
**EVALUASI PROGRAM KELUARGA HARAPAN (PKH) BIDANG KESEHATAN
DI KABUPATEN BREBES TAHUN 2011**

Erna Fidyatun

Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro

ABSTRAK

Program Keluarga Harapan (PKH) merupakan salah satu program pemerintah yang bertujuan untuk mengentaskan kemiskinan melalui bidang kesehatan dan pendidikan. Program ini mulai dilaksanakan di Kabupaten Brebes pada tahun 2011 dengan jumlah calon peserta sebanyak 35.979 dan berkurang menjadi 30.042 setelah dilakukan validasi. Kepesertaan dari program ini adalah keluarga miskin yang memiliki tanggungan balita, ibu hamil sampai nifas, dan anak usia sekolah tingkat menengah. PKH bidang kesehatan merupakan program yang melibatkan Dinsosnakertrans dan Dinkes. Pelaksanaan lapangan program ini dilakukan oleh Unit Pelaksana Program Keluarga Harapan (UPPKH) yang terdiri dari 4 operator, 6 data entry, dan 104 pendamping yang tersebar di wilayah Kabupaten Brebes. Evaluasi PKH bidang kesehatan ini terdiri dari 4 variabel, yaitu kelembagaan, kepesertaan, pembiayaan, dan pemberi pelayanan kesehatan. Koordinasi lintas sektor dilakukan setiap 3 bulan melalui rakor, sedangkan komunikasi dengan peserta PKH dilakukan sosialisasi di awal program sekaligus validasi. Masalah utama dalam kepesertaan program ini, data yang digunakan adalah data tahun 2008 sehingga belum seluruhnya masyarakat miskin masuk dalam program ini. Verifikasi dilakukan oleh pendamping setiap bulan saat pertemuan kelompok. Sumber dana PKH berasal dari APBN dan APBD. Tahun 2011 program ini mendapatkan bantuan dana APBD sebesar Rp 100.000.000,- untuk operasional PKH. Pencairan dana dilakukan melalui pos setiap 3 bulan. Peserta PKH otomatis masuk kedalam peserta Jamkesmas. Kedepannya diharapkan pendamping program ini memiliki peran untuk menjaring peserta dan kerjasama dengan tim jamkesmas akan menjadi lebih baik.

Kata kunci : Evaluasi, Program Keluarga Harapan (PKH)

Kepustakaan : 30, 2003-2011

PENDAHULUAN

Tingkat kecerdasan, kekayaan, dan kemakmuran suatu bangsa tidak dipengaruhi oleh usia Negara itu atau ketersediaan sumber daya alam. Banyak pihak yang tidak memahami dan tidak bertindak konsisten dengan kenyataan bahwa sumber daya manusia sangat dipengaruhi oleh mutu gizi, kesehatan, dan pendidikan di usia dini dan di masa pertumbuhan anak.¹

Kesehatan terintegrasi dengan berbagai sektor, karena kesehatan tidak akan lepas dari keadaan sosial masyarakat, terutama dalam hal perekonomian. Status ekonomi menjadi tonggak utama yang menyokong kesehatan itu sendiri, karena itu dalam upaya peningkatan status kesehatan sangat diperlukan adanya kerjasama yang berkesinambungan, baik dalam pelaksanaan maupun dalam hal pengawasan. Salah satu Program yang terintegrasi antara kesehatan dengan sosial adalah Program Keluarga Harapan (PKH).

Program Keluarga Harapan (PKH) adalah program yang memberikan bantuan tunai bersyarat kepada Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM) yang telah ditetapkan sebagai peserta PKH. Peserta PKH adalah masyarakat yang masuk ke dalam 14 kriteria miskin yang telah ditetapkan oleh Badan Pusat Statistik (BPS) dan memiliki tanggungan ibu hamil, bayi usia di bawah 5 tahun, dan tanggungan anak sekolah sampai dengan tingkat Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama (SLTP/ sederajat) di dalam satu rumah tangga. Program ini telah dilakukan di Indonesia sejak tahun 2007 di bawah naungan Kementerian Sosial dan mengalami perluasan secara bertahap di beberapa daerah di Indonesia. Program ini memiliki hubungan kerjasama dengan sektor lain, seperti : Kementerian Kesehatan, Kementerian Agama, Kementerian Pendidikan Nasional, BPS, dan PT Pos Indonesia.²

Program ini dilakukan untuk mengurangi angka kemiskinan dan memutus rantai kemiskinan, meningkatkan kualitas sumberdaya manusia, serta merubah perilaku Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM) yang relatif kurang mendukung peningkatan kesejahteraan. PKH ini dirancang untuk membantu penduduk miskin kluster pertama yakni Bantuan dan Perlindungan Sosial Kelompok Sasaran. Dalam

jangka pendek PKH akan memberikan *income effect* kepada Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM) melalui pengurangan beban pengeluaran rumah tangga, sedangkan untuk jangka panjang, program ini akan memutus rantai kemiskinan antar generasi melalui peningkatan kualitas kesehatan atau nutrisi, pendidikan, dan kapasitas pendapatan anak di masa depan (*price effect*). Dengan adanya PKH diharapkan Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM) memiliki akses yang lebih baik untuk memanfaatkan pelayanan sosial dasar, yaitu kesehatan, pendidikan, pangan dan gizi termasuk menghilangkan kesenjangan sosial, ketidakberdayaan dan keterasingan sosial yang selama ini melekat pada diri warga miskin.

Bantuan tunai yang disalurkan kepada peserta PKH bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) serta Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) untuk operasional manajemen guna kelancaran pelaksanaan di Kabupaten/kota.³

Struktur organisasi PKH terdiri dari Unit Pelaksana Program Keluarga Harapan (UPPKH) Pusat, Unit Pelaksana Program Keluarga Harapan (UPPKH) Kabupaten/kota, dan Unit Pelaksana Program Keluarga Harapan (UPPKH) Kecamatan. Dimana setiap UPPKH Kecamatan melaporkan setiap bulan kepada UPPKH Kabupaten/kota, yang nantinya akan dilaporkan kepada UPPKH Pusat yang berada di Jakarta.⁴

Peserta Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM) memiliki berbagai kewajiban yang harus dipenuhi khususnya kewajiban yang terkait dengan kesehatan dan pendidikan. Kewajiban kesehatan berkaitan dengan pemeriksaan kandungan bagi ibu hamil, pemeriksaan kesehatan, pemberian asupan gizi dan imunisasi anak balita. Sedangkan kewajiban pendidikan berkaitan dengan menyekolahkan anak ke sekolah dasar dan lanjutan (tingkat SD sampai dengan tingkat SLTP).³

Berdasarkan wawancara dengan koordinator PKH Kabupaten Brebes, program ini dilaksanakan di wilayah Kabupaten Brebes pada Januari 2011, Kabupaten Brebes ini merupakan daerah dengan peserta dan pendamping PKH terbanyak di Indonesia.

Penentuan peserta didapat dari data Pendataan Program Perlindungan Sosial (PPLS) yang kemudian dilakukan validasi guna menyaring peserta yang benar-benar dalam keadaan miskin dan memenuhi kriteria PKH. Ketidak sesuaian antara data miskin yang berasal dari Pendataan Program Perlindungan Sosial (PPLS) dengan kenyataan di lapangan, banyak warga masyarakat yang miskin tidak masuk ke dalam Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM) sehingga tidak terdaftar sebagai peserta PKH. Sebagai contoh, di wilayah Desa Pedeslohor Kecamatan Jatibarang Kabupaten Brebes, seluruh penduduknya belum termasuk ke dalam peserta PKH.

Berdasarkan wawancara dengan bagian pengaduan UPPKH Kabupaten Brebes, mekanisme pencairan dana diawali dengan laporan pendamping PKH, terhadap kewajiban yang telah dilakukan oleh peserta PKH. Laporan oleh pendamping PKH nantinya akan di laporkan ke UPPKH Pusat. Penyaluran dana terkadang terhambat oleh proses terlambatnya pelaporan hasil validasi kewajiban peserta yang diajukan ke UPPKH Pusat.

Berdasarkan laporan evaluasi UPPKH Kabupaten Brebes, Kendala di dalam pelayanan kesehatan adalah masih adanya penolakan oleh puskesmas rawat inap dan penolakan rumah sakit. Salah satunya adalah RSUD Margono Purwokerto, karena daerah tersebut bukan wilayah penerima PKH.

Program Keluarga Harapan secara tidak langsung merupakan jaminan yang melindungi masyarakat di bidang kesehatan dan diharapkan dapat membantu peningkatan kesejahteraan dan kualitas masyarakat dimasa yang akan datang melalui bidang kesehatan dan pendidikan. Berdasarkan latar belakang tersebut, penulis tertarik untuk meneliti bagaimana evaluasi PKH Bidang Kesehatan di Kabupaten Brebes dilihat dari 4 pilar jaminan. Karena evaluasi merupakan bagian penting yang mempengaruhi kinerja program ini untuk kedepannya.

METODOLOGI PENELITIAN

Penulisan ini menggunakan jenis penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif (*explanatory research*). Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam (*In-depth interview*) yang menggunakan pedoman wawancara yang berisi

pertanyaan terbuka. Jenis wawancara yang digunakan yaitu jenis wawancara semi berstruktur. Penelitian ini dilaksanakan di Dinas Sosial, Tenaga Kerja, dan Transmigrasi (Dinsosnakertrans) Kabupaten Brebes, Unit Pelaksana Program Keluarga Harapan (UPPKH) Kabupaten Brebes, dan Dinas Kesehatan (Dinkes) Kabupaten Brebes. Waktu pelaksanaan adalah pada bulan Juli-Agustus 2012. Obyek yang akan diteliti adalah kelembagaan, kepesertaan, pembiayaan, dan pemberi pelayanan kesehatan (PPK). Subyek dalam penelitian ini adalah kepala Dinsosnakertrans, pemegang program PKH Dinkes, dan koordinator UPPKH Kabupaten.

Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini yaitu diambil dengan menggunakan *purposive sampling*. Syarat pemilihan informan yaitu yang berhubungan langsung pelaksanaan PKH. Jumlah informan utama ada 3 orang yaitu kepala Dinas Sosial, Tenaga Kerja, dan Transmigrasi (Dinsosnakertrans) Kabupaten Brebes yang diwakilkan oleh sekretaris, coordinator Unit Pelaksana Program Keluarga Harapan (UPPKH) Kabupaten Brebes, dan Dinas Kesehatan (Dinkes) Kabupaten Brebes.

Uji validitas yang digunakan adalah triangulasi sumber yang terdiri dari 5 orang yaitu pendamping PKH, Bidan desa, dan kepala desa.

HASIL PENELITIAN

KELEMBAGAAN

Unit Pelaksana (UPPKH) Kabupaten Brebes secara struktur berada di bawah seksi bantuan sosial (bansos) Dinsosnakertrans Kabupaten Brebes. UPPKH Kabupaten membawahi UPPKH Kecamatan yang tersebar di 17 Kecamatan Brebes dengan 104 pendamping. Koordinasi dengan bidang kesehatan dilakukan melalui rapat koordinasi (rakor) setiap 3 bulan, sedangkan di lapangan koordinasi dengan bidan desa dilakukan oleh pendamping PKH. Sosialisasi program dilakukan di awal program sekaligus proses validasi kepesertaan. Belum adanya Sistem Pengaduan Masyarakat (SPM) menjadi masalah dalam penanganan pengaduan yang berasal dari tingkat Kabupaten. Sosialisasi kepada bidan juga dilakukan oleh Dinkes melalui

pertemuan bidan koordinator yang mewakili bidan desa. Kerja sama lintas sektor inilah yang menjadi masalah di awal terutama dalam bidang kesehatan karena penanggung jawab program ini adalah Dinsosnakertrans.

KEPESERTAAN

Kepesertaan PKH berdasarkan data Pendataan Program Perlindungan Sosial (PPLS) 2008 yang dilakukan oleh BPS. Data ini didasarkan oleh kemiskinan berdasarkan 14 kriteria miskin BPS kemudian dilakukan validasi oleh pendamping PKH untuk mengetahui ada atau tidak ada tanggungan dari keluarga tersebut. Apabila Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM) yang tercatat di dalam data BPS tidak memiliki tanggungan balita, ibu hamil sampai nifas, dan anak usia sekolah setingkat SLTP maka kepesertaan PKH dapat di tahan dan akan di aktifkan lagi ketika peserta memiliki kriteria tanggungan. Data yang digunakan dalam pendataan ini dianggap belum memenuhi kebutuhan, karena di lapangan banyak keluarga miskin yang belum masuk kedalam peserta, karena kriteria nasional yang digunakan belum sepenuhnya sesuai dengan keadaan daerah.

PEMBIAYAAN

Pembiayaan PKH berasal dari APBN dan APBD Kabupaten, APBN digunakan untuk bantuan kepada peserta dan gaji dari operator dan pendamping PKH. APBD Kabupaten digunakan untuk operasional PKH seperti rakor, rapat evaluasi, kebutuhan lapangan seperti ATK, dan lain-lain. Tahun 2011 Kabupaten mengalokasikan dana sebesar Rp 100.000.000,- dan mengalami peningkatan pada tahun 2012 sebesar 186.000.000,- karena dinilai kurang dalam operasional. Hal ini merupakan dukungan Kabupaten dalam program nasional ini. Untuk pembiayaan pelayanan bidang kesehatan dari peserta PKH, klaim dimasukkan kedalam pembiayaan Jamkesmas, karena peserta PKH secara tidak langsung merupakan peserta Jamkesmas, sehingga memiliki hak yang sama dengan peserta Jamkesmas lain dibidang kesehatan.

PEMBERI PELAYANAN KESEHATAN (PPK)

Pelayanan kesehatan untuk peserta PKH terdiri dari pelayanan tingkat dasar dan juga rujukan, untuk pelayanan rujukan peserta PKH dapat dilayani diseluruh rumah sakit Kabupaten Brebes yang sudah memiliki perjanjian kerjasama (PKS) dengan pemerintah. Tugas bidan desa dalam kewajiban peserta yaitu posyandu merupakan beban tambahan dari bidan desa yang tidak diimbangi dengan *fee*.

PEMBAHASAN

Program Keluarga Harapan (PKH) yang dimulai pada awal tahun 2011 memberikan dampak positif kepada masyarakat Kabupaten Brebes. Program ini meningkatkan akses pendidikan dan kesehatan bagi peserta dan memiliki cara yang berbeda dengan bantuan tunai lainnya atau program jaminan lainnya, karena peserta PKH memiliki kewajiban-kewajiban bidang kesehatan dan pendidikan yang dibebankan kepada peserta dan harus dijalankan sebagai syarat. Program Keluarga Harapan (PKH) ini memiliki kelebihan apabila dibandingkan dengan program bantuan sosial lainnya, karena program ini memiliki kewajiban yang harus dilakukan oleh peserta PKH dan peserta juga didampingi oleh pendamping, sehingga peserta PKH dapat terpantau dengan baik melalui pendamping di setiap wilayah.

Menurut Wursanto, koordinasi dapat dilakukan dengan berbagai cara, seperti melalui media komunikasi, yaitu media elektronik, cetak, ataupun media tatap muka dan dapat dilakukan dengan mengangkat koordinator.⁵ Berdasarkan hasil penelitian, koordinasi vertikal dilakukan dari UPPKH Kabupaten kepada UPPKH Kecamatan, dimana dalam pelaksanaannya terdapat masalah, yaitu daerah yang jauh dari Kabupaten sulit dalam pelaporan dan dijangkau oleh petugas Kabupaten. Sebagai upaya penanganan, untuk wilayah selatan koordinasi dilakukan melalui maksimalisasi pemanfaatan koordinator camat (korcam) dan media elektronik. Hal yang demikian ini merupakan salah satu upaya efisiensi dan efektifitas dalam suatu organisasi. Koordinasi dari UPPKH Kabupaten kepada UPPKH Kecamatan berlangsung dengan baik.

Berdasarkan hasil penelitian, pendataan peserta PKH menggunakan data dari pusat, yaitu BPS, di anggap masih belum memenuhi ketepatan sasaran, hal ini dikarenakan *standard* data yang digunakan adalah *standard* nasional, sedangkan keadaan lapangan memiliki *standard* kemiskinan yang berbeda dengan daerah lain. Pemerintah desa sebaiknya dilibatkan didalam penentuan peserta, hal ini dikarenakan pihak pemerintah desa lebih mengetahui keadaan lapangan sesungguhnya.

Menurut Mukti, "mekanisme pendataan sasaran keluarga miskin seharusnya dimulai dari bawah dengan melibatkan tim desa, dengan adanya proses verifikasi data di desa dan kecamatan atau puskesmas sebelum data di kompilasi di kabupaten dan ada keterbukaan dalam penentuan warga miskin, terutama kepada masyarakat".

Pendanaan PKH didanai melalui APBN pada DIPA Direktorat Jaminan Kesejahteraan Sosial Direktorat Jendral Bantuan dan Jaminan Sosial Kementerian Sosial RI. Anggaran dana tersebut terdiri dari bantuan bagi peserta PKH dan penunjang (rekrutment dan pelatihan pendamping dan tenaga operator, biaya sekretariat PKH Provinsi dan Kabupaten/Kota, UPPKH Pusat, Kabupaten/Kota, dan Kecamatan, dan rapat-rapat Tim Koordinasi, monitoring, dan evaluasi).³

Dana APBN yang digunakan untuk bantuan peserta pada tahun 2011 mencapai Rp 39.665.700.000,- dengan perincian sebagai berikut :

1. Pencairan tahap I : Rp 9.800.500.000
2. Pencairan tahap II : Rp 9.906.150.000
3. Pencairan tahap III : Rp 9.975.200.000
4. Pencairan tahap IV : Rp 9.983.850.000

Dana yang dikeluarkan oleh pusat tergantung dari besarnya pengajuan dana yang dilakukan oleh pendamping PKH saat validasi. Penyerapan dana mencapai 100% karena tidak ada dana yang tidak digunakan, semua dana di ajukan sesuai dengan keadaan di lapangan, sesuai dengan tanggungan dari setiap RTSM.

Monitoring atau pengawasan pelayanan kesehatan tingkat dasar dilakukan oleh Dinkes satingkat bulan. Pelaporan dilakukan melalui badan koordinator masing-

masing kecamatan. Sebelum diadakannya monitoring dari Dinkes, masing-masing bidan desa telah melakukan pelaporan kepada bidan koordinator. Monitoring ini dilakukan untuk mengetahui pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh bidan desa dan juga serapan dari dana jaminan kesehatan.

Menurut Muninjaya, apabila fungsi pengawasan dan pengendalian dilakukan dengan tepat, organisasi yang akan memperoleh manfaatnya. Kinerja bidan desa akan semakin lebih baik apabila ada *fee* atau kompensasi yang diberikan kepada bidan desa.⁶ Kompensasi merupakan pencerminan atau ukuran nilai pekerjaan karyawan itu sendiri. Besar kecilnya kompensasi akan mempengaruhi prestasi kerja, motivasi dan kepuasan kerja karyawan.⁷

KESIMPULAN

Program Keluarga Harapan (PKH) bidang kesehatan di Kabupaten Brebes sudah berjalan dengan baik, hal ini dapat dilihat dari berjalannya program tersebut dengan baik di Kabupaten Brebes. Meskipun di awal program terjadi beberapa masalah dengan sektor kesehatan, namun sampai saat ini program tersebut sudah semakin baik dan mengalami perkembangan yang signifikan.

Kelembagaan

- a. Koordinasi horizontal antara Dinsosnakertrans dan Dinkes dilakukan secara rutin setiap 3 bulan sekali melalui rapat koordinasi (rakor).
- b. Koordinasi vertikal antara Dinsosnakertrans dan UPPKH Kabupaten dilakukan melalui seksi bantuan sosial (bansos), sedangkan koordinasi dari UPPKH Kabupaten kepada UPPKH Kecamatan dilakukan melalui koordinator Kecamatan (korcam) setiap satu minggu sekali di sekretariat UPPKH Kabupaten.
- c. Dinsosnakertrans dalam pelaksanaan PKH adalah sebagai ketua pelaksana, sedangkan dalam struktur organisasi, Dinsosnakertrans menjabat sebagai sekretaris PKH dan Bappeda sebagai ketua PKH.
- d. Dinkes dalam pelaksanaan PKH adalah sebagai atasan yang membawahi puskesmas dan bidan desa yang bertugas memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta PKH.

- e. Sosialisasi kepada peserta PKH dilakukan di awal program oleh pendamping di balai desa.
- f. Sistem pengaduan masyarakat (SPM) sudah berjalan di tingkat Kabupaten namun belum berjalan maksimal di tingkat pusat.

Kepesertaan

- a. Data kepesertaan yang digunakan dalam PKH Kabupaten Brebes berasal dari BPS pusat.
- b. Terdapat adanya ketidaksesuaian data dalam pelaksanaan PKH, karena data yang digunakan adalah hasil pendataan tahun 2008 sedangkan program baru dijalankan pada tahun 2011.
- c. Kesulitan bagi peserta PKH bidang kesehatan adalah kewajiban peserta datang ke posyandu untuk pemantauan tumbuh kembang balita.
- d. Pengajuan peserta baru tidak bisa dilakukan karena hanya bisa dilakukan oleh BPS.

Pembiayaan

- a. Sumber dana PKH berasal dari APBN dan APBD Kabupaten Brebes.
- b. Tahun 2011 PKH Kabupaten Brebes mendapatkan bantuan APBD Kabupaten Brebes sebesar Rp. 100.000.000,- yang digunakan untuk operasional PKH seperti rapat koordinasi, rapat evaluasi, pembelian ATK, dan biaya operasional lainnya.

Pemberi pelayanan kesehatan (PPK)

- a. Paket layanan yang dapat diterima oleh peserta PKH sama dengan paket layanan yang diterima oleh peserta Jamkesmas, sehingga klaim dari pelayanan masuk kedalam klaim Jamkesmas.
- b. Masalah dalam PPK adalah ketidaktahuan bidan desa akan program ini di awal program dan diatasi dengan adanya sosialisasi oleh Dinkes kepada bidan melalui bidan koordinator.
- c. Pemantauan PPK dilakukan oleh Dinkes satu bulan sekali dengan mengumpulkan bidan koordinator.

DAFTAR PUSTAKA

1. Thabrany, Hasbullah. *Sakit, pemiskinan, dan MDG's*. Kompas. Jakarta: 2009
2. Mari Kita Mengenal Program PKH, 30 juni 2007 www.depsos.go.id Diakses tanggal 3 Maret 2012
3. Direktorat Jenderal Perlindungan dan Jaminan Sosial Kementerian Sosial. *Pedoman Umum Program Keluarga Harapan*. 2011
4. Direktorat Jenderal Perlindungan dan Jaminan Sosial Kementerian Sosial. *Pedoman Operasional Kelembagaan PKH Daerah*. 2011
5. Wursanto, IG. *Dasar-dasar ilmu organisasi*. Yogyakarta: Andi. 2005
6. Muninjaya, AAG. *Manajemen Kesehatan Edisi 2*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC. 2004
7. Notoatmodjo, Soekidjo. *Pengembangan Sumberdaya Manusia*. Jakarta: Rineka Cipta. 2003