



Jurnal Kalacakra

Volume 05, Nomor 01, 2024, pp: 40 ~ 55

ISSN: p-ISSN; 2723-7389 e-ISSN: 2723-7397

e-mail: jurnalkalacakra@untidar.ac.id, website: <https://jurnal.untidar.ac.id/index.php/kalacakra/index>

EFEKTIVITAS PELAKSANAAN PKH DALAM KOMPONEN KESEJAHTERAAN SOSIAL (KELOMPOK LANJUT USIA DAN DISABILITAS BERAT)

Sheila Andriani Kumala^{1a)}

¹Fakultas Ilmu Sosial dan Politik, Yogyakarta

e-mail: ^{a)} sheilaandriani@mail.ugm.ac.id

Received: 27 Juni 2023

Revised: 15 Januari 2024

Accepted: 15 Januari 2024

ABSTRAK

Program Keluarga Harapan (PKH) merupakan program di bawah tanggung jawab kementerian sosial guna mempercepat penanggulangan kemiskinan yang ada di Indonesia. Sebelumnya terdapat dua komponen dalam program ini yaitu untuk pendidikan dan kesehatan. Namun, untuk lebih menjangkau berbagai lapisan masyarakat pada tahun 2016, cakupan komponen ini diperluas dengan adanya tambahan komponen kesejahteraan sosial yaitu diperuntukkan bagi para lansia dan penyandang disabilitas berat. Tentu saja dalam pelaksanaannya masih mengalami kendala baik itu dari data yang belum terintegrasi dengan baik, masih terdapat KPM yang belum tepat sasaran, keterlambatan penyaluran bantuan, perbedaan pemahaman serta belum tercapainya tujuan yang ingin direncanakan. Terlebih lagi masih minim literatur yang membahas secara mendalam mengenai komponen baru yang ada di PKH ini. Dalam tulisan ini penulis menggunakan teori efektivitas program untuk mengukur sejauh mana program ini efektif dalam mengentaskan kemiskinan bagi para komponen kesejahteraan sosial. Adapun hasil yang didapatkan adalah dimana sebelumnya komponen ini mempunyai program sendiri bernama ASPDB dan ASLUT dan ketika melebur kedalam PKH membuat sasaran dan cakupan KPM PKH semakin meningkat serta masih terdapat beberapa kendala yang muncul dalam pelaksanaannya sehingga membuat pelaksanaannya kurang efektif.

Kata Kunci: efektivitas, kesejahteraan sosial, PKH

ABSTRACT

The Family Hope Program (PKH) is a program under the responsibility of the ministry of social affairs to accelerate poverty alleviation in Indonesia. Previously there were two components in this program, namely for education and health. However, to better target various levels of society in 2016, the scope of this component was expanded with the addition of a social welfare component, namely for the elderly and people with severe disabilities. Of course, in its implementation there are still problems, both from data that has not been integrated properly, there are still KPM that are not on target, delays in the distribution of aid, differences in understanding and the planned goals have not been achieved. What's more, there is still minimal literature that discusses in depth the new components in PKH. In this paper the author uses the theory of program effectiveness to measure the extent to which this program is effective in alleviating poverty for the components of social welfare. The results obtained were that previously this component had its own program called ASPDB and ASLUT and when it merged into PKH it increased the target and coverage of KPM PKH and there were still several obstacles that arose in its implementation making the implementation less effective.

Keywords: effectiveness, social welfare, PKH

PENDAHULUAN

Fenomena kemiskinan merupakan sebuah hal yang sampai saat ini masih eksis dibicarakan di kehidupan sehari-hari. Adanya gap dan kesenjangan yang terjadi di dalam kehidupan bermasyarakat menimbulkan kemiskinan ini tidak mudah untuk ditanggulangi. Suharyanto dalam Syawie (2011) menyatakan bahwa kemiskinan sendiri merupakan sebuah kondisi dimana terdapat individu atau sekelompok orang yang belum mampu mencapai kebutuhan dan pemenuhan hak-hak dasar dengan optimal sebagai bentuk pertahanan diri dan mengembangkan hidup yang bermartabat. Sehingga dapat diketahui bahwa kemiskinan itu sendiri tidak hanya dilatarbelakangi oleh satu faktor saja tapi timbul dari beragam faktor.

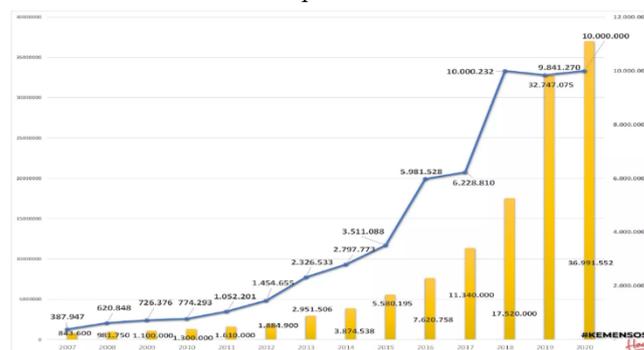
Di Indonesia sendiri berdasarkan data dari BPS (Jayani, 2021) menyatakan bahwa jumlah angka kemiskinan sebenarnya sudah mengalami penurunan yang cukup signifikan dari tahun 2010 yaitu sejumlah 31 juta jiwa. September 2011 sebesar 29,9 juta jiwa, September 2012 sebesar 28,6 juta jiwa, ditahun 2013 total masih sama, September 2014 sebesar 27,7 juta jiwa 2015 kembali mencapai angka 28,6 juta jiwa. Kemudian semakin berangsur menurun pada September 2016 sebesar 27,8 juta jiwa September 2017 sebesar 26,6 juta jiwa, September 2018 sebesar 25,7 juta jiwa dan di bulan September 2019 hanya sebesar 24,8 juta jiwa. Namun, angka ini mengalami peningkatan kembali di bulan Maret 2020 sebesar 26,4 juta dan bulan September 2020 sebesar 27,5 juta jiwa. Hal ini diindikasikan karena munculnya pandemic Covid-19 sejak awal Maret 2020 yang mengakibatkan berbagai dampak yang salah satunya menyebabkan kemiskinan menjadi tinggi kembali.

Melihat masih tingginya angka kemiskinan yang terjadi, pemerintah senantiasa mencanangkan berbagai macam

program penanggulangan dan pengentasan kemiskinan. Satu dari beberapa program tersebut adalah Program Keluarga Harapan (PKH). PKH merupakan program pemberian bantuan sosial kepada masyarakat dengan model *conditional cash transfer* (CCT) yang diinisiasi oleh kementerian sosial sejak tahun 2007. CCT merupakan sebuah sistem yang yang berorientasi pada *Income Support Schemes* (ISS) atau skema tunjangan pendapatan yang dialokasikan untuk keluarga miskin dan rentan (Kaharudin, Junaidi, & Maftukhatusolikhah, 2020). Dasar hukum pembuatan PKH ini adalah Peraturan Menteri Sosial Nomor 1 tahun 2018 tentang Program Keluarga Harapan. Tujuan utama yang ingin dicapai melalui pengadaan PKH ini adalah untuk mengurangi jumlah angka kemiskinan yang cukup signifikan yaitu dari tahun 2010 hingga 2019 masih menyentuh angka 24,8 juta jiwa. Maka berdasarkan RPJMN 2015-2019 pemerintah telah menetapkan target untuk mengurangi angka kemiskinan menjadi 7-8% salah satunya dengan program keluarga harapan ini. Sampai dengan tahun 2020, pelaksanaan PKH sudah mencakup 34 provinsi di Indonesia yang sudah menjangkau 514 kabupaten/kota dan 6.709 kecamatan yang ada.

Berikut merupakan grafik cakupan PKH dari tahun 2007 hingga tahun 2020

Grafik 1 Cakupan PKH 2007-2020



Sumber : Kemensos, 2020

Berdasarkan grafik diatas dapat diketahui bahwa pada Perencanaan Jangka

Panjang dari tahun 2010 sampai 2014 mengalami peningkatan target sasaran keluarga penerima manfaat (KPM) dan anggaran dibandingkan dengan target perencanaan yang sudah dirumuskan (Kemensos, 2020).

Dari data tersebut dapat diketahui bahwa jumlah penerima manfaat atau KPM dan anggaran yang dialokasikan dari tahun ke tahun mengalami peningkatan. Apalagi terjadi pelonjakan drastis dari tahun 2018 ke tahun 2019 dan 2020. Satu diantara beberapa faktor tersebut dikarenakan adanya pandemi Covid-19 sehingga membuat alokasi anggaran untuk memberikan bantuan sosial khususnya PKH diberikan tambahan alokasi. Tentu saja dengan adanya peningkatan jumlah alokasi ini diharapkan masyarakat yang terdampak covid atau memang KPM yang termasuk dalam kriteria PKH dapat memaksimalkan bantuan yang diberikan dan sesuai dengan tujuan PKH yang ingin dicapai.

Adapun tujuan besar dari PKH adalah untuk meningkatkan taraf hidup melalui akses layanan pendidikan, kesehatan dan kesejahteraan sosial; mengurangi beban pengeluaran dan meningkatkan pendapatan; menic[takan perubahan perilaku dan kemandirian; mengurangi kemiskinan dan kesenjangan sosial, dan menciptakan inklusi keuangan. Dari tujuan besar tersebut tentu saja merupakan tujuan untuk bisa meningkatkan kemampuan keluarga miskin dan rentan untuk bisa keluar dari garis kemiskinan dan menjadi keluarga yang sejahtera.

Dalam PKH sendiri terbagi menjadi 3 komponen yaitu komponen pendidikan, kesehatan dan kesejahteraan sosial. Dalam beberapa literatur artikel telah membahas tentang berbagai macam pelaksanaan dari adanya PKH ini, permasalahan dalam pelaksanaan PKH maupun efektivitas dari adanya PKH ini secara garis besar. Padahal apabila di telaah lebih lanjut dari ketiga

komponen tersebut dapat memberikan gambaran mengenai keberhasilan pengentasan kemiskinan. Berdasarkan beberapa penelitian fokus dan temuan yang didapatkan kebanyakan membahas tentang komponen pendidikan dan kesehatan karena dua item ini yang paling menonjol dan sejak awal memang sudah dicanangkan. Temuan tersebut seperti bahwa pelaksanaan PKH sudah mampu meningkatkan taraf pendidikan dengan tingginya tingkat partisipasi anak sekolah, kemudahan dalam membayar biaya sekolah, memperbaiki gizi keluarga dan kemudahan akses ke fasilitas kesehatan (Muliana, Swandari, & Effendi, 2020) (Hasna, Nugraha, & Mustikarini, 2019).

Komponen kesejahteraan sosial merupakan kategori komponen yang baru di alokasikan pada tahun 2016 yang berfokus pada penyandang disabilitas berat dan lanjut usia dengan kriteria sudah berusia 70 tahun ke atas. Sedangkan kriteria untuk penyandang disabilitas berat meliputi memiliki keterbatasan fisik, mental, intelektual, atau sensorik dalam jangka waktu lama kedisabilitasannya 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 lainnya.

Dalam komponen kesejahteraan sosial, penerima bantuan ini diberikan kepada para penyandang disabilitas berat dan lanjut usia. Berdasarkan data dari susenas menyatakan bahwa pada tahun 2018 untuk kategori umur 2-6 tahun sebanyak 33.320.357 jiwa dimana sebanyak 1.150.173 jiwa termasuk dalam kategori penyandang disabilitas sedang dan 309.784 termasuk dalam kategori disabilitas berat. Untuk umur 7-18 tahun sebanyak 55.708.205 dimana 1.327.688 termasuk disabilitas sedang dan 433.297 termasuk

berat. Sedangkan untuk umur 19-59 tahun terdapat 150.704.645 jiwa dimana 15.834.339 termasuk disabilitas sedang dan 2.627.531 termasuk kategori berat. Dan yang terakhir untuk umur lebih dari 60 tahun sejumlah 24.493.648 jiwa dengan jumlah 2.073.572 disabilitas sedang dan 3.381.134 jiwa termasuk disabilitas berat (Ndaumanu, 2020).

Sedangkan berdasarkan data dari Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K) pada bulan Maret 2019 total penyandang disabilitas tbbagi kelompok umur 2-6 tahun adalah 715.174, 7-8 tahun sebanyak 958.886, 19-59 tahun sebanyak 11.853.697 dan lebih dari 60 tahun sebanyak 11.379.506 jiwa. Selanjutnya dari kelompok lanjut usia berdasarkan data dari BPS dapat diketahui bahwa pada tahun 2019 jumlah lansia di Indonesia sebanyak 25,64 juta jiwa atau sebesar 9,6% dan di prediksi pada tahun 2045 jumlah lansia akan sebanyak 63,31 juta jiwa.

Berdasarkan data tersebut dapat diketahui bahwa masih banyaknya kelompok penyandang disabilitas berat dan lanjut usia yang ada di Indonesia. Dimana mereka juga mempunyai hak satu diantaranya adalah menerima bantuan sosial untuk membantu meringankan beban dan mencukupi kebutuhan sehari hari. Terlebih dua kelompok ini juga masih termasuk dalam kewajiban yang harus dipelihara oleh negara. Minimnya kemampuan mereka untuk beradaptasi terlebih karena ketidakberdayaan dalam memenuhi kebutuhan dibandingkan dengan orang yang tidak tergolong dalam kelompok ini.

Adapun beberapa permasalahan yang terjadi selama pelaksanaan program keluarga harapan (PKH) dalam komponen kesejahteraan sosial yaitu keluarga penerima manfaat (KPM) dengan kategori lanjut usia dan disabilitas berat adalah pertama, di tahun 2017 dan 2018 masih belum terintegrasinya data KPM lanjut usia dan disabilitas berat

secara menyeluruh di Sistem Informasi Manajemen (SIM) PKH yang berhak mendapat bantuan sebesar Rp. 2.000.000 per tahun sehingga mengakibatkan ketidaksesuaian data antara jumlah penerima bantuan dengan jumlah bantuan yang dikeluarkan. Kedua, data KPM kesejahteraan sosial yang belum terintegrasikan ini dikarenakan belum adanya validasi dan verifikasi data sesuai dengan yang tercantum di sistem. Ketiga, masih adanya dana yang tertanggguhkan. Keempat, bantuan untuk KPM ini masih diprioritaskan bagi mereka yang masih mempunyai keluarga. Kelima, alokasi bantuan yang diberikan kepada mereka belum tentu bisa dirasakan karena adanya pengalihan kegunaan uang.

Berdasarkan uraian tersebut maka penulis akan melakukan analisis tentang bagaimana efektivitas pelaksanaan program keluarga harapan dalam komponen kesejahteraan sosial (kelompok lanjut usia dan disabilitas berat) yang saat ini telah terlaksana di Indonesia. Sehingga, dengan adanya analisis tersebut diharapkan dapat mengetahui keberhasilan program keluarga harapan khususnya bagi komponen kesejahteraan sosial dalam mengentaskan kemiskinan yang dialami.

METODE PENELITIAN

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode kualitatif. Metode kualitatif yang digunakan dalam penelitian ini bermaksud untuk lebih mendapatkan pemahaman mendalam mengenai sebuah fenomena yang sedang terjadi. Adapun data yang digunakan adalah data sekunder dengan mengumpulkan data dari *website*, artikel jurnal, buku dan hasil kajian.

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Kajian Pustaka

1. Kemiskinan

Kemiskinan merupakan suatu permasalahan yang bersifat multidimensional yang disebabkan dan menyebabkan berbagai macam masalah yang mengikuti. Friedman dalam Usman (2006) menyatakan bahwa kemiskinan merupakan kesempatan yang tidak sama dalam mengakumulasi basis kekuatan sosial yang tidak terbatas pada modal produktif atau asset tetapi juga pada jejaring sosial untuk mendapatkan berbagai macam hal baik itu dari segi pekerjaan, barang atau hal lainnya, mempunyai pengetahuan dan keterampilan yang memadai dan informasi yang memadai. Sedangkan menurut Cahyat et.al (2007) mendefinisikan kemiskinan sebagai adanya kondisi dan situasi bagi seseorang atau keluarga yang kesulitan dalam memenuhi kebutuhan dasar didukung pula adanya lingkungan yang kurang memadai dalam meningkatkan kesejahteraan untuk keluar dari kerentanan.

Kemudian Sen dalam Todaro dan Smith (2016) menyatakan bahwa kemiskinan timbul bukan karena kekurangan atau kepuasan komoditi namun mengarah pada suatu kondisi yang ada di masyarakat yang belum mampu mengoptimalkan kegunaan dan manfaat dari komoditi tersebut. Sehingga, dapat diketahui bahwa kemiskinan merupakan suatu kondisi karena ketidakberdayaan masyarakat dalam mengelola apa yang ada dan minimnya kesempatan yang sama dalam memperoleh hal tersebut.

2. Kebijakan Publik

Eyestone (Widodo, 2007) memberikan definisi kebijakan publik yang berarti kebijakan publik apabila diartikan secara luas merupakan suatu hubungan antara unit pemerintah dengan lingkungannya yang dalam hal ini dapat mencakup berbagai hal yang ingin dicapai. Sedangkan menurut Dye dalam

Islamy (2009) memberikan definisi tentang kebijakan publik sebagai “*is whatever government choose to do or not to do*”. Dari pernyataan ini menitik beratkan bahwa kebijakan publik merupakan bentuk nyata berupa “tindakan” dan bukan semata mata hanya keinginan pemerintah atau pejabat publik. Kemudian pemerintah ketika menentukan pilihan juga termasuk dalam kebijakan publik karena mempunyai sama sama mempunyai pengaruh untuk melaksanakan atau tidak melaksanakan pilihan tersebut.

3. Efektivitas Program

Efektivitas merupakan sebuah ukuran yang dapat menunjukkan gambaran sejauh mana tujuan yang telah direncanakan dapat tercapai (Sedarmayanti, 2009). Sedangkan efektivitas program merupakan adanya kesesuaian dan ketepatan dalam melaksanakan suatu program atau kegiatan antara harapan dan hasil yang ingin dicapai (Makmur, 2011). Terdapat beberapa indikator untuk mengukur efektivitas program seperti yang disampaikan oleh Sutrisno dalam Wulandari et.al (2018) bahwa terdapat 5 cara untuk melakukannya diantaranya adalah:

- a) Pemahaman Program
Merupakan indikator untuk melihat sejauh mana masyarakat dapat menerima dan memahami sebuah program yang sedang dilaksanakan
- b) Ketepatan Sasaran
Dalam menjalankan sebuah program tentu saja ada sasaran yang menjadi fokus untuk menerima program tersebut. Dengan adanya indikator ini maka akan mudah diketahui tentang apa yang sedang dikehendaki akan tercapai atau tidak.
- c) Ketepatan Waktu
Dalam melaksanakan program waktu menjadi acuan dasar dalam mengukur

tingkat keberhasilan program. Tentu saja diharapkan dari adanya program tersebut dapat merubah pola perilaku atau manfaat yang berpengaruh. Dalam hal ini dapat dilihat terkait dengan waktu yang digunakan selama program tersebut dilaksanakan dengan perencanaannya.

- d) Tercapainya Tujuan
Adanya kesesuaian antara tujuan yang telah direncanakan sebelumnya dengan apa yang sudah dilaksanakan untuk mengetahui tingkat keberhasilannya.
- e) Perubahan Nyata
Hal ini diukur melalui sejauh mana kegiatan tersebut memberikan suatu efek atau dampak baik positif atau negatif serta perubahan nyata bagi masyarakat tersebut.

4. Program Keluarga Harapan

Program Keluarga Harapan atau sering disingkat menjadi PKH merupakan satu dari beberapa program percepatan penanggulangan kemiskinan yang ada di Indonesia. Pada awalnya program ini diinisiasi oleh Bapak Susilo Bambang Yudhoyono (SBY) yang merupakan program pemberian bantuan sosial bersyarat dengan tujuan untuk menanggulangi kemiskinan dimana sering disebut dengan *conditional cash transfer* (CCT). Program ini menerapkan sistem pendekatan *income support schemes* (ISS) atau biasa disebut dengan skema tunjangan pendapatan yang diberikan kepada rumah tangga miskin di Indonesia (Kaharudin, Junaidi, & Maftukhatusolikhah, 2020).

PKH dilandasi dengan dasar hukum yaitu Peraturan Menteri Sosial Nomor 1 Tahun 2018 tentang Program Keluarga Harapan yang berlandaskan pada UU No 4 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, UU No 11 Tahun 2009 tentang Kesejahteraan Sosial, Instruksi

Presiden No 3 Tahun 2010 tentang Program Pembangunan yang Berkeadilan, Peraturan Presiden No 15 Tahun 2010 tentang Percepatan Penanggulangan Kemiskinan dan UU No 13 Tahun 2011 tentang Penanganan Fakir Miskin.

Adapun tujuan dari adanya PKH adalah meningkatkan taraf hidup melalui akses layanan pendidikan, kesehatan dan kesejahteraan sosial, mengurangi beban pengeluaran dan meningkatkan pendapatan keluarga miskin dan rentan, menciptakan perubahan perilaku dan kemandirian KPM dalam mengakses layanan kesehatan, pendidikan dan kesejahteraan sosial, mengurangi kemiskinan dan kesenjangan, dan mengenalkan manfaat produk dan jasa keuangan formal kepada KPM.

Penerima program ini merupakan keluarga miskin dan rentan miskin dengan beberapa persyaratan tertentu dan telah terdaftar pada Data Terpadu Kesejahteraan Sosial atau DTKS. Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM) ini difokuskan sebagai penerima bantuan agar mempunyai akses yang lebih baik untuk memanfaatkan pelayanan sosial dasar kesehatan atau pendidikan, ketidakberdayaan dan keterasingan sosial yang sampai saat ini masih tertanam dalam warga tersebut. Dengan adanya PKH diharapkan juga mampu menjadi episentrum dan *center of excellence* penanggulangan kemiskinan. Dimana mereka yang menerima bantuan ini disebut dengan Keluarga Penerima Manfaat.

Sebelumnya terdapat dua komponen dalam kriteria penerima manfaat PKH yaitu untuk komponen kesehatan dan komponen pendidikan. Namun, pada tahun 2016 ditambahkan satu komponen lagi yaitu komponen kesejahteraan sosial. Sehingga, sampai saat ini kriteria

penerima manfaat PKH terbagi menjadi 3 komponen yaitu kesehatan, pendidikan dan kesejahteraan sosial. Untuk komponen kesehatan meliputi ibu hamil yang dibatasi sampai 2 kali kehamilan dan anak usia dini yaitu anak dengan usia 0 sampai dengan 6 tahun yang dibatasi hingga dua anak. Selanjutnya untuk komponen pendidikan yaitu anak dengan usia 6 sampai 21 tahun yang belum menyelesaikan wajib belajar 12 tahun baik itu dari tingkat SD/Mi sederajat, SMP/Mts sederajat dan juga SMA/MA sederajat. Dan yang terakhir adalah komponen kesejahteraan sosial yang meliputi lanjut usia 70 tahun ke atas yang masih tergabung dalam satu keluarga maksimal satu orang dan penyandang disabilitas berat baik itu penyandang disabilitas fisik maupun mental yang masih dalam satu keluarga dan dibatasi maksimal satu orang penerima.

Adapun mekanisme pelaksanaan PKH meliputi perencanaan yaitu penentuan lokasi dan jumlah calon KPM berdasarkan data dari DTKS atau korban bencana alam, sosial dan komunitas adat terpencil. Kemudian akan dilakukan pertemuan awal kepada calon KPM PKH supaya dapat memahami tentang PKH dan siap untuk menjadi KPM lalu dilanjutkan dengan melakukan validasi data dan pembukaan rekening bank bagi para KPM. Setelah itu dilakukan penetapan KPM PKH setelah dilakukan pemutakhiran dan validasi calon KPM PKH. Karena data sudah tervalidasi selanjutnya adalah pencairan bantuan sosial dalam bentuk uang sesuai besaran yang diberikan kepada masing-masing komponen. Kemudian dilakukan kembali pemutakhiran data untuk mengetahui kondisi dari masing-masing KPM. Kemudian ada verifikasi komitmen bagi para KPM. Selain itu

para KPM PKH ini juga mendapat pendampingan demi terlaksananya tujuan dari adanya PKH itu sendiri melalui pertemuan kelompok (PK) dan pertemuan peningkatan kemampuan keluarga (P2K2). Yang terakhir adalah setelah pemberian berjalan kurang lebih selama 6 tahun diharapkan masing-masing KPM sudah bisa merubah pola perilakunya dan menjadi peserta PKH graduasi atau transisi (Kemensos, 2021).

Besaran bantuan yang diterima oleh para penerima manfaat ini pun berbeda tergantung dari kategori yang ada. Pada tahun 2021 besaran bantuan sosial kategori ibu hamil/nifas adalah Rp. 3.000.000; kategori anak usia dini 0-6 tahun sebesar Rp. 3.000.000; kategori pendidikan anak SD/Mi sederajat Rp. 900.000; anak SMP/Mts sederajat Rp. 1.500.000; anak SMA/MA sederajat Rp. 2.000.000; penyandang disabilitas berat sebesar Rp.2.400.000 dan kategori lanjut usia sebesar Rp. 2.400.000. Adapun bantuan tersebut disalurkan melalui rekening bank yang telah ditunjuk untuk masing-masing KPM melalui empat tahapan dalam satu tahun.

B. Pembahasan

Program Keluarga Harapan tentu saja menjadi *pioneer* dalam percepatan penanggulangan kemiskinan yang ada di Indonesia. Salah satu faktor yang mempengaruhi karena program ini sudah ada dan dimulai sejak tahun 2006 silam. Bahkan World bank juga menyatakan bahwa program PKH menjadi program yang cukup berhasil dalam mengentaskan kemiskinan (Ahmad, Martuti, Nugraha, Amidi, & Sidiq, 2019). Tentu saja pemerintah meletakkan harapan besar dari adanya program ini untuk terus mengurangi angka kemiskinan dan meningkatkan kualitas hidup masyarakat yang ada. Termasuk juga terdapat komitmen

pemerintah untuk menambah satu komponen KPM yaitu kesejahteraan sosial bagi para penyandang disabilitas berat dan lanjut usia yang dimulai sejak tahun 2016. Oleh karena itu perlu adanya analisis mengenai efektivitas pelaksanaan PKH bagi komponen kesejahteraan sosial dengan menggunakan lima indikator diantaranya adalah:

1. Pemahaman Program

Sebuah program dapat dikatakan berhasil apabila para perencana, pelaksana dan penerima program mengetahui tentang maksud dan tujuan dari adanya program tersebut. Apabila dihubungkan dengan PKH ini maka dapat dimaksudkan bahwa sejauh mana para penerima manfaat ini khususnya pada komponen kesejahteraan sosial mengetahui tentang kegunaan dari bantuan yang diberikan. Sehingga, antara penerima dan pelaksana sama-sama bisa mengetahui manfaat dan kegunaan dari program tersebut dan dapat terlaksana dengan semestinya.

Hal yang dapat dilakukan untuk memberikan pemahaman program kepada penerima manfaat adalah dengan memberikan sosialisasi baik PKH secara keseluruhan ataupun fokus terhadap satu dari tiga komponen besar yang ada. Sosialisasi ini dapat dilakukan oleh dinas terkait seperti dinas sosial bersama-sama dengan para pendamping PKH yang telah diakui oleh kementerian sosial sebagai kepanjangan tangan dalam mensukseskan program. Dalam pelaksanaannya tentu memerlukan komunikasi yang jelas dan terarah serta konsisten agar informasi yang diberikan kepada kelompok sasaran dapat di pahami dengan mudah dan terarah.

Namun, berdasarkan beberapa artikel yang ada dapat diketahui bahwa pelaksanaan sosialisasi PKH ini masih terdapat beberapa permasalahan yang timbul. Seperti halnya jumlah pemberian sosialisasi kepada warga yang tentu saja sangat berpengaruh. Di kecamatan Pasan, sosialisasi tentang PKH ini hanya dilakukan selama satu kali ketika program pertama kali akan di berikan kepada para penerima manfaat (Londah, Tampi, & Londa, 2018). Tidak hanya di kecamatan Pasan, di Kota Semarang pun penyelenggaran sosialisasi masih belum berjalan dengan baik namun informasi yang diberikan sudah cukup mudah dipahami (Ahmad, Martuti, Nugraha, Amidi, & Sidiq, 2019). Namun, di Kota Batu sosialisasi ini berjalan dengan lancar karena dukungan dari dinas sosial setempat dan komitmen para pendamping PKH yang sebelumnya telah di berikan seminar maupun *training* (Sasmito & Nawangsari, 2019).

Sedangkan di Desa Kupu, Kabupaten Tegal sosialisasi yang diberikan masih kurang efektif karena dikerjakan sekaligus antara pemberian informasi dengan melakukan validasi data. Begitu pula di Kecamatan Candimulyo, dimana secara umum pelaksanaan PKH sudah tepat sasaran namun dalam kepesertaan dan penyaluran bantuan dana yang diberikan belum dilakukan pembaruan data dan masih bergantung pada Basis Data Terpadu (BDT) tahun 2015. Ketidak tepatan sasaran ini terlihat dengan masih ada keluarga yang seharusnya sudah masuk program graduasi namun masih menerima bantuan dan tidak mau mencabut kepesertaannya

(Cahyono & Iryani, 2018). Selain itu, karena komponen kesejahteraan sosial baru ada sejak tahun 2016 yang sebelumnya mempunyai program sendiri yaitu Asistensi Sosial Penyandang Disabilitas Berat (ASPDB) dan Asistensi Sosial Lanjut Usia Terlantar (ASLUT) maka terjadi perbedaan konsep antara pelaksanaan PKH dan dua program tersebut. Dimana PKH menekankan pada keluarga sedangkan dua program tersebut difokuskan pada perseorangan yang terlantar (Zakiah, Lestari, & Putra, 2020).

Berdasarkan pemaparan tersebut dapat diketahui bahwa pemahaman program dapat dinilai dari kegiatan sosialisasi yang dilakukan oleh Dinas Sosial atau dinas yang berhubungan dengan pemberian bantuan sosial, pendamping PKH dan para ketua PKH di masing-masing daerah. Secara umum, kegiatan sosialisasi untuk memberikan pemahaman kepada KPM ini sudah dijalankan dengan baik walupun pelaksanaannya beragam dan bervariasi baik itu sekali atau beberapa kali. Namun, yang masih menjadi kendala adalah tentang penggunaan bantuan sosial yang diberikan dan kesadaran KPM dalam mengikuti kegiatan PKH ini.

2. Ketepatan Sasaran

Dalam menjalankan sebuah program tentu saja ada sasaran yang menjadi fokus untuk menerima program tersebut. Dengan adanya indikator ini maka akan mudah diketahui tentang apa yang sedang dikehendaki akan tercapai atau tidak. Sehingga, dari beberapa program yang akan dijalankan, terlebih dahulu harus memfokuskan dan memberikan batasan terhadap pihak-pihak mana saja yang berhak untuk mendapatkan

manfaat dari program tersebut agar tidak menasar segmen yang salah.

Komponen kesejahteraan sosial ini muncul pada tahun 2016, tentu saja ini merupakan hal yang baru bagi para penerima manfaat. Sehingga, perlu adanya pemahaman dan pengetahuan yang lebih tentang maksud diadakannya penambahan komponen ini. Kriteria yang bisa memperoleh bantuan kesejahteraan sosial ini adalah penyandang disabilitas berat yaitu mereka yang mempunyai keterbatasan fisik, mental, intelektual atau sensorik dalam jangka waktu yang lama dan adanya ketidakberdayaan. Sedangkan lanjut usia adalah mereka yang sudah berumur diatas 70 tahun.

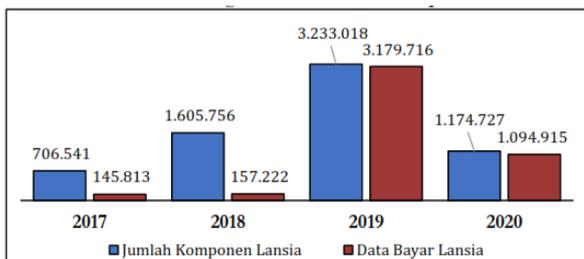
Bahkan terdapat beberapa perubahan kebijakan bagi komponen kesejahteraan sosial sejak tahun 2016 hingga tahun 2020 (Zakiah, Lestari, & Putra, 2020).

Tabel 1. Perkembangan 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 : Kemensos, 2020

Berdasarkan tabel perkembangan tersebut dapat diketahui bahwa terdapat beberapa perubahan dari model pemberian bantuan dari tunai menjadi non tunai pemberian besaran bantuan yang dipukul secara rata dan bervariasi, perubahan umur yang semula 70 tahun diawal kemudian di tahun 2019 sempat berubah menjadi 60 tahun keatas dengan menurunkan batas umur. Bahkn diawal pelaksanaan komponen ini pembatasan penerima bantuan bagi lansia diperbolehkan untuk 2 orang baik itu perseorangan atau keluarga dan di tahun 2019 hanya dikhususkan bagi mereka yang mempunyai keluarga dan untuk satu orang saja. Sedangkan bagi disabilitas berat yang semula boleh untuk perseorangan atau keluarga menjadi dikhususkan bagi mereka yang mempunyai keluarga dan dibatasi hanya untuk satu orang saja. Namun, untuk besaran yang diberikan setiap tahunnya masih stagnan dan tidak mengalami perubahan.

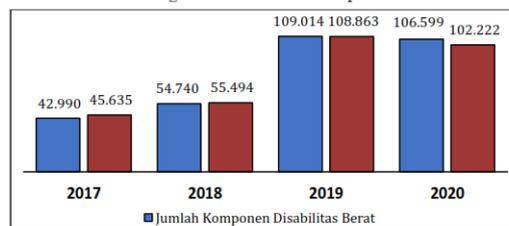


Sumber : Kemensos, 2020

Dari grafik tersebut dapat diketahui bahwa KPM untuk lansia mengalami peningkatan dari tahun 2017 menuju 2019 namun mengalami penurunan drastis di tahun 2020. Terlihat bahwa antara jumlah KPM lansia dan data bayar mengalami perbedaan dikarenakan perbedaan data yang berada pada SIM PKH.

Kemudian di tahun 2018 dapat diketahui bahwa terjadi peningkatan penerima KPM hal ini dikarenakan terdapat pengalihfungsian program dari Asistensi Sosial Penyandang Disabilitas Berat (ASPDB) dan Asistensi Sosial Lanjut Usia Terlantar (ASLUT) ke dalam PKH. Sedangkan di tahun 2019, peningkatan ini melonjak karena diturunkannya standar batas umur bagi para lansia dari 70 tahun menjadi 60 tahun keatas. Kemudian di tahun 2020, mengalami penyesuaian kembali sehingga terjadi penurunan dan ketercapaian sasaran antara data dengan data bayar yang perbedaannya tidak terlalu kentara.

Grafik 3. Perkembangan penerima PKH untuk disabilitas berat



Sumber : Kemensos, 2020

Sedangkan untuk kelompok disabilitas berat juga mengalami peningkatan jumlah dari tahun 2017 hingga tahun 2020. Dari tahun 2018 menuju 2019 mengalami peningkatan pesat dikarenakan pelonggaran pembatasan yakni tidak ada batasan jumlah penyandang disabilitas yang ada dalam satu keluarga namun tidak boleh bersifat perseorangan. Kemudian untuk perbedaan antara data bayar dengan jumlah data perbedaannya tidak terlalu signifikan.

Dalam pelaksanaannya ternyata di Kelurahan Rowosari, dalam komponen lanjut usia belum mencakup semua lansia sesuai sasaran, sedangkan pada penyandang

disabilitas berat telah sesuai sasaran yaitu telah mengcover semua penyandang disabilitas berat dari keluarga miskin dan rentan miskin. Penyebab belum tercakup semua lansia sesuai kriteria dalam komponen kesejahteraan sosial ialah belum terdaftarnya lansia dalam Basis Data Terpadu dan tidak lagi sesuai sasaran. Minimnya informasi mengenai persyaratan pendaftaran PKH, membuat warga hanya mengumpulkan persyaratan tanpa mengetahui alur pendaftaran PKH secara lebih detail (Najidah & Lestari, 2019). Di Kota Palembang, bagi penyandang disabilitas berat sudah dirasa tepat sasaran karena adanya basis data yang tepat sedangkan bagi lanjut usia masih belum sesuai karena masih banyaknya orang lanjut usia yang belum terdaftar pada BDT atau DTKS karena masih sulitnya melakukan pendaftaran (Kaharudin, Junaidi, & Maftukhatusolikhah, 2020).

Berkaitan dengan ketepatan sasaran dapat diketahui bahwa permasalahan yang masih sering dihadapi adalah berkaitan dengan data yang terdapat pada DTKS sehingga masih ada beberapa KPM yang belum terdaftar namanya padahal yang bersangkutan merupakan masyarakat rentang dan miskin yang layak mendapatkan bantuan.

3. Ketepatan Waktu

Dalam melaksanakan program, waktu menjadi acuan dasar dalam mengukur tingkat keberhasilan program. Tentu saja diharapkan dari adanya program tersebut dapat merubah pola perilaku atau manfaat yang berpengaruh. Dalam hal ini dapat dilihat terkait dengan waktu yang digunakan selama program

tersebut dilaksanakan dengan perencanaannya. Apabila dikaitkan dengan PKH ini maka berhubungan dengan proses penyaluran bantuan yang diberikan kepada para KPM. Tentu saja apabila waktu pencairan mengalami keterlambatan akan berpengaruh pada kesejahteraan KPM.

Demi memudahkan penyaluran bantuan dana PKH dan menciptakan transparansi serta akuntabilitas maka pemberian dana bantuan sosial ini ditransfer melalui rekening masing-masing KPM melalui bank yang telah ditunjuk oleh pemerintah. Adapun, untuk proses pemberiannya dibagi ke dalam 4 tahap untuk jangka waktu satu tahun. Jadwal pencairan bantuan ini pun mengalami perubahan yang semula di tahun 2013-2018 diberikan selama bulan Februari, Mei, Agustus, dan November lalu kemudian sejak tahun 2019 menjadi bulan Januari, April, Juni dan Oktober (Ahmad, Martuti, Nugraha, Amidi, & Sidiq, 2019).

Di Kota Batu dan Kota Semarang pencairan dana bantuan PKH ini sudah berjalan tepat waktu selama empat tahapan tersebut (Sasmito & Nawangsari, 2019) (Ahmad, Martuti, Nugraha, Amidi, & Sidiq, 2019). Sedangkan di Desa Kupu dan Kecamatan Padalarang pencairan bantuan belum berjalan sesuai dengan waktu yang telah ditetapkan oleh kemensos bahkan setelah ditelaah lebih lanjut ternyata keterlambatan ini memang berasal dari pusat (Sutjiatmi & Umaroh, 2019) (Wulandari, Yamardi, & Rohayatin, 2020). Kemudian pada tahun 2018 penyaluran bantuan kepada komponen kesejahteraan sosial ini pernah mengalami keterlambatan

dikarenakan adanya pengalihfungsian program ASPDB dan ASLUT ke dalam PKH dikarenakan proses verifikasi dan pemutakhiran data masih berjalan dikarenakan ada data KPM yang tidak valid (Zakiah, Lestari, & Putra, 2020).

Berkaitan dengan ketepatan waktu, sebenarnya dari para pendamping PKH sudah mengupayakan untuk mencegah keterlambatan dan selalu melakukan monitor terhadap pencairan bantuan namun karena pencairan bantuan ini bersifat *top down* maka yang bisa dilakukan para pendamping PKH ini adalah melakukan *follow up* terhadap atasan dan bank yang ditunjuk. Namun, keterlambatan pencairan ini juga tidak serta merta tidak akan pernah disalurkan hanya pencairannya saja yang tertunda karena beberapa kendala.

4. Tercapainya Tujuan

Indikator tercapainya tujuan merupakan adanya kesesuaian antara tujuan yang telah direncanakan sebelumnya dengan apa yang sudah dilaksanakan untuk mengetahui tingkat keberhasilannya. Seperti yang telah disampaikan sebelumnya bahwa PKH mempunyai 4 tujuan utama dalam menanggulangi kemiskinan yang ada. Tentu saja hal ini tidak terlepas dari berbagai pihak baik itu pelaksana maupun penerima program. Di harapkan dengan tercapainya tujuan ini dapat meningkatkan perilaku yang lebih baik dan tingkat kesejahteraan tinggi agar tidak bergantung pada bantuan pemerintah.

Sebagai cara untuk memudahkan dalam mengetahui sudah atau belum tercapainya sebuah program maka diperlukan monitoring selama pelaksanaannya. Bagi PKH sendiri

dapat diketahui dengan melihat kinerja para pendamping PKH yang memang mempunyai tugas sebagai fasilitator, mediator, dan advokator bagi para penerima KPM agar tercapainya empat tujuan besar dari program ini. Fungsi fasilitator ini sudah dimulai sejak awal dimulainya verifikasi data para KPM PKH hingga tahap monitoring yang dilakukan hampir di setiap bulannya.

Dalam pelaksanaannya masih saja terdapat KPM yang masih menggantungkan diri agar tetap memperoleh bantuan PKH ini (Sasmito & Nawangsari, 2019) bahkan masih ada KPM yang menggunakan uangnya untuk keperluan lain diluar kewajiban yang harus dipenuhinya seperti untuk membeli pulsa atau kebutuhan duniawi lainnya (Sutjiatmi & Umaroh, 2019) (Najidah & Lestari, 2019).

Adapun kegiatan yang dilakukan sebagai cara percepatan pencapaian tujuan adalah dengan mengadakan pertemuan kelompok (PK) dan pertemuan peningkatan kemampuan keluarga (P2K2) atau biasa disebut dengan *Family Development Session* (FDS). Di Desa Kupu hal ini berjalan dengan lancar dan diadakan setiap satu bulan sekali agar tujuan dari PKH dapat terrealisasikan dengan baik (Sutjiatmi & Umaroh, 2019). Sedangkan di Kecamatan Candimulyo dilakukan pertemuan yang dilakukan oleh pendamping PKH ini juga dilaksanakan minimal satu bulan sekali untuk setiap kelompok namun bagi para KPM lansia belum diberikan perlakuan berbeda dan masih dianggap sama dengan para orang tua yang belum menginjak usia lanjut usia. Sehingga, materi dan

informasi yang diberikan belum bisa terserap dengan baik (Cahyono & Iryani, 2018). Begitu pula di Karanganyar, karena pelaksanaannya hanya dilakukan selama satu bulan sekali hal ini dirasa kurang efektif terlebih terdapat KPM yang terkadang absen dari pertemuan tersebut beberapa permasalahannya karena akses yang cukup jauh. Namun, dinas setempat telah mengantisipasi dengan melakukan FDS secara online melalui grup yang diberikan selama 3 hari sekali beserta kuisnya (Hasna, Nugraha, & Mustikarini, 2019).

Sehingga, dapat diketahui bahwa para pelaksana ini sudah berupaya agar tujuan PKH ini berhasil tercapai dengan melakukan pertemuan. Namun, karena dalam hal ini membahas pada komponen lansia dan disabilitas berat maka hal ini kurang dapat tercapai karena keterbatasan masing-masing kelompok baik itu dari segi usia atau keterbatasan mental dan fisik sehingga belum begitu terasa terlebih pertemuan ini dilakukan secara bersama-sama dengan komponen yang lainnya.

5. Perubahan Nyata

Dalam indikator perubahan nyata diukur melalui sejauh mana kegiatan tersebut memberikan suatu efek atau dampak baik positif atau negatif serta perubahan nyata bagi masyarakat tersebut. Kaitannya dengan PKH khususnya komponen kesejahteraan sosial berkaitan dengan sejauh mana bantuan tersebut dapat membantu meringankan beban para kelompok rentan dan menciptakan kemandirian yang dikaitkan dengan kewajiban para KPM komponen kesejahteraan sosial.

Adapun kewajiban untuk lansia yaitu memastikan pemeriksaan kesehatan serta penggunaan layanan

Puskesmas Santun Lanjut Usia; terdapat layanan *home care* (pengurus merawat, memandikan, dan mengurus KPM lanjut usia; *day care* (mengikuti kegiatan sosial di lingkungan tempat tinggal, lari pagi, senam sehat, dsb) bagi lanjut usia tersebut minimal 1 (satu) tahun sekali. Sedangkan untuk disabilitas adalah terdapat 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).

Karena masih minimnya artikel dan literatur yang membahas tentang komponen kesejahteraan sosial maka penulis hanya mengambil yang terjadi di Kota Semarang bahwasannya terdapat 16,67% responden lanjut usia belum melaksanakan kewajiban untuk melakukan pemeriksaan kesehatan sesuai dengan kewajiban yang diharapkan dari program ini. Selain itu juga, masih minimnya partisipasi para lansia untuk mengikuti posyandu lansia maupun kegiatan sosial yang berada disekitarnya. Sedangkan untuk penyandang disabilitas berat sebanyak 36% responden tidak melaksanakan kewajiban untuk memeriksakan kesehatannya yang dikarenakan keterbatasan fisik dan akses ke fasilitas kesehatan yang lumayan jauh (Ahmad, Martuti, Nugraha, Amidi, & Sidiq, 2019).

SIMPULAN

Berdasarkan analisis yang telah dilakukan sebelumnya dengan menggunakan teori efektivitas program yang terdiri dari pemahaman program, ketepatan sasaran, ketepatan waktu, tercapainya tujuan dan perubahan nyata khususnya bagi komponen kesejahteraan sosial yang terdiri dari kelompok lanjut usia dan penyandang disabilitas berat secara keseluruhan sudah berjalan dengan baik. Hal ini terbukti dengan meningkatnya jumlah komponen kesejahteraan sosial yang menerima bantuan melalui PKH ini yang semula mempunyai program sendiri yaitu Asistensi Sosial Penyandang Disabilitas Berat (ASPDB) dan Asistensi Sosial Lanjut Usia Terlantar (ASLUT). Walaupun terdapat beberapa permasalahan seperti kurangnya pemahaman selama sosialisasi karena faktor usia dan keterbatasan mental ataupun fisik, keterlambatan pemberian bantuan sosial, para komponen kesejahteraan sosial belum melaksanakan kewajibannya dengan baik dan masih sebatas memeriksakan kesehatannya bahkan untuk mengunjungi posyandu lansia juga masih minim partisipasinya. Dalam beberapa literatur juga menunjukkan bahwa komitmen para pendamping PKH ataupun dinas yang ditunjuk sudah berupaya untuk memberikan yang terbaik bagi pelaksanaan PKH agar tujuan PKH dapat dicapai dengan baik sehingga menciptakan peserta PKH graduasi atau transisi. Sehingga, masih dirasa adanya pemberian bantuan bagi komponen kesejahteraan sosial kurang efektif karena hanya sebatas pemberian bantuan saja tidak jelas peruntukannya dan pendampingannya.

Adapun rekomendasi yang dapat diberikan untuk meningkatkan kesejahteraan kelompok lansia dan penyandang disabilitas dalam PKH ini agar bisa mengatasi keterbatasan yang ada adalah sebagai berikut perlu adanya perubahan *mindset* para keluarga agar mau membantu memenuhi kewajiban mereka dengan mengantar ke faskes terdekat atau mendapat layanan *home*

care atau *day care* dengan sejumlah uang yang telah diberikan; perlu adanya monitoring dan evaluasi agar meminimalisasi penggunaan uang yang disalahgunakan; meningkatkan sosialisasi khusus kepada komponen kesejahteraan sosial baik itu tentang program PKH ataupun diberikan cara atau kegiatan untuk meningkatkan perilaku agar bisa memberdayakan diri sendiri ditengah keterbatasan agar tidak hanya bergantung pada bantuan yang diterima dan diperlukan penelitian dan analisis lebih mendalam serta tidak terbatas pada efektivitasnya saja, hal ini dikarenakan keterbatasan penulis untuk menambah pengetahuan terkait dengan pemberian bantuan PKH khususnya bagi para komponen kesejahteraan sosial yang masih jarang dibahas.

DAFTAR PUSTAKA

- Ahmad, T. A., Martuti, N. K., Nugraha, S. B., Amidi, & Sidiq, W. A. (2019). Kajian Kelayakan Penerima Manfaat (Gakin Pkh) Terhadap Program Bantuan Pemerintah Di Kota Semarang. *Jurnal Riptek Vol 13 No 2*, 114-123.
- Cahyat, A., Gonner, C., & Haug, M. (2007). *Mengkaji Kemiskinan Dan Kesejahteraan Rumah Tangga: Sebuah Panduan Dengan Contoh Dari Kutai Barat, Indonesia*. Bogor: Cifor Indonesia.
- Cahyono, S. A., & Iryani, S. W. (2018). Gerak Langkah Program Keluarga Harapan:Kontribusi Program Keluarga Harapanterhadap Kesejahteraan Keluarga Penerima Manfaat. *Jurnal Penelitian Kesejahteraan Sosial Vol 17 No 4*.
- Hasna, N. M., Nugraha, N., & Mustikarini, I. D. (2019). Analisis Dampak Pemberian Bantuan Program Keluarga Harapan (Pkh) Terhadap

- Kesejahteraan Masyarakat. *Citizenship Jurnal Pancasila Dan Kewarganegaraan Vol 7 No 2*, 108-116.
- Islamy, I. (2009). *Prinsip-Prinsip Perumusan Kebijakan Negara*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Jayani, D. H. (2021, Februari 15). *Penduduk Miskin Indonesia Bertambah Jadi 27,55 Juta Per September 2020*. Retrieved From Databoks Katadata: <https://Databoks.Katadata.Co.Id/Data/publish/2021/02/15/Penduduk-Miskin-Indonesia-Bertambah-Jadi-2755-Juta-Per-September-2020>
- Kaharudin, M. R., Junaidi, H., & Maftukhatulosikhah. (2020). Social Safety Net Pada Program Keluarga Harapan (Pkh) Dalam Meningkatkan Kesejahteraan Keluarga Miskin Di Kota Palembang. *Nusantara : Jurnal Ilmu Pengetahuan Sosial Vol 7 No 2*, 261-274.
- Kemensos. (2020). *Apa Itu Program Keluarga Harapan*. Retrieved From <https://Pkh.Kemensos.Go.Id/?Pg=Tenatangpkh-1>
- Kemensos. (2021). *Pedoman Pelaksanaan Keluarga Harapan*. Jakarta.
- Londah, A. A., Tampi, G. B., & Londa, V. Y. (2018). Implementasi Program Keluarga Harapan Di Kecamatan Pasan Kabupaten Minahasa Tenggara. *Jurnal Administrasi Publik Vol 4 No 53*.
- Makmur. (2011). *Efektivitas Kebijakan Kelembagaan Pengawasan*. Bandung: Refika Aditama.
- Muliana, S., Swandari, F., & Effendi, M. (2020). Efektivitas Dan Dampak Program Keluarga Harapan (Pkh) Dalam Pengentaskan Kemiskinan Di Kecamatan Anjir Pasar Kabupaten Barito Kuala. *Jurnal Syntax Transformation Vol 1 No 10* , 749-758.
- Najidah, N., & Lestari, H. (2019). Efektivitas Program Keluarga Harapan (Pkh) Di Kelurahan Rowosari Kecamatan Tembalang Kota Semarang. *Journal Of Public Policy And Management Review Vol 8 No 12*, .
- Ndaumanu, F. (2020). Hak Penyandang Disabilitas: Antara Tanggung Jawab Dan Pelaksanaan Oleh Pemerintah Daerah (Disability Rights: Between Responsibility And Implementation By The Local Government) . *Jurnal Ham Vol 11 No 1*, 131-150.
- Rini, A. S., & Sugiharti, L. (2016 Vol 1 No 2). Faktor-Faktor Penentu Kemiskinan Di Indonesia: Analisis Rumah Tangga. *Jurnal Ilmu Ekonomi Terapan*, 17-33.
- Sasmito, C., & Nawangsari, E. R. (2019). Implementasi Program Keluarga Harapan Dalam Upaya Mengentaskan Kemiskinan Di Kota Batu. *Journal Of Public Sector Innovation Vol 3 No 2*, 68-74.
- Sedarmayanti. (2009). *Sumber Daya Manusia Dan Produktivitas Kerja*. Bandung: Cv Mandar Maju.
- Sutjiatmi, S., & Umaroh, F. (2019). Efektivitas Program Keluarga Harapan (Pkh) Dalam Meningkatkan Kesejahteraan Masyarakat Di Desa Kupu Kecamatan Dukuhturi Kabupaten Tegal. *Indonesian Governance Journal Vol 2 No 2*, 1-8.
- Syawie, M. (2011). Kemiskinan Dan Kesenjangan Sosial. *Informasi, Vol. 16 No 3*, 1-7.
- Usman, A. A. (2006). *Karakteristik Kemiskinan Dan Pengaruhnya Terhadap Kondisi Kemiskinan Di Provinsi Sumatera Barat* .
- Widodo, J. (2007). *Analisis Kebijakan Publik*. Malang: Banyumedia Publishing.
- Wulandari, F., Yamardi, & Rohayatin, T. (2020). Efektivitas Program Keluarga

- Harapan Dalam Upaya Pengentasan Kemiskinan Di Kecamatan Padalarang Kabupaten Bandung Barat. *Jurnal Caraka Prabu Vol. 4*
- Wulandari, K., Wibawa, S., & Kuntjoro, B. (2018). Efektivitas Program Desa Yang Didanai Oleh Apbn (Dana Desa) Tahun 2016 Di Banjarsari, Grabag, Magelang. *Jurnal Mahasiswa Administrasi Negara (Jman)*, Vol. 02 No. 01, 150-158.
- Zakiah, K., Lestari, V. P., & Putra, H. D. (2020). *Akuntabilitas Pelaksanaan Program Keluarga Harapan (Pkh) Komponen Kesejahteraan Sosial (Lanjut Usia Dan Disabilitas Berat) Di Indonesia*. Jakarta: Pusat Kajian Akn

