

**EVALUASI PROGRAM KELUARGA HARAPAN (PKH)
DALAM PENINGKATAN KUALITAS HIDUP KELUARGA
PENERIMA MANFAAT DI KECAMATAN SOPAI,
KAPUBATEN TORAJA UTARA**

TESIS

DISUSUN OLEH :

RESKY SIRUPANG KANUNA

E062182005



**PROGRAM PASCASARJANA
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU PEMERINTAHAN**

**FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2022**

**EVALUASI PROGRAM KELUARGA HARAPAN (PKH)
DALAM PENINGKATAN KUALITAS HIDUP KELUARGA
PENERIMA MANFAAT DI KECAMATAN SOPAI,
KAPUBATEN TORAJA UTARA**

TESIS

DISUSUN OLEH :

RESKY SIRUPANG KANUNA

E062182005



**PROGRAM PASCASARJANA
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU PEMERINTAHAN**

**FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2022**

TESIS

**EVALUASI PROGRAM KELUARGA HARAPAN (PKH) DALAM
PENINGKATAN KUALITAS HIDUP KELUARGA PENERIMA
MANFAAT DI KECAMATAN SOPAI,
KABUPATEN TORAJA UTARA**

Disusun dan diajukan oleh
RESKY SIRUPANG KANUNA
Nomor Pokok : E062182005

telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis
pada tanggal **16 November 2020**
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Menyetujui
Komisi Penasihat

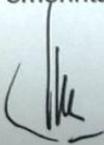


Prof. Dr. H. Juanda Nawawi, M.Si.
Ketua



Prof. Dr. Hj. Nurlinah, M.Si.
Anggota

Ketua Program Studi
Ilmu Pemerintahan,



Prof. Dr. Hj. Nurlinah, M.Si.

Dekan Fakultas Ilmu Sosial dan
Ilmu Politik, Universitas Hasanuddin,



Dr. Phil Sukri, M.Si.

PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : Resky Sirupang Kanuna
Nim : E062182005
Program studi : Magister Ilmu Pemerintahan
Jenjang : S2

Menyatakan dengan ini bahwa Tesis dengan **Evaluasi Program Keluarga Harapan Dalam Peningkatan Kualitas Hidup Keluarga Penerima Manfaat Di Kecamatan Sopa, Kabupaten Toraja Utara**

Adalah karya saya sendiri dan tidak melanggar hak cipta pihak lain. Apabila di kemudian hari Tesis karya saya ini terbukti bahwa sebagian atau keseluruhannya adalah hasil karya orang lain yang saya pergunakan dengan cara melanggar hak cipta pihak lain, maka saya bersedia menerima sanksi

Makassar, 29 November 2022

Yang Menyatakan,

A handwritten signature in black ink is written over a yellow and red postage stamp. The stamp features the Garuda Pancasila emblem and the text '10000', 'KEMENTERIAN PERKOTAMADANEAN DAN TRANSPORTASI', and 'POSTERAT TEMPEL'. The serial number 'E43A1X162031888' is visible at the bottom of the stamp.

Resky Sirupang Kanuna

ABSTRACT

RESKY SIRUPANG KANUNA. *Life Quality Improvement of Beneficiary Accepting Families through Hope Family Programme at Sopai District, North Toraja Regency* (supervised by H. Juanda Nawawi and Hj. Nurlinah).

The Hope Family Programme is one of the government programmes implemented in minimising social welfare problems. This programme provides a conditional cash assistance to the poor and vulnerable families. The requirements are related to the human resources quality improvement namely the health and education as an indicator of a prosperous life. This programme requires to carry out the health checks at the integrated service post (posyandu) or health service for pregnant women and under five years old children, and improve routine/regular school attendance for the children of the Beneficiary Accepting Families who have the children of the Primary – High School Ages. The research aims at analysing the family life quality improvement through the Hope Family Programme (PKH) at Sopai District, North Toraja Regency. This was the qualitative descriptive research. Data were collected using the observation, interview, and documentation. The data processing used the data reduction, data presentation, and conclusion drawing related to the life quality improvement which was measured by the health and education indicators using Dunn's public policy evaluation theory, namely the effectiveness, efficiency, adequacy, equity, responsiveness, and accuracy. The research result indicates that the life quality improvement of the beneficiary accepting families through the hope family programme is proven to be implemented. The public policy evaluation criteria indicate that the life quality of the beneficiary accepting families has increased which is proven through the education component namely the increase of children's school participation rates and the health component, namely the participation increase of the mothers and children conducting the health checks in the Public Health Centres, increasing the immunisation recipients and increasing life expectancy.

Key words: evaluation, Hope Family Programme, life quality improvement



ABSTRAK

RESKY SIRUPANG KANUNA. *Peningkatan Kualitas Hidup Keluarga Penerima Manfaat Melalui Program Keluarga Harapan di Kecamatan Sopai, Kabupaten Toraja Utara* (dibimbing oleh H. Juanda Nawawi dan Hj. Nurlinah).

Program Keluarga Harapan (PKH) adalah salah satu program pemerintah yang dilaksanakan dalam rangka meminimalisasi masalah kesejahteraan sosial. Program ini memberikan bantuan tunai bersyarat kepada keluarga miskin dan rentan. Persyaratan itu terkait dengan peningkatan kualitas sumber daya manusia, yaitu kesehatan dan pendidikan sebagai salah satu indikator hidup sejahtera. Program ini mensyaratkan melakukan pemeriksaan kesehatan di Posyandu atau layanan kesehatan bagi ibu hamil dan anak balita dan meningkatkan kehadiran sekolah secara rutin/teratur bagi anak-anak keluarga penerima manfaat yang berusia sekola SD—SMA. Penelitian ini bertujuan menganalisis peningkatan kualitas hidup keluarga melalui PKH di Kecamatan Sopai, Kabupaten Toraja Utara. Jenis penelitian ini merupakan penelitian deskriptif kualitatif. Teknik pengambilan data menggunakan observasi, wawancara, dan dokumentasi. Teknik analisis data menggunakan pereduksian data, penyajian data, dan penyimpulan yang berkaitan dengan peningkatan kualitas hidup. Analisis data diukur dengan indikator kesehatan dan pendidikan menggunakan teori evaluasi kebijakan publik dari Dunn, yaitu efektivitas, efisiensi, kecukupan, pemerataan, responsivitas, dan ketepatan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa peningkatan kualitas hidup keluarga penerima manfaat melalui PKH terbukti terlaksana. Berdasarkan kriteria evaluasi kebijakan publik menunjukkan kualitas hidup keluarga penerima manfaat meningkat terbukti melalui komponen pendidikan, yaitu naiknya angka partisipasi sekolah anak dan komponen kesehatan, yakni meningkatnya partisipasi ibu dan anak melakukan cek kesehatan di puskesmas, meningkatnya penerima imunisasi dan meningkatnya angka harapan hidup.

Kata kunci: evaluasi, Program Keluarga Harapan, peningkatan kualitas hidup



DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
PERNYATAAN KEASLIAN	iv
ABSTRAK/ABSTRACT	v
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR GAMBAR	x
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	8
1.3. Tujuan Penelitian	8
1.4. Manfaat Penelitian	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	9
2.1. Kebijakan Publik.....	9
2.2. Evaluasi Kebijakan Publik	11
2.3. Kemiskinan Rumah Tangga	19
2.4. Program Keluarga Harapan (PKH)	24
2.5. Penelitian Terdahulu	33

2.6. Kerangka Pikir	36
BAB III METODE PENELITIAN	39
3.1. Lokasi Penelitian	39
3.2. Tipe Penelitian	39
3.3. Sumber Data	40
3.3.1. Data Primer	40
3.3.2. Data Sekunder	40
3.4. Informan	40
3.5. Teknik Pengumpulan Data	42
3.6. Fokus Penelitian	43
3.7. Analisis Data	44
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	47
4.1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	47
4.2. Hasil Penelitian dan Pembahasan	50
4.2.1. Mekanisme Pelaksanaan PKH Kecamatan Sopai	50
4.2.2. Evaluasi PKH Kecamatan Sopai	66
BAB V PENUTUP	99
5.1. Kesimpulan	99
5.2. Saran	101
DAFTAR PUSTAKA	102
LAMPIRAN	104

DAFTAR TABEL

Tabel 1.	Kriteria Evaluasi Kebijakan Publik	16
Tabel 2.	Indeks Batuan PKH	32
Tabel 3.	Pembagian Luas Wilayah Kabupaten Toraja Utara	48
Tabel 4.	Jumlah penduduk di Kabupaten Toraja Utara	50
Tabel 5.	Indikator Kemiskinan Kabupaten Toraja Utara	66
Tabel 6.	Penerima Manfaat PKH Kecamatan Sopai (per komponen).....	67
Tabel 7.	Angka Partisipasi Sekolah.....	69
Tabel 8.	Anak Usia Balita Yang Pernah Diimunisasi.....	72
Tabel 9.	Tahap Pencairan Dana Bantuan PKH	83
Tabel 10.	Analisis Data Standar dan hasil Pencapaian PKH	96

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Skema Kerangka Pikir	39
Gambar 2 Angka Harapan Hidup Saat Lahir Kecamatan Sopai	70

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG

Kemiskinan sudah menjadi masalah global, dimana setiap negara memiliki anggota masyarakat yang berada di bawah garis kemiskinan. Kemiskinan adalah suatu situasi dimana seseorang atau rumah tangga mengalami kesulitan untuk memenuhi kebutuh dasar, sementara lingkungan pendukungnya kurang memberikan peluang untuk meningkatkan kesejahteraan secara berkesinambungan atau keluar dari kerentanan. Secara kuantitatif, kemiskinan merupakan suatu keadaan dimana taraf hidup manusia serba kekurangan atau “tidak memiliki harta beda. Sedangkan secara kualitatif, pengertian kemiskinan adalah keadaan hidup manusia yang tidak layak.

Kemiskinan merupakan masalah publik yang kompleks, dan bersifat multidimensi. Wrihatnolo (2002: 121) menyatakan bahwa multidimensional sifat kemiskinan tidak hanya disebabkan satu faktor, melainkan berbagai faktor seperti; aspek ekonomi, sosiologis, antropologis, kebijakan, teknologi serta perubahan global. Kemiskinan juga berdampak terhadap pendidikan, kesehatan, kemampuan ekonomi, serta partisipasi politik masyarakat dalam sebuah negara.

Untuk menjamin tercapainya pembangunan manusia terdapat empat pokok yang perlu diperhatikan, yaitu produktifitas, pemerataan, kesinambungan, dan pemberdayaan. Kondisi ini ternyata belum

sepenuhnya dimiliki oleh bangsa Indonesia, misalnya masih terjadi permasalahan kemiskinan yang berkaitan erat dengan dunia kesehatan dan pendidikan yang tercermin melalui lingkaran perangkap kemiskinan. Rendahnya penghasilan keluarga menyebabkan keluarga tersebut sulit memenuhi kebutuhan kesehatan dan pendidikan bahkan tingkat minimum sekalipun (Dinsos, 2008:10).

Guna mengentaskan kemiskinan dan meningkatkan kualitas sumberdaya manusia, pemerintah akhirnya mengeluarkan beberapa kebijakan publik dan program yang bertujuan meningkatkan kualitas sumberdaya manusia melalui kesehatan dan pendidikan. Pemerintah Indonesia telah melaksanakan berbagai kebijakan dan program penanggulangan kemiskinan salah satunya Undang-Undang Nomor 13 tahun 2011 tentang Penanganan Fakir Miskin. Melalui Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K) di bawah koordinasi Wakil Presiden Republik Indonesia, Pemerintah mengklasifikasikan kebijakan dan program penanggulangan kemiskinan dalam tiga kelompok (*klaster*) kebijakan.

Pertama, adalah kelompok kebijakan berbasis bantuan dan perlindungan sosial. kebijakan ini berupa program-program yang bersifat pemenuhan hak dasar utama individu dan rumah tangga miskin yang meliputi pendidikan, pelayanan kesehatan, pangan, sanitasi, dan air bersih. Mekanisme pelaksanaan program bersifat langsung dan manfaatnya dapat dirasakan langsung oleh Keluarga Miskin dan rentan.

Klasifikasi program ini meliputi program Indonesia Sehat (JKN KIS), Program Bantuan Sosial Sembako (BSS), Program Indonesia Pintar (PIP) dan Program Keluarga Harapan (PKH).

Kedua, adalah kelompok kebijakan berbasis pemberdayaan masyarakat. Karakteristik kebijakan ini adalah program dengan pendekatan partisipatif, penguatan kapasitas kelembagaan masyarakat, pelaksanaan berkelompok kegiatan oleh masyarakat secara swakelola dan berkelompok, serta perencanaan pembangunan yang berkelanjutan. Penerima manfaat program adalah kelompok masyarakat yang dikategorikan miskin, contohnya adalah PNPM Mandiri.

Ketiga adalah kelompok kebijakan berbasis pemberdayaan usaha mikro dan kecil. Kebijakan ini bertujuan untuk memberikan akses dan penguatan ekonomi bagi pelaku usaha berskala mikro dan kecil. Karakteristik kebijakan ini berupa program yang memberikan bantuan modal skala mikro, memperkuat kemandirian usaha dan meningkatkan manajemen usaha. Yang termasuk dalam kategori ini adalah Kredit Usaha Rakyat (KUR).

Purwanto (2012:13) menyatakan bahwa selama ini lebih banyak program atau kebijakan yang gagal dilaksanakan dari pada yang berhasil dilaksanakan, bahkan para ahli menyatakan bahwa implementasi yang berhasil hanyalah sebuah kebetulan (*by chance*), sementara kebijakan yang gagal dalam implementasi merupakan *by design*. Sehingga, perlambatan yang terjadi tersebut sangat mungkin disebabkan oleh

banyaknya kendala dalam implementasi program penanggulangan kemiskinan.

Untuk mengukur kemiskinan, Badan Pusat Statistik menggunakan konsep kemampuan memenuhi kebutuhan dasar (basic need approach). Dengan pendekatan ini, kemiskinan dipandang sebagai ketidakmampuan dari sisi ekonomi untuk memenuhi kebutuhan dasar makanan. Jadi penduduk miskin adalah penduduk yang memiliki rata-rata pengeluaran perkapita perbulan dibawah garis kemiskinan. Dalam *sulsel.satu.com* memuat informasi Badan Pusat Statistik menyatakan tingkat kemiskinan di Sulsel terus meningkat, dimana tahun 2017 terdapat 825,97 ribu jiwa penduduk miskin. Jumlah tersebut meningkat 29,16 ribu jiwa atau sekitar 0,24% jika dibandingkan tahun 2016. Tiga daerah di Sulsel yang tercatat menjadi penyumbang terbesar jumlah penduduk miskin yakni, , Jeneponto 55, 380 ribu jiwa Pangkep 53,380 ribu jiwa dan Toraja Utara dengan jumlah penduduk miskin 32,850 ribu. Hal ini menunjukkan bahwa permasalahan kemiskinan masih menjadi permasalahan klasik bangsa Indonesia, khususnya Sulawesi Selatan.

Salah satu program pemerintah meminimalisir permasalahan kesejahteraan sosial yang cukup populer beberapa tahun belakangan ini, melalui Kementerian Sosial yakni Program Keluarga Harapan (PKH). Menurut Peraturan Menteri Sosial Republik Indonesia Nomor 1 Tahun 2018, Program Keluarga Harapan adalah program pemberian bantuan sosial bersyarat kepada keluarga dan/atau seseorang miskin dan rentan

yang terdaftar dalam data terpadu program penanganan fakir miskin. Informasi Sasaran penerima bantuan Program Keluarga Harapan adalah keluarga yang miskin dan rentan yang kemudian ibu atau wanita dewasa sebagai pengurus pada rumah tangga yang bersangkutan.

Program Keluarga Harapan (PKH) berupaya untuk mengembangkan sistem perlindungan sosial terhadap warga yang kurang miskin dan rentan di Indonesia. Program ini memberikan bantuan tunai kepada Keluarga Penerima Manfaat (KPM) dengan catatan mengikuti persyaratan yang diwajibkan. Persyaratan itu terkait dengan peningkatan kualitas sumber daya manusia yaitu kesehatan dan pendidikan sebagai salahsatu indikator hidup sejahtera. Program ini mensyaratkan melakukan pemeriksaan kesehatan di posyandu atau layanan kesehatan bagi ibu hamil dan anak balita, dan meningkatkan kehadiran sekolah secara rutin/teratur bagi anak-anak Keluarga Penerima Manfaat yang memiliki usia sekolah SD-SMA.

Salah satu tujuan akhir Program Keluarga Harapan adalah meningkatkan kualitas hidup Keluarga Penerima Manfaat baik dari kesehatan keluarga maupun meningkatkan angka partisipasi sekolah anak bagi anak-anak KPM, serta untuk mengurangi pekerja dibawah umur di Indonesia. Untuk mencapai tujuan ini, Program Keluarga Harapan dalam bidang kesehatan berupaya memotivasi para penerima bantuan untuk rutin melakukan pengecekan kesehatan anak dan ibu hamil di Posyandu/Puskesmas setempat. Program Keluarga Harapan dalam

bidang pendidikan berupaya memotivasi Keluarga Penerima Manfaat agar mendaftarkan anak anaknya ke sekolah-sekolah dan mendorong mereka untuk memenuhi komitmen kehadiran dalam proses belajar.

Program ini telah berjalan sesuai dengan yang diharapkan, namun demikian tidak terlepas dari hambatan, salah satunya yaitu mengenai semakin meningkatnya jumlah KPM PKH dalam 5 tahun belakangan dan kevalidan data penerima manfaat PKH di lapangan. Perihal kevalidan data kelayakan keluarga kurang mampu menjadi Keluarga Penerima Manfaat (KPM), temuan yang didapatkan adalah ada banyak kasus dimana pada kelompok KPM penerima memiliki perbedaan terkait aset atau kondisi rumah tangganya. Misalnya ada diantara mereka yang kepemilikan asetnya tinggi, kondisi rumah tembok berkeramik, namun ada pula yang berdinding bilik, sehingga dirasakan perlu untuk mengklasifikasikan dimana posisi Keluarga Penerima Manfaat (KPM) itu berdasarkan kategori yang lebih bervariasi. Pada kasus yang lain, ada Keluarga Penerima Manfaat (KPM) yang memiliki penghasilan tetap lain sehingga menimbulkan spekulasi di masyarakat layak dan tidak layak menjadi Keluarga Penerima Manfaat (KPM). Hal ini juga ditunjang dengan kondisi bahwa ada beberapa rumah tangga yang tidak masuk dalam Keluarga Penerima Manfaat (KPM) PKH namun secara kondisi fisik rumah dan kondisi ekonomi lebih membutuhkan dibandingkan penerima PKH yang terdaftar sehingga dikhawatirkan terjadi ketidaktepatan sasaran.

Pelaksanaan PKH di Kabupaten Torajan Utara telah berjalan selama lima tahun terhitung sejak 2015. Berdasarkan laporan data *final closing* UPPKH Kabuapten Toraja Utara diketahui terdapat peningkatan jumlah KPM penerima PKH setiap tahunnya. Dalam lima tahun pelaksanaan program, terjadi peningkatan jumlah KPM PKH yang signifikan yaitu tahun 2015 jumlah penerima 5,625 KPM dan tahun 2020 sebanyak 12,308. Progam PKH hadir sebagai solusi untuk mengentaskan kemiskinan, namun fakta di lapangan peningkatan KPM PKH yang signifikan menunjukkan bahwa terjadi peningkatan jumlah masyarakat miskin dalam lingkup Kabupaten Toraja Utara.

Secara khusus untuk Kecamatan sopai, jumlah KPM penerima PKH tahun 2015 sebanyak 400 dan tahun 2021 sebanyak 866 KPM setara dengan 105.75%. Selain dari hal tersebut, namun dalam pelaksanaan program Keluarga Harapan di kecamatan Sopai terdapat beberapa masalah yang dapat menghambat tercapainya tujuan dari program Keluarga Harapan (PKH) itu sendiri. Yang pertama yaitu proses verifikasi yang belum sepenuhnya dilaksanakan, yang terjadi dilapangan yaitu pihak sekolah atau pihak puskesmas / posyandu merasa keberatan untuk melakukan verifikasi secara kontinyu. Yang kedua yaitu pencairan dana yang tidak tepat, hal ini berhubungan dengan proses verifikasi, dikarenakan data yang perlukan lamban, maka pencairan dana pun jadi terhambat dan ikut telat. Yang ketiga kurangnya koordinasi antar instansi pendukung.

Berdasarkan uraian-uraian yang telah dikemukakan di atas, penulis mengambil dasar untuk melakukan penelitian mengenai **“Evaluasi Program Keluarga Harapan (PKH) Dalam Peningkatan Kualitas Hidup Keluarga Penerima Manfaat di Kecamatan Sopai, Kabupaten Toraja Utara.”**

1.2 Rumusan Masalah

Adapun rumusan masalah dalam penelitian ini adalah mengevaluasi bagaimana pelaksanaan Program Keluarga Harapan di Kecamatan Sopai Kabupaten Toraja Utara?

1.3 Tujuan Penelitian

Adapun tujuan penelitian ini adalah untuk mengevaluasi pelaksanaan Program Keluarga Harapan di Kecamatan Sopai Kabupaten Toraja Utara.

1.4 Manfaat Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan dapat:

1. Diharapkan penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan rujukan bagi instansi terkait dalam upaya mensukseskan Program Keluarga Harapan
2. Diharapkan dapat memberikan kontribusi terhadap pengembangan literatur dan sebagai bahan masukan bagi penelitian-penelitian yang akan datang dalam bidang ilmu pemerintahan khususnya implementasi Program Keluarga Harapan

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kebijakan Publik

Secara umum, istilah kebijakan atau *policy* dimaknai sebagai perilaku seorang aktor (pejabat, suatu kelompok, atau suatu lembaga pemerintah) atau sejumlah aktor dalam suatu bidang kegiatan tertentu. Untuk dapat memahami lebih dalam, berikut beberapa pendapat ahli tentang konsep kebijakan publik.

Menurut Thomas R Dye (1976) *dalam* Islamy (2009:19), kebijakan publik adalah segala sesuatu yang dikerjakan pemerintah, mengapa mereka melakukan, dan hasil yang membuat kehidupan bersama tampil berbeda. Nugroho (2009: 51-52) yang menyatakan bahwa: Kebijakan publik merupakan bagian atau interaksi politik, ekonomi, sosial, dan kultural. Bahkan kebijakan publik adalah *melting pot* atau hasil sintesis dinamika politik, ekonomi, sosial dan kultural tempat kebijakan itu sendiri berada. Kebijakan publik merupakan bentuk dinamika tiga dimensi kehidupan setiap Negara bangsa yaitu dimensi politik, dimensi hukum dan dimensi manajemen.

Dye dalam Widodo (2001:189) yang menyatakan bahwa: Kebijakan publik merupakan upaya untuk memahami dan mengartikan; apa yang dilakukan atau tidak dilakukan oleh pemerintah mengenai suatu masalah, apa yang menyebabkan atau yang mempengaruhi-nya, serta apa

pengaruh dan dampak dari kebijakan publik tersebut. Laswell dalam Nugroho (2009: 85) menyatakan bahwa: Kebijakan publik secara sederhana dimaknai sebagai keputusan yang dibuat oleh Negara, khususnya pemerintah, sebagai strategi untuk merealisasikan tujuan Negara yang bersangkutan. Kebijakan publik adalah strategi untuk mengantar masyarakat pada masa awal, memasuki masyarakat pada masa transisi, untuk menuju pada masyarakat yang dicita-citakan.

Young dan Quinn (2002) *dalam* Suharto (2005:44), memahami kebijakan publik dengan dilihat konsep kunci sebagai berikut:

- a. Tindakan pemerintah yang berwenang. Kebijakan publik adalah tindakan yang dibuat dan diimplementasikan oleh pemerintah yang memiliki kewenangan hukum, politis, finansial untuk melakukannya.
- b. Sebuah reaksi terhadap kebutuhan dan masalah dunia nyata. Kebijakan publik berupaya merespon masalah atau kebutuhan konkret yang berkembang di masyarakat.
- c. Seperangkat tindakan yang berorientasi pada tujuan. Kebijakan publik biasanya bukanlah sebuah keputusan tunggal, melainkan terdiri dari beberapa pilihan tindakan atau strategi yang dibuat untuk mencapai tujuan tertentu demi kepentingan orang banyak.
- d. Sebuah keputusan untuk melakukan atau tidak melakukan sesuatu. Kebijakan publik pada umumnya merupakan tindakan kolektif untuk memecahkan masalah sosial namun kebijakan publik juga dirumuskan berdasarkan keyakinan bahwa masalah sosial akan

dapat terselesaikan oleh kerangka kebijakan yang sudah ada dan karenanya tidak memerlukan tindakan tertentu.

- e. Sebuah justifikasi yang dibuat oleh seseorang atau beberapa orang aktor yang berisi sebuah justifikasi terhadap langkah-langkah atau rencana tindakan yang telah dirumuskan.

2.2 Evaluasi Kebijakan Publik

Evaluasi menjadi hal yang penting untuk dilakukan karena tidak semua program kebijakan publik dapat meraih hasil yang diinginkan perlu dilakukannya evaluasi untuk mengetahui hasil dari suatu program kebijakan. Winarno (2011: 229) menyatakan bahwa: secara umum evaluasi kebijakan publik dapat dikatakan sebagai kegiatan yang menyangkut estimasi, substansi, implementasi dan dampak. Dalam hal ini evaluasi dipandang sebagai suatu kegiatan fungsional, dimana evaluasi kebijakan tidak hanya dilakukan pada tahap akhir saja, melainkan dilakukan dalam seluruh proses kebijakan. Dengan demikian evaluasi kebijakan dapat meliputi tahap perumusan masalah-masalah kebijakan, program-program yang disusun untuk menyelesaikan masalahmasalah kebijakan, implementasi maupun dampak kebijakan.

Menurut Muhadjir dalam Widodo (2001:213) mengemukakan “Evaluasi kebijakan publik merupakan suatu proses untuk menilai seberapa jauh suatu kebijakan publik dapat “membuahkan hasil”, yaitu dengan membandingkan antara hasil yang diperoleh dengan tujuan dan/atau target kebijakan publik yang ditentukan”.

William Dunn (2003: 608), evaluasi berkenaan dengan produksi informasi mengenai nilai atau manfaat hasil kebijakan. Ketika hasil kebijakan pada kenyataannya mempunyai nilai, hal ini karena hasil tersebut memberi sumbangan pada tujuan atau sasaran. Dalam hal ini, dapat dikatakan bahwa kebijakan atau program telah mencapai tingkat kinerja yang bermakna yang berarti bahwa masalah-masalah kebijakan dibuat jelas atau diatasi.

Jones dalam Widodo (2001: 213) Evaluasi kebijakan publik merupakan suatu aktifitas yang dirancang untuk menilai hasil- hasil kebijakan pemerintah yang mempunyai perbedaan-perbedaan yang sangat penting dalam spesifikasi objeknya, teknik-teknik pengukurannya, dan metode analisisnya. Spesifikasi merupakan kegiatan yang penting dan karenanya mengacu pada indentifikasi tujuan-tujuan serta kriteria-kriteria yang harus dievaluasi dalam suatu proses kebijakan. Pengukuran secara sederhana mengacu pengumpulan informasi yang relevan dengan tujuan kebijakan. Analisis adalah penyerapan.

Evaluasi kebijakan memiliki beberapa tujuan, yaitu sebagai berikut (Mulyadi: 86):

1. Menentukan tingkat kinerja suatu kebijakan. Melalui evaluasi maka dapat diketahui derajat pencapaian tujuan dan sasaran kebijakan.
2. Mengukur tingkat efisiensi kebijakan. Dengan evaluasi juga dapat diketahui berapa biaya dan manfaat dari suatu kebijakan.

3. Mengukur tingkat keluaran suatu kebijakan. Salah satu tujuan evaluasi adalah mengukur seberapa besar dan kualitas pengeluaran atau output dari suatu kebijakan.
4. Mengukur dampak suatu kebijakan baik yang positif maupun negative
5. Untuk mengetahui apabila terjadi penyimpangan dengan membandingkan antara tujuan dan sasaran dengan pencapaian target
6. Sebagai bahan masukan untuk kebijakan yang akan datang

Menurut Wibawa dalam Nugroho, evaluasi kebijakan publik memiliki empat fungsi, yaitu:

1. Melalui evaluasi dapat dipotret realitas pelaksanaan program dan dapat dibuat suatu generalisasi tentang pola-pola hubungan antar berbagai dimensi realitas yang diamatinya. Dari evaluasi ini evaluator dapat mengidentifikasi masalah kondisi, dan aktor yang mendukung keberhasilan atau kegagalan kebijakan.
2. Melalui evaluasi dapat diketahui apakah tindakan yang dilakukan oleh para pelaku, baik birokrasi maupun pelaku lainnya, sesuai dengan standar dan prosedur yang ditetapkan oleh kebijakan.
3. Melalui evaluasi dapat diketahui, apakah output benar-benar sampai ke tangan kelompok sasaran kebijakan, atau justru ada kebocoran atau penyimpangan.

4. Dengan evaluasi dapat diketahui apa akibat sosial ekonomi dari kebijakan tersebut.

Fungsi evaluasi kebijakan publik menurut William Dunn (2003: 609 – 610) meliputi tiga hal utama yaitu: *Pertama*, evaluasi memberi informasi yang valid dan dapat dipercaya mengenai kinerja kebijakan yaitu seberapa jauh kebutuhan, nilai dan kesempatan telah dapat dicapai melalui tindakan publik. Dalam hal ini evaluasi mengungkapkan seberapa jauh tujuan dan target tertentu telah dicapai. *Kedua*, evaluasi memberi sumbangan pada klarifikasi dan kritik terhadap nilai-nilai yang mendasari pemilihan tujuan dan target. *Ketiga*, evaluasi memberi sumbangan pada aplikasi metode-metode analisis kebijakan lainnya, termasuk rumusan masalah dan rekomendasi.

Menurut William N. Dunn dalam bukunya yang berjudul Analisis Kebijakan Publik, Evaluasi menjadi hal yang penting untuk dilakukan karena tidak semua program kebijakan publik dapat meraih hasil yang diinginkan. Evaluasi kebijakan ditujukan untuk melihat sebab-sebab dari kegagalan suatu kebijakan yang dilaksanakan atau untuk mengetahui apakah kebijakan publik yang telah dilaksanakan tersebut sudah bisa meraih hasil yang diinginkan. Ada pun kriteria yang dikembangkan oleh William N. Dunn (2003:610), mencakup Evaluasi, yaitu :

1. Efektifitas (*effectiveness*). Berkenaan dengan apakah suatu alternatif mencapai hasil (akibat) yang diharapkan, atau mencapai tujuan dari diadakannya tindakan. Efektifitas, yang secara dekat

berhubungan dengan rasionalitas teknis, selalu diukur dari unit produk atau layanan atau nilai moneter.

2. Efisiensi (*efficiency*). Berkenaan dengan jumlah usaha yang diperlukan untuk menghasilkan tingkat efektifitas tertentu. Efisiensi yang merupakan sinonim dari rasionalitas ekonomi adalah merupakan hubungan antara efektifitas dan usaha, yang terakhir umumnya diukur dari ongkos moneter.
3. Kecukupan (*adequacy*). Berkenaan dengan seberapa jauh suatu tingkat efektifitas memuaskan kebutuhan, nilai, atau kesempatan menumbuhkan adanya masalah. Kriteria kecukupan menekankan pada kuatnya hubungan antara alternatif kebijakan dan hasil yang diharapkan.
4. Perataan (*equity*). Erat berhubungan dengan rasionalitas legal dan sosial dan menunjuk pada distribusi akibat dan usaha antara kelompok-kelompok yang berbeda dalam masyarakat. Kebijakan yang berorientasi pada perataan adalah kebijakan yang akibatnya (misalnya, unit pelayanan atau manfaat moneter) atau usaha (misalnya biaya moneter) secara adil didistribusikan. Kebijakan yang dirancang untuk mendistribusikan pendapatan, kesempatan pendidikan, atau pelayanan pendidikan kadang-kadang didistribusikan atas dasar kriteria kesamaan.
5. Responsivitas (*responsiveness*) berkenaan dengan seberapa jauh suatu kebijakan dapat memuaskan kebutuhan, preferensi, atau nilai

kelompok-kelompok masyarakat tertentu. kriteria responsivitas adalah penting karena analisis yang dapat memuaskan semua kriteria lainnya – efektifitas, efisiensi, kecukupan, kesamaan – masih gagal jika belum menanggapi kebutuhan aktual dari kelompok yang semestinya diuntungkan dari adanya suatu kebijakan.

6. Ketepatan (*appropriateness*). Kriteria ketepatan secara dekat berhubungan dengan rasionalitas, substantif, karena pertanyaan tentang ketepatan kebijakan tidak berkenaan dengan satuan kriteria individu tetapi dua atau lebih kriteria secara bersama-sama. Ketepatan merujuk pada nilai atau harga dari tujuan program dan kepada kuatnya asumsi yang melandasi tujuan-tujuan tersebut. Sejalan dengan kriteria rekomendasi kebijakan tersebut, kriteria evaluasi kebijakan antara lain:

Tabel 1 Kriteria Evaluasi Kebijakan

Type Kriteria	Pertanyaan
Efektifitas	Apakah hasil yang diinginkan telah dicapai?
Efisiensi	Seberapa banyak usaha yang diperluka untuk mencapai hasil yang diinginkan?
Kecukupan	Seberapa jauh pencapaian hasil yang diinginkan memecahkan masalah?
Perataan	Apakah biaya dan manfaat didistribusikan dengan merata kepada kelompok-kelompok yang berbeda?
Responsivitas	Apakah hasil kebijakan memuaskan kebutuhan, preferensi atau nilai kelompok-kelompok tertentu?
Ketepatan	Apakah hasil (tujuan) yang diinginkan benar-benar berguna atau bernilai?

Sumber: William Dunn (2003:610)

Evaluasi program pada hakikatnya mempersoalkan apa yang sesungguhnya telah terjadi sebagai hasil dari sebuah kebijakan atau program dengan apa yang terjadi setelah kebijakan tersebut dilaksanakan. Untuk menahami secara lebih mendalam mengenai evaluasi, William Dunn (2003: 612) mengemukakan tiga pendekatan terhadap evaluasi. Pendekatan tersebut antara lain:

1. Evaluasi Semu (*Peseudo Evaluation*)

Pendekatan yang menggunakan metode-metode deskriptif untuk menghasilkan informasi yang valid dan dapat dipercaya mengenai hasil kebijakan, tanpa untuk berusaha menanyakan tentang manfaat atau nilai dari hasil-hasil tersebut terhadap individu, kelompok, atau masyarakat secara keseluruhan. Dalam evaluasi ini secara khusus menerapkan bermacam-macam metode (desain eksperimental-semu, kuesioner, random sampling, teknik setatistik) untuk menjelaskan variasi hasil kebijakan yang ada.

2. Evaluasi Formal (*Formal Evaluation*)

Pendekatan yang menggunakan metode deskriptif untuk menghasilkan informasi yang valid dan cepat dipercaya mengenai hasil-hasil kebijakan tetapi mengevaluasi hasil tersebut atas dasar tujuan program kebijakan yang telah diumumkan secara formal oleh pembuat kebijakan dan administrator program. Evaluasi formal menggunakan Undang-

undang, dokumendokumen program, dan wawancara dengan pembuat kebijakan dan administrator untuk mengidentifikasi, mendefinisikan dan menspesialisasikan tujuan dan target kebijakan. Kelayakan atau ketepatan dari tujuan dan target yang diumumkan secara formal tersebut tidak ditanyakan. Dalam evaluasi formal tipe-tipe kriteria evaluative yang paling sering digunakan adalah efektifitas dan efisiensi.

3. Evaluasi Keputusan Teoritis (*Decision Theoretic Evaluation*)

Pendekatan yang menggunakan metode-metode deskriptif untuk menghasilkan informasi yang dapat dipertanggung jawabkan dan valid mengenai hasil-hasil kebijakan yang secara eksplisit dinilai oleh berbagai macam pelaku kebijakan. Asumsinya evaluasi keputusan teoritis berusaha untuk memunculkan dan membuat eksplisit tujuan dan target dari pelaku kebijakan baik dari yang tersembunyi atau dinyatakan. Ini berarti bahwa tujuan dan target dari para pembuat kebijakan dan administrator merupakan salah satu sumber nilai, karena semua pihak yang mempunyai andil dalam memformulasikan dan mengimplementasikan kebijakan dilibatkan dalam merumuskan tujuan dan target dimana kinerja nantinya akan diukur.

Berdasarkan pendapat tersebut, maka yang dimaksud dengan evaluasi dalam penelitian ini adalah evaluasi yang dilakukan pada pelaksanaan Program Keluarga Harapan (PKH) di Kecamatan Sopai

Kabupaten Toraja Utara menggunakan lima kriteria evaluasi sebagai acuan untuk melakukan penelitian untuk mengetahui tingkat keberhasilan dari suatu program yang telah dilaksanakan tersebut.

2.3 Kemiskinan Rumah Tangga

Kemiskinan adalah suatu situasi dimana seseorang atau rumah tangga mengalami kesulitan untuk memenuhi kebutuhan dasar, sementara lingkungan pendukungnya kurang memberikan peluang untuk meningkatkan kesejahteraan secara berkesinambungan atau keluar dari kerentanan (Cahyat dkk, 2007:9). Kebutuhan dasar yang tidak dapat dipenuhi tersebut meliputi kebutuhan yang sangat penting guna kelangsungan hidup manusia, misalnya kebutuhan konsumsi individu (makan, perumahan, dan pakaian) maupun keperluan pelayanan sosial (air minum, sanitasi, kesehatan, dan pendidikan). Sulistiyani (2004:27) menyatakan bahwa: Kemiskinan merupakan kondisi yang jauh dari keadaan yang disebut sejahtera. Sejahtera merupakan kondisi dimana seseorang berada pada suatu kondisi telah mampu memenuhi kebutuhan diluar kebutuhan dasar.

Menurut Gunawan (2008) pengertian kemiskinan dalam arti yang lebih luas adalah suatu kondisi ketidakmampuan baik secara individu, keluarga, maupun kelompok, sehingga menyebabkan kondisi ini rentan terhadap timbulnya permasalahan sosial lain. Setidaknya terdapat tiga bentuk potensi yang dapat diamati dalam rangka memahami potensi

keluarga miskin, yaitu kemampuan dalam memenuhi kebutuhan dasar, kemampuan dalam peranan.

sosial.

Suharto (2008: 170-180) menyatakan bahwa kemiskinan dapat dikategorikan dalam empat kategori yaitu :

- a) *Kemiskinan Absolut*, yaitu keadaan miskin yang diakibatkan oleh ketidakmampuan seseorang atau sekelompok orang dalam memenuhi kebutuhan pokoknya seperti kebutuhan untuk makan, pakaian, pendidikan, kesehatan, transportasi dan lain-lain. Penentuan kemiskinan absolut ini diukur melalui batas kemiskinan atau garis kemiskinan (*poverty line*) baik yang berupa indikator tunggal maupun komposit, seperti nutrisi, kalori, beras, pendapatan, pengeluaran, kebutuhan dasar, atau kombinasi beberapa indikator. Untuk mempermudah pengukuran biasanya dikonversikan dalam bentuk uang (pendapatan atau pengeluaran). Sehingga seseorang atau kelompok yang kemampuan ekonominya dibawah garis kemiskinan, dapat dikategorikan sebagai miskin secara absolut.
- b) *Kemiskinan Relatif*, kemiskinan yang dialami individu atau kelompok dibandingkan dengan kondisi umum suatu masyarakat. Jika batas kemiskinan misalnya Rp.100.000 per kapita setiap bulan, maka seseorang yang memiliki

pendapatan Rp.125.000 per bulan secara absolut dikategorikan tidak miskin, tetapi jika pendapatan rata-rata masyarakat setempat adalah Rp.200.000 per bulan, maka secara relatif orang tersebut termasuk dalam kategori miskin.

- c) *Kemiskinan Kultural*, kemiskinan yang mengacu pada sikap, gaya hidup, nilai, orientasi sosial budaya seseorang atau masyarakat yang tidak sejalan dengan etos kemajuan masyarakat modern. Sikap malas, tidak memiliki kebutuhan berprestasi (*needs of achievement*), fatalis, berorientasi kemasa lalu, tidak memiliki jiwa wirausaha merupakan ciri dari kemiskinan dalam kategori kultural.
- d) *Kemiskinan Struktural*, kemiskinan yang diakibatkan oleh ketidakadilan struktur, baik struktur politik, sosial, maupun ekonomi yang tidak memungkinkan seseorang atau sekelompok orang menjangkau sumber-sumber penghidupan yang sebenarnya tersedia bagi mereka. Adanya praktik monopoli dan oligopoli, dalam bidang ekonomi, akan menghasilkan mata rantai pemiskinan yang sulit dipecahkan. Sekuat apapun motivasi dan kerja keras seseorang, dalam kondisi struktur yang demikian tidak akan mampu melepaskan diri dari belenggu kemiskinannya. Karena aset dan akses terhadap sumber-sumber telah dikuasai oleh segolongan orang tertentu.

Elis dalam Suharto (2010:133) kemiskinan terbagi dalam beberapa dimensi yaitu:

- 1) Dimensi ekonomi, kemiskinan didefinisikan sebagai kekurangan sumberdaya yang dapat digunakan untuk memenuhi kebutuhan hidup dan meningkatkan kesejahteraan sekelompok orang. Standar kemiskinan dalam dimensi ini diukur dengan standar baku yang dikenal dengan garis kemiskinan (*poverty line*).
- 2) Dimensi politik, kemiskinan dapat dilihat dari tingkat akses terhadap kekuasaan (*power*).
- 3) Dimensi sosial-psikologis, kemiskinan yang menunjuk pada kekurangan jaringan dan struktur sosial yang mendukung dalam mendapatkan kesempatan-kesempatan peningkatan produktifitas.

Keputusan Menteri Sosial Republik Indonesia Nomor 146/HUK/2013 tentang Penetapan Kriteria dan pendataan Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu. Fakir miskin dan orang tidak mampu yang teregister; berasal dari Rumah Tangga memiliki kriteria:

1. Tidak mempunyai sumber mata pencaharian dan/atau mempunyai sumber pencaharian tetapi tidak mempunyai kemampuan memenuhi kebutuhan dasar;
2. Mempunyai pengeluaran sebagian besar digunakan untuk memenuhi konsumsi makanan pokok dengan sangat sederhana;

3. Tidak mampu atau mengalami kesulitan untuk berobat ke tenaga medis, kecuali Puskesmas atau yang disubsidi pemerintah;
4. Tidak mampu membeli pakaian satu kali dalam satu tahun untuk setiap anggota rumah tangga;
5. Mempunyai kemampuan hanya menyekolahkan anaknya sampai jenjang pendidikan Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama;
6. Mempunyai dinding rumah terbuat dari bambu/kayu/tembok dengan kondisi tidak baik/kualitas rendah, termasuk tembok yang sudah using/berlumut atau tembok tidak diplester;
7. Kondisi lantai terbuat dari tanah atau kayu/semen/keramik dengan kondisi tidak baik/kualitas rendah\
8. Atap terbuat dari ijuk/rumbia atau genteng/seng/asbes dengan kondisi tidak baik/kualitas rendah;
9. Mempunyai penerangan bangunan tempat tinggal bukan dari listrik atau listrik tanpa meteran;
10. Luas lantai rumah kecil kurang dari 8m^2 /orang; dan
11. Mempunyai sumber air minum berasal dari sumur atau mata air tak terlindung/air sungai/air hujan/lainnya.

Pemerintah baik pusat maupun daerah telah berupaya dalam melaksanakan berbagai kebijakan dan program yang dilaksanakan belum menampakan hasil yang optimal. Masih terjadi kesenjangan antara rencana dengan pencapaian tujuan karena kebijakan dan program penanggulangan kemiskinan lebih berorientasi pada program sektoral

(Purwanti, tanpa tahun). Menurut Wynandin Imawan (2008) *dalam* Hasbi (2008:8) Program Penanganan Masalah Kemiskinan terbagi menjadi tiga kategori. Kategori I yaitu Program Bantuan dan Perlindungan Sosial. Termasuk dalam kategori I adalah Program Bantuan Sosial Sembako (BSS) Program Keluarga Harapan (PKH), Program Indonesia Sehat (JKN KIS) dan Program Beasiswa. Kategori II yaitu Program Pemberdayaan Masyarakat (PNPM). Termasuk dalam kategori II ini adalah PNPM Pedesaan (PPK), PNPM Perkotaan (P2KP), PNPM Infrastruktur Pedesaan (PIIP), PNPM Kelautan (PEMP), dan PNPM Agribisnis (PUAP). Pelaksanaan kategori III yaitu Program Pemberdayaan Usaha Menengah Kecil (UMK), termasuk di dalamnya Program Kredit UMKM, dan Program Kredit Usaha Rakyat (KUR).

2.4 Program Keluarga Harapan

2.4.1 Latar Belakang Program

Program Keluarga Harapan mulai dilaksanakan di Indonesia pada tahun 2007 dan diharapkan dapat dilaksanakan secara berkesinambungan. Tahun 2007 merupakan tahap awal pengembangan program atau tahap uji coba. Tujuan uji coba adalah untuk menguji berbagai instrumen yang diperlukan dalam pelaksanaan PKH, seperti metode penentuan sasaran, verifikasi persyaratan, mekanisme pembayaran, dan pengaduan masyarakat. Pada tahun 2007 ini akan dilakukan uji coba di 7 provinsi dengan jumlah sasaran program sebanyak 500.000 KPM. Ketujuh provinsi tersebut adalah Sumatera Barat, DKI

Jakarta, Jawa Barat, Jawa Timur, Sulawesi Utara, Gorontalo, dan Nusa Tenggara Timur. Apabila tahap uji coba ini berhasil, maka PKH akan dilaksanakan setidaknya sampai dengan tahun 2015. Hal ini sejalan dengan komitmen pencapaian *Millenium Development Goals* (MDGs), mengingat sebagian indikatornya juga diupayakan melalui PKH. Selama periode tersebut, target peserta secara bertahap akan ditingkatkan hingga mencakup seluruh KPM dengan anak usia pendidikan dasar dan ibu hamil/nifas.

Kedudukan PKH merupakan bagian dari program-program penanggulangan kemiskinan lainnya. PKH berada di bawah koordinasi Tim Koordinasi Penanggulangan Kemiskinan (TKPK), baik di pusat maupun di daerah. Oleh sebab itu akan segera dibentuk Tim Pengendali PKH dalam TKPK agar terjadi koordinasi dan sinergi yang baik. PKH merupakan program lintas kementerian dan lembaga, karena aktor utamanya adalah dari Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, Dinas Sosial, Dinas Kesehatan, Dinas Pendidikan Nasional, Departemen Agama, Dinas Komunikasi dan Informatika, dan Badan Pusat Statistik. Guna menyukseskan program tersebut, maka dibantu oleh Tim Tenaga ahli PKH dan konsultan *World Bank*.

Program Keluarga Harapan (PKH) adalah suatu program yang memberikan bantuan tunai kepada keluarga kurang mampu, jika mereka memenuhi persyaratan yang terkait dengan upaya peningkatan kualitas sumberdaya manusia, yaitu pendidikan dan kesehatan. Menurut

Peraturan Menteri Sosial Nomor 1 Tahun 2018 Program Keluarga Harapan atau PKH memiliki tujuan sebagai berikut:

- a. Meningkatkan taraf hidup Keluarga Penerima Manfaat melalui akses layanan pendidikan, kesehatan, dan kesejahteraan sosial;
- b. Mengurangi beban pengeluaran dan meningkatkan pendapatan keluarga miskin dan rentan;
- c. Menciptakan perubahan perilaku dan kemandirian Keluarga Penerima Manfaat dalam mengakses layanan kesehatan dan pendidikan serta kesejahteraan sosial;
- d. Mengurangi kemiskinan dan kesenjangan.
- e. Mengenalkan manfaat produk dan jasa keuangan formal kepada Keluarga Penerima Manfaat.

Sasaran atau penerima bantuan PKH adalah Keluarga Penerima Manfaat (KPM) yang memiliki anggota keluarga yang terdiri dari anak usia 0-21 tahun dan/atau ibu hamil/nifas dan berada pada lokasi terpilih. Penerima bantuan adalah ibu atau wanita dewasa yang mengurus anak pada rumah tangga yang bersangkutan (jika tidak ada ibu maka: nenek, tante/ bibi, atau kakak perempuan dapat menjadi penerima bantuan). Jadi, pada kartu kepesertaan PKH pun akan tercantum nama ibu/wanita yang mengurus anak, bukan kepala rumah tangga sehingga orang yang harus dan berhak mengambil pembayaran adalah orang yang namanya tercantum di Kartu PKH.

2.4.2 Fokus Program Keluarga Harapan

Komponen yang menjadi fokus utama adalah bidang kesehatan dan pendidikan. Tujuan utama PKH dalam hal kesehatan adalah meningkatkan status kesehatan ibu dan anak di Indonesia, khususnya bagi kelompok masyarakat sangat miskin, melalui pemberian insentif untuk melakukan kunjungan kesehatan yang bersifat preventif (pencegahan, dan bukan pengobatan). Seluruh peserta PKH merupakan penerima jasa kesehatan gratis yang disediakan oleh program Askeskin dan program lain yang diperuntukkan bagi orang tidak mampu sehingga kartu PKH bisa digunakan sebagai alat identitas untuk memperoleh pelayanan tersebut.

Komponen pendidikan dalam PKH dikembangkan untuk meningkatkan angka partisipasi pendidikan dasar serta upaya mengurangi angka pekerja anak pada keluarga yang sangat miskin. Anak penerima PKH yang berusia 7-18 tahun dan belum menyelesaikan program pendidikan dasar harus mendaftarkan diri di sekolah formal atau non formal serta hadir sekurang-kurangnya 85% waktu tatap muka. Setiap anak peserta PKH berhak menerima bantuan selain PKH, baik itu program nasional maupun lokal. Bantuan PKH bukanlah pengganti program-program lainnya karenanya tidak cukup membantu pengeluaran lainnya seperti seragam, buku dan sebagainya. PKH merupakan bantuan agar orang tua dapat mengirim anak-anak ke sekolah.

Kriteria komponen penerima Bantuan Sosial PKH adalah sebagai berikut:

1. Kriteria komponen kesehatan meliputi:

- 1) Ibu hamil/menyusui; dan
- 2) Anak berusia 0 sampai dengan 6 tahun.

2. Kriteria komponen pendidikan meliputi:

- 1) Anak sekolah dasar/madrasah ibtidaiyah atau sederajat;
- 2) Anak sekolah menengah pertama/madrasah tsanawiyah atau sederajat;
- 3) Anak sekolah menengah atas/madrasah aliyah atau sederajat; dan
- 4) Anak usia 6 (enam) sampai dengan 21 (dua puluh satu) tahun yang belum menyelesaikan wajib belajar 12 (dua belas) tahun.

3. Kriteria komponen kesejahteraan sosial meliputi:

- 1) Lanjut usia mulai dari 70 (tujuh puluh) tahun; dan
- 2) Penyandang disabilitas diutamakan penyandang disabilitas berat.

Kewajiban Peserta PKH

a. Bidang Kesehatan

KPM diwajibkan memenuhi persyaratan kesehatan yang ditetapkan dalam protokol pelayanan kesehatan. Ibu hamil melakukan pemeriksaan difasilitas kesehatan sebanyak empat kali, mendapatkan suplemen tablet Fe, proses persalinan harus ditolong oleh tenaga kesehatan serta Ibu nifas harus melakukan pemeriksaan kesehatannya setidaknya tiga setelah melahirkan.

Balita diwajibkan melakukan imunisasi dan kunjungan keposyandu setiap bulannya.

b. Bidang Pendidikan

Anak peserta PKH usia 7 – 15 tahun harus didaftarkan atau terdaftar pada satuan pendidikan baik SD / MI / SDLB / Salafiyah Ula / Paket A atau SMP / MTs / SMLB / Salafiyah Wustha / Paket B termasuk SMP / MTs terbuka) dan mengikuti kehadiran di kelas minimal 85 % dari hari sekolah dalam sebulan selama tahun ajaran berlangsung.

2.4.3 Mekanisme Penyaluran Bantuan Sosial PKH

Mekanisme penyaluran bantuan sosial PKH secara non tunai meliputi:

1. Pembukaan Rekening Penerima Bantuan Sosial;
2. Sosialisasi dan edukasi;
3. Distribusi Kartu Keluarga Sejahtera (KKS);
4. Proses Penyaluran Bantuan Sosial PKH;
5. Penarikan Dana Bantuan Sosial PKH;
6. Rekonsiliasi hasil penyaluran Bantuan Sosial PKH;
7. Pemantauan, Evaluasi dan Pelaporan Penyaluran Bantuan sosial;

2.4.4 Pendampingan Sosial Program Keluarga Harapan

a. Koordinator Kabupaten/Kota

1) Tugas

Koordinator Kabupaten/Kota adalah Sumber Daya Manusia yang direkrut dan ditetapkan oleh Kementerian Sosial RI yang bertugas membantu kepala dinas/instansi sosial kabupaten/kota dalam dalam mengoordinir sumber daya manusia PKH di tingkat kabupaten. Adapun peran Koordinator Kabupaten/Kota khusus terkait penyaluran PKH adalah mengkoordinasikan pengelolaan data/dokumen terkait dengan hasil validasi calon KPM PKH, hasil verifikasi komitmen komponen PKH, hasil pemutakhiran KPM PKH, realisasi penyaluran bantuan PKH, serta data/dokumen PKH lainnya di Kabupaten/Kota lokasi tugas. Mengkoordinasikan pelaksanaan kegiatan penyaluran bantuan PKH serta tindak lanjut pelaporan rekonsiliasi realisasi penyaluran bantuan PKH pada seluruh kecamatan di Kabupaten/Kota lokasi tugas;

b. Pendamping Sosial PKH

1) Tugas

Pendamping Sosial PKH merupakan petugas yang melaksanakan pendampingan bagi para KPM PKH di tingkat kecamatan. Pendampingan dilakukan untuk keseluruhan proses pelaksanaan Program Keluarga Harapan.

2) Peran

Pendamping Sosial PKH berperan dalam melaksanakan seluruh tahapan pelaksanaan PKH yakni :

- 1) Pertemuan awal
- 2) Validasi
- 3) Pemutakhiran data
- 4) Verifikasi komitmen kehadiran di layanan pendidikan dan kesehatan
- 5) Mengawasi dan melaporkan penyaluran bantuan sosial sebagai bahan untuk rekonsiliasi di tingkat Kabupaten/Kota
- 6) Melaksanakan Pertemuan Peningkatan Kemampuan Keluarga (P2K2)
- 7) Melaksanakan penanganan pengaduan

c. Asisten Pendamping Sosial

1) Tugas

Asisten Pendamping Sosial adalah Sumber Daya Manusia yang direkrut dan ditetapkan oleh Kementerian Sosial RI untuk membantu pelaksanaan tugas Pendamping Sosial di tingkat kecamatan.

2) Peran

Peran Asisten Pendamping Sosial terkait dengan PKH adalah membantu tugas Pendamping Sosial.

2.4.5 Besaran Bantuan PKH

Besaran bantuan tunai PKH yang diterima oleh Keluarga Penerima Manfaat diberikan dalam 4 tahap dalam 1 tahun yang besarnya bervariasi antara yang satu dengan yang lain, sesuai jumlah anggota keluarga yang dihitung menurut ketentuan penerimaan bantuan PKH, baik komponen pendidikan atau kesehatan, dengan batasan maksimal 4 kompoen dalam satu keluarga .

Tabel 2 Indeks Bantuan PKH

Kategori		Indeks/ Tahun	Indeks/Tahap
Kesehatan	a. Anak usia di bawah 6 tahun	Rp 3.00.000/orang	Rp 750.000/orang
	b. Ibu hamil/menyusui	Rp 3.00.000/orang	Rp 750.000/orang
Pendidikan	a. Anak peserta pendidikan setara SD/MI	Rp 900.000/orang	Rp 225.000/orang
	b. Anak peserta pendidikan setara SMP/MTs	Rp 1.500.000/orang	Rp 375.000/orang
	c. Anak peserta pendidikan setara SMA	Rp 2.000.000/orang	Rp 500.000/orang
Kesejahteraan Sosial	a. Disabilitas Berat	Rp 2.400.000/orang	Rp 600.000/orang
	b. Lansia	Rp 2.400.000/orang	Rp 600.000/orang

Sumber: Pedoman PKH, 2021

2.5. Penelitian Perdahulu

Sasmito (2019:12) Evaluasi Program Keluarga Harapan dalam Upaya Mengentaskan Kemiskinan di Kota Batu. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pelaksanaan PKH di Kota Batu telah berjalan dengan baik dan lancar. Komunikasi terjalin secara baik dengan Pendamping PKH dan peserta PKH. Dinas Sosial melibatkan pendamping PKH dalam rapat koordinasi, seminar dan matrikulasi sebagai bekal untuk

meningkatkan profesional dan implementasi dalam upaya mengentaskan kemiskinan. Dinas Sosial memberikan tugas pada Pendamping PKH untuk membantu Peserta PKH dalam memberikan penyuluhan terkait syarat dan ketentuan wajib yang harus di penuhi peserta PKH. Dinas Sosial Kota Batu telah menjalankan kewenangannya baik dari aspek: komunikasi, sumber daya, disposisi, dan struktur birokrasi menggandeng Pendamping PKH dalam implementasi PKH untuk mengentaskan kemiskinan peserta PKH.

Ardianti (2017:10) melakukan penelitian mengenai Evaluasi Program Keluarga Harapan Dalam Upaya Meningkatkan Kesejahteraan Masyarakat Miskin Di Kecamatan Bukit Bestari Kota Tanjungpinang. Hasil penelitian dari pelaksanaan Program Keluarga Harapan di Kecamatan Bukit Bestari berdasarkan 4 dimensi yaitu, pada dimensi komunikasi, proses penyaluran informasi belum efektif dan informasi yang diterima belum jelas, sehingga banyak masyarakat yang belum mengerti dan memahami tentang PKH. Pada dimensi Sumber Daya, Pendamping PKH belum memadai, yaitu berjumlah 2 orang pendamping bertanggung jawab atas 866 penerima manfaat bantuan PKH yang menyebabkan kurangnya optimalisasi terhadap Implementasi PKH di Kecamatan Bukit Bestari. Pada dimensi Disposisi, sikap pendamping sudah mendukung dalam pelaksanaan PKH, pendamping rutin melakukan pertemuan kelompok dengan peserta yang diadakan setiap bulan sekali. namun masih ada masyarakat penerima manfaat yang tidak mengikuti pertemuan kelompok.

Dimensi struktur birokrasi, dalam pelaksanaan PKH kecamatan maupun pendamping sudah memiliki SOP sebagai petunjuk teknis tentang alur proses maupun tata kerja PKH. Namun PKH belum sepenuhnya mampu mensejahterakan masyarakat miskin, dengan adanya PKH belum bisa mengubah kondisi sosial ekonomi RTSM.

Ravanelly (2016:5) Analisis Evaluasi Program Keluarga Harapan Untuk Masyarakat Nelayan Di Kecamatan Kragan Kabupaten Rembang Tahun 2016. Pelaksanaan PKH di Kabupaten Rembang telah terlaksana dengan baik dan memberikan manfaat kepada KSM yang menerima bantuan atau disebut Keluarga Penerima Manfaat (KPM). Manfaat yang diterima antara lain manfaat dalam mendorong KPM untuk peduli akan kesehatan dan pendidikan yang mampu meningkatkan kualitas sumber daya manusia mereka sendiri. Dalam jangka panjang diharapkan program ini mampu memutus rantai kemiskinan pada keluarga sangat miskin melalui tumbuhnya kepedulian dari KPM ini terhadap pentingnya pendidikan dan kesehatan yang sudah dibiasakan selama pelaksanaan PKH. Dilihat dari empat indikator implementasi, tiga diantaranya telah terlaksana dengan baik. Namun terdapat satu indikator yang belum berjalan dengan baik yaitu indikator sumber daya dimana masih terdapat kekurangan dalam pemenuhan sarana prasarana yang dibutuhkan baik oleh pelaksana PKH maupun peserta PKH. Selain itu terdapat faktor penghambat dalam pelaksanaan PKH di Kabupaten Rembang yaitu Penyalahgunaan penggunaan bantuan yang diterima oleh KPM;

ketersediaan sarana penyaluran bantuan belum merata dan mudah diakses oleh KPM; dan pola pikir peserta PKH yang terlalu nyaman untuk terus menjadi peserta PKH tanpa adanya usaha untuk keluar dari PKH karena mampu secara ekonomi.

Purwanto (2013:10), dengan judul penelitian Evaluasi Kebijakan Program Keluarga Harapan (PKH) Dalam Memutus Rantai Kemiskinan (Kajian Di Kecamatan Mojosari Kabupaten Mojokerto). Hasil penelitian menunjukkan bahwa secara umum pelaksanaan Program Keluarga Harapan (PKH) di Kecamatan Mojosari ini sudah berjalan dengan cukup baik. Ini dapat dilihat dari setiap tahapan proses pelaksanaannya yang berjalan lancar. Apabila dilihat dari keadaan penerima bantuan PKH tersebut mereka menggunakannya untuk membantu kondisi sosial dan pendidikan anak-anak Rumah Tangga Sangat Miskin, membantu biaya kesehatan & gizi ibu hamil, ibu nifas, dan anak di bawah 6 tahun dari Rumah Tangga Sangat Miskin, serta menyadarkan peserta PKH akan pentingnya layanan pendidikan dan Kesehatan.

Pradikta (2013:8) Evaluasi Program Keluarga Harapan (PKH) Bidang Kesehatan Di Desa Pulo Kecamatan Jombang Kabupaten Jombang. Hasil penelitian menunjukkan bahwa implementasi Program Keluarga Harapan (PKH) bidang kesehatan di Desa Pulo Kecamatan Jombang Kabupaten Jombang dapat dilihat dari indikator Komunikasi yang dilakukan oleh pelaksana PKH di desa pulo sudah dilaksanakan dengan baik. Namun, perlu ada peningkatan pada indikator transmisinya.

Pada variabel disposisi, sudah bisa dikatakan baik pada pelaksanaannya, diantaranya mengenai insentif pendamping dan komitmen pelaksana. Dari sudut pandang sumber daya, pelaksanaan PKH bidang kesehatan di desa-pulo sudah baik. Namun, perlu ada perbaikan mengenai jumlah staf pelaksana masih dirasakan kurang. Struktur Organisasi pada program ini sudah bisa dikatakan baik karena para pelaksana sudah melaksanakan tugasnya sesuai dengan prosedur dan dalam penjabaran tupoksi dalam struktur organisasi sudah jelas. Beberapa hal yang dapat disarankan adalah peningkatan komunikasi, penambahan jumlah staff pendamping.

2.6 Kerangka Pikir

Komitmen Pemerintah dalam penanggulangan kemiskinan di Indonesia melalui alokasi APBN yang terus meningkat setiap tahunnya. Namun faktanya, capaian pelaksanaan program penanggulangan kemiskinan justru mengalami perlambatan 1 – 1,5% setiap tahunnya. Hal tersebut tentunya tidak selaras dengan besarnya alokasi anggaran yang telah dialokasikan untuk pengentasan kemiskinan di Indonesia.

PKH merupakan bagian dari program perlindungan sosial (*cluster I*) dalam rangka mempercepat pengentasan kemiskinan di Indonesia. PKH merupakan varian program Bantuan Tunai Bersyarat (*Conditional Cash Transfer*) yaitu berupa pemberian sejumlah uang tunai yang diberikan kepada Keluarga Sangat Miskin (KSM) penerima bantuan dalam periode tiga bulanan, selama enam tahun implementasi program. PKH telah diimplementasikan sejak tahun 2007 secara Nasional pada 34 Provinsi di

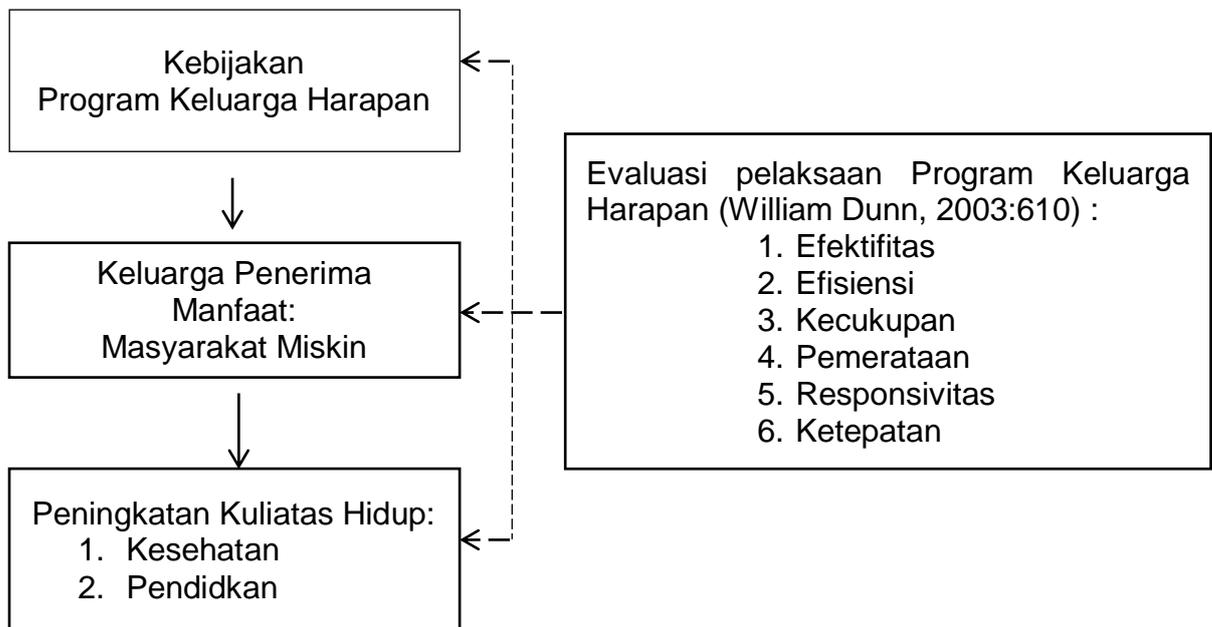
Indonesia. Sehingga diharapkan terjadi perubahan pada penerima PKH yang semula sangat miskin menjadi miskin, bahkan diharapkan dapat keluar dari garis kemiskinan (graduasi).

PKH berbeda dengan program bantuan tunai lainnya, karena PKH mewajibkan penerima program memenuhi komitmen pendidikan dan kesehatan sesuai dengan ketentuan PKH. Karena itu output dari PKH adalah sejauhmana upaya ibu dalam meningkatkan kualitas hidup keluarga melalui kesehatan dan pendidikan keluarga. Implementasi PKH di Kabupaten Toraja Utara telah berjalan selama lima tahun terhitung tahun 2015 - sekarang. Dalam lima tahun pelaksanaan program, terjadi peningkatan jumlah KPM PKH signifikan yaitu tahun 2015 jumlah penerima 5,625 KPM dan tahun 2020 sebanyak 12,308. Secara khusus untuk Kecamatan sopai, jumlah KPM penerima PKH tahun 2015 sebanyak 400 dan tahun 2021 sebanyak 866 KPM setara dengan 105.75%.

Berdasarkan uraian tersebut, peneliti tertarik untuk mendapatkan gambaran komprehensif mengenai bagaimana PKH di Kecamatan Sopai Kabupaten Toraja Utara. Penelitian ini mencoba untuk mengevaluasi PKH sebagai sebuah kebijakan publik dengan realitas implementasi yang dilakukan oleh implementor program di Kecamatan Sopai kabupaten Toraja Utara.

Proses pelaksanaan PKH tersebut meliputi kegiatan penetapan sasaran (*targeting*), pertemuan awal dan validasi, pembentukan kelompok KSM, penyaluran bantuan, verifikasi komitmen kesehatan dan pendidikan

dan pemutahiran data KSM. Selain siklus tersebut, akan dididentifikasi beberapa faktor yang turut mempengaruhi PKH, yang pada akhirnya akan dilihat mengenai peran PKH dalam peningkatan kualitas hidup Keluarga Penerima Manfaat.



Gambar 1 Skema Kerangka Pikir penelitian