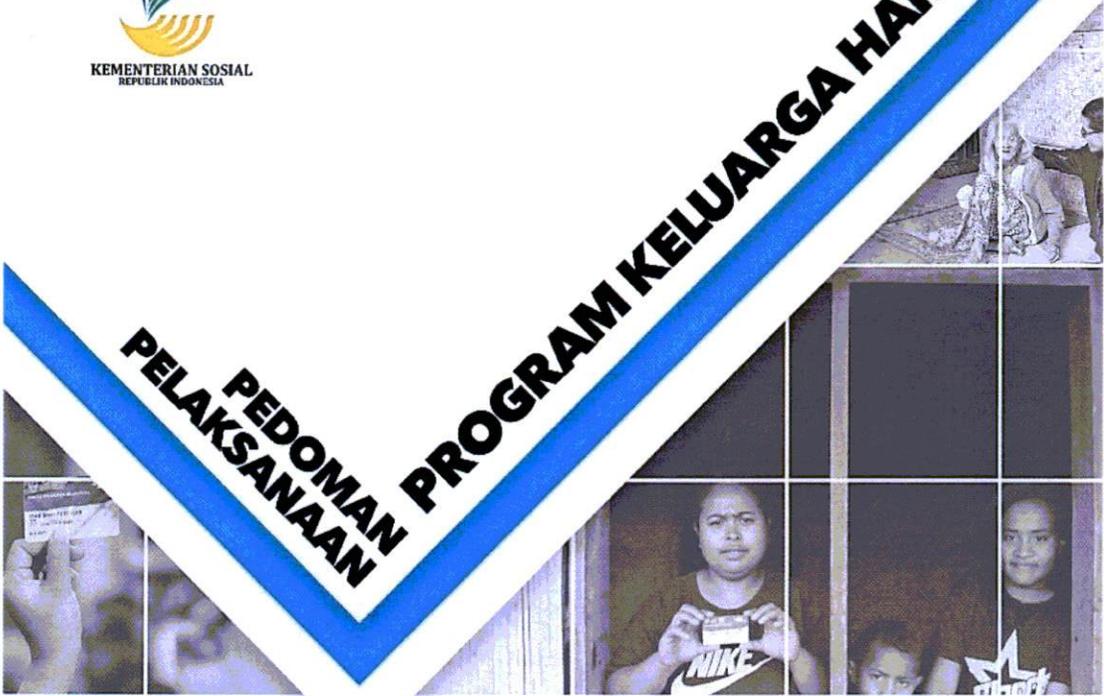




PEDOMAN PELAKSANAAN PROGRAM KELUARGA HARAPAN



#KEMENSOS
Hadir
PROGRAM
KELUARGA
HARAPAN
KEMERIAAN SUSAHA

KATA PENGANTAR

Pemerintah Indonesia telah melaksanakan Program Keluarga Harapan (PKH) sejak tahun 2007 sebagai upaya memberi perlindungan sosial bagi keluarga miskin, yang pada akhirnya bertujuan untuk mendukung upaya penanggulangan kemiskinan nasional.

PKH dalam jangka pendek diharapkan dapat membantu mengurangi beban pengeluaran keluarga miskin. Sedangkan untuk jangka menengah, PKH diharapkan mampu menciptakan perubahan perilaku peserta dalam mengakses layanan kesehatan, pendidikan dan kesejahteraan sosial sehingga menghasilkan generasi yang lebih sehat dan cerdas. Kemudian dalam jangka Panjang, PKH diharapkan dapat memutus rantai kemiskinan antargenerasi.

Pedoman Pelaksanaan PKH Tahun 2020-2024 ini merupakan penyempurnaan dari Pedoman Pelaksanaan PKH sebelumnya untuk dijadikan acuan dalam pelaksanaan PKH oleh Pelaksana PKH dan seluruh pemangku kepentingan.

Kami menyampaikan apresiasi dan terima kasih kepada semua pihak yang telah berkontribusi terhadap penyusunan Pedoman Pelaksanaan PKH ini.

Jakarta, April 2020

Direktur Jenderal
Perlindungan dan Jaminan Sosial



Pepen Nazaruddin



DAFTAR ISTILAH

AKB	Angka Kematian Bayi
AKBA	Angka Kematian Balita
AKI	Angka Kematian Ibu
AKN	Angka Kematian Neonatal
APBD	Anggaran Pendapatan Belanja Daerah
APM	Angka Partisipasi Murni
Bappeda	Badan Perencanaan Pembangunan Daerah
Bappenas	Badan Perencanaan Pembangunan Nasional
Baseline	Dasar, awal
BPS	Badan Pusat Statistik
CCT	Conditional Cash Transfers
DTKS	Data Terpadu Kesejahteraan Sosial
Eligible	Memenuhi syarat
FDS	Family Development Session
IPM	Indeks Pembangunan Manusia
Kemendikbud	Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan
Kemendikbud	Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan
Kemkominfo	Kementerian Komunikasi dan Informatika
Kemensos	Kementerian Sosial
KM	Keluarga Miskin
KPM	Keluarga Penerima Manfaat
NE	Non Eligible = Tidak Memenuhi Syarat
P2K2	Pertemuan Peningkatan Kemampuan Keluarga
PIN	Personal Identification Number
PKH	Program Keluarga Harapan
Progres LU	Program Rehabilitasi Sosial Lanjut Usia
Progres PD	Program Rehabilitasi Sosial Penyandang Disabilitas
PSG	Pemantauan Status Gizi
RS-RTLH	Rehabilitasi Sosial Rumah Tidak Layak Huni
SDKI	Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia
SPM	Sistem Pengaduan Masyarakat
TNP2K	Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan
WHO	World Health Organization

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR GAMBAR.....	vi
DAFTAR TABEL	vii
BAB I	1
PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan	3
C. Sasaran	4
D. Aspek Kesehatan	4
E. Aspek Pendidikan	5
F. Aspek Kesejahteraan Sosial	7
1. Penyandang Disabilitas	7
2. Lanjut Usia.....	10
G. Sinergi Lintas Sektor.....	13
H. Perkembangan Jumlah KPM PKH	14
BAB II.....	15
KERANGKA KONSEP PKH.....	15
A. Kriteria Penerima PKH	15
B. Hak dan Kewajiban KPM PKH.....	16
1. Hak KPM PKH.....	16
2. Kewajiban KPM PKH.....	16
3. Pemenuhan Kewajiban	17
C. Program Bantuan Komplementer	17
D. PKH Akses	18
a. Pulau-Pulau Kecil Terluar	18
b. Daerah tertinggal/terpencil.....	18
c. Perbatasan antarnegara	19
E. PKH Adaptif.....	19
1. Korban Bencana Alam	19
2. Korban Bencana Sosial.....	19
3. Komunitas Adat Terpencil.....	20
BAB III.....	21
PENGELOLAAN PROGRAM.....	21
A. Perencanaan.....	21
B. Penetapan Calon Peserta PKH	21
C. Persiapan Daerah	22
D. Pertemuan Awal dan Validasi	22
E. Penetapan Keluarga Penerima Manfaat PKH.....	23
F. Penyaluran Bantuan	23
G. Pendampingan	24
H. Pertemuan Peningkatan Kemampuan Keluarga (P2K2)	25
1. Tujuan P2K2.....	25
2. Komponen dalam Pelaksanaan P2K2	25
I. Verifikasi Komitmen	26
J. Pemutakhiran Data	27
K. Transformasi Kepesertaan PKH.....	28
L. Sistem Pengaduan Masyarakat	28
M. e-PKH.....	29
BAB IV	30
KELEMBAGAAN PKH.....	30
A. Kelembagaan di Tingkat Pusat.....	30
1. Tim Koordinasi Nasional	30

2. Tim Koordinasi Teknis	31
3. Pelaksana PKH di Pusat	31
B. Kelembagaan PKH di Daerah	32
1. Tim Koordinasi Teknis PKH Provinsi.....	32
2. Tim Koordinasi Teknis PKH Kabupaten/Kota	32
3. Pelaksana PKH Daerah.....	33
BAB V	35
PENGELOLAAN SUMBER DAYA	35
A. Ruang Lingkup	35
B. Sumber Daya Manusia.....	36
C. Rekrutmen.....	36
D. Kode Etik SDM PKH dan Komisi Etik	36
1. Kode Etik SDM PKH	37
2. Komisi Etik.....	37
E. Peningkatan Kapasitas SDM.....	37
F. Sertifikasi	38
G. Rapat Koordinasi.....	38
H. Sosialisasi PKH	38
I. Pelaporan	39
BAB VI	40
PEMANTAUAN DAN EVALUASI	40
A. Pemantauan.....	40
1. Tujuan Pemantauan.....	40
2. Pelaksanaan Pemantauan	40
B. Evaluasi	41
C. Penyajian Hasil.....	41
BAB VII	42
PENUTUP	42

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1	Cakupan PKH Tahun 2007 s.d. 2019	2
Gambar 2	Akses Layanan PKH	3
Gambar 3	<i>Masalah Gizi di Indonesia Tahun 2015-2017</i>	5
Gambar 4	Perkembangan Jumlah Siswa Putus Sekolah Menurut Jenjang Pendidikan Tahun 2019	6
Gambar 5	Jumlah Penyandang Disabilitas Berdasarkan Angkatan Kerja	9
Gambar 6	Jumlah Penyandang disabilitas yang bekerja dan menganggur	9
Gambar 7	Jumlah penyandang disabilitas bukan Angkatan kerja	9
Gambar 8	Grafik Rasio Ketergantungan Penduduk Lansia 2010-2019	11
Gambar 9	Proyeksi Pertumbuhan Lansia di Indonesia	12
Gambar 10	Tingkat Kemiskinan Berdasarkan Kelompok Usia	12
Gambar 11	Kriteria penerima manfaat PKH	16
Gambar 12	Kewajiban anggota keluarga penerima manfaat PKH berdasarkan komponen	18
Gambar 13	Alur Pelaksanaan PKH	21
Gambar 14	Modul P2K2	26
Gambar 15	Pelaksanaan Verifikasi Komitmen	27
Gambar 16	Call Center	29

DAFTAR TABEL

Tabel 1	Angka Partisipasi Murni (APM) Pendidikan	7
Tabel 2	Jumlah Penduduk dengan Status Disabilitas	8
Tabel 3	Perkembangan Jumlah KPM PKH	14

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

PKH adalah program pemberian bantuan sosial (bansos) bersyarat kepada keluarga miskin dan rentan yang terdaftar dalam Data Terpadu Kesejahteraan Sosial (DTKS) dan ditetapkan sebagai Keluarga Penerima Manfaat (KPM) PKH. PKH merupakan salah satu upaya pemerintah dalam percepatan penanggulangan kemiskinan. Program perlindungan sosial ini dikenal di dunia internasional dengan istilah *Conditional Cash Transfers* (CCT). Sejak diluncurkan pada tahun 2007, PKH telah berkontribusi dalam menekan angka kemiskinan dan mendorong kemandirian penerima bansos, yang selanjutnya disebut sebagai Keluarga Penerima Manfaat (KPM).

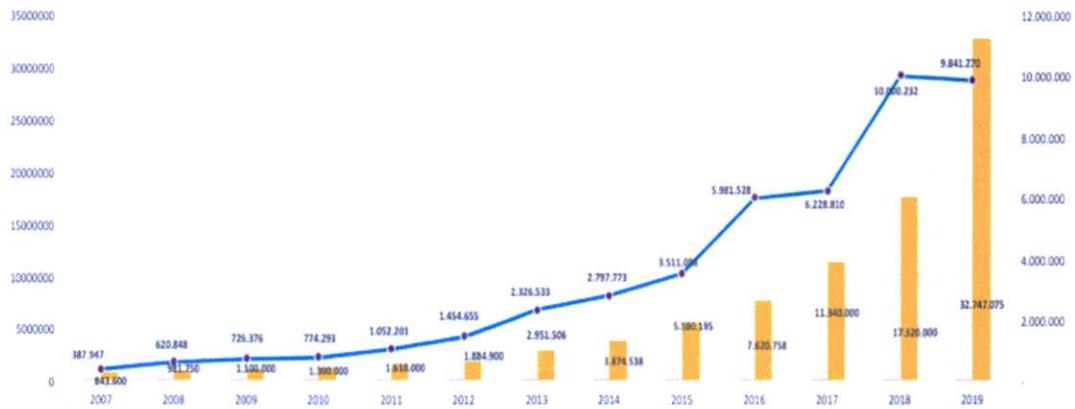
Sebagai sebuah program bantuan sosial bersyarat, PKH bertujuan membuka akses KPM bagi ibu hamil dan balita dalam memanfaatkan fasilitas/layanan kesehatan (faskes) dan anak usia sekolah dalam memanfaatkan fasilitas/layanan pendidikan (fasdik) yang tersedia di dekat tempat tinggal mereka. Manfaat PKH saat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

Selain mendorong KPM untuk memanfaatkan pelayanan sosial dasar kesehatan dan pendidikan, KPM PKH juga didampingi untuk mendapatkan kesempatan untuk memanfaatkan berbagai program perlindungan sosial lainnya yang merupakan program komplementer secara berkelanjutan. PKH diarahkan untuk menjadi episentrum dan *center of excellence* penanggulangan kemiskinan di Indonesia yang mensinergikan berbagai program perlindungan dan pemberdayaan sosial nasional.

PKH diharapkan dapat berkontribusi secara signifikan untuk menurunkan jumlah penduduk miskin, menurunkan kesenjangan ekonomi (*gini ratio*), serta meningkatkan Indeks Pembangunan Manusia (IPM).

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

Gambar 1. Cakupan PKH Tahun 2007 s.d. 2019



- Pada PJP Tahun 2010 - 2014 terjadi peningkatan target penerima manfaat dan alokasi budget PKH, melampaui *baseline* target perencanaan.
- Jumlah penerima PKH tahun 2016 adalah sebanyak 6 juta keluarga miskin dengan anggaran sebesar Rp10 triliun.
- Jumlah penerima PKH tahun 2017 adalah sebanyak 6.228.810 keluarga dengan anggaran sebesar Rp11,5 triliun.
- Jumlah penerima PKH tahun 2018 adalah sebanyak 10.000.232 keluarga dengan alokasi anggaran sebesar Rp19,4 triliun (sedikit lebih tinggi dari target penerima PKH sebanyak 10 juta KPM).
- Jumlah penerima PKH tahun 2019 sebanyak 9.841.270 keluarga dengan alokasi anggaran sebesar Rp34,2 triliun (sedikit lebih rendah dari target penerima sebanyak 10 juta KPM).

Badan Pusat Statistik (BPS) mencatat angka kemiskinan sebesar 9,22% pada September 2019, dengan jumlah penduduk miskin sebanyak 24,79 juta orang. Angka ini turun sebesar 0,44% dari kondisi tahun sebelumnya (September 2018), di mana angka kemiskinan tercatat sebesar 9,54% dengan jumlah penduduk miskin sebanyak 25,67 juta orang.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Microsave¹ menunjukkan bahwa PKH memberikan dampak terhadap perubahan konsumsi rumah tangga. Data

¹ MicroSave Consulting (2019), *Hasil Riset Operasional dan Dampak Program Keluarga Harapan (PKH)*

hasil survei dari Microsave menunjukkan bahwa konsumsi rumah tangga KPM PKH lebih tinggi 3.8% dibandingkan konsumsi rumah tangga non-KPM PKH.

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

Gambar 2. Akses Layanan PKH



B. Tujuan

Program Keluarga Harapan bertujuan untuk:

1. Meningkatkan taraf hidup Keluarga Penerima Manfaat melalui akses layanan pendidikan, kesehatan, dan kesejahteraan sosial;
2. Mengurangi beban pengeluaran dan meningkatkan pendapatan keluarga miskin dan rentan;
3. Menciptakan perubahan perilaku dan kemandirian Keluarga Penerima Manfaat dalam mengakses layanan kesehatan dan pendidikan serta kesejahteraan sosial;
4. Mengurangi kemiskinan dan kesenjangan; dan

5. Mengenalkan manfaat produk dan jasa keuangan formal kepada Keluarga Penerima Manfaat.

C. Sasaran

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

D. Aspek Kesehatan

Rendahnya penghasilan menyebabkan keluarga miskin tidak mampu memenuhi kebutuhan kesehatan dan pendidikan, bahkan untuk tingkat minimal sekalipun. Jika ibu hamil tidak mendapatkan pelayanan kesehatan yang memadai, maka hal ini akan berakibat pada buruknya kondisi kesehatan dan asupan gizi bayi yang ada dalam kandungan ibu tersebut dan tentunya mempengaruhi kesehatan si bayi pada saat lahir nanti. Pelayanan kesehatan selama masa kehamilan, persalinan dan nifas sangat penting bagi keberlangsungan hidup ibu dan bayi. Mendorong ibu mengakses fasilitas kesehatan, melibatkan tenaga medis profesional dalam persalinan dan pasca melahirkan sangat penting untuk terus menekan angka kematian ibu dan bayi.

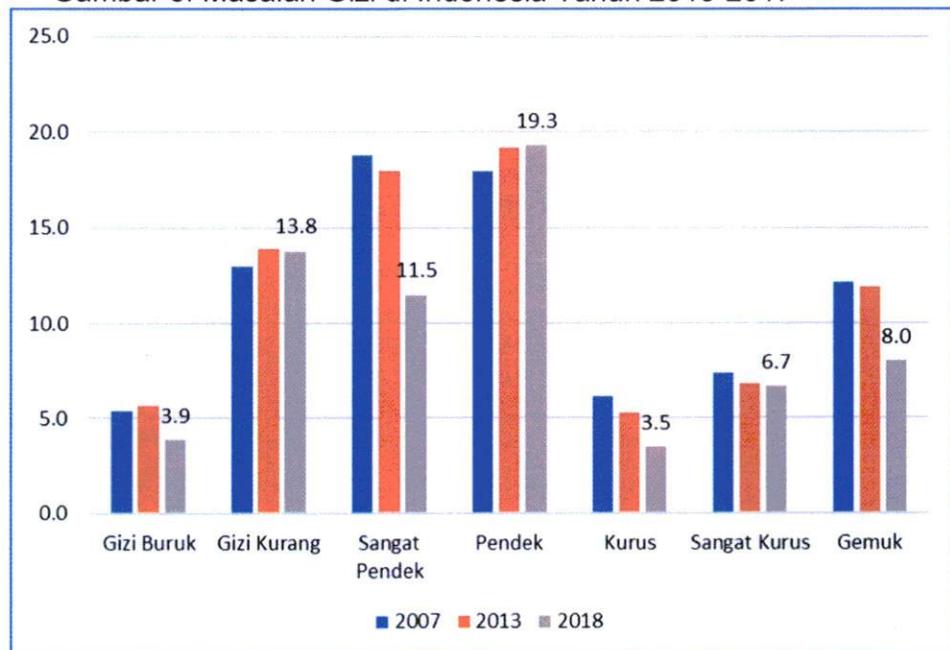
Kesehatan anak usia balita juga menjadi perhatian khusus dalam PKH. Berdasarkan data Riskesdas yang dilaksanakan di tahun 2007, 2013 dan 2018, terdapat peningkatan status gizi anak usia balita (0-59 bulan) di beberapa indikator yang berkaitan dengan gizi. Namun, terdapat pula penurunan di beberapa indikator lainnya, seperti balita dengan gizi kurang dan balita pendek. Hasil pemantauan Riskesdas 2018 menunjukkan balita dengan gizi buruk dan gizi kurang pada tahun 2018 ini berjumlah 17.7% secara nasional, sementara RPJMN 2019 menargetkan angka ini dapat ditekan menjadi 17%.

Selain itu, masalah *stunting* (balita dengan status gizi pendek dan sangat pendek) saat ini juga menjadi perhatian nasional. *Stunting* (pendek dan sangat pendek) adalah kondisi dimana balita memiliki panjang atau tinggi badan yang kurang jika dibandingkan dengan umur. Balita *stunting* termasuk masalah gizi kronik yang disebabkan oleh banyak faktor seperti kondisi sosial ekonomi, gizi ibu saat hamil, kesakitan pada bayi, dan kurangnya asupan gizi pada bayi.

Balita stunting di masa yang akan datang akan mengalami kesulitan dalam mencapai perkembangan fisik dan kognitif yang optimal. Data Riskesdas 2018 menunjukkan masih ada sekitar 11.5% balita Indonesia dengan status sangat pendek dan sebanyak 19.3% lainnya berstatus pendek.

Gambar 3 di bawah menampilkan status gizi balita dalam beberapa indikator gizi yang menjadi perhatian utama yang ingin ditingkatkan dalam pelaksanaan PKH.

Gambar 3. Masalah Gizi di Indonesia Tahun 2015-2017

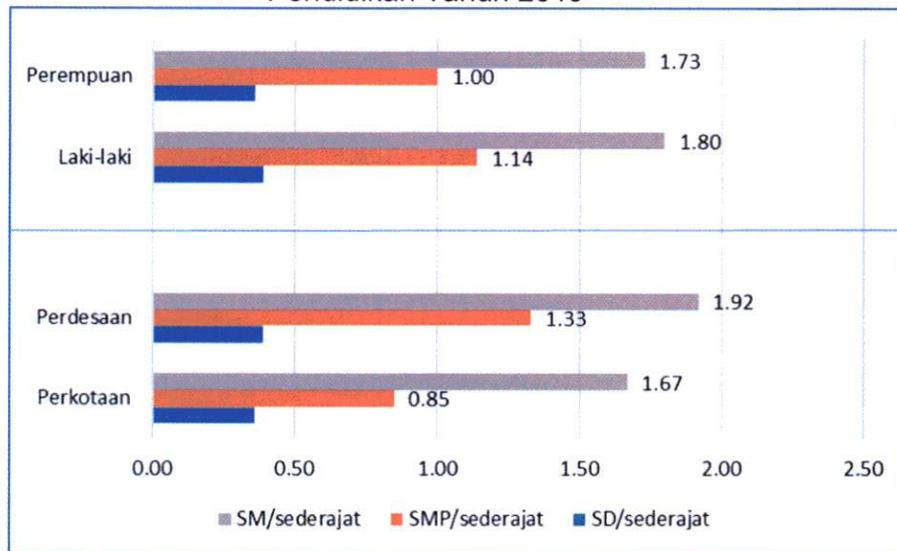


Sumber: Rikesdas 2007, 2013, 2018

E. Aspek Pendidikan

Berdasarkan data BPS yang diambil dari survei SUSENAS 2019, masih terdapat anak putus sekolah di setiap jenjang pendidikan. Target angka putus sekolah pada Renstra Kemendikbud adalah di bawah satu persen pada masing-masing jenjang pendidikan tersebut. Dapat dilihat dari data pada Gambar 4 di bawah bahwa jenjang pendidikan SD sudah mencapai target tersebut, sementara angka putus sekolah SMP/ sederajat maupun SM/ sederajat masih belum sesuai target.

Gambar 4 Perkembangan Jumlah Siswa Putus Sekolah Menurut Jenjang Pendidikan Tahun 2019



Sumber: BPS, SUSENAS 2019

Tanpa perhatian khusus pemerintah, anak putus sekolah rentan menjadi korban eksploitasi, termasuk perdagangan anak. Bahkan mereka rentan terhadap pelanggaran hukum dari penyalahgunaan obat terlarang sampai dengan kriminalitas. Putus sekolah juga berdampak pada minimnya wawasan/ilmu pengetahuan yang dimiliki oleh anak, masa depan anak tidak jelas, menyebabkan banyaknya pengangguran di masa mendatang.

Jumlah anak usia sekolah yang mengikuti pendidikan dasar menjadi salah satu indikator keberhasilan program menurunkan angka putus sekolah. Angka partisipasi murni² (APM) pada empat tahun terakhir menunjukkan peningkatan. Meningkatnya APM bisa jadi pengaruh dari berbagai program pemerintah termasuk bantuan tunai bersyarat PKH. APM dapat dilihat pada tabel dibawah.

Partisipasi sekolah masih bervariasi antarjenjang pendidikan yang terlihat melalui nilai Angka Partisipasi Kasar (APK). APK jenjang pendidikan SD/ sederajat nilainya sudah melebihi 100 persen. Hal ini menunjukkan bahwa penduduk yang bersekolah pada jenjang SD bukan hanya penduduk pada kelompok umur 7-12 tahun. Masalah ekonomi masih menjadi salah satu persoalan penting dalam proses pendidikan formal. Apabila perekonomian

² Angka Partisipasi Murni (APM) dihitung dari jumlah siswa per jumlah penduduk usia sekolah pada masing-masing jenjang.

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

Tabel 1. Angka Partisipasi Murni (APM) Pendidikan

Tahun	Jenjang Pendidikan	APM (%)
2014	SD/MI/Paket A	96,45
	SMP/MTS/Paket B	77,53
	SM/SMK/MA/Paket C	59,35
2015	SD/MI/Paket A	96,70
	SMP/MTS/Paket B	77,82
	SM/SMK/MA/Paket C	59,71
2016	SD/MI/Paket A	96,82
	SMP/MTS/Paket B	77,95
	SM/SMK/MA/Paket C	59,95
2017	SD/MI/Paket A	97,19
	SMP/MTS/Paket B	78,40
	SM/SMK/MA/Paket C	60,37

Sumber: BPS, 2017

Ket: APM tahun 2011-2013 dihitung ulang dengan mempertimbangkan perubahan angka proyeksi penduduk tahun 2010-2035

Berdasarkan data dari Badan Pusat Statistik tahun 2017 menunjukkan rata-rata nasional angka partisipasi murni pada jenjang pendidikan SD/MI/Paket A mencapai 97,19%, SMP/MTS/Paket B mencapai 78,40%, SMP/MTS/Paket B mencapai 60,37%.

Meskipun terjadi peningkatan pada empat tahun terakhir, APM pada tingkat Sekolah Menengah Pertama dan Sekolah Menengah Atas masih tergolong rendah. Dukungan program bantuan tunai bersyarat PKH diharapkan dapat memberikan kontribusi meningkatnya APM pada tahun-tahun berikutnya.

F. Aspek Kesejahteraan Sosial

1. Penyandang Disabilitas

Penyandang Disabilitas adalah setiap orang yang mengalami keterbatasan fisik, intelektual, mental, dan/atau sensorik dalam jangka waktu lama yang dalam berinteraksi dengan lingkungan dapat mengalami

hambatan dan kesulitan untuk berpartisipasi secara penuh dan efektif dengan warga negara lainnya berdasarkan kesamaan hak

Penyandang disabilitas merupakan bagian dari masyarakat Indonesia yang mempunyai hak dan kewajiban yang sama dengan warga Negara lainnya. Berdasarkan Undang-undang Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas, Penyandang Disabilitas berhak memperoleh pelayanan dan kemudahan yang berhubungan dengan pemenuhan hak terutama pengasuhan dan perawatan dari keluarganya.

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

Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K) menyebutkan persentase penyandang disabilitas sedang dan berat sebesar 9% sebagaimana tabel 2. Persentase penyandang disabilitas terbesar berdasarkan usia adalah pada kelompok usia 60 tahun ke atas yaitu 46% atau 9.888.281 jiwa dari total populasi lansia 21.609.716 jiwa.

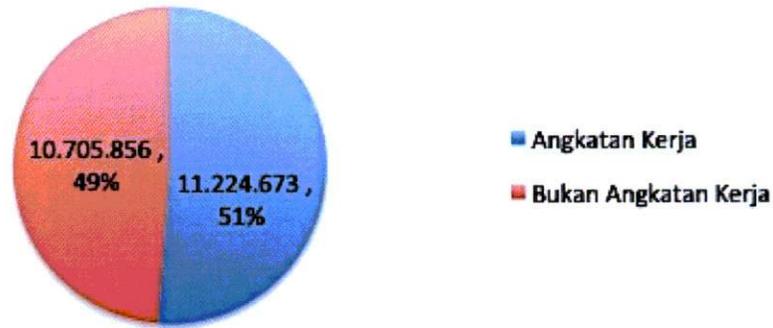
Tabel 2. Jumlah Penduduk dengan Status Disabilitas

Kelompok Usia	Jumlah Penduduk	PD Sedang dan Berat		PD Berat	
		Jumlah	%	Jumlah	%
Usai 0 - 6 tahun	24.063.555	1.047.707	4%	305.918	1%
Usia 7 - 18 tahun	38.230.392	622.106	2%	173.217	0%
Usia 19 - 59 tahun	162.732.512	9.545.485	6%	1.449.725	1%
Usia 60++	21.609.716	9.888.281	46%	2.683.278	12%
Jumlah	246.636.175	21.103.579	9%	4.612.138	2%

Sumber: TNP2K, 2018

Badan Pusat Statistik merilis data survey ketenagakerjaan nasional (Sakernas) tahun 2017, penduduk usia kerja disabilitas nasional berjumlah 21.930.529 orang. Jumlah angkatan kerja sebanyak 11.224.673 orang atau 51,18% dan bukan angkatan kerja penyandang disabilitas sebanyak 10.705.856 orang atau sebesar 48,82%.

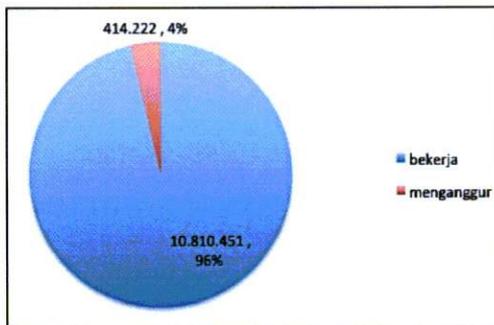
Gambar 5. Jumlah Penyandang Disabilitas Berdasarkan Angkatan Kerja



Sumber: BPS, Sakernas, 2017

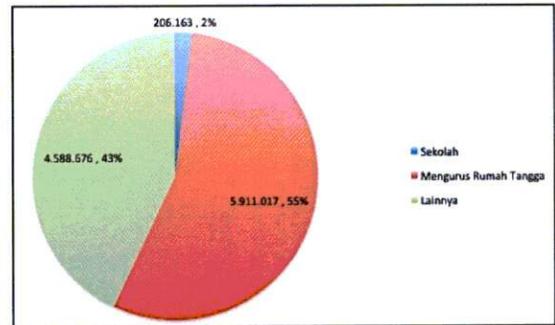
Jumlah disabilitas yang bekerja sebanyak 10.810.451 orang atau sebesar 96,31% dan pengangguran terbuka sebanyak 414.222 orang atau sebesar 3,69%. Sementara penyandang disabilitas bukan angkatan kerja terdiri dari yang masih di bangku sekolah sebanyak 206.163 orang atau 1,93%, mengurus rumah tangga sebanyak 5.911.017 orang atau 55,21 persen dan lainnya sebanyak 4.588.676 orang atau 42,86%.

Gambar 6
Jumlah Penyandang Disabilitas Yang Bekerja dan Menganggur



Sumber: Sakernas, 2017

Gambar 7
Jumlah Penyandang Disabilitas Bukan Angkatan Kerja



Sumber: Sakernas, 2017

Sebagian besar penyandang disabilitas di Indonesia hidup dalam kondisi rentan, terbelakang, dan/atau miskin dikarenakan masih adanya pembatasan, hambatan, kesulitan, dan pengurangan atau penghilangan hak penyandang disabilitas.

Untuk mewujudkan kesamaan hak dan kesempatan bagi penyandang disabilitas menuju kehidupan yang sejahtera, mandiri, dan tanpa diskriminasi diperlukan bantuan sosial terhadap penyandang disabilitas dalam mengakses pelayanan kesehatan dan pendidikan.

2. Lanjut Usia

Penuaan penduduk telah berlangsung secara pesat di Indonesia. Data hasil Survei Sosial Ekonomi Nasional (SUSENAS) Pada tahun 2018 mencatat jumlah lansia di Indonesia adalah 24,49 juta jiwa. Hal ini menunjukkan bahwa Indonesia termasuk negara memasuki era penduduk menua (*ageing population*) karena jumlah penduduk yang berusia 60 tahun keatas sudah mencapai angka 9,27%.

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

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

Gambar 8. Grafik Rasio Ketergantungan Penduduk Lansia 2010-2019



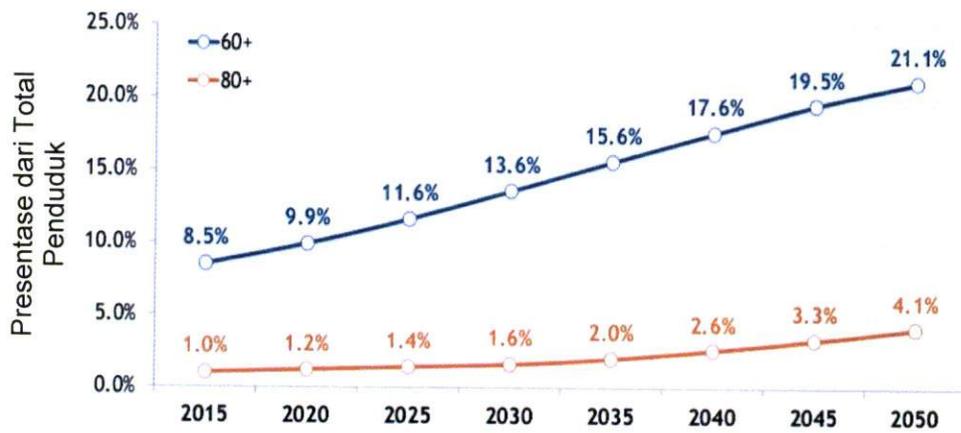
Sumber: BPS, 2019

Berdasarkan grafik pada gambar. 13, rasio ketergantungan penduduk lansia tahun 2019 sebesar 15,01 artinya setiap 100 orang penduduk usia produktif harus menanggung sekitar 15 orang penduduk lansia.

Persentase lansia yang kian meningkat setiap tahunnya berimplikasi tidak hanya pada kehidupan lansia semata, akan tetapi memberikan dampak terhadap kehidupan generasi lainnya. Mereka yang berada pada kelompok usia produktif (15-59 tahun) ikut menanggung kehidupan para lansia yang sudah tidak berkontribusi aktif secara ekonomi.

Studi TNP2K berdasarkan Susenas tahun 2017 menyebutkan proyeksi pertumbuhan penduduk lansia di Indonesia meningkat dari tahun ke tahun. Saat ini terdapat 20 juta penduduk lansia di Indonesia. Pada tahun 2020, sekitar 10% dari penduduk Indonesia akan berusia 60 tahun ke atas dan meningkat menjadi 13% pada tahun 2030. Dan pada tahun 2050, 21,1% atau 1 dari 5 penduduk Indonesia adalah lansia (gambar 14).

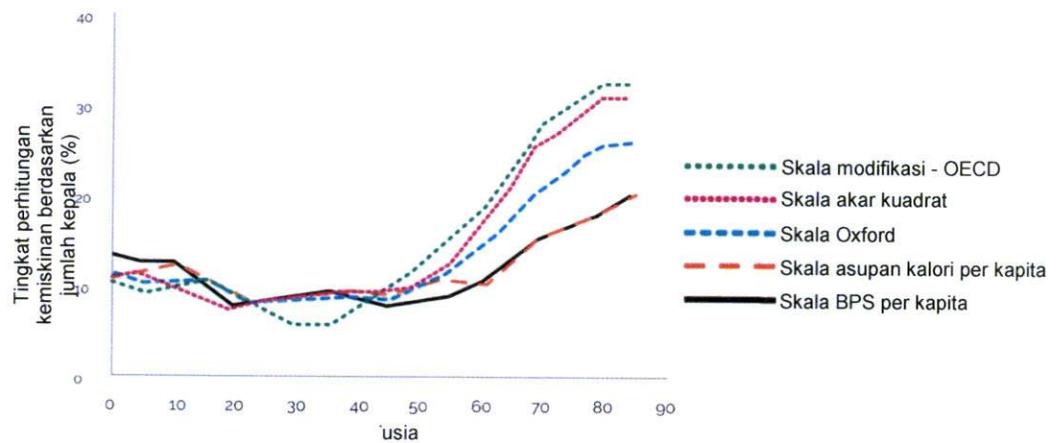
Gambar 9. Proyeksi Pertumbuhan Lansia di Indonesia



Sumber: TNP2K, 2019

Tingkat kemiskinan ekstrem di Indonesia ditemukan pada penduduk lanjut usia, dengan tingkat yang sangat tinggi pada yang usia paling tua (gambar 15).

Gambar 10. Tingkat Kemiskinan Berdasarkan Kelompok Usia



Sumber: TNP2K, 2019 berdasarkan analisis Susenas 2017

Pada implementasinya diperlukan sinergi lintas sektor dalam penanganan lanjut usia dan penyandang disabilitas miskin berdasarkan status tinggal. Bantuan PKH diberikan kepada penyandang disabilitas dan lanjut usia dalam keluarga. PKH membantu meringankan beban keluarga penerima manfaat yang mengampu lansia.

G. Sinergi Lintas Sektor

Berbagai indikator di atas menunjukkan bahwa pemenuhan kebutuhan dasar, khususnya bidang pendidikan dan kesehatan, terutama bagi keluarga miskin dan rentan perlu ditingkatkan.

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

Sementara itu, permasalahan pada sisi pelayanan (*supply side*) yang menyebabkan rendahnya akses keluarga miskin terhadap pendidikan dan kesehatan antara lain belum tersedianya pelayanan kesehatan dan pendidikan yang mudah dijangkau, biaya pelayanan yang tidak terjangkau, serta jarak antara tempat tinggal dan lokasi pelayanan yang relatif jauh. Hal tersebut merupakan tantangan utama bagi penyedia pelayanan pendidikan dan kesehatan.

Sebagai upaya menambah daya ungkit penanggulangan kemiskinan maka diperlukan sinergi berbagai program perlindungan sosial baik dalam bentuk subsidi, bantuan sosial tanpa syarat, bantuan sosial bersyarat, maupun bantuan-bantuan sosial pemberdayaan.

Program Sembako, Program Indonesia Sehat, Program Indonesia Pintar, RS-Rumah Tidak Layak Huni, Kelompok Usaha Bersama (KUBE) dan lain-lain perlu diperkuat sebagai program komplementer PKH.

H. Perkembangan Jumlah KPM PKH

Program Keluarga Harapan (PKH) dilaksanakan secara berkelanjutan yang dimulai pada tahun 2007 di 7 provinsi. Sampai dengan tahun 2019, PKH sudah dilaksanakan di 34 provinsi dan mencakup 512 Kabupaten/Kota dan 6.709 Kecamatan.

Tabel 4. Perkembangan Jumlah KPM PKH

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

BAB II

KERANGKA KONSEP PKH

A. Kriteria Penerima PKH

Kriteria penerima PKH terdiri atas tiga komponen yaitu:

1. Komponen kesehatan, yaitu terdiri atas ibu hamil dan anak usia 0 s.d. 6 tahun.
2. Komponen pendidikan, yaitu terdiri atas Anak SD/ sederajat; pesantren usia > 6 s.d. 12 tahun, Anak SMP/ sederajat; pesantren usia > 12 s.d. 15 tahun, dan Anak SMA/ sederajat; pesantren usia > 15 s.d. 21 tahun
3. Komponen kesejahteraan sosial, yaitu terdiri atas lanjut usia dan penyandang disabilitas berat

Kriteria penerima manfaat berdasarkan tiga komponen di atas dapat dilihat pada Gambar 16.

Gambar 11. Kriteria penerima manfaat PKH



B. Hak dan Kewajiban KPM PKH

1. Hak KPM PKH

KPM PKH berhak mendapatkan:

- a. bantuan sosial;
- b. pendampingan sosial;
- c. pelayanan di fasilitas kesehatan, pendidikan dan kesejahteraan sosial; dan
- d. program bantuan komplementer di bidang pangan, kesehatan, pendidikan, subsidi energi, ekonomi, perumahan, aset kepemilikan tanah dan bangunan, dan pemenuhan kebutuhan dasar lainnya sesuai kebijakan pemerintah.

2. Kewajiban KPM PKH

Kewajiban KPM PKH terdiri dari:

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

Gambar 12. Kewajiban anggota keluarga penerima manfaat PKH berdasarkan komponen



3. Pemenuhan Kewajiban

Seluruh anggota keluarga penerima manfaat harus memenuhi kewajiban kepesertaan PKH sebagaimana yang diterangkan di atas. Pemenuhan kewajiban oleh KPM PKH akan menjadi dasar untuk penyaluran bantuan sosial serta hak kepesertaan lainnya yakni bantuan sosial; pendampingan sosial; pelayanan di fasilitas kesehatan, pendidikan dan kesejahteraan sosial; dan program bantuan komplementer. KPM yang memenuhi kewajibannya akan mendapatkan hak sesuai ketentuan program. Sedangkan KPM yang tidak memenuhi kewajiban dikenakan penangguhan bantuan sosial PKH dan/atau penghentian kepesertaan PKH.

C. Program Bantuan Komplementer

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

D. PKH Akses

PKH Akses adalah program pemberian bantuan sosial PKH di wilayah sulit dijangkau baik secara geografis, ketersediaan infrastruktur, maupun sumber daya manusia dengan pengkondisian secara khusus (Pasal 1 ayat 2 Peraturan Menteri Sosial Nomor 1/HUK/2018 tentang Program Keluarga Harapan). Sasaran PKH Akses merupakan keluarga yang miskin dan rentan di wilayah PKH Akses yang terdaftar dalam data terpadu kesejahteraan sosial.

1. Kriteria wilayah PKH Akses

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

a. Pulau-Pulau Kecil Terluar

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

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

b. Daerah tertinggal/terpencil

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

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

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

c. Perbatasan antarnegara

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

2. Mekanisme pelaksanaan

Mekanisme pelaksanaan PKH Akses meliputi penetapan sumber data, penetapan sasaran, validasi, penetapan KPM, verifikasi komitmen, penyaluran bantuan, pemutakhiran data, pengelolaan SDM, dan transformasi.

Mekanisme secara rinci dijelaskan pada Petunjuk Pelaksanaan PKH Akses.

E. PKH Adaptif

PKH Adaptif adalah program pemberian bantuan sosial PKH terhadap korban bencana alam, korban bencana sosial dan komunitas adat terpencil.

Data calon penerima manfaat PKH Adaptif dapat bersumber dari dan/atau di luar data terpadu kesejahteraan sosial. Penerima manfaat PKH Adaptif ditetapkan oleh Direktur Jaminan Sosial Keluarga melalui mekanisme pelaksanaan PKH.

1. Korban Bencana Alam

Pengertian korban bencana alam adalah korban bencana yang diakibatkan oleh peristiwa atau serangkaian peristiwa yang disebabkan oleh alam antara lain berupa gempa bumi, tsunami, gunung meletus, banjir, kekeringan, angin topan, dan tanah longsor.

2. Korban Bencana Sosial

Pengertian korban bencana sosial adalah korban bencana yang diakibatkan oleh peristiwa atau serangkaian peristiwa yang diakibatkan

oleh manusia yang meliputi konflik sosial antarkelompok atau antarkomunitas masyarakat, dan teror.

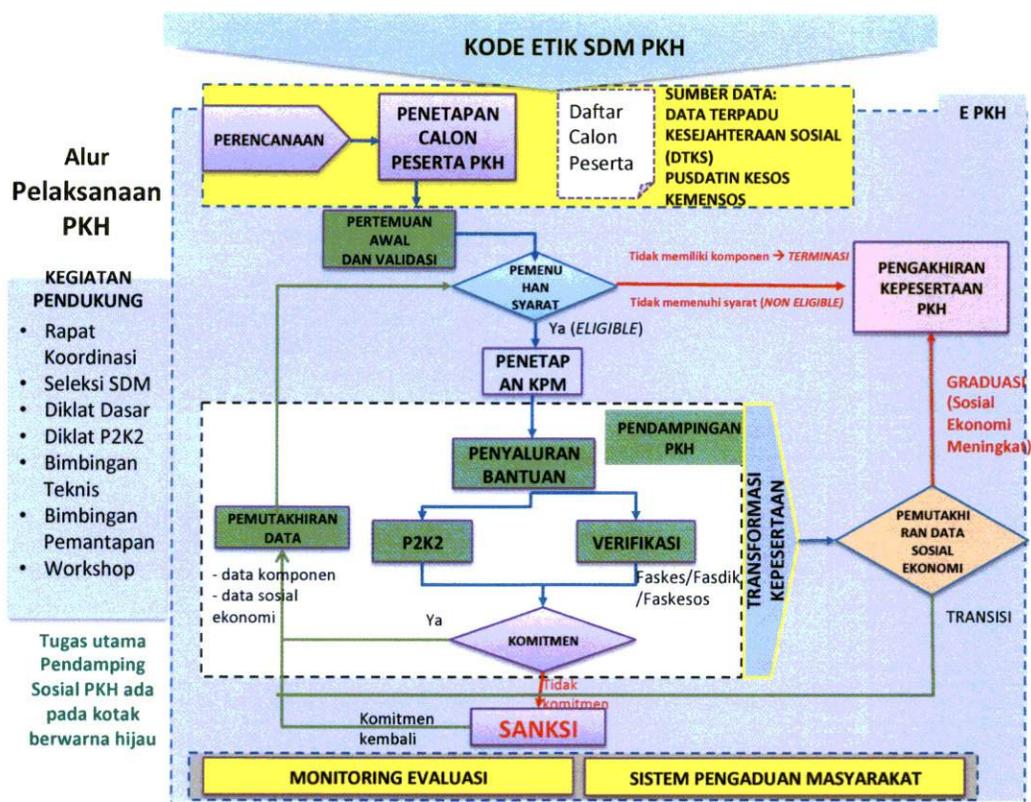
3. Komunitas Adat Terpencil

Pengertian Komunitas Adat Terpencil (KAT) adalah sekumpulan orang dalam jumlah tertentu yang terikat oleh kesatuan geografis, ekonomi, dan/atau sosial budaya, dan miskin, terpencil, dan/atau rentan sosial ekonomi.

BAB III PENGELOLAAN PROGRAM

Bab ini menjelaskan seluruh proses utama dalam pelaksanaan Program Keluarga Harapan (PKH). Proses utama pelaksanaan PKH dapat dilihat pada gambar 18.

Gambar 13. Alur Pelaksanaan PKH



A. Perencanaan

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

B. Penetapan Calon Peserta PKH

Penetapan calon peserta PKH dilakukan untuk menetapkan wilayah kepesertaan dan jumlah calon KPM menurut daerah provinsi, daerah kabupaten/kota, dan kecamatan. Data tingkat kemiskinan menjadi salah satu bahan pertimbangan dalam penetapan wilayah kepesertaan PKH.

Penetapan calon peserta PKH ditetapkan oleh Direktur Jaminan Sosial Keluarga Kementerian Sosial RI. Sumber data penetapan sasaran berasal dari Data Terpadu Kesejahteraan Sosial.

Penetapan sasaran perluasan perlu memperhatikan beberapa hal yaitu:

1. Arah kebijakan penanggulangan kemiskinan.
 - a. Skala prioritas percepatan penanggulangan kemiskinan.
 - b. Perlindungan dan jaminan sosial adaptif bagi keluarga yang terkena dampak bencana.

2. Usulan Daerah.

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

C. Persiapan Daerah

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

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

D. Pertemuan Awal dan Validasi

Agar calon KPM PKH memiliki pemahaman tentang PKH dan kesiapan sebagai penerima manfaat PKH, Pendamping Sosial PKH melakukan sosialisasi PKH pada pertemuan awal.

Kegiatan pertemuan awal dapat digunakan sekaligus untuk melakukan validasi data dengan cara mencocokkan data awal calon peserta PKH dengan bukti dan fakta kondisi terkini sehingga diperoleh data yang valid dan sesuai dengan kriteria penerima PKH (*eligible*).

E. Penetapan Keluarga Penerima Manfaat PKH

KPM PKH yang ditetapkan adalah keluarga yang memenuhi kriteria penerima manfaat PKH sesuai dengan ketentuan yang berlaku berdasarkan:

1. hasil validasi data calon penerima manfaat PKH dan telah dibukakan rekening bank; dan/atau
2. hasil verifikasi komitmen dan/atau pemutakhiran data.

Penetapan KPM PKH dilakukan melalui keputusan Direktur Jaminan Sosial Keluarga Kementerian Sosial RI.

F. Penyaluran Bantuan

1. Bentuk Bantuan Sosial

Bantuan sosial PKH diberikan dalam bentuk uang kepada keluarga yang telah ditetapkan sebagai penerima manfaat PKH melalui Surat Keputusan Direktur Jaminan Sosial Keluarga.

2. Tahapan Penyaluran Bantuan Sosial

Penyaluran Bantuan Sosial untuk penerima manfaat PKH dilakukan secara bertahap dalam satu tahun anggaran dengan cara setiap 3 (tiga) bulan sekali atau setiap bulan sekali, dengan memperhatikan ketersediaan anggaran dan kondisi fiskal Negara yang berlaku saat akan pendistribusian bantuan sosial tersebut

3. Mekanisme Penyaluran Bantuan Sosial

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

a) Pembukaan Rekening Penerima Bantuan Sosial

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

b) Sosialisasi dan Edukasi

Kegiatan sosialisasi dan edukasi merupakan aktivitas untuk menyampaikan informasi kepada pihak terkait tentang penyaluran bantuan sosial non tunai. Kegiatan sosialisasi dilakukan oleh Kemensos

bersama Bank Penyalur dan Pemerintah daerah sesuai dengan kewenangannya.

c) Distribusi Kartu Keluarga Sejahtera kepada KPM

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

d) Proses Penyaluran Bantuan Sosial PKH

Penyaluran bantuan sosial PKH dilakukan dengan cara pemindahbukuan dari pemberi bantuan sosial kepada penerima bantuan sosial melalui bank penyalur.

e) Penarikan Dana Bantuan Sosial PKH

Penarikan dana bantuan sosial PKH adalah kegiatan KPM melakukan transaksi penarikan dana PKH yang dapat dilakukan di layanan yang disediakan oleh lembaga bayar.

f) Rekonsiliasi Hasil Penyaluran Bantuan Sosial PKH

Rekonsiliasi merupakan kegiatan pencocokkan dan pengecekan administrasi, data dan dana hasil penyaluran bantuan sosial yang dilakukan secara berjenjang oleh pelaksana PKH dengan bank penyalur.

g) Pemantauan, Evaluasi dan Pelaporan Bantuan Sosial

Kegiatan pemantauan, evaluasi dan pelaporan bantuan sosial adalah serangkaian proses yang dilakukan oleh Kementerian Sosial, Pelaksana PKH di daerah dan Bank Penyalur untuk memastikan bahwa bantuan telah diterima oleh KPM.

4. Pemanfaatan Bansos

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

G. Pendampingan

Pendampingan bagi KPM PKH diperlukan untuk mempercepat proses pencapaian salah satu tujuan PKH, yaitu menciptakan perubahan perilaku dan kemandirian KPM dalam mengakses layanan kesehatan dan layanan pendidikan serta layanan kesejahteraan sosial.

Untuk memastikan tercapainya perubahan perilaku yang diharapkan, Pendamping Sosial PKH mempunyai peran dan fungsi sebagai Fasilitator, Mediator, Advokator, Edukator dan Motivator bagi KPM PKH.

H. Pertemuan Peningkatan Kemampuan Keluarga (P2K2)

P2K2/*Family Development Session* (FDS) merupakan sebuah intervensi perubahan perilaku yang terstruktur. P2K2 diberikan pada semua KPM PKH sejak tahun pertama kepesertaan PKH.

Materi P2K2 wajib disampaikan melalui pertemuan kelompok setiap bulan yang disampaikan oleh Pendamping Sosial PKH terhadap kelompok-kelompok dampungannya.

1. Tujuan P2K2

- a. Meningkatkan pengetahuan KPM PKH mengenai pengasuhan anak dan mendukung pendidikan anak di sekolah.
- b. Meningkatkan pengetahuan praktis KPM PKH tentang pengelolaan keuangan keluarga. KPM PKH belajar bagaimana membedakan antara kebutuhan dan keinginan, membuat target menabung dan menghindari hutang, serta meningkatkan penghasilan dengan membuka usaha.
- c. Meningkatkan kesadaran KPM PKH dalam hal kesehatan.
- d. Meningkatkan kesadaran KPM PKH terhadap pencegahan kekerasan terhadap anak dan pemenuhan hak-hak anak.
- e. Meningkatkan kesadaran KPM PKH terhadap hak-hak lansia dan disabilitas.
- f. Mempercepat kemandirian ekonomi KPM PKH.
- g. Secara umum meningkatkan kesadaran KPM PKH akan hak dan kewajibannya sebagai anggota masyarakat, khususnya dalam pemanfaatan layanan umum yang disediakan pemerintah untuk memperbaiki kondisi kesehatan dan pendidikan.

2. Komponen dalam Pelaksanaan P2K2

Komponen yang diperlukan dalam pelaksanaan P2K2 adalah:

a. Modul P2K2

Modul P2K2 merupakan modul pembelajaran terstruktur untuk meningkatkan keterampilan hidup KPM PKH dengan fokus utama di bidang ekonomi, pendidikan anak, kesehatan, perlindungan anak dan kesejahteraan sosial. Modul P2K2 disampaikan kepada KPM dengan memperhatikan kebutuhan KPM.

Gambar 14. Modul P2K2

MODUL PERTEMUAN PENINGKATAN KEMAMPUAN KELUARGA (P2K2)				
1. KESEHATAN DAN GIZI	2. PENGASUHAN & PENDIDIKAN ANAK	3. PENGELOLAAN KEUANGAN & PERENCANAAN USAHA	4. PERLINDUNGAN ANAK	5. KESEJAHTERAAN SOSIAL
<p>Pentingnya Gizi & layanan kesehatan ibu hamil</p>  <p>Pentingnya gizi untuk ibu menyusui dan balita</p>  <p>Kesakitan dan Kesehatan Lingkungan (cuci tangan, jamban dll)</p>  <p>Program Indonesia Sehat</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pemberian Makanan Tambahan (PMT) • Perencanaan KB • Sejahtera Tanpa Rokok 	<p>Menjadi Orang Tua yang Lebih Baik</p>  <p>Memahami perkembangan & perilaku anak</p>  <p>Memahami cara anak usia dini belajar</p>  <p>Membantu anak sukses di sekolah</p> <p>Program Indonesia Pintar</p>	<p>Mengetola Keuangan Keluarga</p>  <p>Cermat Meminjam & Menabung</p>  <p>Memulai Usaha</p>  <ul style="list-style-type: none"> • E-Warung KUBE PKH • Pemasaran Online • Kewirausahaan • Akses pada Lembaga Keuangan Mikro <p>Program Sembako</p>	<p>Pencegahan kekerasan pada anak</p>  <p>Penelantaran & Eksploitasi Terhadap Anak</p> 	<p>Pelayanan bagi penyandang disabilitas berat</p>  <p>Pentingnya kesejahteraan lanjut usia</p> 
				

b. Bahan Ajar

Bahan ajar berupa buku modul, buku pintar, flipchart, poster dan brosur dan alat lainnya untuk mendukung penyampaian P2K2 diselenggarakan oleh Kementerian Sosial atau pihak-pihak lain yang ingin berkontribusi.

c. Waktu Pelaksanaan P2K2

P2K2 dilaksanakan setiap bulan selama masa kepesertaan PKH.

Pelaksanaan P2K2 secara lebih rinci dijelaskan dalam lampiran Petunjuk Teknis P2K2.

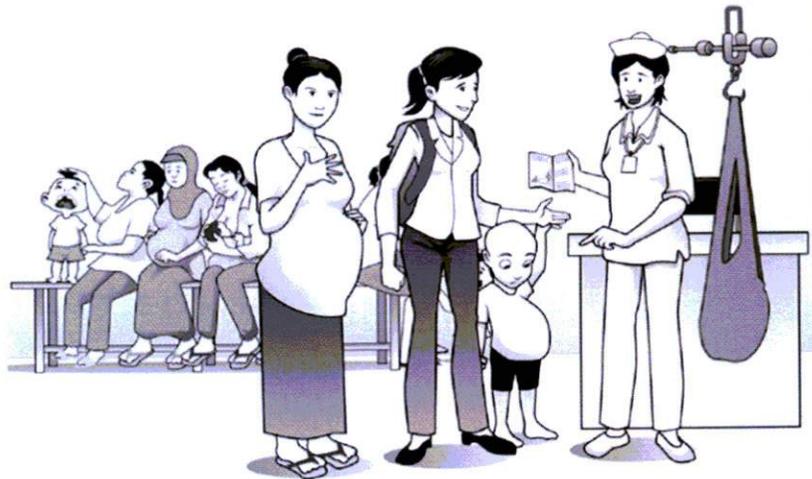
I. Verifikasi Komitmen

1. Sebagai program bantuan tunai bersyarat, PKH mensyaratkan pemenuhan kewajiban terkait pemanfaatan layanan kesehatan, layanan pendidikan, dan kesejahteraan sosial oleh KPM PKH. Untuk pemenuhan kewajiban tersebut pelaksana PKH harus memastikan seluruh anggota KPM terdaftar, hadir dan mengakses layanan kesehatan, pendidikan, dan kesejahteraan sosial.

2. Verifikasi Komitmen bertujuan untuk memantau tingkat kehadiran anggota KPM PKH pada fasilitas kesehatan dan pendidikan secara rutin sesuai dengan protokol kesehatan, protokol pendidikan dan sosial.
3. Pelaksanaan entri data verifikasi komitmen dilakukan oleh pendamping setiap bulan melalui e-PKH menggunakan aplikasi *mobile* untuk mencatat kehadiran seluruh anggota KPM pada setiap kunjungan ke layanan pendidikan, layanan kesehatan maupun layanan kesejahteraan sosial.
4. Data hasil entri verifikasi komitmen menjadi salah satu dasar penyaluran, penangguhan, dan penghentian bantuan.

Mekanisme verifikasi komitmen dijelaskan lebih rinci pada Petunjuk Teknis Verifikasi Komitmen.

Gambar 15. Pelaksanaan Verifikasi Komitmen



J. Pemutakhiran Data

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

Beberapa perubahan informasi dari KPM sebagai berikut:

1. Perubahan status *eligibility* KPM;
2. Perubahan nama pengurus dikarenakan meninggal, cerai, berurusan dengan hukum dan hilang ingatan;

3. Perubahan komponen kepesertaan;
4. Perubahan fasilitas kesehatan yang diakses;
5. Perubahan fasilitas pendidikan yang diakses;
6. Perubahan domisili KPM;
7. Perubahan data bantuan program komplementer; dan
8. Perubahan sosial ekonomi.

Pelaksanaan entri data untuk pemutakhiran data melalui e-PKH dilakukan oleh pendamping setiap kali terjadi perubahan kondisi KPM yang ditemukan pada setiap kunjungan ke KPM PKH.

Hasil pemutakhiran data melalui e-PKH sekaligus dapat mengubah DTKS pada Pusat Data dan Informasi (Pudatin) Kementerian Sosial sebagai bentuk integrasi sistem.

K. Transformasi Kepesertaan PKH

Transformasi kepesertaan PKH merupakan proses pengakhiran sebagai KPM PKH melalui kegiatan **resertifikasi** dengan melakukan penilaian kembali status sosial ekonomi KPM PKH.

Hasil penilaian tersebut menentukan status *eligibility* KPM PKH yaitu:

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

L. Sistem Pengaduan Masyarakat

Sebagai perwujudan tata kelola program yang baik, PKH menyediakan Sistem Pengaduan Masyarakat (*grievance redress system*). Layanan ini dapat diakses oleh masyarakat untuk memastikan KPM menerima layanan berkualitas dan memperoleh hak-haknya.

Pengaduan dapat dilakukan melalui proses penyampaian informasi, keluhan atau masalah terkait pelaksanaan PKH. Pengaduan dapat dilakukan oleh KPM PKH, SDM PKH, mitra kerja, maupun masyarakat secara tertulis maupun lisan melalui *Contact Center* PKH.

Keberadaan *contact center* dilengkapi dengan kanal pengaduan yang

disediakan berdasarkan jenis, waktu, tujuan dan sasaran pengaduan. Tersedianya berbagai kanal pengaduan diharapkan dapat menjangkau masyarakat luas, sehingga keluhan dapat dengan mudah disampaikan kepada pelaksana PKH.

Kanal pengaduan yang ada pada *Contact Center* PKH adalah:

1. *Call center*, pengaduan melalui telepon pada nomor 1500299;
2. SMS Center, pengaduan melalui layanan pesan singkat/*whatsapp* dengan nomor 0811-1500229;
3. Email: pengaduan@pkh.kemsos.go.id; dan
4. Media sosial

Gambar 16. Call Center



Tahapan penanganan pengaduan terdiri atas penerimaan kasus, pencatatan, pemilahan, penalaahan, klarifikasi, rekomendasi, penyelesaian, dan pelaporan.

M. e-PKH

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

BAB IV

KELEMBAGAAN PKH

Kelembagaan PKH terdiri atas Tim Koordinasi Nasional, Tim Koordinasi Teknis, dan Pelaksana Program Keluarga Harapan (Pelaksana PKH) yang dibentuk di tingkat Pusat, Provinsi, Kabupaten/Kota dan Kecamatan.

A. Kelembagaan di Tingkat Pusat

1. Tim Koordinasi Nasional

Pengarah : Menteri Koordinator bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan

Ketua : Menteri Sosial

Anggota Tim Koordinasi Nasional terdiri dari pejabat eselon I kementerian/lembaga yang membidangi urusan pengentasan kemiskinan, pendidikan, kesehatan, anak, keluarga, disabilitas, lanjut usia, data dan komunikasi, sebagai berikut:

- a. Kementerian Sosial
- b. Kementerian PPN/Bappenas
- c. Kementerian Kesehatan
- d. Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan
- e. Kementerian Agama
- f. Kementerian Dalam Negeri
- g. Kementerian Keuangan
- h. Kementerian Komunikasi dan Informatika
- i. Badan Pusat Statistik

Tim Koordinasi Nasional bertugas:

- a. melakukan kajian pelaksanaan, mekanisme, hasil audit dan evaluasi;
- b. memberikan solusi atas permasalahan lintas sektor; dan
- c. menyetujui perubahan pelaksanaan program.

Tim Koordinasi Nasional PKH ditetapkan dengan Keputusan Menteri Sosial.

2. Tim Koordinasi Teknis

Pengarah : Menteri Sosial

Ketua : Direktur Jenderal Perlindungan dan Jaminan Sosial

Sekretaris : Direktur Jaminan Sosial Keluarga

Tim Koordinasi Teknis PKH Pusat terdiri dari pejabat eselon II wakil kementerian/lembaga terkait.

Tim Koordinasi Teknis Pusat bertugas:

- a. mengkaji berbagai rencana operasional yang disiapkan oleh Direktorat Teknis Pelaksana PKH;
- b. melakukan koordinasi lintas sektor terkait agar tujuan PKH dapat berjalan baik;
- c. membentuk Tim Lintas Sektor yang terdiri dari perwakilan kementerian/lembaga terkait;
- d. Tim Lintas Sektor bertugas menentukan sasaran KPM PKH; dan
- e. melakukan pengawasan pelaksanaan PKH.

Tim Koordinasi Teknis Pusat ditetapkan dengan Keputusan Direktur Jenderal Perlindungan dan Jaminan Sosial.

3. Pelaksana PKH di Pusat

Pelaksana Program Keluarga Harapan pusat adalah Direktorat Jaminan Sosial Keluarga, Direktorat Jenderal Perlindungan dan Jaminan Sosial, Kementerian Sosial Republik Indonesia.

Tugas Pelaksana PKH Pusat:

- a. melaksanakan seluruh kebijakan pelaksanaan PKH meliputi penetapan sasaran, validasi, terminasi, bantuan sosial, kepesertaan dan sumber daya;
- b. memastikan pelaksanaan PKH sesuai dengan rencana;
- c. menyelesaikan permasalahan dalam pelaksanaan PKH;
- d. membangun jejaring dan kemitraan dengan berbagai pihak untuk perluasan dan penyempurnaan program;
- e. melakukan pemantauan dan pengendalian kegiatan PKH;

- f. menyusun dan menyampaikan laporan pelaksanaan kegiatan PKH kepada Direktur Jenderal Perlindungan dan Jaminan Sosial.

B. Kelembagaan PKH di Daerah

Kelembagaan PKH di daerah terdiri dari Tim Koordinasi Teknis Provinsi, Tim Koordinasi Teknis Kabupaten/Kota, Pelaksana PKH Kabupaten/Kota, dan Pelaksana PKH Kecamatan.

1. Tim Koordinasi Teknis PKH Provinsi

- a. Susunan Tim Koordinasi Teknis PKH Provinsi terdiri atas:
 - Ketua : Kepala Bappeda
 - Sekretaris : Kepala Dinas Sosial
- b. Tim Koordinasi Teknis PKH Provinsi ditetapkan dengan Keputusan Gubernur
- c. Tim Koordinasi Teknis PKH Provinsi bertugas:
 - 1) menyusun program dan rencana kegiatan PKH;
 - 2) memastikan komitmen penyediaan anggaran penyertaan kegiatan PKH;
 - 3) melakukan koordinasi dengan satuan kerja perangkat daerah terkait dan instansi/lembaga vertikal di provinsi.
 - 4) Melakukan kegiatan pemantauan dan pengendalian kegiatan PKH; dan
 - 5) Menyusun laporan pelaksanaan kegiatan PKH.

2. Tim Koordinasi Teknis PKH Kabupaten/Kota

- a. Susunan Tim Koordinasi Teknis PKH Kabupaten/Kota terdiri atas:
 - Ketua : Kepala Bappeda
 - Sekretaris : Kepala Dinas Sosial
- b. Tim Koordinasi Teknis PKH kabupaten/kota ditetapkan dengan Keputusan Bupati/Walikota
- c. Tim Koordinasi Teknis PKH Kabupaten/Kota bertugas:
 - 1) menyusun program dan rencana kegiatan PKH Kabupaten/Kota;
 - 2) komitmen penyediaan anggaran penyertaan kegiatan PKH;
 - 3) penyediaan fasilitas layanan pendidikan dan kesehatan;
 - 4) melakukan koordinasi dengan satuan kerja perangkat daerah terkait dan instansi/lembaga vertikal di kabupaten/kota;
 - 5) melakukan pemantauan dan pengendalian kegiatan PKH;

- 6) menyelesaikan masalah yang timbul dalam pelaksanaan PKH dilapangan;
- 7) menyusun dan menyampaikan laporan pelaksanaan kegiatan PKH kepada kepala daerah, kepada pelaksana PKH provinsi dan pelaksana PKH Pusat.

3. Pelaksana PKH Daerah

Pelaksana PKH daerah dilakukan oleh dinas/instansi sosial tingkat provinsi dan kabupaten/kota yang membidangi bantuan sosial, perlindungan dan jaminan sosial.

Pelaksana PKH Daerah terdiri atas Pelaksana PKH provinsi, Pelaksana PKH kabupaten/kota, dan Pelaksana PKH kecamatan.

a. Pelaksana PKH Provinsi

- 1) Pelaksana PKH Provinsi adalah Dinas/Instansi Sosial terdiri atas:
Ketua : Kepala Bidang Urusan Bantuan dan Jaminan Sosial
Sekretaris : Kepala Seksi Bantuan dan Jaminan Sosial
- 2) Pelaksana PKH Provinsi bertugas:
 - a) bertanggung jawab dalam penyediaan informasi dan sosialisasi PKH di kabupaten/kota;
 - b) melakukan supervisi, pengawasan, dan pembinaan terhadap pelaksanaan PKH di kabupaten/kota;
 - c) memastikan pelaksanaan PKH sesuai dengan rencana;
 - d) menyelesaikan permasalahan dalam pelaksanaan PKH;
 - e) membangun jejaring dan kemitraan dengan berbagai pihak dalam pelaksanaan PKH; dan
 - f) melaporkan secara berkala capaian pelaksanaan PKH di kabupaten/kota kepada pelaksana Pusat.

b. Pelaksana PKH Kabupaten/Kota

- 1) Pelaksana PKH Kabupaten/Kota adalah Dinas/Instansi Sosial terdiri atas:
Ketua : Kepala Bidang Urusan Bantuan dan Jaminan Sosial
Sekretaris : Kepala Seksi Bantuan dan Jaminan Sosial

- 2) Pelaksana PKH Kabupaten/Kota bertugas:
 - a) bertanggung jawab dalam penyediaan informasi dan sosialisasi PKH di kecamatan;
 - b) melakukan supervisi, pengawasan, dan pembinaan terhadap pelaksanaan PKH di kecamatan;
 - c) memastikan pelaksanaan PKH sesuai dengan rencana;
 - d) menyelesaikan permasalahan dalam pelaksanaan PKH;
 - e) membangun jejaring dan kemitraan dengan berbagai pihak dalam pelaksanaan PKH; dan
 - f) melaporkan pelaksanaan PKH kabupaten/kota kepada pelaksana PKH pelaksana Pusat dengan tembusan kepada Pelaksana PKH provinsi.

c. Pelaksana PKH Kecamatan

Pelaksana PKH Kecamatan adalah Pendamping PKH yang bertugas di kecamatan dan berkoordinasi dengan camat. Jika dalam satu wilayah kecamatan terdapat lebih dari satu pendamping, maka wajib ditunjuk salah seorang dari pendamping untuk menjadi Koordinator Pendamping tingkat kecamatan.

Pelaksana PKH Kecamatan bertugas:

- 1) bertanggung jawab dalam penyediaan informasi dan sosialisasi PKH di kelurahan/desa/nama lain;
- 2) melakukan kegiatan pendampingan PKH di kelurahan/desa;
- 3) memastikan pelaksanaan PKH sesuai dengan rencana;
- 4) menyelesaikan permasalahan dalam pelaksanaan PKH;
- 5) membangun jejaring dan kemitraan dengan berbagai pihak dalam pelaksanaan PKH; dan
- 6) melaporkan pelaksanaan PKH kepada pelaksana PKH kabupaten/kota.

C. Mitra Kerja PKH

PKH sebagai program prioritas nasional dilaksanakan oleh Kementerian Sosial RI dan bekerjasama dengan mitra kerja:

1. Kementerian/Lembaga tingkat pusat serta Pemerintah Daerah Provinsi dan Kabupaten/Kota.
2. Organisasi non pemerintah baik nasional maupun internasional.

BAB V

PENGELOLAAN SUMBER DAYA

Sumber Daya Manusia (SDM) merupakan komponen utama yang berperan terhadap suksesnya tujuan organisasi dalam mengelola program/kegiatan.

Mengingat peran strategis dalam pelaksanaan PKH, maka SDM harus dikelola secara profesional dan senantiasa ditingkatkan kualitas kompetensinya sebagai bagian dari tuntutan profesionalitas yang terukur dan komprehensif.

A. Ruang Lingkup

Ruang lingkup pengelolaan sumber daya manusia terdiri atas:

- a. Kebijakan mutu SDM
- b. Perencanaan kebutuhan SDM
- c. Hubungan kerja
- d. Pemindahan tugas
- e. Promosi dan penurunan jabatan
- f. Penggantian SDM
- g. Pengaturan jam kerja
- h. Peningkatan kapasitas
- i. Pembayaran honorarium
- j. Penerapan sanksi
- k. Penilaian kinerja
- l. Pengakhiran hubungan kerja

B. Sumber Daya Manusia

SDM pelaksana PKH terdiri atas:

1. Penasihat nasional;
2. Tenaga bantuan teknis;
3. Tenaga ahli;
4. Koordinator Regional;
5. Koordinator Wilayah;
6. Koordinator Kabupaten/Kota;
7. Pekerja sosial supervisor;
8. Pendamping sosial;
9. Asisten pendamping sosial; dan
10. Administrator pangkalan data

Sumber daya manusia direkrut, diseleksi, dan ditetapkan oleh Direktur Jaminan Sosial Keluarga Kementerian Sosial RI.

Pemanfaatan sumber daya manusia disesuaikan dengan kebutuhan dan kemampuan keuangan negara.

C. Rekrutmen

Pelaksanaan rekrutmen SDM PKH dilakukan secara transparan, obyektif dan akuntabel yang bertujuan untuk mendapatkan SDM Pelaksana PKH sesuai dengan persyaratan dan kriteria yang ditetapkan. Proses rekrutmen dilaksanakan melalui tahapan publikasi, pendaftaran, pengumuman seleksi administrasi, pelaksanaan psikotes dan uji kompetensi bidang dan pengumuman hasil kelulusan.

D. Kode Etik SDM PKH dan Komisi Etik

Kode etik merupakan norma atau nilai yang mengatur tentang sikap, perilaku, dan tindakan seseorang yang berada dalam lingkungan kehidupannya, baik lingkungan kerja, organisasi, dan profesi. Khusus untuk lingkungan kerja, Kode Etik merupakan salah satu pilar dalam mengupayakan atmosfir kerja yang kondusif tugas dan fungsi yang menjadi tanggungjawab setiap individu.

Kode etik SDM PKH merupakan pedoman berisikan nilai-nilai yang mengatur sikap, perilaku, dan tindakan SDM PKH.

1. Kode Etik SDM PKH

Kode etik SDM PKH meliputi kewajiban, larangan, dan etika hubungan yang didasari oleh nilai-nilai santun, integritas, dan profesional. Santun merupakan sikap, perilaku, dan tindakan yang menghormati dan menghargai harkat dan martabat KPM, rekan sejawat, penanggung jawab PKH dan mitra kerja. Integritas merupakan sikap, perilaku, dan tindakan yang konsisten dan selaras tercermin dalam komitmen, jujur dan tanggung jawab terhadap PKH.

Profesional merupakan sikap, perilaku, dan tindakan yang bertanggung-jawab, berdisiplin, taat asas, dan berkompeten dalam melaksanakan tugas dan kewajiban untuk mencapai hasil kerja yang terbaik.

2. Komisi Etik

Sebagai upaya untuk melakukan pencegahan dan penanganan pelanggaran kode etik SDM PKH, maka dibentuk Komisi Etik dengan tujuan:

1. Terlaksananya pembinaan etik, penegakan disiplin dan penyelesaian pelanggaran secara cepat, tepat, efektif dan berkeadilan.
2. Terlindunginya hak-hak KPM, SDM dan penanggung jawab PKH.

Untuk mendukung terlaksananya tugas tersebut anggota Komisi Etik terdiri dari latar belakang yang beragam, rekam jejak integritas, kredibilitas, moralitas serta didukung oleh pengalaman yang mumpuni terkait dengan Kode Etik namun tetap dalam satu koridor pelaksanaan Program Keluarga Harapan.

Penyelenggaraan kode etik dijelaskan lebih rinci pada Petunjuk Teknis Penyelenggaraan kode etik.

E. Peningkatan Kapasitas SDM

Peningkatan kapasitas SDM pelaksana PKH dilaksanakan dalam bentuk Pendidikan dan Pelatihan (Diklat), Bimbingan Teknis (Bimtek), dan Bimbingan Pemantapan (Bimtap) sesuai kebutuhan program. Diklat SDM PKH diselenggarakan oleh Pusat Pendidikan dan Pelatihan Kesejahteraan Sosial dan Balai Besar Pendidikan dan Pelatihan Kesejahteraan Sosial. Sedangkan

bimtek maupun bintap dilaksanakan oleh Pelaksana PKH dari pusat hingga daerah.

Mekanisme pelaksanaan kegiatan peningkatan kapasitas SDM PKH diatur lebih lanjut dalam petunjuk teknis pengelolaan SDM.

F. Sertifikasi

Sertifikasi bagi SDM PKH sebagai pekerja sosial dan tenaga kesejahteraan sosial merupakan implementasi standarisasi pelaku profesi dalam praktek pekerjaan sosial dan pelayanan kesejahteraan sosial. Sertifikasi dilaksanakan melalui uji kompetensi yang dilakukan untuk mengukur sejauh mana penguasaan dan penerapan standar kompetensi.

Uji kompetensi mengacu pada standar kompetensi yang dipersyaratkan bagi Pekerja Sosial dan Non pekerja Sosial mengikuti ketetapan dari lembaga sertifikasi resmi.

G. Rapat Koordinasi

Rapat koordinasi (rakor) dilaksanakan dengan tujuan untuk menginformasikan kebijakan terbaru, memperoleh umpan balik dari Pemerintah Daerah terhadap pelaksanaan PKH, dan menguatkan komitmen Kepala Daerah. Tema Rakor PKH disesuaikan dengan kebijakan terbaru dan hasilnya menjadi acuan pelaksanaan program.

Rapat Koordinasi PKH terdiri atas beberapa tingkat, yaitu:

1. Rakor PKH Tingkat Pusat
2. Rapat Koordinasi PKH Tingkat Nasional
3. Rakor PKH Tingkat Provinsi
4. Rakor PKH Tingkat Kabupaten/Kota

Mekanisme pelaksanaan kegiatan Rapat Koordinasi diatur lebih lanjut dalam petunjuk pelaksanaan.

H. Sosialisasi PKH

Dalam rangka peningkatan pemahaman dan penyamaan persepsi bagi pemangku kepentingan pusat dan daerah, SDM Pelaksana PKH Pusat dan

daerah, dan masyarakat, perlu dilakukan sosialisasi sebagai salah satu kunci sukses pelaksanaan PKH.

Fokus sosialisasi PKH tidak hanya pada aspek implementasi dan keberhasilan pelaksanaan program PKH, tetapi juga pada pemantauan pengaduan aspek pengembangan kebijakan, khususnya dalam membangun dukungan dan komitmen untuk melembagakan PKH dalam bentuk Sistem Jaminan Sosial.

Pelaksanaan sosialisasi PKH dilakukan oleh SDM Pelaksana PKH pusat, provinsi, kabupaten/kota dan kecamatan, serta dapat melibatkan instansi terkait. Sasaran sosialisasi terdiri atas pelaksana PKH, KPM PKH, pemangku kepentingan dan masyarakat umum.

Sosialisasi dapat dilakukan melalui media massa baik cetak maupun elektronik, media online, atau media lainnya yang berkaitan dengan kebijakan dan kearifan lokal, rembug desa, musyawarah desa, gotong royong dan lain sebagainya.

I. Pelaporan

Keseluruhan pelaksanaan kegiatan PKH, kendala dan permasalahan serta capaian hasilnya dilaporkan tertulis secara berkala maupun insidental oleh masing-masing petugas pelaksana PKH secara berjenjang kepada penanggungjawab PKH kabupaten/kota, provinsi dan pusat.

BAB VI

PEMANTAUAN DAN EVALUASI

Pemantauan merupakan kegiatan yang dilakukan untuk mengetahui pelaksanaan PKH yang bertujuan untuk menilai efektivitas pelaksanaan program. Ruang lingkup pemantauan PKH secara umum dilaksanakan pada sisi input, proses, dan output.

A. Pemantauan

Pemantauan dilaksanakan secara terus menerus, baik dalam proses perencanaan maupun pelaksanaan kegiatan. Pemantauan dapat dilaksanakan pada saat kegiatan sedang berlangsung atau dengan cara menganalisis laporan dan perkembangan pelaksanaan PKH dalam waktu tertentu melalui pengumpulan data dan informasi tentang implementasi program.

Pemantauan akan menghasilkan informasi berupa analisis kebutuhan dan ketersediaan sumber daya; analisis indikator kinerja dan implementasi program yang dapat diperoleh dari hasil analisis data e-PKH secara berkala.

1. Tujuan Pemantauan

Secara umum pemantauan PKH bertujuan untuk:

- a. Mengetahui dan memastikan pelaksanaan kegiatan PKH berjalan dengan baik.
- b. Memastikan jadwal PKH yang telah disusun satu tahun anggaran dilaksanakan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan.
- c. Memberikan masukan kepada penanggungjawab PKH mengenai upaya perbaikan dalam perencanaan maupun dalam pelaksanaan PKH.

2. Pelaksanaan Pemantauan

Pemantauan dapat dilaksanakan oleh pemerintah, pemerintah daerah, lembaga mitra dan masyarakat lainnya, dengan metode kualitatif, kuantitatif maupun metode penggabungan (*mix method*).

B. Evaluasi

Evaluasi adalah kegiatan yang dilakukan untuk mengukur pencapaian tujuan program dalam waktu dan tempat tertentu pada aspek masukan, proses, keluaran, hasil dan dampak.

C. Penyajian Hasil

Hasil dari proses pemantauan dan evaluasi disajikan dalam bentuk laporan yang dapat digunakan sebagai rekomendasi dan rumusan kepada pemangku kepentingan.

BAB VII

PENUTUP

Demikian Pedoman Pelaksanaan PKH ini disusun Direktorat Jaminan Sosial Keluarga (JSK) Direktorat Jenderal Perlindungan dan Jaminan Sosial Kementerian Sosial RI.

Kami berharap Pedoman Pelaksanaan PKH ini diharapkan dapat menjadi acuan bagi seluruh pelaksana di tingkat pusat dan daerah, sehingga implementasi bisnis proses PKH dapat terwujud sesuai dengan yang ditetapkan oleh Kementerian Sosial RI.