



**PENGARUH BANTUAN SOSIAL TERHADAP PARTISIPASI  
PENDIDIKAN DAN KESEHATAN PADA PROGRAM  
KELUARGA HARAPAN (PKH)**

*ANALYSIS OF THE INFLUENCE OF SOCIAL ASSISTANCE  
TO EDUCATION AND HEALTH PARTICIPATION IN  
PROGRAM FAMILY HOPE (PKH)*

**MOH NOFRI NORMAN**



**PROGRAM PASCASARJANA  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2020**



**PENGARUH BANTUAN SOSIAL TERHADAP PARTISIPASI  
PENDIDIKAN DAN KESEHATAN PADA PROGRAM  
KELUARGA HARAPAN (PKH)**

**Tesis**

**Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar Magister**

**Program Studi**

**Sosiologi**

**Disusun dan diajukan oleh**

**MOH. NOFRI NORMAN**

**kepada**

**PROGRAM PASCASARJANA**

**UNIVERSITAS HASANUDDIN**

**MAKASSAR**

**2020**



**TESIS**

**Analisis Pengaruh Bantuan Sosial terhadap Pendidikan dan Kesehatan pada Program Keluarga Harapan**

Disusun dan diajukan oleh

**MOH NOFRI NORMAN**


Nomor Pokok E032172003

telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis  
pada tanggal 3 Januari 2020  
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Menyetujui  
Komisi Penasihat



**Dr. Sakaria, M.Si**  
Ketua




**Dr. Buchari Menggo, MA**  
Anggota

Ketua Program Studi  
Ilmu Sosiologi



**Dr. H. Suparman Abdullah, M.Si**

Dekan Fakultas Ilmu Sosial dan  
Ilmu Politik Universitas Hasanuddin.



**Prof. Dr. Armin, M.Si**



## PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

anda tangan di bawah ini

Nama : Moh. Nofri Norman  
Nomor Mahasiswa : E032172003  
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, 20 Januari 2020

Yang menyatakan

Moh. Nofri Norman



## PRAKATA

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa dengan selesainya tesis ini.

Gagasan yang melatari tajuk permasalahan ini timbul dari hasil pengamatan penulis terhadap kondisi pasca bencana gempa bumi di kota Mataram dan terjadinya peningkatan angka kemiskinan diwilayah tersebut. Penulis bermaksud menyumbangkan suatu informasi yang memastikan bahwa Program Keluarga Harapan adalah benar atau tidak benar menjadi salah satu penyebab dari meningkatnya kemiskinan tersebut.

Banyak kendala yang dihadapi oleh penulis dalam rangka penyusunan tesis ini dan hanya berkat bantuan dari berbagai pihak maka tesis ini selesai pada waktunya. Dalam kesempatan ini penulis dengan tulus menyampaikan terima kasih kepada Dr. Sakaria, M.Si sebagai Ketua Komisi Penasihat dan Dr. Buchari Mengge, MA sebagai Anggota Komisi Penasihat atas bantuan dan bimbingan yang telah diberikan mulai dari pengembangan minat terhadap permasalahan ini, pelaksanaan penelitian, sampai dengan penulisan tesis ini.

Terima kasih juga penulis sampaikan kepada ibu Raihan dari Dinas Sosial Kota Mataram dan ibu Palmira dari Pelaksana Program Keluarga Harapan Kota Mataram yang telah banyak mendampingi peneliti dalam mengumpulkan data dan informasi. Begitupun ucapan terima kasih penulis sampaikan kepada mereka yang namanya tidak tercantum tetapi telah membantu penyelesaian tesis ini.

Makassar, 20 Januari 2020

Moh. Nofri Norman



## ABSTRAK

**MOT. NOFRI NORMAN.** Analisis Pengaruh Bantuan Sosial terhadap Pendidikan dan Kesehatan pada Program Keluarga Harapan (dibimbing oleh **Zakaria** dan **Buchari Mengge**)

Penelitian ini bertujuan melihat pengaruh bantuan sosial terhadap beberapa indikator kesejahteraan yaitu partisipasi pendidikan dan kesehatan keluarga penerima manfaat PKH pasca gempa bumi.

Metode survei digunakan untuk memperoleh informasi dengan sebaran 122 responden komponen pendidikan dan 118 responden komponen kesehatan di Kelurahan Bertais, dimana lokasi tersebut terdampak kerusakan yang parah. Pengambilan sampel dilakukan dengan teknik *quota sampling*. Analisis data menggunakan tabulasi silang yang dilanjutkan dengan uji regresi linear berganda.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kekuatan pengaruh bantuan uang tunai terhadap partisipasi pendidikan KPM PKH adalah 77,5% dan kekuatan pengaruh jasa pendampingan sosial terhadap partisipasi pendidikan adalah 68,7%. Adapun kekuatan pengaruh bantuan uang tunai terhadap kesehatan KPM PKH adalah 61,5% dan signifikansi pengaruh jasa pendampingan terhadap kesehatan KPM PKH adalah 71,9%. Dengan demikian, kondisi pasca bencana gempa bumi tersebut tidak memiliki pengaruh negatif pada bantuan sosial (variabel terikat) terhadap partisipasi pendidikan dan kesehatan KPM PKH (variabel bebas).

Kata kunci : Bantuan Sosial, Pendidikan, Kesehatan.



## ABSTRACT

**MOT. NOFRI NORMAN.** Analysis of The Effect of Social Assistance on Education and Health in The Family Hope Program (supervised by **Zakaria** and **Buchari Mengge**)

This study is conducted to see the effect of social assistance on several welfare indicators, namely the participation of education and health of PKH beneficiaries after earthquake.

The survey method was used to obtain information with the distribution of 122 respondents in the education component and 118 respondents in the health component in the Bertais village, where the location was severely affected. Sampling was done by quota sampling. Data analysis used cross tabulation followed by multiple linear regression tests.

The results show that the strength of the influence of cash assistance on KPM PKH education participation is 77.5% and the strength of the influence of assistance services on the KPM PKH education participation is 68.7%. Then the strength of the influence of cash assistance on KPM PKH health participation is 61.5% and the strength of the influence of assistance services on the KPM PKH health participation is 71.9%. Thus it can be concluded that the post-earthquake conditions do not have a negative influence on the variabel social assistance (dependent) on education and health participation in KPM PKH (independent).

Keywords : Social Assistance, Education, Health



## DAFTAR ISI

	<b>halaman</b>
HALAMAN JUDUL .....	i
LEMBAR PENGESAHAN .....	ii
PERNYATAAN KEASLIAN TESIS .....	iii
PRAKATA .....	iv
ABSTRACT .....	v
ABSTRAK .....	vi
DAFTAR ISI .....	vii
DAFTAR TABEL .....	x
DAFTAR DIAGRAM .....	xii
DAFTAR GAMBAR .....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN .....	xv
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	11
C. Tujuan Penelitian .....	12
D. Kegunaan Penelitian .....	12
E. Batasan Penelitian .....	13
F. Definisi dan Istilah .....	14
G. Sistematika .....	15
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
A. Tinjauan Konsep dan Teoritis .....	17





. Tindakan Sosial .....	17
. Partisipasi .....	27
3. Bantuan Sosial dan Program Keluarga Harapan .....	40
B. Telaah Penelitian Terdahulu .....	54
C. Kerangka Konseptual .....	58
D. Hipotesis .....	59
E. Definisi Operasional .....	60
<b>BAB III METODE PENELITIAN</b>	
A. Pendekatan Penelitian .....	61
B. Teknik Penentuan Sampel .....	62
C. Teknik Pengumpulan Data.....	63
D. Uji Validitas dan Realibilitas .....	65
E. Analisis Data .....	67
F. Lokasi dan Waktu .....	69
<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN</b>	
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian .....	72
B. Deskripsi Responden Penelitian .....	77
C. Penerimaan Bantuan Uang Tunai dan Jasa Pendampingan Sosial KPM PKH .....	80
D. Partisipasi Pendidikan Dan Kesehatan KPM PKH .....	97
E. Pengaruh Bantuan Uang Tunai Dan Jasa Pendampingan Sosial Terhadap Partisipasi Pendidikan & Kesehatan .....	117



PENUTUP	
Kesimpulan .....	135
B. Saran .....	136
DAFTAR PUSTAKA .....	xvii
LAMPIRAN .....	xx



## DAFTAR TABEL

		<b>halaman</b>
1.	Teknik Pengskoran Angket .....	65
2.	Matriks Jadwal Penelitian.....	70
3.	Tata Ruang di Kelurahan Bertais .....	72
4.	Batas Wilayah Desa/Kelurahan .....	73
5.	Jarak Pusat Pemerintahan ke Kelurahan .....	74
6.	Data Penduduk Kelurahan Bertais .....	74
7.	Data Jumlah Penduduk per Lingkungan Tahun 2016 .....	75
8.	Sarana Sosial dan Budaya di Kelurahan Bertais .....	75
9.	Data Jumlah KPM Per Lingkungan Tahun 2019.....	77
10.	Data Jumlah KPM Verifikasi Komitmen Tahun 2019 .....	77
11.	Identitas Responden Komponen Pendidikan .....	78
12.	Identitas Responden Komponen Kesehatan .....	79
13.	Jumlah Bantuan Yang diterima KPM PKH Berdasarkan Kategori .....	81
14.	Frekuensi Pencairan Bantuan Uang Tunai KPM PKH Berdasarkan Angkatan Tahun Masuk .....	82
15.	Ketepatan Waktu Pencarian Bantuan Uang Tunai Berdasarkan Kategori .....	83
16.	Kendala Teknis Pencairan Bantuan Uang Tunai KPM PKH Berdasarkan Usia .....	84
17.	Frekuensi Kunjungan Pendamping Sosial Berdasarkan Jenis Pekerjaan .....	85
18.	Frekuensi Pertemuan Kelompok Diskusi Berdasarkan Tahun Masuk .....	86
19.	Hasil Penyampaian Materi P2K2 Berdasarkan Pendidikan Tertinggi .....	87



	Layanan Konseling Pendamping Sosial ke KPM PKH Berdasarkan Pekerjaan .....	88
21.	Jumlah Bantuan Yang Diterima KPM PKH Berdasarkan Kategori .....	89
22.	Frekuensi Pencairan Bantuan Uang Tunai Berdasarkan Angkatan KPM Tahun Masuk .....	90
23.	Ketepatan Waktu Pencarian Bantuan Uang Tunai Berdasarkan Kategori .....	91
24.	Kendala Teknis Pencairan Bantuan Uang Tunai Berdasarkan Usia .....	92
25.	Kunjungan Personal Pendamping Sosial ke KPM Berdasarkan Pekerjaan .....	93
26.	Frekuensi Pertemuan Kelompok diskusi KPM Berdasarkan Angkatan Tahun Masuk .....	94
27.	Hasil Penyampaian Materi P2K2 Berdasarkan Pendidikan Tertinggi .....	95
28.	Layanan Konseling Pendamping Sosial ke KPM Berdasarkan Jenis Pekerjaan .....	96



## DAFTAR DIAGRAM

		<b>halaman</b>
1.	Partisipasi KPM PKH menggunakan BUT untuk membeli keperluan anak usia dini atau sekolah berdasarkan uang yang diterima .....	97
2.	Partisipasi KPM PKH menggunakan BUT untuk membayar biaya lembaga PAUD atau SPP sekolah Anak berdasarkan kendala teknis .....	98
3.	Partisipasi KPM PKH menggunakan BUT untuk membayar biaya bimbingan belajar atau ekstrakurikuler anak sekolah berdasarkan ketepatan waktu pencairan .....	99
4.	Partisipasi KPM PKH menggunakan BUT untuk memberikan uang jajan atau transportasi anak berdasarkan ketepatan waktu pencairan .....	100
5.	Partisipasi KPM PKH menggunakan BUT untuk tabungan kelanjutan sekolah anak ke PT berdasarkan frekuensi pencairan .....	101
6.	Partisipasi KPM PKH menggunakan BUT untuk membeli hadiah ketika anak berprestasi berdasarkan frekuensi pencairan .....	102
7.	Partisipasi KPM PKH dengan mengikuti pertemuan peningkatan kemampuan keluarga (P2K2) berdasarkan pemahaman materi .....	103
8.	Partisipasi KPM PKH dengan memperaktekkan pemahaman terkait dengan PPA berdasarkan hasil diskusi kelompok .....	104
9.	Partisipasi KPM PKH dengan mengikuti arahan dan bimbingan berdasarkan kunjungan personal pendamping sosial .....	105
10.	Partisipasi KPM PKH dengan memotivasi diri sendiri dan keluarga untuk kehidupan lebih baik berdasarkan konseling .....	106



	Partisipasi KPM PKH menggunakan BUT untuk membeli vitamin/suplemen kesehatan ibu atau balita berdasarkan jumlah uang yang diterima .....	107
12.	Partisipasi KPM PKH dalam menggunakan BUT untuk membeli makanan gizi seimbang bagi ibu atau balita berdasarkan frekuensi pencairan .....	108
13.	Partisipasi KPM PKH dalam menggunakan BUT untuk membeli susu yang menyehatkan janin ibu hamil atau tumbuh kembang balita berdasarkan frekuensi pencairan .....	109
14.	Partisipasi KPM PKH dalam menggunakan BUT untuk membeli perlengkapan ibu hamil atau balita berdasarkan jumlah bantuan yang diterima .....	110
15.	Partisipasi KPM PKH dalam menggunakan BUT untuk biaya transportasi ke puskesmas berdasarkan jumlah bantuan yang diterima .....	111
16.	Partisipasi KPM PKH dalam menggunakan BUT untuk memeriksakan kesehatan ibu hamil atau balita di Puskesmas berdasarkan ketepatan waktu pencairan .....	112
17.	Partisipasi KPM PKH dengan mengikuti pertemuan peningkatan kemampuan keluarga (P2K2) berdasarkan pemahaman materi .....	113
18.	Partisipasi KPM PKH dengan memperaktekkan pemahaman kesehatan dan gizi berdasarkan hasil kelompok diskusi .....	114
19.	Partisipasi KPM PKH dengan menggunakan Jaminan Kesehatan Nasional berdasarkan frekuensi kunjungan pendamping sosial .....	115
20.	Partisipasi KPM PKH dengan berusaha mencegah kerentanan dan menanggulangi kesakitan anak berdasarkan layanan konseling .....	116



## DAFTAR GAMBAR

		halaman
1.	Struktur Sistem Tindakan Umum .....	24
2.	Skema Tindakan Parsons .....	24
3.	Skema Kebijakan Nasional Penanggulangan Kemiskinan .....	45
4.	Skema Kerangka Konseptual .....	58
5.	Peta Wilayah Kelurahan Bertais .....	73



## DAFTAR LAMPIRAN

1.	Uji Validitas, Realibilitas, Normalitas, Linieritas Pendidikan .....	xxi
2.	Uji Validitas, Realibilitas, Normalitas, Linieritas Kesehatan .....	xxvi
3.	Tabulasi silang Komponen Pendidikan .....	xxxii
4.	Tabulasi silang Komponen Kesehatan .....	xxxv
5.	Diagram Komponen Pendidikan .....	xxviii
6.	Diagram Komponen Kesehatan .....	xlii
7.	Uji Regresi Komponen Pendidikan .....	xlvi
8.	Uji Regresi Komponen Kesehatan .....	xlvii





## BAB I

### PENDAHULUAN

#### A. Latar Belakang

Pembangunan di setiap negara selalu memiliki berbagai dampak sosial, positif maupun negatif. Ketimpangan pendapatan antar penduduk menjadi salah satu dampak negatif dari pembangunan sehingga menimbulkan kemiskinan. Masalah kemiskinan ini banyak dialami oleh negara-negara berkembang di dunia karena ketidakmampuan mengakses sumberdaya. 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 antarpenduduk setempat. (Martono,2018)

Kemiskinan di Indonesia bias dilihat dari adanya ketimpangan penduduk sebagaimana *World Bank* pada tahun 2015 merilis artikel yang menyatakan bahwa tingkat ketimpangan di Indonesia relatif tinggi dan naik lebih pesat dibandingkan negara Asia Timur lainnya. Dalam 15 tahun terakhir Indonesia mengalami pertumbuhan ekonomi yang kuat,saat ini menduduki urutan ketiga tercepat di antara negara-negara anggota G-



in manfaat pertumbuhan ini lebih dinikmati oleh 20% masyarakat dan sekitar 80% penduduk atau lebih dari 205 juta penduduk rentan mengalami ketertinggalan (*The World Bank*, 08 Desember 2015).

Menurut *Oxfam dan INFID* dalam laporannya berjudul “Menuju Indonesia Setara” mencatat peringkat ketimpangan Indonesia berada posisi ke-enam terburuk di dunia. Selama dua dekade terakhir, ketimpangan antar kelompok kaya dan miskin mengalami peningkatan yang lebih cepat dibandingkan negara-negara Asia Tenggara. Laporan tersebut mencatat bahwa kekayaan empat orang kaya setara dengan gabungan kekayaan 100 juta orang termiskin. Fenomena ini menjelaskan secara sederhana bahwa yang kaya semakin kaya dan yang miskin semakin miskin (*Oxfam Report, February 2017*).

Dampak yang paling utama dari ketimpangan ini adalah meningkatnya anak, terutama dari rumah tangga ekonomi rendah, tidak memperoleh awal hidup yang sama dengan anak dari keluarga sejahtera. Akibatnya, mereka tumbuh dengan pendidikan, kesehatan, sosial-budaya dan perekonomian yang tidak begitu mendukung kualitas hidup mereka di masa depan. Meskipun ada upaya pemerataan pembangunan ekonomi untuk mengatasi ketimpangan di Indonesia, pemerintah disamping itu juga harus memperhatikan pembangunan kualitas hidup masyarakat di dalam menghadapi tantangan kesenjangan ini. Sebab, dampak yang ditimbulkan dari masalah ini yakni masalah-masalah sosial juga terus meningkat.



elain itu, ada pula kemiskinan struktural yang didefenisikan (Martono, 1980) sebagai kemiskinan yang diderita suatu golongan masyarakat karena struktur sosial masyarakat tidak dapat menggunakan sumber-sumber pendapatan dan tidak bisa mengakses fasilitas umum (pendidikan, kesehatan, komunikasi, dll) yang sebenarnya tersedia bagi mereka. Faktor penyebab kemiskinan pun berkembang seiring dengan munculnya teori modernisasi, sebagaimana yang dijelaskan McClelland dalam Martono (2018) bahwa salah satu penyebab terpuruknya negara Dunia Ketiga adalah ketiadaan motivasi berprestasi.

Teori modernisasi memfokuskan pada perilaku atau sikap individu. Hal ini dilatarbelakangi oleh mentalitas penduduk yang malas bekerja dan selalu mengharapkan bantuan orang lain. Pernyataan ini perlu digarisbawahi sehingga tidak selamanya kemiskinan disebabkan oleh aspek struktural. Akan tetapi, sikap mudah pasrah atau budaya nilai-nilai fatalistik yang dianut masyarakat juga menjadi penyebab kemiskinan. (Martono, 2018)

Sebagaimana Badan Program Pembangunan dibawah PBB (United Nations Development Programme/UNDP) dalam laporan *Human Development Report 2016* mencatat Indeks Pembangunan Manusia (IPM) Indonesia pada tahun 2015 berada diperingkat 113, turun dari posisi 110 di tahun 2014. Data tersebut menunjukkan bahwa kualitas hidup masyarakat Indonesia yang sejahtera semakin rendah, sehingga hal demikian menjadi perhatian bersama untuk diberikan tindakan solutif.



Upaya percepatan penanggulangan kemiskinan akibat dari  
ngan di Indonesia sudah dilaksanakan oleh Pemerintah sejak  
tahun 2007 melalui Program Bantuan Langsung Tunai Bersyarat (BLTB)  
yang saat ini dikenal dengan nama Program Keluarga Harapan (PKH).  
Program ini adalah salah satu tahapan menuju perwujudan sistem  
perlindungan sosial yang juga dikenal oleh dunia Internasional dengan  
istilah *Conditional Cash Transfer* (CCT). Untuk jangka pendek, bantuan  
sosial tunai bersyarat ini diharapkan mampu mengurangi beban  
pengeluaran keluarga miskin. Kemudian pada jangka menengah dapat  
mengubah perilaku keluarga penerima manfaat dalam mengakses  
layanan kesehatan dan pendidikan secara berkelanjutan sehingga  
menghasilkan generasi sehat dan cerdas. Sementara untuk jangka  
panjang adalah memutuskan rantai kemiskinan antar generasi (Pedoman  
Pelaksanaan PKH 2016).

Dampak sosial-ekonomi dari perlindungan sosial yang  
dipublikasikan oleh *International Social Security Association* pada tahun  
2016 meyakini bahwa program CCT cukup berhasil menanggulangi  
kemiskinan yang kronis di beberapa negara seperti Argentina, Bangladesh,  
Brazil, Kamboja, Chili, Kolombia, Egipt, Guatemala, Honduras, Jamaika,  
Meksiko, Panama, Peru, Nikaragua, Filipina, Turki, dan AS.

Hasil evaluasi menurut PROGRESA di Meksiko, PETI di Brasil, dan  
*Atencion a Crisis* di Nikaragua mengungkapkan bahwa transfer tunai  
bersyarat dapat memberikan insentif yang efektif untuk investasi sumber



anusia pada keluarga yang berada di garis kemiskinan. CCT tidak mempengaruhi tingkat konsumsi secara keseluruhan, tetapi juga komposisi konsumsi. Terdapat beberapa bukti bahwa rumah tangga penerima bantuan membelanjakan lebih banyak untuk makanan dan nutrisi berkualitas tinggi. Disamping itu pada sektor pendidikan, tingkat pendaftar sekolah dikalangan anak perempuan dan laki-laki menjadi seimbang dan terbukti dapat mengurangi kesenjangan gender di Bangladesh, Pakistan, dan Turki (Roth dkk.,2016).

Pelaksanaan CCT di Indonesia meningkat dari tahun ke tahun, dimana mulai pada tahun 2016 terjadi signifikansi target penerimadari sebanyak 6 juta keluarga menjadi 10 juta keluarga di tahun 2018. Jika dibandingkan dengan negara pelaksana CCT di dunia, cakupan Indonesia masih terbilang jauh dari cakupan Brazil yang sudah mencapai 27 juta pada tahun 2014. Bukti keberhasilan Program Keluarga Harapan adalah menurunkan angka kemiskinan dari jumlah penduduk miskin Indonesiadari 10,12% per September 2017menjadi 9,50% per September 2018 atau penurunan jumlah penduduk miskin sebesar 0,62%.Selain itumemiliki tingkat efektifitas paling tinggi terhadap penurunan koefisien ginidariangka 0,391 tahun 2017 menjadi 0,380 tahun 2018. (BPSBappenas, 2018)

Frederico Gil Sander, Ekonom Utama untuk Bank Dunia di Indonesia, mengatakan untuk mendukung pertumbuhan yang inklusif, Indonesia perlu melakukan belanja lebih efektif untuk pendidikan,



anjakan lebih banyak di bidang prioritas seperti infrastruktur, an, bantuan sosial, serta mengumpulkan lebih banyak pendapatan dengan cara yang efisien dan mendukung pertumbuhan agar belanja juga meningkat (*World Bank Press-Release*, 2018).

CCT PKH berhasil meningkatkan konsumsi rumah tangga penerima manfaat di Indonesia sebesar 4,8%. Di bidang pendidikan, angka partisipasi kasar (*enrollment rate*) SD dan SMP sejalan dengan tujuan PKH untuk mendorong akses pendidikan kepada anak usia sekolah penerima manfaat sebesar 2,3% tingkat SD dan 4,4% tingkat SMP. Sementara pengaruh terhadap kesehatan juga meningkat hingga 7,1% dengan melihat bukti kunjungan keluarga pada masa kehamilan, pasca melahirkan, imunisasi, dan pemeriksaan kesehatan dan pertumbuhan anak di Indonesia. (TNP2K, 2015)

Buku pedoman pelaksanaan PKH tahun 2019 mendefenisikan bahwa Program Keluarga Harapan (PKH) adalah salah satu bentuk perlindungan rumah tangga yang rentan terhadap resiko sosial. Oleh karena itu PKH menysasar tiga komponen, yaitu komponen pendidikan yang mensyaratkan anak-anak peserta PKH terdaftar dan hadir di sekolah, komponen kesehatan dengan kewajiban mengakses layanan prenatal dan postnatal dari tenaga ahli kesehatan (proses kelahiran, imunisasi, pemantauan tumbuh kembang) secara teratur, dan terakhir adalah komponen kesejahteraan sosial bagi penyandang disabilitas dan lansia.



elain itu yang terpenting dalam upaya perubahan perilaku adalah mewajibkan peserta mengikuti Pertemuan Peningkatan Kemampuan Keluarga (P2K2) atau *Family Development Session* (FDS). P2K2/FDS dirancang untuk membantu keluarga PKH memasuki masa transisi kesadaran untuk berkembang melalui penyampaian pesan keterampilan hidup bagi peserta PKH sehingga terjadi perubahan perilaku positif. Dalam hal ini pendamping sosial memberikan edukasi tentang Pendidikan dan Pengasuhan Anak (PPA), Kesehatan dan Gizi (KG), Pengelolaan Keuangan Keluarga (PKK), Perlindungan Anak (PA), dan Layanan Kesejahteraan Sosial Disabilitas dan Lansia (LKSDL).

Berdasarkan konsep perlindungan sosial dan pengentasan kemiskinan di atas maka argumentasi yang dibangun pemerintah dalam pemberian bantuan sosial tunai bersyarat ini adalah apabila peserta PKH tidak menunaikan kewajiban yang ditentukan maka mereka akan mendapatkan sanksi penangguhan bantuan sehingga mereka terdorong untuk berperilaku memenuhi standar kehidupan keluarga yang sejahtera. (Petunjuk Teknis Penyaluran Bansos Non Tunai tahun 2018). Dalam artian sistem yang dijalankan tersebut akan menjadi terpelihara dan mempengaruhi kebiasaan mereka. Asumsi ini diperkuat oleh teori sistem tindakan Talcott Parsons (dalam Martono, 2018:58) menjelaskan bahwa sistem sosial akan terpelihara jika memenuhi fungsi AGIL (*Adaptation, Goal Attainment, Integration, Latency*).



Weber menjelaskan bahwa hubungan sosial dan motivasional dipengaruhi oleh rasionalitas formal yang meliputi proses berpikir aktor dalam membuat pilihan mengenai alat dan tujuan. Adapun hubungan yang terbangun itu bersifat atau didasarkan pada koersif/tekanan sehingga terjadi rekayasa sosial dari pihak yang memiliki otoritas (kekuasaan) terhadap yang *powerless*. Salahsatu tipe tindakan yang bisa menjelaskan alasan peserta PKH untuk berubah adalah *instrumentally rasional* yaitu tindakan yang ditentukan oleh harapan-harapan yang memiliki tujuan untuk dicapai dalam kehidupan manusia yang dengan alat untuk mencapai hal tersebuttelah dirasionalkan dan dikalkulasikan sedemikian rupa untuk dapat dikejar atau diraih oleh yang melakukannya. (Ritzer, 2012:215)

Meskipun begitu, sistem layanan pemerintah di atas memiliki sisi kelemahan karena dinilai bisa membuat ketergantungan akan harapan adanya pemberian bantuan sosial bersyarat (*reward*). Dalam teori pertukaran sosial yang membahas tentang sosiologi behavioral menjelaskan bahwa terdapat penghargaan dan kerugian dalam hubungan antara perilaku actor dan lingkungan. Jika reaksi memberikan penghargaan maka perilaku tersebut akan diulang atau sebaliknya. Penghargaan didefinisikan sebagai kemampuan yang memperkuat perilaku, sementara kerugian mengurangi kemungkinan terjadinya perilaku. (Ritzer, 2012: 708-709)





adahal pemerintah tidak mengharapkan ketika masa taannya telah berakhir maka kehidupannya kembali menjadi kelompok yang lemah terhadap perubahan karena tidak mendapatkan lagi bantuan. Masa berlaku kepesertaan PKH hanya bisa dinikmati selama 6 tahun. Selanjutnya dilakukan resertifikasi bagi peserta PKH yang tidak mengalami perubahan secara ekonomi. Data perkembangan resertifikasi peserta PKH kohort 2007-2008 menunjukkan bahwa transisi peserta PKH lebih banyak sekitar 60% ke atas dibandingkan yang tergraduasi rata-rata sekitar 30% (TNP2K,2014).

Setiap tahun berjalan ditemukan beberapa keluarga yang memperoleh kesempatan untuk hidup lebih sejahtera dengan penghasilan yang memadai. Namun bantuan yang semakin meningkat nominalnya mulai dari 800 rb sampai dengan 4 juta rupiah per tahun 2019, sesuai komponen yang dimiliki setiap keluarga penerima manfaat, membuat mereka semakin yakin untuk tidak mengundurkan diri dari kepesertaan PKH. Budaya seperti ini tidak semestinya dibiarkan karena berdampak negatif terhadap mental kemandirian masyarakat. Kemungkinan yang terjadi adalah program pemerintah ini bukannya untuk memberikan perlindungan sosial (*social security*) tetapi hanya untuk melindungi kemiskinan itu sendiri.

Salah satu solusi yang terpenting dalam membentuk perilaku keluarga penerima manfaat agar berusaha mencapai kesejahteraan secara mandiri adalah melalui Pertemuan Peningkatan Kemampuan



a (P2K2). Edukasi yang diberikan menjadi energi eksternal yang mempengaruhi pola berfikir atau kognitif keluarga agar mengeluarkan diri dari status kemiskinan (Pengetahuan dan Kebijakan PKH, 2018). Namun realitas yang ditemukan peneliti dalam mengamati pelaksanaan PKH adalah kebiasaan penerima bantuan dalam mengklaim dirinya sebagai keluarga miskin padahal mereka sudah mampu secara materi untuk memenuhi kebutuhan keluarganya.

Sikap kemandirian (partisipasi) KPM dalam meraih standar kualitas hidup sejahtera menjadi perhatian sehingga peneliti bermaksud menguji signifikansi pengaruh bansos PKH terhadap partisipasi pendidikan dan kesehatannya. Namun karakteristik penelitian yang menjadi pembeda dari penelitian PKH lainnya adalah sasaran responden merupakan korban bencana alam gempa bumi di Kota Mataram. Berbagai fasilitas atau layanan kesehatan dan pendidikan setempat mengalami kerusakan sehingga tidak bisa diakses dengan baik. Kondisi ini tentu diduga mengakibatkan diskontinuitas dalam upaya pembentukan partisipasi pendidikan dan kesehatan bagi keluarga penerima manfaat PKH.

Pada akhirnya penelitian ini akan berusaha mengungkapkan dua kemungkinan yaitu apabila terdapat signifikansi pengaruh bantuan sosial terhadap tingkat partisipasi yang positif maka dapat disimpulkan bahwa kondisi pasca gempa bumi tidak mempengaruhi siklus PKH. Akan tetapi, jika hasil menunjukkan signifikansi bernilai negatif maka dapat dinyatakan



kondisi pasca gempa bumi menjadi salah satu faktor yang menghambat langkah-langkah partisipasi pendidikan dan kesehatan KPM.

Berangkat dari uraian di atas, maka penting bagi penulis untuk melakukan penelitian yang berjudul **“Analisis Pengaruh Bantuan Sosial Terhadap Partisipasi Pendidikan dan Kesehatan Pada Program Keluarga Harapan (PKH)”**

### **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang di atas, maka peneliti merumuskan permasalahan penelitian sebagai berikut:

1. Bagaimana penerimaan bantuan uang tunai dan jasa pendampingan Keluarga Penerima Manfaat Program Keluarga Harapan pasca bencana gempa bumi di Kelurahan Bertais ?
2. Bagaimana frekuensi partisipasi pendidikan dan kesehatan Keluarga Penerima Manfaat Program Keluarga Harapan pasca bencana gempa bumi di Kelurahan Bertais ?
3. Bagaimana pengaruh bantuan uang tunai dan jasa pendampingan sosial terhadap partisipasi pendidikan dan kesehatan Keluarga Penerima Manfaat Program Keluarga Harapan pasca bencana gempa bumi di Kelurahan Bertais ?



### C. Tujuan Penelitian

1. Menjelaskan penerimaan bantuan uang tunai dan jasa pendampingan sosial keluarga penerima manfaat program keluarga harapan pasca bencana gempa bumi di Kelurahan Bertais.
2. Menjelaskan partisipasi pendidikan dan kesehatan keluarga penerima manfaat program keluarga harapan pasca bencana gempa bumi.
3. Menjelaskan pengaruh bantuan uang tunai dan jasa pendampingan terhadap partisipasi pendidikan dan kesehatan keluarga penerima manfaat pasca bencana gempa bumi.

### D. Kegunaan Penelitian

Kegunaan penelitian ini diharapkan dapat menyentuh dua aspek yaitu:

1. Manfaat Teoritis
  - a. Hasil penelitian ini diharapkan memberikan sumbangan positif bagi pengembangan ilmu pengetahuan.
  - b. Menambah cakrawala pengetahuan dalam bidang khususnya terkait dalam upaya peningkatan kesejahteraan keluarga.

2. Manfaat Praktis



- a. Bagi institusi, sebagai informasi atau data statistik yang bisa dijadikan dasar dalam mengembangkan model pelayanan kesejahteraan keluarga.
- b. Bagi pembaca, sebagai bahan masukan informasi layanan kesejahteraan anggota keluarga, khususnya pekerja sosial dalam pengembangan layanan kesejahteraan keluarga.
- c. Bagi peneliti, sebagai bahan pembelajaran ilmu sosiologi dalam bingkai paradigma perilaku sosial.

### **E. Batasan Penelitian**

Ruang lingkup penelitian ini memiliki dua variabel utama yaitu bantuan sosial sebagai variabel bebas (*independent*) dan partisipasi pendidikan dan kesehatan sebagai variabel terikat (*dependent*). Adapun kondisi pasca gempa bumi ditempatkan sebagai variabel pengganggu yang bisa memperkuat atau memperlemah hubungan antara variabel independent dan dependent.

Bantuan sosial PKH merupakan salah-satu model pelayanan kesejahteraan yang dijalankan oleh Kementerian Sosial. Kategori yang disyaratkan kepada penerima bantuan sosial PKH adalah keluarga yang memiliki komponen pendidikan, kesehatan, lanjut usia dan disabilitas berat. Namun yang menjadi fokus penelitian terletak pada aspek partisipasi pendidikan dan partisipasi kesehatan keluarga penerima



bansos PKH karena pertimbangan cakupan responden yang banyak apabila aspek lansia dan disabilitas tidak diikutsertakan.

Disamping itu jumlah KPM PKH lansia dan disabilitas yang sedikit masih sulit untuk diarahkan ketika responden diminta untuk berkumpul.

Adapun partisipasi pendidikan dan kesehatan keluarga yang dimaksud dalam Program Keluarga Harapan adalah munculnya kesadaran diri keluarga penerima manfaat terkait pentingnya membangun pola hidup yang sesuai dengan standar kesejahteraan sosial. Penelitian ini melihat upaya responden dalam melibatkan diri kembali memenuhi kewajiban sebagai peserta PKH, diantaranya memenuhi kebutuhan pendidikan dan pengasuhan anak dan pemenuhan kesehatan dangizi ibu.

Terkhusus pada situasi pasca bencana alam gempa bumi yang dimaksud adalah keadaan yang sulit dialami oleh Keluarga Penerima Manfaat (KPM) dalam mengakses fasilitas pendidikan dan kesehatan, serta bantuan sosial yang biasanya didapatkan sesuai ketentuan.

## F. Definisi dan Istilah

1. **Cash Conditional Transfer** disingkat CCT adalah program bantuan sosial bersyarat berupa uang tunai yang diberikan kepada keluarga miskin terutama ibu hamil dan anak untuk memudahkan pemanfaatan akses terhadap fasilitas kesehatan dan pendidikan. Selain itu, program ini juga mencakup penyandang disabilitas dan



lanjut usia sebagai sasaran untuk diberikan perawatan atau memenuhi kebutuhan dasar.

- 2. Family Development Session (FDS) atau Pertemuan Peningkatan Kemampuan Keluarga (P2K2)** adalah proses belajar secara terstruktur untuk memperkuat terjadinya perubahan perilaku yang didasari oleh pengetahuan tentang pentingnya pendidikan, kesehatan, dan pengelolaan keuangan bagi keluarga.

## G. Sistematika

### BAB I

#### PENDAHULUAN

- A. Latar Belakang
- B. Rumusan Masalah
- C. Tujuan Penelitian
- D. Kegunaan Penelitian
- E. Batasan Penelitian
- F. Definisi dan Istilah

### BAB II

#### TINJAUAN PUSTAKA

- A. Tinjauan Konsep dan Teoritis
  1. Konsep dan Teori Tindakan Sosial
  2. Konsep dan Teori Partisipasi
  3. Konsep Bantuan Sosial dan Program Keluarga Harapan
- B. Telaah Penelitian Terdahulu



erangka Konseptual

ipotesis

E. Definisi Operasional

## BAB III

### METODE PENELITIAN

- A. Pendekatan Penelitian
- B. Teknik Penentuan Sampel
- C. Teknik Pengumpulan Data
- D. Teknik Analisis Data
- E. Lokasi dan Waktu Penelitian

## BAB IV

### HASIL DAN PEMBAHASAN

- A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian
- B. Deskripsi Responden Penelitian
- C. Penggunaan Bantuan Uang Tunai dan Jasa Pendampingan Sosial

#### KPM PKH

- D. Partisipasi Pendidikan Dan Kesehatan KPM PKH
- E. Pengaruh Bantuan Uang Tunai Dan Jasa Pendampingan Sosial

#### Terhadap Partisipasi Pendidikan & Kesehatan KPM PKH

## BAB V

### PENUTUP

- A. Kesimpulan
- B. Saran





## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Tinjauan Konsep dan Teoritis

##### 1. Konsep dan Teori Tindakan Sosial

Sosiologi Max Weber didasarkan pada konsepnya atas tindakan sosial. Menurutnya ada perbedaan antara tindakan sosial dan perilaku reaktif belaka. Konsep perilaku disebut tidak melibatkan proses berfikir karena yang terjadi adalah hubungan stimulus dan respon. Sedangkan, tindakan sosial jelas melibatkan proses pemikiran karena individu-individu melekatkan makna-makna subjektif kepada tindakan mereka. Bagi Weber, tugas analisis sosiologis mencakup penafsiran tindakan dari segi makna subjektifnya. Contoh pemikiran yang lebih spesifik mengenai tindakan dapat ditemukan dalam diskusinya tentang tindakan ekonomi yang ia definisikan sebagai orientasi yang sadar terhadap pertimbangan ekonomi. Masalah yang penting bukan karena kebutuhan objektif sehingga membuat persediaan ekonomi, tetapi kepercayaan bahwa hal itu perlu (Ritzer, 2012).

Teori Tindakan Weber berfokus kepada individu, pola-pola dan regularitas-regularitas tindakan dan bukan pada kolektivitas. Menurut Weber dalam Ritzer (2012:215) menyatakan bahwa tindakan dalam orientasi perilaku yang dapat dipahami secara subjektif hanya sebagai



ku seseorang atau lebih manusia individual. Weber mengakui bahwa pada maksud tertentu mungkin kita harus memperlakukan kolektivitas-kolektivitas sebagai para individu. Tetapi untuk penafsiran subjektif tindakan didalam sosiologi adalah kolektivitas hanya diperlakukan sebagai hasil dan cara pengorganisasian tindakan khusus oleh pribadi individu. Sebagai studi aksi sosial, Weber banyak berbicara mengenai hubungan sosial dan motivasi, yang menurut Weber banyak dipengaruhi oleh *rasionalitas formal*. Rasionalitas formal, meliputi proses berpikir aktor dalam membuat pilihan mengenai alat dan tujuan. Dalam konteks ini, *hubungan sosial*, berkaitan dengan motivasi dan rasionalitas formal mengenal 3 sifat hubungan, yaitu:

- a. Hubungan sosial yang bersifat atau didasarkan pada *tradisi*. Yaitu hubungan sosial yang terbangun atas dasar kebiasaan/tradisi di masyarakat.
- b. Hubungan sosial yang bersifat atau didasarkan pada koersif/tekanan. Yaitu hubungan sosial yang terbangun dari rekayasa sosial dari pihak yang memiliki otoritas (kekuasaan) terhadap yang *powerless*.
- c. Hubungan sosial yang bersifat atau didasarkan pada *rasionalitas*.

Ciri dari hubungan rasional adalah hubungan sosial yang bersifat asosiatif dan orientasi tindakan sosial berdasarkan pada sebuah penyesuaian kepentingan-kepentingan yang di motivasi secara



al atau persetujuan yang di motivasi secara sama. Weber menggunakan metodologi tipe yang ideal untuk menjelaskan makna

tindakan sebagai berikut:

- a. **Pertama**, *instrumentally rasional*: yaitu tindakan yang ditentukan oleh harapan-harapan yang memiliki tujuan untuk dicapai dalam kehidupan manusia yang dengan alat untuk mencapai hal tersebut telah dirasionalkan dan dikalkulasikan sedemikian rupa untuk dapat dikejar atau diraih oleh yang melakukannya. Setiap keputusan yang kita ambil membutuhkan pertimbangan yang matang sehingga menghindari penyesalan akibat salah memilih.
- b. **Kedua**, *value rational*, yaitu tindakan yang didasari oleh kesadaran keyakinan mengenai nilai-nilai yang penting seperti etika, estetika, agama dan nilai-nilai lainnya yang mempengaruhi tingkah laku manusia dalam kehidupannya. Secara subjektif individu terinternalisasi oleh nilai-nilai dan norma yang berlaku dimasyarakat sehingga tindakan akan terbatas atau harus sesuai dengan ketentuan yang disepakati bersama itu.
- c. **Ketiga**, *affectual (especially emotional)*, yaitu tindakan yang ditentukan oleh kondisi kejiwaan dan perasaan aktor yang melakukannya. Tindakan ini sebagian besar dikuasai oleh perasaan atau emosi tanpa pertimbangan- pertimbangan akal



budi. Seringkali tindakan ini dilakukan tanpa perencanaan matang dan tanpa kesadaran penuh. Jadi dapat dikatakan sebagai reaksi spontan atas suatu peristiwa. Secara psikologis, kita menghadapi situasi yang mungkin saja membuat diri kita tertekan sehingga kita membuat kita stress dan berakibat pada tindakan anarkis untuk meluapkan emosional tersebut.

- d. **Keempat**, *traditional*, yaitu kebiasaan-kebiasaan yang mendarah daging. Seseorang melakukan tindakan hanya karena kebiasaan yang berlaku dalam masyarakat tanpa menyadari alasannya atau membuat perencanaan terlebih dahulu mengenai tujuan dan cara yang akan digunakan. Dalam struktur masyarakat yang memiliki budaya menjadi bagian penting dalam bertindak, sebagaimana budaya islam yang didasari oleh Al-Quran dan Assunnah memberikan pengaruh terhadap perilaku muslim.

Ritzer (2007:356) mengatakan sosiologi perilaku berawal dari *behavioral*, dimana sosiologi perilaku memusatkan perhatian pada hubungan antara pengaruh perilaku seorang aktor terhadap lingkungan dan dampak lingkungan terhadap perilaku aktor. Hubungan ini adalah dasar untuk pengkondisian operan (*operant conditioning*) atau proses belajar melaluinya perilaku diubah oleh konsekuensinya. Dalam teori behavioral dikenal pemahaman *reinforcement* yang dapat diartikan sebagai *reward* (ganjaran).



Perulangan atas suatu tindakan tidak dapat dirumuskan terlepas efeknya terhadap tindakan itu sendiri. Perulangan ini dirumuskan

dalam pengertian terhadap aktor. Dimana suatu ganjaran yang tidak membawa pengaruh terhadap aktor, maka tindakannya tidak akan diulang.

Selanjutnya Ritzer (2007:357) menjelaskan Prinsip dasar teori pilihan rasional berasal dari ekonomi klasik. Berdasarkan berbagai jenis yang berbeda, menghimpun apa yang mereka sebut sebagai model kerangka teori pilihan rasional. Teori pilihan rasional memusatkan perhatian pada aktor.

Aktor dipandang sebagai manusia yang mempunyai maksud. Hal tersebut dimaksudkan aktor mempunyai tujuan dan tindakannya tertuju pada upaya untuk mencapai tujuan itu. Aktor pun dipandang mempunyai pilihan (atau nilai, keperluan). Teori pilihan rasional tidak menhiraukan apa yang menjadi pilihan atau apa yang menjadi sumber pilihan aktor. Hal terpenting adalah kenyataan bahwa tindakan dilakukan untuk mencapai tujuan yang sesuai dengan tingkatan pilihan aktor.

Kemudian Ritzer menerangkan meskipun teori pilihan rasional berawal dari tujuan atau maksud aktor, namun teori ini memperhatikan sekurang-kurangnya dua pemaksa utama tindakan.

- a. Pertama adalah keterbatasan sumber. Aktor mempunyai sumber yang berbeda-beda maupun akses yang berbeda



terhadap sumberdaya yang lain. Bagi aktor yang mempunyai sumberdaya yang besar, pencapaian tujuan mungkin relatif mudah. Tetapi bagi aktor yang mempunyai sumberdaya sedikit, pencapaian tujuan akan sukar atau sulit. Aktor dipandang berupaya mencapai keuntungan maksimal dan tujuan mungkin meliputi gabungan antara peluang untuk mencapai tujuan utama dan apa yang telah dicapai pada peluang yang tersedia untuk mencapai tujuan kedua yang paling bernilai.

- b. Sumber pemaksa kedua atas tindakan aktor individual adalah lembaga sosial. Hambatan kelembagaan ini menyediakan baik sanksi positif maupun sanksi negatif yang membantu mendorong aktor untuk melakukan tindakan tertentu dan menghindarkan tindakan lain.

Friedman dan Hecthter dalam Ritzer (2007:358) mengemukakan dua gagasan lain yang menjadi dasar teori pilihan rasional. Pertama, adalah kumpulan mekanisme atau proses yang menggabungkan tindakan aktor individual yang terpisah untuk menghasilkan akibat sosial. Kedua, bertambahnya pengertian tentang pentingnya informasi dalam membuat pilihan rasional.

Tokoh sosiolog yang tergolong teoretikus modern, Talcott Parsons, menjelaskan lebih lanjut tentang sistem tindakan dalam struktural fungsional yakni fungsi AGIL (*Adaptation, Goal Attainment,*



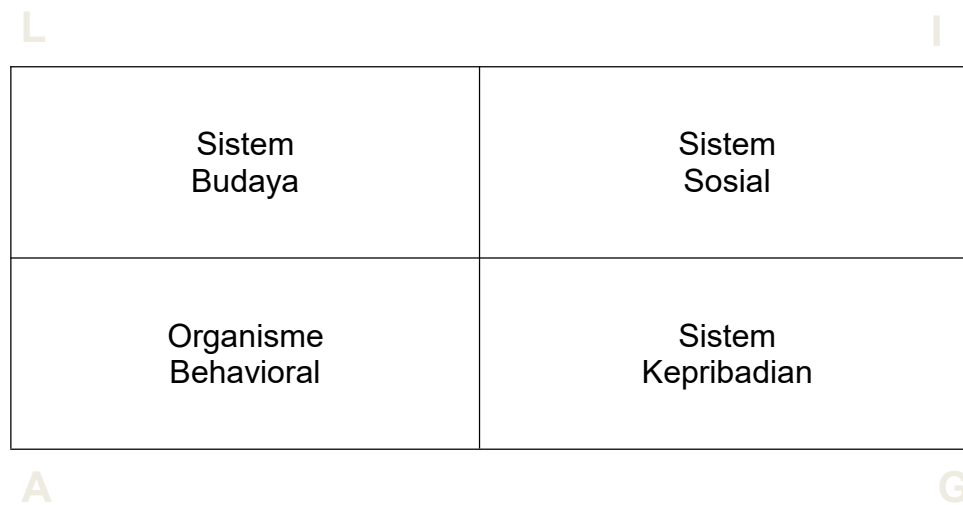
ation, Latency). Sistem akan dapat terpelihara jika melaksanakan  
t fungsi tersebut, sebagaimana uraian berikut:

- a. Adaptasi : suatu sistem harus mengatasi kebutuhan mendesak yang bersifat situasional eksternal. Sistem harus beradaptasi dengan lingkungannya dan mengadaptasikan lingkungan dengan kebutuhan-kebutuhannya.
- b. Pencapaian Tujuan : suatu sistem harus mendefinisikan dan mencapai tujuan utamanya.
- c. Integrasi : suatu sistem harus mengatur antarhubungan bagian-bagian dari komponennya. Ia juga harus mengelola hubungan diantara imperatif fungsional lainnya.
- d. Latensi : suatu sistem harus menyediakan, memelihara, dan memperbaharui baik motivasi para individu maupun pola-pola budaya yang menciptakan dan menopang motivasi tersebut.

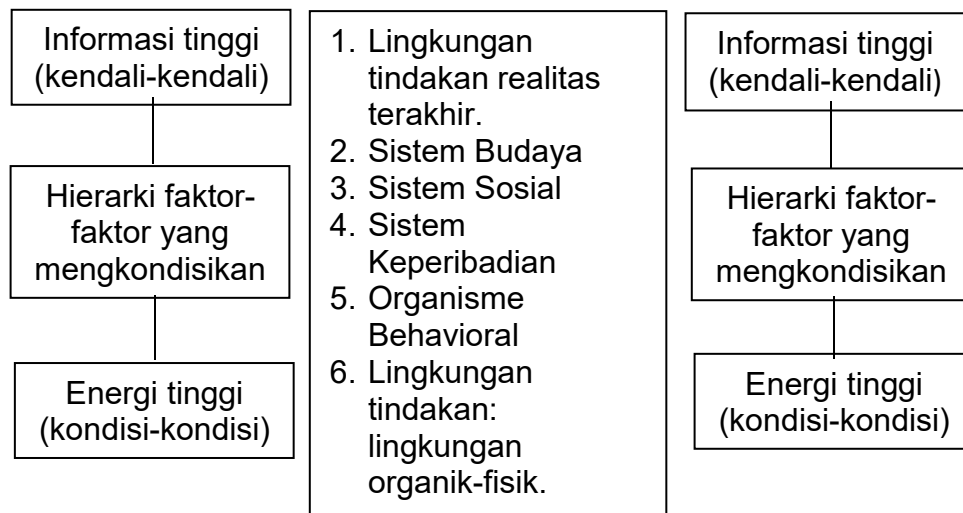
Parsons merancang skema AGIL untuk digunakan pada semua level didalam sistem tindakan. Dalam analisis sosial antarhubungannya secara jelas berbentuk hierarkis yang disatukan dalam dua cara. Pertama, setiap level yang lebih rendah memberikan kondisi-kondisi energi yang diperlukan bagi level-level yang lebih tinggi. Kedua, level-level yang lebih tinggi mengendalikan level-level dibawahnya. Dari segi lingkungan sistem tindakan, level paling rendah adalah lingkungan fisik dan organik (meliputi aspek-aspek non-simbolik tubuh manusia, anatomi dan fisiologinya). Pada level paling tinggi adalah realitas



hir yang mempunyai bau metafisik. Berikut dibawah ini adalah ur tindakan yang digambarkan secara umum:



Gambar 1. Struktur Sistem Tindakan Umum



Gambar 2. Skema Tindakan Parsons

**Sistem Budaya** sebagai kekuatan yang mengikat berbagai unsur dunia sosial atau diistilahkan sistem tindakan. Budaya menengahi interaksi di kalangan para individu/aktor dan mengintegrasikan kepribadian dan sistem-sistem sosial. Oleh karena





stem sosial kebudayaan terwujud kedalam norma dan nilai dan  
 m sistem kepriadian kebudayaan diinternalisasi oleh sang aktor.

Akan tetapi, sistem budaya juga mempunyai eksistensi terpisah berupa ketersediaan sosial (*social stock*) pengetahuan, simbol-simbol dan ide-ide. Parsons mendefenisikan sistem budaya dari segi hubungan antara sistem-sistem tindakan lainnya, sehingga dilihat sebagai simbol yang terpola, teratur pada sasaran orientasi bagi para aktor, aspek-aspek sistem kepribadian yang diinternalisasi, dan pola-pola yang terlembagakan didalam sistem sosial. Oleh karena itu, sebagian besar bersifat simbolik dan subjektif. Kebudayaan dapat dari sistem sosial yang satu ke sistem sosial lainnya melalui difusi dan dari sistem kepribadian ke sistem kepribadian lainnya melalui pendidikan dan sosialisasi.

**Sistem Sosial** dimulai pada tingkatan mikro didalam interaksi antara ego dan alterego yang didefinisikan sebagai bentuk sistem sosial paling elementer. Menurut Parsons dalam Ritzer (2012:413), sistem sosial didasarkan pada suatu prularitas para aktor individual yang berinteraksi satu sama lain didalam situasi yang setidaknya mempunyai suatu aspek fisik atau lingkungan. Para aktor yang termotivasi dalam kaitannya dengan tendesi ke arah optimisasi kepuasan dan relasi mereka dengan situasi yang saling meliputi, didefinisikan dan dimediasi dalam kerangka sistem simbol yang terstruktur dan dianut bersama secara budaya. Parsons berasumsi



Para aktor biasanya adalah penerima pasif didalam proses sosialisasinya. Anak-anak mempelajari bukan hanya cara bertindak, tetapi juga norma, nilai, moralitas, dan masyarakat. Oleh karena itu sejumlah mekanisme pengendalian sosial dapat digunakan untuk menghasilkan penyesuaian. Individualitas dan penyimpangan masih sopan diakomodasi tetapi bentuk yang lebih ekstrem harus ditangani dengan mekanisme yang menyeimbangkan kembali. Akhirnya dapat disimpulkan bahwa ketertiban sosial ditanamkan dalam struktur sistem sosial.

**Sistem Kepribadian** menjadi suatu sistem independen yang saling berhubungan dengan organismenya sendiri dan keunikan pengalamannya sendiri. Kepribadian didefinisikan sebagai sistem orientasi motivasional tindakan aktor individual yang terorganisir. Komponen dasar kepribadian yang dibutuhkan adalah watak yang merupakan kecenderungan bawaan energi fisiologis sehingga terjadinya tindakan Dorongan tersebut dilihat sebagai bagian dari organisme biologis. Parsons membedakan tipe watak yang dibutuhkan. Pertama, memaksa para aktor mencari cinta, persetujuan dari relasi sosialnya. Kedua, mencakup nilai-nilai yang diinternalisasi sehingga membuat para aktor mematuhi berbagai standar budaya. Terakhir, ada pengharapan peran yang membuat aktor memberi dan mendapat tanggapan yang tepat. Uraian tersebut menyajikan citra para aktor



pasif. Suatu sistem kepribadian yang pasif adalah mata rantai lemah didalam suatu teori integrasi.

**Organisme Behavioral** merupakan sistem tindakan yang menangani fungsi adaptasi dengan menyesuaikan diri dan mentransformasi dunia eksternal. Parsons menganggap *organisme behavioral* sebagai sumber energi untuk sistem lainnya. Meskipun didasarkan pada susunan genetik yang mana pengaturannya dipengaruhi oleh proses pengkondisian dan pembelajaran yang terjadi selama kehidupan individu.

## 2. Konsep dan Teori Partisipasi

### a. Pengertian Partisipasi

Menurut Made Pidarta dalam Siti Irene Astuti D. (2009: 31-32), partisipasi adalah pelibatan seseorang atau beberapa orang dalam suatu kegiatan. Keterlibatan dapat berupa keterlibatan mental dan emosi serta fisik dalam menggunakan segala kemampuan yang dimilikinya (berinisiatif) dalam segala kegiatan yang dilaksanakan serta mendukung pencapaian tujuan dan tanggungjawab atas segala keterlibatan. Partisipasi merupakan keterlibatan mental dan emosi dari seseorang di dalam situasi kelompok yang mendorong mereka untuk menyokong kepada pencapaian tujuan kelompok tersebut dan ikut bertanggungjawab terhadap kelompoknya. Pendapat lain menjelaskan bahwa partisipasi merupakan penyertaan pikiran dan emosi dari pekerja pekerja kedalam situasi kelompok yang



angkutan dan ikut bertanggungjawab atas kelompok itu. Partisipasi juga memiliki pengertian “a valuentary process by which people including disadvantaged (income, gender, ethnicity, education) influence or control the affect them” (Deepa Naryan, 1995), artinya suatu proses yang wajar di mana masyarakat termasuk yang kurang beruntung (penghasilan, gender, suku, pendidikan) mempengaruhi atau mengendalikan pengambilan keputusan yang langsung menyangkut hidup mereka.

Partisipasi menurut Huneryear dan Heoman dalam Siti Irene Astuti D. (2009: 32) adalah sebagai keterlibatan mental dan emosional dalam situasi kelompok yang mendorongnya memberi sumbangan terhadap tujuan kelompok serta membagi tanggungjawab bersama mereka. Pengertian sederhana tentang partisipasi dikemukakan oleh Fasli Djalal dan Dedi Supriadi (2001: 201-202), di mana partisipasi dapat juga berarti bahwa pembuat keputusan menyarankan kelompok atau masyarakat ikut terlibat dalam bentuk penyampaian saran dan pendapat, barang, keterampilan, bahan dan jasa. Partisipasi dapat juga berarti bahwa kelompok mengenal masalah mereka sendiri, mengkaji pilihan mereka, membuat keputusan, dan memecahkan masalahnya. H.A.R Tilaar (2009: 287) mengungkapkan partisipasi adalah sebagai wujud dari keinginan untuk mengembangkan demokrasi melalui proses desentralisasi dimana diupayakan antara lain perlunya perencanaan dari bawah



om-up) dengan mengikutsertakan masyarakat dalam proses perencanaan dan pembangunan masyarakatnya.

Partisipasi masyarakat menurut Isbandi (2007: 27) adalah keikutsertaan masyarakat dalam proses pengidentifikasian masalah dan potensi yang ada di masyarakat, pemilihan dan pengambilan keputusan tentang alternatif solusi untuk menangani masalah, pelaksanaan upaya mengatasi masalah, dan keterlibatan masyarakat dalam proses mengevaluasi perubahan yang terjadi. Mikkelsen (1999: 64) membagi partisipasi menjadi 6 (enam) pengertian, yaitu:

- 1) Partisipasi adalah kontribusi sukarela dari masyarakat kepada proyek tanpa ikut serta dalam pengambilan keputusan;
- 2) Partisipasi adalah “pemekaan” (membuat peka) pihak masyarakat untuk meningkatkan kemauan menerima dan kemampuan untuk menanggapi proyek-proyek pembangunan;
- 3) Partisipasi adalah keterlibatan sukarela oleh masyarakat dalam perubahan yang ditentukannya sendiri;
- 4) Partisipasi adalah suatu proses yang aktif, yang mengandung arti bahwa orang atau kelompok yang terkait, mengambil inisiatif dan menggunakan kebebasannya untuk melakukan hal itu;
- 5) Partisipasi adalah pemantapan dialog antara masyarakat setempat dengan para staf yang melakukan persiapan,



pelaksanaan, monitoring proyek, agar supaya memperoleh informasi mengenai konteks lokal, dan dampak-dampak sosial;

- 6) Partisipasi adalah keterlibatan masyarakat dalam pembangunan diri, kehidupan, dan lingkungan mereka. Dari beberapa pakar yang mengungkapkan definisi partisipasi di atas, dapat dibuat kesimpulan bahwa partisipasi adalah keterlibatan aktif dari seseorang, atau sekelompok orang (masyarakat) secara sadar untuk berkontribusi secara sukarela dalam program pembangunan dan terlibat mulai dari perencanaan, pelaksanaan, monitoring sampai pada tahap evaluasi.

Pentingnya partisipasi dikemukakan oleh Conyers (1991: 154-155) sebagai berikut: pertama, partisipasi masyarakat merupakan suatu alat guna memperoleh informasi mengenai kondisi, kebutuhan, dan sikap masyarakat setempat, yang tanpa kehadirannya program pembangunan serta proyek-proyek akan gagal; kedua, bahwa masyarakat akan lebih mempercayai proyek atau program pembangunan jika merasa dilibatkan dalam proses persiapan dan perencanaannya, karena mereka akan lebih mengetahui seluk-beluk proyek tersebut dan akan mempunyai rasa memiliki terhadap proyek tersebut; ketiga, bahwa merupakan suatu hak demokrasi bila masyarakat dilibatkan dalam pembangunan masyarakat mereka sendiri.



Apa yang ingin dicapai dengan adanya partisipasi adalah meningkatnya kemampuan (pemberdayaan) setiap orang yang terlibat baik langsung maupun tidak langsung dalam sebuah program pembangunan dengan cara melibatkan mereka dalam pengambilan keputusan dan kegiatan-kegiatan selanjutnya dan untuk jangka yang lebih panjang.

#### **b. Prinsip-prinsip Partisipasi**

Sebagaimana tertuang dalam Panduan Pelaksanaan Pendekatan Partisipatif yang disusun oleh Department for International Development (DFID) (dalam Monique Sumampouw, 2004: 106-107) adalah:

- 1) Cakupan. Semua orang atau wakil-wakil dari semua kelompok yang terkena dampak dari hasil-hasil suatu keputusan atau proses proyek pembangunan.
- 2) Kesetaraan dan kemitraan (Equal Partnership). Pada dasarnya setiap orang mempunyai keterampilan, kemampuan dan prakarsa serta mempunyai hak untuk menggunakan prakarsa tersebut dalam setiap proses guna membangun dialog tanpa memperhitungkan jenjang dan struktur masing-masing pihak.
- 3) Transparansi. Semua pihak harus dapat menumbuhkembangkan komunikasi dan iklim berkomunikasi terbuka dan kondusif sehingga menimbulkan dialog.



- 4) Kesetaraan kewenangan (Sharing Power/Equal Powership). Berbagai pihak yang terlibat harus dapat menyeimbangkan distribusi kewenangan dan kekuasaan untuk menghindari terjadinya dominasi.
- 5) Kesetaraan Tanggung Jawab (Sharing Responsibility). Berbagai pihak mempunyai tanggung jawab yang jelas dalam setiap proses karena adanya kesetaraan kewenangan (Sharing power) dan keterlibatannya dalam proses pengambilan keputusan dan langkah-langkah selanjutnya.
- 6) Pemberdayaan (Empowerment). Keterlibatan berbagai pihak tidak lepas dari segala kekuatan dan kelemahan yang dimiliki setiap pihak, sehingga melalui keterlibatan aktif dalam setiap proses kegiatan, terjadi suatu proses saling belajar dan saling memberdayakan satu sama lain.
- 7) Kerjasama. Diperlukan adanya kerja sama berbagai pihak yang terlibat untuk saling berbagi kelebihan guna mengurangi berbagai kelemahan yang ada, khususnya yang berkaitan dengan kemampuan sumber daya manusia.

### c. Bentuk dan Tipe Partisipasi

Partisipasi menurut Effendi dalam Siti Irine Astuti D. (2009: 37), terbagi atas partisipasi vertikal dan partisipasi horizontal. Disebut partisipasi vertikal karena terjadi dalam kondisi tertentu, masyarakat terlibat atau mengambil bagian dalam suatu program pihak lain,





m hubungan di mana masyarakat berada sebagai status ahan, pengikut atau klien. Sedangkan partisipasi horizontal, masyarakat mempunyai prakarsa di mana setiap anggota atau kelompok masyarakat berpartisipasi horizontal satu dengan yang lainnya. Partisipasi semacam ini merupakan tanda permulaan tumbuhnya masyarakat yang mampu berkembang secara mandiri.

Menurut Basrowi dalam Siti Irine Astuti D.(2009: 37), partisipasi masyarakat dilihat dari bentuknya dapat dibedakan menjadi dua, yaitu “partisipasi non fisik dan partisipasi fisik”. Partisipasi fisik adalah partisipasi masyarakat (orang tua) dalam bentuk menyelenggarakan usaha usaha pendidikan, seperti mendirikan dan menyelenggarakan usaha-usaha beasiswa, membantu pemerintah membangun gedung-gedung untuk masyarakat, dan menyelenggarakan usaha-usaha perpustakaan berupa buku atau bentuk bantuan lainnya. Sedangkan partisipasi non fisik adalah partisipasi keikutsertaan masyarakat dalam menentukan arah dan pendidikan nasional dan meratanya animo masyarakat untuk menuntut ilmu pengetahuan melalui pendidikan, sehingga pemerintah tidak ada kesulitan mengarahkan rakyat untuk bersekolah.

Berdasarkan bentuk-bentuk partisipasi yang telah dianalisis, dapat ditarik sebuah kesimpulan mengenai tipe partisipasi yang diberikan masyarakat. Tipe partisipasi masyarakat pada dasarnya dapat kita sebut juga sebagai tingkatan partisipasi yang dilakukan



masyarakat. Sekretariat Bina Desa (1999: 32-33) mengidentifikasi partisipasi masyarakat menjadi 7 (tujuh) tipe berdasarkan karakteristiknya, yaitu partisipasi pasif/manipulatif, partisipasi dengan cara memberikan informasi, partisipasi melalui konsultasi, partisipasi untuk insentif materil, partisipasi fungsional, partisipasi interaktif, dan self mobilization. Seperti dijelaskan dibawah ini;

- 1) Partisipasi pasif/manipulatif, masyarakat berpartisipasi dengan cara diberitahu apa yang sedang atau telah terjadi; pengumuman sepihak oleh manajemen atau pelaksana proyek tanpa memperhatikan tanggapan masyarakat; informasi yang dipertukarkan terbatas pada kalangan profesional di luar kelompok sasaran.
- 2) Partisipasi dengan cara memberikan informasi, masyarakat berpartisipasi dengan cara menjawab pertanyaan-pertanyaan penelitian seperti dalam kuesioner atau sejenisnya; masyarakat tidak punya kesempatan untuk terlibat dan mempengaruhi proses penyelesaian; akurasi hasil penelitian tidak dibahas bersama masyarakat.
- 3) Partisipasi melalui konsultasi, masyarakat berpartisipasi dengan cara berkonsultasi; orang luar mendengarkan dan membangun pandangan pandangannya sendiri untuk kemudian mendefinisikan permasalahan dan pemecahannya,



dengan memodifikasi tanggapan-tanggapan masyarakat; tidak ada peluang bagi pembuat keputusan bersama; para profesional tidak berkewajiban mengajukan pandangan-pandangan masyarakat (sebagai masukan) untuk ditindaklanjuti.

- 4) Partisipasi untuk insentif materil, masyarakat berpartisipasi dengan cara menyediakan sumber daya seperti tenaga kerja, demi mendapatkan makanan, upah, ganti rugi, dan sebagainya; masyarakat tidak dilibatkan dalam eksperimen atau proses pembelajarannya; masyarakat tidak mempunyai andil untuk melanjutkan kegiatan kegiatan yang dilakukan pada saat insentif yang disediakan/diterima habis.
- 5) Partisipasi fungsional, masyarakat berpartisipasi dengan membantu kelompok untuk mencapai tujuan yang berhubungan dengan proyek; pembentukan kelompok (biasanya) setelah ada keputusan-keputusan utama yang disepakati; pada awalnya, kelompok masyarakat ini bergantung pada pihak luar (fasilitator, dll) tetapi pada saatnya mampu mandiri.
- 6) Partisipasi interaktif, masyarakat berpartisipasi dalam analisis bersama yang mengarah pada perencanaan kegiatan dan pembentukan lembaga sosial baru atau penguatan kelembagaan yang telah ada; partisipasi ini cenderung



melibatkan metode inter-disiplin yang mencari keragaman perspektif dalam proses belajar yang terstruktur dan sistematis; kelompok-kelompok masyarakat mempunyai peran kontrol atas keputusan-keputusan mereka, sehingga mereka mempunyai andil dalam seluruh penyelenggaraan kegiatan.

- 7) Self mobilization, masyarakat berpartisipasi dengan mengambil inisiatif secara bebas (tidak dipengaruhi/ditekan pihak luar) untuk mengubah sistem-sistem atau nilai-nilai yang mereka miliki; masyarakat mengembangkan kontak dengan lembaga-lembaga lain untuk mendapatkan bantuan-bantuan teknis dan sumberdaya yang dibutuhkan; masyarakat memegang kendali atas pemanfaatan sumberdaya yang ada.

Pada dasarnya, tidak ada jaminan bahwa suatu program akan berkelanjutan melalui partisipasi semata. Keberhasilannya tergantung pada tipe macam apa partisipasi masyarakat dalam proses penerapannya. Artinya, sampai sejauh mana pemahaman masyarakat terhadap suatu program sehingga ia turut berpartisipasi.

#### **d. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Partisipasi**

Menurut Holil (1980: 9-10) seperti dikutip oleh Saca Firmansyah (2009) unsur-unsur dasar partisipasi sosial yang juga dapat mempengaruhi partisipasi masyarakat adalah:

- 1) Kepercayaan diri masyarakat;
- 2) Solidaritas dan integritas sosial masyarakat;



- Tanggungjawab sosial dan komitmen masyarakat;
- Kemauan dan kemampuan untuk mengubah atau memperbaiki keadaan dan membangun atas kekuatan sendiri;
- 5) Prakarsa masyarakat atau prakarsa perseorangan yang diterima dan diakui sebagai/menjadi milik masyarakat;
- 6) Kepentingan umum murni, setidak-tidaknya umum dalam lingkungan masyarakat yang bersangkutan, dalam pengertian bukan kepentingan umum yang semu karena pencampuran kepentingan perseorangan atau sebagian kecil dari masyarakat;
- 7) Organisasi, keputusan rasional dan efisiensi usaha;
- 8) Musyawarah untuk mufakat dalam pengambilan keputusan;
- 9) Kepekaan dan daya tanggap masyarakat terhadap masalah, kebutuhankebutuhan dan kepentingan-kepentingan umum masyarakat.

Sedangkan faktor yang mempengaruhi partisipasi masyarakat dalam suatu program juga dapat berasal dari unsur luar/lingkungan. Menurut Holil (1980: 10)ada 4 poin yang dapat mempengaruhi partisipasi masyarakat yang berasal dari luar/lingkungan, yaitu:

- 1) Komunikasi yang intensif antara sesama warga masyarakat, antara warga masyarakat dengan pimpinannya serta antara sistem sosial di dalam masyarakat dengan sistem di luarnya;



- Iklm sosial, ekonomi, politik dan budaya, baik dalam kehidupan keluarga, pergaulan, permainan, sekolah maupun masyarakat dan bangsayang mendorong tumbuh dan berkembangnya partisipasi masyarakat;
- 3) Kesempatan untuk berpartisipasi. Keadaan lingkungan serta proses dan struktur sosial, sistem nilai dan norma-norma yang memungkinkan dan mendorong terjadinya partisipasi sosial;
  - 4) Kebebasan untuk berprakarsa dan berkreasi. Lingkungan di dalam keluarga, masyarakat atau lingkungan politik, sosial, budaya yang memungkinkan dan mendorong timbul dan berkembangnya prakarsa, gagasan, perseorangan atau kelompok.

#### **e. Tahapan dan Tingkat Partisipasi**

Secara singkat partisipasi menurut Cohen dan Uphoff dalam Siti Irene Astuti D. (2009: 40) dijelaskan dalam tahap-tahap sebagai berikut :

- 1) Pengambilan keputusan, yaitu penentuan alternatif dengan masyarakat untuk menuju kesepakatan dari berbagai gagasan yang menyangkut kepentingan bersama.
- 2) Pelaksanaan, yaitu penggerakan sumber daya dan dana. Dalam pelaksanaan merupakan penentu keberhasilan program yang dilaksanakan.



Pengambilan manfaat, yaitu partisipasi berkaitan dengan kualitas hasil pelaksanaan program yang bisa dicapai.

- 4) Evaluasi, yaitu berkaitan dengan pelaksanaan program secara menyeluruh. Partisipasi ini bertujuan mengetahui bagaimana pelaksanaan program berjalan.

Partisipasi berdasarkan tingkatannya dapat dibedakan menjadi 7 tingkatan, yaitu :

- 1) Manipulation, merupakan tingkat paling rendah mendekati situasi tidak ada partisipasi, cenderung berbentuk indoktrinasi.
- 2) Consultation, yaitu dimana stakeholder mempunyai peluang untuk memberikan saran akan digunakan seperti yang mereka harapkan.
- 3) Consensus-building, yaitu dimana pada tingkat ini stakeholder berinteraksi untuk saling memahami dan dalam posisi saling bernegosiasi, toleransi dengan seluruh anggota kelompok. Kelemahan yang sering terjadi adalah individu-individu dan kelompok masih cenderung diam atau setuju bersifat pasif.
- 4) Decision-making, yaitu dimana konsensus terjadi didasarkan pada keputusan kolektif dan bersumber pada rasa tanggungjawab untuk menghasilkan sesuatu. Negosiasi pada tahap ini mencerminkan derajat perbedaan yang terjadi dalam individu maupun kelompok.



- Risk-taking, yaitu dimana proses yang berlangsung dan berkembang tidak hanya sekedar menghasilkan keputusan, tetapi memikirkan akibat dari hasil yang menyangkut keuntungan, hambatan, dan implikasi. Pada tahap ini semua orang memikirkan resiko yang diharapkan dari hasil keputusan. Karenanya, akuntabilitas merupakan basis penting.
- 6) Partnership, yaitu memerlukan kerja secara equal menuju hasil yang mutual. Equal tidak hanya sekedar dalam bentuk struktur dan fungsi tetapi dalam tanggungjawab.
  - 7) Self-management, yaitu puncak dari partisipasi masyarakat. Stakeholder berinteraksi dalam proses saling belajar (learning process) untuk mengoptimalkan hasil dan hal-hal yang menjadi perhatian.

### 3. Konsep Bantuan Sosial dan Program Keluarga Harapan (PKH)

#### a. Bantuan Sosial Tunai Bersyarat

Peraturan Presiden Nomor 63 Tahun 2017 tentang Penyaluran Bantuan Sosial Secara Non Tunai menjelaskan bahwa penyaluran bantuan sosial merupakan implementasi program penanggulangan kemiskinan yang meliputi perlindungan sosial, jaminan sosial, pemberdayaan sosial, rehabilitasi sosial, dan pelayanan dasar. Penyaluran bantuan sosial secara non tunai dilaksanakan terhadap bantuan sosial yang diberikan dalam bentuk uang berdasarkan penetapan Pemberi Bantuan Sosial.





Adapun mekanisme penyaluran bantuan sosial dilaksanakan Pemberi Bantuan Sosial melalui Bank Penyalur ke rekening atas nama Penerima Bantuan Sosial. Yang dimaksud dengan rekening atas nama penerima bantuan sosial adalah rekening yang mencakup seluruh program bantuan sosial yang diterima oleh penerima bantuan sosial dan dapat dibedakan penggunaannya untuk masing-masing program bantuan sosial. Rekening tersebut memiliki fitur uang elektronik dan tabungan (basic saving account) yang dapat diakses melalui kartu kombo (Kartu Keluarga Sejahtera). Dalam hal penerima bantuan sosial telah memiliki rekening untuk salah satu program bantuan sosial, maka rekening tersebut harus digunakan untuk menerima program bantuan sosial lainnya.

Salah satu bentuk intervensi untuk memutuskan rantai kemiskinan sebagaimana peraturan pemerintah di atas adalah melalui bantuan tunai bersyarat (*Cash Conditional Transfer/CCT*) yang merupakan bantuan sosial yang bersifat inovatif dan semakin populer. Pendekatan ini memberikan uang kepada keluarga miskin berdasarkan perilaku tertentu penerima dan dimaksudkan sebagai investasi sumber daya manusia (SDM) yang berorientasi sebagai bagian dari strategi pemberantasan kemiskinan. Contohnya untuk menjaga anak-anak untuk tetap sekolah atau ibu hamil secara rutin memeriksakan kehamilan dan balita pada pusat layanan kesehatan.



Pendekatan ini sangat berbeda dengan bantuan tunai tak syarat yakni bantuan bagi orang-orang/kelompok yang berbasis pada kriteria penerima yang sebelumnya sudah ditentukan (*pre-determined eligibility*). Transfers sosial semisal pensiun bagi warga yang sudah tua, hambatan fisik, anak-anak, dll, merupakan bantuan tunai tanpa syarat yang dijalankan diberbagai dunia. Habibullah menjelaskan (2011) menjelaskan bahwa program CCT pertama kali diimplementasikan di sejumlah negara Amerika Latin dan Karibia. Selanjutnya programt CCT semakin marak di berbagai negara.

Rawlings (2004) menjelaskan bahwa CCT bertujuan untuk memperbaiki program bantuan sosial tradisional dalam berbagai cara, seperti :

- 1) Perubahan hubungan akuntabilitas dengan memberikan hibah tunai secara langsung ke rumah tangga miskin, serta mensyaratkan transfer tersebut diberikan bersamaan dengan keikutsertaan dalam program perawatan kesehatan dan pendidikan, dan juga menargetkan ibu rumah tangga sebagai penerima bantuan.
- 2) Menjawab masalah kemiskinan yang ada sekarang dan di masa depan dengan menumbuhkembangkan akumulasi SDM diantara kaum muda sebagai cara untuk mendobrak siklus kemiskinan antar generasi, dan juga menyediakan dukungan



pendapatan sebagai cara untuk menangani kemiskinan jangka pendek.

- 3) Menargetkan penduduk miskin biasanya melalui pemetaan kemiskinan untuk mengidentifikasi daerah-daerah miskin dan melakukan perkiraan dan uji kepemilikan untuk memilih rumah tangga individu.
- 4) Menyediakan uang tunai, yang lebih fleksibel, efisien, dan efektif dari segi biaya dibandingkan pemberian bantuan natura.
- 5) Mengembangkan sinergi dalam pembangunan manusia dengan memusatkan pada aspek kelengkapan investasi dalam bidang kesehatan, gizi, dan pendidikan.
- 6) Menerapkan evaluasi secara strategis melalui distribusi informasi yang memberikan bukti empiris akan efektifitas program CCT turut membantu dalam menjaga kesinambungan program tersebut ditengan berubahnya rezim politik.

Bantuan tunai bersyarat banyak diadopsi dalam beberapa dekade terakhir (Fiszbein & Shady, 2009). Program ini bertujuan memberikan bantuan tunai untuk membiayai kebutuhan saat ini namun penerimanya mensyaratkan perilaku, seperti kehadiran disekolah secara rutin/teratur atau memanfaatkan layanan dasar. Benerja dan Duflo (2012) menyatakan bahwa banyak sekali bukti yang menunjukkan bahwa rumah tangga terbatas pengetahuannya mengenai tindakan yang semstinya diambil, maka program sosial



g mendorong mereka melakukan tindakan yang tepat akan mendorong perbaikan kesejahteraan.

Menargetkan kemanfaatan secara langsung bagi populasi yang sangat miskin, program ini dimaksudkan untuk mengurai kemiskinan melalui kemanfaatan moneter dan menyentuh langsung kebutuhan nyata (*in-kind*) sebagaimana halnya mereduksi tingkat kemiskinan di masa depan, memperkuat investasi dalam pendidikan, kesehatan, dan gizi.

#### **b. Program Keluarga Harapan di Indonesia**

Secara ekspilist, negara melalui konstitusi mengamanatkan bahwa “*Negara memelihara fakir miskin dan anak-anak yang terlantar, mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan, serta tanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan sosial yang diatur dengan undang-undang*” (UUD 1945)

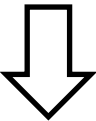
Selain dengan ini Edi Suharto (2007:15) mengungkapkan “Sebagai salah satu bentuk kebijakan sosial dan *public goals*, pelayanan sosial tidak dapat dan tidak boleh diserahkan begitu saja kepada masyarakat dan pihak swasta. Sebagai lembaga yang memiliki legitimasi publik yang dipilih dan dibiayai rakyat, negara memiliki kewajiban (*obligation*) dalam memenuhi (to fulfill), melindungi (to protect) dan menghargai (to respect) hak dasar, ekonomi, dan



aya warganya. Mandat negara untuk melaksanakan pelayanan sosial lebih kuat daripada masyarakat atau dunia usaha.

Berdasarkan konvensi Internasional, mandat negara dalam pelayanan sosial bersifat wajib. Sedangkan mandat masyarakat dan dunia usaha dalam pelayanan sosial bersifat tanggung jawab (*responsibility*).

Disamping UUD 1945, terdapat sejumlah peraturan perundang-undangan yang menjamin hak kelompok masyarakat miskin. Ketentuan tersebut merupakan kebijakan penanggulangan kemiskinan yang dilakukan dengan 4 (empat) strategi utama, yaitu perlindungan sosial, pemberdayaan masyarakat, pemberdayaan UKM dan pembangunan infrastruktur pedesaan.

PENINGKATAN STATUS SOSIAL EKONOMI SECARA BERTAHAP			Peningkatan Kesejahteraan Masyarakat serta Perluasan (Pemerataan) dan Peningkatan Kesempatan Kerja  Pengurangan Angka Kemiskinan
<b><u>KLASTER I</u></b> <b>Perlindungan Sosial</b> 1. Beasiswa Miskin 2. Jamkesmas 3. Raskin 4. PKH 5. PKSA 6. JSLU 7. JS ODK 8. BLT	<b><u>KLASTER II</u></b> <b>Pemberdayaan Masyarakat</b>  PROGRAM NASIONAL PEMBERDAYAAN MASYARAKAT MANDIRI (PNPM)	<b><u>KLASTER III</u></b> <b>Pemberdayaan UKM</b>  KREDIT USAHA RAKYAT (KUR)	
<b><u>KLASTER IV</u></b> 1. Program Rumah Sangat Murah 2. Program Kendaraan Angkutan Murah 3. Program Bersih untuk Rakyat 4. Program Listrik Murah & Hemat 5. Program Peningkatan Kehidupan Nelayan/Buruh Tani 6. Program Peningkatan Kehidupan Masyarakat Pinggiran			

Gambar 3. Skema Kebijakan Nasional Penanggulangan Kemiskinan



PKH juga dimaksudkan sebagai upaya pencapaian Millenium Development Goals. Tujuan pembangunan millenium adalah upaya untuk memenuhi hak-hak dasar kebutuhan manusia melalui komitmen bersama antara 189 negara anggota PBB untuk melaksanakan 8 (delapan) tujuan pembangunan yaitu menggulangi kemiskinan dan kelaparan, mencapai pendidikan dasar untuk semua, mendorong kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan, menurunkan angka kematian anak, meningkatkan kesehatan ibu, memerangi penyebaran HIV/AIDS, malaria dan penyakit menular lainnya, kelestarian lingkungan hidup, serta membangun kemitraan global dalam pembangunan.

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.



## **Definisi Program Keluarga Harapan**

Peraturan Menteri Sosial Republik Indonesia No. 1 Tahun 2018 tentang Program Keluarga Harapan ditetapkan untuk mendukung pelaksanaan penyaluran program perlindungan sosial yang terencana, terarah, dan berkelanjutan dalam bentuk Program Keluarga Harapan (PKH) sebagai bantuan sosial bersyarat yang bertujuan untuk mengurangi beban pengeluaran dan meningkatkan pendapatan keluarga miskin dan rentan. Penyaluran bantuan sosial PKH sebagai salah satu upaya mengurangi kemiskinan dan kesenjangan dengan mendukung perbaikan aksesibilitas terhadap layanan kesehatan, pendidikan, dan kesejahteraan sosial guna meningkatkan kualitas hidup keluarga miskin dan rentan. Bantuan sosial PKH berupa uang kepada seseorang, keluarga, kelompok atau masyarakat miskin, tidak mampu, dan/atau rentan terhadap risiko sosial.

Secara jelas dapat dikatakan bahwa PKH adalah program pemberian bantuan tunai bersyarat kepada Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM). Sebagai imbalannya RTSM diwajibkan memenuhi persyaratan yang terkait dengan upaya peningkatan kualitas sumber daya manusia (SDM), yaitu pendidikan dan kesehatan. Unit Pelaksana PKH dibentuk mulai dari pusat hingga di daerah kabupaten/kota. Penyelenggaraan PKH bersifat multisektor yang



batkan instansi pemerintah pusat, provinsi, kabupaten/kota,amatan, kelurahan/desa, serta masyarakat.

#### **d. Tujuan dan Sasaran Program Keluarga Harapan**

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; dan d. Mengurangi kemiskinan dan kesenjangan. e. Mengenalkan manfaat produk dan jasa keuangan formal kepada Keluarga Penerima Manfaat.

Sasaran Penerima Program Keluarga Harapan dan Wilayahnya Sasaran PKH merupakan keluarga miskin dan rentan yang terdaftar dalam data terpadu program penanganan fakir miskin yang memiliki komponen kesehatan, pendidikan, dan kesejahteraan sosial. Sasaran PKH Akses merupakan keluarga miskin dan rentan yang memiliki komponen kesehatan, pendidikan, dan kesejahteraan sosial yang berada di wilayah: a. Pesisir dan pulau-pulau kecil; b. Daerah tertinggal/terpencil; dan atau c. Perbatasan antarnegara.





## Kriteria Penerima Bantuan Sosial Program Keluarga Harapan

Kriteria komponen penerima Bantuan Sosial PKH adalah sebagai berikut:

a. Kriteria komponen kesehatan meliputi: 1) Ibu hamil/menyusui; dan 2) Anak berusia 0 sampai dengan 6 tahun.

b. 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.

c. Kriteria komponen kesejahteraan sosial meliputi: 1) Lanjut usia mulai dari 60 (enam puluh) tahun; dan 2) Penyandang disabilitas diutamakan penyandang disabilitas berat.

### f. Pendampingan

Pendampingan bagi KPM PKH diperlukan guna percepatan pencapaian tujuan program. Pendamping sosial PKH menjalankan fungsi fasilitasi, mediasi dan advokasi bagi Keluarga Penerima Manfaat PKH dalam mengakses layanan fasilitas kesehatan, pendidikan, dan kesejahteraan sosial. Pendamping sosial PKH juga memastikan KPM PKH memenuhi kewajibannya sesuai ketentuan dan persyaratan untuk perubahan perilaku KPM PKH. Pendampingan komponen kesehatan, pendidikan dan kesejahteraan sosial dilakukan dengan ketentuan berikut:



- 1) Pendamping Sosial PKH berkewajiban melaksanakan pertemuan kelompok atau P2K2 dengan KPM PKH dampungannya setiap bulan;
- 2) Pendamping Sosial PKH berkewajiban memastikan bantuan komponen kesehatan, pendidikan, dan kesejahteraan sosial tepat sasaran;
- 3) Pendampingan komponen lansia dilaksanakan oleh Pendamping Sosial yang ditunjuk oleh Direktorat Rehabilitasi Sosial Lanjut Usia; dan
- 4) Pendampingan penyandang disabilitas berat dilaksanakan oleh Pendamping Sosial yang ditunjuk oleh Direktorat Rehabilitasi Sosial Penyandang Disabilitas.

Dalam melaksanakan tugas pendampingan, pendamping sosial PKH dapat membentuk kelompok KPM PKH berdasarkan wilayah dampungannya. Pembentukan kelompok KPM PKH bertujuan untuk memudahkan pendampingan dalam meningkatkan kemampuan keluarga penerima manfaat, pemutakhiran data, monitoring penyaluran bantuan, serta untuk penyelesaian masalah dalam pelaksanaan PKH.

#### **g. Pertemuan Peningkatan Kemampuan Keluarga**

Dalam rangka perubahan perilaku KPM, diperlukan edukasi berkelanjutan yang dapat memberikan pemahaman kepada KPM tentang pentingnya pendidikan dan pengasuhan anak, kesehatan,



pengelolaan keuangan keluarga, perlindungan anak dan pengasuhan lanjut usia dan disabilitas. Pertemuan Peningkatan Kemampuan Keluarga (P2K2) atau yang dikenal dengan 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 kelompokkelompok dampungannya.

Tujuan P2K2 adalah 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 khususnya pentingnya 1000 hari pertama kehidupan yang secara khusus memberi perhatian pada kesehatan ibu hamil dan bayi; Meningkatkan kesadaran KPM PKH terhadap pencegahan kekerasan terhadap anak dan memenuhi hak-hak anak; e. Meningkatkan kesadaran KPM PKH terhadap hak-hak lansia dan disabilitas.; f. Secara umum meningkatkan kesadaran KPM PKH akan hak dan kewajibannya sebagai anggota masyarakat, khususnya



m pemanfaatan layanan umum yang disediakan pemerintah  
k memperbaiki kondisi kesehatan dan pendidikan.

#### **h. Verifikasi Komitmen**

Sebagai Program Bantuan Tunai Bersyarat, PKH mensyaratkan pemenuhan kewajiban terkait layanan kesehatan, layanan pendidikan, dan kesejahteraan sosial bagi KPM PKH. Untuk pemenuhan kewajiban tersebut pelaksana PKH harus memastikan KPM terdaftar dan hadir pada layanan kesehatan, pendidikan, dan kesejahteraan sosial. 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. Pelaksanaan verifikasi komitmen menggunakan aplikasi mobile yang digunakan oleh pendamping untuk mencatat kehadiran anggota KPM pada setiap kunjungan ke layanan pendidikan, layanan kesehatan maupun layanan kesejahteraan sosial. Hasil verifikasi komitmen menjadi salah satu dasar penyaluran, penangguhan, dan penghentian bantuan.

#### **i. Transformasi Kepesertaan**

Transformasi Kepesertaan Transformasi kepesertaan PKH merupakan proses pengakhiran sebagai Keluarga Penerima Manfaat PKH yang dilakukan melalui kegiatan pemutakhiran sosial ekonomi. Semua KPM PKH didata ulang dan dievaluasi baik dalam status kepesertaan maupun status sosial ekonomi. Kegiatan pemutakhiran



al ekonomi KPM PKH dapat dilakukan melalui kerja sama dengan lembaga lain yang pelaksanaannya dapat dibantu oleh pendamping sosial dan administrator pangkalan data di daerah. Pemutakhiran sosial ekonomi dilakukan untuk menentukan Keluarga Penerima Manfaat PKH berstatus transisi atau graduasi. Transisi merupakan kondisi Keluarga Penerima Manfaat PKH yang masih memenuhi persyaratan, memiliki kriteria komponen, dan status ekonomi miskin. Keluarga Penerima Manfaat PKH dengan status transisi masih diberikan penambahan waktu sebagai KPM PKH dengan memiliki hak dan kewajiban yang sama dengan Keluarga Penerima Manfaat PKH.

KPM PKH pada masa transisi ditingkatkan kapasitasnya untuk dipersiapkan saat tidak menerima Bantuan Sosial PKH dan dapat diberikan program terkait. Direktorat Jaminan Sosial Keluarga dapat bekerja sama dengan lembaga/institusi terkait dalam melaksanakan program bagi Keluarga Penerima Manfaat pada masa transisi. Graduasi terdiri atas graduasi alamiah dan graduasi hasil pemutakhiran sosial ekonomi. Graduasi alamiah merupakan berakhirnya masa kepesertaan Keluarga Penerima Manfaat PKH akibat tidak terpenuhinya kriteria kepesertaan. Sedangkan graduasi hasil pemutakhiran sosial ekonomi merupakan berakhirnya masa kepesertaan Keluarga Penerima Manfaat PKH berdasarkan hasil pemutakhiran sosial ekonomi.



## B. Telaah Penelitian Terdahulu

Hasil penelitian survei yang dilakukan oleh Nainggolan T dkk pada tahun 2019 tentang Program Keluarga Harapan di Indonesia: Dampak Pada Rumah Tangga Sangat Miskin di Tujuh Provinsi menunjukkan adanya peningkatan partisipasi pendidikan dan kesehatan setelah menerima bantuan sosial tunai bersyarat. Berdasarkan perhitungan agregat pada ketujuh Provinsi terdapat peningkatan penimbangan dan pencatatan berat badan bayi ( $p=0,00$ ) antara sebelum ( $M=3.64$ ,  $SD=1.14$ ) dan sesudah PKH ( $M=3.86$ ,  $SD=0.88$ ). Dalam hal pemberian suplemen tablet vitamin A mengalami kemajuan paling tinggi antara sebelum PKH ( $M=2.86$ ,  $SD=1.27$ ) dengan sesudah PKH ( $M=3.63$ ,  $SD=0.761$ ). Berkaitan dengan pendidikan, keterlibatan orang tua dalam jam belajar anak juga terjadi peningkatan antara sebelum PKH ( $M=3.13$ ,  $SD=1.86$ ) dengan sesudah PKH ( $M=4.37$ ,  $SD=2.02$ ). Dalam hal prestasi belajar anak dalam 2 Tahun ajaran terakhir mengalami peningkatan antara sebelum PKH ( $M=67.13$ ,  $SD=9.19$ ) dengan sesudah PKH ( $M=73.20$ ,  $SD=7.90$ ).

Analisis kuantitatif dan kualitatif terhadap dampak program CCT yang dilakukan oleh *Ministry of Family and Social Policy* di Turki pada Tahun 2012 menunjukkan bahwa persentase kesadaran bersekolah meningkat dari 34,5% ke 37,07% yang melanjutkan pendidikan dari SD ke SMP. Keluarga menyampaikan pikiran positifnya bahwa anak harus memperoleh pendidikan meskipun tidak mendapatkan jaminan CCT. Dengan begitu analisis empirik mengindikasikan bahwa CCT efektif



pendidikan karena berkurangnya pekerja anak dan jatuhnya angka pendaftar sekolah. Dalam hal kesehatan juga diterangkan bahwa ada peningkatan signifikan secara statistik pada keluarga yang membawa anak mereka untuk mengontrol rutin kesehatannya dari 63,25 % ke 74,23% di tahun 2011 dan 52.20% ke 69% di tahun 2012. Akan tetapi, tingkat kepuasan dalam hal akses layanan kesehatan mengalami penurunan antara penduduk di kota dan di desa. Hasil indikasi menunjukkan bahwa perlu adanya peningkatan pada layanan kesehatan di perkotaan.

Penelitian yang dilakukan oleh Hanna Roth dan Andre Bongestabs bersama Zina Nimeh pada tahun 2016 menjelaskan bahwa model CCT berdampak positif dalam peningkatan sumber daya dan kebijakan. Di sisi lain, juga ditunjukkan bahwa program memiliki batasan tertentu dan tidak selalu mengarah pada hasil yang diinginkan. Dampak dari transfer tunai bersyarat seringkali sangat tergantung pada keadaan tambahan. Pertama dan terutama, kualitas dan kuantitas layanan seperti sekolah dan pusat kesehatan perlu memadai agar perilaku yang diinginkan memiliki dampak yang berharga dan langgeng terhadap peserta. Lebih jauh lagi penting untuk mempertimbangkan kebijakan pelengkap untuk memastikan koherensi. Akhirnya, karakteristik khusus dari kelompok sasaran perlu diklarifikasi dan dimasukkan ke dalam rancangan kebijakan karena mungkin ada faktor-faktor kuat seperti norma sosial atau kepercayaan tradisional yang mencegah peserta mematuhi persyaratan jika mereka



anggap pada tahap awal. Di sisi lain, ditemukan bahwa perubahan tidak selalu memiliki efek yang diinginkan karena kurangnya layanan atau motivasi. Misalnya, pendaftaran sekolah tidak selalu setara dengan pengalaman belajar yang sebenarnya. Kelemahan lain dari program-program ini adalah tingginya biaya administrasi.

Hasil riset operasional dan dampak Program Keluarga Harapan (PKH) di Indonesia pada tahun 2019 yang dikemukakan oleh *MicroSave Consulting* menjelaskan bahwa sebagian besar dana PKH digunakan untuk keperluan sekolah dengan persentase membeli perlengkapan sekolah (74%), bayar SPP (67%), bayar ongkos sekolah (58%), bayar kegiatan ekstrakurikuler (42%), bayar biaya pendaftaran sekolah (33%). Adapun untuk keperluan kesehatan masih terbilang rendah karena angka berada pada 23% responden membeli vitamin/suplemen kesehatan keluarga, 19% responden bayar transportasi ke puskesmas, dan 12% responden membayar jasa kesehatan di puskesmas. Kemudian dijelaskan juga bahwa tingkat kepuasan responden terhadap operasional penerimaan bantuan dan pendampingan mencapai 69%. Penyebab dari ketidakpuasan responden (24%) dalam hal proses penarikan bantuan adalah permasalahan administrasi, sedangkan terkait pendampingan adalah pelaksanaan Pertemuan Peningkatan Kemampuan Keluarga (P2K2) yang belum dilaksanakan rutin karena masih banyak pendamping belum mendapatkan pelatihan lengkap dari Kementerian Sosial.





Tabel 1. Matriks Penelitian Terdahulu

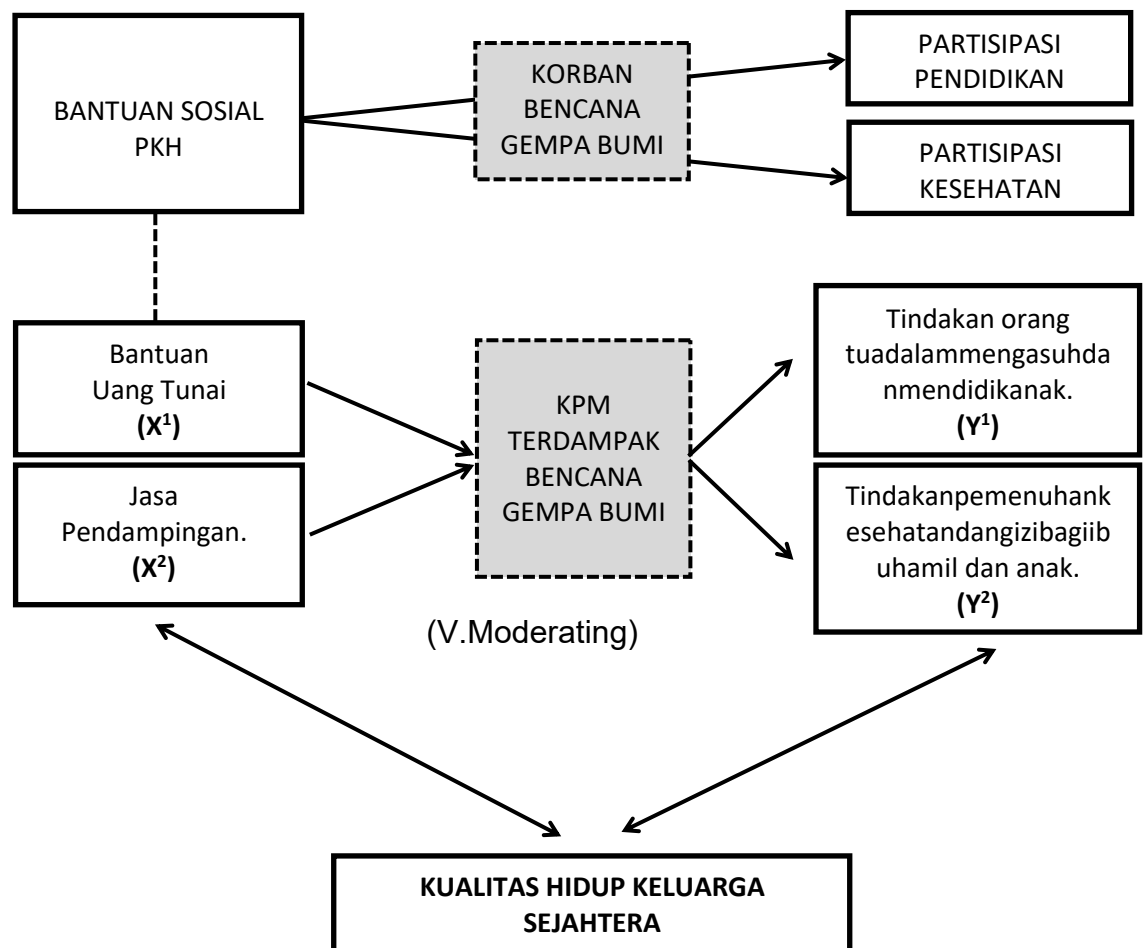
	NamaPeneliti	Tahun	HasilPenelitian
	Siinggolan Togiaratua, dkk	2012	Adanya peningkatan partisipasi pendidikan (keterlibatan orang tua dalam pendidikan anak, prestasi anak di sekolah) dan kesehatan (imunisasi, penimbangan, pemberian vitamin) setelah menerima bantuan sosial tunai bersyarat.
2	Ministry of Family and Social Policy di Turki	2012	Terdapat peningkatan kesadaran keluarga menyekolahkan anaknya dengan melanjutkan pendidikan SD ke SMP. Begitupun dengan akses layanan kesehatan juga disadari penting, hanya saja ada penurunan tingkat kepuasan layanan kesehatan di wilayah perkotaan.
3	Roth H, Bongestabs A, Nimeh Z	2016	Dampak dari bantuan transfer tunai sering kali bergantung pada memadainya kualitas dan kuantitas layanan, baik kesehatan maupun pendidikan. Karakteristik khusus dari kelompok sasaran perlu dimasukkan ke dalam rancangan kebijakan karena mungkin ada faktor-faktor kuat seperti norma sosial atau kepercayaan tradisional yang menghambat motivasi.
4	MicroSave Consulting	2019	Sebagian besar kelompok sasaran menggunakan dana PKH untuk kebutuhan pendidikan dari pada kesehatan. Selain itu, tingkat kepuasan operasional yang dirasakan cukup tinggi, namun masih terdapat beberapa permasalahan yang membuat sebagian kecil responden merasa tidak puas.

Berdasarkan tabel diatas menunjukkan adanya kesamaan dan perbedaan antara penelitian-penelitian sebelumnya. Pada dasarnya model penelitian diatas berbentuk studi evaluasi, namun yang membedakan diantaranya terletak pada variabel terikat. Sedangkan untuk pengembangan konsep, maka penelitianini memilih responden KPM PKH korban bencana gempabumi yang merupakan variabel moderasi (*moderating*) sebagai pembeda dari sejumlah penelitian di atas.



### C. Kerangka Konseptual

injauan 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 konseptual dalam penelitian ini :



Gambar 4. Skema Kerangka Konseptual



## D. Hipotesis

Setelah memahami konsep dan variabel penelitian maka dapat diterangkan hipotesisnya sebagai berikut :

### 1. Hipotesis Variabel Bantuan Sosial terhadap Variabel Pendidikan

- a. H1 = Terdapat Pengaruh Bantuan Uang Tunai (BUT) terhadap Partisipasi Pendidikan.
- b. H2 = Terdapat Pengaruh Jasa Pendampingan Sosial (JPS) terhadap Partisipasi Pendidikan.
- c. H3 = Terdapat Pengaruh Bantuan Uang Tunai dan Jasa Pendampingan Sosial (JPS) secara simultan terhadap Partisipasi Pendidikan.

### 2. Hipotesis Variabel Bantuan Sosial terhadap Variabel Kesehatan

- a. H1 = Terdapat Pengaruh Bantuan Uang Tunai (BUT) terhadap Partisipasi Kesehatan.
- b. H2 = Terdapat Pengaruh Jasa Pendampingan Sosial (JPS) terhadap Partisipasi Kesehatan.
- c. H3 = Terdapat Pengaruh Bantuan Uang Tunai dan Jasa Pendampingan Sosial (JPS) secara simultan terhadap Partisipasi Kesehatan.



### E. Defenisi Operasional

Batasan-batasan dalam menjalankan penelitian ini sangat diperlukan agar tidak menimbulkan tafsiran yang beragam mengenai apa yang diteliti. Adapun definisi operasional yang menjadi batasan penelitian sebagai berikut :

1. **Bantuan Sosial** adalah bantuan berupa uang, barang, atau jasa kepada seseorang, keluarga, kelompok atau masyarakat miskin, tidak mampu, dan/atau rentan terhadap risiko sosial.
2. **Program Keluarga Harapan** adalah program pemberian bantuansosial kepada Keluarga Miskin (KM) yang ditetapkan sebagai peserta penerimamanfaat.
3. **Partisipasi Pendidikan dan Kesehatan Keluarga** adalah perilaku anggota keluarga baik orang tua maupun anak dalam memenuhi standar kualitas hidup sejahtera pada aspek pendidikan dan kesehatan.
4. **Keluarga Penerima Manfaat** adalah peserta PKH hasil validasi data yang bersumber dari verifikasi validasi Kartu Keluarga Sejahtera (KKS) dan memenuhi kriteria yang ditetapkan meliputi komponen kesehatan, pendidikan.
5. **Korban Bencana GempaBumi** adalah peserta PKH yang terkena dampak bencana gempabumi cukup parah di wilayah tempat



inggalnya, terkhusus pada fasilitas pendidikan dan kesehatan yang rusak.