

BAB II

KAJIAN PUSTAKA, KERANGKA PEMIKIRAN, DAN HIPOTESIS

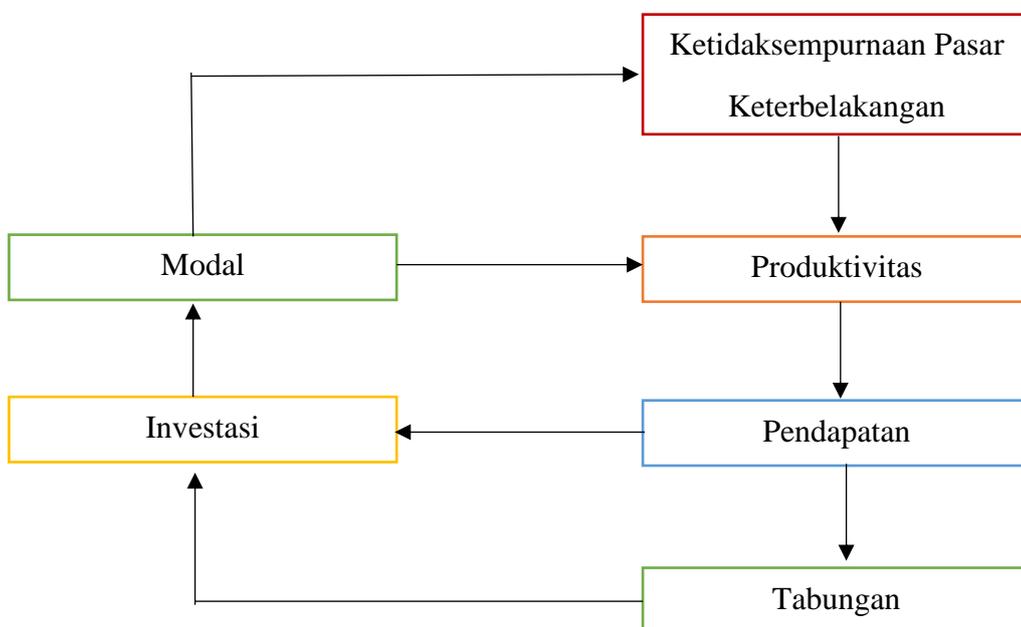
2.1 Landasan Teori

2.1.1 Kemiskinan

Kemiskinan merupakan masalah sosial yang terus ada dalam kehidupan masyarakat. Kemiskinan juga merupakan masalah kehidupan yang sifatnya global atau mendunia, artinya masalah kemiskinan sudah menjadi permasalahan yang ada di semua negara walaupun dampaknya berbeda-beda. Suatu negara dikatakan miskin apabila tingkat pendapatan perkapita rendah, tingkat pertumbuhan penduduknya tinggi (lebih dari 2% per tahun), sebagian besar tenaga kerjanya bekerja pada sektor pertanian, dan terbelenggu dalam lingkaran setan kemiskinan (Kunarjo, 2002).

Lingkaran setan kemiskinan atau *vicious circle of poverty* merupakan serangkaian kekuatan yang saling mempengaruhi, sehingga menimbulkan suatu keadaan dimana suatu negara khususnya negara berkembang mengalami banyak masalah untuk mencapai pembangunan yang lebih tinggi. Teori lingkaran setan kemiskinan dikemukakan oleh seorang ahli ekonomi asal Swedia bernama Ragnar Nurkse. Menurut teori ini, adanya ketidaksempurnaan pasar dan keterbelakangan

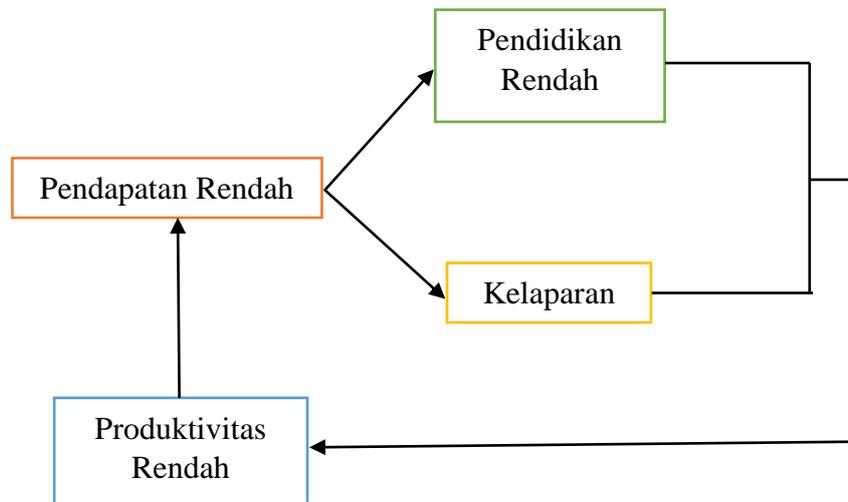
akan menyebabkan rendahnya produktivitas. Rendahnya produktivitas menyebabkan rendahnya pendapatan yang mereka terima sehingga kemampuan mereka untuk menabung dan berinvestasi juga rendah. Kemudian, hal tersebut juga menyebabkan kurangnya modal yang mereka miliki. Kekurangan modal pada akhirnya bermuara kembali pada rendahnya produktivitas, ketidaksempurnaan pasar, dan keterbelakangan. Sehingga, apabila terus dibiarkan maka siklus ini akan terus berputar. Berikut merupakan skema lingkaran kemiskinan menurut Nurkse :



Gambar 2.1 Lingkaran Setan Kemiskinan (Ragnar Nurkse, 1953)

Perangkap kemiskinan juga dijelaskan oleh Duflo dan Banerjee dalam bukunya yang berjudul *poor economics*, buku tersebut berisi tentang cara memerangi kemiskinan global. Salah satu *chapter* dalam buku tersebut menjelaskan hasil riset Duflo dan Banerjee tentang bagaimana perangkap kemiskinan dapat terjadi. Menurut Esther Duflo dan Abhijit Banerjee (2011, h.17-18) awal mula perangkap kemiskinan terjadi adalah karena rendahnya pendapatan masyarakat. Pendapatan

yang rendah hanya mampu memenuhi kebutuhan mereka untuk makan, sedangkan kebutuhan lain seperti pendidikan untuk anak-anak mereka tidak terpenuhi. Akibat dari tidak terpenuhinya kebutuhan pendidikan, maka anak-anak terpaksa putus sekolah bahkan mereka harus bekerja di usia sekolahnya. Kemudian, perangkap kemiskinan juga disebabkan oleh terjadinya kelaparan. Masyarakat dengan pendapatan rendah tidak bisa membeli cukup makanan untuk memenuhi kebutuhan nutrisinya, makanan yang dikonsumsi hanya bisa membuatnya bertahan hidup namun tidak cukup memberikan energi untuk mereka bekerja. Kekurangan makanan menyebabkan tubuh seseorang menjadi lemah, sehingga sekalipun ia bekerja maka produktivitasnya akan rendah yang kemudian berdampak kembali pada upah yang diterimanya. Seseorang yang berpendapatan tinggi cenderung mengkonsumsi makanan lebih banyak, ia mengkonsumsi makanan bukan hanya untuk bertahan hidup namun juga untuk membangun kekuatan pada tubuhnya sehingga bisa lebih produktif dalam bekerja. Masyarakat yang miskin berpenghasilan kurang dari yang mereka butuhkan, sehingga mereka kesulitan untuk memenuhi kebutuhan pangannya dan menyebabkan mereka tidak dapat melakukan pekerjaannya dengan baik. Sedangkan, mereka yang memiliki cukup penghasilan dapat memenuhi kebutuhan pangannya sehingga dapat melakukan pekerjaannya dengan baik. Hal ini jelas menciptakan perangkap kemiskinan, yang miskin semakin miskin dan yang kaya semakin kaya. Secara sederhana, perangkap kemiskinan tersebut dapat digambarkan sebagai berikut :



Gambar 2.2 Perangkap Kemiskinan

A. Pengertian Kemiskinan

Kemiskinan didefinisikan sebagai suatu kondisi dimana seseorang atau rumah tangga tidak mampu memenuhi kebutuhan dasarnya (Faturachman dan Marcelinus Molo). Abraham Maslow (1943) berpendapat bahwa kebutuhan paling dasar manusia adalah kebutuhan fisiologis yakni kebutuhan untuk mempertahankan hidupnya secara fisik, kebutuhan-kebutuhan itu berupa kebutuhan sandang (pakaian), pangan (makanan dan minuman) serta papan (tempat tinggal).

Kemiskinan juga didefinisikan sebagai suatu kondisi dimana seseorang atau sekelompok orang tidak mampu memenuhi hak-hak dasarnya untuk mempertahankan dan mengembangkan kehidupan yang bermartabat (Bappenas, 2010). Hak-hak dasar tersebut diantaranya adalah terpenuhinya kebutuhan pangan, kesehatan, pendidikan, pekerjaan, perumahan, air bersih, pertanahan, sumber daya alam lingkungan hidup, rasa aman, ancaman tindak kekerasan, dan hak untuk berpartisipasi dalam kehidupan sosial politik.

Badan Pusat Statistik (BPS) mendefinisikan bahwa kemiskinan adalah ketidakmampuan seseorang dari sisi ekonomi untuk memenuhi kebutuhan dasarnya yaitu makanan dan non-makanan yang diukur dari sisi pengeluaran. BPS menetapkan berbagai kriteria kemiskinan yang mengacu pada besarnya pengeluaran setiap orang per harinya sebagai berikut :

- a. Tidak Miskin, yaitu mereka yang pengeluaran per bulannya lebih dari Rp 350.610.
- b. Hampir tidak miskin, yaitu mereka yang pengeluaran per bulan per kepala antara Rp 280.488 s/d Rp 350.610 atau sekitar antara Rp 9.350 s/d Rp 11.687 per orang dalam satu hari.
- c. Hampir miskin, yaitu mereka yang pengeluaran per bulan per kepala antara Rp 233.740 s/d 280.488 atau sekitar antara Rp 7.780 s/d Rp 9.350 per orang dalam satu hari.
- d. Miskin, yaitu mereka yang pengeluaran per bulan per kepala Rp 233.740 ke bawah atau sekitar Rp 7.780 ke bawah per orang dalam satu hari.
- e. Sangat miskin (kronis), tidak ada kriteria berapa pengeluaran per orang dalam satu hari. Tidak diketahui berapa jumlahnya.

B. Jenis-jenis Kemiskinan

Ali Khomsan, dkk (2015) mengklasifikasikan kemiskinan menjadi beberapa jenis, di antaranya :

- a. Kemiskinan absolut, yaitu ketika seseorang mempunyai pendapatan di bawah garis kemiskinan.

- b. Kemiskinan relatif, yaitu ketika seseorang telah hidup di atas garis kemiskinan namun masih berada di bawah kemampuan masyarakat sekitarnya. Hal ini disebabkan oleh adanya kebijakan pembangunan yang belum menjangkau seluruh masyarakat.
- c. Kemiskinan kultural, yaitu kemiskinan yang disebabkan oleh faktor budaya seperti malas, boros, tidak ada usaha untuk memperbaiki tingkat kehidupan, dan lain-lain.
- d. Kemiskinan struktural, yaitu kemiskinan yang dialami oleh suatu golongan masyarakat karena struktur sosial masyarakat tersebut tidak menggunakan sumber-sumber pendapatan yang tersedia bagi mereka.

Cronic Poverty Research Center (CPRC) atau pusat penelitian kemiskinan kronis mengelompokkan orang miskin menjadi lima jenis yaitu :

- a. Selalu miskin (secara konsisten tetap di bawah garis kemiskinan).
- b. Biasanya miskin (sebagian besar tetap di bawah garis kemiskinan).
- c. Kemiskinan yang berfluktuasi (sering naik turun garis kemiskinan).
- d. Kadang-kadang miskin (kebanyakan tetap di atas garis kemiskinan dengan kadang-kadang berada di bawah garis kemiskinan).
- e. Tidak pernah miskin (tetap selalu di atas garis kemiskinan).

Selalu miskin dan biasanya miskin disebut juga sebagai miskin kronis, kemiskinan yang berfluktuasi dan kadang-kadang miskin disebut juga sebagai miskin sementara.

C. Penyebab Kemiskinan

Menurut Sharp (dalam Kuncoro, 2006) ada tiga faktor yang menjadi penyebab kemiskinan jika dipandang dari sisi ekonomi. Pertama, kemiskinan muncul karena adanya ketidaksamaan pola kepemilikan sumberdaya yang menyebabkan distribusi pendapatan menjadi timpang. Penduduk miskin memiliki sumberdaya dalam jumlah terbatas serta rendah kualitasnya. Kedua, kemiskinan muncul akibat perbedaan dalam kualitas Sumber Daya Manusia (SDM). SDM yang rendah mengakibatkan produktivitasnya juga rendah, sehingga upah yang diterimanya pun rendah. Kualitas SDM yang rendah ini disebabkan oleh rendahnya pendidikan, nasib yang kurang beruntung, adanya diskriminasi atau karena keturunan. Ketiga, kemiskinan muncul akibat perbedaan akses dalam modal.

Menurut Suwandi (2014) kemiskinan disebabkan oleh dua hal. Pertama, kemiskinan yang timbul karena sifat alami yaitu keterbatasan SDM (keterampilan, pendidikan, dan pengetahuan) dan letak geografis suatu wilayah yang terpencil serta sulit dijangkau. Kedua, kemiskinan yang timbul karena kebijakan pembangunan, yaitu pembangunan yang kurang memperhatikan kawasan, adanya ketimpangan antara pembangunan di desa maupun kota, dan kurang memperhatikan usaha maupun produk masyarakat yang berskala kecil.

D. Program Penanggulangan Kemiskinan

Penanggulangan kemiskinan adalah kebijakan dan program pemerintah pusat serta pemerintah daerah yang dilakukan secara sistematis, terencana, dan bersinergi dengan dunia usaha dan masyarakat untuk mengurangi jumlah penduduk miskin

dalam rangka meningkatkan derajat kesejahteraan rakyat (TNP2K, 2011). Menurut Wynandin Imawan (2008) program penanggulangan kemiskinan terbagi menjadi tiga kategori, yaitu sebagai berikut :

1. Kategori I, yaitu program bantuan dan perlindungan sosial yang terdiri dari program beras miskin, program keluarga harapan, program jaminan kesehatan masyarakat, dan program mahasiswa.
2. Kategori II, yaitu program pemberdayaan masyarakat yang terdiri dari program pemberdayaan masyarakat pedesaan, program pemberdayaan masyarakat perkotaan, program pemberdayaan masyarakat infrastruktur pedesaan, program pemberdayaan masyarakat kelautan, dan program pemberdayaan masyarakat agribisnis.
3. Kategori III, yaitu program pemberdayaan usaha menengah kecil yang terdiri dari program kredit UMKM dan program kredit usaha rakyat.

2.1.2 Peran Pendidikan dan Kesehatan Dalam Penanggulangan Kemiskinan

Menurut Jeffrey Sachs (dalam Dicky Djatnika Utama, 2009) salah satu mekanisme dalam pengentasan kemiskinan adalah pengembangan modal manusia atau *human capital* terutama pendidikan dan kesehatan. Kualitas modal manusia adalah salah satu penyebab utama terjadinya kemiskinan. Seseorang yang memiliki tingkat pendidikan yang tinggi serta kesehatan yang baik mempunyai peluang lebih besar untuk memiliki pekerjaan dengan upah yang tinggi. Dalam teori pembangunan modal manusia, Schultz (1961) mengungkapkan bahwa

pembangunan modal manusia adalah salah satu cara yang efektif untuk mengurangi kemiskinan dan meningkatkan kesejahteraan seseorang.

Menurut Todaro (2000) *human capital* dapat diukur melalui pendidikan dan kesehatan. Pendidikan memberikan kesempatan bagi seseorang untuk berkembang melalui penguasaan ilmu pendidikan dan keterampilan, sehingga semakin tinggi pendidikan seseorang maka ilmu dan keterampilan yang dimilikinya juga semakin tinggi. Di samping itu, kesehatan juga memiliki kaitan yang sangat erat dengan pendidikan. Tanpa tubuh yang sehat, manusia tidak akan bisa meningkatkan produktivitasnya. Sementara itu, pendidikan yang tinggi juga akan mempengaruhi tingkat kesadaran seseorang terhadap kesehatan.

Esther Duflo juga mengatakan hal serupa, menurutnya kunci untuk memerangi kemiskinan adalah dengan peningkatan Sumber Daya Manusia (SDM). Esther Duflo (2002) melakukan riset tentang dampak dari adanya SD Inpres terhadap peningkatan pendidikan dan pendapatan di Indonesia. Dari hasil risetnya, pembangunan SD Inpres menyebabkan peningkatan pendidikan dan pendapatan. Anak usia 2 hingga 6 tahun di tahun 1974 menerima 0,12 hingga 0,19 tahun lebih banyak pendidikan. Selain itu, pembangunan fasilitas pendidikan tersebut juga berdampak positif terhadap angka partisipasi tenaga kerja formal, meskipun kemudian peningkatan partisipasi di sektor pendidikan berbanding terbalik dengan besaran upah yang diterima. Menurut Duflo, hal ini terjadi karena peningkatan SDM tidak dibarengi dengan peningkatan modal fisik yaitu kesehatan, jika produktivitas tidak naik kemungkinan upah juga tidak naik.

Maka dari itu, semakin tinggi pendidikan maka seseorang memiliki kesempatan untuk memperoleh ilmu dan keterampilan yang lebih tinggi. Hal tersebut dapat memberikan peluang yang besar untuk dia mendapatkan pekerjaan dengan upah yang tinggi. Namun, tanpa kondisi kesehatan yang baik dia akan sulit melakukan aktivitas sehari-harinya. Sehingga, ketika seseorang memiliki kondisi kesehatan yang buruk dia tidak dapat bekerja dengan baik dan mengakibatkan produktivitasnya menurun kemudian berimbas pada upah yang diterimanya. Pendidikan yang rendah dan kesehatan yang buruk akan mengakibatkan seseorang sulit mendapatkan pekerjaan dengan upah yang tinggi. Tanpa upah yang tinggi, mereka akan sulit memenuhi kebutuhan hidupnya dan membuatnya terjebak dalam kemiskinan.

2.1.3 Pengeluaran Pemerintah untuk *Transfer Payment*

Pengeluaran pemerintah adalah suatu tindakan pemerintah untuk mengatur jalannya perekonomian dengan cara menentukan besarnya penerimaan dan pengeluaran pemerintah setiap tahunnya, yang tercermin dalam Anggaran Pendapatan Belanja Negara (APBN) untuk nasional dan Anggaran Pendapatan Belanja Daerah (APBD) untuk daerah atau regional (Sadono Sukirno, 2000). Pengeluaran pemerintah juga mencerminkan kebijakan pemerintah. Menurut Mangkoesobroto (2002), jika pemerintah telah menetapkan suatu kebijakan untuk membeli barang dan jasa maka biaya yang harus dikeluarkan oleh pemerintah untuk melaksanakan kebijakan tersebut tercermin pada pengeluaran pemerintah. Dalam

teori ekonomi makro, pengeluaran pemerintah terdiri dari tiga pos utama (Boediono, 1998) yaitu :

1. Pengeluaran pemerintah untuk pembelian barang dan jasa.
2. Pengeluaran pemerintah untuk gaji pegawai.
3. Pengeluaran pemerintah untuk *transfer payment*.

Samuelson dan Nordhaus (1994), menyebutkan bahwa salah satu jenis pengeluaran pemerintah yang dapat secara langsung berdampak pada kesejahteraan masyarakat adalah *transfer payment*. *Transfer payment* bukan pembelian barang atau jasa oleh pemerintah di pasar barang melainkan merupakan pembayaran yang dilakukan oleh pemerintah kepada individu dan tidak perlu memberikan imbalan balik terhadap pembayaran tersebut. Dengan kata lain, *transfer payment* merupakan pengeluaran pemerintah berupa subsidi ataupun bantuan langsung kepada masyarakat. Ada beberapa bentuk *transfer payment* yang dilakukan oleh pemerintah, yaitu :

1. ***Cash payment***, ini adalah program pemberian uang tunai kepada masyarakat. Pembayarannya dapat melalui metode transfer elektronik ataupun secara langsung.
2. ***Food stamps***, merupakan program yang menyediakan pembelian makanan untuk orang-orang berpenghasilan rendah dan gelandangan di Amerika Serikat.
3. **Manfaat medis** (*medical benefits*) adalah bentuk pembayaran transfer yang paling umum ketiga. Jenis manfaat ini adalah pembayaran pemerintah yang dilakukan melalui perantara ke penerima manfaat perawatan medis.

4. **Asuransi pengangguran**, mungkin merupakan jenis pembayaran transfer pemerintah paling umum keempat.
5. **Asuransi jaminan sosial** (*social security insurance*).
6. **Bantuan pendidikan dan pelatihan**, kategori ini terdiri dari bantuan siswa untuk meraih pendidikan tinggi, pembayaran bunga pinjaman siswa, dan lain sebagainya.
7. **Manfaat veteran** (*veterans' benefit*) merupakan bentuk pembayaran transfer yang terdiri dari tunjangan veteran dan tunjangan cacat, tunjangan asuransi jiwa veteran, dan jenis bantuan veteran lainnya.

Berdasarkan uraian di atas, dapat diketahui bahwa *transfer payment* menjadi salah satu upaya pemerintah untuk mendistribusikan kembali uang dari masyarakat. Uang tersebut dikembalikan lagi ke masyarakat melalui berbagai macam program, salah satu program pemerintah yang menyalurkan uang ke masyarakat dalam bentuk *cash transfer* adalah Program Keluarga Harapan (PKH).

2.1.4 Program Keluarga Harapan (PKH)

A. Pengertian Program Keluarga Harapan (PKH)

Program Keluarga Harapan yang selanjutnya disebut PKH atau dikenal juga dengan istilah *Conditional Cash Transfers* (CCT) merupakan bantuan tunai bersyarat yang diberikan kepada masyarakat miskin yang ditetapkan sebagai Keluarga Penerima Manfaat (KPM). Di Indonesia PKH mulai dilaksanakan pada tahun 2007 dengan jumlah penerima sebanyak 387.928 KPM yang tersebar di tujuh

provinsi dan 48 kabupaten/kota. Dalam jangka pendek PKH bertujuan untuk membantu masyarakat miskin mengurangi beban pengeluarannya, sedangkan dalam jangka panjang PKH bertujuan untuk memutus rantai kemiskinan. Sebagai bantuan tunai bersyarat, PKH membuka akses bagi masyarakat miskin terutama ibu hamil/nifas dan anak-anak untuk memanfaatkan berbagai fasilitas layanan pendidikan dan kesehatan yang ada di lingkungan mereka. Selain itu, PKH juga mulai mencakup penyandang disabilitas dan lanjut usia dengan mempertahankan taraf kesejahteraan sosialnya sesuai dengan amanat konstitusi dan nawacita Presiden Republik Indonesia.

Pelaksanaan PKH juga turut mendukung tercapainya tujuan dari *Sustainable Development Goals* (SDGs). Ada banyak tujuan SDGs yang akan terbantu dengan dilaksanakannya PKH beberapa diantaranya yaitu, mengurangi kemiskinan dan kesenjangan, mencapai ketahanan pangan, meningkatkan gizi, kehidupan yang sehat, pendidikan yang inklusif, kesetaraan *gender*, dan lain-lain.

B. Tujuan Program Keluarga Harapan (PKH)

Tujuan dari dilaksanakannya PKH adalah sebagai berikut :

- a. Mengurangi angka kemiskinan dan memutus rantai kemiskinan antar generasi, agar generasi selanjutnya keluar dari perangkap kemiskinan.
- b. Meningkatkan taraf hidup masyarakat miskin melalui peningkatan akses pelayanan pendidikan, kesehatan, dan kesejahteraan sosial.
- c. Mengurangi beban pengeluaran dan meningkatkan pendapatan masyarakat miskin.

- d. Menciptakan perubahan perilaku dan kemandirian KPM dalam mengakses layanan pendidikan, kesehatan, serta kesejahteraan sosial.
- e. Mengenalkan manfaat produk dan jasa keuangan formal kepada KPM.

C. Sasaran dan Kriteria Penerima Program Keluarga Harapan (PKH)

Sasaran PKH adalah keluarga miskin yang terdaftar dalam Data Terpadu Kesejahteraan Sosial (DTKS) yang dikelola oleh Kementerian Sosial Republik Indonesia. Keluarga miskin tersebut harus memiliki kriteria sebagai berikut :

- a. Komponen pendidikan yang terdiri atas anak sekolah dasar/ sederajat, anak sekolah menengah pertama/ sederajat, anak sekolah menengah atas/ sederajat, dan anak yang berusia 6-21 tahun yang belum menyelesaikan wajib belajar dua belas tahun.
- b. Komponen kesehatan yang terdiri atas ibu hamil/ nifas dan anak yang berusia 0-6 tahun.
- c. Komponen kesejahteraan sosial yang terdiri atas lanjut usia yang berusia 70 tahun ke atas dan penyandang disabilitas, diutamakan penyandang disabilitas berat.

D. Besaran Bantuan Program Keluarga Harapan (PKH)

Bantuan PKH disalurkan setiap tiga bulan sekali dalam empat tahap yakni pada Januari, April, Juli, dan Oktober melalui bank yang terdaftar dalam Himpunan Bank Negara (Himbara) yaitu BNI, BRI, Bank Mandiri, dan BTN. Besar bantuan yang diterima oleh KPM disesuaikan dengan keadaan keluarga tersebut. Berikut

merupakan besaran bantuan yang diterima KPM berdasarkan komponen yang diterimanya :

Tabel 2.1 Jumlah Bantuan Program Keluarga Harapan (PKH)

Komponen	Jumlah Bantuan/Keluarga/Tahun
A. Bantuan Tetap	
Reguler	Rp 550.000
PKH Akses	Rp 1.000.000
B. Bantuan Komponen	
Ibu Hamil/nifas	Rp 3.000.000
Anak Usia Dini	Rp 3.000.000
SD	Rp 900.000
SMP	Rp 1.500.000
SMA	Rp 2.000.000
Disabilitas Berat	Rp 2.400.000
Lanjut Usia	Rp 2.400.000

Sumber : Kementerian Sosial RI, 2021

E. Hak Peserta Program Keluarga Harapan (PKH)

Hak dari peserta PKH adalah sebagai berikut :

- a. Mendapatkan bantuan tunai sesuai persyaratan.
- b. Mendapatkan pendampingan.
- c. Mendapatkan pelayanan di fasilitas layanan pendidikan, kesehatan, dan/atau kesejahteraan sosial.
- d. Mendapatkan program bantuan komplementer di bidang kesehatan, pendidikan, subsidi energi, dan pemenuhan kebutuhan dasar lainnya.

F. Kewajiban Peserta Program Keluarga Harapan (PKH)

Kewajiban yang harus dilaksanakan oleh peserta PKH adalah sebagai berikut :

- a. Menghadiri pertemuan kelompok atau Pertemuan Peningkatan Kemampuan Keluarga (P2K2).
- b. Bagi ibu hamil/nifas
 - 1. Ibu hamil melakukan pemeriksaan kehamilan di fasilitas kesehatan minimal empat kali selama masa kehamilan dan melahirkan di fasilitas layanan kesehatan.
 - 2. Ibu nifas melakukan pemeriksaan kesehatan empat kali selama 42 hari setelah melahirkan.
- c. Anak usia 0-6 tahun
 - 1. Anak usia 0 sampai 11 bulan melakukan pemeriksaan kesehatan tiga kali dalam satu bulan pertama, imunisasi lengkap, penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan setiap bulan, mendapat suplemen vitamin A satu kali pada usia 6-11 bulan, serta pemantauan perkembangan minimal dua kali dalam setahun.
 - 2. Anak usia 1 sampai <5 tahun melakukan imunisasi tambahan, penimbangan berat badan setiap bulan, pengukuran tinggi badan minimal dua kali dalam setahun, pemantauan perkembangan minimal dua kali dalam setahun, serta pemberian kapsul vitamin A dua kali dalam setahun.
 - 3. Anak usia 5 sampai 6 tahun melakukan penimbangan berat badan minimal dua kali dalam setahun, pengukuran tinggi badan minimal dua kali dalam setahun, serta pemantauan perkembangan minimal dua kali dalam setahun.
- d. Anak usia 6-21 tahun yang belum menyelesaikan wajib belajar dua belas tahun
 - 1. Terdaftar di sekolah/pendidikan kesetaraan.

2. Minimal 85% kehadiran di kelas.
- e. Penyandang disabilitas berat
1. Pihak keluarga atau pengurus melayani, merawat, dan memastikan pemeriksaan kesehatan bagi penyandang disabilitas berat minimal satu tahun sekali dengan menggunakan layanan *home visit* (tenaga kesehatan datang ke rumah KPM), dan layanan *home care* (pengurus memandikan, mengurus, dan merawat KPM).
- f. Lanjut usia
1. Memastikan pemeriksaan kesehatan.
 2. Menggunakan layanan puskesmas santun lanjut usia.
 3. Menggunakan layanan *home care* (pengurus merawat, memandikan, dan mengurus KPM).
 4. Mengikuti *day care* (kegiatan sosial di lingkungan tempat tinggal seperti lari pagi, senam sehat, dll) minimal satu tahun sekali.

G. Sanksi Pelanggaran Bagi Peserta Program Keluarga Harapan (PKH)

Setiap peserta PKH mempunyai kewajiban yang harus dilakukan berdasarkan komponennya masing-masing. Dana PKH yang mereka terima harus digunakan sesuai dengan keperluannya yaitu pendidikan dan kesehatan. Berikut merupakan sanksi yang akan diterima oleh peserta PKH jika mereka tidak memenuhi kewajibannya :

- a. Pengurangan bantuan sebesar 10% pada setiap pemberian bantuan.

- b. Peserta tidak akan mendapatkan bantuan jika tidak memenuhi kewajibannya selama tiga bulan berturut-turut.
- c. Peserta tidak akan mendapatkan bantuan dan dikeluarkan dari peserta PKH jika tidak memenuhi kewajibannya selama enam bulan berturut-turut.

2.1.5 Pendamping Program Keluarga Harapan (PKH)

Pendamping merupakan aktor penting dalam pelaksanaan PKH. Pendamping PKH yang juga merupakan pekerja sosial atau *social worker* adalah pelaksana PKH di tingkat kecamatan. Misi dari pekerja sosial adalah untuk meningkatkan kesejahteraan manusia dan membantu memenuhi kebutuhannya. Oleh karena itu, pekerja sosial cocok menjadi pendamping bagi masyarakat miskin. Menurut Departemen Sosial (2009) pendamping sosial merupakan suatu proses relasi sosial antara pendamping dengan klien yang bertujuan memecahkan masalah, memperkuat dukungan, mendayagunakan berbagai sumber dan potensi dalam pemenuhan kebutuhan hidup, serta peningkatan akses klien terhadap pelayanan sosial dasar, lapangan kerja, dan fasilitas pelayanan publik lainnya. Lebih singkatnya, Anwar Sitepu (2017) menyatakan bahwa pendampingan masyarakat miskin oleh pekerja sosial adalah untuk membantu masyarakat miskin memecahkan masalah.

Penerima PKH mayoritas memiliki pendidikan yang rendah serta tidak memiliki kekuatan, suara, dan kemampuan untuk memperjuangkan hak mereka sehingga

dalam hal ini peran pendamping sangat diperlukan. Menurut Ife (2008) ada empat peran dan keterampilan yang harus dimiliki oleh seorang *social worker* yaitu :

1. Peran dan keterampilan fasilitatif (*facilitative roles and skills*) meliputi tujuh peran khusus yaitu animasi sosial, mediasi dan negosiasi, pemberi dukungan, membentuk konsesus, fasilitas kelompok, pemanfaatan sumber daya dan keterampilan, serta mengorganisasi.
2. Peran dan keterampilan edukasional (*educational roles and skills*) meliputi empat peran yaitu membangkitkan kesadaran masyarakat, menyampaikan informasi, mengonfrontasikan, dan pelatihan.
3. Peran dan keterampilan perwakilan (*representational roles and skills*) meliputi enam peran yaitu mencari sumber daya, advokasi, memanfaatkan media, hubungan masyarakat, mengembangkan jaringan, serta membagi pengetahuan dan pengalaman.
4. Peran dan keterampilan teknis (*technical roles and skills*) meliputi empat peran yaitu melakukan riset, menggunakan komputer, melakukan presentasi tertulis maupun verbal, serta kemampuan untuk mengontrol dan mengelola keuangan.

Menurut Anwar Sitepu (2017), ada beberapa peran pekerja sosial dalam memfasilitasi peserta program pengentasan kemiskinan, yaitu :

1. Melakukan verifikasi dan validasi data masyarakat miskin

Pendataan masyarakat miskin dilakukan agar data tersedia dalam nama dan alamat masyarakat miskin di daerah tersebut. Hal ini dilakukan secara berkala dan terus menerus supaya data yang tersedia akurat dan aktual sehingga tidak ada keluarga miskin yang merasa diabaikan. Setelah proses pendataan,

kemudian dilakukan verifikasi dan validasi. Data dilaporkan ke bupati/walikota, kemudian diteruskan ke gubernur, dan diteruskan kembali ke menteri. Selanjutnya, data yang telah terverifikasi dan tervalidasi akan dimasukkan ke Basis Data Terpadu (BDT) agar keluarga miskin bisa mendapatkan hak-haknya.

2. Melakukan seleksi peserta program penanganan masyarakat miskin

Masyarakat miskin yang sudah terdaftar di BDT tidak secara otomatis menjadi peserta sebuah program. Setiap program memiliki kriteria sendiri dan pendamping diberi kewenangan untuk melakukan seleksi agar masyarakat tersebut menjadi penerima program.

3. Melakukan penanganan rujukan masyarakat miskin

Hal ini dimaksudkan untuk menyalurkan masyarakat miskin agar mendapatkan layanan yang sesuai. Setiap warga miskin harus dijamin haknya, misalnya anak balita mendapat layanan posyandu, anak usia sekolah mendapat layanan pendidikan, serta mereka mendapatkan Kartu Indonesia Pintar (KIP), Kartu Indonesia Sehat (KIS), dan lain-lain. Keluarga miskin juga menjadi memiliki akses pinjaman modal yang disediakan oleh pemerintah. Melalui fungsi ini, diharapkan seluruh warga miskin mendapatkan layanan yang layak.

4. Mengadvokasi masyarakat miskin agar semua hak terpenuhi

Fungsi ini bertujuan agar semua hak masyarakat miskin terpenuhi, tidak ada masyarakat yang mengalami pengecualian. Misalnya, ada sebuah program yang belum ada di wilayah kerjanya maka pendamping bisa mendesak pemerintah untuk mengadakan program tersebut di daerahnya.

5. Melakukan pembinaan keluarga masyarakat miskin

Fungsi ini bertujuan untuk membimbing masyarakat agar mengakses layanan yang tersedia serta menjalankan tanggung jawabnya. Pendamping harus membimbing warga untuk menggunakan uang dengan baik, berkegiatan produktif, memotivasi anak-anak untuk bersekolah, dan lain-lain.

6. Memantau dan mengevaluasi perkembangan masyarakat miskin

Pemantauan kondisi masyarakat miskin dilakukan dari waktu ke waktu, terutama setelah mereka menerima program tertentu. Kemudian evaluasi dilakukan atas pencapaian kemajuan mereka.

7. Membuat kasus pencatatan masyarakat miskin

Fungsi ini bertujuan agar pembangunan keluarga terorganisir dengan baik. Fokus perhatian pekerja sosial adalah pada kesejahteraan individu dan keluarga. Dalam catatan kasus, pekerja sosial mencatat dengan baik bagaimana kondisi awal keluarga, masalah apa yang dialami, dan membuat kesepakatan mengenai langkah yang akan diambil. Secara berkala, pekerja sosial datang memantau pelaksanaan kesepakatan dan hasil yang telah dicapainya.

8. Membuat laporan pelaksanaan tugas

Melalui laporan pelaksanaan tugas, kegiatan pekerja sosial dipantau dan dikendalikan oleh pengawas dari pusat, provinsi, dan kota/kabupaten. Dalam menjalankan tugasnya sebagai pendamping masyarakat miskin, pekerja sosial akan membuat laporan yang berisi tentang perkembangan penanganan masyarakat miskin di wilayah kerjanya.

2.1.6 Millennium Development Goals (MDGs) dan Sustainable Development Goals (SDGs)

Millennium Development Goals yang selanjutnya disebut MDGs atau dapat diterjemahkan menjadi tujuan pembangunan milenium adalah sebuah paradigma pembangunan global yang dideklarasikan Konferensi Tingkat Tinggi Milenium oleh 189 negara anggota Perserikatan Bangsa Bangsa (PBB) di New York pada bulan September 2000. MDGs berisi mengenai delapan tujuan untuk dicapai pada tahun 2015, delapan tujuan tersebut adalah sebagai berikut :

1. Menanggulangi kemiskinan dan kelaparan.
2. Mencapai pendidikan dasar untuk semua.
3. Mendorong kesetaraan *gender*, dan pemberdayaan perempuan.
4. Menurunkan angka kematian anak.
5. Meningkatkan kesehatan ibu.
6. Memerangi HIV/AIDS, malaria dan penyakit menular lainnya.
7. Memastikan kelestarian lingkungan hidup.
8. Membangun kemitraan global untuk pembangunan.

Banyak pihak yang melakukan evaluasi terhadap pelaksanaan MDGs yang telah diimplementasikan di seluruh dunia. Walaupun masih banyak hal yang belum dicapai, namun perlu diakui bahwa selama ini MDGs sudah membawa perubahan besar di dunia. Di Indonesia, pelaksanaan MDGs telah memberikan perubahan yang positif. Indonesia telah berhasil menurunkan proporsi penduduk dengan pendapatan kurang dari US\$ 1,00 (PPP) per kapita per hari dari 20,60% pada tahun 1990

menjadi 5,90% pada tahun 2008. Pemerintah juga berhasil menurunkan ketimpangan gender di tingkat pendidikan lanjutan. Hal ini dapat dilihat dari penurunan yang signifikan pada indikator rasio Angka Partisipasi Murni (APM) perempuan terhadap laki-laki SMA/MA/Paket C dari 93,67% pada tahun 1993 menjadi 101,40% pada tahun 2011. Selain itu, angka kejadian tuberkulosis di Indonesia sudah berhasil mencapai target MDGs, yaitu dari 343 kasus per 100.000 penduduk pada tahun 1990 menjadi 189 kasus per 100.000 penduduk pada tahun 2011 (Bappenas, 2012).

Setelah melihat perubahan besar yang dihasilkan MDGs, negara-negara kembali merancang suatu agenda pembangunan yang harus disiapkan untuk melanjutkan MDGs. Maka, setelah berakhirnya MDGs pada tahun 2015 dikembangkan suatu agenda pembangunan baru yaitu *Sustainable Development Goals* (SDGs). *Sustainable Development Goals* yang selanjutnya disebut SDGs atau dapat diterjemahkan menjadi tujuan pembangunan berkelanjutan merupakan kelanjutan dari MDGs yang memiliki tujuh belas tujuan yang diharapkan dapat tercapai pada tahun 2030, tujuh belas tujuan itu adalah sebagai berikut :

1. Menghapus kemiskinan.
2. Mengakhiri kelaparan.
3. Kesehatan yang baik dan kesejahteraan.
4. Pendidikan bermutu.
5. Kesetaraan gender.
6. Akses air bersih dan sanitasi.
7. Energi bersih dan terjangkau.

8. Pekerjaan layak dan pertumbuhan ekonomi.
9. Infrastruktur, industri, dan inovasi.
10. Mengurangi ketimpangan.
11. Kota dan komunitas yang berkelanjutan.
12. Konsumsi dan produksi yang bertanggungjawab.
13. Penanganan perubahan iklim.
14. Menjaga ekosistem laut.
15. Menjaga ekosistem darat.
16. Perdamaian, keadilan, dan kelembagaan yang kuat.
17. Kemitraan untuk mencapai tujuan.

Dalam MDGs maupun SDGs, menanggulangi kemiskinan ditetapkan menjadi tujuan utama, dengan pertimbangan bahwa kemiskinan masih menjadi permasalahan besar di banyak negara. Atas pertimbangan tersebut maka kemiskinan yang menjadi tujuan utama dalam MDGs kembali menjadi tujuan utama dalam SDGs. Pengentasan kemiskinan akan sangat berkaitan dengan tujuan lainnya seperti dunia tanpa kelaparan, kesehatan yang baik dan kesejahteraan, pendidikan berkualitas, dan seterusnya. Di Indonesia terdapat sebuah program pengentasan kemiskinan yang selain dapat berperan dalam mengurangi kemiskinan, program tersebut juga berperan dalam mencapai tujuan lain dari SDGs. Program tersebut adalah Program Keluarga Harapan (PKH), setidaknya ada sepuluh tujuan SDGs yang dapat tercapai dengan adanya program ini. Berikut merupakan keberhasilan PKH dalam mencapai tujuan SDGs :

1. Menghapus kemiskinan, menurut Badan Pusat Statistik (BPS) menurunnya angka kemiskinan di Indonesia pada tahun 2014-2019 disebabkan oleh meningkatnya bantuan sosial tunai sebanyak 87,6%. Jumlah penerima PKH pada tahun 2017 sebanyak enam juta penerima dan meningkat hingga sepuluh juta penerima pada tahun 2018.
2. Mengakhiri kelaparan, PKH yang mewajibkan penerimanya untuk mengakses layanan kesehatan secara rutin mendorong penerima agar mengontrol kecukupan gizinya. Selain itu, bantuan PKH juga dilengkapi dengan berbagai bantuan komplementer lainnya, salah satunya Bantuan Pangan Non Tunai (BPNT) yang bertujuan untuk meningkatkan ketahanan pangan dan memberikan gizi seimbang kepada penerima bantuan.
3. Kesehatan yang baik dan sejahtera, menurut hasil survey MSC (2019) adanya PKH telah membuat para penerimanya memeriksakan kehamilan mereka secara rutin ke puskesmas, saat proses melahirkan juga mereka dibantu oleh tenaga medis seperti bidan, lalu setelah melahirkan mereka juga memeriksakan kesehatan anak mereka secara rutin. Selain itu, penerima PKH juga dibantu untuk mendapatkan bantuan komplementer lainnya yaitu Kartu Indonesia Sehat (KIS).
4. Pendidikan bermutu, menurut hasil survey MSC (2019) sebagian besar dana PKH digunakan untuk keperluan sekolah dan 78% anak-anak penerima PKH hadir di sekolah. Bahkan PKH juga mendorong pencapaian prestasi bagi anak-anak penerima PKH.

5. Kesetaraan *gender*, seluruh penerima manfaat PKH adalah perempuan. Selain itu angka partisipasi sekolah perempuan juga meningkat.
6. Akses air bersih dan sanitasi, PKH mendorong penerimanya untuk memiliki kesadaran akan pentingnya kebersihan diri dan lingkungan melalui *Family Development System (FDS)* atau pertemuan peningkatan kemampuan keluarga.
7. Energi bersih dan terjangkau, selain menerima bantuan uang tunai penerima PKH juga menerima subsidi energi listrik dan subsidi LPG 3 kg. Melalui bantuan komplementer tersebut, penerima PKH dapat mengakses dan menjangkau penggunaan listrik dan LPG.
8. Pekerjaan layak dan pertumbuhan ekonomi, penerima PKH dapat diberi bantuan untuk mengakses bantuan permodalan dan pemasaran, penerima juga diberi pengetahuan tentang perencanaan keuangan dan usaha, kemudian juga diberi pelatihan kewirausahaan.
9. Infrastruktur, industri, dan inovasi, PKH telah melakukan inovasi dalam penyaluran dana bantuannya. Kini bantuan PKH disalurkan secara non-tunai yaitu dengan menggunakan Kartu Keluarga Sejahtera (KKS) yang berfungsi layaknya ATM. KKS memadukan *e-wallet* dan tabungan, ini merupakan karya inovatif yang pertama kali digunakan oleh negara-negara yang melaksanakan *Conditional Cash Transfer (CCT)*. PKH juga meningkatkan upaya inklusi keuangan melalui bank Himbara (BNI, BRI, Mandiri, dan BTN).
10. Mengurangi ketimpangan, Bank Dunia (2017) menilai bahwa PKH sukses sebagai *social assistance program* atau program bantuan sosial untuk mengurangi kesenjangan antara “si kaya dan si miskin”.

2.2 Penelitian Terdahulu

Sebelum penelitian ini dilaksanakan, ada beberapa penelitian terdahulu yang melakukan penelitian tentang Program Keluarga Harapan (PKH), peran pendamping, pendidikan, dan kesehatan. Berikut penelitian terdahulu yang digunakan sebagai referensi :

Tabel 2.2 Penelitian Terdahulu

No	Nama dan Judul Penelitian	Tujuan Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan	Perbedaan
1	Dedeng Irawan, Muis Fauzi Rambe, Adi Munasib (2020) “Peran Moderasi Kinerja Pendamping Pada Pengaruh Program Keluarga Harapan Terhadap Pengentasan Kemiskinan di Kota Tanjungbalai”	Untuk mengetahui pengaruh dari adanya program keluarga harapan terhadap pengentasan kemiskinan di Kota Tanjungbalai serta mengetahui peran moderasi kinerja pendamping apakah memperkuat atau memperlemah hubungan antara pengaruh program keluarga harapan terhadap pengentasan kemiskinan.	Secara signifikan variabel program keluarga harapan mempengaruhi variabel pengentasan kemiskinan di Kota Tanjungbalai. Sedangkan menurut hasil penelitian kinerja pendamping menunjukkan bahwa secara signifikan variabel kinerja pendamping memoderasi hubungan program keluarga harapan terhadap pengentasan kemiskinan di Kota Tanjungbalai yang artinya kinerja pendamping dapat memperkuat pelaksanaan kegiatan PKH Di kota Tanjungbalai.	Jenis data yang digunakan, pendekatan penelitian yang digunakan, variabel yang sama digunakan peran pendamping dan program keluarga harapan.	Variabel terikat yang digunakan dan metode analisis data yang digunakan.

Lanjutan Tabel 2.2

No	Nama dan Judul Penelitian	Tujuan Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan	Perbedaan
2	Tryas Wardani Nurwan dan Helmi Hasan (2020) "Keberhasilan PKH Ditinjau Dalam Kaitannya Dengan Keterampilan Pendamping Dan Partisipasi KPM: Studi Di Sijunjung Sumatera Barat"	Untuk mengetahui keberhasilan Program Keluarga Harapan (PKH) di Nagari Pematang Panjang, Kecamatan Sijunjung, Sumatera Barat dengan melihat bagaimana keberhasilan PKH ini dipengaruhi oleh keterampilan pendamping dalam P2K2 dan partisipasi Keluarga Penerima Manfaat (KPM).	Hasil penelitian menunjukkan bahwa keterampilan pendamping berpengaruh positif terhadap keberhasilan PKH yakni sebesar 23.8%. Partisipasi KPM berpengaruh sebesar 24.6% dengan taraf signifikansi sebesar 0.00 sehingga dapat disimpulkan partisipasi KPM berpengaruh signifikan terhadap keberhasilan PKH. Terakhir, keterampilan pendamping berpengaruh sebesar 18.7 % terhadap partisipasi KPM dengan taraf signifikansi yakni 0.00. Kesimpulan bahwa semakin tinggi keterampilan pendamping dan tingkat partisipasi peserta, maka akan semakin maksimal pencapaian tujuan PKH	Jenis data yang digunakan, pendekatan penelitian yang digunakan, variabel sama yang digunakan adalah peran pendamping dan program keluarga harapan.	Variabel bebas yang digunakan dan metode analisis data yang digunakan.
3	C Strydom, ME Tlhojane (2008) "Poverty In A Rural Area: The	Untuk mengetahui sifat kemiskinan di pedesaan Afrika Selatan, pengaruh kemiskinan pada keluarga,	Berdasarkan hasil penelitian, sebagian besar masyarakat memang dilanda kemiskinan. Tingkat pendidikan mereka sangat rendah bahkan 50%	Jenis data yang digunakan, pendekatan penelitian yang	Selain peran pendamping variabel yang digunakan berbeda,

Lanjutan Tabel 2.2

No	Nama dan Judul Penelitian	Tujuan Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan	Perbedaan
	<i>Role Of The Social Worker</i> ”	dan peran pekerja sosial dalam membantu keluarga yang dilanda kemiskinan.	kepala rumah tangga tidak pernah bersekolah. Kondisi rumah mereka tidak memenuhi standar dan tidak memiliki air bersih. Sebagian masyarakat juga tidak memiliki pekerjaan. Kemiskinan di pedesaan Afrika Selatan menyebabkan timbul penyakit seperti HIV/AIDS, kesehatan yang buruk, dan gizi buruk. Lalu juga menyebabkan KDRT, ketergantungan alkohol dan narkoba, tingkat kejahatan yang tinggi. Masyarakat disana tidak melakukan apapun untuk membantu diri mereka sendiri sehingga mereka butuh orang yang dapat membimbing mereka. Pekerja sosial dapat memenuhi peran sebagai perantara, fasilitator, guru, mediator, advokat, dan penyembuh untuk membantu mengentaskan kemiskinan di daerah tersebut.	digunakan, menggunakan variabel peran pendamping.	metode analisis data yang digunakan berbeda.

Lanjutan Tabel 2.2

No	Nama dan Judul Penelitian	Tujuan Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan	Perbedaan
4	Lidiana, Mocd Nur, dan M Nasir (2014) “Pengaruh dan Efektivitas Bantuan Program Keluarga Harapan (PKH) Terhadap Partisipasi Pendidikan di Kecamatan Muara Tiga Kabupaten Pidie”	Untuk mengetahui pengaruh dan efektifitas bantuan Program Keluarga Harapan (PKH) terhadap partisipasi pendidikan di Kecamatan Muara Tiga Kabupaten Pidie.	Hasil penelitian menunjukkan dana bantuan PKH yang diberikan untuk meningkatkan partisipasi pendidikan di Kecamatan Muara Tiga Kabupaten Pidie adalah telah dilakukan dengan sangat efektif, dimana rata-rata tingkat efektifitas pemberian bantuan PKH dari tahun 2008-2013 mencapai 95,58%. Bantuan PKH mampu menjelaskan atau mempengaruhi partisipasi pendidikan anak –anak RTSM di Kecamatan Muara Tiga Kabupaten Pidie mencapai 96,8% dan sisanya sebesar 3,2% dipengaruhi oleh variabel lainnya diluar model penelitian ini. Pemberian bantuan PKH hendaknya tepat sasaran dan benar-benar ditujukan untuk meningkatkan pendidikan anak.	Jenis data yang digunakan, pendekatan penelitian yang digunakan, variabel bebas yang digunakan.	Selain program keluarga harapan variabel yang digunakan berbeda, metode analisis data yang digunakan berbeda.

Lanjutan Tabel 2.2

No	Nama dan Judul Penelitian	Tujuan Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan	Perbedaan
5	Fajar Eryanto dan Silvia Maulidina (2021) “Implikasi Program Bantuan Pangan Non Tunai Terhadap Pengeluaran Konsumsi Rumah Tangga Miskin”	Untuk mengetahui sejauh mana keberhasilan dari program bantuan pangan non tunai terhadap pengeluaran konsumsi rumah tangga miskin.	Hasil penelitian menunjukkan, bahwa program bantuan pangan non tunai ini mempengaruhi pengeluaran konsumsi rumah tangga sangat miskin. Semakin tinggi bantuan pangan non tunai, maka semakin tinggi pengeluaran konsumsi untuk pangan dan non pangan. Adanya bantuan ini, membuat pengeluaran untuk membeli pangan dapat dialihkan untuk keperluan non pangan seperti kesehatan, pendidikan, rekreasi, dan sandang.	Sama-sama membahas mengenai program bantuan pemerintah untuk rumah tangga miskin serta pengaruhnya terhadap pengeluaran rumah tangga miskin.	Variabel yang digunakan berbeda, jenis bantuan yang diteliti berbeda.
6	Dedy Utomo, Abdul Hakim, dan Heru Ribawanto (2014) “Pelaksanaan Program Keluarga Harapan Dalam Meningkatkan	Untuk mengetahui pelaksanaan PKH dalam meningkatkan kualitas hidup rumah tangga miskin di Kecamatan Purwosari, Kabupaten Kediri dan mengetahui faktor pendukung dan	Hasil penelitian menunjukkan bahwa target PKH telah sesuai dengan tujuan PKH. Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa penerima PKH melakukan dan memenuhi komitmennya dikarenakan takut dengan adanya sanksi. Berdasarkan data, jumlah penerima PKH juga	Jenis data, jenis penelitian, variabel yang digunakan sama yaitu PKH.	Pendekatan penelitian yang digunakan, selain PKH variabel yang digunakan berbeda, metode analisis data yang digunakan berbeda.

Lanjutan Tabel 2.2

No	Nama dan Judul Penelitian	Tujuan Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan	Perbedaan
	Kualitas Hidup Rumah Tangga Miskin”	penghambat pelaksanaan PKH di kecamatan tersebut.	mengalami penurunan dari 692 pada tahun 2009 menjadi 528 pada tahun 2013.		
7	Elly Kuntjorowati (2020) “Kinerja Pendamping sebagai Ujung Tombak Keberhasilan Program Keluarga Harapan”	Untuk mengetahui tugas pendamping PKH dalam mensukseskan PKH serta untuk mengetahui korelasi antara kinerja pendamping PKH dengan keberhasilan PKH.	Hasil penelitian menunjukkan bahwa tugas pendamping sangat mendukung keberhasilan PKH. Pendamping memainkan peran penting dalam pelaksanaan PKH sehingga dapat dikatakan bahwa pendamping adalah ujung tombak keberhasilan PKH.	Jenis data, jenis penelitian, variabel yang digunakan sama yaitu PKH dan peran pendamping.	Pendekatan penelitian yang digunakan berbeda, selain PKH dan peran pendamping variabel yang digunakan berbeda, metode analisis data berbeda.
8	Slamet Agus, Sumartono, dan M. Makmur (2013) “Implementasi Kebijakan Program Keluarga Harapan (PKH) Dalam Memutus	Untuk mengetahui implementasi kebijakan PKH dalam memutus rantai kemiskinan di Kecamatan Mojosari, Kabupaten Mojokerto.	Berdasarkan hasil penelitian, secara umum pelaksanaan 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	Jenis penelitian yang digunakan sama yaitu penelitian survey, jenis data yang digunakan, variabel yang digunakan sama yaitu PKH.	Pendekatan penelitian yang digunakan, selain PKH variabel yang digunakan berbeda.

Lanjutan Tabel 2.2

No	Nama dan Judul Penelitian	Tujuan Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan	Perbedaan
	Rantai Kemiskinan”		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.		
9	Nazmul Chaudhury and Yuko Okamura (2012) “ <i>Conditional Cash Transfers and School Enrollment : Impact of the Conditional Cash Transfer Program in the Philippines</i> ”	Untuk mengetahui dampak bantuan tunai bersyarat di Philippine terutama dalam bidang pendidikan.	Hasil penelitian menunjukkan bahwa program CCT memberikan dampak positif terhadap tingkat partisipasi sekolah pada anak usia 9-12 tahun, sedangkan untuk anak usia diatas 12 tahun tidak meningkat. Hal ini dikarenakan adanya anggapan bahwa semakin tinggi sekolah anak maka biaya yang dibutuhkan (selain biaya sekolah) juga semakin tinggi, seperti misalnya biaya untuk bekal dan kebutuhan sekolah lainnya.	Sama-sama membahas mengenai bantuan tunai bersyarat dan dampaknya terhadap pendidikan, jenis data yang digunakan sama.	Pendekatan penelitian yang digunakan, selain CCT dan pendidikan variabel yang digunakan berbeda, metode analisis data yang digunakan berbeda.

Lanjutan Tabel 2.2

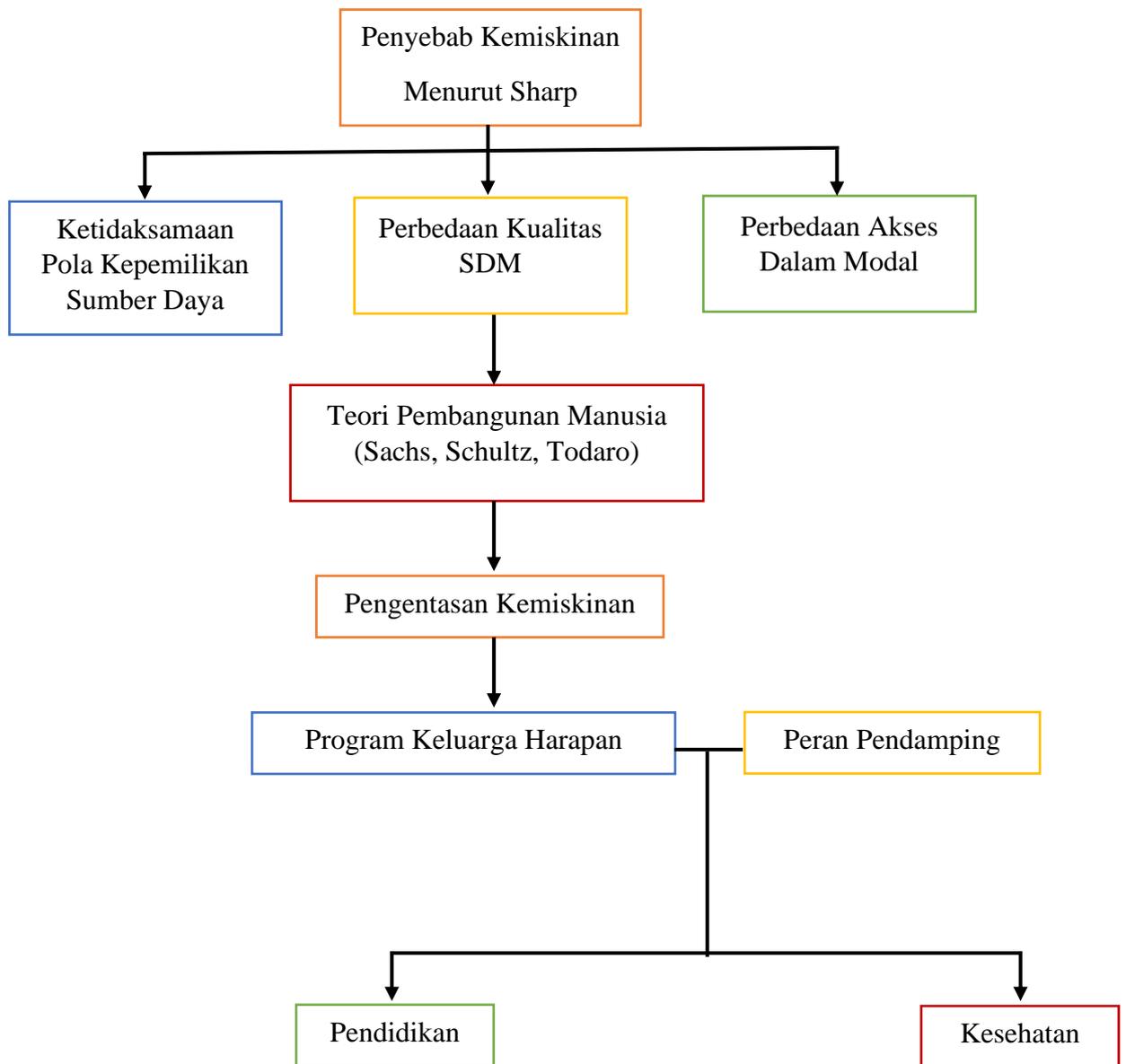
No	Nama dan Judul Penelitian	Tujuan Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan	Perbedaan
10	Sabinus Beni dan Blasius Manggu (2020) “Efektivitas Program Keluarga Harapan Dalam Penanggulangan Kemiskinan di Perbatasan”	Untuk mengetahui efektivitas PKH dalam menanggulangi kemiskinan di daerah perbatasan.	Hasil penelitian menunjukkan bahwa PKH sangat efektif dalam mengentaskan kemiskinan di daerah perbatasan. Hal ini terlihat dari menurunnya angka putus sekolah, tingginya partisipasi mengunjungi fasilitas kesehatan baik posyandu maupun pemeriksaan kesehatan, serta kemampuan memenuhi kebutuhan pokok yang bersumber dari penyesihan dana bantuan yang diterima.	Jenis data, jenis dan pendekatan penelitian, variabel sama yang digunakan yaitu PKH.	Selain PKH variabel yang digunakan berbeda, metode analisis data yang digunakan berbeda.
11	Neni Murniati, Risky Mei, dan Ulfah Mawaddah (2021) “Keberhasilan Program Subsidi Kesehatan Terhadap Alokasi Biaya Kesehatan Keluarga Miskin :	Untuk mengeksplorasi seberapa jauh program subsidi kesehatan berhasil mengurangi beban biaya kesehatan keluarga miskin.	Hasil penelitian menunjukkan bahwa program subsidi kesehatan yang diberikan pemerintah kepada masyarakat miskin mampu menekan rata-rata pengeluaran biaya kesehatan bagi rumah tangga miskin.	Jenis dan pendekatan penelitian, variabel sama yang digunakan yaitu kesehatan penerima manfaat.	Selain kesehatan penerima manfaat variabel yang digunakan berbeda.

Lanjutan Tabel 2.2

No	Nama dan Judul Penelitian	Tujuan Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan	Perbedaan
	Studi Pada Penerima Bantuan Iuran Di Ngamprah, Kabupaten Bandung Barat”				
12	Horas Djulius dan Endang Rostiana (2017) “ <i>Exploration of Consumption Patterns to Form Financial Management Model for Poor Families in Bandung, Indonesia</i> ”	Untuk mendeskripsikan pola pengeluaran rumah tangga miskin perkotaan dan mengeksplorasi faktor-faktor yang dapat menyebabkan pola tersebut.	Hasil penelitian menunjukkan bahwa semakin tinggi pendapatan rumah tangga, semakin rendah pengeluaran untuk makanan dan pengeluaran untuk non makanan seperti rokok meningkat. Selain itu, pengeluaran mereka juga didominasi oleh belanja listrik, gas, air, bahan bakar, dan transportasi. Sedangkan, untuk pengeluaran pendidikan dan kesehatan mereka terbantu oleh program bantuan dari pemerintah.	Jenis penelitian, responden yang dilibatkan sama-sama keluarga miskin yang menerima bantuan biaya kesehatan dan pendidikan.	Fenomena yang diteliti berbeda. Selain membahas modal manusia, penelitian terdahulu ini mendalami juga mengenai pola pengeluaran rumah tangga miskin.

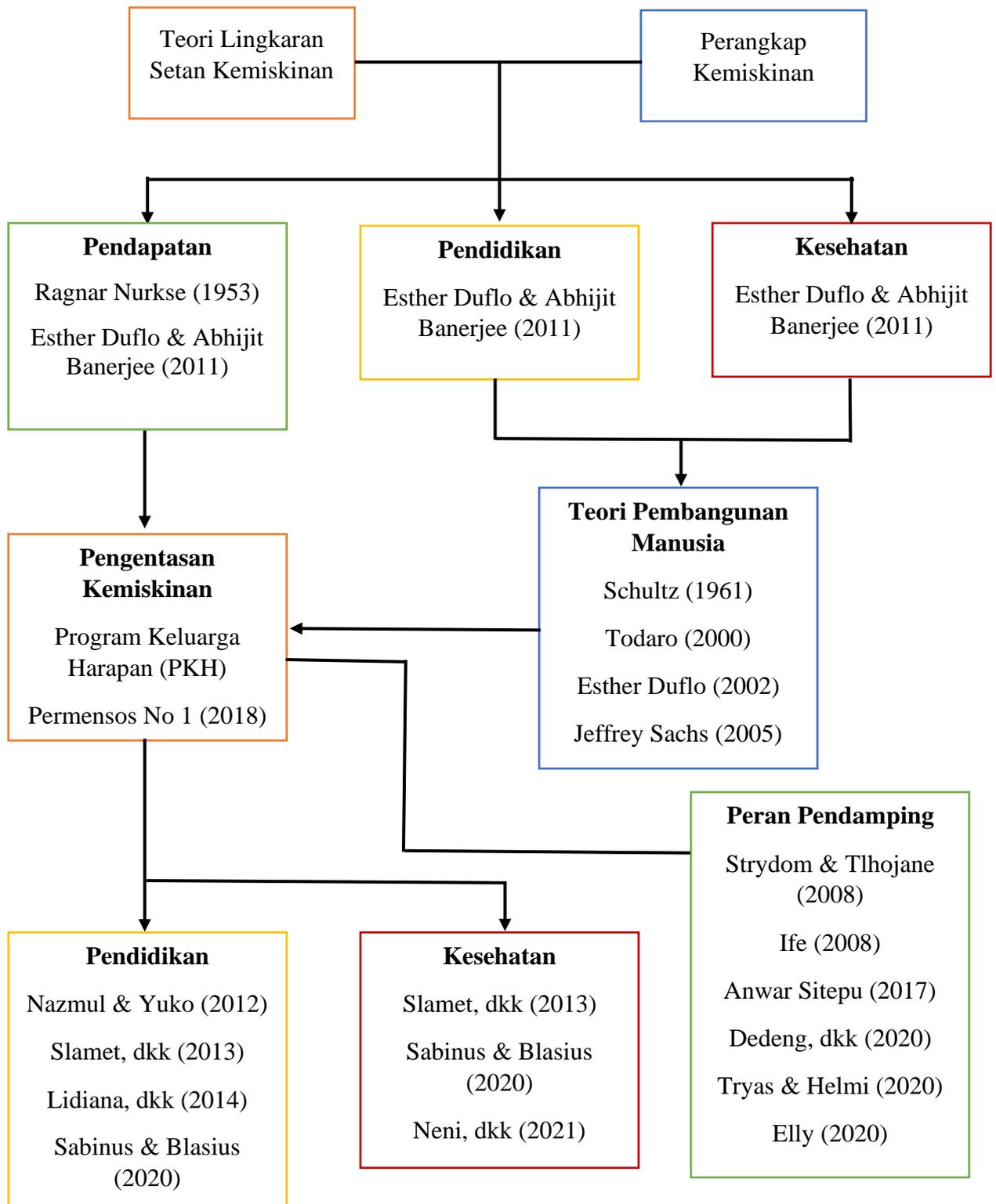
2.3 Kerangka Pemikiran

Berdasarkan rumusan masalah, landasan teori, dan penelitian terdahulu dapat diketahui bahwa ada berbagai faktor yang menyebabkan kemiskinan. Menurut Sharp ada tiga penyebab kemiskinan, yaitu ketidaksamaan pola kepemilikan, perbedaan kualitas Sumber Daya Manusia (SDM), dan perbedaan akses dalam modal. Menurut Sachs, salah satu cara untuk mengentaskan kemiskinan adalah dengan pengembangan modal manusia atau *human capital* terutama pendidikan dan kesehatan. Pendapat dari Sachs sejalan dengan pendapat dari Schultz (1961) yang mengatakan bahwa pembangunan modal manusia adalah salah satu cara yang efektif untuk mengurangi kemiskinan dan meningkatkan kesejahteraan seseorang. Begitupun dengan Todaro (2000) yang menyatakan bahwa *human capital* dapat diukur melalui pendidikan dan kesehatan. Dalam upaya mengentaskan kemiskinan di Indonesia, pemerintah Indonesia melalui Kementerian Sosial mengeluarkan suatu program yaitu Program Keluarga Harapan (PKH). Tujuan dari PKH adalah mengentaskan kemiskinan melalui peningkatan pendidikan dan kesehatan. Dalam pelaksanaannya, keluarga yang dipilih menjadi Keluarga Penerima Manfaat (KPM) dibantu oleh seorang pendamping. Latar belakang pendidikan KPM yang mayoritas rendah membuat KPM memerlukan peran pendamping. Peran pendamping akan sangat mempengaruhi keberhasilan dari pelaksanaan PKH. Berdasarkan hal tersebut, maka dapat digambarkan kerangka pemikiran sebagai berikut :



Gambar 2.3 Kerangka Pemikiran I

Dari kerangka pemikiran di atas, penulis mencoba untuk menganalisis pengaruh program keluarga harapan (X_1) dan peran pendamping (X_2) terhadap peningkatan kualitas pendidikan (Y_1) dan kesehatan (Y_2) keluarga penerima manfaat di Kecamatan Rancaekek Kabupaten Bandung.



Gambar 2.4 Kerangka Pemikiran II

2.4 Hipotesis

Hipotesis dapat didefinisikan sebagai pendapat, jawaban atau dugaan yang bersifat sementara dari suatu persoalan, yang kebenarannya masih perlu dibuktikan lebih lanjut. Hipotesis dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Program Keluarga Harapan (PKH) berpengaruh positif dan signifikan terhadap peningkatan kualitas pendidikan Keluarga Penerima Manfaat (KPM) di Kecamatan Rancaekek Kabupaten Bandung.
2. Program Keluarga Harapan (PKH) berpengaruh positif dan signifikan terhadap peningkatan kualitas kesehatan Keluarga Penerima Manfaat (KPM) di Kecamatan Rancaekek Kabupaten Bandung.
3. Program Keluarga Harapan (PKH) dan peran pendamping berpengaruh positif dan signifikan terhadap peningkatan kualitas pendidikan Keluarga Penerima Manfaat (KPM) di Kecamatan Rancaekek Kabupaten Bandung.
4. Program Keluarga Harapan (PKH) dan peran pendamping berpengaruh positif dan signifikan terhadap peningkatan kualitas kesehatan Keluarga Penerima Manfaat (KPM) di Kecamatan Rancaekek Kabupaten Bandung.