

**AKUNTABILITAS PELAKSANAAN
PROGRAM KELUARGA HARAPAN (PKH)
KOMPONEN KESEJAHTERAAN SOSIAL
(LANJUT USIA DAN DISABILITAS BERAT)
DI INDONESIA**

Kiki Zakiah
Vita Puji Lestari
Hafiz Dwi Putra

**PUSAT KAJIAN AKUNTABILITAS KEUANGAN NEGARA
BADAN KEAHLIAN DPR RI**

Jl. Jenderal Gatot Subroto
Lt 6 R 605, Jakarta 10270
Tlp. 021 – 5715 999

KATA PENGANTAR

Kepala Pusat Kajian Akuntabilitas Keuangan Negara Badan Keahlian Sekretariat Jenderal DPR RI

Puji dan syukur kami panjatkan kepada Allah SWT, Tuhan Yang Maha Esa karena atas rahmat dan karunia-Nya, sehingga penyusunan dan penyajian buku Akuntabilitas Pelaksanaan Program Keluarga Harapan Komponen Kesejahteraan Sosial (Lanjut Usia dan Disabilitas Berat) di Indonesia oleh Pusat Kajian Akuntabilitas Keuangan Negara (PKAKN) Badan Keahlian Sekretariat Jenderal DPR RI sebagai *supporting system* dapat terselesaikan. Kajian ini disusun bertujuan untuk memperkuat pengawasan DPR RI atas penggunaan keuangan negara, khususnya anggaran bantuan sosial Program Keluarga Harapan (PKH).

Kajian ini berbasis pada hasil pemeriksaan BPK RI atas pelaksanaan pemberian bantuan sosial (bansos) PKH serta hasil diskusi dengan berbagai narasumber yang memiliki kompetensi di bidang kesejahteraan sosial khususnya terkait bantuan sosial PKH.

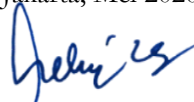
Dalam kajian ini diungkap berbagai permasalahan pelaksanaan PKH, antara lain: 1) Pada tahun 2017 dan 2018, tidak seluruh penerima bantuan komponen kesejahteraan sosial lanjut usia yang tercatat dalam Sistem Informasi Manajemen (SIM) PKH dapat diberikan bantuan sesuai indeks sebesar Rp2.000.000,00/tahun, akibatnya terdapat perbedaan data yang signifikan antara jumlah penerima bantuan tercatat dengan data bayar bantuan komponen kesejahteraan sosial lansia; 2) Data peserta PKH Lansia maupun Disabilitas Berat pengalihan program ASLUT dan ASPDB tidak tercantum dalam Sistem Informasi Kesejahteraan Sosial (SIKS) karena tidak dilakukan validasi dan verifikasi data yang ada dengan basis data pada aplikasi SIKS serta adanya perbedaan konsep antara PKH yang menggunakan pendekatan keluarga dengan ASLUT dan ASPDB yang menggunakan pendekatan perseorangan; 3) Terjadinya penangguhan penyaluran bantuan sosial PKH Lansia dan Disabilitas Berat pengalihan program ASLUT dan ASPDB akibat proses verifikasi dan pemutakhiran data yang masih berlangsung; 4) Adanya perbedaan konsep dan pendamping program untuk Lansia dan Disabilitas Berat antara PKH dengan ASLUT dan ASPDB; dan 5) Bantuan sosial PKH belum mencakup masyarakat

rentan miskin yang dapat disebabkan oleh bencana alam, guncangan ekonomi, guncangan sosial maupun wabah penyakit seperti pandemi Covid-19 yang terjadi pada saat ini.

Selain mengungkap berbagai permasalahan dalam PKH, kajian ini juga memberikan beberapa saran perbaikan, antara lain: 1) Perlu dilakukannya pengembangan terhadap sistem jaminan sosial, sehingga perlu ada komitmen dari pihak-pihak terkait seperti Kementerian Sosial, diantaranya dengan melaksanakan rekomendasi BPK RI dalam perbaikan aspek pengendalian internal dan kepatuhan terhadap perundang-undangan; 2) Perlu dilakukan pengembangan basis data yang didukung oleh teknologi mutakhir serta ketersediaan SDM dan anggaran memadai; 3) Membangun suatu sistem perlindungan sosial yang komprehensif dan inklusif, dimana PKH dapat terintegrasi dengan program-program sosial lainnya, seperti PBI-JKN, Rastra, KIP, dan lain-lain, serta menambah jumlah cakupan penerima sosial PKH atau minimal sama dengan jumlah keluarga miskin dan rentan miskin di Indonesia akibat bencana alam, guncangan ekonomi, guncangan sosial maupun wabah penyakit; 4) Sebaiknya program perlindungan sosial bagi lansia dan disabilitas berat dilaksanakan secara terpisah dari PKH, misalkan dengan lebih mengembangkan dan mengoptimalkan ASLUT dan ASPDB untuk perlindungan sosial bagi lansia dan disabilitas berat; dan 6) Perlu adanya penyesuaian nominal bantuan sosial PKH khususnya bagi lansia dan disabilitas berat dengan memperhatikan kapasitas fiskal yang ada. Pada akhirnya, kami berharap kajian ini dapat bermanfaat bagi seluruh Alat Kelengkapan DPR RI dalam melaksanakan fungsi pengawasan DPR RI untuk mendorong terwujudnya pengelolaan keuangan negara yang transparan dan akuntabel sehingga tujuan untuk mensejahterakan masyarakat Indonesia pun dapat tercapai.

Atas kesalahan dan kekurangan dalam kajian ini, kami mengharapkan kritik dan masukan yang membangun guna perbaikan produk PKAKN kedepannya.

Jakarta, Mei 2020



DRS. HELMIZAR, ME.

NIP. 19640719 199103 1 001

Daftar Isi

Kata Pengantar Kepala Pusat KAKN	i
Daftar Isi.....	iii
Daftar Tabel.....	iv
Daftar Grafik.....	iv
I. Pendahuluan.....	1
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Fokus Permasalahan.....	3
1.3. Tujuan dan Manfaat Kajian.....	3
II. Pembahasan.....	4
2.1 Program Keluarga Harapan.....	4
2.2 Komponen Kesejahteraan Sosial dalam Program Keluarga Harapan.....	7
2.3 Kondisi Lansia dan Penyandang Disabilitas di Indonesia....	12
2.4 Skema Perlindungan Sosial bagi Lansia dan Disabilitas.....	17
2.5 Pentingnya Penguatan Program Jaminan Sosial di Indonesia.....	18
III. Penutup.....	24
3.1 Kesimpulan.....	24
3.2 Saran.....	27
Daftar Pustaka.....	29

Daftar Tabel

Tabel 1.	Perkembangan Besaran Bantuan PKH 2007-20119.....	6
Tabel 2.	Perkembangan Kebijakan PKH Komponen Kesejahteraan Sosial.....	8
Tabel 3.	Jumlah Penduduk Disabilitas di Indonesia Tahun 20115 (Berdasarkan Kelompok Umur).....	15
Tabel 4.	Cakupan Perlindungan Sosial pada Penyandang Disabilitas Berat.....	16

Daftar Grafik

Grafik 1.	Rasio Ketergantungan Penduduk Lansia.....	1
Grafik 2.	Perkembangan Anggaran dan Keluarga Penerima Manfaat PKH.....	5
Grafik 3.	Perkembangan Penerima PKH Komponen Lansia.....	9
Grafik 4.	Perkembangan Penerima PKH Komponen Disabilitas Berat.....	11

I. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Para ahli demografi menyatakan bahwa suatu negara mengalami penuaan penduduk ketika proporsi penduduk yang berusia lanjut dari negara tersebut mengalami peningkatan.¹ Berdasarkan UU No. 13 Tahun 1998 tentang Lanjut Usia, pengertian penduduk berusia lanjut sendiri adalah mereka yang telah mencapai usia lebih dari 60 tahun. Pada tahun 2019, persentase penduduk lansia di Indonesia mencapai 9,60 persen (25,64 juta lansia) atau meningkat dua kali lipat dibandingkan tahun 1971 yang hanya 4,5 persen dari seluruh penduduk (BPS, 2019). Bahkan BPS memproyeksikan persentase penduduk lansia di Indonesia bisa mencapai 20 persen (63,31 juta lansia) dari total populasi pada tahun 2045. Dengan kondisi tersebut, Indonesia diperkirakan akan mengalami *elderly population boom* dalam beberapa tahun ke depan.

Grafik 1. Rasio Ketergantungan Penduduk Lansia, 2010-2019



Sumber : BPS, Susenas Maret 2019

Pada tahun 2019, rasio ketergantungan penduduk lansia terhadap penduduk produktif mencapai 15,01. Artinya, setiap 100 orang penduduk usia produktif harus menanggung 15 orang penduduk lansia. Rasio tersebut akan terus meningkat seiring dengan peningkatan jumlah lansia jika tidak

¹ Ortman, 2014 dalam Heryanah. 2015. *Ageing Population dan Bonus Demografi Kedua Di Indonesia*. Populasi Volume 23 Nomor 2 2015, hlm. 3.

diimbangi dengan peningkatan jumlah usia produktif.² Tantangan penuaan penduduk tersebut, dihadapkan pada sejumlah data yang menunjukkan bahwa hampir separuh penduduk lansia atau sebanyak 43,84% berada di rumah tangga dengan kelompok pengeluaran 40% terbawah (BPS, 2019). Kajian TNP2K tahun 2018 juga menyatakan bahwa tingkat kemiskinan ekstrem di Indonesia ditemukan terjadi pada penduduk usia 65 tahun ke atas.

Selain tren peningkatan penduduk lanjut usia, tingginya angka penyandang disabilitas di Indonesia juga perlu mendapat perhatian dari pemerintah. Kajian LPEM UI berdasarkan data Sakernas tahun 2016 menunjukkan bahwa estimasi jumlah penyandang disabilitas di Indonesia mencapai 12,15% di mana sebanyak 10,29% berada dalam kategori disabilitas sedang dan sisanya sebanyak 1,87% berada pada kategori disabilitas berat. Tiga provinsi dengan tingkat prevalensi disabilitas tertinggi adalah Sumatera Barat, Nusa Tenggara Timur, dan Sulawesi Selatan. Meskipun individu penyandang disabilitas ditemukan di seluruh kelompok usia, namun prevalensi penyandang disabilitas lebih banyak ditemukan pada penduduk lanjut usia.³ Para penyandang disabilitas tersebut, menghadapi berbagai macam tantangan maupun hambatan baik dari segi pendidikan, ekonomi, maupun hal lainnya dibandingkan dengan non penyandang disabilitas. Akibatnya, sebagian besar penyandang disabilitas tersebut hidup dalam kondisi rentan, terbelakang, dan/atau miskin. Adanya keterkaitan yang kuat antara kemiskinan dan disabilitas mengakibatkan risiko, ketidakamanan, dan tantangan yang dialami oleh penduduk yang mengalami disabilitas perlu menjadi perhatian dalam kebijakan perlindungan sosial di Indonesia.

Tren pertumbuhan penduduk lansia di satu sisi merupakan suatu bentuk keberhasilan berbagai program pemerintah dalam meningkatkan angka harapan hidup penduduk Indonesia, namun di sisi lain menjadi tantangan tersendiri terkait bagaimana bangsa ini mempersiapkan kehidupan lansianya di masa mendatang. Begitu pula dengan penyandang disabilitas yang mana hak dan keberadaannya tidak bisa dipisahkan dari tanggungjawab negara.

² Badan Pusat Statistik. 2019. *Statistik Penduduk Lanjut Usia*. Jakarta: Badan Pusat Statistik, hlm. 197

³ Sakernas, 2016 dalam LPEM FEB UI. 2016. *Menuju Inklusifitas Penyandang Disabilitas di Pasar Kerja Indonesia*. Lembar Fakta LPEM FEB UI, hlm.1-3

Sehingga keberhasilan upaya persiapan tersebut akan sangat berdampak pada seberapa besar beban yang harus ditanggung penduduk usia produktif terhadap penduduk non produktif termasuk di dalamnya penduduk lansia maupun disabilitas berat. Ketidakkampuan kelompok usia produktif dalam menanggung beban tersebut akan mempengaruhi daya beli yang dalam jangka panjang akan berdampak pada penurunan perekonomian masyarakat. Oleh karena itu, uraian di atas dapat memberikan gambaran mengenai tantangan yang akan dihadapi Indonesia ke depan terkait pergeseran struktur usia penduduk maupun keberadaan penyandang disabilitas dan sejauh mana negara hadir dalam menjamin terpenuhinya hak para lansia dan penyandang disabilitas tersebut sehingga dapat menganalisis peluang dan hambatan dalam rangka mempersiapkan menghadapi tantangan di masa mendatang.

1.2. Fokus Permasalahan

Berdasarkan latar belakang di atas, maka fokus permasalahan dalam kajian ini adalah: **“Bagaimana akuntabilitas pelaksanaan Program Keluarga Harapan (PKH) Komponen Kesejahteraan Sosial (Lanjut Usia dan Disabilitas Berat) di Indonesia?”**

1.3. Tujuan dan Manfaat Kajian

Kajian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran secara menyeluruh mengenai akuntabilitas pelaksanaan bantuan sosial Program Keluarga Harapan (PKH) khususnya pada komponen Kesejahteraan Sosial Lanjut Usia dan Disabilitas Berat; memetakan dan mengeksplorasi berbagai permasalahan terkait bantuan sosial PKH Komponen Kesejahteraan Lanjut Usia dan Disabilitas Berat; dan menyajikan berbagai langkah perbaikan dan penyelesaian dalam meningkatkan akuntabilitas pelaksanaan bantuan sosial PKH khususnya pada komponen Lanjut Usia dan Disabilitas Berat untuk saat ini dan di masa yang akan datang.

Kajian ini diharapkan dapat bermanfaat bagi pengguna dan semua pihak yang berkepentingan, terutama Anggota DPR RI, Kementerian/Lembaga terkait dan Pemerintah dalam mendorong perbaikan pelaksanaan bantuan sosial PKH khususnya pada komponen Lanjut Usia dan Disabilitas Berat, sehingga tujuan dari digulirkannya bantuan sosial ini dapat terwujud dengan baik.

II. PEMBAHASAN

2.1. Program Keluarga Harapan

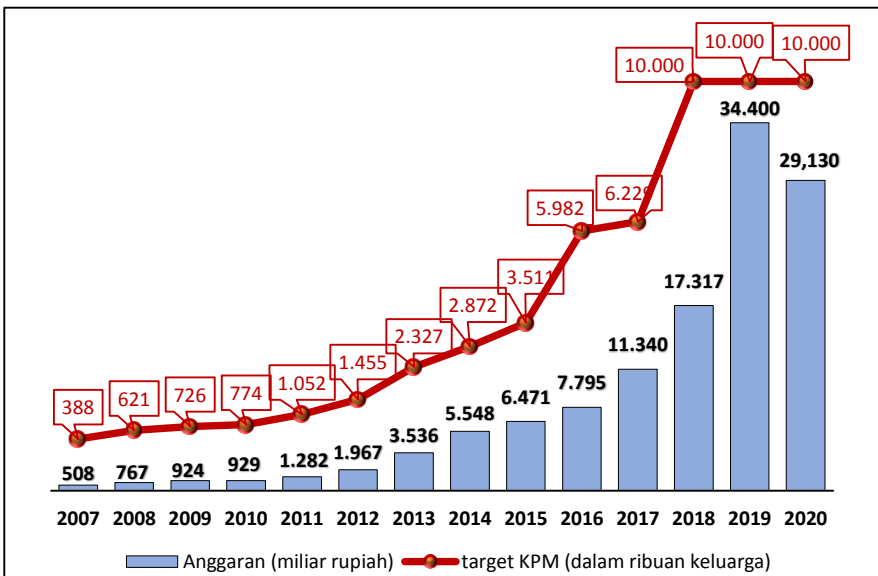
Program Keluarga Harapan (PKH) merupakan program pemberian bantuan sosial bersyarat kepada keluarga miskin dan rentan yang bertujuan, antara lain: 1) Meningkatkan taraf hidup dari Keluarga Penerima Manfaat (KPM); 2) Mengurangi beban pengeluaran dan meningkatkan pendapatan keluarga; 3) Menciptakan perubahan perilaku dan kemandirian KPM; 4) Mengurangi kemiskinan dan kesenjangan; dan 5) Mengenalkan manfaat produk dan jasa keuangan formal kepada KPM. Dari tujuan tersebut, PKH menjadi salah satu program pemerintah yang diandalkan untuk percepatan penanggulangan kemiskinan dan meningkatkan kesejahteraan sosial penduduk miskin sekaligus sebagai upaya memotong rantai kemiskinan.

Sejak pertama kali digulirkan, terdapat beberapa perubahan terkait Program Keluarga Harapan (PKH) mulai dari basis penerima manfaat, komponen dan indeks bantuan, besaran dana hingga skema penyaluran dananya. Pada awal dikeluarkannya program tersebut di tahun 2007, PKH dilaksanakan dengan basis rumah tangga, kemudian berubah menjadi berbasis keluarga. Perubahan ini didasarkan pada kondisi riil masyarakat Indonesia, di mana beberapa keluarga dapat berkumpul dalam satu rumah tangga. Pada mulanya, PKH ditujukan sebagai bentuk investasi jangka panjang untuk menciptakan sumber daya manusia (SDM) yang tangguh dan berkualitas dengan berfokus pada aspek kesehatan dan pendidikan. Pada awal pelaksanaannya, bantuan PKH diberikan hanya sebagai stimulan untuk merubah perilaku yang dipersyaratkan kepada penerima bantuan, dan tidak secara langsung difokuskan untuk mengurangi tingkat kemiskinan meskipun pada pelaksanaannya menunjukkan bahwa PKH memiliki dampak terhadap penurunan angka kemiskinan walaupun belum signifikan. Pada perkembangannya, seiring dengan alokasi anggaran PKH yang semakin meningkat, maka pada tiga tahun terakhir atau sejak 2016, PKH menjadi program yang diharapkan dapat mengurangi angka kemiskinan secara langsung.

Untuk mewujudkan tujuan tersebut, maka diperlukan perluasan dari segi cakupan KPM maupun besaran anggaran. Sejak pertama disalurkan pada tahun 2007, baik dari segi cakupan KPM maupun anggaran, selalu

mengalami peningkatan setiap tahunnya. Pada tahun 2007, anggaran PKH hanya dialokasikan sebesar Rp388 juta dan disalurkan kepada 508.000 KPM. Kemudian pada tahun 2018, besaran anggaran PKH mencapai Rp17,5 triliun yang disalurkan kepada 10 juta KPM di 34 provinsi. Kemudian di tahun 2019 anggaran untuk PKH meningkat signifikan hingga mencapai Rp34,4 triliun dengan jumlah sasaran KPM yang sama seperti tahun sebelumnya.

Grafik 2. Perkembangan Anggaran dan Keluarga Penerima Manfaat PKH



Sumber: Kementerian Sosial (2020), diolah

Pada tahun 2020, Pemerintah berkomitmen untuk melanjutkan program PKH dengan beberapa penyesuaian khususnya pada besaran anggaran, yaitu menjadi Rp29,13 triliun atau menurun dari tahun sebelumnya, bantuan reguler serta afirmasi dihilangkan, dan adanya peningkatan nilai bantuan untuk komponen kesehatan menjadi Rp3.000.000,00 dari tahun 2019 sebesar Rp2.400.000,00.

Besaran bantuan yang diterima oleh setiap KPM dapat menjadi berbeda setiap tahunnya dikarenakan adanya perubahan dan perkembangan kebijakan PKH, sebagai contoh kebijakan indeks bantuan *flat* yaitu besaran bantuan untuk setiap keluarga sama dengan keluarga lainnya tanpa melihat

kondisionalitas KPM PKH dan indeks variasi (*non flat*) dimana setiap keluarga mendapatkan bantuan dengan jumlah yang berbeda tergantung dari berapa anggota keluarga yang dapat diakomodir oleh komponen PKH. Rincian besaran bantuan PKH dapat dilihat pada tabel 1 berikut.

Tabel 1. Perkembangan Besaran Bantuan PKH 2007-2019

Komponen Bantuan	Besaran Bantuan/Keluarga/Tahun						
	2007-2012	2013	2015	2016	2017-2018	2019	2020
A. Bantuan Tetap untuk Setiap Keluarga							
1. Reguler	200.000	300.000	500.000			550.000	-
2. PKH Akses	-	-	-			1.000.000	-
B. Bantuan Komponen untuk Setiap Jiwa dalam Keluarga PKH							
1. Ibu Hamil	800.000	1.000.000	1.000.000	1.200.000	FLAT 1.890.000 s.d 2.000.000	2.400.000	3.000.000
2. Anak Usia Dini	-	-				2.400.000	3.000.000
3. SD	400.000	500.000	450.000	450.000		900.000	900.000
4. SMP	800.000	1.000.000	750.000	750.000		1.500.000	1.500.000
5. SMA	-	-	1.000.000	1.000.000		2.000.000	2.000.000
6. Disabilitas Berat	-	-	-			2.400.000	2.400.000
7. Lanjut Usia	-	-	-			2.400.000	2.400.000
Bantuan Minimum/KPM	600.000	800.000	950.000			1.450.000	900.000
Bantuan Maksimum/KPM	2.200.000	2.800.000	3.700.000			10.150.000	10.800.000
Mekanisme Penyaluran	Tunai	Tunai	Tunai	Tunai	Non Tunai	Non Tunai	Non Tunai

Sumber: Nota Keuangan beserta APBN Tahun Anggaran 2020

Sejak awal pelaksanaannya, PKH fokus terhadap pendidikan dan kesehatan yang ditunjukkan dengan pengalokasian dana pada kedua komponen tersebut. Selama tahun 2007-2012, besaran alokasi PKH untuk setiap komponen tidak mengalami perubahan, namun sejak tahun 2013 besaran alokasi PKH pada tiap-tiap komponen mengalami penyesuaian bahkan pada tahun 2015 dilakukan penambahan pada komponen pendidikan, yaitu KPM dengan Anak SMA/ sederajat.

Pada tahun 2017-2018, komponen PKH hanya berupa bantuan KPM Reguler dan bantuan KPM Akses/Disabilitas/Lansia. Bantuan PKH diberikan secara *fixed/flat-policy* tanpa melihat kondisionalitas KPM PKH, dengan nilai bantuan Rp1.890.000/KPM/tahun untuk KPM PKH Reguler dan KPM PKH Akses atau yang memiliki komponen disabilitas/lansia

dengan nilai bantuan sebesar Rp2.000.000/KPM/tahun. Pada tahun 2019, bantuan kembali diberikan sesuai dengan kondisionalitas KPM-PKH (indeks variasi/*non-flat*) ditambah dengan bantuan tetap untuk PKH Akses (wilayah sulit terjangkau) sebesar Rp1.000.000/KPM/tahun dengan total nilai bantuan berkisar antara Rp1,45 juta-Rp10,6 juta per KPM/tahun.

2.2. Komponen Kesejahteraan Sosial dalam Program Keluarga Harapan (PKH)

Komponen kesejahteraan sosial pada PKH pertama kali ditambahkan pada tahun 2016. *New Initiative* PKH 2016 diwujudkan dengan menyediakan komponen bantuan kepada anggota keluarga PKH yang menyandang disabilitas berat dan lanjut usia berusia 70 tahun ke atas. Penyandang disabilitas dalam komponen kesejahteraan sosial sendiri adalah mereka yang memiliki keterbatasan fisik, mental, intelektual, atau sensorik dalam jangka waktu lama kedisabilitasiannya sudah tidak dapat direhabilitasi, tidak dapat melakukan aktivitas kehidupannya sehari-hari dan/atau sepanjang hidupnya bergantung pada bantuan/pertolongan orang lain, tidak mampu menghidupi diri sendiri, serta tidak dapat berpartisipasi penuh dan efektif dalam masyarakat berdasarkan kesetaraan dengan lainnya⁴.

Perluasan komponen PKH tersebut bertujuan untuk mengurangi beban pengeluaran keluarga PKH yang mengampu lansia maupun disabilitas berat sehingga keluarga tersebut dapat mengalihkan biaya pemenuhan kebutuhan mereka ke konsumsi yang lebih produktif atau minimal mempertahankan tingkat konsumsinya. Dengan perspektif baru ini, maka bantuan PKH tidak hanya fokus pada komponen kesehatan dan pendidikan saja namun juga mencakup komponen kesejahteraan sosial berupa dana untuk pemeliharaan pendapatan (*income maintenance*)⁵.

Sejak tahun 2016 hingga saat ini, PKH Komponen Kesejahteraan Sosial mengalami perubahan dalam beberapa hal dikarenakan adanya perubahan PKH secara umum. Perubahan tersebut disajikan dalam tabel 2 berikut ini:

⁴ Kementerian Sosial, 2016. *Pedoman Pelaksanaan PKH Tahun 2016*. Jakarta: Kemensos RI, hlm. 16 & 18

⁵ Direktorat Jenderal Perlindungan dan Jaminan Sosial, 2016. *Kebijakan Pelaksanaan Program Keluarga Harapan (PKH)*. Jakarta: Kemensos RI

Tabel 2. Perkembangan Kebijakan PKH Komponen Kesejahteraan Sosial

2016	2017	2018	2019	2020
Bantuan tunai	Bantuan Non Tunai	Bantuan Non Tunai	Bantuan Non Tunai	Bantuan Non Tunai
Indeks Variasi	Indeks Flat	Indeks Flat	Indeks Variasi	Indeks Variasi
Lansia: 70 tahun ke atas Bantuan Rp2,4 juta per tahun per jiwa Maksimum 2 jiwa per keluarga Perseorangan atau dalam keluarga	Lansia: 70 tahun ke atas Bantuan flat Rp2 juta per tahun per keluarga Perseorangan atau dalam keluarga	Lansia: 70 tahun ke atas Bantuan flat Rp2 juta per tahun per keluarga Perseorangan atau dalam keluarga	Lansia: 60 tahun ke atas Bantuan Rp2,4 juta per jiwa tahun per keluarga Hanya dalam keluarga	Lansia: 70 tahun ke atas Bantuan Rp2,4 juta per jiwa tahun per keluarga Hanya dalam keluarga dan dibatasi hanya 1 lansia
Disabilitas: Disabilitas Berat Bantuan Rp2,4 juta per tahun per jiwa Perseorangan atau dalam keluarga	Disabilitas: Disabilitas Berat Bantuan Flat Rp 2 juta per tahun per keluarga Perseorangan atau dalam keluarga	Disabilitas: Disabilitas Berat Bantuan Flat Rp 2 juta per tahun per keluarga Perseorangan atau dalam keluarga	Disabilitas: Disabilitas Berat Bantuan Rp 2,4 juta per jiwa per tahun per keluarga Hanya dalam keluarga	Disabilitas: Disabilitas Berat Bantuan Rp 2,4 juta per jiwa per tahun per keluarga Hanya dalam keluarga dan dibatasi 1 disabilitas berat

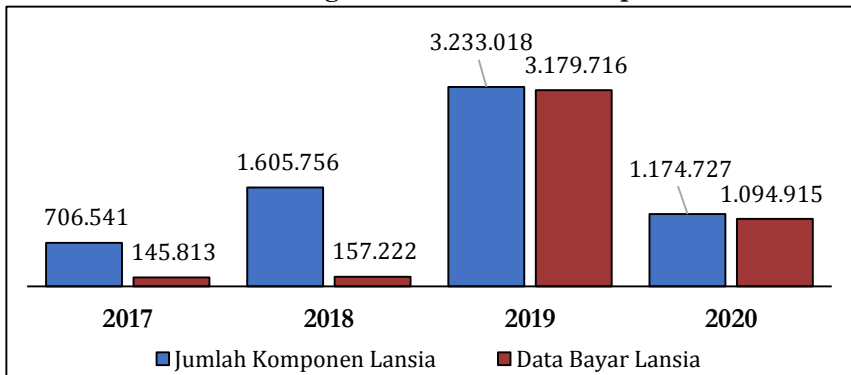
Sumber: Kementerian Sosial, 2020

Selain mengalami penyesuaian dalam hal besaran alokasi biaya per indeks komponen kesejahteraan sosial, kriteria lansia maupun penyandang disabilitas yang tercakup dalam bansos PKH juga mengalami penyesuaian setiap tahunnya. Pada tahun 2016-2018, bansos PKH mencakup lansia maupun penyandang disabilitas berat, baik perseorangan ataupun dalam keluarga. Namun pada tahun 2019, PKH hanya mencakup lansia maupun penyandang disabilitas berat yang berada dalam keluarga penerima bansos PKH. Meski demikian, terdapat perluasan cakupan anggota keluarga lansia dengan diturunkannya batas usia lansia dari 70 tahun menjadi 60 tahun. Pada tahun 2020, batas usia lansia kembali dinaikkan menjadi 70 tahun dan

dibatasi hanya untuk satu lansia maupun satu penyandang disabilitas berat dalam satu keluarga.

Berbagai perubahan kebijakan PKH komponen kesejahteraan sosial tersebut turut berpengaruh terhadap jumlah penerima bansos PKH komponen lansia sebagaimana ditunjukkan oleh Grafik 3 berikut:

Grafik 3. Perkembangan Penerima PKH Komponen Lansia



Sumber: Kementerian Sosial (2020)

Pada tahun 2017 dan 2018, atas jumlah penerima bantuan komponen kesejahteraan sosial lansia yang tercatat dalam Sistem Informasi Manajemen (SIM) PKH, tidak seluruhnya dapat diberikan bantuan sesuai indeks Lansia sebesar Rp2.000.000,00/tahun sehingga sisanya dibayarkan dengan indeks bantuan reguler Rp1.890.000,00/tahun. Akibatnya, terdapat perbedaan data yang signifikan antara jumlah penerima bantuan tercatat dengan data bayar bantuan komponen kesejahteraan sosial lansia.

Pada tahun 2018, diketahui terdapat pengalihan program Asistensi Sosial Penyandang Disabilitas Berat (ASPDB) dan Asistensi Sosial Lanjut Usia Terlantar (ASLUT) yang diintegrasikan dengan PKH khususnya di komponen kesejahteraan sosial. Hal tersebut dilatarbelakangi adanya sejumlah keterbatasan program ASPDB maupun ASLUT dari segi cakupan peserta dan anggaran yang selama bertahun-tahun tidak menunjukkan perkembangan sehingga dengan pengalihan tersebut diharapkan dapat

meningkatkan kapasitas pendanaan maupun cakupan perlindungan sosial terhadap lansia dan penyandang disabilitas berat⁶.

Namun pada pelaksanaannya, muncul kendala akibat adanya perbedaan konsep mendasar antara PKH dan ASLUT maupun ASPDB, dimana jika pada PKH pendekatan yang digunakan adalah berbasis keluarga, maka pendekatan yang digunakan dalam program ASPDB dan ASLUT adalah perseorangan yang terlantar. Bahkan secara khusus, BPK RI juga melakukan Pemeriksaan Dengan Tujuan Tertentu atas Pengelolaan dan Pertanggungjawaban Belanja Bantuan Sosial dan PKH pada Kementerian Sosial tahun 2018 yang di dalamnya memuat temuan dan permasalahan mengenai bantuan sosial PKH Lansia pengalihan dari bantuan sosial ASLUT dan PKH Disabilitas Berat pengalihan dari bantuan sosial ASPDB. Hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa data peserta PKH Lansia maupun Disabilitas Berat pengalihan program ASLUT dan ASPDB tidak tercantum dalam Sistem Informasi Kesejahteraan Sosial (SIKS) karena tidak dilakukan validasi dan verifikasi data yang ada dengan basis data pada aplikasi SIKS.

Selain itu, BPK RI juga menemukan permasalahan data yang mengakibatkan penangguhan penyaluran bantuan sosial PKH Lansia dan Disabilitas Berat pengalihan program ASLUT dan ASPDB dikarenakan proses verifikasi dan pemutakhiran data masih berlangsung. Akibatnya, dana bantuan sosial tersebut tidak dapat segera diterima oleh penerima manfaat baik lansia maupun penyandang disabilitas berat. Temuan lain adalah terdapat dana PKH Lansia yang belum disalurkan dan tidak dapat disalurkan akibat permasalahan data yang tidak valid.

Selain permasalahan data, perbedaan konsep dan pendamping program juga menjadi permasalahan dalam implementasi PKH Lansia dan Disabilitas Berat. Penanganan rehabilitasi sosial disabilitas berat maupun lansia pada program ASPDB dan ASLUT pada dasarnya berbeda dengan PKH. Pada program ASLUT maupun ASPDB, penanganan rehabilitasi sosial ditujukan pada individu lanjut usia terlantar maupun penyandang disabilitas berat itu sendiri. Jadi basis penerima bantuan adalah individu, bukan keluarga. Sementara untuk PKH, penanganan yang dilakukan hanya bersifat

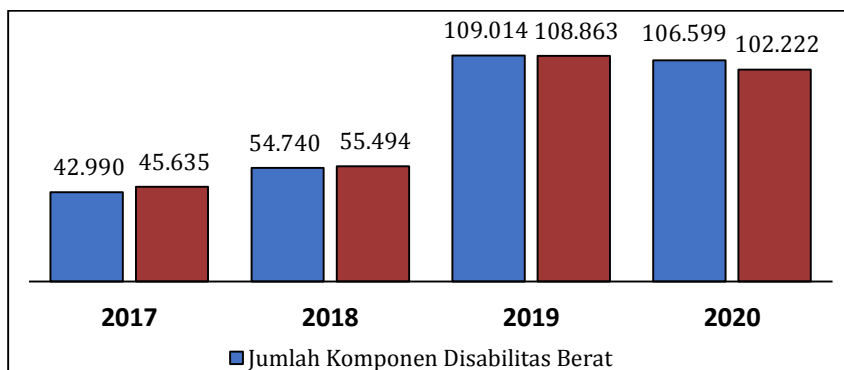
⁶ Kemensos, 2020. *Perlindungan Sosial Bagi Lanjut Usia dan Disabilitas*. Diskusi PKAKN dengan DJSK tanggal 14 Januari 2020

perlindungan sosial yang diberikan kepada kalangan masyarakat miskin yang berpotensi mengalami kerawanan sosial dan dalam hal ini masih memiliki keluarga yang mengurus penduduk lanjut usia maupun penyandang disabilitas tersebut. Perbedaan konsep inilah yang kemudian menjadi permasalahan pada saat penyaluran dana bantuan sosial. Akibat dari berbagai permasalahan yang diuraikan di atas, maka program ASPDB dan ASLUT dikembalikan kembali ke program asalnya di tahun 2019.

Pada tahun 2019, peningkatan jumlah penerima lansia yang terdaftar di PKH mencapai 3,2 juta penerima yang diantaranya disebabkan perubahan batas usia lansia dalam komponen kesejahteraan lanjut usia. Akibatnya, alokasi anggaran PKH banyak dialokasikan ke komponen tersebut, sedangkan pada awalnya PKH difokuskan pada aspek kesehatan dan pendidikan sehingga kemudian dilakukan penyesuaian kembali agar alokasi anggaran PKH ke komponen lansia tidak mengganggu alokasi ke komponen lainnya.

Pada tahun 2020, dilakukan penyesuaian pada komponen kesejahteraan sosial lansia dimana kebijakan yang mengatur usia minimal lansia diubah dari 60 tahun ke atas pada tahun 2019 diubah menjadi 70 tahun ke atas pada tahun 2020 serta terdapat pembatasan penerima manfaat hanya satu lansia per keluarga. Oleh karena itu, terjadi penurunan yang signifikan untuk komponen lansia di tahun 2020 baik dari segi jumlah penerima maupun besaran bantuan sosial yang dialokasikan. Untuk perkembangan penerima PKH komponen disabilitas berat, lebih lanjut digambarkan pada Grafik 4 berikut:

Grafik 4. Perkembangan Penerima PKH Komponen Disabilitas Berat



Sumber: Kementerian Sosial (2020)

Berdasarkan Grafik 4 tersebut, jumlah penerima bansos PKH komponen kesejahteraan sosial disabilitas berat juga mengalami peningkatan sejak tahun 2017 sampai dengan tahun 2019, namun mengalami sedikit penurunan di tahun 2020 antara lain disebabkan adanya penyesuaian kebijakan yang membatasi penerima manfaat yaitu hanya satu penyandang disabilitas berat dalam satu keluarga.

Sebagai bantuan bersyarat, PKH memiliki kewajiban yang wajib dipenuhi pada seluruh komponen agar penerima bantuan tetap menerima bantuan PKH. Jika pada komponen kesehatan dan pendidikan berlaku *hard conditionality*, maka khusus untuk komponen kesejahteraan lansia dan disabilitas berat, diterapkan *soft conditionality* yang artinya penerapan verifikasi komitmen kewajiban berdasarkan pada kemampuan anggota keluarga lansia dan disabilitas. Kewajiban untuk kategori penerima bantuan lansia, antara lain: 1) memastikan pemeriksaan kesehatan serta penggunaan layanan Puskesmas Santun Lanjut Usia; 2) layanan *home care* (pengurus merawat, memandikan, dan mengurus KPM lanjut usia; 3) *day care* (mengikuti kegiatan sosial di lingkungan tempat tinggal, lari pagi, senam sehat, dsb) bagi lanjut usia tersebut minimal 1 (satu) tahun sekali. Sedangkan kewajiban untuk kategori penerima bantuan disabilitas adalah pihak keluarga atau pengurus melayani, merawat, dan memastikan pemeriksaan kesehatan bagi penyandang disabilitas berat minimal 1 (satu) tahun sekali dengan menggunakan layanan *home visit* (tenaga kesehatan datang ke rumah KPM penyandang disabilitas berat) dan layanan *home care* (pengurus memandikan, mengurus, dan merawat KPM PKH).

2.3. Kondisi Lansia dan Penyandang Disabilitas di Indonesia

Berdasarkan statistik penduduk lansia yang dikeluarkan BPS pada tahun 2019 disebutkan bahwa dalam waktu hampir lima dekade (1971-2019), persentase lansia di Indonesia meningkat sekitar dua kali lipat, yaitu dari 4,5% menjadi 9,6% dari total penduduk atau sekitar 25 juta jiwa. Penduduk lansia memerlukan dukungan sosial maupun ekonomi yang idealnya disediakan oleh keluarga. Namun, faktanya sebanyak 9,38% lansia di Indonesia tinggal sendiri dengan perbandingan lansia wanita lebih banyak tiga kali lipat dibandingkan dengan lansia laki-laki (Susenas, 2019). Lansia yang tinggal sendiri tersebut, lebih rentan terhadap berbagai macam risiko,

seperti risiko ekonomi dan kesehatan, terlebih pada lansia perempuan yang cenderung termarginalkan.

Untuk memenuhi kebutuhannya, lansia memiliki sumber pendapatan yang diantaranya dapat berasal dari hasil kerja di hari tua, dukungan dari keluarga, dan perlindungan sosial. *Pertama*, sumber pendapatan lansia yang berasal dari hasil kerja di hari tua. Umumnya, terdapat dua motivasi yang melatarbelakangi lansia untuk tetap bekerja, yaitu kebutuhan ekonomi atau keinginan untuk tetap aktif di hari tua. Berdasarkan data BPS, persentase lansia bekerja di tahun 2019 mencapai 49,39% yang artinya satu dari dua lansia Indonesia masih bekerja, sisanya sebanyak 32,66% mengurus rumah tangga, sebanyak 17,62% lansia melakukan kegiatan lainnya, dan sebanyak 0,33% merupakan pengangguran. Hal ini menunjukkan bahwa lansia yang terlibat aktif secara ekonomi masih cukup banyak, baik sebagai bentuk aktualisasi diri maupun karena desakan ekonomi. Dari jumlah lansia yang bekerja tersebut, sebanyak 56,51% berada di pedesaan, sementara sisanya 43,06% berada di perkotaan dimana sebagian besar (80,76%) dari lansia tersebut berpendidikan SD ke bawah dengan rata-rata lama sekolah lansia sebesar 4,98 tahun atau setara dengan kelas 4 SD/ sederajat. Sejalan dengan tingkat pendidikan yang rendah tersebut, maka sebagian besar lansia (84,29%) bekerja pada sektor informal dan lapangan usaha lansia sebanyak 52,86% didominasi sektor pertanian yang tidak memerlukan kualifikasi tinggi dan keahlian yang spesifik. Sayangnya, sektor pertanian maupun informal merupakan jenis lapangan usaha dengan upah yang cenderung kecil, dan tidak adanya perlindungan ketenagakerjaan (Anker dkk, 2002). Keadaan ini berimbas pada perolehan upah yang tidak memadai dimana sebanyak 46,22% lansia memperoleh pendapatan kurang dari Rp1.000.000,00 per bulan. *Kedua*, adanya dukungan dari keluarga dapat meningkatkan kesejahteraan lansia. Namun ternyata masih ada 9,38% lansia di Indonesia tinggal sendiri sehingga tidak memiliki dukungan keluarga untuk membantu memenuhi kebutuhan hidupnya. *Ketiga*, pendapatan yang diperoleh dari program perlindungan sosial. Sistem perlindungan sosial lansia yang ada saat ini lebih banyak menjangkau anggota masyarakat yang bekerja di sektor formal, baik melalui asuransi sosial dengan kontribusi/iuran maupun pensiun (TNP2K, 2018). Sedangkan sebagian besar lansia lainnya tidak terjangkau skema perlindungan sosial terutama

mereka yang bekerja di sektor informal, hidup sendiri, dan rentan terhadap kemiskinan di usia lanjut. Hanya sebesar 12,91% rumah tangga lansia telah memiliki jaminan sosial dan umumnya berada di perkotaan. Akses dan fasilitas yang lebih baik memudahkan lansia di perkotaan lebih mudah untuk mendapatkan jaminan sosial dibandingkan mereka yang tinggal di perdesaan.

Berdasarkan kajian TNP2K tahun 2018, cakupan program perlindungan sosial pada lansia (60 tahun ke atas) kelompok ekonomi 40% terbawah menunjukkan bahwa seluruh lansia kelompok ekonomi 40% terbawah telah tercakup dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) baik JKN Non Kontribusi (JKN-PBI) maupun JKN Kontribusi. Namun terkait risiko ekonomi, perlindungan sosial lainnya seperti PKH dan ASLUT baru menjangkau 1,7% lansia kelompok ekonomi 40% terbawah, sedangkan Taspen dan Asabri baru menjangkau 12% populasi lansia.

Berdasarkan data Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) tahun 2015, sekitar 8,56% penduduk berusia dua tahun atau lebih mengalami gangguan (disabilitas) sedang dan sebanyak 1,87% mengalami gangguan (disabilitas) berat.

Gambar 1. Cakupan Perlindungan Sosial pada Lansia



Sumber : Susenas 2017 dalam TNP2K, 2018

**Tabel 3. Jumlah Penduduk Disabilitas di Indonesia Tahun 2015
(berdasarkan kelompok umur)**

Kelompok Umur (tahun)	Populasi	Disabilitas Sedang		Disabilitas Berat	
		Jumlah Penduduk	%	Jumlah Penduduk	%
0 - 6 tahun	24.083.555	1.047.703	4,35%	305.918	1,27%
7 - 8 tahun	38.230.392	622.108	1,63%	173.217	0,45%
19 - 59 tahun	162.732.512	9.549.485	5,87%	1.449.725	0,89%
> 60 tahun	21.609.716	9.888.281	45,76%	2.683.278	12,42%
Total	246.656.175	21.107.577	8,56%	4.612.138	1,87%

Sumber: SUPAS 2015 dalam TNP2K, 2018

Sebagian besar penyandang disabilitas tersebut hidup dalam kondisi rentan, terbelakang, dan/atau miskin yang disebabkan masih adanya pembatasan, hambatan, kesulitan, dan pengurangan atau penghilangan hak penyandang disabilitas. Berbagai macam tantangan maupun hambatan tersebut terjadi baik dari segi pendidikan, ekonomi, maupun hal lainnya. Berdasarkan kajian LPEM UI (2016) mengenai inklusifitas penyandang disabilitas di pasar tenaga kerja Indonesia, data Sakernas tahun 2016 menunjukkan bahwa dari segi pendidikan, sebanyak 45,74% penyandang disabilitas tidak pernah/tidak lulus SD sedangkan non-penyandang disabilitas yang berpendidikan SD ke atas mencapai 87,31%. Dari segi partisipasi penyandang disabilitas di pasar tenaga kerja, meskipun pemerintah telah mengeluarkan UU Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas, yang mengatur kewajiban untuk mengakomodir penyandang disabilitas sebanyak 1% dari keseluruhan pekerja yang dimilikinya bagi perusahaan swasta dan 2% untuk sektor pemerintah dan BUMN, namun hal tersebut belum mampu mengoptimalkan keterlibatan penyandang disabilitas dalam sektor formal di Indonesia. Tingkat inaktifitas⁷ penyandang disabilitas adalah sebesar 20,49% dan jauh lebih tinggi lagi untuk penyandang disabilitas berat yaitu sebesar 57,47%. Nilai tersebut jauh lebih tinggi dibandingkan non-penyandang disabilitas yang hanya sebesar 1,73%. Sebanyak 65,54% pekerja penyandang disabilitas bekerja di sektor informal dan persentase yang lebih

⁷ Inaktifitas adalah kondisi dimana seseorang yang tidak masuk ke pasar kerja tidak mempunyai aktifitas sebagai menjadi ibu rumah tangga maupun sekolah.

tinggi terjadi pada penyandang disabilitas berat dimana sebanyak 75,8% merupakan pekerja informal. Pekerja penyandang disabilitas tersebut umumnya bekerja di sektor pertanian dan pedesaan, bekerja sendiri atau menjadi pekerja temporer, bahkan tidak dibayar.

Pemerintah sebenarnya telah memenuhi sebagian kebutuhan para penyandang disabilitas terhadap jaminan perlindungan sosial melalui berbagai skema asuransi kesehatan dan ketenagakerjaan serta skema asistensi sosial meskipun dari segi cakupan masih terlalu kecil. Kemudian jika dilihat dari jaminan sosial yang diberikan pemerintah melalui BPJS Ketenagakerjaan, umumnya hanya mencakup orang-orang yang bekerja di sektor formal dengan skema kompensasi pekerja. Penerima bantuan sosial bagi penyandang disabilitas melalui program ASPDB pun masih sedikit dikarenakan program tersebut hanya mencakup penyandang disabilitas berat yang tidak mampu menghidupi diri sendiri dan tidak memiliki sumber penghasilan tetap. Oleh karena itu, sebagai sarana kompensasi kepada penyandang disabilitas berat yang tinggal dalam suatu keluarga maka akan diberikan PKH dengan komponen penyandang disabilitas berat (yang tidak tercakup dalam BPJS Ketenagakerjaan).

Berdasarkan data Bapenas tahun 2016-2017 dalam kajian TNP2K tahun 2019, penyandang disabilitas berat yang tercakup dalam program perlindungan sosial khususnya melalui skema non kontribusi (PKH dan ASPDB) hanya mencapai 3,1% atau sebesar 140.882 jiwa dan sekitar 94,5% atau sebanyak 4.358.766 jiwa belum memiliki akses terhadap perlindungan sosial. Cakupan program perlindungan sosial terhadap para penyandang disabilitas berat lebih rinci diuraikan dalam tabel 4 berikut:

Tabel 4. Cakupan Perlindungan Sosial pada Penyandang Disabilitas Berat

Skema Perlindungan Sosial	Penerima Manfaat	Persentase terhadap penyandang disabilitas berat
Skema Non Kontribusi		
PKH	118.382 orang dengan disabilitas berat	2,6%
ASPDB	22.500 orang	0,5%
Skema Kontribusi		
BPJS Ketenagakerjaan	112.490 orang	2,4%

	dengan disabilitas berat	
PT Taspen dan PT Asabri	-	-
Tidak memiliki akses terhadap perlindungan sosial	4.358.766 orang dengan disabilitas berat yang belum tercakup	94,5%

Sumber: TNP2K, 2019 (diolah)

2.4. Skema Perlindungan Sosial bagi Lansia dan Disabilitas

Seiring dengan menurunnya produktivitas penduduk lanjut usia dan kondisi penyandang disabilitas yang menghadapi keterbatasan baik dari aspek ekonomi, pendidikan, keterampilan maupun kemasyarakatan mengakibatkan penduduk lansia dan disabilitas tersebut rentan untuk jatuh dalam kemiskinan dibandingkan dengan penduduk lainnya. Kondisi tersebut dihadapi dengan jumlah lansia dan penyandang disabilitas yang semakin meningkat dari tahun ke tahun sehingga diperlukan perhatian lebih dari Pemerintah untuk mengembangkan program perlindungan sosial yang dapat menjangkau lebih banyak lansia maupun penyandang disabilitas dikarenakan masih terbatasnya cakupan perlindungan sosial bagi mereka pada saat ini.

Salah satu bentuk perhatian pemerintah terhadap lansia maupun penyandang disabilitas saat ini diwujudkan dalam kebijakan perlindungan sosial untuk lansia dan penyandang disabilitas, baik melalui rehabilitasi sosial, jaminan sosial, maupun bantuan sosial. Namun, data TNP2K menunjukkan bahwa sekitar 85% penduduk lansia di Indonesia tidak memiliki jaminan pendapatan sedangkan sistem perlindungan sosial yang ada saat ini lebih banyak menjangkau anggota masyarakat yang lebih mampu di sektor formal misalnya melalui asuransi sosial dengan kontribusi/iuran maupun pensiun PNS. Untuk penyandang disabilitas, TNP2K juga mengungkapkan bahwa pada tahun 2017, sebanyak 94,5% dari penyandang disabilitas berat tidak mendapatkan manfaat dari program perlindungan sosial baik dengan skema kontribusi maupun non kontribusi.

Saat ini, perlindungan sosial non kontribusi bagi penyandang disabilitas berat dan lansia secara khusus terdapat pada PKH Komponen Kesejahteraan Sosial, ASPDB, dan ASLUT. Pada tahun 2006, pemerintah melalui Kementerian Sosial telah meluncurkan program Jaminan Sosial Lanjut Usia (JSLU) di 29 provinsi, dan program Pemberian Bantuan Dana Jaminan

Sosial Bagi Penyandang Cacat Berat di 5 Provinsi. Program inilah yang kemudian pada perkembangannya menjadi program Asistensi Sosial Lanjut Usia Terlantar (ASLUT) dan Asistensi Sosial bagi Penyandang Disabilitas Berat (ASPDB).

Dalam perkembangannya, pada tahun 2019 ASLUT diberikan kepada 30.000 lanjut usia, senilai Rp200 ribu per bulan per orang di 34 provinsi, 418 Kabupaten/Kota, 1.531 Kecamatan dan 4.492 Desa. Kriteria penerima ASLUT, adalah lanjut usia berusia 60 tahun ke atas dengan kondisi *bedridden* atau sakit menahun terlantar (bergantung pada bantuan orang lain atau pendamping), tidak tinggal bersama keluarga dan tidak berpenghasilan tetap. Penyalurannya dilaksanakan tiga kali setahun. Sedangkan ASPDB diberikan kepada 22.500 penyandang disabilitas berat, dengan nilai masing-masing Rp300 ribu per orang per bulan di 34 Provinsi, 366 Kabupaten/Kota, 4.407 Kecamatan. Kriteria penerima ASPDB adalah penyandang disabilitas berat berusia 2 sampai 59 tahun, disabilitasnya tidak dapat direhabilitasi, dan hidup bersama keluarga miskin.

Kemudian pada tahun 2016, terdapat penambahan komponen kesejahteraan sosial pada program PKH dengan kriteria lansia usia 60 tahun ke atas dan penyandang disabilitas diutamakan penyandang disabilitas berat agar dapat mempertahankan taraf kesejahteraan sosialnya sesuai dengan amanat konstitusi. Pada tahun 2018, penerima ASLUT dan ASPDB dialihkan menjadi target dari PKH dikarenakan dari tahun ke tahun baik kepesertaan ASLUT maupun ASPDB tidak mengalami peningkatan yang signifikan. Hingga pada tahun 2019, program ASLUT dan ASPDB dikeluarkan dan dilaksanakan terpisah dari PKH dengan pelaksanaan program PKH yang tetap mengakomodasi komponen kesejahteraan sosial lansia dan disabilitas berat.

2.5. Pentingnya Penguatan Program Jaminan Sosial di Indonesia

Program jaminan sosial memiliki peran penting untuk melindungi sumber daya manusia Indonesia dalam menghadapi serta membangun ketahanan terhadap berbagai macam risiko dan gejala yang mungkin timbul. Terlebih pada masyarakat yang belum tercakup dalam program perlindungan apapun dan tidak memiliki sumber daya yang cukup untuk mengikuti asuransi sosial,

maka kehadiran perlindungan sosial non kontribusi (bantuan sosial) menjadi sangat dibutuhkan. Bantuan sosial tersebut diarahkan pada penanggulangan risiko dan kerentanan baik yang bersumber dari internal seperti kerentanan yang berkaitan dengan siklus hidup dan bersifat permanen, maupun kerentanan eksternal yang dapat disebabkan oleh bencana alam, guncangan ekonomi, guncangan sosial, maupun wabah penyakit.

Dalam kasus krisis kesehatan akibat wabah penyakit misalnya, dampak yang muncul dari risiko tersebut tidak hanya berdampak pada timbulnya biaya kesehatan yang lebih tinggi, namun pada tingkat yang lebih serius yaitu terjadinya perlambatan ekonomi. Dalam kondisi seperti ini, bantuan sosial termasuk PKH menjadi hal yang sangat diperlukan bagi masyarakat yang rentan terdampak risiko agar dapat mempertahankan kehidupannya. Oleh karena itu, yang menjadi tantangan saat ini adalah menjawab seberapa efektif program perlindungan sosial yang ada dapat meminimalisir dampak dari berbagai guncangan/risiko tersebut yang antara lain berkaitan dengan seberapa besar program jaminan sosial yang ada dapat mencakup masyarakat miskin dan rentan miskin, dan besaran bantuan yang diterima dapat memberikan manfaat lebih kepada masyarakat tersebut.

BOKS 1: Perpu No.1 Tahun 2020, Upaya Pemerintah Memperkuat Jaring Pengaman Sosial dalam Menghadapi Gejolak Ekonomi akibat Wabah Pandemi Covid-19

Dampak dari wabah virus corona yang melanda dunia pada kuartal pertama tahun 2020 menjadi hantaman besar bagi perekonomian dunia, termasuk Indonesia. Pertumbuhan ekonomi dunia tahun 2020 yang sebelumnya diproyeksikan meningkat menjadi 3,3% dari 2,9% di tahun 2019 nyatanya harus mengalami koreksi. Hanya dalam waktu dua minggu, seluruh penilaian risiko untuk tahun 2020 menjadi sangat berubah dengan dihadapkan pada profil risiko yang lebih tinggi. Dampaknya, kondisi tersebut akan menekan pertumbuhan ekonomi Indonesia.

Untuk mengatasi dampak negatif pandemi virus corona pada perekonomian Indonesia, Pemerintah telah berupaya melakukan beberapa langkah antisipasi, diantaranya dengan mempercepat realisasi belanja Kementerian/Lembaga terutama untuk Belanja Bantuan Sosial seperti PKH, Kesehatan, BOS, Dana Desa, serta Belanja Non Operasional. Untuk penanggulangan bencana, sudah dibayarkan sebesar Rp21,8 miliar untuk 4 (empat) lokasi termasuk bantuan banjir, tanah longsor, dan bantuan masker untuk 10 ribu masker untuk penanganan virus corona (Kemenkeu, 2020). Pencairan Dana Desa juga dipercepat dengan merubah termin pencairan. Jika sebelumnya tahap I: 20%, tahap II: 40%, dan tahap III: 40%, maka pada tahun 2020 ini menjadi tahap I: 40%, tahap II: 40%, dan tahap III: 20%.

Percepatan Belanja Bantuan Sosial juga dilakukan dengan percepatan pencairan untuk bulan Februari, Maret, dan April yang dipercepat dan dicairkan pada bulan Februari. Data Kemenkeu menyebutkan bahwa Pemerintah telah mencairkan dana sebesar Rp12 triliun untuk Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan Nasional (PBI JKN). Pemerintah juga melindungi daya beli 40% masyarakat terbawah dengan Kartu Sembako. Program kartu sembako telah dibagikan kepada 15,05 juta keluarga sebesar Rp1,8 triliun (Kemenkeu, 2020).

Kemudian, untuk menjaga daya beli KPM PKH sebagai kelompok yang sangat rentan terhadap perlambatan ekonomi akibat penyebaran Virus Corona (Covid-19), maka dilakukan percepatan pencairan bantuan Program Keluarga Harapan (PKH) pada tahap II pada Bulan Maret 2020 dari jadwal semula yang seharusnya dicairkan pada Bulan April 2020. Percepatan pencairan tersebut diharapkan dapat menjaga daya beli KPM PKH dan dapat dimanfaatkan dengan baik oleh KPM untuk meningkatkan gizi anggota keluarga sehingga dapat meningkatkan ketahanan tubuh dari penyebaran Virus Corona. Sampai dengan tanggal 10 Maret 2020, dana bansos PKH yang diajukan dan telah cair dari Kementerian Keuangan senilai Rp7,01 triliun untuk 9,21 juta KPM (Kemensos, 2020).

Selain itu, Pemerintah melalui Peraturan Pengganti Undang-Undang (Perppu) Nomor 1 Tahun 2020 tentang Kebijakan Keuangan Negara dan Stabilitas Sistem Keuangan untuk Penanganan Pandemi Corona Virus Disease 2019 (Covid-19) dan/atau Dalam Rangka Menghadapi Ancaman yang Membahayakan Perekonomian Nasional dan/atau Stabilitas Sistem Keuangan, yang salah satunya memfokuskan pada penguatan jaring pengaman sosial telah membuat beberapa kebijakan, antara lain: 1) Melakukan pergeseran anggaran antarunit organisasi, antarfungsi, dan/atau antarprogram; 2) Pemerintah Daerah diberikan kewenangan untuk melakukan pengutamaan penggunaan alokasi anggaran untuk kegiatan tertentu (refocussing), perubahan alokasi, dan penggunaan APBD; 3) Penggunaan Dana Desa yang diutamakan antara lain untuk bantuan langsung tunai untuk penduduk miskin di desa dan kegiatan penanganan pandemi Covid 19; 4) Untuk daerah yang dilanda maupun yang belum dilanda pandemi Covid 19 dapat menggunakan sebagian atau seluruh belanja infrastruktur sebesar 25% dari DTU untuk penanganan pandemi Covid 19, baik untuk sektor kesehatan maupun untuk jaring pengaman sosial (social safety net) dalam bentuk penyediaan logistik beserta pendistribusiannya dan/atau belanja lain yang bersifat mendesak yang ditetapkan Pemerintah.

Dengan kebijakan dalam Perppu tersebut, pemerintah memutuskan menambah total tambahan belanja dan pembiayaan APBN Tahun 2020 untuk penanganan COVID-19 sebesar Rp405,1 triliun. Total anggaran tersebut, masing-masing akan dialokasikan untuk belanja bidang kesehatan sebesar Rp75 triliun, perlindungan sosial sebesar Rp110 triliun, dan insentif perpajakan dan stimulus Kredit Usaha Rakyat sebesar Rp70,1 triliun, serta sebesar Rp150 triliun untuk pembiayaan program pemulihan ekonomi nasional, termasuk restrukturisasi kredit serta penjaminan dan pembiayaan dunia usaha, khususnya UMKM. Dari jumlah sebesar Rp110 triliun untuk perlindungan sosial, akan dialokasikan dalam berbagai skema yang telah ada seperti PKH, bantuan sembako, BPJS Ketenagakerjaan dan lainnya. Selain itu, rencananya kepada sebanyak 29,3 juta akan disalurkan bantuan sosial temporer dalam bentuk Bantuan Langsung Tunai (BLT) yang terdiri dari 40% kelompok masyarakat ekonomi termiskin dan kepada masyarakat yang terdampak, agar mereka dapat memenuhi kebutuhan pokok selama penerapan physical distancing dan social distancing untuk mengurangi resiko terpapar COVID-19 yang lebih meluas.

Namun, yang masih menjadi tantangan dari program PKH dalam menghadapi bencana wabah Covid-19 ini adalah dari segi cakupannya yang belum optimal. PKH belum optimal menjangkau seluruh masyarakat yang rentan yaitu mereka yang berada 40% ekonomi terbawah sehingga mereka yang tidak terjangkau oleh bansos PKH perlu untuk mendapatkan perlindungan sosial dalam bentuk lain. Untuk itu, Kementerian Keuangan bersama dengan Kementerian Sosial sedang berupaya mengkaji posisi APBN untuk menambah bansos PKH, serta skema apa yang paling tepat, apakah dengan menambah cakupan atau menambah nilai bantuan PKH.

Sumber: Perpu No.1 Tahun 2020; Publikasi Kemensos.go.id; dan Kemenkeu.go.id

Di Indonesia, kajian yang dilakukan oleh TNP2K pada tahun 2017 menyebutkan bahwa total investasi pada sistem jaminan sosial di Indonesia tahun 2017 adalah sebesar 0,73% dari PDB dimana sebesar 0,18% berasal dari skema kontribusi, dan 0,55% berasal dari skema non kontribusi yang terdiri dari 0,35% dalam bentuk bantuan sosial dan 0,20% dalam bentuk JKN-PBI (Jaminan Kesehatan Nasional-Penerima Bantuan Iuran). Berbagai skema perlindungan sosial non kontribusi seperti Bantuan Pangan Non Tunai (BNPT), Program Indonesia Pintar (PIP), dan Program Keluarga Harapan (PKH), umumnya menysasar keluarga miskin terutama yang memiliki anak sekolah sebagai target utama bantuan sosial tersebut sedangkan lansia maupun disabilitas masih belum menjadi fokus dimana hal tersebut terlihat dari masih rendahnya investasi Indonesia terhadap bantuan sosial bagi lansia maupun disabilitas yang hanya sebesar 0,001% dari PDB. Untuk skema kontribusi, dengan ditetapkannya UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan juga UU No. 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, maka cakupan jaminan sosial kepada masyarakat menjadi lebih luas. Hal tersebut menunjukkan bahwa dengan kondisi skema non kontribusi yang berfokus pada keluarga miskin, dan skema kontribusi yang umumnya lebih menjangkau masyarakat di sektor formal, pada akhirnya menyisakan kelompok masyarakat berpendapatan rendah, dan rentan terhadap gejolak ekonomi namun belum tercakup dalam skema perlindungan sosial baik kontribusi maupun non kontribusi atau disebut sebagai *'missing middle'* (TNP2K, 2018).

Berdasarkan uraian tersebut, permasalahan cakupan program jaminan sosial baik melalui skema kontribusi maupun non kontribusi, merupakan tantangan dalam mewujudkan sistem jaminan sosial yang komprehensif di Indonesia, termasuk diantaranya adalah bagaimana menciptakan jaminan sosial yang memadai bagi para lansia dan penyandang disabilitas berat. Perlindungan sosial yang memadai bagi lansia dan penyandang disabilitas berat menjadi salah satu tantangan tersendiri bagi pemerintah dalam mewujudkan perekonomian yang adil dan merata mengingat secara kuantitas populasi lansia dan disabilitas berat semakin bertambah. Pemberian bantuan sosial lansia dan disabilitas berat menurut kajian yang dilakukan TNP2K pada tahun 2018 ternyata dapat memberikan dampak positif, antara lain:

- a. Melalui bantuan sosial yang diberikan kepada lansia maupun penyandang disabilitas berat, maka keluarga tersebut dapat berinvestasi lebih banyak untuk anak-anak mereka baik dalam bidang pendidikan maupun kesehatan sehingga akan menghasilkan angkatan kerja masa depan yang lebih sehat dan produktif;
- b. Penyaluran bantuan tersebut akan menurunkan beban yang ditanggung keluarga dengan lansia maupun penyandang disabilitas berat sehingga dapat meningkatkan kapasitas belanja, dan menciptakan pasar bagi para wirausahawan di tingkat lokal yang diharapkan dapat membentuk lapangan kerja dan berkontribusi pada pertumbuhan ekonomi;
- c. Pertumbuhan ekonomi yang lebih besar ini akan meningkatkan pendapatan pajak, yang pada akhirnya akan dapat membiayai alokasi anggaran untuk perlindungan sosial di masa depan, dan menciptakan lingkaran positif yang memastikan terlaksananya suatu sistem perlindungan sosial bagi penduduk lansia yang sesuai bagi negara berpendapatan menengah;

BOKS 2 : Negara yang Beralih Mengembangkan Sistem Perlindungan Sosial Menggunakan Pendekatan *Life-Cycle*/Siklushidup

Negara yang sebelumnya berupaya mengadopsi strategi seperti PKH di Indonesia dengan memasukkan penduduk lansia serta penyandang disabilitas sebagai bagian dari Program Bantuan Bersyarat/CCT telah mengubah strategi dan beralih mengembangkan sistem perlindungan sosial menggunakan pendekatan *life-cycle*/siklushidup:

1. Mexico sebelumnya berupaya mendukung Lansia melalui *Program Oportunidades*/CCT, tetapi setelah beberapa tahun secara bertahap mengembangkan pemberian program 'pensiun' secara menyeluruh kepada Lansia. Saat ini jumlah Lansia sama dengan jumlah penerima *Program Oportunidades*.
2. Ekuador, secara bertahap *Bono de Desarrollo Humano* (BDH) kembali menjadi CCT tanpa penerima Lansia maupun Difabel. Penerima manfaat untuk Lansia dan kelompok Difabel yang dipisahkan dari CCT diperluas, bahkan program 'pensiun' sekarang menjadi skema yang terbesar di Ekuador.

Sumber, TNP2K, 2017

- d. Sedangkan dari perspektif hak asasi manusia, seluruh penduduk Indonesia khususnya bagi lansia dan penyandang disabilitas berat tersebut akan mendapatkan perlindungan dan hak hidup layak.

Pada negara maju dimana peningkatan populasi lansia lebih dulu terjadi dibandingkan negara berkembang, menunjukkan adanya peningkatan anggaran belanja terkait upaya pemeliharaan kesejahteraan yang cukup besar dikarenakan meningkatnya kebutuhan akan pelayanan kesehatan dan jaminan sosial (Bahruddin, 2010). Seperti halnya yang terjadi di Jepang, dimana persentase kelompok lanjut usia (65 tahun ke atas) dibanding total populasi meningkat dari 21,24% pada tahun 2008 menjadi 27,58% pada tahun 2018 (*World Bank, 2019*) dan bersamaan dengan hal tersebut persentase belanja kesehatan terhadap PDB juga meningkat dari 8,2% pada tahun 2008 menjadi 10,9% pada tahun 2018 (*OECD Statistic, 2019*). *International Monetary Fund* (IMF) dalam tulisannya mengenai *The Cost of Asia's Aging* pada 2017 lalu menyebutkan bahwa dampak dari penuaan penduduk di Jepang berpotensi menurunkan laju pertumbuhan produk domestik bruto (PDB) rata-rata tahunan sebesar 1% dalam tiga dekade mendatang.

III. PENUTUP

3.1. Kesimpulan

Pemerintah Indonesia telah melaksanakan Program Keluarga Harapan sejak tahun 2007 sebagai upaya untuk memberi perlindungan sosial bagi Keluarga Penerima Manfaat. Sebagai program bantuan sosial bersyarat yang salah satu tujuannya untuk menanggulangi kemiskinan, PKH dalam jangka pendek diharapkan mampu membantu KPM dalam mengurangi beban pengeluaran, kemudian dalam jangka menengah diharapkan dapat mengubah perilaku KPM dalam mengakses layanan yang menjadi syarat dalam program PKH seperti layanan kesehatan, pendidikan dan kesejahteraan sosial sehingga dapat menghasilkan generasi yang lebih baik baik di masa muda maupun masa tuanya. Selanjutnya dalam jangka panjang, PKH diharapkan mampu untuk memutus rantai kemiskinan antar generasi, sehingga PKH tidak hanya diarahkan untuk perbaikan aspek kesehatan dan pendidikan, tetapi juga lebih diarahkan untuk meningkatkan pendapatan yang akan berdampak pada peningkatan kesejahteraan masyarakat. Salah satu langkah konkrit tersebut

adalah sejak tahun 2016, lanjut usia dan disabilitas berat masuk sebagai bagian dari komponen kesejahteraan dalam PKH.

Komitmen pemerintah terhadap penduduk lansia dan penyandang disabilitas berat salah satunya telah ditunjukkan pemerintah pada tahun 2006 melalui program Jaminan Sosial Lanjut Usia (JSLU) dan Pemberian Bantuan Dana Jaminan Sosial Bagi Penyandang Cacat Berat yang kemudian berkembang menjadi program Asistensi Sosial Lanjut Usia Terlantar (ASLUT) dan Asistensi Sosial bagi Penyandang Disabilitas Berat (ASPDB). Namun dengan semakin bertambahnya populasi lansia, dan belum optimalnya dukungan pemerintah terhadap penyandang disabilitas berat, serta masih tingginya persentase lansia maupun penyandang disabilitas berat yang belum tercakup dalam perlindungan sosial yang berkaitan dengan risiko ekonomi baik melalui skema kontribusi maupun non kontribusi mengakibatkan perlunya pengembangan atas program perlindungan sosial bagi lansia dan penyandang disabilitas berat saat ini.

Pada program ASPDB maupun ASLUT, baik dari segi anggaran maupun cakupan cenderung tidak mengalami peningkatan yang signifikan dari tahun ke tahun. Oleh karena itu, dilakukan pengalihan program ASPDB maupun ASLUT ke dalam PKH Komponen Kesejahteraan Sosial Lansia dan Disabilitas Berat dimana keberadaan PKH sebagai program nasional diharapkan tidak ada kendala dari segi anggaran dan cakupan. Namun pada pelaksanaannya, terdapat sejumlah kendala akibat adanya perbedaan konsep mendasar antara PKH dengan ASLUT dan ASPDB antara lain berkaitan dengan pendekatan yang digunakan, dan permasalahan pendampingan yang kemudian mengakibatkan dikeluarkannya kembali program ASPDB dan ASLUT dari PKH. Selain program ASPDB dan ASLUT, di dalam PKH sendiri terdapat Komponen Kesejahteraan Sosial Lansia dan Disabilitas Berat. Namun keberadaan komponen Lansia dan Disabilitas Berat dalam PKH menimbulkan tantangan tersendiri diantaranya tidak ada jaminan bahwa manfaat bantuan dinikmati/menjangkau anggota keluarga Lansia dan Disabilitas Berat dalam keluarga dimana pengurus keluarga mungkin akan memprioritaskan anggota keluarga lain, pemberian bansos kepada lansia maupun disabilitas berat yang tercakup di dalam PKH hanya akan menjangkau lansia maupun penyandang disabilitas yang masih memiliki keluarga sedangkan mereka yang hidup sendiri dan masih sangat rentan

belum/tidak menerima bantuan, proses graduasi pada penerima PKH dan anggapan bahwa KPM yang telah graduasi mampu menanggung pengeluaran anggota keluarga lansia maupun penyandang disabilitas berat berpotensi mengakibatkan tidak terpenuhinya kebutuhan dari lansia maupun penyandang disabilitas berat tersebut sedangkan risiko kesehatan dan ekonomi tersebut melekat pada lansia maupun penyandang disabilitas berat seiring siklus hidupnya, dan dengan semakin besarnya porsi anggaran PKH yang teralokasi untuk komponen Lansia dan Disabilitas Berat berpotensi mengalihkan fokus PKH yang pada awalnya ditujukan untuk pendidikan dan kesehatan.

Program jaminan sosial ke depan diharapkan dapat mencakup mereka yang tergolong berpendapatan menengah baik melalui skema kontribusi maupun non kontribusi untuk mendorong pertumbuhan ekonomi yang inklusif. Tidak hanya anak, namun lansia juga sepatutnya diprioritaskan dalam sistem perlindungan sosial yang ada saat ini mengingat kemiskinan di Indonesia memiliki hubungan yang kuat dengan dimensi usia. Reformasi dalam sistem jaminan sosial ini akan meningkatkan cakupan peserta jaminan sosial dan diharapkan dapat menjadi pondasi yang kuat saat terjadi gejolak politik, ekonomi, ataupun bencana alam.

Jika mengikuti *Global Best Practice*, maka terdapat tiga level dalam perlindungan sosial lansia. Level pertama, skema non kontribusi yang diperuntukkan bagi seluruh lansia berusia di atas 70 tahun yang tidak memiliki jaminan pensiun. Level kedua, skema kontribusi dengan nilai tertentu seperti Jaminan Hari Tua (JHT), Jaminan Pensiun (JP) yang dikelola oleh BPJS Ketenagakerjaan maupun program pensiun bagi pegawai negeri sipil, dan juga pensiunan militer yang dikelola oleh PT Taspen/PT Asabri. Level ketiga, adalah bagi sebagian kecil populasi dengan pendapatan yang lebih tinggi dan dapat berkontribusi penuh dalam skema jaminan sosial tersebut.

PKH dan perlindungan sosial bagi lansia dan penyandang disabilitas berat pada dasarnya berada pada siklus hidup yang berbeda dengan karakteristik yang berbeda pula sehingga agar lebih berfokus pada tujuan awal PKH maka lebih baik dilakukan pemisahan antara PKH dan perlindungan sosial bagi lansia dan penyandang disabilitas berat. Dari pemisahan tersebut, diharapkan

adanya perhatian lebih terhadap perlindungan sosial bagi lansia dan penyandang disabilitas berat yang dapat berdampak pada peningkatan cakupan maupun anggaran program disertai dengan pendataan yang valid. Berbagai kebijakan tersebut dilaksanakan dengan mempertimbangkan kapasitas fiskal Indonesia.

3.2. Saran

Berdasarkan berbagai uraian yang telah disampaikan pada pembahasan di atas, maka Penulis memberikan beberapa saran perbaikan atas pelaksanaan PKH:

1. Untuk melakukan pengembangan terhadap Sistem Jaminan Sosial Nasional, maka diperlukan komitmen untuk memperbaiki sistem yang telah ada, salah satunya pada program perlindungan sosial bagi lansia dan penyandang disabilitas berat baik yang tercakup dalam program ASPDB, ASLUT, maupun PKH Komponen Kesejahteraan Sosial Lansia dan Disabilitas Berat. Komitmen perbaikan tersebut diantaranya dapat dilakukan oleh Kementerian Sosial dengan melaksanakan rekomendasi BPK RI untuk melakukan perbaikan baik dalam aspek pengendalian internal maupun kepatuhan terhadap perundang-undangan. Hal ini perlu menjadi prioritas perbaikan PKH maupun program ASPDB dan ASLUT agar permasalahan tersebut tidak menjadi permasalahan berulang;
2. Basis data merupakan faktor yang krusial dalam menentukan efektifitas dan efisiensi anggaran yang dialokasikan pada program perlindungan sosial bagi lansia dan penyandang disabilitas berat baik yang tercakup dalam program ASPDB, ASLUT, maupun PKH Komponen Kesejahteraan Sosial Lansia dan Disabilitas Berat. Terlebih data tersebut bersifat dinamis, sehingga perlu adanya pengembangan basis data yang berkelanjutan oleh Kemensos. Hal ini didasarkan pada permasalahan di lapangan yang masih menemukan adanya penerima PKH yang tidak tepat sasaran. Pengembangan basis data yang didukung oleh teknologi yang mutakhir, ketersediaan SDM dan anggaran yang memadai merupakan suatu hal yang perlu diperkuat seiring dengan anggaran dan cakupan penerima yang semakin meningkat;
3. Dalam jangka panjang, diharapkan Indonesia dapat membangun suatu sistem perlindungan sosial yang komprehensif dan inklusif. PKH dapat

diintegrasikan dengan program-program sosial lain, seperti PBI-JKN, Rastra, KIP, dan beberapa program sosial lainnya untuk meningkatkan efektifitas tujuan PKH dalam mengentaskan kemiskinan dan mengurangi ketimpangan. Sedangkan untuk meningkatkan inklusifitasnya, dari sisi jumlah penerima manfaat, diharapkan jumlah cakupan penerima bansos PKH bisa bertambah atau sama dengan jumlah keluarga miskin dan rentan miskin di Indonesia akibat bencana alam, guncangan ekonomi, guncangan sosial maupun wabah penyakit, yang mana hal ini perlu didukung oleh basis data yang andal;

4. Perlindungan sosial bagi lansia dan penyandang disabilitas berat bukan merupakan program baru dalam sejarah program perlindungan sosial di Indonesia. Meski demikian, hal ini masih tergolong baru dalam PKH sendiri. Sampai saat ini, aspek kesejahteraan sosial (lansia dan disabilitas berat) masih terus dikembangkan di dalam PKH yang pada awalnya memang difokuskan pada pendidikan dan kesehatan. Jika melihat pada praktik global, beberapa negara seperti Meksiko dan Ekuador yang sebelumnya memasukkan penduduk lansia serta penyandang disabilitas dalam Program Bantuan Bersyarat/CCT telah beralih dan kembali memisahkan program perlindungan sosial lansia dan disabilitas berat dari CCT/PKH untuk mengembangkan sistem perlindungan sosial menggunakan pendekatan *life-cycle*/siklus hidup. Oleh karena itu, jika kembali pada fokus awal PKH yaitu pada pendidikan dan kesehatan, maka lebih baik program perlindungan sosial bagi lansia dan disabilitas berat dilaksanakan secara terpisah karena adanya perbedaan pendekatan siklus hidup pada kedua program tersebut. Keberadaan ASLUT dan ASPDB dapat lebih dioptimalkan lagi sebagai modal dalam mengembangkan program perlindungan sosial bagi lansia dan disabilitas berat ke depan;
5. Perlu dilakukan penyesuaian nominal bantuan dengan batasan pendapatan yang termasuk dalam garis kemiskinan. Per Maret 2019, jumlah pendapatan sesuai garis kemiskinan adalah sebesar Rp425.250,00 per bulan per lansia. Penyesuaian tersebut diperlukan agar kualitas hidup lansia maupun penyandang disabilitas berat terjaga dengan baik serta dapat menurunkan angka kemiskinan secara signifikan namun tentunya juga dilakukan dengan memperhatikan kapasitas fiskal yang ada.

Daftar Pustaka

- Indonesia. 1998. *Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia*.
- _____. 2004. *Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional*.
- _____. 2011. *Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial*
- _____. 2016. *Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas*.
- _____. 2020. *Peraturan Pengganti Undang-Undang (Perppu) Nomor 1 Tahun 2020 tentang Kebijakan Keuangan Negara dan Stabilitas Sistem Keuangan untuk Penanganan Pandemi Corona Virus Disease 2019 (Covid-19) dan/atau Dalam Rangka Menghadapi Ancaman yang Membahayakan Perekonomian Nasional dan/atau Stabilitas Sistem Keuangan*
- _____. 2020. *Buku II Nota Keuangan beserta Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara Tahun Anggaran 2020*.
- Anker et al. 2002. *Measuring Decent Work with Statistical Indicators. Working Paper No 2: ILO*.
- Badan Pemeriksa Keuangan. 2019. *Laporan Hasil Pemeriksaan Dengan Tujuan Tertentu atas Pengelolaan dan Pertanggungjawaban Belanja Bantuan Sosial Pangan dan Program Keluarga Harapan Tahun 2018 (s.d. Trimulan III) pada Kementerian Sosial dan Instansi Lain yang Terkait*. Jakarta: BPK RI.
- Badan Pusat Statistik. 2018. *Statistik Penduduk Lanjut Usia*. Jakarta: Badan Pusat Statistik.
- _____. 2019. *Statistik Penduduk Lanjut Usia*. Jakarta: Badan Pusat Statistik.
- Bahrudin. 2010. *Pengarusutamaan Lansia dalam Pelayanan Sosial*. *Jurnal Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Vol 13 No. 3*. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada.
- Direktorat Jaminan Sosial Keluarga. 2019. *Perlindungan Sosial Bagi Lanjut Usia dan Disabilitas*. Jakarta: Kementerian Sosial Republik Indonesia.

- Direktorat Jenderal Perlindungan dan Jaminan Sosial. 2016. *Kebijakan Pelaksanaan Program Keluarga Harapan (PKH)*. Jakarta: Kementerian Sosial Republik Indonesia.
- Hernayah. 2015. *Ageing Population Dan Bonus Demografi Kedua Di Indonesia*. *Jurnal Populasi Volume 23 Nomor 2 2015*, 3.
- International Monetary Fund. 2017. *Chart of the Week: The Cost of Asia's Aging*. Diakses pada 4 Januari 2020 dari <https://blogs.imf.org>.
- Kementerian Sosial. 2016. *Pedoman Pelaksanaan PKH Tahun 2016*. Jakarta: Kementerian Sosial Republik Indonesia.
- _____. 2018. *Pedoman Pelaksanaan Program Keluarga Harapan 2019*. Jakarta: Kementerian Sosial Republik Indonesia.
- LPEM FEB UI. 2016. *Menuju Inklusifitas Penyandang Disabilitas di Pasar Kerja Indonesia*. Depok : LPEM FEB UI, 1-3.
- OECD. 2019. *Health Expenditure and Financing Data by Country*. Diakses pada 5 Februari 2020 dari <https://stats.oecd.org>.
- Sumarno, Setyo *et al.* 2011. *Evaluasi Program Jaminan Sosial Lanjut Usia (JSLU)*. Jakarta: P3KS Press.
- TNP2K. 2017. *Penduduk Lanjut Usia (Lansia) dan Keterjangkauan Program Perlindungan Sosial bagi Lansia*. Jakarta: TNP2K
- _____. 2018. *Perlindungan Sosial bagi Penduduk Lanjut Usia di Indonesia*. Jakarta : TNP2K
- _____. 2018. *Program Bantuan Pemerintah untuk Individu, Keluarga, dan Kelompok Tidak Mampu*. Jakarta: TNP2K.
- _____. 2018. *The Future of The Social Protection System In Indonesia*. Jakarta: TNP2K.
- _____. 2019. *Sistem Perlindungan Sosial Indonesia ke Depan: Perlindungan Sosial Sepanjang Hayat Bagi Semua*. Presentasi Forum Kajian Pembangunan tanggal 3 Oktober 2019. Jakarta: TNP2K.

_____. 2019. *Policy Brief: Inclusive Social Protection for Persons with Disability in Indonesia*. Jakarta: TNP2K.

World Bank. 2019. *Population Ages 65 and Above (% of Total Population)*. Diakses pada 2 Februari 2020 dari <https://data.worldbank.org>.