KEMENTERIAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN
NASIONAL (BAPPENAS)

LAPORAN AKHIR
EVALUASI PROGRAM PERLINDUNGAN SOSIAL : PROGRAM KELUARGA HARAPAN
2009

'Deteksi Dini Dampak Program Keluarga Harapan (PKH) terhadap Kesehatan dan Pendidikan'

DIREKTORAT PERLINDUNGAN DAN KESEJAHTERAAN MASYARAKAT
2009

Abstrak

Pemerintah Indonesia sedang melakukan uji coba Program Keluarga Harapan (PKH), sebuah program bantuan tunai bersyarat berbasis rumahtangga. Tujuan utama program adalah untuk meningkatkan status kesehatan ibu dan anak-anak dibawah usia 6 tahun, dan meningkatkan partisipasi sekolah dasar anak. Laporan ini menyajikan temuan awal evaluasi kuantitatif PKH terhadap tujuan utamanya. Desain evaluasi didasarkan pada rancangan acak, sebuah intervensi berbasis rumah tangga dengan pengukuran sebelum dan sesudah intervensi pada kedua rumahtangga perlakuan dan kontrol. Secara keseluruhan, PKH memiliki dampak positif (atau baik). Hasil estimasi *double-diference* menunjukkan rata-rata dampak PKH pada sejumlah indikator kesehatan seperti (kunjungan Posyandu naik 3% poin, pemantauan tumbuh kembang anak naik 5% poin, dan kegiatan imunisasi naik 0.3% poin) dan indikator pendidikan, yaitu persen kehadiran anak di sekolah naik 0.2% poin. PKH secara signifikan meningkatkan pengeluaran rumahtangga perkapita per bulan untuk komponen pendidikan (Rp. 2,786) dan kesehatan (Rp. 4,271). Hasil temuan yang disajikan pada laporan ini memegang peran penting pada pengambilan keputusan untuk melanjutkan program. Mengingat adanya sejumlah keterbatasan, temuan studi ini perlu diintepretasikan dengan hati-hati dan hasil temuan tersebut harus divalidasi lebih lanjut dengan mengoptimalkan ketersediaan data survei lanjutan PKH.

The Government of Indonesian is piloting a Family Hope Program, a traditional household conditional cash transfer program. The main goals of the program are to improve health status of mother and children below 6 years of age, and to increase basic school participations for the children. This report presents early findings of a quantitative evaluation of the program against its primary objectives. The evaluation design is based on a randomized, household-based intervention with measurements before and after the intervention in both treatment and control. Overall, PKH had positive (or favorable) impacts. The results of double-difference estamte show average effects on a several range of health indicators (e.g., visits to Posyandu increase by 3% points, children growth monitoring increase by 5% point, and immunizations activities increase by 0.3% points) and education indicators (e.g., percent attendance rate incrase by 0.2 percent point). PKH managed to significantly increase the per-capita per-month household expenditures on education (Rp 2,786) and health (Rp 4,271) components. The findings presented here played an important role in the decision to continue the program. Due to several limitations, findings of this study have to be interpreted carefully and such results must be validated further using the availability of follow-up PKH survey data.

Daftar Isi

Abstrak....1
Daftar Isi....3
Daftar Tabel....4
Daftar Gambar....5

BAB I PENDAHULUAN....6
1.1 Latar Belakang....6
1.2 Rasionalitas Evaluasi....9
1.3 Tujuan....10
1.4 Sistimatika Penulisan....10

BAB II METODOLOGI....11
2.1 Disain Studi....11
2.2 Data....13
2.3 Analisis Data....16

BAB III STUDI LITERATUR....19
3.1 Globalisasi CCT....19
3.2 Dampak CCT....19
3.3 Rancang Bangun PKH....23

BAB IV HASIL....33
4.1 Statistik Deskriptif....33
4.2 PKH dan Kesehatan....37
4.3 PKH dan Pendidikan....42
4.4 PKH dan Konsumsi....46

BAB V DISKUSI....49
5.1 PKH dan Kesehatan....49
5.2 PKH dan Pendidikan....53

BAB VI KESIMPULAN....57
6.1 Kesimpulan....57
6.2 Keterbatasan dan Rekomendasi....58

Daftar Pustaka....61

Lampiran....64
Lampiran 1: PKH dan kesehatan (estimasi DD)....64
Lampiran 2: PKH dan ketersediaan fasilitas kesehatan (estimasi DD)....70
Lampiran 3: PKH dan Pendidikan (estimasi DD)....77

Daftar Tabel

Tabel 1. Kewajiban Peserta PKH Kesehatan 8
Tabel 2. Kewajiban Peserta PKH Pendidikan 8
Tabel 3. Responden PKH Survei baseline 15
Tabel 4. Perubahan sampel status rumahtangga menurut pelaksanaan survei PKH 15
Tabel 5. Perhitungan rata-rata dampak PKH: Metode *Double-Difference* 17
Tabel 6. Dampak CCT Pendidikan 21
Tabel 7. Dampak CCT Pada Kesehatan 22
Tabel 8. Kewajiban peserta PKH kesehatan 30
Tabel 9. Indikator PKH kesehatan: survei dasar 34
Tabel 10. Indikator ketersediaan fasilitas kesehatan: survei dasar 35
Tabel 11. Indikator PKH pendidikan (anak usia 6-15 tahun): survei dasar 36
Tabel 12. Indikator fasilitas pendidikan: survei dasar 37
Tabel 13. Indikator tujuan PKH kesehatan 38
Tabel 14. Proporsi bayi usia 0-36 bulan melakukan kunjungan Posyandu 3 bulan terakhir 40
Tabel 15. Proporsi bayi berusia 0-12 Bulan yang melakukan penimbangan berat badan 41
Tabel 16. Proporsi Bayi Berusia 0-12 bulan yang melakukan imunisasi 41
Tabel 17. Indikator tujuan PKH Pendikan 42
Tabel 18. Rata-rata tahun sekolah anak usia 6-15 tahun 43
Tabel 19. Persentase kehadiran anak usia 6-15 tahun seminggu yang lalu 44
Tabel 20. Persen ketidakhadiran anak karena sakit, ijin & alpa dua minggu terakhir 44
Tabel 21. Jumlah Guru berdasarkan status daerah survei 45
Tabel 22. Rasio Murid dengan Guru per kelas di SLTP 45
Tabel 23. Rata-rata hasil ujian akhir Nasional 46
Tabel 24. Rata-rata pengeluaran perkapita pendidikan per rumahtangga 47
Tabel 25. Rata-rata pengeluaran perkapita kesehatan per rumahtangga 47
Tabel 26. Rata-rata pengeluaran perkapita per rumah tangga 48

Daftar Gambar

Gambar 1. Rata-rata dampak program: estimasi DD 18
Gambar 2. Dampak Intervensi Kesehatan dan Pendidikan terhadap Kualitas SDM 25
Gambar 3. Alternatif fasilitas kesehatan bagi peserta PKH Kesehatan 31
Gambar 4. Dampak PKH (dalam %) pada indikator kesehatan 39

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Program bantuan tunai bersyarat atau *Conditional Cash Transfers* (CCT) saat ini banyak diadopsi diberbagai negara sebagai strategi program bantuan sosial (Rawlings dan Rubio, 2005). Karakterstik 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 rumahtangga 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 rumahtangga 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 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), mengimunisasikan 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.

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 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 dampak PKH dilakukan.

Badan Perancanaan 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 2008, yakni setahun setelah pelaksanaan uji coba PKH, sekitar 10 persen sampel survei baseline (1538 rumahtangga, dengan komposisi 708 rumahtangga intervensi dan 829 rumahtangga kontrol) ditinjau ulang dalam sebuah survei lanjutan (atau *follow-up survey*).

1.3 Tujuan

Laporan ini 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 dampak PKH terhadap:

1. penggunaan layanan kesehatan bagi anak-anak, seperti kunjungan posyandu, pemantauan tumbuh kembang dan cakupan imunisasi;
2. kehadiran anak di sekolah;
3. ketersediaan fasilitas kesehatan dan pendidikan; serta
4. konsumsi rumah tangga.

1.4 Sistimatika Penulisan

Laporan ini diorganisasikan dalam sistematika penulisan yang terdiri atas 5 Bab. Bab pertama tentang pendahuluan menyajikan latar belakang, rasionalitas evaluasi serta tujuan evaluasi PKH. Rancangan studi, sumber data serta metode analisis data disajikan pada Bab II tentang metodologi. Bab ketiga menyajikan kajian literature tentang *conditional cash transfers* (CCT), yang diawali dengan pembahasan globalisasi CCT, pengalaman empiris tentang dampak CCT dan serta diakhiri tentang rancang bangun PKH di Indonesia. Pembahasan rancang bangun PKH menitikberatkan pada PKH kesehatan.

Bab IV menyajikan hasil-hasil temuan studi. Bab ini diawali dengan penyajian statistik deskriptif (4.1) sampel studi dan sejumlah indikator program evaluasi yang digunakan. Bagian selanjutnya menyajikan temuan-temuan tentang PKH dan Kesehatan (4.2), PKH dan Pendidikan (4.3) dan PKH dan Pola Konsumsi (4.4). Diskusi hasil temuan, kesimpulan dan saran yang diajukan dalam laporan studi ini disajikan masing-masing pada Bab 4 dan Bab 5.

BAB II METODOLOGI

2.1 Disain Studi

Disain evaluasi dampak PKH yang digunakan adalah experimen (*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 ekperimen 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 experimen 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 counterfactual 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 randomisai 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 sbb:

- Pertama, sebanyak 20 persen kabupaten terkaya yang berlokasi disetiap propinsi uji coba dikeluarkan sebagai daftar kandidat sampel PKH dan PNPM-Generasi. Kriteria kecamatan kaya ditetapkan atas dasar 3 indikator, yaitu: (i) angka transisi sekolah, (ii) angka status gizi dan (iii) angka kemiskinan.

- Ketentuan berikutnya adalah kabupaten yang memiliki program KDP ditetapkan sebagai lokasi PNPM-Generasi, dan selanjutnya kabupaten tersebut dipilih acak sebanyak 20 kabupaten dengan stratifikasi pada tingkat propinsi. Pemilihan kabupaten di tiga propinsi (NTT, Jawa Timur, dan Jawa Barat) dilakukan secara random. Sedangkan di propinsi Gorontalo dan Sulawesi Utara, seluruh kabupaten yang memiliki program KDP semuanya ditetapkan sebagai lokasi PNPM-Generasi.

- Tahap selanjutnya adalah pemilihan lokasi kecamatan PNPM-Generasi di 20 kabupaten terpilih. Disetiap kabupaten terpilih, sebuah kecamatan dikeluarkan sebagai daerah sampel PNPM-Generasi jika kecamatan tersebut memiliki program kemiskinan perkotaan (Urban Poverty Program –UPP) atau jika jumlah

kelurahan/desa di kecamatan yang memiliki kriteria sebagai wilayah pedesaan kurang dari 30 persen. Ketentuan ini menghasilkan 300 kecamatan sebagai lokasi PNPM-Generasi, yang akhirnya dipilih secara acak sebagai kecamatan perlakuan[1] dan kontrol.

- Sisa kabupaten yang tidak terpilih sebagai sampel PNPM-Generasi kemudian dipertimbangkan sebagai sampel PKH. Kecamatan dengan fasilitas pendidikan dan kesehatan yang memadai selanjutnya ditetapkan sebagai lokasi intervensi PKH dan kontrol PKH.

2.2 Data

Data yang digunakan dalam analisis studi ini diperoleh dari hasil survei dasar dan survei lanjutan PKH. Survei dasar PKH dilakukan pada bulan Oktober 2007, sesaat setelah peluncuran uji coba PKH. Survei ini dilakukan secara integrasi dengan survei dasar PNPM-Generasi yang dikoordinir oleh Bank Dunia dan pelaksanaanya dilakukan oleh UGM. Kuesioner survei dirancang untuk mengumpulkan data dasar 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 rumahtangga dan komunitas.

Survei lanjutan PKH dilakukan setahun setelah pelaksanaan uji coba PKH. Survei ini dikoordinir oleh Bappenas dan pelaksanaanya dilakukan oleh pihak ketiga, yakni PT Fifita. Survei lanjutan dilakukan pada lokasi yang sama dengan lokasi pada survei dasar PKH.

[1] Ada dua jenis intervensi PNPM-Generasi, yaitu PNPM-Generasi dengan insentif dan PNPM-Generasi tanpa insentif.

2.2.1 Sampel

Survei dasar PKH dilakukan di 6 propinsi dari 7 propinsi lokasi uji coba. Ke-enam propinsi yang dimaksud adalah DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Timar, Sulawesi Utara, Gorontalo, dan NTT. Lokasi yang dipilih sebagai sampel survei terdiri atas 44 kabupaten dari 48 kabupaten lokasi uji coba. Dari 44 kabupaten, selanjutnya dipilih 360 kecamatan sampel secara acak yang terbagi dalam dua kelompok, yaitu 180 kecamatan kontrol dan 180 kecamatan intervensi. Sampel kecamatan ini diambil dengan stratifikasi pada tingkat desa dan kota.

Pemilihan sampel rumahtangga PKH dalam survei baseline dilakukan secara purposive. Alasannya, pemilihan random sampel rumahtangga akan menghasilkan jumlah sampel kelompok intervensi yang kecil jika cakupan program relatif kecil terhadap populasi. Kerangka sampe (*sampling frame*) adalah daftar rumahtangga penerima BLT pada 2005 karena meraka merupakan target populasi penerima PKH. Mengingat adanya rumahtangga kaya sebagai penerima BLT 2005, pemilihan rumah tanggamiskin dari daftar penerima BLT dilakukan dengan proxy means test. Implikasi dari strategi sampling ini adalah bahwa sampel PKH dianggap relatif miskin dibandingkan dengan populasi aktual dari daerah PKH.

Jumlah sampel survei lanjutan idealnya sama dengan sampel yang digunakan dalam survei dasar. Namun, mengingat belum optimalnya pelaksanaan PKH sampai dengan tahun 2008, tidak semua sampel survei dasar dijadikan sebagai sampel pada survei lanjutan. Dari 360 kecamatan dengan 2723 desa sampel pada survei dasar, hanya 196 kecamatan dan 343 desa (atau sekitar 2 desa per kecamatan) dijadikan sampel pada survei lanjutan. Sampel kecamatan dan desa pada survei lanjutan dihitung dengan rumus Isaac & Michael dengan derajat kepercayaan 95% dan kesalahan 5% (Bappenas 2008).

2.2.2 Responden

Responden pada survei dasar dan lanjutan terdiri atas rumah tangga, ibu-ibu, kepala desa, pemberi layanan pendidikan (sekolah) dan pemberi layanan kesehatan (puskesmas dan bidan). Tabel berikut menyajikan responden pada kelompok intervensi dan kontrol yang diwawancarai dalam survei dasar (Bank Dunia, 2008).

Tabel 3. Responden PKH Survei baseline

Responden	Survei Dasar	
	Intervensi	Kontrol
Kecamatan	180	180
Desa	1369	1354
Rumahtangga	7195	7131
Individu	36801	36762
Anak < 3 tahun	3076	3077
Anak 6 – 15 tahun	9356	9550
Wanita menikah 16 – 49 tahun	7408	7365
Puskesmas	178	180
SMP	507	507
Bidan	702	705

Tabel 4. Perubahan sampel status rumahtangga menurut pelaksanaan survei PKH

	Status Rumah Tangga (RT)		
Status Rumah Tangga	(Survei Lanjutan)		
(Survei Dasar)	RT PKH	RT Bukan-PKH	Total
RT PKH	550	158	708
[% baris]	77.68	22.32	100
RT Bukan-PKH	152	678	830
[% baris]	18.31	81.69	100
Total	702	836	1,538
[% baris]	45.64	54.36	100

Sampel survei dasar ditentukan sebelum peserta PKH ditetapkan. Analisis awal studi menemukan sejumlah sampel yang sebelumnya terpilih sebagai sampel dalam kelompok kontrol, namun setelah dilacak dengan data hasil survei lanjutan, rumahtangga tersebut termasuk pada kelompok intervensi atau sebaliknya. Tabel 4 memperlihatkan 708 rumahtangga teridentifikasi sebagai penerima PKH menurut

survei dasar, namun sekitar 22.3 persennya (158 rumahtangga) masuk kedalam kelompok non-penerima PKH menurut survei lanjutan. Sebanyak 152 rumah tangga non penerima PKH menurut kriteria survei dasar, ternyata mereka masuk kelompok penerima PKH pada survei lanjutan.

2.2.3 Instrumen

Data survei dikumpulkan dengan menggunakan kuesioner. Ada lima modul kuesioner yang digunakan untuk menggali data dari setiap responden, yaitu data tentang: (1) konsumsi rumah tangga; (2) cakupan layanan kesehatan, (3) partisipasi dan kehadiran anak di sekolah; (4) fasilitas pendidikan; dan (5) Fasilitas kesehatan.

2.3 Analisis Data

Pada rancangan studi ekseperimen, dampak sebuah program dapat diukur dengan membandingkan indikator terukur pada kelompok perlakuan dengan kelompok kontrol setelah intervensi program. Data rumah tangga peserta PKH dan non-peserta dikumpulkan pada waktu sebelum dan setelah intervensi. Hal ini memungkinkan penggunaan metode *double-difference* (DD) untuk menghitung rata-rata dampak[2] PKH. Hasil estimasi DD diintepretasikan sebagai dampak intervensi.

Tabel 5 menyajikan perhitungan rata-rata dampak dengan metode DD. Kolom pada Tabel 5 terdiri atas dua, yaitu intervensi (dengan PKH) dan kontrol (tanpa intervensi PKH). Sedangkan baris pada Tabel 5 menyajikan tahapan survei yang dilakukan, yakni survei yang dilakukan sebelum intervensi PKH (indek 0) dan sesudah intervensi (indek 1) PKH.

Asumsikan, kita mengukur dampak PKH pada cakupan imunisasi. Sebelum intervensi, rata-rata cakupan imunisasi idealnya akan sama diantara kedua kelompok (karena proses randomisasi), sedangkan setelah intervensi kita mengharapkan perbedaan cakupan imunisasi akibat adanya intervensi PKH. Mengingat kelompok intervensi dan kontrol dipilih acak maka perbedaan cakupan

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

imunisasi diantara kedua kelompok setelah intervensi (I_1-C_1) dapat diintepretasikan sebagai dampak PKH. Perbedaan cakupan imuniasi tersebut, (I_1-C_1), merupakan ukuran valid rata-rata dampak PKH dan ini disebut perbedaan awal.

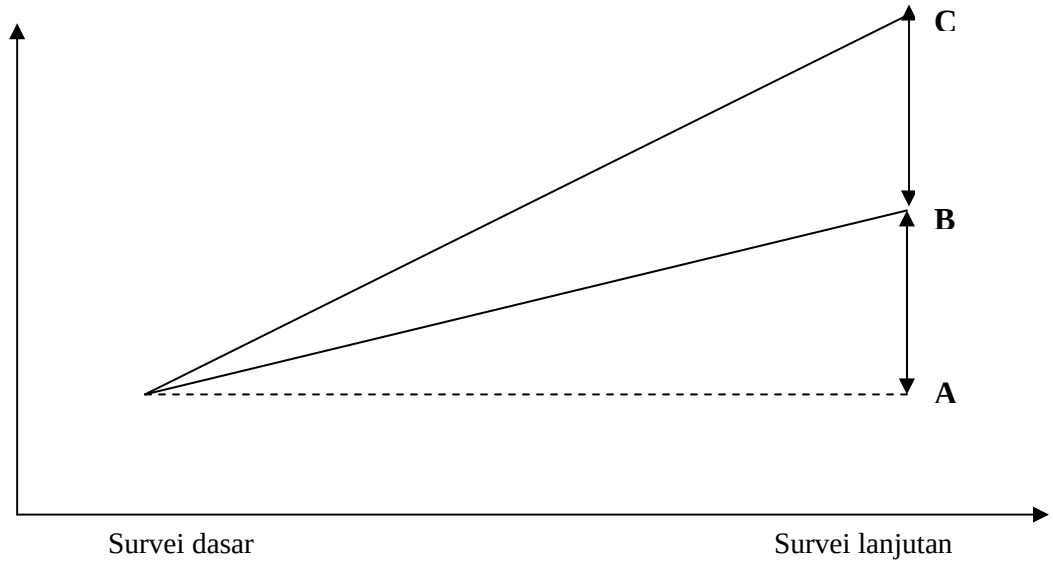
Pengukuran dampak program yang lebih valid membutuhkan pertimbangan mengenai perbedaan kondisi awal, baik yang terukur maupun yang tidak terukur, diantara kedua kelompok (intervensi dan kontrol) yang sebelumnya dipilih random. Estimasi DD dilakukan dengan mengurangkan perbedaan kondisi awal program diantara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

Tabel 5. Perhitungan rata-rata dampak PKH: Metode *Double-Difference*

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

Interpretasi hasil DD dilakukan dengan mempertimbangkan perbedaan-perbedaan pada kelompok intervensi, yakni perbedaan dari waktu ke waktu pada kelompok intervensi, (I_1-I_0). Hal ini merupakan pendekatan naif karena hanya memperhatikan perubahan indikator (misal angka partisipasi sekolah) dari waktu ke waktu pada kelompok intervensi, dan tidak memperhatikan penyebab lain yang mempengaruhi perubahan tersebut. Adanya program nasional yang bertujuan untuk meningkatkan akses sekolah (misal, BOS). Program BOS menyebabkan perbaikan akses sekolah dan angka partisipasi sekolah. Efek program BOS ini mempengaruhi 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 pada kelompok kontrol.



Gambar 1. Rata-rata dampak program: estimasi DD

Gambar diatas menyajikan interpretasi hasil estimasi DD. Karena proses randomisasi, untuk indikator tertentu pada awal program (misal imunisasi) memiliki nilai sama/hampir sama diantara kelompok intervensi dan kontrol. Nihilnya perubahan indikator imunisasi dari waktu ke waktu digambarkan oleh titik A pada gambar 1. Jika pengukuran dampak PKH hanya memperhatikan nilai indikator imunisasi pada kelompok intervensi, kita akan memperoleh hasil efek yang berlebihan, yakni C-A. Perhitungan efek murni PKH harus memperhatikan kondisi cakupan imunisasi pada kelompok kontrol yang juga memiliki kecenderungan perbaikan cakupan imunisasi dari waktu ke waktu (B-A).

BAB III STUDI LITERATUR

3.1 Globalisasi CCT

Program *conditional cash transfer* banyak dijumpai di sejumlah Negara Amerika Latin dan Karibia. Meksiko meluncurkan the *Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA*) pada tahun 1997. Program ini merupakan titik awal CCT pelaksanaan program dalam sekala besar. Brazil memiliki *Programa Nacional de Bolsa Escola dan Programa de Erradicaçao 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 semakin marak diadopsi di berbagai Negara. Tidak kurang dari 20 negara Amerika Latin, Karibia, Asia dan Afrika telah mengadopsi CCT dan sekitar 20 negara lainnya, termasuk Indonesia, telah memulai program ini. Terdapat sejumlah alasan yang melatarbelakangi maraknya program CCT, diantaranya adalah: (i) terbuktinya keberhasilan CCT*;* (ii) meningkatnya kinerja targeting, (iii) program relafit flexible, (iv) adanya alasan politis, (v) dapat dikembangkan serta (vi) meningkatnya kinerja monitoring dan evaluasi

3.2 Dampak CCT

Pelaksanaan CCT di berbagai Negara selalu diikuti pengukuran dampak. Hasil-hasil evaluasi telah menunjukkan keberhasilan CCT dalam meningkatkan indikator perbaikan SDM. Indikator-indikator ini umumnya sejalan dengan kewajiban yang

ditetapkan dalam program CCT, seperti pendidikan dan kesehatan. Sesi ini menyajikan literature tentang dampak CCT pada aspek kesehatan dan pendidikan.

3.2.1 Dampak CCT Pendidikan

Program CCT di Meksiko, dikenal dengan *Progresa*, berhasil meningkatkan angka partisipasi sekolah jenjang SLTP sebesar 6 persen pada kelompok pria dan 9 persen pada kelompok wanita. *Progresa juga* berhasil meningkatkan angka transisi sekolah dari jenjang SD ke SLTP sebesar 15 persen pada kelompok wanita yang umumnya mereka putus sekolah sebelum masuk SMP. Anak-anak dari keluarga penerima *Progresa* memasuki usia sekolah relatif lebih muda dan kejadian tidak naik kelas lebih kecil ketimbang anak-anak dari keluarga non-penerima program. *Progresa* memiliki dampak relatif kecil pada angka kehadiran sekolah, pencapaian nilai standar test serta kemampuan menarik anak-anak *drop-out* untuk masuk ke sekolah.

Pelaksanaan CCT di Meksiko, Kolumbia dan Turkey berhasil meningkatkan angka partisipasi sekolah jenjang SD dan SLTP. Dampak CCT terhadap angka partisipasi sekolah jenjang SD relatif lebih kecil ketimbang jenjang SLTP. Alasan utmanya, angka partisipasi sekolah jenjang SD umumnya sudah lebih tinggi. Temuan ini menunjukkan bahwa dampak CCT pada partisipasi sekolah akan tinggi jika dilaksanakan pada lokasi dimana angka partisipasi sekolah masih 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, progam CCT berhasil meningkatkan angka partisipasi sekolah secara keseluruhan sebesar 13%

poin (angka partisipasi sekolah anak-anak dari kelompok keluarga sangat miskin meningkat sebesar 25% poin dan angka kehadiran anak SD meningkat 20 poin). Sayangnya dua tahun setelah rumahtangga berhenti menerima bantuan, partisipasi sekolah turun sebesar 12.5 persen poin, walau masih lebih tinggi 8 persen poin dibandingkan angka partisipasi sekolah sebelum program CCT.

Tabel 6. Dampak CCT Pendidikan

Jenjang Pendidikan	Negara				
	Meksiko	Nikaragua	Cambodia	Bangladesh	Turkey
SD	+.96-1.45% poin (wanita) +.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.

3.2.2 Dampak CCT Kesehatan

Program CCT menunjukkan dampak yang signifikan pada kesehatan dan gizi. Angka kunjungan kesehatan meningkat 18 persen di lokasi-lokasi *Progresa* di Meksiko. Angka kesakitan anak usia 0–5 tahun peserta *Progresa* turun 12 persen. Dampak CCT ditemukan juga pada aktifitas pemantauan tumbuh kembang anak di kolombia, Honduras, Meksiko dan Nikaragua.

Program CCT berhubungan juga dengan peningkatan tinggi badan, sebuah aspek penting untuk mengukur status gizi jangka panjang. Angka stunting di Meksiko, Nikaragua dan Kolombia turun, secara berurutan, 10 persen, 5.5 persen dan 7 persen. Meskipun peningkatan status gizi tidak diketahui pasti, sangat dimungkinkan bahwa temuan tersebut disebabkan oleh karakteristik dasar program CCT, seperti (i) naiknya pendapatan rumahtangga karena subsidi

mengakibatkan peningkatan belanja makanan, (ii) adanya kewajiban untuk memonitor tumbuh kembang, dan (iii) adanya informasi tentang perawatan anak dan tambahan makanan bergizi. Di Meksiko dan Nikaragua, misalnya, konsumsi makanan berkalori meningkat, demikian halnya dengan 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. Anekdot, 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 insentitife yang negative. Di Turkey, tidak cukupnya atau kurang tepatnya informasi tentang program juga mengurangi dampak program.

Tabel 7. Dampak CCT Pada Kesehatan

	Negara		
	Meksiko	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.

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-bu melaporkan bahwa mereka menerima tablet Fe, namun anemia tidak terbukti terpanguruh oleh program. Penyebabnya, mereka

tidak memberikan suplemen ini kapada anak-anaknnya dengan kepercayaan bahwa suppelem 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 supplemen itu sendiri.

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 anak perempuan dianggap tidak sepenting 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 karana adanya sejumlah aktivitas program CCT bagi para penerima program, seperti pertemuan, pengorganisasian, dan lokakarya. Namun demikian tidak semua program CCT memberikan kesempatan 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 bantuan. Hal ini menunjukkan bahwa masih diperlukan pendekatan-pendekatan tambahan untuk memecahkan permasalahan ini. Padahal program CCT di daerah ini juga telah memberi bebagai kesempatan bagi perempuan untuk lebih berparitisipasi menggunakan waktunya diluar rumah dan terlibat dengan berbagai institusi seperti perbankan serta kantor-kantor pemerintahan.

3.3 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

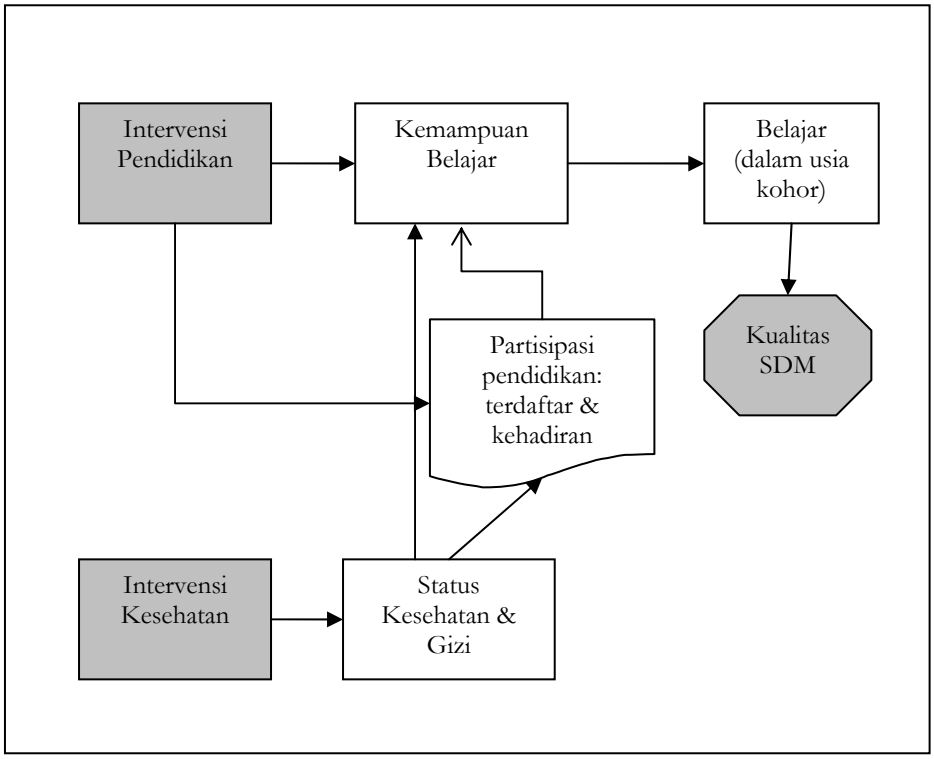
aktivitas. Aktifitas ini terkait dengan investasi jangka panjang pengembangan kualitas SDM. Misalnya, penggunaan layanan kesehatan (memanfaatkan layanan *pre*-natal dan *post*-natal bagi ibu hamil, mengimunisasi anak, memantau tumbuh kembang anak) dan menggunakan layanan pendidikan (mendaftarkan anak ke sekolah, dan hadir pada tingkat tertentu di sekolah). Program CCT di banyak 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 mengilusterasikan 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

3.3.1 Penetapan kewajiban PKH Kesehatan

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 8). Kolom pertama pada Tabel 8 menunjukkan target anggota keluarga peserta PKH, kolom kedua merinci kewajiban yang harus dipenuhi oleh setiap anggota keluarga tersebut, kelom 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 PKH[3]. RTSM dipilih sebagai calon peserta PKH Kesehatan jika ketika survei roster ditemukan anggota 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 8 menunjukkan target anggota keluarga peserta PKH yang terdiri

[3] Calon peserta PKH diperoleh dari daftar peserta BLT. Kriteria penetapan RTSM sebagi peserta PKH dikembangkan oleh BPS, Bappenas dan Wolrd Bank. Kriteria penilaian RTSM dapat ditemukan di "Kuesioner: Pendataan Keluarga Miskin Calon Peneruma Bantuan Tunai Bersyarat – BTB07.RTM".

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 8 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 2-5tahun ditimbang setiap bulan (Depkes RI, 2005). Meski PKH hanya memperhitungkan waktu penimbangan 3 bulan sekali, peserta PKH dengan anak usia 2-5tahun 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 ketersedian 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, khusnya 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.

Sarana dan prasarana kesehatan merupakan faktor penting yang harus dipenuhi untuk mensukseskan PKH kesehatan. Permintaan pelayanan kesehatan terkait kewajiban kesehatan akan meningkat. Tabel 8, kolom 3 mengidentifikasi sarana dan prasarana kesehatan. Sarana dan prasarana kesehatan yang dibutuhkan

terdiri atas sarana fisik, tenaga, obat-obatan dan alat kesehatan, serta sarana pendukung lainnnya.

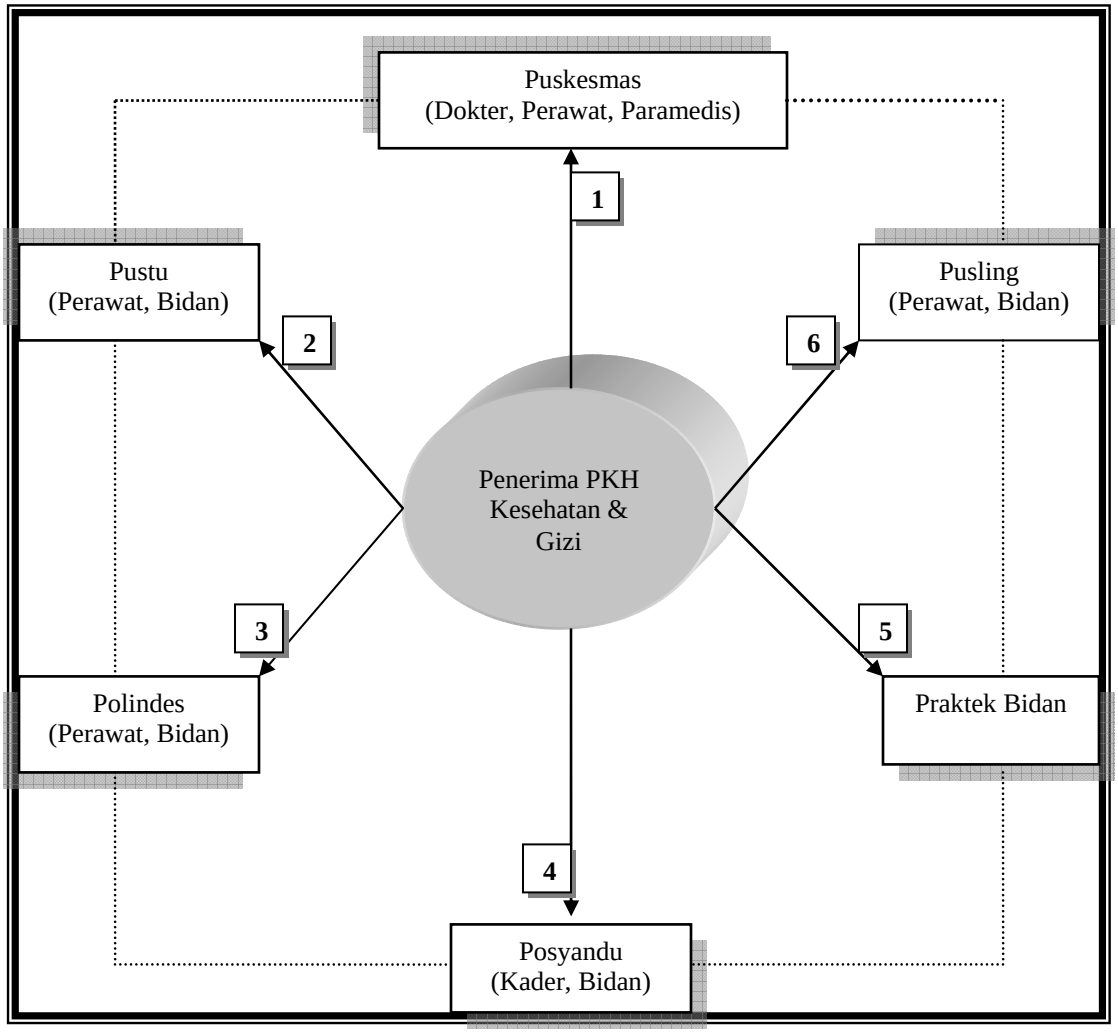
Sarana fisik terdiri atas Puskesmas, Puskesmas Pembantu (pustu), Puskesmas Keliling (Pusling), Pos Persalinan Desa (Polindes) dan Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu). Puskesmas diharapkan memberikan seluruh layanan kesehatan yang menjadi kewajiban peserta. Puskesmas yang memiliki dokter, perawat dan bidan diharapkan memberikan pelayanan obstetri dan neonatal emergensi dasar. Puskesmas pembantu, yang merupakan satelit Puskesmas dan dilengkapi dengan tenaga paramedis diharapkan memberikan pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir. Polindes, yang umumnya dilengkapi tenaga bidan desa dan lokasinyanya relatif dekat dengan peserta, diharapkan mampu memberikan pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir, pelayanan dasar selama kehamilan, persalinan, dan nifas maupun pertolongan pertawa pada kasus-kasus kegawatdaruratan. Sedangkan posyandu, yang dikelola oleh para kader kesehatan dengan bantuan bidan desa serta tenaga paramedis lain dari Puskesmas, diharapkan memberikan pelayanan antenatal, penimbangan, serta penyuluhan kesehatan.

Tabel 8. Kewajiban peserta PKH kesehatan

Sasaran [1]	Kewajiban [2]	Supply [3]	Dampak [4]
Hamil	Pemeriksaan kehamilan di fasilitas kesehatan 4 kali selama kehamilan (antenatal care); Mendapat supplemen tablet Fe	▪ Fasilitas fisik: Puskesmas, Pustu, Polindes, Pusling ▪ Tenaga kesehatan: Dokter, Bidan Desa ▪ Suplemen: Tablet Fe	
Melahirkan	Ibu melahirkan harus ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih , seperti Dokter, Perawat, dan/atau Bidan Desa	▪ Fasilitas fisik: Puskesmas, Pustu, Polindes, Pusling ▪ Tenaga kesehatan: Dokter, Bidan Desa ▪ Bidan kit, obat-obatan dan bahan-bahan pelayanan kesehatan ibu dan bayu baru lahir	698,658 orang
Nifas	Ibu yang telah melahirkan harus melakukan pemeriksaan/ diperiksa kesehatannya minimal 2 kali sebelum bayi berusia 28 hari	▪ Tenaga kesehatan: Dokter, Perawat, Bidan Desa ▪ Bidan kit, obat-obatan dan bahan-bahan pelayanan kesehatan ibu dan bayu baru lahir	
Usia 0-11 bulan	Anak yang berusia dibawah 1 tahun harus ditimbang secara rutin setiap bulan dan diimunisasi lengkap.	▪ Fasilitas fisik: Puskesmas, Pustu, Polindes, Pusling atau Posyandu ▪ Vaksin: BCG, DPT, Polio, Campak dan Hepatitis B ▪ Alat penyimpan vaksin: cold chain, referigator ▪ Alat penimbang bayi: Dacin dan sarung timbang ▪ Buku rekord penimbangan bayi (Kartu Menuju Sehat) ▪ Tenaga kesehatan: Juru Imunisasi seperti perawat, Bidan Desa dan Juru timbang bayi seperti kader kesehatan, Bidan Desa, dll	8,023,819 vaksin
Usia 6-11 bulan	Mendapat suplemen tabel Vitamin A	▪ Fasilitas fisik: Polindes, Pusling atau Posyandu ▪ Suplemen: Tablet Vitamin A ▪ Tenaga kesehatan: Bidang Desa, Kader Kesehatan	1,454,451 tablet Vit. A
Usia 2-5 tahun	Anak yang berusia 2-5 tahun dimonitor tumbuh kembang dengan cara melakukan penimbangan secara rutin setiap 3 bulan di fasilitas kesehatan.	▪ Fasilitas fisik: Polindes, Pusling atau Posyandu ▪ Alat penimbang bayi ▪ Buku rekord penimbangan bayi (Kartu Menuju Sehat) ▪ Tenaga kesehatan: Juru Imunisasi seperti perawat, Bidan Desa dan Juru timbang bayi seperti kader kesehatan, bidan desa, dll	
Usia 5-6 tahun	Melakukan penimbangan secara rutin setiap 6 bulan sekali	▪ Fasilitas fisik: Polindes, Pusling atau Posyandu ▪ Tenaga kesehatan: Bidang Desa, Kader Kesehatan ▪ Alat penimbang bayi ▪ Buku rekord penimbangan bayi	

Tenaga kesehatan yang perlu tersedia meliputi: dokter umum, perawat, bidan, juru imunisasi, serta kader kesehatan. Tenaga ini diharapkan bukan hanya memberikan pelayanan kesehatan, mereka juga dituntut aktif mensukseskan PKH kesehatan. Peran utama mereka, disamping memberikan pelayanan, adalah membimbing peserta dalam memanfaatkan pelayanan, serta memverifikasi komitmen peserta PKH. Suplemen yang harus disediakan meliputi tablet vitamin A dan tablet Fe. Berbagai jenis vaksin imunisasi meliputi BCG, DPT, Polio, dan Campak juga harus tersedia. Fasilitas kesehatan lain yang harus ada meliputi jarum suntik (spuet imunisasi), alat penimbang bayi (dacin), alat penyimpan vaksin (cold chain, referigerator). Sedangkan sarana pendukung lain yang perlu ada meliputi buku monitor tumbuh kembang anak (Kartu Menuju Sehat), buku pegangan kesehatan bagi ibu dan anak.

Gambar 3. Alternatif fasilitas kesehatan bagi peserta PKH Kesehatan



Gambar 3 menyajikan alternatif fasilitas kesehatan yang dapat dimanfaatkan oleh peserta PKH. Peserta PKH dapat mengunjungi 6 fasilitas kesehatan yang tersedia untuk memanfaatkan berbagai jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan (yaitu sesuai persyaratan yang berlaku bagi setiap anggota keluarga). Puskesmas memiliki peranan strategis dalam mensuksekan program. Lokasi Puskesmas yang tersedia hampir diseluruh kecamatan berfungsi sebagai entri point penggunaan pelayanan kesehatan. Puskesmas tidak hanya berperan memberi pelayanan. Puskesmas juga perlu mengatur penjadwalan peserta untuk memanfaatkan berbagai jenis layanan kesehatan disetiap fasilitas kesehatan yang berada dibawah otoritas Puskesmas, serta memverifikasi kehadiran peserta.

BAB IV HASIL

4.1 Statistik Deskriptif

Tujuan PKH diantaranya adalah untuk meningkatkan akses warga miskin terhadap pelayanan dasar kesehatan dan pendidikan. Kolom pertama Tabel 9 s/d 12 menyajikan indikator tujuan PKH komponen kesehatan dan pendidikan. Perlu dicatat bahwa tidak semua informasi yang ditanyakan dalam survei dasar ditanyakan kembali dalam survei lanjutan. Studi ini menganalisis dampak PKH pada sejumlah indikator yang tercatat pada kedua survei.

Untuk survei dasar, laporan ini menyajikan indikator tujuan PKH yang diperoleh dari dua sampel, yaitu (i) seluruh sampel survei dasar (sampel total) dan (ii) sampel survei dasar yang dikumpulkan lagi dalam survei lanjutan (sampel panel). Jumlah sampel survei dasar untuk kelompok intervensi dan kontrol masing-masing adalah 3091 dan 3077, sedangkan sampel panel hanya sekitar 10% dari jumlah total sampel survei dasar, yaitu 292 (intervensi) dan 364 (kontrol).

4.1.1 Indikator Kesehatan

Indikator kesehatan yang disajikan pada Tabel 9 terkait erat dengan pemanfaatan layanan kesehatan preventif bagi anak usia kurang dari 3 tahun, yakni kunjungan posyandu, pemantauan tumbuh kembang anak, kepemilikan buku KIA dan KMS, kegiatan imunisasi dan berbagai cakupan imunisasi. Uji beda rata-rata digunakan untuk menguji hipotesis nol kesamaan atau homogenitas karakteristik antara kelompok intervensi dan kontrol pada setiap indikator yang dianalisis. Pada sampel total survei dasar, hasil uji beda rata-rata menunjukkan tidak ada perbedaan untuk setiap indikator diantara kelompok intervensi dan kontrol. Meskipun ada perbedaan proporsi pada sejumlah indikator

kesehatan diantara kedua kelompok survei, hasil uji beda rata-rata menerima hipotesis nol tentang adanya kesamaan karakteristik pada kelompok intervensi dan kontrol.

Namun demikian, pada subset sampel dasar yang digunakan dalam survei lanjutan (sampel RT panel, kolum kedua), hasil uji beda rata-rata untuk imunisasi BCG menunjukkan perbedaan bermakna pada tingkat 5 persen. Tampak pada tabel bahwa cakupan imunisasi BCG bagi bayi berusia kurang dari 3 tahun pada kelompok intervensi proporsinya lebih tinggi ketimbang pada kelompok kontrol (86% vs. 78%).

Tabel 9. Indikator PKH kesehatan: survei dasar

Indikator Kesehatan	Sampel Total				Sampel Panel			
	Intervensi	Kontrol	Beda	p-val	Intervensi	Kontrol	Beda	p-val
Kunjungan Posyandu	77.58	78.00	-0.42	0.98	70.89	73.63	-2.74	0.54
Timbang berat badan	76.51	76.47	0.04	0.48	67.47	72.80	-5.34	0.23
Memiliki KMS	44.68	45.56	-0.89	0.69	45.55	40.66	4.89	0.69
Memiliki buku KIA	33.74	33.08	0.66	0.83	39.04	33.79	5.25	0.33
Melakukan imunisasi	30.73	29.57	1.16	0.89	27.05	28.57	-1.52	0.35
Imunisasi BCG	78.00	77.77	0.23	0.89	86.30	78.30	8.00	0.02**
Imunisasi POLIO 1	77.03	75.95	1.08	0.51	80.14	78.85	1.29	0.70
Imunisasi POLIO 2	65.09	64.61	0.48	0.81	71.23	68.68	2.55	0.52
Imunisasi POLIO 3	55.58	54.44	1.14	0.60	58.90	58.52	0.39	0.93
Imunisasi POLIO 4	42.80	43.29	-0.49	0.82	43.49	43.41	0.09	0.98
Imunisasi DPT 1	66.71	66.53	0.18	0.93	74.32	69.23	5.08	0.22
Imunisasi DPT 2	56.81	56.74	0.07	0.98	65.75	58.52	7.24	0.11
Imunisasi DPT 3	48.59	48.75	-0.16	0.95	53.77	49.45	4.32	0.36
Imunisasi Campak	50.92	49.82	1.10	0.98	50.68	49.73	0.96	0.83
Imunisasi Hepatitis B 1	64.22	64.35	-0.13	0.48	69.52	64.84	4.69	0.25
Imunisasi Hepatitis B 2	51.02	51.61	-0.59	0.69	58.90	54.12	4.78	0.29
Imunisasi Hepatitis B 3	43.25	44.62	-1.37	0.83	48.63	46.70	1.93	0.68
No Obs.	3.091	3.077			292	364		

Catatan: * signifikan 10 persen, ** signifikan 5 persen

Tabel 10 menyajikan indikator terkait dengan ketersediaan fasilitas kesehatan. Hasil uji beda rata-rata juga ditampilkan pada kolom akhir setiap kelompok sampel. Hasil uji ini secara umum menunjukkan tidak ada perbedaan bermakna diantara kelompok intervensi dan kontrol, baik untuk sampel total maupun sampel penel. Untuk sampel total, pengecualian ditemukan pada empat indikator ketersediaan fasilitas kesehatan, dimana kelompok intervensi secara statistik (p-value < 5%) memiliki ketersediaan Amoksisilin Kapsul 250mg, Ampisilin Kaplet 500mg, Ampisilin Sirup Kering 125mg/5ml, dan Antalgin Injeksi 250mg/ml – 2 ml lebih tinggi ketimbang kelompok kontrol. Sedangkan untuk subset sampel panel, ketersedaiaan parasetamol Tablet 500mg dan vaksin BCG pada kelompok

intervensi secara statistic memiliki proporsi yang lebih rendah ketimbang kelompok kontrol. Proporsi vaksin BCG pada kelompok intervensi lebih rendah dibandingkan dengan kelompok kontrol ditemukan pula pada sampel total.

Tabel 10. Indikator ketersediaan fasilitas kesehatan: survei dasar

Fasilitas Kesehatan	Sampel Total				Sampel Panel			
	Interv	Kontrol	Beda	p-val	Interv	Kontrol	Beda	p-val
Alat Suntik Sekali Pakai 1ml	80.54	82.87	-2.33	0.48	87.63	83.50	4.13	0.41
Alat Suntik Sekali Pakai 2,5 ml	90.89	92.27	-1.37	0.56	93.81	91.26	2.55	0.49
Alat Suntik Sekali Pakai 5 ml	86.13	84.53	1.60	0.61	77.32	80.58	-3.26	0.57
Amoksisilin Kapsul 250mg	77.85	70.72	7.13	0.067*	74.23	69.90	4.32	0.50
Amoksisilin Kapsul 500mg	95.24	93.92	1.32	0.52	87.63	90.29	-2.66	0.55
Amoksisilin Sirup Kering 125mg/5ml	93.17	93.37	-0.20	0.93	90.72	92.23	-1.51	0.70
Ampisilin Kaplet 500mg	37.47	28.18	9.30	0.021**	23.71	29.13	-5.41	0.39
Ampisilin Sirup Kering 125mg/5ml	42.03	28.18	13.85	0 .00**	27.84	30.10	-2.26	0.73
Antalgin Tablet 500mg	93.79	95.03	-1.24	0.53	91.75	97.09	-5.33	0.10
Antalgin Injeksi 250mg/ml – 2 ml	75.16	61.33	13.83	0 .00**	63.92	50.49	13.43	0.055*
Parasetamol Sirup 120mg/5ml–60ml	93.37	89.50	3.87	0.13	90.72	89.32	1.40	0.74
Parasetamol Tablet 100 mg	75.78	78.45	-2.68	0.46	75.26	85.44	-10.18	0.071*
Parasetamol Tablet 500 mg	98.34	97.24	1.11	0.41	95.88	96.12	-0.24	0.93
Vitamin A untuk Balita	92.55	88.95	3.60	0.17	87.63	87.38	0.25	0.96
Vaksin BCG	96.69	98.90	-2.21	0.05*	92.78	100.00	-7.22	0.01**
Vaksin DPT Hepatitis B Combo	91.72	93.92	-2.20	0.31	94.85	94.17	0.67	0.84
Vaksin Polio	98.76	98.34	0.42	0.70	96.91	97.09	-0.18	0.94
Vaksin Hepatitis B	94.00	90.06	3.94	0.11	89.69	87.38	2.31	0.61
Vaksin Campak	99.17	98.90	0.28	0.75	96.91	99.03	-2.12	0.29
Vaksin Tetanus Toxoid	97.72	95.03	2.69	0.12	96.91	95.15	1.76	0.52
No Obs.	483	181			97	103		

Catatan: * signifikan 10 persen, ** signifikan 5 persen

4.1.2 Indikator Pendidikan

Samahalnya dengan PKH kesehatan, pengukuran dampak PKH pendidikan dilakukan dengan membandingkan indikator-indikator tujuan pendidikan sebelum dan setelah peluncuran PKH. Pengukuran dampak dilakukan pada sejumlah indikator pendidikan bagi anak 6-15 tahun dan implikasi PKH pada ketersediaan fasilitas layanan pendidikan. Indikator-indikator PKH pendidikan yang dapat dievaluasi lebih lanjut (Tabel 11) adalah:

1. Rata-rata tahun sekolah anak usia 6-15 tahun;
2. Persentase kehadiran anak seminggu yang lalu;
3. Persentase ketidakhadiran anak karena sakit, ijin dan alpa dalam dua minggu terakhir.

Tampak pada tabel 11 bahwa tidak satupun indikator tujuan PKH pendidikan memiliki perbedaan bermakna diantara kelompok intervensi dan kontrol. Temuan ini konsisten baik pada sampel total maupun sampel panel.

Tabel 11. Indikator PKH pendidikan (anak usia 6-15 tahun): survei dasar

Indikator pendidikan	Sampel Total				Sampel Panel			
	Interv	Kontrol	Beda	p-val	Interv	Kontrol	Beda	p-val
Jumlah tahun sekolah	6.68	6.67	0.01	0.82	6.77	6.74	0.04	0.62
Kehadiran anak seminggu yang lalu	96.98	97.01	-0.03	0.27	97.85	96.61	1.24	0.14
Ketidakhadiran karena sakit	0.11	0.10	0.01	0.84	0.12	0.10	0.02	0.51
Ketidakhadiran karena ijin	0.03	0.04	-0.01	0.91	0.02	0.02	0	0.50
Ketidakhadiran karena alpha	0.07	0.08	-0.01	0.87	0.08	0.08	0	0.83
No Obs.	6,675	6,869			731	904		

Indikator PKH pendidikan yang terkait dengan ketersediaan fasilitas pendidikan terdiri atas dua kelompok yaitu sekolah dan infrastruktur. Rincian indikatornya adalah sbb:

1. Sekolah
    1. Jumlah sekolah dasar setingkat SD dan SLTP
    2. Jumlah total murid (menurut jenis kelamin, kelas)
    3. Jumlah total pengajar; jumlah siswa terdaftar per angkatan
    4. Jumlah jam pengajaran
    5. Jumlah peserta PKH menurut sekolah
    6. % sekolah yang memiliki laporan kehadiran/absensi terpisah untuk PKH.
2. Infrastruktur Sekolah:
    7. Jumlah ruang kelas
    8. Kondisi umum sekolah
    9. Jumlah latrines
    10. Kondisi latrines
    11. Jumlah perabot sekolah
    12. Aktivitas komite sekolah
    13. Nilai ujian

Namun demikian informasi dalam survei lanjutan hanya memungkinan menghasilkan dua indikator, yakni (i) jumlah guru dan (ii) jumlah murid (tabel 12).

Tampak bahwa meskipun jumlah guru di daerah intervensi relatif sedikit dibandingkan dengan daerah kontrol, secara statistik temuan ini tidak signifikan. Temuan ini mengindikasikan ketersediaan guru di kedua daerah relatif sama. Rasio guru dengan murid juga munjukkan tidak ada perbedaan bermakna diantara daerah kontrol dengan intervensi.

Tabel 12. Indikator fasilitas pendidikan: survei dasar

Fasilitas pendidikan	Sampel Total				Sampel Panel			
	Interv	Kontrol	Beda	p-val	Interv	Kontrol	Beda	p-val
Jumlah guru	12.93	13.25	-0.32	0.66	12.97	12.75	0.22	0.69
Jumlah guru bantu pusat	0.92	0.96	-0.04	0.51	0.79	0.93	-0.14	0.71
Jumlah guru bantu daerah	0.88	0.94	-0.06	0.53	0.82	0.83	-.001	0.71
Jumlah guru tidak tetap	8.65	9.76	-1.11	0.66	9.83	10.67	-0.84	0.69
Rasio Guru/Murid	11.96	12.01	-0.05	0.29	12.95	13.02	-0.07	0.30

4.2 PKH dan Kesehatan

Tabel 13 menyajikan indikator PKH kesehatan yang dihasilkan dari hasil analisis pada kedua jenis survei. Pada kolom "intervensi" dan "kontrol" disajikan proporsi indikator PKH kesehatan, perbedaan proporsi diantara kedua survei baik dalam angka absolut maupun persen, serta *p*-value hasil uji beda rata-rata diantara kedua survei.

4.2.1 Kunjungan Posyandu

Salah satu pertanyaan yang diajukan kepada responden pada survei dasar dan lanjut adalah kunjungan Posyandu bagi anak usia 0-36 bulan selama 3 (tiga) bulan terakhir. Sebelum intervensi, sekitar 70 dari 100 bayi berusia kurang dari tiga tahun telah dibawa oleh orang tuanya ke Posyandu (Tabel 13). Setahun kemudian, angka kunjungan Posyandu ini naik menjadi 96 per 100 bayi atau mengalami kenaikan 35.7 persen. Kondisi serupa ditemukan juga pada kelompok kontrol. Proporsi bayi dari rumahtangga bukan peserta PKH yang dibawa oleh orang tuanya ke Posyandu mengalami kenaikan. Namun demikian, persentase kenaikkannya 30.3poin (lebih kecil dibandingkan dengan kelompok intervensi).

4.2.2 Penggunaan Layanan Kesehatan

Pada kelompok intervensi PKH, proporsi penimbangan berat badan bayi berusia dibawah 1 tahun naik dari 67 per 100 bayi pada awal program (survei dasar) menjadi 93

per 100 bayi pada tahun 2008 atau terjadi kenaikan secara sebesar 38.6 persen. Demikian halnya dengan kepemilikan KMS dan Buku KIA, proporsi bayi pada kelompok intervensi yang memiliki KMS dan Buku KIA pada awal program masing-masing adalah 45 persen dan 39 persen. Setahun setelah pelaksanaan PKH, proporsi kepemilikan KMS dan Buku KIA naik masing-masing menjadi 86 persen dan 59 persen. (Tabel 13).

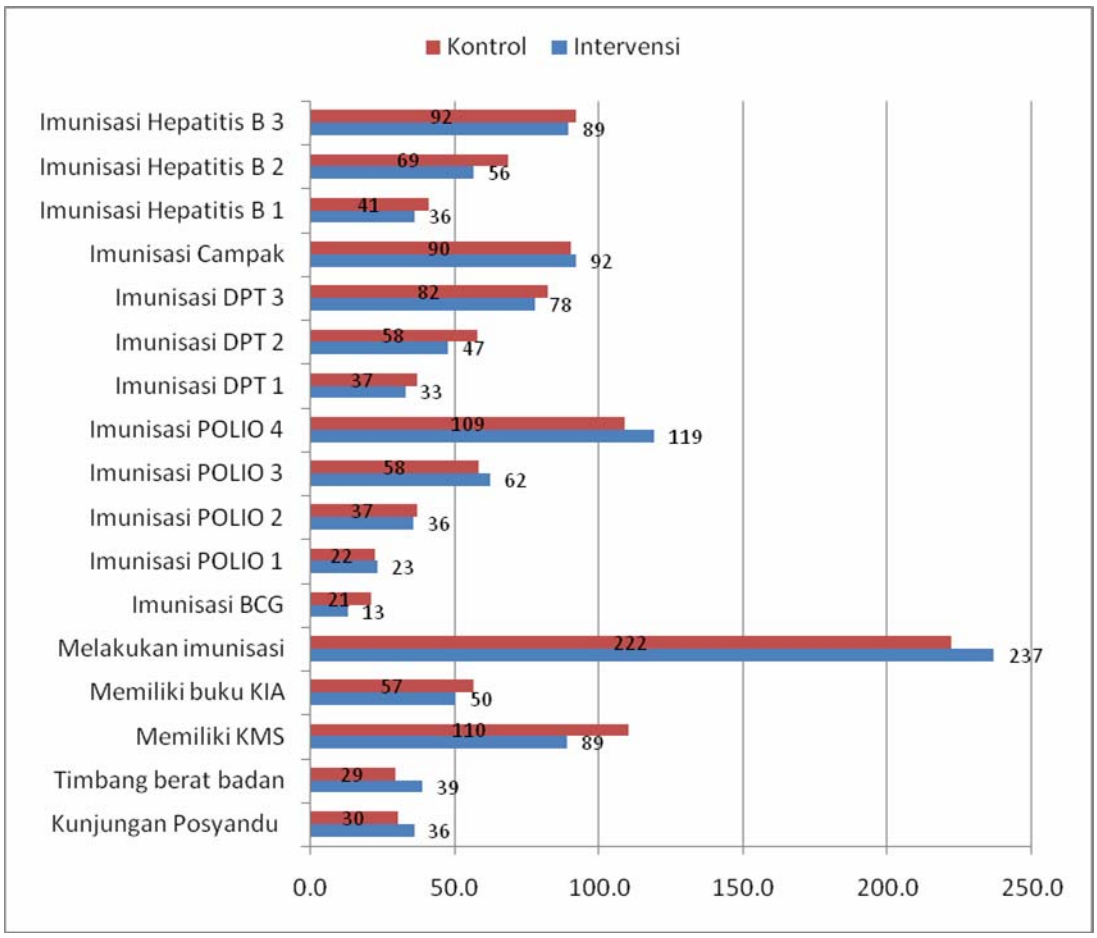
Tabel 13. Indikator tujuan PKH kesehatan

Indikator Tujuan	Kelompok Intervensi					Kelompok Kontrol				
	Survei Dasar	Survei Lanjut	Beda	% beda	p-val	Survei Dasar	Survei Lanjut	Beda	% beda	p-val
Kunjungan Posyandu	70.89	96.23	25.34	35.7	0.00**	73.55	95.87	22.31	30.3	0.00**
Timbang berat badan	67.47	93.49	26.03	38.6	0.00**	72.73	93.94	21.21	29.2	0.00**
Memiliki KMS	45.55	85.96	40.41	88.7	0.00**	40.77	85.67	44.90	110.1	0.00**
Memiliki buku KIA	39.04	58.56	19.52	50.0	0.00**	33.61	52.62	19.01	56.6	0.00**
Melakukan imunisasi	27.05	91.10	64.04	236.7	0.00**	28.65	92.29	63.64	222.1	0.00**
Imunisasi BCG	86.30	97.60	11.30	13.1	0.00**	78.24	94.49	16.25	20.8	0.00**
Imunisasi POLIO 1	80.14	98.63	18.49	23.1	0.00**	78.79	96.42	17.63	22.4	0.00**
Imunisasi POLIO 2	71.23	96.58	25.34	35.6	0.00**	68.87	94.21	25.34	36.8	0.00**
Imunisasi POLIO 3	58.90	95.55	36.64	62.2	0.00**	58.68	92.84	34.16	58.2	0.00**
Imunisasi POLIO 4	43.49	95.21	51.71	118.9	0.00**	43.53	90.91	47.38	108.9	0.00**
Imunisasi DPT 1	74.32	98.63	24.32	32.7	0.00**	69.15	94.49	25.34	36.7	0.00**
Imunisasi DPT 2	65.75	96.92	31.16	47.4	0.00**	58.68	92.56	33.88	57.7	0.00**
Imunisasi DPT 3	53.77	95.55	41.78	77.7	0.00**	49.59	90.36	40.77	82.2	0.00**
Imunisasi Campak	50.68	97.26	46.58	91.9	0.00**	49.86	94.77	44.90	90.1	0.00**
Imunisasi Hepatitis B 1	69.52	94.52	25.00	36.0	0.00**	64.74	91.18	26.45	40.9	0.00**
Imunisasi Hepatitis B 2	58.90	92.12	33.22	56.4	0.00**	54.27	91.46	37.19	68.5	0.00**
Imunisasi Hepatitis B 3	48.63	92.12	43.49	89.4	0.00**	46.83	89.81	42.98	91.8	0.00**
No. Obs.	292	292				364	364			

Catatan: ** signifikan pada tingkat 5 %, [standar errors]

Untuk indikator kesehatan lain seperti kegiatan imunisasi dan berbagai cakupan imunisasi menunjukkan pola sama diantara kelompok intervensi dan kontrol. Indikator PKH kesehatan yang dihasilkan dari analisis data survei lanjutan memiliki proporsi lebih tinggi ketimbang indikator serupa yang diperoleh dari hasil analisis data survei dasar. Temuan ini bermakna secara statistik pada tingkat 5 persen (Tabel 13) baik untuk kelompok intervensi maupun kontrol.

Mengingat kelompok intervensi PKH dipilih secara random maka perbedaan proporsi indikator PKH kesehatan yang diperoleh dengan membandingkan proporsi indikator PKH kesehatan hasil survei dasar dengan survei lanjutan menunjukkan efek PKH. Gambar 4 menyajikan dampak PKH kesehatan untuk kelompok intervensi. Gambar 4 juga menyajikan perbedaan proporsi indikator PKH kesehatan yang diperoleh dari survei dasar dan lanjutan untuk kelompok kontrol. Perbedaan proporsi pada kelompok kontrol ini secara tidak langsung menunjukkan adanya pengaruh dari program-program lain selain PKH, misalnya program rutin Depkes RI, yang turut berimplikasi pada kenaikkan sejumlah indikator PKH kesehatan.



Gambar 4. Dampak PKH (dalam %) pada indikator kesehatan

Dampak PKH kesehatan secara umum lebih tinggi ketimbang program-program rutin. Gambar 4, misalnya, menunjukkan kegiatan imunisasi pada kelompok PKH mengalami kenaikan sebesar 237 persen. Cakupan kegiatan imunisasi pada kelompok

kontrol juga naik, namun demikian kenaikkannya tidak setinggi pada kelompok intervensi. Kenaikan kegiatan imunisasi kelompok kontrol menembus angka 222 persen. Pola yang sama ditemukan juga untuk indikator PKH kesehatan lainnya seperti, cakupan imunisasi campak, imunisasi polio, penimbangan berat badan, serta kunjungan Posyandu.

4.2.3 Efek murni PKH Kesehatan

Untuk memberi gambaran tentang dampak murni PKH pada indikator kesehatan, sesi berikut menyajikan hasil perhitungan DD.

Kunjungan Posyandu

Tabel 14 menyajikan estimasi perhitungan rata-rata dampak PKH pada kunjungan Posyandu oleh bayi berusia dibawah tiga tahun selama periode 3 bulan terakhir. Sebelum intervensi, sekitar 71 persen bayi usia kurang dari tiga tahun diajak orang tuanya berkunjung ke Posyandu pada tiga bulan sebelum survei. Setahun setelah pelaksanaan uji coba, PKH menaikkan angka kunjungan Posyandu sebesar 36 persen. Kenaikan kunjungan Posyandu terjadi pula pada kelompok kontrol, dari 74 persen naik menjadi 96 persen atau terjadi kenaikan sebesar 30 persen. Secara rata-rata PKH berhasil menaikkan kunjungan Posyandu pada bayi dibawah usia 3 tahun sebesar 5 persen poin.

Tabel 14. Proporsi bayi usia 0-36 bulan melakukan kunjungan Posyandu 3 bulan terakhir

Status Survei	Kelompok			
	Intervensi (n=292)	Kontrol (n=264)	Beda	p-val
Lanjutan	0.962	0.959	0.004	0.85
	[0.015]	[0.011]	[0.018]	
Dasar	0.709	0.736	-0.027	0.54
	[0.031]	[0.032]	[0.045]	
Perbedaan antar survei	0.253	0.223	0.031	0.48
	[0.026]	[0.035]	[0.043]	

Note: ** signifikan pada tingkat 5%, [standar errors]

Penimbangan Bayi

Tabel 15 menyajikan perhitungan rata-rata dampak PKH pada kegiatan tumbuh kembang bayi usia dibawah 1 tahun. Dibandingkan dengan hasil pada table 14, dampak

PKH pada pemantauan tumbuh kembang anak lebih tinggi daripada kunjungan Posyandu. Proporsi penimbangan berat badan bayi pada kelompok intervensi naik dari 67 persen pada awal intervensi menjadi 94 persen. Proporsi penimbangan bayi pada kelompok kontrol juga mengalami kenaikan dari 73 persen pada pelaksanaan survei dasar tahun 2007 menjadi 94 persen pada survey lanjutan tahun 2008. Secara rata-rata PKH berhasil menaikkan kegiatan pemantuan tumbuh kembang anak sebesar 3 persen poin.

Tabel 15. Proporsi bayi berusia 0-12 Bulan yang melakukan penimbangan berat badan

Status Survei	**Kelompok**			
	Intervensi (n=292)	Kontrol (n=264)	Beda	p-val
Lanjutan	0.935	0.940	-0.005	0.84
	[0.018]	[0.013]	[0.022]	
Dasar	0.675	0.728	-0.053	0.23
	[0.031]	[0.031]	[0.044]	
Perbedaan antar survei	0.260	0.212	0.049	0.27
	[0.026]	[0.036]	[0.044]	

Note: [standar errors]

Tabel 16. Proporsi Bayi Berusia 0-12 bulan yang melakukan imunisasi

Status Survei	**Kelompok**			
	Intervensi (n=292)	Kontrol (n=264)	Beda	p-val
Lanjutan	0.911	0.923	-0.012	0.63
	[0.020]	[0.015]	[0.025]	
Dasar	0.271	0.286	-0.015	0.69
	[0.027]	[0.028]	[0.039]	
Perbedaan antar survei	0.640	0.637	0.003	0.94
	[0.028]	[0.033]	[0.043]	

Note: [standar errors]

Pelaksanaan uji coba PKH juga menunjukkan hasil positif pada kegiatan imunisasi. Perbandingan rata-rata kegiatan imunisasi anak usia dibawah 1 tahun antara rumahtangga intervensi PKH ketika survei dasar adalah 0.015 lebih rendah dibandingkan dengan rumahtangga kontrol pada survei yang sama. Sementara itu, rata-rata kegiatan imunisasi antara rumahtangga intervensi dibandingkan rumahtangga kontrol ketika survei lanjutan hanya 0.015 lebih tinggi. Hasil uji beda dua rata-rata menunjukkan perbedaan signifikan

baik menurut series waktu maupun menurut rumahtangga, hanya peningkatan lamanya rata-rata tahun sekolah rumah tangga intervensi yang relatif kecil yakni sekitar 0.07 tahun sekolah. Secara rata-rata PKH berhasil meningkatkan kegiatan imunisasi sebesar 0.3 persen poin (Tabel 16). Hasil estimasi DD untuk berbagai indikator PKH kesehatan secara lengkap disajikan pada lampiran 1 laporan studi ini.

4.3 PKH dan Pendidikan

Tabel 17 menyajikan proporsi indikator PKH pendidikan. Samahalnya dengan PKH kesehatan, pada kolom "intervensi" dan "kontrol" disajikan indikator PKH pendidikan yang diperoleh dari analisis data hasil survei dasar dan survei lanjutan, perbedaan proporsi diantara kedua survei (baik dalam angka absolut maupun persentase), serta *p*-value hasil uji beda rata-rata diantara kedua survei.

Tabel 17. Indikator tujuan PKH Pendidikan

	Kelompok Intervensi				Kelompok Kontrol			
Indikator tujuan	Survei Dasar	Survei Lanjut	Beda	% beda	Survei Dasar	Survei Lanjut	Beda	% beda
Jumlah Guru								
a. Guru Tetap	12.97	13.09	0.12	0.94	12.75	14.52	1.771	13.89
b.Guru Bantu Pusat	0.79	0.29	-0.50	-62.79	0.93	0.27	-0.663	-71.33
c. Guru Bantu Daerah	0.82	0.38	-0.44	-53.53	0.83	0.50	-0.327	-39.62
d.Guru Tidak Tetap	9.83	7.20	-2.63	-26.73	10.67	8.87	-1.800	-16.86

4.3.1 Dampak Murni PKH pada Pendidikan

Jumlah tahun sekolah

Analisis perbandingan tentang lamanya tahun sekolah bagi anak usia 6-15 tahun antara survei dasar dan lanjutan menunjukkan peningkatan relatif kecil. Dibandingkan dengan data survei dasar, rata-rata anak rumahtangga PKH mengalami peningkatan waktu sekolah 0.4 persen (atau 0.046 tahun sekolah), sedangkan pada rumahtangga kontrol justeru terjadi penurunan 0.4 persen atau 0.02 lama tahun sekolah.

Perbandingan rata-rata tahun sekolah anak usia 6-15 tahun antara rumahtangga intervensi ketika survei dasar sekitar 0.25 persen atau 0.017 lebih rendah dibandingkan dengan rumahtangga kontrol pada survei yang sama. Sementara itu, rata-rata lamanya

tahun sekolah antara rumahtangga intervensi dibandingkan rumahtangga kontrol ketika survei lanjutan hanya 0.6 persen lebih tinggi. Hasil uji beda dua rata-rata tidak menunjukkan perbedaan signifikan baik menurut series waktu maupun rumahtangga, hanya peningkatan lamanya rata-rata tahun sekolah rumah tangga intervensi yang relatif kecil yakni sekitar 0.07 tahun sekolah.

Tabel 18. Rata-rata tahun sekolah anak usia 6-15 tahun

Status Survei	Kelompok			
	Intervensi (n=539)	Kontrol (n=672)	Beda	p-val
Lanjutan	6.701	6.661	0.040	0.62
	[0.059]	[0.054]	[0.081]	
Dasar	6.673	6.690	-0.017	0.82
	[0.057]	[0.051]	[0.076]	
Perbedaan antar survei	0.028	-0.029	0.074	0.45
	[0.072]	[0.065]	[0.098]	

Note: [standar errors]

Kehadiran anak usia 6-15 tahun di sekolah

Persen kehadiran anak usia 6-15 tahun di sekolah menunjukkan kenaikan relatif kecil pada kedua survei dan kelompok rumahtangga. Anak usia sekolah dari rumahtangga intervensi mengalami kenaikan kehadiran sekolah sekitar 1.79 persen pada saat survei lanjutan dibandingkan dengan survei dasar, sementara rumahtangga kontrol hanya 1.76%. Menurut waktu pelaksanaan survei, rumahtangga intervensi mengalami kenaikan kehadiran anak usia 6-15 tahun di sekolah sekitar 0.9 persen dibandingkan rumahtangga kontrol pada saat survei dasar. Penurunan kehadiran sekolah terjadi pada saat survei lanjutan untuk rumahtangga intervensi sekitar 1.05 persen dibandingkan dengan rumahtangga kontrol.

Uji dua beda rata-rata antara rumahtangga kontrol dan intervensi pada survei lanjutan menunjukkan perbedaan signifikan dibawah 10 persen. Hal ini menunjukkan program PKH, walaupun relatif muda berhasil mendorong anak usia 6-15 tahun pergi sekolah sebesar 0.3 persen poin. Temuan ini sejalan dengan persyaratan dasar PKH bahwa

anak-anak penerima manfaat diharuskan hadir di sekolah minimal 85 persen dalam seminggu.

Tabel 19. Persentase kehadiran anak usia 6-15 tahun seminggu yang lalu

Status Survei	Kelompok			
	Intervensi (n=539)	Kontrol (n=672)	Beda	p-val
Lanjutan	98.358	99.408	-1.051	0.073*
	[0.507]	[0.288]	[0.583]	
Dasar	97.848	96.939	0.909	0.27
	[0.481]	[0.658]	[0.816]	
Perbedaan antar survei	1.789	1.762	0.027	0.97
	[0.375]	[0.506]	[0.630]	

Note: *signifikan pada tingkat 10%, [standar errors]

Ketidakhadiran anak karena sakit, ijin maupun alpa

Perbedaan persentase ketidakhadiran anak usia 6-15 tahun rumahtangga intervensi lebih rendah jika dibandingkan dengan rumahtangga kontrol sekitar 4.5 persen. Hal serupa terjadi apabila kita membandingkan persentase ketidakhadiran anak usia 6-15 tahun pada saat survei dasar apabila dibandingkan dengan saat survei lanjutan dimana ada penurunan ketidakhadiran rumahtangga intervensi sekitar 13.8 persen, sedangkan pada rumahtangga kontrol terjadi penurunan ketidakhadiran anak sekolah sekitar 9.3 persen.

Tabel 20. Persen ketidakhadiran anak karena sakit, ijin & alpa dua minggu terakhir

Status Survei	Kelompok			
	Intervensi (n=709)	Kontrol (n=948)	Beda	p-val
Lanjutan	5.924	8.861	-2.937	0.32
	[0.018]	[0.023]	[0.029]	
Dasar	19.746	18.143	1.603	0.75
	[0.036]	[0.035]	[0.050]	
Perbedaan antar survei	-13.822	-9.283	-4.540	0.40
	[0.031]	[0.040]	[0.051]	

Note: [standar errors]

Jumlah Guru

Jumlah guru di daerah intervensi maupun kontrol cukup berimbang. Jumlah guru di daerah intervensi bertambah 0.7 guru persekolah dibandingkan daerah kontrol yang hanya naik 0.4 guru persekolah. Uji perbedaan dua rata-rata antara rata-rata jumlah guru di daerah intervensi dan rata-rata jumlah guru di daerah kontrol mempunyai pengaruh positif (Tabel 21).

Tabel 21. Jumlah Guru berdasarkan status daerah survei

Status Survei	Kelompok			
	Intervensi (n=327)	Kontrol (n=315)	Beda	p-val
Lanjutan	25.147	25.600	-0.453	0.74
	[0.905]	[1.026]	[1.368]	
Dasar	24.410	25.178	-0.768	0.54
	[0.873]	[0.915]	[1.265]	
Perbedaan antar survei	0.737	0.422	0.315	0.69
	[0.387]	[0.677]	[0.780]	

Note: [standar errors]

Rasio murid dengan guru

Rasio guru-murid kelompok intervensi pada saat survei dasar sebesar 12.95 atau 1 guru mengajar 13 murid. Setahun setelah pelaksanaan PKH, yaitu ketika survei lanjutan, rasio guru-murid di daerah intervensi meningkat 4.9 persen atau 13.59 dengan kata lain 1 guru mengajar 14 murid. Sebanding dengan kelompok intervensi, pada kelompok kontrol rasio guru-murid di survei dasar sebesar 13.02 atau 1 guru mengajar 13 murid. Sementara itu pada survei lanjutan untuk kelompok kontrol, rasio guru-murid bertambah 1.66 persen dari 13.02 menjadi 13.24 atau 1 guru mengajar 13 murid. Tidak ada perubahan yang signifikan setelah program dilaksanakan selama setahun (Tabel 22).

Tabel 22. Rasio Murid dengan Guru per kelas di SLTP

	Kelompok Intervensi				Kelompok Kontrol			
	Survei Dasar	Survei Lanjut	Beda	% beda	Survei Dasar	Survei Lanjut	Beda	% beda
Rasio Guru/Murid	12.95	13.59	0.64	4.94	13.02	13.24	0.22	1.66

Rata-rata nilai ujian akhir sekolah

Hasil survei menunjukkan bahwa pada kedua kelompok, baik itu intervensi maupun kontrol menunjukkan arah yang sebaliknya dimana terjadi penurunan nilai ujian sekolah dari survei lanjutan dan survei dasar. Penurunan yang paling tinggi pada kelompok intervensi adalah ujian bahasa inggris, begitu pula yang terjadi pada kelompok kontrol. Rata-rata penurunan nilai ujian yang paling rendah ada pada nilai ujian matematika. Secara umum kelompok intervensi mengalami penurunan nilai ujian sekolah lebih kecil dibandingkan dengan kelompok kontrol. Kesimpulan sementara dari kedua hasil survei tersebut menunjukkan bahwa pelaksanaan program di bidang pendidikan belum menunjukkan hasil seperti yang diharapkan pada perancanagan awal program. Perlu peningkatan dan perbaikan pelaksanaan program bagi pengelola program, pemerintah daerah dan pemerintah pusat.

Tabel 23. Rata-rata hasil ujian akhir Nasional

	Kelompok Intervensi				Kelompok Kontrol			
	Survei Dasar	Survei Lanjut	Beda	% beda	Survei Dasar	Survei Lanjut	Beda	% beda
Ujian Akhir								
a. Bahasa Indonesia	4.17	3.72	-0.45	-10.79	4.33	2.76	-1.57	-36.26
b. Matematika	5.36	5.12	-0.24	-4.48	5.68	5.12	-0.56	-9.86
c. Bahasa Inggris	6.41	5.32	-0.09	-17.00	6.68	4.12	-2.56	-38.32

4.4 PKH dan Konsumsi

Pengeluaran rumahtangga menggambarkan pola konsumsi rumah tangga. Studi ini membagi pengeluaran rumahtangga secara garis besar kedalam tiga kelompok yakni pengeluaran biaya pendidikan, biaya kesehatan dan pengeluaran perkapita rumahtangga.

Pengeluaran Pendidikan

Tabel 24 berikut menunjukkan peningkatan pengeluaran perkapita rumahtangga komponen pendidikan di rumahtangga intervensi yang besarnya berkisar 64 persen, sementara pada rumahtangga kontrol justru sebaliknya, terjadi penurunan 10.8 persen. Uji beda dua rata-rata menunjukkan perbedaan signifikan pada tingkat 5 persen bahwa

rumahtangga intervensi mempunyai pengeluaran rata-rata yang lebih besar Rp 2,786 ketimbang rumahtangga kontrol antara pelaksanaan survei lanjutan dan survei dasar.

Tabel 24. Rata-rata pengeluaran perkapita pendidikan per rumahtangga

Status Survei	Kelompok			
	Intervensi (n=327)	Kontrol (n=315)	Beda	p-val
Lanjutan	6,084	3,452	2,632	0.00**
	[597]	[453]	[749]	
Dasar	3,669	3,772	-103	0.87
	[441]	[443]	[625]	
Perbedaan antar survei	2,378	-408	2,786	0.00**
	[403]	[646]	[761]	

Note: ** signifikan pada tingkat 5%, [standar errors]

Pengeluaran Kesehatan

Temuan yang sama terjadi pula untuk pengeluaran kesehatan (Tabel 25). Pada rumahtangga intervensi terjadi kenaikan pengeluaran kesehatan perkapita sekitar Rp 4,460 atau sekitar 91 persen pada saat pelaksanaan survei lanjutan dibandingkan dengan survei dasar. Sementara pada rumahtangga kontrol hanya terjadi kenaikan sekitar Rp 190 atau sekitar 4 persen. Ketika pelaksanaan survei dasar, rumahtangga intervensi memiliki pengeluaran kesehatan perkapita lebih kecil Rp. 453 dibandingkan dengan rumahtangga kontrol. Sedangkan pada survei lanjutan, rumahtangga intervensi mempunyai pengeluaran perkapita kesehatan lebih besar Rp. 3,831 jika dibandingkan dengan rumahtangga kontrol.

Tabel 25. Rata-rata pengeluaran perkapita pendidikan per rumahtangga

Status Survei	Kelompok			
	Intervensi (n=679)	Kontrol (n=828)	Beda	p-val
Lanjutan	9.431	5.600	3.831	0.00**
	[905]	[682]	[1.131]	
Dasar	4.907	5.359	-453	0.54
	[542]	[493]	[733]	
Perbedaan antar survei	4.460	190	4.271	0.00**
	[791]	[859]	[1.194]	

Note: ** signifikan pada tingkat 5%, [standar errors]

Uji beda rata-rata dua perbedaan antara rumahtangga intervensi dan rumahtangga kontrol pada kedua pelaksanaan survei untuk pengeluaran kesehatan menunjukkan perbedaan signifikan pada tingkat 5%. Nilai perbedaan rumahtangga intervensi dan kontrol pada dua waktu pelaksanaan survei sekitar Rp 4,271.

Pengeluaran rumahtangga

Pada rumahtangga intervensi terjadi kenaikan pengeluaran perkapita Rp 82,286 atau sekitar 44 persen ketika pelaksanaan survei lanjutan dibandingkan dengan survei dasar (Tabel 26). Sementara untuk rumahtangga kontrol hanya terjadi kenaikan sekitar Rp 58,341 atau sekitar 30 persen apabila membandingkan pada pelaksanaan survei lanjutan dan survei dasar.

Tabel 26. Rata-rata pengeluaran perkapita per rumah tangga

Status Survei	Kelompok			
	Intervensi (n=679)	Kontrol (n=828)	Beda	p-val
Lanjutan	267.190,15	249.103,74	18.086,41	0.61
	[22.829,30]	[27.198,26]	[35.509,90]	
Dasar	185.092,61	192.356,52	-7.263,92	0.27
	[4.541,30]	[4.727,44]	[6.555,31]	
Perbedaan antar survei	82.284,86	58.341,36	23.943,50	0.50
	[23.251,21]	[26.533,00]	[35.279,16]	

Note: ** signifikan pada tingkat 5%, [standar errors]

Pada saat survei dasar, rumahtangga intervensi mempunyai pengeluaran perkapita lebih kecil 7,264 rupiah jika dibandingkan dengan rumahtangga kontrol. Sedangkan pada saat survei lanjutan, rumahtangga intervensi mempunyai pengeluaran perkapita lebih besar sekitar Rp 18,086 jika dibandingkan dengan rumahtangga kontrol. Uji beda rata-rata dua perbedaan antara rumahtangga intervensi dan rumahtangga kontrol pada kedua pelaksanaan survei tidak menunjukkan terjadinya perbedaan yang signifikan. Besaran perbedaan antara rumahtangga intervensi dan kontrol pada dua waktu pelaksanaan survei sekitar 23,943 rupiah.

BAB V DISKUSI

5.1 PKH dan Kesehatan

Pemanfaatan layanan kesehatan rutin merupakan kewajiban yang seringkali ditetapkan dalam program CCT. Anggota rumahtangga peserta PKH juga diwajibkan menggunakan layanan kesehatan. Misalnya, anak berusia dibawah satu tahun harus ditimbang berat badannya setiap bulan untuk memonitor tumbuh kembang anak tersebut, serta harus diberi imunisasi lengkap.

Laporan studi ini menyajikan hasil evaluasi dampak PKH pada berbagai indikator kesehatan. Sesi ini mendiskusikan temuan-temuan tentang dampak PKH pada berbagai aspek kesehatan, seperti: (i) kunjungan kesehatan, (ii) penggunaan layanan kesehatan serta (iii) ketersediaan fasilitas kesehatan. Diskusi dikaitkan dengan temuan dari berbagai studi yang dilakukan di sejumlah Negara.

Program CCT di berbagai negara terbukti berhasil meningkatkan penggunaan layanan kesehatan serta mengurangi angka kematian anak, kejadian anemia, dan gizi buruk

Evaluasi dampak program CCT di berbagai Negara pada kesehatan lebih menitikberatkan pada kesehatan anak, dan pemanfaatan layanan kesehatan. Sejumlah studi ini telah menilai dampak CCT terhadap penggunaan layanan kesehatan. Sebagian besar studi dilakukan untuk mengevaluasi program CCT di Amerika Latin. Hasil evaluasi menemukan peserta program CCT memiliki peluang menggunakan layanan kesehatan lebih baik ketimbang non-peserta. Namun demikian, dampak program umumnya terdeteksi signifikan hanya untuk indikator-indikator tertentu, seperti pemantauan tumbuh kembang anak-anak dan tidak signifikan untuk indikator lain seperti cakupan imunisasi.

Sebagian besar evaluasi menemukan dampak positif CCT pada penggunaan layanan kesehatan preventif, yaitu pemantuan tumbuh kembang anak-anak di fasilitas kesehatan. Program RPS di Nikaragua, misalnya, Maluccio dan Flores (2005) melaporkan dampak signifikan kenaikian 13 persen probabilitas seorang anak berusia 0-3 dibawa ke sebuah fasilitas kesehatan dan ditimbang berat badannya dalam 6 bulan terakhir. Macours, Schady, dan Vakis (2008) melaporkan peningkatan 6 persen seorang anak usia 0-6 ditimbang berat badannya (antara penerima manfaat dari Krisis Atención). Efek lebih besar dilaporkan oleh Attanasio et al. (2005) untuk program CCT di Kolumbia dan oleh Morris, Flores et al. (2004) untuk PRAF di Honduras. Levy dan Ohls (2007) melaporkan program PATH di Jamaika berdampak signifikan pada jumlah kunjungan pelayanan kesehatan kesehatan preventif anak-anak usia dibawah 6 tahun.

5.1.1 Kunjungan Posyandu

Ada sejumlah alternatif fasilitas kesehatan yang dapat digunakan oleh peserta PKH untuk memenuhi komitmennya sebagai peserta PKH. Mereka diperkenankan mengunjungi paling tidak sebanyak 6 alternatif sarana fisik kesehatan untuk memanfaatkan berbagai jenis layanan kesehatan. Ke-enam fasilitas yang dimaksud terdiri atas Puskesmas, Pustu, Pusling, Polindes dan Posyandu.

Meskipun uji coba PKH belum memasuki ulang tahun pertama dan pelaksanaanya relatif belum optimal, PKH menunjukkan dampak positif pada peningkatan kunjungan ke Posyandu. Pada kelompok rumah tangga penerima PKH, proporsi bayi usia dibawah 3 tahun yang melakukan kunjungan Posyandu dalam tiga bulan terakhir mengalami kenaikan sebesar 36 persen poin. Demikian halnya pada kelompok rumah tangga non-penerima PKH, proporsi bayi usia kurang dari 3 tahun yang berkunjung ke Posyandu juga mengalami kenaikan. Namun demikian, besaran kenaikan kunjungan bayi pada kelompok kontrol tersebut tidak setinggi dengan angka kenaikan kunjungan Posyandu pada bayi kelompok intervensi, yakni hanya naik 30 persen.

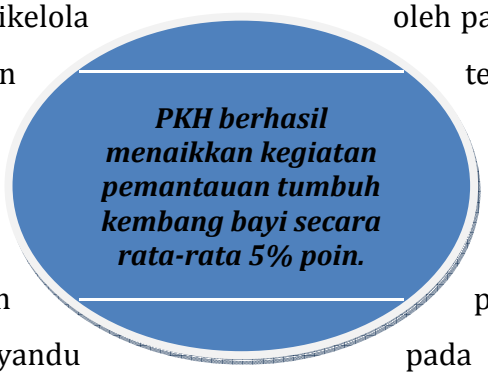
Rancangan studi yang digunakan berpotensi mendeteksi dampak murni PKH. Hasilnya, PKH berhasil menaikkan kunjungan Posyandu 3 persen poin

Kenaikan kunjungan ke Posyandu yang terjadi baik pada kelompok kontrol maupun pada kelompok intervensi tidak serta merta hanya disebabkan oleh adanya PKH. Kenaikan ini bisa disebabkan oleh program-program rutin Depkes RI. Namun demikian, merujuk pada hasil estimasi DD, studi ini menemukan dampak murni PKH terhadap kenaikkan kunjungan Posyandu sebesar 3 persen poin setelah 1 tahun pelaksanaan program.

Temuan studi ini konsisten dengan kewajiban orangtua peserta PKH untuk membawa anak-anaknya melakukan kunjungan rutin ke fasilitas kesehatan, termasuk Posyandu (tabel 1). Temuan studi ini juga sejalan dengan berbagai laporan studi evaluasi dampak CCT yang dilakukan di beberapa Negara. Gertler (2004) melaporkan CCT di Meksiko meningkatkan kunjungan ke fasilitas kesehatan secara rata-rata 2,09 kunjungan per hari. Peserta CCT berkunjung ke fasilitas kesehatan dua kali lebih sering ketimbang non-penerima. Demikian halnya hasil studi evaluasi CCT di Honduras, yang melaporkan peningkatan kunjungan ke pusat layanan kesehatan secara signifikan sebesar 23 persen untuk bayi usia kurang 1 tahun dan 42 persen untuk anak usia prasekolah (Adato dkk). Studi di Nikaragua melaporkan rata-rata persentase kenaikan 19 persen setelah 1 tahun pelaksanaan, dan 11 persen setelah 2 tahun pada proporsi bayi (usia 0-3 tahun) dibawa ke pusat-pusat kesehatan selama 6 bulan terakhir.

5.1.2 Penimbangan Berat Badan

Posyandu yang dikelola oleh para kader kesehatan dengan bantuan bidan desa dan tenaga paramedis lain dari Puskesmas pada umumnya mampu memberikan pelayanan kesehatan antenatal bagi ibu-ibu hamil, penimbangan bayi, penyuluhan kesehatan dan pemberian imunisasi. Naiknya kunjungan ke Posyandu pada kelompok rumah tangga PKH secara otomatis berdampak pula pada kenaikan proporsi bayi anak usia dibawah 1 tahun yang ditimbang berat badannya. Tidak heran jika studi ini juga mendeteksi adanya kenaikan penimbangan bayi secara rata-rata sebesar 5 persen poin. Temuan dalam studi ini sejalan pula dengan hasil evaluasi dampak program CCT di Honduras yang berhasil menaikkan kegiatan monitoring tumbuh kembang anak sebesar 16 persen poin.



5.1.3 Imunisasi

PKH berhasil menaikkan kegiatan imunisasi bayi berusia dibawah 1 tahun. Namun demikian kenaikkan kegiatan imunisasi relatif kecil, yaitu secara-rata hanya naik sebesar 0.3 persen poin. Padahal cakupan kegiatan imunisasi pada awal uji coba PKH diantara rumahtangga PKH masih dibawah 38%.

Konsisten dengan hasil evaluasi program CCT di berbagai Negara, dampak PKH terhadap imunisasi relatif kecil

Temuan studi ini konsisten dengan berbagai studi dibanyak negara. Ada empat studi yang menganalisis dampak CCT pada cakupan imunisasi. Hasil dari ke-empat studi tersebut menunjukkan dampak program CCT terhadap imunisasi yang kurang jelas. Barham (2005) memperkirakan dampak *Oportunidades* pada cakupan imunisasi tuberkulosis dan campak di Meksiko. 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 6tahun yang diimunisasi lengkap adalah 14 persen poin lebih tinggi diantara mereka 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 imunissi difteri, tetanus toxoids, pertusis (antigen tidak ditentukan), jadwal vaksinasi anak-anak mereka pada usia 24 bulan, meskipun tidak terlihat efek jelas pada cakupan. Program di Nikaragua juga gagal menunjukkan peningkatan cakupan imunisasi, meskipun

kemungkinan disebabkan efek kontaminasi tidak langsung adanya program pemberian vaksin memiliki efek positif pada ketersediaan vaksin pada daerah kontrol.

5.2 PKH dan 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 Pendikaan dalam PKH. Upaya ini diharapkan akan mendorong warga miskin untuk lebih mementingkan pendidikan anak-anaknya, yakni terdaftar dan hadir di sekolah.

Laporan 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.

5.2.1 Waktu Sekolah

Studi ini menemukan perbedaan waktu sekolah (dalam tahun) bagi anak usia 6-15 tahun antara survei dasar dan survei lanjutan pada kelompok rumah tangga intervensi

hanya mengalami kenaikan relatif kecil, yakni 0.4 persen (atau 0.046 tahun sekolah). Sedangkan pada rumahtangga kontrol justeru turun 0.4 persen atau 0.02 tahun sekolah. Secara rata-rata, pelaksanaan uji coba PKH selama satu tahun meningkatkan rata-rata waktu sekolah selama 0.07 tahun sekolah.

5.2.2 Kehadiran Anak di Sekolah

Persen kehadiran anak usia 6-15 tahun di sekolah menunjukkan kenaikan relatif kecil. Dibandingkan dengan data yang dikumpulkan dalam survei dasar, anak-anak sekolah dari rumahtangga penrima PKH ketika survei lanjutan mengalami kenaikan kehadiran di sekolah sebesar 1.79 persen, sedangkan pada anak-anak dari kelompok rumahtangga kontrol hanya naik 1.76 persen. Hasil uji dua beda rata-rata antara rumahtangga kontrol dan intervensi di kedua waktu survei menunjukkan perbedaan signifikan. Secara rata-rata, walaupun masih relatif muda, PKH berhasil mendorong anak usia 6-15 tahun hadir ke sekolah sebesar 0.3 persen poin.

Dampak PKH yang relatif kecil pada kehadiran anak di sekolah sejalan dengan hasil temuan evaluasi dampak CCT di Meksiko

Temuan studi ini sejalan dengan persyaratan dasar PKH bahwa anak-anak penerima manfaat diharuskan hadir di sekolah minimal 85% dalam seminggu. Temuan yang relatif kecil ini juga konsisten dengan hasil evaluasi dampak program *progresa* di Meksiko yang memiliki dampak relatif kecil pada angka kehadiran sekolah, pencapaian nilai standar test serta kemampuannya menarik anak-anak drop-out untuk masuk ke sekolah.

5.2.3 Ketidakhadiran Sekolah

Terkait dengan hasil temuan diatas, studi ini juga menemukan PKH mengurangi persen ketidakhadiran anak di sekolah. Perbedaan persentase ketidakhadiran anak usia 6-15 tahun pada rumahtangga intervensi lebih rendah apabila dibandingkan dengan rumahtangga kontrol sekitar 4.5%. Hal serupa juga terjadi apabila kita membandingkan persentase ketidakhadiran anak usia 6-15 tahun ketika survei dasar dengan lanjutan dimana terjadi penurunan ketidakhadiran pada rumahtangga intervensi 13.8%, sedangkan pada rumahtangga kontrol terjadi penurunan ketidakhadiran anak sekolah sekitar 9.3%.

Dampak program PKH terhadap ketidakhadiran anak usia 6-15 tahun di sekolah mempunyai pengaruh positif. Artinya PKH menurunkan persentase ketidakhadiran anak usia 6-15 tahun di sekolah baik karena sakit, ijin maupun alpa. Dampak positif ini tidak lepas dari ketentuan program yang mensyaratkan anak sekolah harus hadir di sekolah.

Ketidakhadiran anak usia 6-15 tahun karena berbagai alasan terutama alasan sakit terkait erat dengan status kesehatan anak tersebut. Ini harus menjadi acuan bagi rumahtangga miskin dengan mengutamakan peran ibu dalam hal pemeliharan kesehatan terhadap keluarga terutama anak-anak. Perlunya pendamping untuk memberitahukan ibu-ibu penerima PKH agar mampu mengajarkan kepada seluruh anggota keluarga untuk belajar hidup sehat.

5.2.4 Ketersediaan Guru

Ketersediaan guru menentukan tingkat keberhasilan proses belajar-mengajar, selain rasio jumlah guru-murid yang harus seimbang. Pada saat implementasi awal PKH, ketersediaan fasilitas-fasilitas yang menjadi penunjang keberhasilan program dan ketersediaan sumberdaya yang mengelolanya merupakan keharusan. Kekurangan fasilitas penunjang akan mempengaruhi tingkat keberhasilan baik dari sisi kualitas maupun waktu pelaksanaannya.

PKH memiliki efek domino terhadap ketersedian sarana pendidikan, khususnya jumlah guru

Analisis dalam studi ini menemukan rata-rata guru di daerah intervensi maupun kontrol pada awal peluncuran PKH cukup berimbang. Hipotesis nol kesamaan rata-rata guru di daerah kontrol dan intervensi diterima. Setahun setelah pelaksanaan program, walaupun secara statistik tidak signifikan, jumlah guru di daerah intervensi bertambah 0.7 guru per-sekolah, sedangkan di daerah kontrol hanya naik 0.4 guru per-sekolah. Uji perbedaan dua rata-rata antara rata-rata jumlah guru di daerah intervensi dan rata-rata jumlah guru di daerah kontrol mempunyai pengaruh positif. Temuan ini mengindikasikan implementasi PKH memiliki efek domino pada ketersedian fasilitas pendidikan, yakni jumlah guru meningkat.

5.2.5 Rasio Guru dengan Murid

Rasio guru-murid kelompok intervensi pada ketika survei dasar 12.95, yakni 1 orang guru mengajar 13 murid. Setelah setahun disurvei kembali yaitu pada saat survei lanjutan, rasio guru-murid menjadi 13.59 (naik 4.9 persen). Pola kenaikan ini terjadi pula pada daerah kontrol, namun demikian persentasi kenaikannya hanya mencapai angka 1.6 persen yaitu naik dari 1:13.02 pada survei dasar menjadi 1:13.04 pada survei lanjutan. Hasil estimasi tidak menunjukkan adanya perubahan signifikan setelah pelaksanaan program selama setahun. Temuan ini harus menjadi perhatian serius bagi pengelola program PKH, pemerintah pusat dan juga pemerintah daerah untuk lebih mendorong anak-anak usia sekolah untuk mengakses layanan pendidikan dasar.

Merujuk pada standar pelayanan minimal pendidikan SLTP yang dikeluarkan oleh Departemen Pendidikan Nasional, rasio guru-murid yang ideal per-kelas adalah 1:40. Hasil survei PKH menunjukkan rasio guru-murid berkisar antara 12-13 murid per guru. Hal ini menunjukkan rasio guru-murid di daerah survei PKH masih berada jauh dibawah standar pelayanan minimal pendidikan. Temuan ini berarti positif, namun juga negatif. Berarti positif menunjukkan ketersediaan guru didaerah PKH sudah mencukupi, sedangkan negatif menunjukkan jumlah murid didaerah PKH masih belum optimal.

Karena keterbatasan data, studi ini tidak bisa mendeteksi langsung dampak PKH terhadap angka partisipasi sekolah

Apabila dikaitkan dengan hasil temuan bahwa PKH berimplikasi pada penambahan jumlah guru (lihat diskusi bagian 2.5.4), maka temuan tentang kenaikan rasio guru-murid ini menunjukkan adanya kenaikan jumlah murid baru. Temuan ini selaras dengan hasil evaluasi program CCT di Meksiko yang terbukti berhasil meningkatkan angka partisipasi sekolah.

BAB VI KESIMPULAN

6.1 Kesimpulan

Laporan ini menyajikan hasil analisis dampak awal PKH pada sejumlah indikator kesehatan, pendidikan dan pola konsumsi rumahtangga. Studi ini menggunakan rancangan ekperimen 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 setahun pelaksanaan PKH hanya mengumpulkan responden sekitar 10% dari responden yang dicacah pada survei dasar.

Hasil estimasi menunjukkan bahwa PKH berhasil meningkatkan angka kunjungan Posyandu, pemantauan tumbuh kembang anak, serta kegiatan imunisasi. Secara rinci, hasil estimasi *double-difference* menunjukkan bahwa PKH menaikkan secara rata-rata angka kunjungan bayi usia dibawah satu tahun ke Posyandu sebesar 3 persen poin, pemantuan tumbuh kembang bayi 5 persen poin, dan kegiatan imunisasi 0.3 persen poin. PKH juga mengindikasikan sinyalemen positif pada indikator tujuan kesehatan lainnya. Pada aspek pendidikan, PKH berhasil mendorong anak usia 6-15 tahun untuk tetap hadir di sekolah. Namun, hasil estimasi menunjukkan dampak PKH terhadap pendidikan relatif kecil, yakni kehadiran anak di sekolah secara rata-rata hanya naik sebesar 0.2 persen poin. Studi ini juga menemukan efek domino PKH terhadap ketersediaan guru di daerah intervensi PKH, serta berhasil menaikkan rasio guru dengan murid. Terkait dengan dengan adanya dana bantuan yang diberikan kepada rumahtangga, PKH secara signifikan berhasil menaikkan belanja rumahtangga untuk komponen kesehatan dan pendidikan. Secara rata-rata, PKH meningkatkan belanja perkapita rumahtangga perbulan untuk komponen pendidikan dan kesehatan masing-masing Rp. 2,786,- dan Rp. 4,271,-.

6.2 Keterbatasan dan Rekomendasi

Keterbatasan studi

a) Tidak semua informasi yang dikumpulan dalam survei dasar dikumpulkan kembali dalam survei lanjutan. Kuesioner yang dikembangkan dalam survei lanjutan hanya bisa digunakan untuk membentuk beberapa indikator-indikator luaran program, tidak selengkap seperti informasi yang ditanyakan pada survei dasar. Kondisi ini mengakibatkan peneliti hanya menyajikan evaluasi dampak program terhadap sejumlah indikator yang informasinya bisa diperoleh dikedua survei. Studi ini, misalnya, tidak bisa menganalisis dampak PKH terhadap kejadian anemia, gizi, angka partisipasi sekolah, dll karena ketersediaan data dalam survei lanjutan tidak bisa digunakan untuk membentuk indikator-indikator tersebut.
b) Kuesioner yang dikembangkan dalam survei lanjutan tidak dirancang untuk menangkap informasi lengkap sosial demografi responden. Fakta ini mengakibatkan keterbatasan variabel pada tingkat individu dan rumahtangga. Oleh karenanya, estimasi DD yang disajikan dalam studi ini hanya diperoleh dari data aktual, bukan diporoleh dari hasil prediksi estimasi regresi.
c) 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 tidak terpilih sebagai penerima PKH. Temuan ini mengindikasikan minimnya koordinasi diantara pelaksana program dengan pelaku evaluasi.
d) Isu pada poin c diatas berimplikasi pada tidak tidak homogennya diantara kelompok intervensi dan kontrol untuk sejumlah indikator pada survei basline. Padahal sifat heterogenits antara kelompok intervensi dan kontrol merupakan masalah tersendiri pada penggunaan metode DD. Alternatif yang seharusnya dilakukan, misal *propensity matching score*, terpaksa tidak bisa dijajagi dalam studi ini mengingat keterbatasan variabel sosial demografi (lihat isu poin b) yang dikumpulkan pada

data survei lanjutan. Minimnya sampel survei lanjutan, yakni sekiar 10% dari survei dasar, juga tidak mendukung penggunaan metode *propensity matching score* karena metode ini akan semakin memperkecil jumlah sampel yang bisa dianalisis lebih lanjut.

Rekomendasi

Terkait dengan sejumlah keterbatasan seperti tersebut diatas, hasil temuan studi yang disajikan dalam laporan ini harus diintepretasikan dengan hati-hati. Mengingat pelaksanaan uji coba PKH secara keseluruhan di 6 propinsi belum berusia 1 tahun ketika data pada survei lanjutan dikumpulkan, hasil-hasil yang disajikan pada laporan 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.

Disamping menyajikan hasil analisis dini tentang dampak PKH, isi dalam laporan studi ini lebih menitikberatkan pada kajian literatur tentang dampak program serupa di berbagai Negara. Dari hasil kajian literatur, peneliti mencoba mengajukan saran pada rancang bangun PKH sbb:

1. Mengingat kompleksitas program yang memerlukan berbagai standarisasi, PKH harus tetap dikelola secara sentral. Kebijakan ini memang memberikan sedikit peluang pertisipasi komunitas dibandingkan dengan mendesentralisasi program. Walau demikian PKH masih bisa berpengaruh positif tergantung rancangan dan pelaksanaan. Program CCT di banyak negara (misal Brazil, Kolumbia, Honduras, dan Meksiko) menemukan banyak cara untuk mengintegrasikan masukan-masukan lokal kedalam program, seperti sistem umpan balik penerima program di Meksiko, masukan lokal untuk proses targeting di Brazil, organisasi wali murid dan tim jaga mutu pelayanan kesehatan di Honduras, serta pertemuan ibu-ibu di Kolumbia.
2. Pendekatan multidimensi dalam PKH masih dibutuhkan, bukan hanya memberikan bantuan tunai saja. Contoh kasus di Nikaragua, meskipun ibu-bu menerima tablet suplemen Fe, namun anemia tidak terpanguruh oleh program CCT. Penyebabnya,

ibu-ibu tidak memberikan suplemen Fe kepada anaknya karena muncul persepsi supplemen berdampak buruk bagi perut dan gigi. Pada konteks ini diperlukan upaya peningkatan pengetahuan bagi para penerima program. Salah satu cara yang bisa dikembangkan dalam PKH adalah dengan memberikan pengetahuan tambahan bagi para pendamping tentang '*best practise*' pendidikan dan kesehatan sehingga mereka bisa mendesiminasikan informasi tersebut kepada ibu-ibu peserta program.

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. 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
8. 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.
9. Depkes RI. (2003) Rencana strategis nasional Making Pregnancy Saver (MPS) di Indonesia 2001-2010. Depkes RI, Jakarta Indonesia.
10. Depkes RI. (2005) Buku Pegangan Ibu dan Anak. Depkes RI, Jakarta Indonesia

11. 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.
12. Gertler, P. (2000) *Final report: the impact of Progesa on health* International Food Policy Research Institute , Washington, DC
13. 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.
14. Habicht, J. P., Pelto, G. H. and Lapp, J. (2006) *Methodologies to evaluate the impact of large scale nutrition programs* World Bank , Washington, DC
15. Hidayat, B. Penetapan persyaratan kesehatan program Bantuan Tunai Bersyarat di Indonesia. Mimeo, November 2006, Jakarta, Indonesia.
16. Hoddinott, J. and Skoufias, E. (2004) The impact of PROGRESA on food consumption. *Economic development and cultural change* 53:1 , pp. 37-61.
17. 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
18. Hoddinott, J., Skoufias, E. and Washburn, R. (2000) *The impact of PROGRESA on consumption: a final report* International Food Policy Research Institute, Washington, DC
19. 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.
20. 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.
21. Leroy, J. L. et al. (2008b) Improving enrollment and utilization of the oportunidades program in Mexico could increase its effectiveness. *Journal of nutrition* 138:3 , pp. 638-641.
22. Levy, S. (2006) *Progress against poverty: sustaining Mexico's Progresa-Oportunidades program* Brookings Institution Press , Washington, DC

23. 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.
24. 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
25. 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.
26. Olinto, P. et al. (2003) The impact of the Bolsa Alimentacao program on food consumption. *Journal of nutrition* 134 , pp. 2336-2341.
27. 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.
28. 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.
29. Rossi, P. H., Lipsey, M. W. and Freeman, H. E. (2004) *Evaluation: a systematic approach* Sage Publications , Thousand Oaks, CA
30. Shekar, M. et al. (2006) *Repositioning nutrition as central to development: a strategy for large scale action* World Bank , Washington, DC
31. 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
32. _____. (2007). Pedoman Pelaksanaan PKH bidang Kesehatan. Pemerintah Republik Indonesia, Jakarta, Indonesia, 2008.
33. _____. (2007). Pedoman Umum PKH 2007. Pemerintah Republik Indonesia, Jakarta, Indonesia, 2008.
34. _____. (2008). Baseline survey report. World Bank, Jakarta, Indonesia, 2008
35. _____. (2008). Laporan survei lanjutan PKH. Bappenas, Jakarta, Indonesia 2008.

Lampiran

Lampiran 1: PKH dan kesehatan (estimasi DD)

Proporsi bayi berusia 0-36 bulan yang melakukan kunjungan Ke Posyandu dalam 3 bulan terakhir

	Kelompok			
Status Survei	Intervensi (n=292)	Kontrol (n=264)	Beda	p-val
Lanjutan	0.962	0.959	0.004	0.85
	[0.015]	[0.011]	[0.018]	
Dasar	0.709	0.736	-0.027	0.54
	[0.031]	[0.032]	[0.045]	
Perbedaan antar survei	0.253	0.223	0.031	0.48
	[0.026]	[0.035]	[0.043]	

Note: ** signifikan pada tingkat 5%, [standar errors]

Proporsi Bayi Berusia 0-12 Bulan yang melakukan penimbangan berat badan

	Kelompok			
Status Survei	Intervensi (n=292)	Kontrol (n=264)	Beda	p-val
Lanjutan	0.935	0.940	-0.005	0.84
	[0.018]	[0.013]	[0.022]	
Dasar	0.675	0.728	-0.053	0.23
	[0.031]	[0.031]	[0.044]	
Perbedaan antar survey	0.260	0.212	0.049	0.27
	[0.026]	[0.036]	[0.044]	

Note: ** signifikan pada tingkat 5%, [standar errors]

Proporsi Bayi Berusia 0-12 bulan yang melakukan imunisasi

	Kelompok			
Status Survei	Intervensi (n=292)	Kontrol (n=264)	Beda	p-val
Lanjutan	0.911	0.923	-0.012	0.63
	[0.020]	[0.015]	[0.025]	
Dasar	0.271	0.286	-0.015	0.69
	[0.027]	[0.028]	[0.039]	
Perbedaan antar survey	0.640	0.637	0.003	0.94
	[0.028]	[0.033]	[0.043]	

Note: ** signifikan pada tingkat 5%, [standar errors]

Proporsi Bayi Berusia 0-36 bulan yang memiliki KMS

	Kelompok			
Status Survei	Intervensi (n=292)	Kontrol (n=264)	Beda	p-val
Lanjutan	0.860	0.857	0.002	0.95
	[0.031]	[0.027]	[0.041]	
Dasar	0.455	0.407	0.049	0.33
	[0.038]	[0.032]	[0.050]	
Perbedaan antar survey	0.404	0.451	-0.046	0.47
	[0.046]	[0.044]	[0.064]	

Note: ** signifikan pada tingkat 5%, [standar errors]

Proporsi Bayi Berusia 0-36 bulan yang memiliki buku KIA

	Kelompok			
Status Survei	Intervensi (n=292)	Kontrol (n=264)	Beda	p-val
Lanjutan	0.586	0.527	0.058	0.32
	[0.042]	[0.040]	[0.058]	
Dasar	0.390	0.338	0.052	0.35
	[0.041]	[0.038]	[0.056]	
Perbedaan antar survey	0.195	0.190	0.006	0.93
	[0.046]	[0.041]	[0.062]	

Note: ** signifikan pada tingkat 5%, [standar errors]

Proporsi Bayi Berusia 0-36 bulan yang diimmunisasi BCG

	Kelompok			
Status Survei	Intervensi (n=292)	Kontrol (n=264)	Beda	p-val
Lanjutan	0.976	0.945	0.031	0.25
	[0.013]	[0.023]	[0.027]	
Dasar	0.863	0.783	0.080	.02**
	[0.022]	[0.026]	[0.034]	
Perbedaan antar survey	0.113	0.162	-0.049	0.22
	[0.024]	[0.032]	[0.040]	

Note: ** signifikan pada tingkat 5%, [standar errors]

Proporsi Bayi Berusia 0-36 bulan yang di Immunisasi POLIO 1

	Kelompok			
Status Survei	Intervensi (n=292)	Kontrol (n=264)	Beda	p-val
Lanjutan	0.986	0.964	0.022	0.22
	[0.008]	[0.016]	[0.018]	
Dasar	0.801	0.788	0.013	0.70
	[0.024]	[0.023]	[0.033]	
Perbedaan antar survey	0.185	0.176	0.009	0.81
	[0.025]	[0.029]	[0.038]	

Note: ** signifikan pada tingkat 5%, [standar errors]

Proporsi Bayi Berusia 0-36 bulan yang di Immunisasi POLIO 2

	Kelompok			
Status Survei	Intervensi (n=292)	Kontrol (n=264)	Beda	p-val
Lanjutan	0.966	0.942	0.023	0.45
	[0.019]	[0.024]	[0.031]	
Dasar	0.712	0.687	0.026	0.52
	[0.029]	[0.027]	[0.039]	
Perbedaan antar survey	0.253	0.255	-0.002	0.96
	[0.033]	[0.031]	[0.045]	

Note: ** signifikan pada tingkat 5%, [standar errors]

Proporsi Bayi Berusia 0-36 bulan yang di Immunisasi POLIO 3

	Kelompok			
Status Survei	Intervensi (n=292)	Kontrol (n=264)	Beda	p-val
Lanjutan	0.955	0.929	0.027	0.39
	[0.021]	[0.023]	[0.031]	
Dasar	0.589	0.585	0.004	0.93
	[0.030]	[0.030]	[0.043]	
Perbedaan antar survey	0.366	0.343	0.023	0.64
	[0.035]	[0.033]	[0.048]	

Note: ** signifikan pada tingkat 5%, [standar errors]

Proporsi Bayi Berusia 0-36 bulan yang di Immunisasi POLIO 4

	Kelompok			
Status Survei	Intervensi (n=292)	Kontrol (n=264)	Beda	p-val
Lanjutan	0.952	0.909	0.043	0.19
	[0.019]	[0.026]	[0.033]	
Dasar	0.435	0.434	0.001	0.98
	[0.031]	[0.031]	[0.044]	
Perbedaan antar survey	0.517	0.475	0.042	0.41
	[0.035]	[0.036]	[0.051]	

Note: ** signifikan pada tingkat 5%, [standar errors]

Proporsi Bayi Berusia 0-36 bulan yang di Immunisasi DPT 1

	Kelompok			
Status Survei	Intervensi (n=292)	Kontrol (n=264)	Beda	p-val
Lanjutan	0.986	0.945	0.041	.07*
	[0.008]	[0.021]	[0.023]	
Dasar	0.743	0.692	0.051	0.22
	[0.030]	[0.029]	[0.042]	
Perbedaan antar survey	0.243	0.253	-0.010	0.83
	[0.030]	[0.032]	[0.044]	

Note: ** signifikan pada tingkat 5%, [standar errors]

Proporsi Bayi Berusia 0-36 bulan yang di Immunisasi DPT 2

	Kelompok			
Status Survei	Intervensi (n=292)	Kontrol (n=264)	Beda	p-val
Lanjutan	0.969	0.926	0.043	0.12
	[0.014]	[0.024]	[0.028]	
Dasar	0.658	0.585	0.072	0.11
	[0.033]	[0.030]	[0.045]	
Perbedaan antar survey	0.312	0.341	-0.029	0.55
	[0.035]	[0.034]	[0.049]	

Note: ** signifikan pada tingkat 5%, [standar errors]

Proporsi Bayi Berusia 0-36 bulan yang di Immunisasi DPT 3

	Kelompok			
Status Survei	Intervensi (n=292)	Kontrol (n=264)	Beda	p-val
Lanjutan	0.955	0.904	0.052	0.14
	[0.021]	[0.028]	[0.035]	
Dasar	0.538	0.495	0.043	0.36
	[0.032]	[0.033]	[0.047]	
Perbedaan antar survey	0.418	0.409	0.008	0.87
	[0.035]	[0.037]	[0.051]	

Note: ** signifikan pada tingkat 5%, [standar errors]

Proporsi Bayi Berusia 0-36 bulan yang di Immunisasi Campak

	Kelompok			
Status Survei	Intervensi (n=292)	Kontrol (n=264)	Beda	p-val
Lanjutan	0.973	0.948	0.025	0.26
	[0.013]	[0.017]	[0.022]	
Dasar	0.507	0.497	0.010	0.83
	[0.031]	[0.031]	[0.044]	
Perbedaan antar survey	0.466	0.451	0.015	0.75
	[0.034]	[0.035]	[0.049]	

Note: ** signifikan pada tingkat 5%, [standar errors]

Proporsi Bayi Berusia 0-36 bulan yang di Immunisasi Hepatitis B 1

	Kelompok			
Status Survei	Intervensi (n=292)	Kontrol (n=264)	Beda	p-val
Lanjutan	0.945	0.912	0.033	0.35
	[0.022]	[0.028]	[0.035]	
Dasar	0.695	0.648	0.047	0.25
	[0.029]	[0.029]	[0.041]	
Perbedaan antar survey	0.250	0.264	-0.014	0.79
	[0.038]	[0.035]	[0.052]	

Note: ** signifikan pada tingkat 5%, [standar errors]

Proporsi Bayi Berusia 0-36 bulan yang di Immunisasi Hepatitis B 2

	Kelompok			
Status Survei	Intervensi (n=292)	Kontrol (n=264)	Beda	p-val
Lanjutan	0.921	0.915	0.006	0.87
	[0.026]	[0.028]	[0.038]	
Dasar	0.589	0.541	0.048	0.29
	[0.033]	[0.031]	[0.045]	
Perbedaan antar survey	0.332	0.374	-0.041	0.47
	[0.043]	[0.038]	[0.057]	

Note: ** signifikan pada tingkat 5%, [standar errors]

Proporsi Bayi Berusia 0-36 bulan yang di Immunisasi Hepatitis B 3

	Kelompok			
Status Survei	Intervensi (n=292)	Kontrol (n=264)	Beda	p-val
Lanjutan	0.921	0.898	0.023	0.56
	[0.026]	[0.029]	[0.039]	
Dasar	0.486	0.467	0.019	0.68
	[0.034]	[0.032]	[0.047]	
Perbedaan antar survey	0.435	0.431	0.004	0.95
	[0.045]	[0.037]	[0.058]	

Note: ** signifikan pada tingkat 5%, [standar errors]

Lampiran 2: PKH dan ketersediaan fasilitas kesehatan (estimasi DD)

Persentase ketersediaan alat suntik Sekali Pakai 1 ml

	Kelompok			
Status Survei	Intervensi (n=97)	Kontrol (n=103)	Beda	p-val
Lanjutan	82.474	86.408	-3.934	0.45
	[3.870]	[3.385]	[5.142]	
Dasar	87.629	83.495	4.134	0.41
	[3.351]	[3.667]	[4.968]	
Perbedaan antar survey	-5.155	2.913	-8.067	0.27
	[5.141]	[5.234]	[7.336]	

Note: ** signifikan pada tingkat 5%, [standar errors]

Persentase Ketersediaan Alat Suntik Sekali Pakai 2,5 ml

	Kelompok			
Status Survei	Intervensi (n=97)	Kontrol (n=103)	Beda	p-val
Lanjutan	91.753	90.291	1.461	0.72
	[2.800]	[2.925]	[4.049]	
Dasar	93.814	91.262	2.552	0.49
	[2.452]	[2.789]	[3.714]	
Perbedaan antar survey	-2.062	-0.971	-1.091	0.84
	[3.861]	[3.768]	[5.395]	

Note: ** signifikan pada tingkat 5%, [standar errors]

Persentase Ketersediaan Alat Suntik Sekali Pakai 5 ml

	Kelompok			
Status Survei	Intervensi (n=97)	Kontrol (n=103)	Beda	p-val
Lanjutan	81.443	81.553	-0.110	0.98
	[3.957]	[3.831]	[5.508]	
Dasar	77.320	80.583	-3.263	0.57
	[4.263]	[3.907]	[5.782]	
Perbedaan antar survey	4.124	0.971	3.153	0.69
	[5.645]	[5.590]	[7.945]	

Note: ** signifikan pada tingkat 5%, [standar errors]

Persentase Ketersediaan Amoksisilin Kapsul 250 mg

	Kelompok			
Status Survei	Intervensi (n=97)	Kontrol (n=103)	Beda	p-val
Lanjutan	76.289	79.612	-3.323	0.57
	[4.329]	[3.980]	[5.880]	
Dasar	74.227	69.903	4.324	0.50
	[4.452]	[4.531]	[6.352]	
Perbedaan antar survey	2.062	9.709	-7.647	0.29
	[5.059]	[5.060]	[7.155]	

Note: ** signifikan pada tingkat 5%, [standar errors]

Persentase Ketersediaan Amoksisilin Kaplet 500 mg

	Kelompok			
Status Survei	Intervensi (n=97)	Kontrol (n=103)	Beda	p-val
Lanjutan	88.660	90.291	-1.631	0.71
	[3.228]	[2.925]	[4.356]	
Dasar	87.629	90.291	-2.662	0.55
	[3.351]	[2.925]	[4.448]	
Perbedaan antar survey	1.031	0.000	1.031	0.86
	[4.504]	[3.893]	[5.953]	

Note: ** signifikan pada tingkat 5%, [standar errors]

Persentase Ketersediaan Amoksisilin Sirup Kering 125 mg/5ml

	Kelompok			
Status Survei	Intervensi (n=97)	Kontrol (n=103)	Beda	p-val
Lanjutan	91.753	90.291	1.461	0.72
	[2.800]	[2.925]	[4.049]	
Dasar	90.722	92.233	-1.511	0.70
	[2.953]	[2.644]	[3.964]	
Perbedaan antar survey	1.031	-1.942	2.973	0.60
	[4.260]	[3.637]	[5.601]	

Note: ** signifikan pada tingkat 5%, [standar errors]

Persentase Ketersediaan Ampisilin Kaplet 500 mg

	Kelompok			
Status Survei	Intervensi (n=97)	Kontrol (n=103)	Beda	p-val
Lanjutan	44.330	51.456	-7.126	0.31
	[5.057]	[4.937]	[7.067]	
Dasar	23.711	29.126	-5.415	0.39
	[4.329]	[4.488]	[6.236]	
Perbedaan antar survey	20.619	22.330	-1.712	0.84
	[6.190]	[5.989]	[8.613]	

Note: ** signifikan pada tingkat 5%, [standar errors]

Persentase Ketersediaan Ampisilin Sirup Kering 125 mg/5ml

	Kelompok			
Status Survei	Intervensi (n=97)	Kontrol (n=103)	Beda	p-val
Lanjutan	40.206	41.748	-1.541	0.83
	[4.991]	[4.871]	[6.974]	
Dasar	27.835	30.097	-2.262	0.73
	[4.562]	[4.531]	[6.430]	
Perbedaan antar survey	12.371	11.650	0.721	0.93
	[5.893]	[6.500]	[8.774]	

Note: ** signifikan pada tingkat 5%, [standar errors]

Persentase Ketersediaan Antalgin (Metampiron) Tablet 500 mg

	Kelompok			
Status Survei	Intervensi (n=97)	Kontrol (n=103)	Beda	p-val
Lanjutan	90.722	86.408	4.314	0.34
	2.953	3.385	4.492	
Dasar	91.753	97.087	-5.335	0.10
	2.800	1.661	3.256	
Perbedaan antar survey	-1.031	-10.680	9.649	.04**
	3.426	3.347	4.790	

Note: ** signifikan pada tingkat 5%, [standar errors]

Persentase Ketersediaan Parasetamol Sirup 120mg/5ml – 60 ml

	Kelompok			
Status Survei	Intervensi (n=97)	Kontrol (n=103)	Beda	p-val
Lanjutan	93.814	90.291	3.523	0.36
	[2.452]	[2.925]	[3.817]	
Dasar	90.722	89.320	1.401	0.74
	[2.953]	[3.051]	[4.246]	
Perbedaan antar survey	3.093	0.971	2.122	0.68
	[3.413]	[3.768]	[5.084]	

Note: ** signifikan pada tingkat 5%, [standar errors]

Persentase Ketersediaan Parasetamol Tablet 100 mg

	Kelompok			
Status Survei	Intervensi (n=97)	Kontrol (n=103)	Beda	p-val
Lanjutan	81.443	76.699	4.744	0.41
	3.957	4.176	5.753	
Dasar	75.258	85.437	-10.179	.07*
	4.392	3.484	5.607	
Perbedaan antar survey	6.186	-8.738	14.923	.04**
	5.626	4.983	7.515	

Note: ** signifikan pada tingkat 5%, [standar errors]

Persentase Ketersediaan Parasetamol Tablet 500 mg

	Kelompok			
Status Survei	Intervensi (n=97)	Kontrol (n=103)	Beda	p-val
Lanjutan	92.784	87.379	5.405	0.20
	[2.634]	[3.280]	[4.207]	
Dasar	95.876	96.117	-0.240	0.93
	[2.024]	[1.908]	[2.782]	
Perbedaan antar survey	-3.093	-8.738	5.645	0.26
	[3.413]	[3.669]	[5.012]	

Note: ** signifikan pada tingkat 5%, [standar errors]

Persentase Ketersediaan Vitamin A untuk Balita

	Kelompok			
Status Survei	Intervensi (n=97)	Kontrol (n=103)	Beda	p-val
Lanjutan	92.784	92.233	0.550	0.88
	[2.634]	[2.644]	[3.732]	
Dasar	87.629	87.379	0.250	0.96
	[3.351]	[3.280]	[4.690]	
Perbedaan antar survey	5.155	4.854	0.300	0.96
	[4.229]	[4.434]	[6.128]	

Note: ** signifikan pada tingkat 5%, [standar errors]

Persentase Ketersediaan Vaksin BCG

	Kelompok			
Status Survei	Intervensi (n=97)	Kontrol (n=103)	Beda	p-val
Lanjutan	91.753	92.233	-0.480	0.90
	[2.800]	[2.644]	[3.851]	
Dasar	92.784	100.000	-7.216	0.00**
	[2.634]	[0.000]	[2.634]	
Perbedaan antar survey	-1.031	-7.767	6.736	0.16
	[4.001]	[2.644]	[4.796]	

Note: ** signifikan pada tingkat 5%, [standar errors]

Persentase Ketersediaan Vaksin DPT Hepatitis B Combo

	Kelompok			
Status Survei	Intervensi (n=97)	Kontrol (n=103)	Beda	p-val
Lanjutan	94.845	90.291	4.554	0.22
	[2.251]	[2.925]	[3.690]	
Dasar	94.845	94.175	0.671	0.84
	[2.251]	[2.314]	[3.228]	
Perbedaan antar survey	0.000	-3.883	3.883	0.43
	[3.268]	[3.622]	[4.878]	

Note: ** signifikan pada tingkat 5%, [standar errors]

Persentase Ketersediaan Vaksin Polio

	Kelompok			
Status Survei	Intervensi (n=97)	Kontrol (n=103)	Beda	p-val
Lanjutan	96.907	91.262	5.645	0.09*
	[1.762]	[2.789]	[3.299]	
Dasar	96.907	97.087	-0.180	0.94
	[1.762]	[1.661]	[2.422]	
Perbedaan antar survey	0.000	-5.825	5.825	0.16
	[2.532]	[3.322]	[4.177]	

Note: ** signifikan pada tingkat 5%, [standar errors]

Persentase Ketersediaan Vaksin Hepatitis B

	Kelompok			
Status Survei	Intervensi (n=97)	Kontrol (n=103)	Beda	p-val
Lanjutan	89.691	89.320	0.370	0.93
	[3.095]	[3.051]	[4.346]	
Dasar	89.691	87.379	2.312	0.61
	[3.095]	[3.280]	[4.510]	
Perbedaan antar survey	0.000	1.942	-1.942	0.75
	[4.385]	[4.125]	[6.020]	

Note: ** signifikan pada tingkat 5%, [standar errors]

Persentase Ketersediaan Vaksin Campak

	Kelompok			
Status Survei	Intervensi (n=97)	Kontrol (n=103)	Beda	p-val
Lanjutan	95.876	95.146	0.731	0.80
	[2.024]	[2.123]	[2.933]	
Dasar	96.907	99.029	-2.122	0.29
	[1.762]	[0.969]	[2.011]	
Perbedaan antar survey	-1.031	-3.883	2.853	0.43
	[2.732]	[2.353]	[3.606]	

Note: ** signifikan pada tingkat 5%, [standar errors]

Persentase Ketersediaan Tetanus Toxoid

	Kelompok			
Status Survei	Intervensi (n=97)	Kontrol (n=103)	Beda	p-val
Lanjutan	92.784	91.262	1.521	0.69
	[2.634]	[2.789]	[3.836]	
Dasar	96.907	95.146	1.762	0.52
	[1.762]	[2.123]	[2.759]	
Perbedaan antar survey	-4.124	-3.883	-0.240	0.96
	[3.241]	[3.622]	[4.860]	

Note: ** signifikan pada tingkat 5%, [standar errors]

Lampiran 3: PKH dan Pendidikan (estimasi DD)

Persentase ketidakhadiran anak karena sakit dalam dua minggu terakhir

	Kelompok			
Status Survei	Intervensi (n=539)	Kontrol (n=672)	Beda	p-val
Lanjutan	7.849	9.960	-2.111	0.58
	[0.026]	[0.028]	[0.039]	
Dasar	12.540	11.779	0.760	0.84
	[0.026]	[0.028]	[0.038]	
Perbedaan antar survey	-4.691	-1.819	-2.872	0.68
	[0.044]	[0.056]	[0.072]	

Note: ** signifikan pada tingkat 5%, [standar errors]

Persentase ketidakhadiran anak karena ijin dalam dua minggu terakhir

	Kelompok			
Status Survei	Intervensi (n=539)	Kontrol (n=672)	Beda	p-val
Lanjutan	3.427	5.567	-2.141	0.51
	[0.022]	[0.024]	[0.033]	
Dasar	2.377	2.506	-0.129	0.91
	[0.009]	[0.007]	[0.012]	
Perbedaan antar survey	1.050	3.061	-2.012	0.18
	[0.029]	[0.031]	[0.042]	

Note: ** signifikan pada tingkat 5%, [standar errors]

Persentase ketidakhadiran anak karena alpa dalam dua minggu terakhir

	Kelompok			
Status Survei	Intervensi (n=539)	Kontrol (n=672)	Beda	p-val
Lanjutan	0.601	0.884	-0.283	0.69
	[0.005]	[0.005]	[0.007]	
Dasar	6.970	6.459	0.511	0.87
	[0.023]	[0.020]	[0.030]	
Perbedaan antar survey	-6.369	-5.575	-0.794	0.80
	[0.023]	[0.021]	[0.032]	

Note: ** signifikan pada tingkat 5%, [standar errors]