pelaksanaan kegiatan pengabdian kepada masyarakat dilakukan dalam bentuk sosialisasi kepada penerima manfaat yang ada di desa Kambata Tana

Adapun Tahapan pelaksanaan PKM sebagai berikut :

1. Pengambilan data dan informasi RT Miskin penerima program PKH di desa Kambata Tana pada kantor desa
2. Persiapan pelaksanaan sosialisasi dan penyampaian undangan
3. Sosialisasi. Program pengabdian kepada masyarakat dilaksanakan dalam bentuk sosialisasi kepada penerima dana bantuan PKH RT miskin desa Kambata Tana. Sosialisasi tersebut berupa pemaparan materi kepada penerima bantuan PKH terkait tujuan pemberian dana PKH. Penyampaian materi ini diharapkan dapat memberikan peningkatan pengetahuan dan pemahaman untuk selanjutnya dapat diterapkan oleh RT miskin penerima bantuan.
4. Diskusi. Setelah materi selesai dipaparkan, dilanjutkan dengan diskusi berupa tanya jawab antara pemateri dengan peserta. Diskusi dilakukan agar peserta lebih memahami materi yang telah disampaikan. Melalui diskusi, sosialisasi tidak hanya sekedar transfer *knowledge* saja melainkan dapat *sharing* pengalaman maupun permasalahan yang sedang dihadapi RT miskin dan pemerintah desa.
5. Evaluasi. Melakukan evaluasi terkait materi sosialisasi yang dilakukan, untuk mengetahui tentang pemahaman materi yang disampaikan, serta mendapatkan masukan untuk pelaksanaan kegiatan berikutnya.

HASIL DAN PEMBAHASAN

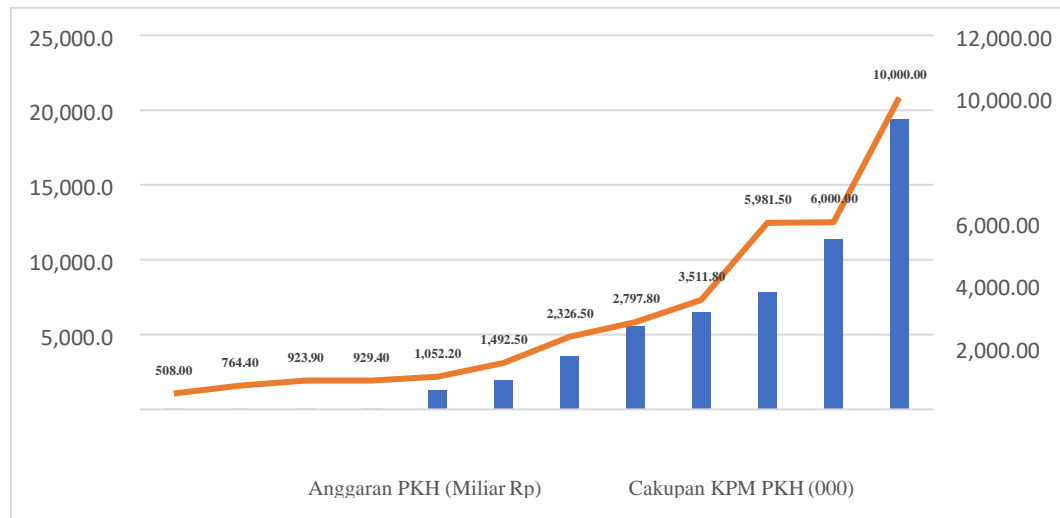
Gambaran Program PKH dan Pemanfaatan Dana

1. Profil Program Keluarga Harapan

Program Keluarga Harapan (PKH) merupakan program yang memberikan bantuan bersyarat kepada rumah tangga miskin yang telah ditetapkan sebagai penerima manfaat program berkaitan dengan pengembangan modal manusia dalam bidang pendidikan dan kesehatan. Dalam rangka mencapai tujuan tersebut diperlukan anggaran yang cukup besar. Hasil penelitian di beberapa negara telah menunjukkan semakin besar anggaran yang dialokasikan untuk rumah tangga miskin dengan pendistribusian yang tepat, semakin mengurangi jumlah penduduk miskin.

Pada gambar 1. terlihat hubungan yang positif antara jumlah penerima PKH dengan anggaran yang dialokasikan untuk PKH. Artinya semakin tinggi anggaran yang dialokasikan, semakin banyak penerima program PKH, sehingga diharapkan semakin tinggi tingkat kesejahteraan rumah tangga. Pada tahun 2007, jumlah penerima manfaat sebanyak 508 rumah tangga dan semakin meningkat pada tahun 2018 sebanyak 10 juta rumah tangga. Kondisi tersebut menunjukkan semakin sejahtera rumah

tangga miskin karena disertai dengan semakin bertambahnya anggaran PKH dari 0,4 milyar tahun 2007 menjadi 19,4 milyar tahun 2018.



0.4	0.6	0.7	0.8	1.282,	1.96	3.53	5.54	6.47	7.79	11.34	19.40
200	200	200	201	2011	201	201	201	201	201	2017	2018
7	8	9	0		2	3	4	5	6		

Sumber: Kementerian Sosial (2019)

Gambar 1 Anggaran dan Cakupan Penerima PKH Tahun 2007 – 2018

Beberapa komponen yang diperoleh dari bantuan dana PKH berupa: bantuan tetap; komponen kesehatan (ibu hamil dan anak balita); komponen pendidikan; dan komponen kesejahteraan sosial. Besaran yang diterima disesuaikan dengan kondisi keluarga penerima manfaat dan terpenuhinya kewajiban yang disyaratkan dalam program, namun masih tetap dalam batas nilai maksimum yang ditetapkan.

Secara umum komponen bantuan PKH, terbagi atas dua (lihat tabel 1) yaitu (i) bantuan tetap untuk setiap keluarga meliputi PKH reguler dan akses, dan (ii) bantuan komponen kesehatan, pendidikan dan kesejahteraan sosial. Bantuan yang bersifat tetap untuk setiap keluarga pada tahun 2007 sebesar Rp 200 ribu dan mengalami peningkatan hingga menjadi Rp 550 ribu tahun 2019 atau telah terjadi peningkatan Rp 300 ribu (63,64%). Sedangkan bantuan komponen kesehatan, pendidikan dan kesejahteraan sosial diberikan bagi setiap orang yang terdapat dalam keluarga. Bantuan komponen kesehatan mencakup dua jenis yaitu bantuan bagi ibu hamil dan balita berkaitan dengan pemanfaatan layanan untuk pemeriksaan kesehatan. Bantuan untuk kedua komponen kesehatan tahun 2007 sebesar Rp 800 ribu, kemudian mengalami peningkatan menjadi Rp 2,4 juta tahun 2019. Hal ini menunjukkan proporsi bantuan untuk kesehatan telah mengalami peningkatan sebesar Rp 1,6 juta (200 %). Sedangkan bantuan komponen pendidikan mencakup pendidikan anak-anak tingkat SD, pendidikan anak-anak tingkat SMP dan pendidikan anak-anak tingkat SMA. Pada tahun 2007, hanya disediakan untuk pendidikan dasar dan menengah pertama masing-masing sebesar Rp 400 ribu dan Rp 800 ribu, kemudian meningkat menjadi Rp 900 ribu dan Rp 1,5 juta tahun 2019. Bantuan pendidikan untuk pendidikan menengah atas mulai diberikan tahun 2013 sebesar Rp 1 juta dan meningkat menjadi Rp 2 juta tahun 2019. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa bantuan untuk pendidikan dasar mengalami peningkatan sebesar Rp 500 ribu (125%), pendidikan menengah pertama mengalami peningkatan sebesar Rp 700 ribu (87,5%), dan pendidikan menengah atas mengalami peningkatan sebesar Rp 1 juta (100%). Sementara bantuan komponen kesejahteraan sosial meliputi penyandang disabilitas dan lanjut usia diatas 70 tahun mulai diberikan sejak tahun 2016 sampai tahun 2019 dengan jumlah Rp 2,4 juta

Jumlah bantuan yang dapat diterima setiap rumah tangga per tahun minimal Rp 600 ribu dan maksimal Rp 2,2 juta dengan rata-rata bantuan per rumah tangga sebesar Rp 1,4 juta tahun 2007. Jumlah tersebut mengalami peningkatan di tahun 2019 dimana jumlah minimal yang diterima rumah

tangga sebesar Rp 1,5 juta dan maksimal Rp 10,2 juta untuk setiap rumah tangga per tahun. Dana bantuan yang diberikan tidak memiliki potongan administrasi, tetapi jika rumah tangga peserta PKH melanggar komitmen yang ditetapkan akan dikenakan sanksi berupa pemotongan biaya Rp 50 ribu per bulan dan maksimal hanya dalam tiga bulan, dan jika bulan keempat masih melanggar komitmen maka kepesertaan program akan dibatalkan.

Berdasarkan hasil temuan Suharto dan Thamrin (2012) bahwa besaran bantuan yang diterima rumah tangga miskin diverifikasi oleh tenaga pendamping PKH, kemudian dilakukan pencairan bantuan melalui bank pemerintah yaitu Bank Rakyat Indonesia. Misalnya pada tahun 2011, hasil verifikasi menunjukkan bahwa peserta PKH yang layak menerima bantuan sebesar 83,25 persen. Hal ini berarti tidak semua peserta PKH mendapatkan bantuan secara penuh atau maksimal, karena peserta tidak sepenuhnya memenuhi kewajiban yang disyaratkan. Kemudian di tahun 2012, terdapat 17,75 persen dari seluruh peserta PKH tidak mampu menjalankan kewajibannya dengan baik. Sanksi yang diberikan kepada peserta PKH yang tidak mampu memenuhi kewajibannya adalah berupa pemotongan bantuan. Kondisi inilah yang antara lain menyebabkan jumlah peserta yang menerima PKH tidak sebanyak jumlah yang ditargetkan. Masih terdapat peserta PKH yang tidak dapat memenuhi kewajiban yang disyaratkan.

Tabel 1. Perkembangan Besaran Bantuan PKH tahun 2007 - 2019

Komponen Bantuan	Besaran Bantuan / Keluarga / Tahun						
	2007-2012	2013	2014	2015	2016	2017-2018	2019
A. Bantuan Tetap untuk Setiap Keluarga							
1. PKH Reguler	200,000	300,000	300,000	500,000	500,000		550,000
2. PKH Akses							1,000,000
B. Bantuan Komponen Kesehatan, Pendidikan & Kesejahteraan Sosial untuk Setiap Jiwa dalam Keluarga							
1. Ibu Hamil/Menyusui	800,000	1,000,000	1,000,000	1,000,000	1,200,000	1,890,000	2,400,000
2. Anak balita	800,000	1,000,000	1,000,000	1,000,000			2,400,000
3. Anak SD/ sederajat	400,000	450,000	500,000	450,000	450,000		900,000
4. Anak SMP/ sederajat	800,000	750,000	1,000,000	750,000	750,000		1,500,000
5. Anak SMA/ sederajat		1,000,000		1,000,000	1,000,000		2,000,000
6. Penyandang					2,400,000	2,000,000	2,400,000
7. Lanjut Usia					2,400,000	2,000,000	2,400,000
Bantuan minimal per tahun	600,000	800,000	800,000	950,000			1,450,000
Bantuan maksimal per tahun	2,200,000	2,800,000	2,800,000	3,700,000			10,150,000
Rata-rata bantuan per rumah tangga per tahun	1,390,000	1,800,000	1,800,000	2,325,000			

Sumber: TNP2K (2019)

Tujuan Program Keluarga Harapan (PKH)

Tujuan dalam program keluarga harapan adalah; (i) meningkatkan taraf hidup keluarga penerima manfaat melalui akses layanan pendidikan, kesehatan, dan kesejahteraan sosial; (ii) mengurangi beban pengeluaran dan meningkatkan pendapatan keluarga miskin, dan rentan; (iii) menciptakan perubahan perilaku dan kemandirian keluarga penerima manfaat dalam mengakses layanan kesehatan dan pendidikan serta kesejahteraan sosial; dan (iv) mengurangi kemiskinan dan kesenjangan antar kelompok pendapatan.

Hak Peserta Program Keluarga Harapan

1. Mendapat bantuan tunai sesuai persyaratan
2. Mendapat pelayanan kesehatan di penyedia pelayanan kesehatan (Puskesmas, Posyandu, dsb)
3. Mendapat pelayanan Pendidikan bagi anak usia wajib belajar Pendidikan dasar 9 tahun dan anak usia 15-18 tahun yang belum menyelesaikan pendidikan dasar, melalui Pendidikan formal, informal maupun non formal.
4. Peserta PKH diikutsertakan pada program bantuan sosial lainnya seperti jaminan kesehatan nasional, Kube, dan bantuan langsung sementara masyarakat (BLSM).

Ketentuan Umum Pelaksanaan Program Keluarga Harapan

1. Komponen Kesehatan

- a. Ibu Hamil
 1. Periksa hamil (minimal 4 kali) dan mendapat vitamin Fe (tambah besi)
 2. Proses kelahiran yang ditangani tenaga medis terlatih
 3. Kunjungan setelah melahirkan (minimal 2 kali) untuk penyuluhan kesehatan/ibu menyusui dan periksa bayi
- b. Anak Usia 0 - 6 tahun
 1. Usia 0 – 11 bulan dimana anak usia 0 – 11 bulan pada rumah tangga miskin melakukan imunisasi lengkap (BCG, DPT, Polio, Campak, Hepatitis B) dan pemantauan tumbuh kembang anak
 2. Usia 6 – 11 bulan dimana anak usia 6 – 11 bulan pada rumah tangga miskin memperoleh vitamin A sekali
 3. Usia 12 – 59 bulan dimana anak usia 12 – 59 bulan pada rumah tangga miskin memperoleh imunisasi, Vit A di bulan Februari dan Agustus, serta pemantauan tumbuh kembang
 4. Pemantauan tumbuh kembang anak usia pra sekolah (5 – 6 tahun).
2. Komponen Pendidikan
 - a. Anak usia 6-15 tahun terdaftar di SD dan SLTP dengan kehadiran minimal 85% hari sekolah dalam 1 bulan selama tahun ajaran berlangsung
 - b. Rumah tangga sangat miskin anak usia > 15 tahun namun belum menyelesaikan pendidikan dasar dapat menerima bantuan apalagi anak tersebut bersekolah atau mengikuti pendidikan kesetaraan dan memenuhi ketentuan yang berlaku.
3. Bantuan diberikan per 3 bulan kepada ibu/wanita dewasa dalam Rumah Tangga Penerima Manfaat. Jika tidak ada ibu, yang menerima adalah nenek, tante/bibi, kakak perempuan. Jika semua tidak ada, baru diberikan kepada ayah. Jadi orang yang berhak mengambil pembayaran adalah yang namanya tercantum di kartu PKH dan bukan wakilnya.
4. Tidak ada syarat untuk penggunaan uang

Sanksi bagi Rumah Tangga Sangat Miskin

Apabila peserta tidak memenuhi komitmennya dalam memenuhi aturan pelaksanaan PKH, maka berlaku ketentuan sebagai berikut:

1. Pemotongan
 - a. Tidak memenuhi komitmen dalam satu tahap, maka dilakukan pengurangan atau pemotongan sekitar 10% setiap bulannya sebelum pembayaran periode berikutnya
 - b. Dalam satu bulan bantuan akan dipotong sebesar Rp 50.000
 - c. Dalam dua bulan bantuan akan dipotong sebesar Rp 100.000
 - d. Dalam tiga bulan bantuan akan dipotong sebesar Rp 150.000 (dalam kasus lebih dari 1 ART dan masih ada ART yang komitmen)
 - e. Apabila tiga bulan semua ART tidak memenuhi komitmen, maka tidak akan menerima bantuan dalam satu tahap pembayaran (ditangguhkan)
2. Penangguhan Sementara
 - a. Apabila tidak mampu memenuhi persyaratan yang ditentukan untuk 1 x siklus pembayaran (3 bulan berturut-turut)
 - b. Tidak mengambil pembayaran untuk 1 x siklus pembayaran (3 bulan berturut-turut), harus daftar kembali untuk melanjutkan keikutsertaannya.
3. Pembatalan
 - a. Tidak memenuhi persyaratan yang ditentukan
 - b. Tidak mengambil pembayaran selama 1 tahun (4 kali pembayaran).
4. Penangguhan bagi Kabupaten/Kota
 - a. Tidak dapat menyelesaikan masalah terkait penyediaan pelayanan selama tiga bulan berturut-turut;
 - b. Jumlah pengaduan RTSM yang tidak mendapatkan pelayanan, sebagaimana mestinya > 20% jumlah penerima bantuan.
 - c. Menyatakan keluar dari program
2. Persepsi Rumah Tangga Penerima PKH di Desa Kambata Tana

Berdasarkan data pada tabel 1 berikut menunjukkan bahwa dari seluruh responden rumah tangga penerima PKH yakni sebanyak 16 orang (94,12 persen) menyatakan mengetahui pemberian program

tersebut terutama berupa uang tunai. Namun masih ada satu rumah tangga yang masih belum mengetahui dengan tepat bentuk bantuan PKH tersebut.

Tabel 2. Pengetahuan tentang PKH

Pengetahuan tentang PKH	Jumlah Orang	Persentase (%)
Mengetahui	16	94,12
Kurang mengetahui	1	5,88
Tidak mengetahui	-	-
Total	17	100,00

Sumber: Primer, diolah

Kemudian dilihat dari pengetahuan atau pemahaman rumah tangga miskin terkait tujuan PKH pada tabel 2 menunjukkan bahwa seluruh rumah tangga sebanyak 17 orang sudah mengetahui tujuan PKH yakni ditujukan bagi rumah tangga miskin untuk mengentaskan kemiskinan.

Tabel 3 . Pengetahuan tentang Tujuan PKH

Pengetahuan tentang Tujuan PKH	Jumlah Orang	Persentase (%)
Mengetahui dengan baik	17	100
Kurang mengetahui	-	-
Tidak mengetahui	-	-
Total	17	100,00

Sumber: Primer, diolah

Apabila dilihat dari sisi manfaat PKH bagi rumah tangga penerima manfaat seperti pada tabel 3, menunjukkan bahwa terdapat 11 orang atau 65 persen yang telah memahami manfaat PKH yaitu berkaitan dengan pemenuhan kebutuhan konsumsi, dan peningkatan SDM serta pengentasan kemiskinan rumah tangga. Sedangkan masih terdapat 6 atau sekitar 35 persen rumah tangga miskin yang masih kurang memahami dengan baik terkait manfaat program tersebut. Mereka hanya beranggapan bahwa PKH ini hanya untuk pemenuhan konsumsi semata.

Tabel 4. Manfaat tentang PKH

Pengetahuan tentang Manfaat PKH	Jumlah Orang	Persentase (%)
Mengurangi beban konsumsi RT, dan meningkatkan SDM	11	65
Mengurangi beban konsumsi RT miskin	6	35
Tidak mengetahui sama sekali	-	-
Total	17	100,00

Sumber: Primer, diolah

Selanjutnya terkait pemahaman rumah tangga penerima manfaat PKH tentang hak dan kewajiban penerima manfaat PKH, menunjukkan bahwa semua rumah tangga penerima manfaat memahami hak dan kewajibannya yaitu anggota rumah tangga miskin yang memiliki anak usia sekolah harus mendaftarkan anaknya di sekolah dengan tingkat kehadiran tertentu (minimal 85 persen). Sedangkan hak dan kewajiban lainnya yaitu ibu hamil dalam rumah tangga miskin harus sering memeriksakan kondisi kesehatannya di layanan fasilitas kesehatan baik puskesmas maupun rumah sakit minimal 4 kali selama masa kehamilan.

Tabel 5. Pengetahuan tentang Hak dan Kewajiban Peserta PKH

Hak dan Kewajiban Peserta PKH	Jumlah Orang	Persentase (%)
Tahu	17	100

Kurang tahu	-	-
Tidak tahu	-	-
Total	17	100,00

Sumber: Primer, diolah

Sementara terkait pemahaman rumah tangga miskin tentang adanya pemberian sanksi apabila rumah tangga tidak mematuhi aturan pelaksanaan PKH, menunjukkan bahwa sebagian besar yaitu sekitar 14 orang atau 82 persen rumah tangga miskin menyatakan bahwa program tersebut tidak memiliki konsekuensi pemotongan atau pengembalian. Namun hanya beberapa orang saja atau 3 orang (18 persen) yang menyatakan bahwa pelaksanaan program tersebut memiliki sanksi pemotongan atau pemberhentian.

Tabel 6. Sanksi terkait PKH

Sanksi terkait PKH	Jumlah Orang	Persentase (%)
Tahu	14	82
Kurang tahu	3	18
Tidak tahu	-	-
Total	17	100,00

Sumber: Primer, diolah

Terkait rumah tangga penerima program PKH mengetahui besaran dana yang diterima, sebagian besar sekitar 14 orang atau 82 persen mengetahui besarnya, tetapi masih terdapat 3 orang atau 18 persen yang belum mengetahui dengan baik terkait besaran dana PKH yang diterima.

Tabel 7. Besaran Dana PKH

Besaran Dana PKH	Jumlah Orang	Persentase (%)
Tahu	14	82
Kurang tahu	3	18
Tidak tahu	-	-
Total	17	100,00

Sumber: Primer, diolah

Frekuensi penerimaan dana PKH bagi rumah tangga peserta program menunjukkan bahwa rata-rata rumah tangga sebanyak 10 orang atau 58,8 persen menerima dana PKH sebanyak 3 kali per tahun. Sementara hanya 5 orang atau 29,4 persen menerima PKH sebanyak 2 kali per tahun, dan hanya 1 orang atau 5,9 persen yang menerima PKH sebanyak 4 kali setahun.

Tabel 8. Frekuensi Penerimaan PKH

Frekuensi Penerimaan PKH (setiap tahun)	Jumlah Orang	Persentase (%)
2 kali	5	29,4
3 kali	10	58,8
4 kali	1	5,90
Total	17	100,00

Sumber: Primer, diolah

Berdasarkan tabel 9 menunjukkan bahwa semua penerima manfaat PKH atau sebanyak 17 orang rumah tangga miskin telah mengetahui bahwa program ini terdapat di Desa Kambata Tana.

Tabel 9. Pengetahuan tentang Keberadaan PKH di Desa Kambata Tana

Keberadaan PKH	Jumlah Orang	Persentase (%)
Mengetahui	17	100

Kurang mengetahui	-	-
Tidak mengetahui	-	-
Total	17	100,00

Sumber: Primer, diolah

Berdasarkan data dari rumah tangga penerima PKH terutama sebelum adanya sosialisasi, menunjukkan bahwa sebagian besar rumah tangga telah mengetahui dan memahami tujuan program keluarga harapan. Namun pemahaman terkait manfaat PKH dari rumah tangga penerima yang masih kurang, dimana sebagian besar hanya memahami bahwa PKH hanya dapat meringankan kebutuhan konsumsi, dan hanya beberapa orang saja yang memiliki pemahaman terkait manfaat program. Padahal PKH juga bermanfaat untuk meningkatkan akses anak-anak usia sekolah dari keluarga miskin untuk dapat menempuh pendidikan, dan ibu hamil/bayi dapat meningkat status kesehatannya melalui pemeriksaan dan vaksinasi secara rutin.

Selain itu, terkait pengetahuan dan pemahaman rumah tangga penerima manfaat atas sanksi yang diberikan apabila tidak mampu mematuhi ketentuan program dengan baik, sehingga akan ada pemotongan dan bahkan pemberhentian. Kondisi ini disebabkan karena adanya pemahaman atau konsep yang keliru dalam pemikiran masyarakat bahwa segala bantuan yang diberikan kepada masyarakat tidak memiliki konsekuensi. Sehingga hal tersebut turut mempengaruhi pola perilaku rumah tangga dalam melaksanakan program tersebut menjadi tidak maksimal.

Kurangnya pengetahuan dan pemahaman rumah tangga miskin berkaitan dengan besaran dana PKH yang diterima, Ketika memenuhi ketentuan di aspek Pendidikan bagi anak-anak usia sekolah, dan pemeriksaan ibu hamil atau balita dalam melaksanakan layanan pemeriksaan di layanan Kesehatan seperti puskesmas dan posyandu. Hal ini menunjukkan bahwa masih perlu terus dilakukan sosialisasi kepada penerima manfaat untuk memberikan pemahaman dan kesadaran dalam pelaksanaan program keluarga harapan.



Gambar 2. Pelaksanaan Kegiatan Sosialisasi Pemanfaatan dana PKH di Desa Kambata Tana Kabupaten Sumba Timur

SIMPULAN

Tujuan dari pemberian program keluarga harapan adalah mengurangi beban pengeluaran konsumsi rumah tangga, meningkatkan sumber daya manusia melalui pendidikan dan kesehatan, yang akhirnya mengentaskan kemiskinan.

Sebagian besar rumah tangga miskin telah mengetahui dan memahami tujuan program PKH. Namun konsekuensi dari pemanfaatan dana PKH yang belum dipahami dengan baik oleh penerima bantuan PKH, sehingga dampaknya belum maksimalnya perubahan perilaku dalam rumah tangga khususnya dalam aspek pendidikan dan kesehatan.

Selain itu, pemahaman terkait besaran dana PKH yang diterima yang masih kurang, akibat adanya pemahaman yang keliru tentang bantuan yang diberikan pemerintah dalam bentuk dana PKH.

SARAN

Perlu dilakukan penelitian lanjutan terkait pemanfaatan dana PKH oleh masyarakat penerima PKH di Kabupaten Sumba Timur.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada Universitas Kristen Wira Wacana Sumba melalui LPPM Unkriswina yang telah memberi dukungan finansial terhadap pengabdian ini serta kepada pemerintah dan masyarakat desa Kambata Tana yang telah memberikan ruang dan waktu untuk pelaksanaan kegiatan pengabdian kepada masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Adams, L., & Kebede, E. (2005). Breaking the Poverty Cycle: A Case Study of Cash Interventions in Ethiopia. Diunduh dari <https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/424.pdf>
- Adato, M., & Hoddinott, J. (2010). Conditional Cash Transfers in Latin America. *Conditional Cash Transfer Programs: A 'Magic Bullet'?* Diunduh dari http://www.ie.ufrj.br/intranet/ie/userintranet/hpp/arquivos/250820151734_Conditional_Cash_Transfers_in_Latin_Amer.pdf
- AEI-Brookings. (2015). Opportunity, Responsibility, and Security: A Consensus Plan for Reducing Poverty and Restoring the American Dream. Diunduh dari <https://www.brookings.edu/wp-content/uploads/2016/07/Full-Report.pdf>
- Afkar, R., & Matz, J. (2015). Cash Transfer, in-Kind, or Both? Assessing the Food and Nutrition Security Impacts of Social Protection Programs in Indonesia. Diunduh dari http://ageconsearch.umn.edu/record/210936/files/Afkar-Cash%20transfer_%20In-kind_%20or%20both%20Assessing%20Food%20and%20Nutrition%20Security%20Impacts-770.pdf
- Ahmed, S. S. (2005). Delivery Mechanisms of Cash Transfer Programs to the Poor in Bangladesh. Diunduh dari <http://siteresources.worldbank.org/SOCIALPROTECTION/Resources/0520web.pdf>
- Ajmair, M., & Akhtar, N. (2012). Household Consumption in Pakistan (a Case Study of District Bhimber, Ajk). *European Journal of Scientific Research*, 75, 3, 448-457. doi:<https://www.econ-jobs.com/research/43049-Estimation-of-Household-Consumtion.pdf>
- Aneesa, Tariq, M., & Khan, F. (2019). The Effects of Social Protection Program on Food Consumption and Poverty in Khyber Pakhtunkhwa, Pakistan. *Business and Economic Review*, 11, 1, 55-82.
- Arif, S., Syukri, M., Holmes, R., & Febriany, V. (2012). Gendered Risks, Poverty, and Vulnerability: Case Study of the Raskin Food Subsidy Program in Indonesia.
- Arnold, C., Conway, T., & Greenslade, M. (2011). *Cash Transfer*. Diunduh dari <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+/http://www.dfid.gov.uk/Documents/publications1/cash-transfers-evidence-paper.pdf>
- Asian Development Bank. (2009). Social Assistance and Conditional Cash Transfer. Diunduh dari <https://www.adb.org/sites/default/files/publication/28014/proceedings-social-assistance-cct.pdf>
- Attanasio, O., Battistin, E., Fitzsimons, E., & Vera-Hernandez, M. (2005). How Effective Are Conditional Cash Transfers? Evidence from Colombia. Diunduh dari <http://www.ifs.org.uk/bns/bn54.pdf>
- Attanasio, O., & Mesnard, A. (2006). Impact of a Conditional Cash Transfer Programme on Consumption in Colombia. *Fiscal Studies*, 27, 4, 421-442. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1475-5890.2006.00041.x>
- Baird, S., Ferreira, F. H., Özler, B., & Woolcock, M. (2013). Relative Effectiveness of Conditional and Unconditional Cash Transfers for Schooling Outcomes in Developing Countries: A Systematic Review. Diunduh dari <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.4073/csr.2013.8>
- Baird, S., Ferreira, F. H., Özler, B., & Woolcock, M. (2014). Conditional, Unconditional and Everything in Between: A Systematic Review of the Effects of Cash Transfer Programmes on Schooling Outcomes. *Journal of development effectiveness*, 6, 1, 1-43. doi:<https://doi.org/10.1080/19439342.2014.890362>
- Bappenas. (2014). *Perlindungan Sosial Di Indonesia: Tantangan Dan Arah Ke Depan*. Diunduh dari https://www.bappenas.go.id/files/5114/2889/4558/Perlindungan_Sosial_di_Indonesia-Tantangan_dan_Arah_ke_Depan.pdf
- Barrett, C. B. (2002). Food Security and Food Assistance Programs. *Handbook of agricultural economics*, 2, 2103-2190. doi:[https://doi.org/10.1016/S1574-0072\(02\)10027-2](https://doi.org/10.1016/S1574-0072(02)10027-2)

- Barrientos, A. (2012). Social Transfers and Growth: What Do We Know? What Do We Need to Find Out? *World Development*, 40(1), 11-20
- Bazzi, S., Sumarto, S., & Suryahadi, A. (2015). It's All in the Timing: Cash Transfers and Consumption Smoothing in a Developing Country. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 119, 267-288. doi:<http://sci-hub.tw/https://doi.org/10.1016/j.jebo.2015.08.010>
- Behrman, J. R., Sengupta, P., & Todd, P. (2000). *The Impact of Progresa on Achievement Test Scores in the First Year*. Diunduh dari <https://ageconsearch.umn.edu/record/16021/files/mi00be03.pdf>
- Bourguignon, F., Ferreira, F. H., & Leite, P. G. (2003). Conditional Cash Transfers, Schooling, and Child Labor: Micro-Simulating Brazil's Bolsa Escola Program. *The World Bank Economic Review*, 17, 2, 229-254. doi:<https://doi.org/10.1093/wber/lhg018>
- BPS. (2019). *Penghitungan Dan Analisis Kemiskinan Makro Indonesia Tahun 2019*.
- Bradshaw, T. K. (2005). Theories of Poverty and Anti-Poverty Programs in Community Development. *Journal of The Community Development Society*, 38, 1, 7-25. doi:<http://sci-hub.tw/https://doi.org/10.1080/15575330709490182>
- Brady, D. (2018). Theories of the Causes of Poverty. *Annual Review of Sociology*,
- Broadway, R., & Keen, M. (2000). *Redistribution Handbook of Income Redistribution*.
- Budlender, D. (2014). Conditional Cash Transfers: Learning from the Literature. Diunduh dari <https://socialprotection-humanrights.org/wp-content/uploads/2016/06/16020912CCTLearning-from-the-LiteratureLR.pdf>
- Chakrabarty, M., & Hildenbrand, W. (2009). *Engel's Law Reconsidered*. Diunduh dari <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/37042/1/614620074.pdf>
- Cheema, I., Farhat, M., Hunt, S., Javeed, S., Pellerano, L., & O'Leary, S. (2014). *Benazir Income Support Programme*. Diunduh dari
- De Brauw, A., & Hodinott, J. (2011). Must Conditional Cash Transfer Programs Be Conditioned to Be Effective ? The Impact of Conditioning Transfers on School Enrollment in Mexico. *Journal of Development Economics*. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jdeveco.2010.08.014>
- De Janvry, A., Finan, F., Sadoulet, E., & Vakis, R. (2006). Can Conditional Cash Transfer Programs Serve as Safety Nets in Keeping Children at School and from Working When Exposed to Shocks? *Journal of Development Economics*, 79, 2, 349-373. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jdeveco.2006.01.013>
- De Janvry, A., & Sadoulet, E. (2006). Making Conditional Cash Transfer Programs More Efficient: Designing for Maximum Effect of the Conditionality. *The World Bank Economic Review*, 20, 1, 1-29. doi:<https://doi.org/10.1093/wber/lhj002>
- Dubois, P., De Janvry, A., & Sadoulet, E. (2012). Effects on School Enrollment and Performance of a Conditional Cash Transfer Program in Mexico. *Journal of Labor Economics*, 30, 3, 555-589. doi:<https://econpapers.repec.org/scripts/redir.pf?u=http%3A%2F%2Fdx.doi.org%2F10.1086%2F664928&h=repec:ucp:jlabc:doi:10.1086/664928>
- Duflo, E. (2012). Women Empowerment and Economic Development. *Journal of Economic Literature*, 50, 4, 1051-1079. doi:<https://economics.mit.edu/files/7417>
- Engle, P. L., Black, M. M., Behrman, J. R., De Mello, M. C., Gertler, P. J., Kapiriri, L., . . . Young, M. E. (2007). Strategies to Avoid the Loss of Developmental Potential in More Than 200 Million Children in the Developing World. *The lancet*, 369, 9557, 229-242. doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60112-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60112-3)
- Febriany, V., Toyamah, N., Sodo, J., & Budiayati, S. (2011). Qualitative Impact Study for Pnpm Generasi and Pkh on the Provision and the Utilization of Maternal and Child Health Services and Basic Education Services in the Province of West Java and East Nusa Tenggara. September 11, 2019. Diunduh dari <http://www.smeru.or.id/sites/default/files/publication/annual2011.pdf>
- Fernald, L. C. H., & Gertler, P. (2012). Conditional Cash Transfer Programs; Effects on Growth, Health, and Development in Young Children.
- Ferreira, F. H. G., & Robalino, D. (2010). Social Protection in Latin America; Achievemnet and Limitations. Diunduh dari <http://documents.worldbank.org/curated/en/226681468053951908/pdf/WPS5305.pdf>
- Filmer, D., & Schady, N. (2011). Does More Cash in Conditional Cash Transfer Programs Always Lead to Larger Impacts on School Attendance? *Journal of Development Economics*, 96, 1, 150-157. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jdeveco.2010.05.006>

- Fiszbein, A., & Schady, N. R. (2009). Conditional Cash Transfers: Reducing Present and Future Poverty. Diunduh dari <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/2597/476030PUB0Cond101Official0Use0Only1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Gaarder, M. M., Glassman, A., & Todd, J. E. (2010). Conditional Cash Transfers and Health: Unpacking the Causal Chain. *Journal of Development Effectiveness*, 2, 1, 6-50. doi:<https://doi.org/10.1080/19439341003646188>
- Gentilini, U. (2014). Our Daily Bread: What Is the Evidence on Comparing Cash Versus Food Transfers? ,
- Gertler, P. (2000). The Impact of Progresa on Health, "Final Report, International Food Policy Research Institute". Diunduh dari https://evaluacion.prospera.gob.mx/en/wersd53465sdg1/docs/2000/ifpri_2000_gertler_health.pdf
- Girik-Allo, A., Rahayu, Y. P., & Sukartini, N. M. (2016). Impacts of in-Kind Transfer to Household's Budget Proportion: Evidence from Early Reformation in Indonesia. *Journal of Economics, Business & Accountancy*, 19, 2, 161-172. doi:<https://journal.perbanas.ac.id/index.php/jebav/article/view/499/pdf>
- Glassman, A., Todd, J. E., & Gaarder, M. (2007a). Performance-Based Incentives for Health: Conditional Cash Transfer Programs in Latin America and the Caribbean.
- Glassman, A., Todd, J. E., & Gaarder, M. (2007b). *Performance-Based Incentives for Health: Conditional Cash Transfer Programs in Latin America and the Caribbean*. Diunduh dari https://papers.ssrn.com/sol3/Delivery.cfm/SSRN_ID1003250_code839014.pdf?abstractid=1003250&mirid=1
- Grosh, M. E., Del Ninno, C., Tesliuc, E., & Ouerghi, A. (2008). For Protection and Promotion: The Design and Implementation of Effective Safety Nets. Diunduh dari <https://pdfs.semanticscholar.org/6bd9/8e8d86f4a518b8be88d8b8e5693d4f7f297b.pdf>
- Gupta, P., & Huang, B. (2018). *In-Kind Transfer and Child Development: Evidence from Subsidized Rice Program in Indonesia*. Diunduh dari <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/190247/1/adbi-wp826.pdf>
- Hastuti, Sulaksono, B., & Mawardi, S. (2012). Tinjauan Efektivitas Pelaksanaan Raskin Dalam Mencapai Enam Tepat. Diunduh dari <https://media.neliti.com/media/publications/51148-ID-tinjauan-efektivitas-pelaksanaan-raskin-dalam-mencapai-enam-tepat.pdf>
- Heimo, L. (2014). The Idea of Conditional Cash Transfers. Diunduh dari https://ddd.uab.cat/pub/trerecpro/2014/168588/The_Idea_of_Conditional_Cash_Transfers.pdf
- Hoddinott, J., & Skoufias, E. (2004). The Impact of Progresa on Food Consumption. Diunduh dari https://www.researchgate.net/profile/Emmanuel_Skoufias/publication/24098201_The_Impact_of_Progres_a_on_Food_Consumption/links/0046352c43bffc01fd000000/The-Impact-of-Progres-a-on-Food-Consumption.pdf
- Hoynes, H. W., & Schanzenbach, D. W. (2009). Consumption Responses to in-Kind Transfers: Evidence from the Introduction of the Food Stamp Program. *American Economic Journal: Applied Economics*, 1, 4, 109-139.
- Hyman, D. N. (2010). *Public Finance; a Contemporary Application of Theory to Policy* (Tenth Edition ed.). North Carolina State University.
- Isdijoso, W., Hastuti, Mawardi, S., Budiyati, S., Rosfadila, M., Febriany, V., & Sodo, J. (2011). Monitoring Rumah Tangga Sasaran (Rts) Penerima Program Bantuan Pemberdayaan Masyarakat/Penanggulangan Kemiskinan. Agustus 5, 2019. Diunduh dari <https://media.neliti.com/media/publications/51140-ID-monitoring-rumah-tangga-sasaran-rts-penerima-program-bantuan-pemberdayaan-masyar.pdf>
- Isdijoso, W., Mawardi, M. S., Budiyati, S., Rosfadhila, M., Febriany, V., & Sodo, R. J. (2011). *Monitoring Rumah Tangga Sasaran (Rts) Penerima Program Bantuan Pemberdayaan Masyarakat/Penanggulangan Kemiskinan Persepsi Rts Terhadap Pelaksanaan Dan Manfaat Program: Studi Kasus Di Tiga Kelurahan Di Provinsi Dki Jakarta*. Diunduh dari <https://media.neliti.com/media/publications/51140-ID-monitoring-rumah-tangga-sasaran-rts-penerima-program-bantuan-pemberdayaan-masyar.pdf>

- Jordan, A. J., & Turnpenney, J. R. (2001). The Tools of Policy Formation. *The Tools of Policy Formulation: An Introduction*. Diunduh dari <https://www.elgaronline.com/view/edcoll/9781783477036/9781783477036.xml>
- Kakwani, N., Soares, F. V., & Son, H. H. (2005). *Conditional Cash Transfers in African Countries*. Diunduh dari <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306919216304833>
- Kamakura, W. A., & Mazzon, J. A. (2015). Measuring the Impact of a Conditional Cash Transfer Program on Consumption Behavior with Propensity Scoring. *Customer Needs and Solutions*, 2, 4, 302-316. doi:<https://doi.org/10.1007/s40547-015-0037-0>
- Kementerian Kesehatan RI. (2019). *Profil Kesehatan Indonesia*.
- Khandker, S. R., Koolwal, G. B., & Samad, H. A. (2010). Handbook on Impact Evaluation: Quantitative Methods and Practices, the International Bank for Reconstruction and Development/the World Bank. Diunduh dari <http://documents.worldbank.org/curated/en/650951468335456749/pdf/520990PUB0EPI1101Official0Use0Only1.pdf>
- Levy. (2007). Progress against Poverty: Sustaining Mexico's Progresa-Oportunidades Program. Diunduh dari <https://www.jstor.org/stable/10.7864/j.ctt6wpfjp>
- Lindert, K., Linder, A., Hobbs, J., & De la Brière, B. (2007). The Nuts and Bolts of Brazil's Bolsa Família Program: Implementing Conditional Cash Transfers in a Decentralized Context. Diunduh dari <https://siteresources.worldbank.org/INTLACREGTOPLABSOCPRO/Resources/BRBolsaFamiliaDiscussionPaper.pdf>
- Maipita, I. (2014). *Mengukur Kemiskinan & Distribusi Pendapatan: UPP STIM YKPN*.
- Maluccio, J. A. (2010). The Impact of Conditional Cash Transfers on Consumption and Investment in Nicaragua. *The Journal of Development Studies*, 46, 1, 14-38. doi:<https://doi.org/10.1080/00220380903197952>
- Mawardi, M. S., Sulaksono, B., Akhmadi, A., Devina, S., & Artha, R. P. (2008). *The Effectiveness of the Raskin Program*. Diunduh dari http://smeru.or.id/sites/default/files/publication/raskin2008_ind.pdf
- Morris, S. S., Flores, R., Olinto, P., & Medina, J. M. (2004). Monetary Incentives in Primary Health Care and Effects on Use and Coverage of Preventive Health Care Interventions in Rural Honduras: Cluster Randomised Trial. *The Lancet*, 364, 9450, 2030-2037.
- Nanga, M. (2005). *Makro Ekonomi; Teori, Masalah Dan Kebijakan* (2th ed.). Jakarta: PT RajaGrafindo Persada.
- Ninno, C. D., & Dorosh, P. (2003). Impacts of in-Kind Transfers on Household Food Consumption: Evidence from Targeted Food Programmes in Bangladesh. *The Journal of Development Studies*, 40, 1, 48-78. doi:<https://doi.org/10.1080/00220380412331293667>
- OECD. (2017). *Government at a Glance 2017*
- Pangaribowo, E. H. (2012). The Impact of 'Rice for the Poor' on Household Consumption. Diunduh dari <https://econpapers.repec.org/scripts/redir.pf?u=http%3A%2F%2Fageconsearch.umn.edu%2Frecord%2F124358%2Ffiles%2F2012AC%2520Pangaribowo%2520CP.pdf;h=repec:ags:aare12:124358>
- Rawlings, L. B., & Rubio, G. M. (2005). Evaluating the Impact of Conditional Cash Transfer Programs. *The World Bank Research Observer*, 20, 1, 29-55.
- Rosen, H. S., & Gayer, T. (2008). *Public Finance* (Global Edition ed.).
- Saavedra, J. E., & García, S. (2012a). *Impacts of Conditional Cash Transfer Programs on Educational Outcomes in Developing Countries: A Meta-Analysis*. Diunduh dari
- Saavedra, J. E., & García, S. (2012b). *Impacts of Conditional Cash Transfer Programs on Educational Outcomes in Developing Countries: A Meta Analysis*.
- Sawhill, I. V. (2003). The Behavioral Aspects of Poverty. Diunduh dari
- Schady, N., Araujo, M. C., Peña, X., & López-Calva, L. F. (2008). Cash Transfers, Conditions, and School Enrollment in Ecuador [with Comments]. *Economía*, 8, 2, 43-77. doi:<https://sci-hub.tw/10.1353/econo.0.0004>
- Schultz, T. P. (2004). School Subsidies for the Poor: Evaluating the Mexican Progresa Poverty Program. *Journal of Development Economics*, 74, 1, 199-250. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jdeveco.2003.12.009>

- Skoufias, E., & Di Maro, V. (2008). Conditional Cash Transfers, Adult Work Incentives, and Poverty. *The Journal of Development Studies*, 44, 7, 935-960. doi:<https://doi.org/10.1080/00220380802150730>
- Son, H. H. (2008). *Conditional Cash Transfer Programs; an Effective Tool for Poverty Alleviation?* Diunduh dari
- Suharto, E., & Thamrin, D. (2012). Program Keluarga Harapan: Memotong Mata Rantai Kemiskinan Anak Bangsa. *Aspirasi: Jurnal Masalah-Masalah Sosial*, 11, 1, 1-20.
- Sulaksono, H. B., & Mawardi, S. (2012). *Tinjauan Efektivitas Pelaksanaan Raskin Dalam Mencapai Enam Tepat*. Diunduh dari
- Tabor, S., & Sawit, H. (2005). Raskin: A Macro-Program Assesment.
- Thomas, R. (2010). *Conditional Cash Transfer to Improve Education and Health: An Ex Ante Evaluation of Red De Orotection Social, Nicaragua*. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hec.2854>
- Timmer, P. (2004). Food Security in Indonesia: Current Challenges and the Long-Run Outlook. Diunduh dari https://www.cgdev.org/sites/default/files/2740_file_WP_48_Food_security_in_Indonesia.pdf
- Tiwari, S., Daidone, S., Ruvalcaba, M. A., Prifti, E., Handa, S., Davis, B., . . . Seidenfeld, D. (2016). Impact of Cash Transfer Programs on Food Security and Nutrition in Sub-Saharan Africa: A Cross-Country Analysis. *Global Food Security*, 11, 72-83. doi:<https://doi.org/10.1016/j.gfs.2016.07.009>
- TNP2K. (2018). *Program Bantuan Pemerintah Untuk Individu, Keluarga Dan Kelompok Tidak Mampu; Menuju Bantuan Sosial Terintegrasi*. Diunduh dari <http://tnp2k.go.id/download/60809G2P%20Buku%201%20-%20Final%20-%20Rev%2011132018.pdf>
- TNP2K. (2019). *Pedoman Pelaksanaan Program Keluarga Harapan*. Diunduh dari <https://pkh.kemsos.go.id/dokumen/PEDOMAN%20PELAKSANAAN%20PKH%202019.pdf>
- Today, M. P., & Smith, S. C. (2015). *Economic Development* (Twelfth ed.). Amazon: Pearson Addison Wesley.
- Trisnowati, J., & Budiwinarto, K. (2013). Kajian Pengaruh Harga Dan Pendapatan Terhadap Proporsi Pengeluaran Makanan Rumah Tangga (Pendekatan Model Linier Permintaan Lengkap).
- Tutor, M. V. (2014). *The Impact of Philippines' Conditional Cash Transfer Program on Consumption*. Diunduh dari <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/102069/1/784968780.pdf>
- Villar, J., Ba'aqueel, H., Piaggio, G., Lumbiganon, P., Belizán, J. M., Farnot, U., . . . Donner, A. (2001). Who Antenatal Care Randomised Trial for the Evaluation of a New Model of Routine Antenatal Care. *The Lancet*, 357, 9268, 1551-1564. doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)04722-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)04722-X)
- World Bank. (2009). Conditional Cash Transfer Reducing Present and Future Poverty Diunduh dari <http://dx.doi.org/10.1596/978-0-8213-7352-1>
- World Bank. (2017). Indonesia Social Assistance Public Expenditure Review Update: Towards a Comprehensive, Integrated, and Effective Social Assistance System in Indonesia. Diunduh dari <http://documents.worldbank.org/curated/en/535721509957076661/pdf/120905-REVISED-PUBLIC-Screen-English-1211-update.pdf>
- World Bank. (2011). Program Keluarga Harapan: Impact Evaluation Report of Indonesia's Household Conditional Cash Transfer Program. Diunduh dari <http://documents.worldbank.org/curated/en/914561468314712643/pdf/476030PUB0Cond101Official0Use0Only1.pdf>
- World Bank. (2012). Raskin Subsidized Rice Delivery. Social Assistance Program and Public Expenditure Review 3. Diunduh dari <http://documents.worldbank.org/curated/en/921501468268826381/pdf/673080WP00PUBL0Background0Paper0030.pdf>
- Yonekura, H. (2005). Institutional Reform in Indonesia's Food Security Sector: The Transformation of Bulog into a Public Corporation. *The Developing Economies*, 43, 1, 121-148. doi:https://www.ide.go.jp/library/English/Publish/Periodicals/De/pdf/05_01_06.pdf