

**POTRET KEMANDIRIAN KELUARGA PENERIMA MANFAAT (KPM)
PROGRAM KELUARGA HARAPAN (PKH) DI KECAMATAN
PALLANGGA KABUPATEN GOWA**

*POTRAIT OF KELUARGA PENERIMA MANFAAT (KPM) PROGRAM
KELUARGA HARAPAN (PKH) IN PALLANGGA DISTRICT, GOWA
REGENCY*

PUTRI RAMADHANI SALAM

E032181015



**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR**

2022

POTRET KEMANDIRIAN KELUARGA PENERIMA MANFAAT (KPM)
PROGRAM KELUARGA HARAPAN (PKH) DI KECAMATAN
PALLANGGA KABUPATEN GOWA

*POTRAIT OF KELUARGA PENERIMA MANFAAT (KPM) PROGRAM
KELUARGA HARAPAN (PKH) IN PALLANGGA DISTRICT, GOWA
REGENCY*

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar Magister

Program Studi
Sosiologi

Disusun dan diajukan oleh

PUTRI RAMADHANI SALAM

kepada

PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR

2022

LEMBAR PENGESAHAN TESIS

**POTRET KEMANDIRIAN KELUARGA PENERIMA MANFAAT
(KPM) PROGRAM KELUARGA HARAPAN (PKH) DI
KECAMATAN PALLANGGA KABUPATEN GOWA**

Disusun dan diajukan oleh

PUTRI RAMADHANI SALAM

Nomor Pokok : E032181015

Telah dipertahankan di hadapan Panitia ujian yang dibentuk dalam rangka Penyelesaian Studi Program Magister Program Studi Ilmu Sosiologi Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Hasanuddin
Pada tanggal 02 Maret 2022
dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan

Menyetujui,

Pembimbing Utama

Pembimbing Pendamping

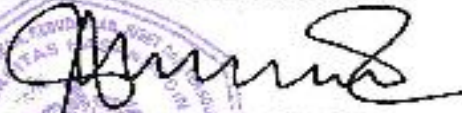

Dr. Rahmat Muhammad, M.Si
NIP: 19700513 199702 1 002


Drs. Hasbi, M.Si, Ph.D
NIP: 19630827 199103 1 003

Ketua Program Studi
Magister Sosiologi

Dekan Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu
Politik Universitas Hasanuddin


Dr. Rahmat Muhammad, M.Si
NIP: 19700513 199702 1 002


Prof. Dr. H. Armin, M.Si
NIP: 19651109 199103 1 008



PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : Putri Ramadhani Salam
Nomor Mahasiswa : E032181015
Program Studi : Sosiologi

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, Maret 2022

Yang menyatakan



Putri Ramadhani Salam

PRAKATA

Puji syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT, berkat karunia dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan tesis dengan judul “Potret Kemandirian Keluarga Penerima Manfaat Program Keluarga Harapan di Kecamatan Pallangga Kabupaten Gowa”. Tesis ini disusun sebagai salah satu syarat yang harus ditempuh untuk menyelesaikan program pascasarjana (S2) Program Studi Sosiologi Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Hasanuddin. Penulis menyadari dalam penyusunan tesis ini tidak lepas dari bantuan dan dukungan berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis menyampaikan rasa hormat dan terima kasih yang tak terhingga kepada semua yang telah berkontribusi pada penyusunan tesis ini, antara lain :

1. Prof. Dr. Dwia Aries Tina NK, MA selaku Rektor Universitas Hasanuddin dan Prof. Dr. Armin Arsyad, MA selaku Dekan Fakultas Ilmu Sosial dan Politik Universitas Hasanuddin yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti Program Magister pada Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Sosial dan Politik Universitas Hasanuddin.
2. Dr. Rahmat Muhammat, M.Si dan Drs.Hasbi, M.Si, Ph.D selaku Pembimbing I dan Pembimbing II. Melalui dedikasi yang sangat tinggi, mereka telah mencurahkan waktu dan perhatiannya dalam membimbing, memberikan saran, serta arahan dalam proses penyusunan tesis sehingga dapat terselesaikan dengan baik.

3. Prof. Dr. Supriadi Hamdat, Dr. Suparman dan MA, Dr. Nufida RAF, MA, selaku penguji yang telah banyak memberikan kritik, masukan dan saran yang sangat konstruktif, serta kontribusi lainnya untuk kesempurnaan penulisan tesis ini.
4. Seluruh dosen Sosiologi serta tenaga kependidikan Unhas pada semua tingkatan, yang telah membantu penyelesaian studi.
5. Ucapan terima kasih dan penghargaan teristimewa saya sampaikan kepada kedua orang tua tercinta Ayahanda Abd. Salam, B. SE dan Ibunda Siti Arpati atas doa, bantuan dan pengorbanannya baik materil maupun moril. Untuk itu saya menyampaikan penghargaan yang tulus kepada mereka berkat harapan, doa dan segala bantuannya sehingga saya termotivasi dalam menyelesaikan pendidikan S2.
6. Rizal Pauzi sebagai kakak sekaligus pembimbing eksternal yang selalu memberikan motivasi, semangat, dan bimbingan dalam penulisan tesis ini.
7. Rekan-rekan mahasiswa Pascasarjana Universitas Hasanuddin Program Studi Sosiologi angkatan 2018 Asma Jafar, Nur Fitriani, M.Si, Irsan, Aksan Ahmadi, M.Si, Ushluddin, M.Si, Muh. Nur Akbar, Wahyu Hidayat, M.Si, Ridha Vivianti, M.Si, Arham, Rifaldy Utina, dan Itho yang telah memberikan bantuan dan dorongan kepada penulis untuk menyelesaikan pendidikan ini.
8. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan dan

penyelesaian tesis ini namun tidak sempat saya sebutkan namanya satu persatu.

Kesempurnaan hanya milik Allah SWT, karenanya penulis sangat menyadari bahwa dalam penyusunan tesis ini masih terdapat kekurangan. Saran dan arahan sangat penulis harapkan untuk menjadi lebih baik. Semoga tesis ini dapat bermanfaat bagi semua pihak yang memerlukan.

Makassar, April 2022

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Putri', with a horizontal line extending to the right.

Putri Ramadhani Salam

ABSTRAK

PUTRI RAMADHANI SALAM. *Potret kemandirian Keluarga Penerima Manfaat (KPM) Program Keluarga Harapan di Kecamatan Pallangga Kabupaten Gowa* (dibimbing oleh Rahmat Muhammad dan Hasbi)

Penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan kemandirian Keluarga Penerima Manfaat Program Keluarga Harapan di Kecamatan Pallangga. Manfaat PKH dalam memandirikan KPM PKH, bentuk-bentuk kemandirian KPM PKH dan strategi dalam meningkatkan kemandirian KPM PKH di Kecamatan Pallangga.

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan jenis penelitian studi kasus. Teknik pengumpulan data yang digunakan adalah observasi, wawancara dan dokumentasi. Instrumen penelitian ini adalah Pendamping Sosial PKH sebagai Koordinator Kecamatan Pallangga dan Informan dalam penelitian ini dipilih secara purposive. Teknik analisis data menggunakan 'model interaktif' yang meliputi pengumpulan data, pereduksian data, penyajian data, dan penverifikasian/ penarikan kesimpulan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa *pertama*, KPM mampu memanfaatkan bantuan PKH untuk keperluan pendidikan, kesehatan dan kesejahteraan sosial. *kedua* bentuk kemandiri seperti kemandirian emosi KPM dapat dikontrol setelah melalui edukasi P2K2/FDS, kemandirian ekonomi masih sebatas konsumtif belum dapat produktif, kemandirian intelektual KPM sudah mampu mengatasi masalah pendidikan anaknya dan kemandirian sosial KPM mampu beradaptasi dengan lingkungan dan aktif terlibat dalam kegiatan sosial. *Ketiga* Strategi dalam meningkatkan kemandirian KPM PKH, pemberian motivasi melalui pertemuan P2K2/FDS sudah optimal, peningkatan kesadaran KPM untuk komitmen sudah berhasil tapi diperlukan pelatihan khusus untuk pelatihan wirausaha agar mampu produktif secara ekonomi, Manajemen diri KPM dalam pemanfaatan bantuan sudah cukup baik, Mobilisasi sumber daya KPM belum begitu optimal, masih bergantung pada penghasilan suami dan bantuan PKH, serta Pembangunan dan pengembangan jejaring dalam peningkatan ekonomi belum ditemukan dalam penelitian ini

Kata Kunci: Kemandirian, pemberdayaan, KPM PKH



ABSTRACT

PUTRI RAMADHANI SALAM. *Potrait of Keluarga Penerima Manfaat (KPM) Program Keluarga Harapan (PKH) in Pallangga District, Gowa Regency (Supervised by Rahmat Muhammad and Hasbi)*

This study aims to describe the independence of Keluarga Penerima Manfaat (KPM) of Program Keluarga Harapan (PKH) in Pallangga District. The benefits of PKH in establishing KPM PKH, forms of independence of KPM PKH and strategies in increasing the independence of KPM PKH in Pallangga District.

This research used a qualitative approach with the type of case study research. Data collection techniques used were observation, interviews and documentation. The instrument of this research was the PKH Social Assistant as the Coordinator of Pallangga District and the informants in this study were selected purposively. The data analysis technique used an 'interactive model' which include data collection, data reduction, data presentation, and verification/drawing of conclusions.

The results show that (1) KPM is able to utilize PKH assistance for the purposes of education, health and social welfare; (2) forms independence such as emotional independence KPM can be controlled after going through P2K2/FDS education, economic independence KPM has been able to overcome the problems of their children's education and social independence KPM is able to adapt to the environment and actively involved in social activities, (3) strategies in increasing the independence of KPM PKH, providing motivation through P2K2/FDS meeting have been optimal, increasing KPM awareness for commitment has been successful but special training is needed for entrepreneurial training to be able to be economically productive, self-management of KPM in the use of assistance is good enough. Mobilization KPM resources are not optimal, still depend on husband's income and PKH assistance, as well as Network development and development in improving the economy has not been found in this study.

Keywords: Independence, empowerment, KPM PKH



DAFTAR ISI

PRAKATA	v
ABSTRAK	viii
ABSTRACT	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	7
C. Tujuan Penelitian.....	8
D. Manfaat Penelitian.....	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	10
A. Konsep Kemandirian	10
B. Konsep Konstruksi Sosial.....	18
C. Konsep Pemberdayaan Keluarga	21
D. Program Keluarga Harapan (PKH)	30
E. Penelitian Tedahulu.....	52
F. Kerangka Konsep.....	55
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	56
A. Pendekatan dan Jenis Penelitian	56
B. Pengelolaan Peran sebagai Peneliti.....	56
C. Lokasi Penelitian	57
D. Sumber Data	57
E. Teknik Pengumpulan Data	59
F. Teknik Analisa Data	61
G. Pengecekan Validitas Temuan/Kesimpulan	63
H. Tahap-Tahap Penelitian dan Jadwalnya	64
BAB IV GAMBARAN UMUM LOKASI PENELITIAN.....	65
A. Gambaran Umum Kecamatan Pallangga	65

B. Gambaran Umum Desa Panakkukang.....	67
C. Program Keluarga Harapan (PKH) Kecamatan Pallangga.....	81
D. Keluarga Penerima Manfaat (KPM) PKH Kecamatan Pallangga	82
E. Karakteristik Informan	84
BAB V HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	99
A. Manfaat bantuan PKH dalam mewujudkan pemandirian KPM..	100
1. Manfaat bantuan PKH pada Komponen Pendidikan.....	100
2. Manfaat bantuan PKH pada Komponen Kesehatan.....	104
3. Manfaat bantuan PKH pada Komponen Kesejahteraan Sosial	107
4. Manfaat Program Komplementer bagi Pemandirian KPM PKH....	110
B. Bentuk kemandirian Keluarga Penerima Manfaat Program Keluarga Harapan di Kecamatan Pallangga	114
1. Kemandirian Emosi.....	114
2. Kemandirian Ekonomi.....	118
3. Kemandirian Intelektual.....	122
4. Kemandirian Sosial	126
C. Strategi dalam meningkatkan kemandirian Keluarga Penerima Manfaat Program Keluarga Harapan di Kecamatan Pallangga	129
1. Motivasi.....	130
2. Peningkatan kesadaran dan pelatihan.....	136
3. Manajemen diri	141
4. Mobilisasi sumber daya.....	143
5. Pembangunan dan pengembangan jejaring	146
D. Pendekatan Konstruksi Sosial dalam mewujudkan Kemandirian KPM PKH di Kecamatan Pallangga	149
1. Eksternalisasi.....	149
2. Objektivikasi	152
3. Internalisasi	154
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN.....	159
A. Kesimpulan	159
B. Saran.....	162
DAFTAR PUSTAKA.....	164
LAMPIRAN.....	167

DAFTAR TABEL

Nomor	Halaman
Tabel 1 : Rekapitulasi Jumlah KPM Tahun 2007-2019 Indonesia.....	39
Tabel 2 : Tahapan jadwal pelaksanaan penelitian	64
Tabel 3 : Jumlah Penduduk Berdasarkan Mata Pencaharian Dusun Kunjungmange Desa Panakkukang Kecamatan Pallangga Tahun 2016.....	70
Tabel 4 : Jumlah Penduduk Berdasarkan Mata Pencaharian Dusun Bontobiraeng Desa Panakkukang Kecamatan Pallangga Tahun 2016	71
Tabel 5 : Jumlah Penduduk Berdasarkan Mata Pencaharian Dusun Pajalau Desa Panakkukang Kecamatan Pallangga	71
Tabel 6 : Jumlah Penduduk Berdasarkan Mata Pencaharian Dusun Parangma'lengu Desa Panakkukang Kecamatan Pallangga ..	72
Tabel 7 : Jumlah Penduduk Berdasarkan Mata Pencaharian Dusun Bontocinde Desa Panakkukang Kecamatan Pallangga Tahun 2016.....	73
Tabel 8 : Jumlah Penduduk Berdasarkan Jenis Kelamin Desa Panakkukang Kecamatan Pallangga Tahun 2016	74
Tabel 9 : Pertumbuhan Jumlah Penduduk di Desa Panakkukang Tahun 2011-2015.....	75
Tabel 10 : Jumlah Sarana Pendidikan Desa Panakkukang Tahun 2016 .	76
Tabel 11 : Jumlah Sarana Kesehatan Desa Panakkukang Tahun 2016 ..	76
Tabel 12 : Jumlah Sarana Peribadatan Desa Panakkukang Tahun 2016	77
Tabel 13 : Jumlah Sarana Perdagangan Desa Panakkukang Tahun 2016	78
Tabel 14 : Jumlah Sarana Keamanan (POSKAMLING) di Desa Panakkukang Tahun 2016	79
Tabel 15 : Susunan Kader Posyandu Desa Panakkukang Tahun 2016 ..	80
Tabel 16 : Data SDM PKH Kecamatan Pallangga Tahun 2022	82
Tabel 17 : Daftar Nama Ketua Kelompok PKH Desa Panakkukang Kecamatan Pallangga	84
Tabel 18 : Daftar informan di Desa Panakkukang.....	86
Tabel 19 :Skema bantuan per tahap penyaluran	102

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1: Cakupan PKH Tahun 2007 s.d 2019.....	32
Gambar 2: Kerangka konsep penelitian.....	55
Gambar 3: Peta Kecamatan Pallangga.....	66

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1: Matrix Instrumen Wawancara	167
Lampiran 2: Data Sebaran KPM PKH Kecamatan Pallangga Tahun 2021	169
Lampiran 3: Rekapitulasi data peserta PKH.....	170
Lampiran 4: Dokumentasi Foto Penelitian	171

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kemiskinan atau *poverty* merupakan problem multidimensi yang dialami berbagai Negara di dunia termasuk di Indonesia. Masyarakat miskin ditandai dengan rendahnya kualitas hidup masyarakat, dalam hal pendidikan, kesehatan. Beban kemiskinan sangat dirasakan oleh kaum yang termarginalkan, keluarga bahkan terkhusus pada perempuan dan anak-anak yang berakibat pada terancamnya masa depan karena kekurangan gizi dan rendahnya kualitas hidup pada kesehatan dan pendidikan. Kemiskinan didefinisikan juga sebagai kondisi dimana seseorang atau sekelompok orang yang tidak terpenuhi hak-hak dasarnya untuk mempertahankan dan mengembangkan kehidupan yang bermartabat.

Masalah kemiskinan menjadi masalah yang sangat rumit sehingga suatu negara tidak dapat memiliki kemampuan untuk menghapus kemiskinan secara sendirian. Sepertiga penduduk di dunia masih hidup dalam kemiskinan hal tersebut sesuai dengan kriteria dari Bank Dunia bahwa klasifikasi masyarakat yang hidup dibawah garis kemiskinan adalah menggunakan pendapatan per kapita sebesar US\$370 Amerika sebagai tolak ukurnya (Soelaeman, 2006: 228).

Masalah kemiskinan yang ada di Indonesia menurut Suharto (2009: 131) merupakan masalah sosial yang senantiasa relevan untuk dikaji terus

menerus. Ini bukan saja karena masalah kemiskinan telah ada sejak lama dan masih hadir di tengah-tengah kita saat ini, tetapi karena kini gejalanya semakin meningkat sejalan dengan krisis multidimensional yang masih dihadapi bangsa Indonesia. Hal ini juga dikarenakan Indonesia merupakan salah satu negara yang sedang berkembang dengan jumlah penduduk yang terus meningkat setiap tahun, sehingga tingkat kesejahteraan rakyatnya masih jauh di bawah tingkat kesejahteraan negara-negara maju.

Kemiskinan seyogyanya digambarkan dengan kondisi seseorang yang tidak dapat memenuhi kebutuhan pokoknya seperti, sandang, pangan dan papan. Kurangnya pendapatan mengakibatkan seseorang memiliki kualitas yang rendah. Hal ini disebabkan orang miskin tidak memiliki biaya untuk mengakses berbagai layanan untuk meningkatkan taraf hidupnya. Kemiskinan telah membatasi hak rakyat untuk mendapatkan pendidikan yang layak, mendapatkan pekerjaan yang memadai, mengakses kesehatan yang terjamin dan kemiskinan menjadi alasan rendahnya Indeks Pembangunan Manusia di Indonesia. Kemiskinan merupakan tema sentral dari perjuangan bangsa, sebagai inspirasi dasar dan perjuangan akan kemerdekaan bangsa, serta motivasi fundamental dari cita-cita untuk menciptakan masyarakat yang adil dan makmur.

Secara umum, kemiskinan dikategorikan menjadi dua jenis, yaitu kemiskinan absolut dan relatif. Kedua jenis kemiskinan ini sama-sama

memperhitungkan komponen kepemilikan materi, terutama pendapatan. Namun, perbedaannya adalah pada kemiskinan absolut ukurannya sudah ditentukan dan diterapkan di setiap tempat dan wilayah, sedangkan kemiskinan relatif ditentukan berdasarkan perbandingan tingkat kesejahteraan antar penduduk setempat.(Martono, 2016)

Untuk meminimalisir permasalahan kesejahteraan sosial, khususnya kemiskinan yang terus bertambah dari hari ke hari maka pemerintah Indonesia melalui Kementerian Sosial mengeluarkan Program Keluarga Harapan (PKH). Program ini berupaya untuk mengembangkan sistem perlindungan sosial terhadap warga miskin di Indonesia. PKH dijalankan sebagai pelaksanaan dari UU no. 40 tahun 2004 tentang jaminan sosial. UU no. 11 tahun 2009 tentang kesejahteraan sosial. Inpres no. 3 tahun 2010 tentang program pembangunan yang berkeadilan. Perpres no. 15 tahun 2010 tentang percepatan penanggulangan kemiskinan dan UU no. 39 tahun 1999 tentang hak asasi manusia,

Untuk menanggulangi kemiskinan pemerintah Indonesia dalam bentuk yang real telah menginisiasi dan merealisasikan berbagai program diantaranya Jaringan Pengaman Sosial (JPS), Subsidi PLN, Bantuan Sosial Pangan (BSP), Program Nasional Pemberdayaan Masyarakat Mandiri (PNPM), Kartu Prakerja, Subsidi Pupuk, Program Indonesia Pintar (PIP), Program Indonesia Sehat (PIS), Kelompok Usaha Bersama (KUBE), Rehabilitasi Sosial Rumah Tidak Layak Huni (RS-RTLH), Program Rehabilitasi Sosial Lanjut Usia (Progres LU), Program

Keluarga Harapan (PKH), Program Rehabilitasi Sosial Penyandang Disabilitas (Progres PD) serta bantuan sembako Covid di tahun 2020. Bantuan dan program pemerintah yang sering direalisasikan telah banyak membantu masyarakat miskin dan rentan miskin untuk meringankan beban penderitaan yang mereka alami.

PKH pertama kali diimplementasikan di sejumlah negara Amerika Latin dan Karibia seperti Meksiko, Brazil, Kolumbia, Honduras, Jamaica, dan Nikaraguayang dikenal dengan program Conditional Cash Transfer (CCT) atau Bantuan Tunai Bersyarat. Program ini tergolong berhasil menurunkan angka kemiskinan karena program ini berusaha untuk mengubah perilaku hidup KPM dengan cara memberikan bantuan non tunai untuk membiayai kebutuhan. Namun penerimaannya menyaratkan melakukan pemeriksaan kesehatan di posyandu atau layanan kesehatan bagi ibu hamil dan anak balita, meningkatkan kehadiran siswa di Sekolah secara rutin/ teratur bagi anak-anak KPM usia SD-SMA serta pemeriksaan kesehatan bagi Penyandang Disabilitas Berat dan Lanjut Usia diatas 70 tahun.

Di Indonesia PKH mulai dilaksanakan di 7 provinsi pada tahun 2007 yang diluncurkan di Provinsi Gorontalo pada Juli 2007 sebagai tahap uji coba dengan harapan program ini berkesinambungan sampai pada tahun 2015 dan mampu untuk mempercepat pencapaian Tujuan Pembangunan Millenium (Millenium Development Goals atau MDGs). PKH di kabupaten

Gowa mulai hadir pada tahun 2010, tersebar di beberapa kecamatan salah satunya Kecamatan Pallangga,.

PKH terfokus pada tiga komponen yang berkaitan dengan peningkatan kualitas sumber daya manusia yaitu pada komponen kesehatan, komponen pendidikan dan menambah satu komponen lagi pada tahun 2016 yakni komponen kesejahteraan sosial. Kesehatan merupakan kunci untuk melakukan aktivitas dengan baik sebab dalam tubuh yang sehat terdapat jiwa yang kuat. Jika kesehatan terjamin pendidikan seseorang akan berjalan dengan baik. Dengan kualitas pendidikan yang layak dan bagus maka secara otomatis kualitas sumber daya manusia juga akan meningkat. Namun perlu disadari bahwa tidak semua rakyat bisa mengenyam pendidikan yang berkualitas. Lapisan masyarakat menengah kebawah banyak yang tidak bisa mengenyam pendidikan. Hal tersebut disebabkan mereka tidak memiliki biaya untuk mengakses pendidikan. Mahalnya biaya pendidikan di Indonesia mengakibatkan keluarga miskin dengan terpaksa tidak menyekolahkan anak-anaknya. Banyak anak-anak berusia 7-18 tahun yang putus sekolah dan memilih untuk mencari pekerjaan untuk menopang kondisi keuangan keluarga demi kelangsungan hidup kedepannya.

Pada Tahun 2019, Pemerintah melaksanakan pemutakhiran sosial ekonomi untuk KPM PKH, dalam melihat perkembangan KPM yang mengalami peningkatan ekonomi yang sudah meningkat akan di gradiasi sejahtera, sedangkan yang masih miskin akan menagalami masa transisi,

sehingga menambah masa keanggotaannya kembali di PKH, Tahun 2020 merupakan tahun yang berbeda dari sebelumnya, yang dimana dalam pelaksanaan Program Keluarga Harapan tidak berjalan seperti biasanya, misalnya agenda pertemuan kelompok maupun pertemuan P2K2/FDS dilaksanakan rutin tiap bulan dengan skala kecil dan sesuai protocol covid-19, verifikasi pendidikan ditunda karena siswa bersekolah secara daring melalu classroom/ Whatsapp/ Zoom, verifikasi kesehatan dan verifikasi kesejahteraan sosial juga ditunda selama diberlakukannya kebijakan di masa pandemic covid-19 di zona Merah. Banyak orang yang terkena dampak pandemic covid-19 termasuk Keluarga Penerima Manfaat (KPM), beberapa kepala keluarga sepi *job*, pembeli berkurang sehingga menyebabkan kondisi ekonomi Keluarga Penerima Manfaat tidak stabil. Dengan adanya bantuan Program Keluarga Harapan (PKH) dan bantuan komplementaris Bantuan Sosial Pangan (BSB) diharapkan tetap mampu memandirikan Keluarga Penerima Manfaat (KPM).

Program ini sedikit banyak telah meringankan penderitaan masyarakat yang tergolong sebagai masyarakat miskin dan rentan miskin, Menurut data final closing tahap 1 tahun 2021 PKH Kabupaten Gowa , jumlah Keluarga Penerima Manfaat yakni 34.349 keluarga. Jumlah penerima PKH yang terdapat di lokasi penelitian yakni Kecamatan Pallangga sebanyak 4509 Keluarga. Di Tahun 2020 Pendamping PKH Desa Panakkukang berhasil memotivasi KPM untuk digraduasi, sebanyak 20 Keluarga Penerima Manfaat ingin mengundurkan diri dari PKH di

Kecamatan Pallangga. Salah satu alasan mengapa peneliti memilih Kecamatan Pallangga sebagai lokasi penelitian, tidak lain karena ada puluhan KPM yang ingin graduasi mandiri di kecamatan Pallangga. Pendamping Sosial sangat aktif dalam memanfaatkan media sosial dalam berkegiatan, hingga melakukan sosialisasi terkait info-info PKH.

Berangkat dari uraian di atas, maka penting bagi penulis untuk melakukan penelitian yang berjudul “Potret Kemandirian Keluarga Penerima Manfaat (KPM) Program Keluarga Harapan (PKH) di Kecamatan Pallangga”.

B. Rumusan Masalah

Rumusan masalah dalam sebuah rencana penelitian merupakan aspek penting untuk mendukung operasionalisasi dan pengumpulan data. Rumusan masalah menjadi bahasan utama yang akan dibahas oleh peneliti untuk memberikan uraian solusi dan berbagai penyelesaian. Adapun rumusan masalah dalam penelitian ini sebagai berikut:

1. Bagaimana manfaat bantuan Program Keluarga Harapan dalam mewujudkan pemandirian Keluarga Penerima Manfaat di Kecamatan Pallangga?
2. Bagaimana bentuk kemandirian Keluarga Penerima Manfaat Program Keluarga Harapan di Kecamatan Pallangga?
3. Bagaimana strategi dalam meningkatkan kemandirian Keluarga Penerima Manfaat Program Keluarga Manfaat di Kecamatan Pallangga?

C. Tujuan Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah penelitian diatas, maka yang menjadi tujuan penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Mendeskripsikan dan menganalisis manfaat bantuan PKH dalam mewujudkan kemandirian Keluarga Penerima Manfaat di Kecamatan Pallangga!
2. Mendeskripsikan dan menganalisis bentuk kemandirian Keluarga Penerima Manfaat (KPM) Program Keluarga Harapan (PKH) di Kecamatan Pallangga!
3. Menganalisis dan merumuskan strategi dalam meningkatkan kemandirian Keluarga Penerima Manfaat (KPM) Program Keluarga Harapan (PKH) di Kecamatan Pallangga!

D. Manfaat Penelitian

Manfaat secara teoretis yang diperoleh dari penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran mengenai kemandirian Keluarga Penerima Manfaat PKH, bentuk-bentuk kemandirian KPM PKH serta strategi dalam meningkatkan kemandirian KPM PKH. Selain itu, penelitian ini juga diharapkan dapat menambah khasanah ilmu pengetahuan serta menjadi referensi dalam bidang sosial, terutama terhadap studi pemberdayaan dan konstruksi sosial.

Manfaat praktis dari penelitian ini: bagi pemerintah pusat dan daerah, dapat digunakan sebagai masukan dan evaluasi dalam

memberikan program-program pengentasan kemiskinan; bagi masyarakat, dapat menambah informasi dan wawasan mengenai program-program pengentasan kemiskinan, salah satunya adalah program keluarga harapan; bagi pendamping PKH, dapat digunakan sebagai bahan evaluasi dan refleksi dalam menjalankan pendampingan terhadap penerima manfaat bantuan PKH.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Kemandirian

1. Pengertian Kemandirian

Menurut Hillery (1995) mengatakan dalam ilmu sosial, istilah kemandirian (resilience) sering dipersamakan dengan istilah otonom, tidak tergantung atau bebas, mengelola diri sendiri dan keberlanjutan diri. Sedangkan suatu masyarakat (community/society) terdiri dari person-person dalam wilayah tertentu, memiliki satu atau lebih ikatan bersama dan saling berinteraksi sosial (Amalia dan Syawie,2015)

Kemandirian adalah suatu kemampuan yang dimiliki individu berupa sikap mandiri dan kepercayaan diri sendiri untuk tidak bergantung pada orang lain dalam mengambil keputusan dan memecahkan masalah-masalah yang dihadapinya. Menurut Desmita (Rachiwanti dan Hartosujono, 2015 : 23) mendefinisikan bahwa “Kemandirian adalah kondisi dimana seseorang memiliki hasrat untuk maju demi kebaikan diriya sendiri, mampu mengambil keputusan dan inisiatif untuk mengatasi masalah serta kepercayaan diri dan bertanggung jawab atas apa yang dilakukannya”.

Menurut Havighurst (Rachmiwanti dan Hartosujono, 2015 : 24) menjelaskan bahwa kemandirian terdiri dari beberapa aspek, yaitu sebagai berikut:

- a Kemandirian emosi, aspek ini ditunjukkan dengan kemampuan mengontrol emosi dan tidak tergantungnya kebutuhan emosi dari individu lain.
- b Kemandirian ekonomi, aspek ini ditunjukkan dengan kemampuan mengatur ekonomi dan tidak tergantungnya kebutuhan ekonomi pada individu lain.
- c Kemandirian intelektual, aspek ini ditunjukkan dengan kemampuan untuk mengatasi berbagai permasalahan yang dihadapi.
- d Kemandirian sosial, aspek ini ditunjukkan dengan kemampuan untuk mengadakan interaksi dengan individu lain dan tidak bergantung atau menunggu aksi dari individu lain.

Dalam berkembangnya kemandirian individu dapat ditentukan ketika individu mampu atau tidak dalam menyelesaikan suatu permasalahan yang dihadapi. Gea (2003) mengatakan bahwa "individu dapat dikatakan mandiri apabila memiliki lima ciri sebagai berikut :

- a. Percaya diri adalah meyakini pada kemampuan dan penilaian diri sendiri dalam melakukan tugas dan memilih pendekatan yang efektif.
- b. Mampu bekerja sendiri adalah usaha sekuat tenaga yang dilakukan secara mandiri untuk menghasilkan sesuatu yang membanggakan atas kesungguhan dan keahlian yang dimilikinya.
- c. Menguasai keahlian dan keterampilan yang sesuai dengan kerjanya adalah mempunyai keterampilan sesuai dengan potensi yang sangat diharapkan pada lingkungan kerjanya.

d. Menghargai waktu Menghargai waktu adalah kemampuan mengatur jadwal sehari-hari yang diprioritaskan dalam kegiatan yang bermanfaat secara efisien.

e. Tanggung jawab adalah segala sesuatu yang harus dijalankan atau dilakukan oleh seseorang dalam melaksanakan sesuatu yang sudah menjadi pilihannya, atau dengan kata lain, tanggung jawab merupakan sebuah amanat atau tugas dari seseorang yang dipercayakan untuk menjaganya.

Desmita (2009) mengemukakan orang yang mandiri memiliki ciri-ciri sebagai berikut : a. Memiliki hasrat bersaing untuk maju demi kebaikan dirinya sendiri b. Mampu mengambil keputusan dan inisiatif untuk mengatasi masalah yang dihadapi, c. Memiliki kepercayaan diri dalam melaksanakan tugas-tugasnya d. Bertanggung jawab atas apa yang dilakukannya.

Ali dan Asrori (2004) mengemukakan bahwa seseorang dapat dikatakan mandiri bilamana memiliki ciri-ciri sebagai berikut : 1. Adanya tendensi berperilaku bebas dan berinisiatif, bersikap dan berpendapat. 2. Adanya tendensi untuk percaya diri dan tidak terpengaruh orang lain. 3. Adanya sifat keaslian dan tidak sekedar meniru orang lain. 4. Adanya tendensi untuk mencoba sendiri. 5. Tidak mengharapkan pengawasan orang lain

2. Pemandirian Masyarakat

Berpegangan pada prinsip pemberdayaan masyarakat yang bertujuan untuk memandirikan masyarakat dan meningkatkan taraf hidupnya, maka arah pemandirian masyarakat adalah berupa pendampingan untuk menyiapkan masyarakat agar benar-benar mampu mengelola sendiri kegiatannya.

Proses pemberdayaan masyarakat terkait erat dengan faktor internal dengan eksternal. Dalam hubungan ini, meskipun faktor internal sangat penting sebagai salah satu wujud *self organizing* dari masyarakat, namun kita juga perlu memberikan perhatian pada faktor eksternalnya. Proses pemberdayaan masyarakat mestinya juga didampingi oleh suatu tim fasilitator yang bersifat multidisiplin. Tim Pendamping ini merupakan salah satu *external factor* dalam pemberdayaan masyarakat. Peran tim pada awal proses sangat aktif tetapi akan berkurang secara bertahap selama proses berjalan sampai masyarakat sudah mampu melanjutkan kegiatannya secara mandiri. (Totok Mardikanto, 2019)

Dalam operasionalnya inisiatif tim pemberdayaan masyarakat secara perlahan akan dikurangi dan akhirnya berhenti. Peran tim fasilitator akan dipenuhi oleh pengurus kelompok atau pihak lain yang dianggap mampu oleh masyarakat. Kapan waktu pemunduran tim fasilitator tergantung kesepakatan bersama yang telah ditetapkan sejak awal program dengan warga masyarakat. Berdasarkan beberapa pengalaman dilaporkan bahwa TIM Fasilitator dapat dilakukan minimal 3 tahun setelah

proses dimulai dengan tahap sosialisasi. Walaupun tim sudah mundur, anggotanya tetap berperan, yaitu sebagai penasihat atau konsultan bila diperlukan oleh masyarakat.

Selaras dengan tahapan-tahapan kegiatan pemberdayaan sebagai telah dikemukakan tersebut, tahapan kegiatan pemberdayaan menurut Totok Mardikanto (2019) dapat dibagi menjadi beberapa tahapan, yaitu:

- a. Penetapan dan pengenalan wilayah kerja: Sebelum melakukan kegiatan, penetapan wilayah kerja perlu memperoleh kesepakatan antara Tim Fasilitator, Aparat pemerintah setempat, (perwakilan) masyarakat setempat, dan pemangku kepentingan yang lain (pelaku bisnis, tokoh masyarakat, aktivis LSM, akademisi, dll). Hal ini tidak saja untuk menghindari gesekan atau konflik kepentingan antara semua pemangku kepentingan, tetapi juga untuk membangun sinergi dan memperoleh dukungan berupa partisipasi dari seluruh pemangku kepentingan, demi keberhasilan program dan kegiatan pemberdayaan masyarakat yang akan dilakukan;
- b. Sosialisasi Kegiatan: yaitu upaya mengkomunikasikan rencana kegiatan pemberdayaan masyarakat yang akan dilakukan di wilayah tersebut. Termasuk dalam sosialisasi kegiatan, perlu juga dikemukakan tentang pihak-pihak terkait yang akan diminta partisipasi/ keterlibatannya, pembagian peran yang diharapkan, pendekatan, strategi serta langkah-langkah yang akan dilakukan;

- c. **Penyadaran Masyarakat**,: dilakukan untuk menyadarkan masyarakat tentang “keberdayaannya”, baik sebagai individu dan anggota masyarakat, maupun kondisi lingkungannya yang menyangkut lingkungan fisik/teknis, sosial-budaya, ekonomi, dan politik. Termasuk dalam penyadaran, adalah: Pertama, bersama-sama masyarakat melakukan analisis keadaan yang menyangkut potensi dan masalah, serta analisis faktor-faktor penyebab terjadinya masalah yang menyangkut kelemahan internal dan ancaman eksternalnya; kedua, melakukan analisis akar-masalah, analisis alternative pemecahan masalah, serta pilihan alternative pemecahan terbaik yang dapat dilakukan; ketiga, menunjukkan pentingnya perubahan untuk memperbaiki keadaannya, termasuk merumuskan prioritas perubahan, tahapan keadaannya, cara melakukan dan mencapai perubahan, sumber daya yang diperlukan, maupun peran bantuan (modal, teknologi, manajemen, kelembagaan, dll.) yang diperlukan.
- d. **Pengorganisasian masyarakat**,: termasuk pilihan pemimpin dan kelompok-kelompok tugas (task group) yang akan dibentuk. Pengorganisasian masyarakat ini penting dilakukan, karena untuk melaksanakan perubahan guna memecahkan masalah dan atau memperbaiki keadaan seringkali tidak dapat dilakukan secara individual (perorangan), tetapi memerlukan pengorganisasian adalah: pembagian peran, dan pembagian jejaring kemitraan;

- e. Pelaksanaan kegiatan yang terdiri dari: berbagai pelatihan untuk menambah dan atau memperbaiki pengetahuan teknis, keterampilan manajerial serta perubahan sikap/wawasan; pengembangan kegiatan, utamanya yang berkaitan dengan peningkatan pendapatan (Income generating) serta perlindungan, pelestarian dan perbaikan/rehabilitasi sumber daya alam, maupun pengembangan efektivitas kelembagaan. Kegiatan peningkatan pendapatan merupakan upaya terpenting untuk membiayai kegiatan-kegiatan yang diperlukan maupun untuk meningkatkan posisi-tawar dan membangun kemandirian. Peningkatan, pendapatan, juga memiliki arti penting agar masyarakat semakin yakin bahwa peran bantuan yang diberikan benar-benar mampu memperbaiki kehidupan mereka, minimal secara ekonomi.
- f. Advokasi Kebijakan, : karena semua upaya pemberdayaan masyarakat (peningkatan pendapatan, penguatan posisi-tawar, dll.) memerlukan dukungan kebijakan yang berpihak kepada kepentingan masyarakat. Kegiatan advokasi ini diperlukan guna memperoleh dukungan politik dan legitimasi dari elit masyarakat (aparatur pemerintah, pelaku bisnis, tokoh masyarakat, pegiat LSM, akademisi, dll.);
- g. Politisasi, : dalam arti terus menerus memelihara dan meningkatkan posisi-tawar melalui kegiatan politik praktis. Hal ini diperlukan untuk memperoleh dan melestarikan legitimasi dan keberlanjutan kebijakan yang ingin dicapai melalui pemberdayaan masyarakat. Politisasi ini, perlu dilakukan melalui beragam cara, seperti: menanam virus atau

kader-kader perubahan yang memiliki komitmen untuk mendukung pemberdayaan masyarakat, ke dalam jajaran birokrasi, politisi, pelaku bisnis, dll.; melakukan pressure melalui media-massa, forum ilmiah, dan perkembangan “kelompok penekan” (pressure group); melakukan kegiatan aksi nyata melalui kelompok kecil, yang menunjukkan manfaat pemberdayaan masyarakat yang ditawarkan.

Menurut Desmita (Rachiwanti dan Hartosujono, 2015: 23) mendefinisikan bahwa “Kemandirian adalah kondisi dimana seseorang memiliki hasrat untuk maju demi kebaikan dirinya sendiri, mampu mengambil keputusan dan inisiatif untuk mengatasi masalah serta kepercayaan diri dan bertanggung jawab atas apa yang dilakukannya” Definisi kemandirian lainnya juga dikemukakan oleh Andreas Nugroho (Susanto, 2018: 96) bahwa “Kemandirian menunjukkan kepada adanya kepercayaan akan kemampuan diri untuk menyelesaikan persoalan-persoalan tanpa bantuan khusus dari orang lain”.

Untuk kemandirian keluarga penerima manfaat seperti memberikan pengertian bagaimana cara pengelolaan keuangan, mengutamakan kebutuhan dari pada keinginan, mengubah mindset dari bantuan menjadi modal usaha, meningkatkan partisipasi kehadiran di fasilitas pendidikan, fasilitas kesehatan dan fasilitas kesejahteraan sosial serta kerjasama dengan individu, kelompok atau organisasi untuk mencapai kemandirian dalam mengakses layanan layanan pendidikan, kesehatan dan kesejahteraan sosial. Kemampuan ini mencakup ranah pengetahuan

(kognitive), sikap (affective), dan keterampilan (psikomotoric). Berdasarkan hal tersebut, indikator kemandirian penerima manfaat adalah kapasitas untuk kerjasama, kapasitas untuk mengambil keputusan secara mandiri dan kapasitas berkolaborasi (Utami, 2007)

B. Konsep Konstruksi Sosial

Konstruksi sosial adalah pemikiran dan penilaian seseorang dalam suatu fenomena dan realitas sosial sehingga adanya pemaknaan dan intersubjektif yang didapat dalam konstruksi sosial tersebut. Konstruksi sosial merupakan interaksi antara masyarakat dalam interaksi tersebut terdapat pemikiran dan penilaian yang berbeda-beda hal ini secara subyektif dan diterima dalam obyektif. Menurut Berger dan Luckman konstruksi sosial adalah proses pemikiran dan penilaian seseorang melalui proses tiga tahap yaitu eksternalisasi, internalisasi, dan objektivasi. Menurut Delamater dan Hyde (dalam Charles Ngangi : 2011) konstruksi sosial tidak ada kenyataan benar yang pokok realitas sosial memiliki fenomena dari suatu peristiwa atau kejadian yang memiliki fenomena yang benar dan adanya kenyataan dalam suatu realitas sosial. Konstruksi sosial adalah pemikiran dari suatu realitas yang pernah dialami maupun yang ditangkap oleh panca indera seseorang, hal ini terjadinya pemaknaan dan rangsangan seseorang dalam pemikirannya dengan proses tahapan dalam konstruksi sosial yaitu eksternalisasi, internalisasi, dan objektivasi (Kresno : 2014). Skema Dialektis Teoritis Konstruksi Sosial Berger dan Luckman 1990 :

1. Internalisasi

Internalisasi adalah pemahaman dasar pertama dunia objektif kedalam kesadaran sedemikian rupa sehingga subjektif individu dipengaruhi oleh struktur dunia sosial. Internalisasi merupakan momen penarikan realitas sosial kedalam diri atau realitas sosial menjadi realitas subjektif. Realitas sosial itu berada didalam diri manusia dengan cara itu maka diri manusia akan teridentifikasi didalam dunia sosio kultural. Macam-macam unsur dari dunia yang diobjektivasikan akan ditangkap sebagai gejala realitas di luar kesadarannya sekaligus sebagai gejala internal bagi kesadaran. Melalui internalisasi manusia menjadi hasil masyarakat

2. Eksternalisasi

Eksternalisasi adalah penyesuaian atau mengekspresikan diri seseorang dalam dunia baik dalam suatu kegiatan, organisasi, instansi, pada masyarakat, realitas sosial, maupun fenomena sosial yang terjadi didalam diri seseorang. Eksternalisasi seseorang memang memiliki peran dalam diri seseorang, adanya pencurahan diri pada seseorang dalam memahami realitas sosial yang terjadi. Dalam kehidupan bermasyarakat tidak diketahui pemikiran dan karakteristik masyarakat satu dengan yang lainnya hal ini karena adanya ketertutupan antar masyarakat yang tidak mencurahkan diri dengan anggota masyarakat yang lainnya. Dialektis teoritis konstruksi sosial menurut Berger dan Luckman dalam tahapan eksternalisasi memberikan pemikiran pada pencurahan diri

seseroang. Pencurahan diri seseorang adalah identitas peran tersendiri bagi masyarakat karena dengan pencurahan diri akan memperkenalkan identitas yang dimiliki sehingga dalam bermasyarakat tidak tertutup dengan yang lain. Sudah merupakan hakikat manusia sendiri, dan merupakan keharusan antropologis, manusia selalu mencurahkan diri ke dalam dunia tempat ia berada. Manusia tidak dapat kita mengerti sebagai ketertutupan yang lepas dari dunia luarnya. Sehingga mengalami tahapan awal dalam masyarakat dalam memberikan penilaian terhadap realitas sosial melalui stock of knowledge yang diterima dari hasil sosialisasi.

3. Objektivasi

Objektivasi adalah hasil yang didapatkan dari proses tahapan eksternalisasi, dari tahapan eksternalisasi penyesuaian diri dalam kehidupan realitas sosial akan mendapatkan hasil yang menghubungkan pada tahap objektivasi yaitu baik dari segi fisik maupun mental yang didapat dari hasil eksternalisasi pencurahan diri terhadap kehidupan realitas sosial masyarakat. Hasil yang didapat dalam diri seseorang adalah hasil dari pemaknaan maupun penilaian yang telah dicurahkan dalam realitas sosial. Pemaknaan dan penilaian yang dilakukan dalam konstruksi sosial itu yang diterima dan dirangsang oleh seseorang baik dari segi fisik maupun mental dalam tahapan eksternalisasi proses konstruksi sosial tersebut. Tahapan objektivasi seseorang mencapai realitas sui generis yaitu memiliki aturan-aturan tersendiri dalam diri seseorang terhadap proses eksternalisasi yang telah

dihasilkan. Peraturan dalam diri adalah sebagai pemaknaan untuk kehidupan realitas sosial yang akan berkelanjutan, sehingga memiliki aturan dari pemaknaan dan penilaian dan diterapkan dalam kehidupan realitas sosial seseorang. Objektivasi adalah tangkapan hasil dari eksternalisasi dimana dari tahapan eksternalisasi seseorang mencurahkan diri pada realitas sosial dan ditahap objektivasi seseorang akan menerima hasilnya dari tahapan eksternalisasi dari proses konstruksi sosial tersebut masyarakat meliputi beberapa unsur misalnya institusi, peranan, identitas (Sulaiman : 2016).

C. Konsep Pemberdayaan Keluarga

Winarni dalam bukunya *Kemitraan dan Model-model Pemberdayaan* memberikan pernyataan bahwa pemberdayaan memiliki inti pembangunan (*enabling*), memperkuat potensi (*empowering*), dan terciptanya kemandirian (*independency*). (Sulistiyani, 2004)

Menurut Soetomo (2015:88), unsur utama dari pemberdayaan masyarakat adalah pemberian kewenangan dan pengembangan kapasitas masyarakat. Kedua unsur tersebut tidak dapat dipisahkan, oleh karena apabila masyarakat telah memperoleh kewenangan tetapi tidak atau belum mempunyai kapasitas untuk menjalankan kewenangan tersebut maka hasilnya juga tidak optimal. Unsur terpenting dalam meraih keberhasilan pengembangan dalam masyarakat disamping modal alam, teknologi, kelembagaan, modal manusia menjadi modal yang sangat penting. Modal manusia atau sumber daya manusia adalah unsur modal

seperti rasa saling percaya sesama anggota masyarakat, empati sosial, kepedulian sosial, dan kerjasama. Oleh karena itu diperlukan penguatan terhadap sumber daya manusia. Saat ini di Indonesia telah berjalan suatu program pemberdayaan masyarakat dan pendamping sosial sebagai pelengkap adanya pemberdayaan masyarakat.

Menurut Alwi, dkk, (2001:241) kata “berdaya” diartikan sebagai kontribusi waktu, tenaga, usaha melalui kegiatan-kegiatan yang memberikan seseorang kekuatan untuk melakukan sesuatu atau membuat seseorang layak. Sedangkan secara konseptual, pemberdayaan berasal dari kata “power” yang berarti kekuatan. Menurut Kindervater dalam Kusnadi, dkk (2005:220), pemberdayaan adalah proses peningkatan kemampuan seseorang baik dalam arti pengetahuan, keterampilan, maupun sikap agar dapat memahami dan mengontrol kekuatan sosial, ekonomi, dan atau politik sehingga dapat memperbaiki kedudukannya dalam masyarakat. Menurut Djohani dalam Kusnadi, dkk (2005: 220), menyebutkan pemberdayaan masyarakat dimaksudkan mengembangkan kemampuan masyarakat agar secara berdiri sendiri memiliki keterampilan untuk mengatasi masalah-masalah mereka sendiri. Pemberdayaan masyarakat adalah upaya untuk menciptakan atau meningkatkan kapasitas masyarakat, baik secara individu maupun berkelompok dalam memecahkan berbagai persoalan terkait upaya peningkatan kualitas hidup, kemandirian dan kesejahteraannya. Sedangkan menurut Prijono dan Pranarka (1996: 74), pemberdayaan diartikan sebagai proses belajar

mengajar yang merupakan usaha terencana dan sistematis yang dilaksanakan secara berkesinambungan baik bagi individu maupun kolektif, guna mengembangkan daya (potensi) dan kemampuan yang terdapat dalam diri individu dan kelompok masyarakat sehingga mampu melakukan transformasi sosial.

Berdasarkan beberapa pendapat di atas, pemberdayaan masyarakat adalah upaya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat agar mampu berdiri sendiri dengan keterampilan dan pengetahuan yang dimilikinya untuk mengatasi masalah-masalah mereka sendiri, meningkatkan kualitas hidup, mencapai kesejahteraan dan memperbaiki kedudukannya dalam masyarakat.

Tujuan Pemberdayaan Masyarakat, Pemberdayaan adalah kondisi dimana mereka memiliki kesamaan hak dan kewajiban yang terwujud dalam kesempatan, kedudukan, peranan yang dilandasi sikap dan perilaku saling membantu dalam seluruh aspek kehidupan masyarakat. Upaya pemberdayaan membutuhkan dukungan dari berbagai pihak, baik pemerintah maupun lembaga swadaya masyarakat. Pemberdayaan yang dilakukan memiliki dampak keberdayaan masyarakat untuk keluar dari hambatan struktural, sehingga masyarakat yang berdaya ini nantinya dapat mengaktualisasikan potensi diri dan kapasitasnya untuk menghadapi tantangan eksternal sebagai dampak dari pembangunan. Menurut Sunartiningsih (2004: 140), menyebutkan proses pemberdayaan masyarakat yang dilakukan diharapkan mampu: 1) Menganalisis situasi

yang ada dilingkungannya.2) Mencari pemecahan masalah berdasarkan kemampuan dan keterbatasan yang mereka miliki.3) Meningkatkan kualitas hidup anggota. 4) Meningkatkan penghasilan dan perbaikan penghidupan di masyarakat.5) Mengembangkan sistem untuk mengakses sumber daya yang diperlukan. Sedangkan menurut Suharto (2005: 60), tujuan dari pemberdayaan masyarakat menunjuk pada keadaan atau hasil yang ingin dicapai oleh sebuah perubahan sosial, yaitu meningkatkan masyarakat yang tidak berdaya menjadi berdaya dan memperkuat kekuasaan atau mempunyai pengetahuan dan kemampuan dalam memenuhi kebutuhan hidupnya baik yang bersifat fisik, ekonomi, maupun sosial seperti mempunyai kepercayaan diri, mampu menyampaikan aspirasi, mempunyai mata pencaharian, berpartisipasi dalam kegiatan sosial, dan mandiri dalam melaksanakan tugas kehidupannya. Secara umum dapat ditarik kesimpulan bahwa pemberdayaan masyarakat yaitu membuat masyarakat berdaya dan mempunyai pengetahuan serta keterampilan yang digunakan dalam kehidupan untuk meningkatkan pendapatan, memecahkan permasalahan yang dihadapi, dan mengembangkan sistem untuk mengakses sumber daya yang diperlukan. Menurut Karsidi (1998:71) Pelaksanaan pemberdayaan masyarakat secara umum dapat diwujudkan dengan menerapkan prinsip-prinsip dasar pendampingan masyarakat, sebagai berikut: 1) belajar dari masyarakat, 2) pendamping sebagai fasilitator, masyarakat sebagai pelaku, 3) saling belajar, saling berbagi pengalaman. Berdasarkan prinsip pendampingan

masyarakat tersebut, diketahui bahwa pemberdayaan masyarakat membutuhkan pendamping. Pendamping atau petugas pemberdayaan masyarakat berperan sebagai outsider people, yang dapat dibedakan menjadi 3 bagian, yaitu peran konsultan, peran pembimbingan dan peran penyampaian informasi. Dalam praktek untuk menggugah partisipasi masyarakat sasaran langkah-langkah yang dilakukan, adalah: 1) Identifikasi Potensi, 2) Analisis Kebutuhan, 3) Rencana Kerja Bersama, 4) Pelaksanaan Program Kerja Bersama, 5) Monitoring dan Evaluasi.

Pemberdayaan masyarakat miskin menurut Sunyoto (1998:126) Konsep kemiskinan absolute dirumuskan dengan membuat ukuran tertentu yang kongkret. Ukuran itu lazimnya berorientasi pada kebutuhan hidup dasar minimum anggota masyarakat (sandang, pangan, papan). Masing-masing Negara mempunyai batasan kemiskinan absolute yang berbeda-beda sebab kebutuhan hidup dasar masyarakat yang dipergunakan sebagai acuan memang berlainan. Karena ukurannya dipastikan konsep kemiskinan ini mengenal garis batas kemiskinan. Artinya bahwa kemiskinan tersebut dilihat dari kondisi dimana masyarakat itu berada. Oleh karena itu dalam rangka peningkatan pembangunan melalui penanggulangan kemiskinan, pemerintah mencanangkan dua pokok kebijaksanaan pembangunan yaitu: 1) Mengurangi jumlah penduduk yang hidup dibawah garis kemiskinan, 2) Melaksanakan delapan jalur pemerataan yang meliputi pemerataan pembagian pendapatan, penyebaran pembangunan kesemua daerah, kesempatan memperoleh

pendidikan, kesehatan, kesempatan kerja, berusaha, berpartisipasi dalam kegiatan pembangunan dan kesempatan memperoleh keadilan. Kemiskinan secara absolut ditentukan berdasarkan ketidakmampuan untuk mencukupi kebutuhan pokok minimum seperti pangan, sandang, kesehatan, perumahan dan pendidikan yang diperlukan untuk bisa hidup dan bekerja. Kebutuhan pokok minimum diterjemahkan sebagai ukuran finansial dalam bentuk uang. Nilai kebutuhan minimum kebutuhan dasar tersebut dikenal dengan istilah garis kemiskinan.

Menurut Sunartiningsih (2004: 80), Kemiskinan merupakan salah satu dampak negatif dari pembangunan. Permasalahan kemiskinan yang cukup kompleks membutuhkan perubahan semua pihak secara bersama dan terkoordinasi. Secara umum, kemiskinan adalah suatu kondisi dimana tingkat pendapatan seseorang atau kelompok masyarakat tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan dasarnya.

Menurut Yasa (2008:86-91) Banyak faktor yang berperan menjadi penyebab kemiskinan, diantaranya adalah : 1) Ketidakberuntungan (disadvantages) yang melekat pada keluarga miskin, 2) keterbatasan kepemilikan aset (poor), 3) kelemahan kondisi fisik (physically weak), 4) keterisolasian (isolation), 5) kerentanan (vulnerable), dan 6) ketidakberdayaan (powerless) adalah berbagai penyebab mengapa keluarga miskin selalu kekurangan dalam memenuhi dasar hidup, seperti pangan, sandang, papan, kesehatan, dan pendidikan layak untuk anak-anaknya. Kondisi kemiskinan juga menjadi diperparah karena kewajiban

sosial yang ditanggung keluarga miskin, seperti kewajiban menyumbang. Situasi yang seperti ini menyebabkan berbagai program penanggulangan kemiskinan dan pembangunan pedesaan menghadapi hambatan dalam pelaksanaannya.

Menurut Sudjana (2004: 270) Strategi dalam pengentasan kemiskinan banyak ditawarkan untuk mengatasi persoalan kemiskinan, seperti penyediaan lapangan pekerjaan dan program kecakapan vokasional bagi masyarakat. Kebijakan penanggulangan kemiskinan tidak lepas dari konteks pembangunan masyarakat. Pembangunan masyarakat mengandung arti sebagai usaha sadar, sistematis, dan terarah yang diselenggarakan oleh, untuk dan dalam masyarakat yang bertujuan mengubah taraf kehidupan mereka sendiri ke arah yang lebih baik. Banyak program pemerintah dalam penanggulangan kemiskinan yang dinilai masih kurang berhasil untuk mengentaskan kemiskinan. Hal ini dipertegas dengan pernyataan Sukidjo (2009:154-164) bahwa meskipun sudah banyak program untuk menanggulangi kemiskinan dari pemerintah, disadari program tersebut kurang berhasil. Hal ini disebabkan kemiskinan hanya dilihat berdasarkan dari aspek ekonomi dan menekankan aspek pemberdayaan serta kurang melibatkan masyarakat lokal. Padahal kemiskinan dapat dilihat berdasarkan: 1) Pendekatan pendapatan (income approach); 2) Pendekatan kebutuhan dasar (basics needs approach); 3) Pendekatan aksesibilitas (accessibility approach); 4) Pendekatan

kemampuan manusia (human capability approach); 5) Pendekatan ketimpangan (inequality approach).

Dalam pemberdayaan masyarakat miskin, dapat dilakukan melalui proses pembelajaran sebagai berikut: (a) penciptaan iklim, (b) penguatan kelembagaan, (c) penguatan potensi, dan (d) perlindungan.

Menurut Silkhondze dalam Karsidi (2007:136-145), orientasi pemberdayaan masyarakat haruslah membantu masyarakat agar mampu mengembangkan diri atas dasar inovasi-inovasi yang ada, ditetapkan secara partisipatoris, yang pendekatan metodenya berorientasi pada kebutuhan masyarakat sasaran dan hal-hal yang bersifat praktis, baik dalam bentuk layanan individu maupun kelompok. Peran petugas pemberdayaan masyarakat sebagai outsider people dapat dibedakan menjadi 3 bagian yaitu peran konsultan, peran pembimbingan dan peran penyampaian informasi.

Dari beberapa pendapat tersebut dapat disimpulkan bahwa kemiskinan adalah keadaan dimana terjadi ketidakmampuan untuk memenuhi kebutuhan dasar seperti makanan, pakaian, tempat berlindung, pendidikan, dan kesehatan. Kemiskinan dapat disebabkan oleh kelangkaan alat pemenuhan kebutuhan dasar, ataupun sulitnya akses terhadap pendidikan dan pekerjaan. Kemiskinan merupakan masalah global. Sebagian orang memahami istilah ini secara subyektif dan komparatif, sementara yang lainnya melihatnya dari segi moral dan evaluatif, dan yang lainnya lagi memahaminya dari sudut ilmiah yang telah

mapan. Kemiskinan sebagai standar tingkat hidup yang rendah yaitu adanya suatu tingkat kekurangan materi pada sejumlah atau golongan orang dibandingkan dengan standar kehidupan yang umum berlaku dalam masyarakat yang bersangkutan. Tolak ukur umum yang digunakan adalah tingkat pendapatan per waktu kerja, kebutuhan relatif per keluarga termasuk untuk sandang, pangan, papan. Untuk mengatasi kemiskinan salah satu pendekatan yang sering digunakan dalam meningkatkan kualitas kehidupan dan mengangkat harkat martabat keluarga miskin adalah pemberdayaan masyarakat. Konsep ini menjadi sangat penting mengingat bahwa masyarakat miskin tidak selalu dipandang rendah karena mereka juga bisa diberdayakan. Pemberdayaan masyarakat sangat memperhatikan pentingnya partisipasi masyarakat yang kuat. Dalam konteks ini, peranan seorang pekerja sosial seringkali diwujudkan dalam kapasitasnya sebagai Pendamping, bukan sebagai penyembuh atau pemecah masalah secara langsung.

Pemberdayaan masyarakat dapat didefinisikan sebagai tindakan sosial dimana penduduk sebuah komunitas mengorganisasikan diri dalam membuat perencanaan dan tindakan kolektif untuk memecahkan masalah sosial atau memenuhi kebutuhan sosial sesuai dengan kemampuan dan sumber daya yang dimilikinya. Dalam kenyataannya, sering kali proses ini tidak muncul secara otomatis, melainkan tumbuh dan berkembang berdasarkan interaksi masyarakat setempat dengan pihak luar baik yang

bekerja berdasarkan dorongan karitatif maupun perspektif profesional. Para pekerja ini berperan sebagai pendamping sosial.

Merujuk pada Sistem Nasional berdasarkan UU No.40 Tahun 2004, PKH menjadi model jaminan yang unik. Disatu sisi, PKH merupakan bantuan sosial yang dimaksudkan demi mempertahankan kehidupan (life survival) dalam kebutuhan dasar terutama pendidikan dan kesehatan. Disisi lain, PKH bernuansa pemberdayaan yakni menguatkan rumah tangga melalui promosi kesehatan dan pendidikan. Fokus persyaratannya adalah penurunan kemiskinan, investasi modal manusia dan memeliharanya. PKH menuntun perubahan perilaku yang membawa manfaat dalam beberapa hal dan mengasumsikan bahwa uang akan memungkinkan penerimanya melakukan pemeriksaan kesehatan dan optimalisasi kebutuhan pendidikan.

D. Program Keluarga Harapan (PKH)

Menurut Permensos Nomor 1 tahun 2018, Program Keluarga Harapan yang selanjutnya disingkat PKH adalah program pemberian bantuan sosial bersyarat kepada keluarga dan/atau seseorang miskin dan rentan yang terdaftar dalam data terpadu program penanganan fakir miskin, diolah oleh Pusat Data dan Informasi Kesejahteraan Sosial dan ditetapkan sebagai keluarga penerima manfaat PKH.

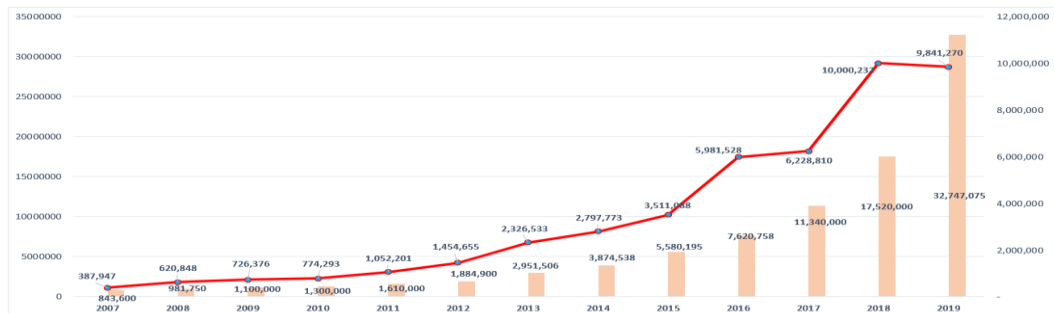
PKH merupakan salah satu upaya pemerintah dalam percepatan penanggulangan kemiskinan. Program perlindungan sosial ini dikenal di

dunia Internasional dengan istilah Conditional Cash Transfers (CCT). Sejak diluncurkan pada tahun 2007, PKH telah berkontribusi dalam menekan angka kemiskinan dan mendorong kemandirian penerima bansos, yang selanjutnya disebut sebagai Keluarga Penerima Manfaat (KPM).

Sebagai sebuah program bantuan sosial bersyarat, PKH bertujuan membuka akses KPM bagi ibu hamil dan balita dalam memanfaatkan fasilitas/ layanan kesehatan (faskes) dan anak usia sekolah dalam memanfaatkan fasilitas/layanan pendidikan (fasdik) yang tersedia di dekat tempat tinggal mereka. Manfaat KPM saat ini juga diarahkan untuk mencakup penyandang disabilitas dan lanjut usia dengan tujuan untuk mempertahankan kesejahteraan sosial mereka sesuai dengan amanat konstitusi dan Nawacita Presiden RI. (Kementerian Sosial, Pedoman)

Selain mendorong KPM untuk memanfaatkan pelayanan sosial dasar kesehatan dan pendidikan, KPM PKH juga didampingi untuk mendapatkan kesempatan untuk memanfaatkan berbagai program perlindungan sosial lainnya yang merupakan program komplementer secara berkelanjutan. PKH diarahkan untuk menjadi epicentrum dan center of excellence penanggulangan kemiskinan di Indonesia yang mensinergikan berbagai program perlindungan dan pemberdayaan sosial nasional. PKH diharapkan dapat berkontribusi secara signifikan untuk menurunkan jumlah penduduk miskin, menurunkan kesenjangan ekonomi (*gini ratio*), serta meningkatkan Indeks Pembangunan Manusia (IPM).

Sejak diluncurkan, PKH berupaya untuk selalu meningkatkan jumlah penerima manfaat setiap tahunnya. Diagram 1 di bawah ini merangkum peningkatan jumlah KPM PKH dari 2007 hingga 2019.



Gambar 1: Cakupan PKH Tahun 2007 s.d 2019

- Pada PJP Tahun 2010 - 2014 terjadi peningkatan target *beneficiaries* dan alokasi budget PKH, melampaui *baseline* target perencanaan
- Jumlah penerima PKH tahun 2016 adalah sebanyak 5.981.528 keluarga dengan anggaran sebesar Rp. 7,6 Triliun
- Jumlah penerima PKH tahun 2017 sebanyak 6.228.810 keluarga dengan anggaran sebesar Rp. 11,5 Triliun
- Jumlah penerima PKH tahun 2018 sebanyak 10.000.232 KPM dengan alokasi anggaran sebesar Rp. 19,4 Triliun (sedikit lebih tinggi dari target penerima PKH sebanyak 10 juta KPM)
- Jumlah penerima PKH tahun 2019 sebanyak 9.841.270 KPM dengan alokasi anggaran sebesar Rp. 34,2 Triliun (sedikit lebih rendah dari target penerima sebanyak 10 juta KPM).

Dalam pelaksanaan PKH, setiap KPM harus terdaftar dan hadir pada fasilitas kesehatan dan fasilitas pendidikan terdekat, yang menjadi prasyarat bagi mereka untuk menerima bantuan. Kewajiban KPM PKH di bidang kesehatan meliputi pemeriksaan kandungan bagi ibu hamil, pemberian asupan gizi dan imunisasi serta timbang badan anak balita dan anak prasekolah. Sedangkan kewajiban di bidang pendidikan adalah mendaftarkan dan memastikan kehadiran anggota keluarga PKH ke satuan pendidikan sesuai jenjang sekolah dasar dan menengah. Selain untuk pendidikan dan kesehatan, sejak tahun 2016 PKH juga memberikan bantuan kesejahteraan sosial lainnya yaitu bagi penyandang disabilitas berat dan penduduk lanjut usia (usia mulai 70 tahun). (Kementerian Sosial, 2020, Pedoman Pelaksanaan PKH, hal.3)

1. Sasaran PKH

Sasaran PKH adalah keluarga yang miskin dan rentan yang terdaftar dalam Data Terpadu Kesejahteraan Sosial (DTKS) yang dikelola oleh Pusat Data dan Informasi (Pusdatin), Kementerian Sosial RI. Keluarga tersebut harus memiliki komponen kesehatan, pendidikan, dan/atau kesejahteraan sosial untuk ditetapkan sebagai KPM PKH.

2. Aspek Kesehatan

Rendahnya penghasilan menyebabkan keluarga miskin tidak mampu memenuhi kebutuhan kesehatan dan pendidikan, bahkan untuk tingkat minimal sekalipun. Jika ibu hamil tidak mendapatkan pelayanan kesehatan yang memadai, maka hal ini akan berakibat pada buruknya

kondisi kesehatan dan asupan gizi bayi yang ada dalam kandungan ibu tersebut dan tentunya mempengaruhi kesehatan si bayi pada saat lahir nanti. Pelayanan kesehatan selama masa kehamilan, persalinan dan nifas sangat penting bagi keberlangsungan ibu dan bayi, mendorong ibu mengakses fasilitas kesehatan, melibatkan tenaga medis profesional dalam persalinan dan pasca melahirkan sangat penting untuk terus menekan angka kematian ibu dan bayi.

Masalah *stunting* (balita dengan status gizi pendek dan sangat pendek) saat ini juga menjadi perhatian nasional. *Stunting* (pendek dan sangat pendek) adalah kondisi dimana balita memiliki panjang atau tinggi badan yang kurang jika dibandingkan dengan umur. Balita *stunting* termasuk masalah gizi kronik yang disebabkan oleh banyak faktor seperti kondisi sosial ekonomi, gizi ibu saat hamil, kesakitan pada bayi, dan kurangnya asupan gizi pada bayi. Balita *stunting* di masa yang akan datang akan mengalami kesulitan dalam mencapai perkembangan fisik dan kognitif yang optimal.

3. Aspek Pendidikan

Berdasarkan data BPS yang diambil dari survei SUSENAS 2019, masih terdapat anak putus sekolah disetiap jenjang pendidikan. Target angka putus sekolah pada renstra Kemendikbud adalah di bawah satu persen pada masing-masing jenjang pendidikan tersebut. Tanpa perhatian khusus pemerintah, anak putus sekolah rentan menjadi korban eksploitasi, termasuk perdagangan anak. Bahkan mereka rentan terhadap

pelanggaran hukum dari penyalahgunaan obat terlarang sampai dengan kriminalitas. Putus sekolah juga berdampak pada minimnya wawasan atau ilmu pengetahuan yang dimiliki oleh anak, masa depan anak tidak jelas, menyebabkan banyaknya pengangguran di masa mendatang.

Jumlah anak usia sekolah yang mengikuti pendidikan dasar menjadi salah satu indikator keberhasilan program menurunkan angka putus sekolah. Angka Partisipasi Murni (APM) pada empat tahun terakhir menunjukkan peningkatan. Meningkatnya APM bisa jadi pengaruh dari berbagai program pemerintah termasuk bantuan tunai bersyarat PKH. Partisipasi sekolah masih bervariasi antar jenjang pendidikan yang terlibat melalui nilai Angka Partisipasi Kasar (APK). APK jenjang pendidikan SD/ sederajat nilainya sudah melebihi 100 persen. Hal ini menunjukkan bahwa penduduk yang bersekolah pada jenjang SD bukan hanya penduduk pada kelompok umur 7-12 tahun. Masalah ekonomi masih menjadi salah satu persoalan penting dalam proses pendidikan formal.

Apabila perekonomian suatu keluarga kurang bagus maka pendidikan juga menjadi terhambat. Hal ini terlihat dari adanya kesenjangan partisipasi sekolah pada jenjang pendidikan menengah ke atas antarkuintil pengeluaran rumah tangga.

4. Aspek Kesejahteraan Sosial

a. Penyandang Disabilitas

Penyandang Disabilitas adalah setiap orang yang mengalami keterbatasan fisik, intelektual, mental, dan/atau sensorik dalam jangka

waktu lama yang dalam berinteraksi dengan lingkungan dapat mengalami hambatan dan kesulitan untuk berpartisipasi secara penuh dan efektif dengan warga Negara lainnya berdasarkan kesamaan hak. Penyandang disabilitas merupakan bagian dari masyarakat Indonesia yang mempunyai hak dan kewajiban yang sama dengan warga Negara lainnya. Berdasarkan Undang-undang nomor 8 Tahun 2016 tentang penyandang Disabilitas, Penyandang disabilitas berhak memperoleh pelayanan dan kemudahan yang berhubungan dengan pemenuhan hak terutama pengasuhan dan perawatan dari keluarganya.

Pemerintah melakukan berbagai upaya untuk menangani permasalahan penyandang disabilitas yaitu rehabilitasi sosial, pemberdayaan sosial, jaminan dan perlindungan sosial. Upaya rehabilitasi sosial dilakukan dalam bentuk motivasi dan diagnose psikososial; perawatan dan pengasuhan; pelatihan vokasional dan Pendampingan kewirausahaan; bimbingan mental spiritual; bimbingan fisik; bimbingan sosial dan konseling psikososial; pelayanan aksesibilitas; bantuan dan sistensi sosial; bimbingan resosialisasi; bimbingan lanjut dan/atau rujukan.

Sebagian besar penyandang disabilitas di Indonesia hidup dalam kondisi rentan, terbelakang, dan/atau miskin dikarenakan masih adanya pembatasan, hambatan, kesulitan, dan pengurangan atau penghilangan hak penyandang disabilitas. Untuk mewujudkan kesamaan hak dan kesempatan bagi penyandang disabilitas menuju kehidupan yang sejahtera, mandiri, dan tanpa diskriminasi diperlukan bantuan sosial

terhadap penyandang disabilitas dalam mengakses pelayanan kesehatan dan pendidikan.

b. Lanjut Usia

Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia mendefinisikan lanjut usia merupakan seseorang yang telah berusia 60 tahun ke atas. Pada pasal 5 mengamanatkan bahwa lanjut usia mempunyai hak yang sama dalam kehidupan bermasyarakat, berbangsa dan bernegara. Sebagai penghormatan dan penghargaan kepada lanjut usia diberikan hak untuk meningkatkan kesejahteraan sosial yang meliputi pelayanan keagamaan dan mental spiritual; pelayanan kesehatan; pelayanan kesempatan kerja; pelayanan pendidikan dan pelatihan; kemudahan dan penggunaan fasilitas, sarana dan prasarana umum; kemudahan dalam layanan dan bantuan hukum; perlindungan sosial; bantuan sosial.

Permasalahan yang dihadapi lanjut usia tidak saja diakibatkan perubahan fisik, mental, sosial dan psikologis serta ekonomi, namun juga disebabkan dalam memperoleh akses layanan fasilitas sosial dan ekonomi serta dalam pengisian waktu luang. Hal ini dapat menyebabkan menurunnya kemampuan dan Umur harapan Hidup Manusia Indonesia Lanjut Usia.

5. Sinergi Lintas Sektor

Berbagai indikator di atas menunjukkan bahwa pemenuhan kebutuhan dasar, khususnya bidang pendidikan dan kesehatan, terutama

bagi keluarga miskin perlu ditingkankan. Berdasarkan banyak kajian, penyebab mereka tidak dapat memenuhi kebutuhan dasar pendidikan dan kesehatan terletak pada masalah yang dihadapi oleh sisi permintaan, yaitu keluarga itu sendiri (*demand side*) maupun sisi penyedia layanan (*supply side*). Alasan keluarga miskin tidak melanjutkan sekolah umum karena tidak adanya biaya, bekerja untuk mencari nafkah, merasa pendidikannya sudah cukup, begitupun dari aspek kesehatan, mereka tidak mampu membiayai pemeliharaan atau kesehatan bagi anggota keluarga akibat rendahnya tingkat pendapatan.

Sementara itu, permasalahan pada sisi pelayanan (*Supply side*) yang menyebabkan rendahnya akses keluarga miskin terhadap pendidikan dan kesehatan antara lain belum tersedianya pelayanan kesehatan dan pendidikan yang mudah dijangkau, biaya pelayanan yang tidak terjangkau, serta jarak antara tempat tinggal dan lokasi pelayanan yang relatif jauh. Hal tersebut merupakan tantangan utama bagi penyedia pelayanan pendidikan dan kesehatan. Sebagai upaya menambah daya ungkit penanggulangan kemiskinan maka diperlukan sinergi berbagai program perlindungan sosial baik dalam bentuk subsidi, bantuan sosial tanpa syarat, bantuan sosial bersyarat, maupun bantuan-bantuan sosial pemberdayaan. Program sembako, Program Indonesia Sehat, Program Indonesia Pintar, RS-Rumah Tidak Layak Huni, Kelompok Usaha Bersama (KUBE) dan lain-lain perlu diperkuat sebagai program komplementer PKH.

6. Perkembangan Jumlah KPM PKH

Program Keluarga Harapan (PKH) dilaksanakan secara berkelanjutan yang dimulai pada tahun 2007 di 7 Provinsi. Sampai dengan tahun 2019, PKH sudah dilaksanakan di 34 Provinsi dan mencakup 512 Kabupaten/Kota dan 6.790 Kecamatan.

Tabel 1: Rekapitulasi Jumlah KPM Tahun 2007-2019 Indonesia

TAHUN	PROVINSI	KAB/KOTA	KECAMATAN	KPM PKH
2007	7	48	337	387.947
2008	13	70	637	620.848
2009	13	70	781	726.376
2010	20	88	946	774.293
2011	25	119	1387	1.052.201
2012	33	169	2001	1.454.655
2013	33	336	3417	2.326.533
2014	34	418	4870	2.871.827
2015	34	472	6080	3.511.088
2016	34	504	6402	5.981.528
2017	34	509	6730	6.228.810
2018	34	512	7214	10.000.232
2019	34	512	6709	9.841.270

Sumber: Pedoman PKH 2020

7. Kerangka Konsep PKH

a. Kriteria Penerima PKH

Kriteria penerima PKH terdiri tiga komponen yaitu, pertama, Komponen kesehatan, yaitu terdiri atas ibu hamil dan anak usia 0-6 tahun., Kedua, Komponen pendidikan, yaitu terdiri atas Anak SD/ sederajat; pesantren usia > 6-12 tahun, Anak SMP/ sederajat; pesantren usia >12-15 tahun, dan anak SMA/ sederajat; pesantren usia 15-21 tahun. Ketiga, Komponen kesejahteraan sosial, yaitu terdiri atas lanjut usia dan penyandang disabilitas berat.

b. Hak dan Kewajiban KPM PKH

a. Hak KPM PKH berhak mendapatkan, Bantuan sosial, Pendampingan sosial, Pelayanan di fasilitas kesehatan, pendidikan dan kesejahteraan sosial, Program bantuan komplementer di bidang pangan, kesehatan, pendidikan, subsidi energi, ekonomi, perumahan, aset kepemilikan tanah dan bangunan, dan pemenuhan kebutuhan dasar lainnya sesuai kebijakan pemerintah.

- Kewajiban KPM PKH terdiri dari: Anggota keluarga, yang termasuk dalam kategori ibu hamil/menyusui dan anak berusia nol sampai dengan enam tahun, wajib memeriksakan kesehatan pada fasilitas/ layanan kesehatan sesuai dengan protokol kesehatan, anggota keluarga, yang termasuk dalam kategori anak usia sekolah wajib belajar 12 tahun, wajib mengikuti kegiatan belajar dengan tingkat kehadiran paling sedikit 85% (delapan puluh lima persen) dari hari belajar efektif; dan anggota keluarga, yang termasuk kedalam kategori lanjut usia dan/atau penyandang disabilitas berat, wajib mengikuti kegiatan di bidang kesejahteraan sosial sesuai kebutuhan, KPM hadir dalam pertemuan kelompok atau Pertemuan Peningkatan Kemampuan (P2K2) setiap bulan.

c. Pemenuhan Kewajiban

Seluruh anggota penerima manfaat harus memenuhi kewajiban kepesertaan PKH sebagaimana yang diterangkan di atas. Pemenuhan kewajiban oleh KPM PKH akan menjadi dasar untuk penyaluran bantuan

sosial serta hak kepesertaan lainnya yakni bantuan sosial; pendampingan sosial; pelayanan di fasilitas kesehatan, pendidikan dan kesejahteraan sosial; dan program bantuan komplementer. KPM yang memenuhi kewajibannya akan mendapatkan hak sesuai ketentuan program. Sedangkan KPM yang tidak memenuhi kewajiban dikenakan penangguhan bantuan sosial PKH dan/atau penghentian kepesertaan PKH.

d. Program Bantuan Komplementer

Seluruh KPM PKH berhak mendapatkan program komplementer dibidang kesehatan, pendidikan, subsidi energi, ekonomi, perumahan, dan pemenuhan kebutuhan dasar lainnya sesuai kebijakan pemerintah. Program-program tersebut antara lainnya sesuai kebijakan pemerintah. Program-program tersebut antara lainnya Program Indonesia Sehat, Program Indonesia Pintar, Program bantuan sembako, Kelompok Usaha Bersama (KUBE), Rehabilitasi Sosial Rumah Tidak Layak Huni (RS-RTLH), Program Rehabilitasi Sosial Lanjut Usia (Progres LU), Program Rehabilitasi Sosial Penyandang Disabilitas (Progres PD) dan bantuan sosial lainnya sesuai kebijakan pemerintah.

e. PKH Akses

PKH akses adalah program pemberian bantuan sosial PKH di wilayah sulit dijangkau baik secara geografis, ketersediaan infrastruktur, maupun sumber daya manusia dengan pengkondisian secara khusus (Pasal 1 ayat 2 Peraturan Menteri Sosial Nomor

1/HUK/2018 tentang Program Keluarga Harapan). Sasaran PKH Akses merupakan keluarga yang miskin dan rentan di wilayah PKH Akses yang terdaftar dalam data terpadu kesejahteraan sosial.

1) Kriteria wilayah PKH Akses

Penetapan suatu wilayah menjadi PKH Akses didasarkan pada SK Direktur Jenderal Perlindungan dan Jaminan Sosial. Pemerintah Kabupaten/Kota melalui Pemerintah Provinsi dapat mengajukan usulan wilayah untuk dijadikan PKH Akses dengan memperhatikan tiga kriteria berikut:

a) Pulau-Pulau Kecil Terluar

Berdasarkan Keputusan Presiden Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2017 tentang Penetapan Pulau-Pulau Kecil Terluar adalah daftar yang terdiri dari nama pulau, nama lain pulau, perairan, koordinat titik terluar, titik dasar dan petunjuk jenis garis pangkal dan provinsi.

Pulau Kecil adalah pulau dengan luas lebih kecil atau sama dengan 2.000 km² beserta kesatuan ekosistemnya(Pasal 1 Ayat 3 UU Nomor 27 tahun 2007 tentang Pengelolaan Wilayah Pesisir dan Pulau-Pulau Kecil).

(1) Daerah tertinggal /terpencil

Pengertian daerah tertinggal adalah daerah dengan kondisi masyarakat dan wilayahnya relatif kurang berkembang dibandingkan dengan daerah lain dalam skala nasional.

Hal ini dapat dilihat dari aspek administratif, aspek kemasyarakatan. Sedangkan ketinggalan wilayah dapat dilihat dalam hal perekonomian masyarakat, sumber daya manusia, prasarana (infrastruktur), kemampuan keuangan lokal, aksesibilitas, dan karakteristik daerah.

Pengertian terpencil adalah wilayah yang sulit diakses diantaranya dapat dilihat dari tidak/belum tersedia pelayanan umum, harga kebutuhan pokok yang sangat mahal, tidak/belum tersedia sarana komunikasi yang memadai, sehingga menimbulkan kesulitan yang tinggi bagi penduduk yang berdomisili di wilayah tersebut.

(2) Perbatasan antanegara

Secara geografis terletak pada daerah-daerah perbatasan antar Negara. Karena letak geografis tersebut umumnya akses transportasi menjadi sulit mahal sehingga implikasinya harga barang kebutuhan menjadi mahal. Hal lainnya adalah sarana dan prasarana juga minim.

8. Pengelolaan Program PKH

a. Perencanaan

Perencanaan dilakukan untuk menentukan lokasi dan jumlah calon KPM. Lokasi dan jumlah calon KPM bersumber dari Data Terpadu Kesejahteraan Sosial (DTKS).

b. Penetapan Calon Peserta PKH

Penetapan calon peserta PKH dilakukan untuk menetapkan wilayah kepesertaan dan jumlah calon KPM menurut daerah provinsi,

daerah kabupaten/kota, dan kecamatan. Data tingkat kemiskinan menjadi salah satu bahan pertimbangan dalam penetapan wilayah kepesertaan PKH. Penetapan calon peserta PKH ditetapkan oleh Direktur Jaminan Sosial Keluarga Kementerian Sosia RI. Sumber data penetapan sasaran berasal dari Data Terpadu Kesejahteraan Sosial.

- 1) Arah kebijakan penanggulangan kemiskinan.
- 2) Skala prioritas percepatan penanggulangan kemiskinan.
- 3) Perlindungan dan jaminan sosial adaptif bagi keluarga yang terkena dampak bencana.
- 4) Usulan Daerah

Daerah dapat membuat usulan calon KPM yang memuat data kemiskinan yang bersumber dari DTKS dan komitmen penyediaan alokasi dana penyertaan PKH melalui APBD Provinsi dan APBD Kabupaten/Kota.

c. Persiapan Daerah

Daerah lokasi perluasan PKH, mempersiapkan hal-hal sebagai berikut:

- 1) Dinas/instansi Sosial provinsi/kabupaten/kota menyediakan infrastruktur untuk mendukung pelaksanaan PKH kabupaten/kota;
- 2) Kantor Kecamatan menyediakan infrastruktur terkait untuk mendukung pelaksanaan PKH di Kecamatan;
- 3) Melakukan sosialisasi PKH kepada:
 - 1) Tim koordinasi kabupaten/kota; dan
 - 2) Aparatur pemerintah di tingkat kecamatan dan kelurahan.

d. Pertemuan Awal dan Validasi

Agar calon KPM PKH memiliki pemahaman tentang PKH dan kesiapan sebagai penerima manfaat PKH, pendamping Sosial PKH melakukan sosialisasi PKH pada pertemuan awal. Kegiatan pertemuan awal dapat digunakan sekaligus untuk melakukan validasi data dengan cara mencocokkan data awal calon peserta PKH dengan bukti dan fakta kondisi terkini sehingga diperoleh data yang valid dan sesuai dengan criteria penerima PKH (*eligible*).

e. Penetapan Keluarga Penerima Manfaat

KPM PKH yang ditetapkan adalah keluarga yang memenuhi kriteria penerima manfaat PKH sesuai dengan ketentuan yang berlaku berdasarkan; hasil validasi data calon penerima manfaat PKH dan telah dibukakan rekening bank; dan/atau hasil verifikasi komitmen dan/atau pemutakhiran data. Penetapan KPM PKH dilakukan melalui keputusan Direktur Jaminan Sosial Keluarga Kementerian Sosial RI.

f. Penyaluran Bantuan

Bantuan sosial PKH diberikan dalam bentuk uang kepada keluarga yang telah ditetapkan sebagai penerima manfaat PKH melalui surat Keputusan Direktur Jaminan Sosial Keluarga. Penyaluran Bantuan Sosial untuk penerima manfaat PKH dilakukan secara bertahap dalam satu tahun anggaran dengan cara setiap 3 (tiga) bulan sekali atau setiap bulan sekali, dengan memperhatikan ketersediaan anggaran dan kondisi fiscal Negara yang berlaku saat akan pendistribusian bantuan sosial tersebut.

Penyaluran bantuan sosial PKH, sejak tahun 2016 telah beralih dari tunai menjadi non tunai, Bantuan dicairkan melalui Kartu Keluarga Sejahtera (KKS) atau buku tabungan dengan mekanisme sebagai berikut:

1) Pembukaan Rekening Penerima Bantuan Sosial

Rekening penerima bantuan sosial dibukakan secara kolektif sesuai data yang telah diserahkan dari Kementerian Sosial ke Bank Penyalur. Pembukaan rekening diikuti dengan pencetakan buku tabungan dan Kartu Keluarga Sejahtera serta *PIN Mailer*.

2) Sosialisasi dan Edukasi

Kegiatan sosialisasi dan edukasi merupakan aktivitas untuk menyampaikan informasi kepada pihak terkait tentang penyaluran bantuan sosial non tunai. Kegiatan sosialisasi dilakukan oleh Kemensos bersama Bank Penyalur dan Pemerintah daerah dengan kewenangannya.

3) Distribusi Kartu Keluarga Sejahtera kepada KPM

Bank penyalur melakukan kegiatan penyerahan KKS, buku tabungan dan *PIN Mailer* kepada penerima manfaat PKH.

4) Proses Penyaluran Bantuan Sosial PKH

5) Penarikan Dana Bantuan Sosial PKH

6) Rekonsiliasi Hasil Penyaluran Bantuan Sosial PKH

7) Pemantauan, Evaluasi dan Pelaporan Bantuan Sosial Kegiatan pemantauan, evaluasi dan pelaporan bantuan sosial adalah serangkaian proses yang dilakukan Kementerian Sosial, Pelaksana

PKH di daerah dan Bank Penyalur untuk memastikan bahwa bantuan telah diterima oleh KPM PKH.

- 8) Pemanfaatan Bansos. Bantuan sosial yang diterima oleh peserta PKH dapat dimanfaatkan untuk kegiatan kesehatan, pendidikan, kesejahteraan sosial, modal usaha dan kebutuhan lainnya yang mendukung tercapainya tujuan PKH.

g. Pendampingan

Pendampingan bagi KPM PKH diperlukan untuk mempercepat proses pencapaian salah satu tujuan PKH, yaitu menciptakan perubahan perilaku dan kemandirian KPM dalam mengakses layanan kesehatan dan layanan pendidikan serta layanan kesejahteraan sosial. Untuk memastikan tercapainya perubahan perilaku yang diharapkan, Pendamping Sosial PKH mempunyai peran dan fungsi sebagai Fasilitator, Mediator, Advokator, Edukator, dan Motivator bagi KPM PKH.

h. Pertemuan Peningkatan Kemampuan Keluarga (P2K2)

P2K2/ Family Development Session (FDS) merupakan sebuah intervensi perubahan perilaku yang terstruktur. P2K2 diberikan pada semua KPM PKH sejak tahun pertama kepesertaan PKH. Materi P2K2 wajib disampaikan melalui pertemuan kelompok setiap bulan yang disampaikan oleh Pendamping Sosial PKH terhadap kelompok-kelompok dampungannya.

- 1) Tujuan P2K2

- a) Meningkatkan pengetahuan KPM PKH mengenai pengasuhan anak dan mendukung pendidikan anak di sekolah.
- b) Meningkatkan pengetahuan praktis KPM PKH tentang pengelolaan keuangan keluarga KPM PKH belajar bagaimana membedakan antara kebutuhan dan keinginan, membuat target menabung dan menghindari hutang, serta meningkatkan penghasilan dengan membuka usaha.
- c) meningkatkan kesadaran KPM PKH dalam hal kesehatan
- d) meningkatkan Kesadaran KPM PKH terhadap pencegahan kekerasan terhadap anak dan pemenuhan hak-hak anak.
- e) meningkatkan kesadaran KPM PKH terhadap hak-hak lansia dan disabilitas.
- f) mempercepat kemandirian ekonomi KPM PKH.

secara umum meningkatkan kesadaran KPM PKH akan hak dan kewajibannya sebagai anggota masyarakat. Khususnya dalam pemanfaatan layanan umum yang disediakan pemerintah untuk memperbaiki kondisi kesehatan dan pendidikan.

2) Komponen dalam Pelaksanaan P2K2

Komponen yang diperlukan dalam pelaksanaan P2K2 adalah:

- a) Modul P2K2 . Modul P2K2 merupakan modul pembelajaran terstruktur untuk meningkatkan keterampilan hidup KPM PKH dengan focus utama di bidang ekonomi, pendidikan anak,

kesehatan, perlindungan anak dan kesejahteraan sosial. Modul P2K2 disampaikan kepada KPM dengan memperhatikan kebutuhan KPM.

- b) Bahan Ajar. Bahan ajar berupa buku modul, buku pintar, flipchart, poster dan brosur dan alat isinya untuk mendukung penyampaian P2K2 diselenggarakan oleh Kementerian Sosial atau pihak-pihak lain yang ingin berkontribusi.
 - c) Waktu Pelaksanaan PP2K2 dilaksanakan setiap bulan selama masa kepesertaan PKH. Pelaksanaan P2K2 secara lebih rinci dijelaskan dalam lampiran Petunjuk Teknis P2K2.
- i. Verifikasi Komitmen
- 1) Sebagai program bantuan tunai bersyarat, PKH mensyaratkan pemenuhan kewajiban terkait pemanfaatan layanan kesehatan, layanan pendidikan, dan kesejahteraan sosial oleh KPM PKH. Untuk pemenuhan kewajiban tersebut pelaksanaan PKH harus memastikan seluruh anggota KPM terdaftar, hadir dan mengakses layanan kesehatan, pendidikan, dan kesejahteraan sosial.
 - 2) Verifikasi komitmen bertujuan untuk memantau tingkat kehadiran anggota KPM PKH pada fasilitas kesehatan dan pendidikan secara rutin sesuai dengan protokol kesehatan, protokol pendidikan dan sosial.
 - 3) Pelaksanaan entri data verifikasi komitmen dilakukan oleh pendamping setiap bulan melalui e-PKH menggunakan aplikasi

mobile untuk mencatat kehadiran seluruh anggota KPM pada setiap kunjungan ke layanan pendidikan, layanan kesehatan maupun layanan kesejahteraan sosial.

- 4) Data hasil entri verifikasi komitmen menjadi salah satu dasar penyaluran, penangguhan, dan penghentian bantuan.

j. Pemutakhiran Data

Maksud dan tujuan pemutakhiran data adalah untuk mempercepat kondisi terkini anggota KPM PKH. data tersebut digunakan sebagai data dasar program perlindungan sosial. Khusus PKH, data tersebut digunakan untuk verifikasi, penyaluran dan penghentian bantuan.

Beberapa perubahan informasi KPM sebagai berikut:

- 1) Perubahan status *eligibility* KPM;
- 2) Perubahan nama pengurus dikarenakan meninggal, cerai, berurusan dengan hukum dan hilang ingatan;
- 3) Perubahan komponen kepesertaan;
- 4) Perubahan fasilitas kesehatan yang diakses;
- 5) Perubahan fasilitas pendidikan yang diakses;
- 6) Perubahan domisili KPM;
- 7) Perubahan data bantuan program komplementer, dan
- 8) Perubahan sosial ekonomi.

Pelaksanaan entri data untuk pemutakhiran data melalui e-PKH dilakukan oleh pendamping setiap kali terjadi perubahan kondisi KPM yang ditemukan pada setiap kunjungan ke KPM PKH. Hasil pemutakhiran data melalui e-PKH sekaligus dapat mengubah DTKS pada Pusat Data dan informasi (Pusdatin) Kementerian Sosial sebagai bentuk integrasi sistem.

k. Transformasi Kepesertaan PKH

Transformasi kepesertaan PKH merupakan proses pengakhiran sebagai KPM PKH melalui kegiatan resertifikasi dengan melakukan penilaian kembali status status sosial ekonomi KPM PKH. Hasil penilaian tersebut menentukan status *eligibility* KPM PKH yaitu:

- 1) Status *eligibility* (memenuhi syarat) maka KPM PKH masih dapat menerima bantuan sebagaimana mekanisme PKH.
- 2) Status *non eligible* (tidak memenuhi syarat) maka KPM PKH tidak lagi menerima bantuan karena terminasi atau graduasi.

l. Sistem Pengaduan Masyarakat

Sebagai perwujudan tata kelola program yang baik, PKH menyediakan Sistem Pengaduan Masyarakat (*grievance redress system*). Layanan ini dapat diakses oleh masyarakat untuk memastikan KPM menerima layanan berkualitas dan memperoleh hak-haknya. Pengaduan dapat dilakukan melalui proses penyampaian informasi, keluhan atau masalah terkait pelaksanaan PKH. Pengaduan dapat dilakukan oleh KPM

PKH, SDM PKH, mitra kerja, maupun masyarakat secara tertulis maupun lisan melalui *Contact Center* PKH. Keberadaan *Contact Center* dilengkapi dengan kanal pengaduan yang disediakan berdasarkan jenis, waktu, tujuan dan sasaran pengaduan. Tersedianya berbagai kanal pengaduan diharapkan dapat menjangkau masyarakat luas, sehingga keluhan dapat dengan mudah disampaikan kepada pelaksana PKH.

m. e-PKH

Elektronik Program Keluarga Harapan (e-PKH) adalah sistem informasi pendukung pelaksanaan bisnis proses PKH yang memiliki fitur Validasi, Pemutakhiran, Verifikasi, P2K2, Penyaluran, Rekonsiliasi, Pengaduan dan Terminasi. e-PKH merupakan bagian dari Sistem Informasi Kesejahteraan Sosial Next Generation (SIKS-NG). e-PKH dapat dikembangkan lebih lanjut sesuai dengan perkembangan PKH ke depan.

E. Penelitian Terdahulu

Penelitian terdahulu yang relevan dengan penelitian ini adalah, yang di lakukan oleh:

Misnawati tentang 'Peran Pemuda Dalam Pelaksanaan Program Keluarga Harapan (Studi PPKH Kabupaten Bone). penelitian tersebut mendeskripsikan peran pemuda dalam pelaksanaan PKH, hal-hal yang menghambat peran pemuda serta strategi mengatasi hambatan tersebut. Hasilnya menunjukkan bahwa Pemuda PPKH telah menjalankan perannya dengan baik sebagai representator dan teknis, namun belum optimal pada peran fasilitator dan edukator. Faktor penghambat pemuda

dalam pengentasan kemiskinan pertama faktor internal yaitu kurangnya inovasi kerja SDM PKH, dan hanya menggugurkan tugasnya, serta minimnya sarana dan prasarana. kedua faktor eksternal yaitu kurangnya dukungan pemerintah setempat dan masyarakat serta masih adanya akses wilayah yang sulit dijangkau. selanjutnya strategi yang dilakukan pemuda PPKH di Kabupaten Bone adalah mengoptimalkan kerja sama dan koordinasi dengan pemerintah setempat, sosialisasi bisnis proses PKH secara rutin, memaksimalkan kinerja pendamping dilapangan serta terus berinovasi dalam melengkapi kekurangan sarana dan prasarana. (Misnawati, 2019)

Moh. Nofri Norman, Hasil menunjukkan bahwa signifikansi pengaruh bantuan uang tunai terhadap tingkat partisipasi pendidikan dan pengasuhan adalah 77,5% dan signifikansi pengaruh jasa pendampingan sosial terhadap tingkat partisipasi pendidikan dan pengasuhan adalah 68,7%. Adapun signifikansi pengaruh bantuan uang tunai terhadap kesehatan dan gizi adalah 61,5% dan signifikansi pengaruh jasa pendampingan terhadap kesehatan dan gizi adalah 71,9%. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa kondisi pasca bencana gempa bumi tersebut tidak memiliki pengaruh negatif pada variabel bantuan sosial (*dependent*) terhadap partisipasi pendidikan dan kesehatan KPM PKH (*independent*). (Norman, 2020)

Munawwarah Sahib, Hasil penelitian menunjukkan bahwa Program Keluarga Harapan berpengaruh positif dan signifikan terhadap

penanggulangan kemiskinan di Kecamatan Bajeng Kabupaten Gowa dengan persentase 38,4%. Adapun 61,6% dipengaruhi oleh faktor-faktor lain seperti program pemberian modal usaha pada rakyat kecil, bantuan kesehatan seperti Jamkesmas/ BPJS gratis bagi rakyat miskin, bantuan beasiswa untuk anak kurang mampu dan lain-lain.

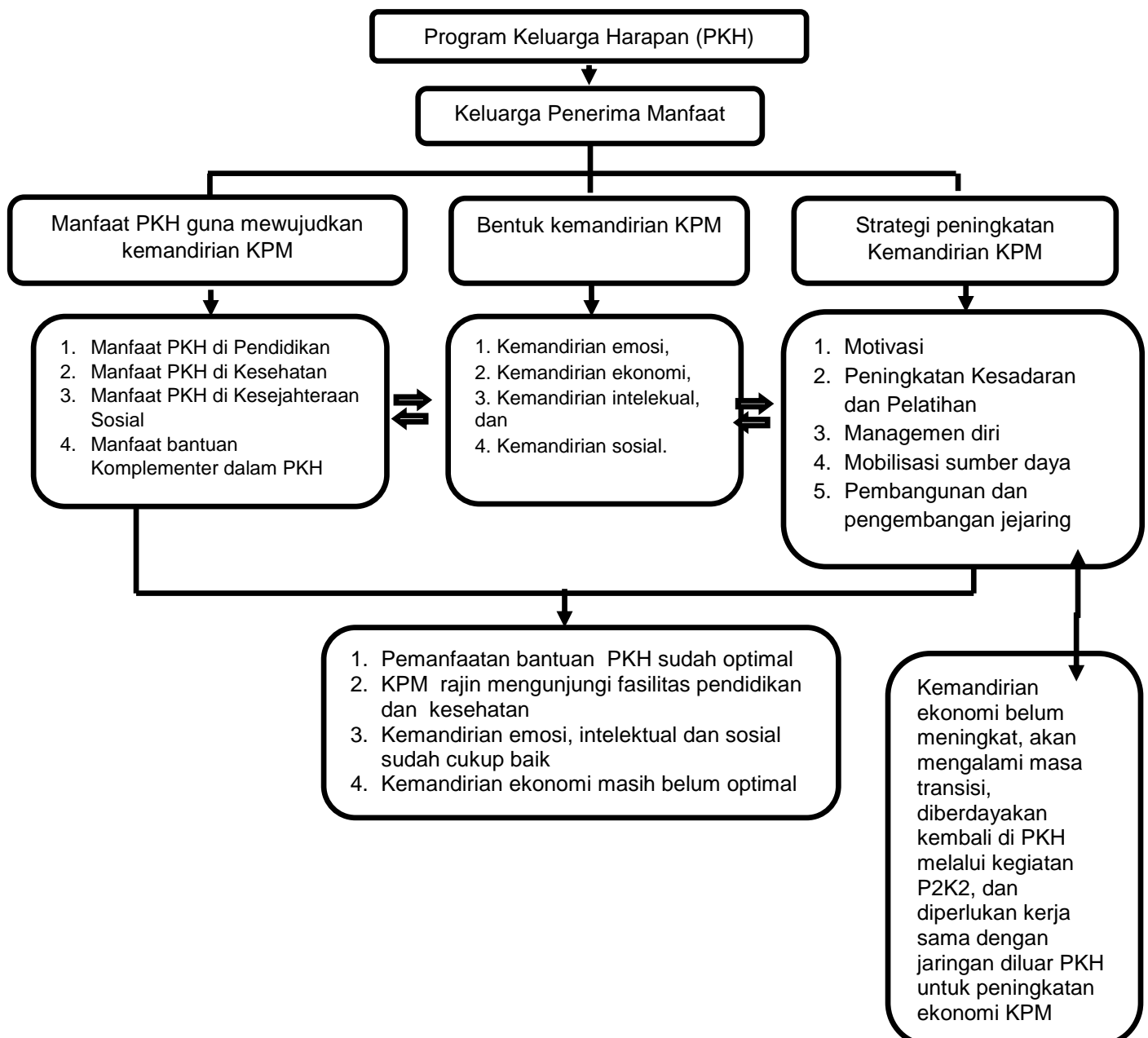
Dalam penelitian ini, yang menjadi letak pembeda dengan penelitian sebelumnya adalah penelitian ini berfokus pada Keluarga Penerima Manfaat (KPM), Manfaat bantuan Program Keluarga Harapan (PKH) serta menelusuri strategi dalam meningkatkan kemandirian keluarga Penerima Manfaat, berikut fokus rumusan Masalah:

1. Manfaat bantuan PKH bagi Keluarga Penerima Manfaat (KPM) dalam Pendidikan, Kesehatan maupun Kesejahteraan sosial serta bantuan komplementaritas dalam memandirikan KPM.
2. Bentuk kemandirian KPM terhadap bantuan PKH di Kabupaten Gowa
3. Strategi dalam meningkatkan kemandirian KPM terhadap bantuan PKH di Kabupaten Gowa.

F. Kerangka Konsep

Tinjauan pustaka dan telaah penelitian terdahulu diatas telah memberikan referensi atau uraian yang cukup untuk menyusun skema kerangka konsep agar supaya memudahkan pemahaman kita bersama.

Berikut dibawah ini adalah skema kerangka konsep:



Gambar 2: Kerangka konsep penelitian