



PEDOMAN PELAKSANAAN PROGRAM KELUARGA HARAPAN

TAHUN 2021

**DIREKTORAT JAMINAN SOSIAL KELUARGA
DIREKTORAT JENDERAL PERLINDUNGAN DAN JAMINAN SOSIAL
KEMENTERIAN SOSIAL RI**



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, dalam kondisi pandemi covid-19 KPM PKH diharapkan dapat menerapkan protokol kesehatan sehingga menghasilkan generasi yang lebih sehat dan cerdas. Kemudian dalam jangka panjang, PKH diharapkan dapat memutus rantai kemiskinan antar generasi.

Pedoman Pelaksanaan PKH Tahun 2021-2024 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, 4 Januari 2021

Direktur Jenderal Perlindungan
dan Jaminan Sosial



PEPEN NAZARUDDIN

**PEDOMAN PELAKSANAAN
PROGRAM KELUARGA HARAPAN
(PKH)
TAHUN 2021 - 2024**

**Direktorat Jaminan Sosial Keluarga
Direktorat Jenderal Perlindungan dan Jaminan Sosial
KEMENTERIAN SOSIAL RI
Edisi Tahun 2021**



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
Bansos	Bantuan Sosial
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
Kemenkominfo	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
PJP	Pembangunan Jangka Panjang
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
SUSENAS	Survei Sosial Ekonomi Nasional
SPM	Sistem Pengaduan Masyarakat
TBC	Tuberkulosis (<i>Tuberculosis</i>)
TNP2K	Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan
WHO	World Health Organization

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	iv
DAFTAR GAMBAR.....	vi
DAFTAR TABEL.....	vi
BAB I.....	7
PENDAHULUAN.....	7
A. Latar Belakang.....	7
B. Maksud dan Tujuan Pedoman.....	17
C. Ruang Lingkup.....	17
D. Pengertian.....	17
BAB II.....	22
MEKANISME PELAKSANAAN PKH.....	22
A. Tujuan PKH.....	22
B. Kriteria Penerima Manfaat PKH.....	22
1. Komponen Kesehatan.....	22
2. Komponen Pendidikan.....	23
3. Komponen Kesejahteraan Sosial.....	23
C. Hak dan Kewajiban Keluarga Penerima Manfaat PKH.....	24
1. Hak KPM PKH.....	24
2. Kewajiban KPM PKH.....	24
D. Alur Pelaksanaan PKH.....	26
1. Perencanaan.....	26
2. Pertemuan Awal dan Validasi.....	26
3. Penetapan KPM PKH.....	28
4. Penyaluran Bantuan Sosial.....	29
5. Pemutakhiran Data.....	31
6. Verifikasi Komitmen.....	32
7. Pendampingan.....	33
8. Transformasi Kepesertaan.....	35
E. Program Bantuan Komplementer.....	36
F. PKH Akses.....	36
1. Kriteria Wilayah PKH Akses.....	36
2. Mekanisme Pelaksanaan PKH Akses.....	37
G. PKH Adaptif.....	38
H. Sistem Pengaduan Masyarakat.....	39
I. Aplikasi E-PKH.....	39

BAB III	41
KELEMBAGAAN PKH	41
A. Kelembagaan PKH di Tingkat Pusat	41
1. Tim Koordinasi Nasional	41
2. Tim Koordinasi Teknis	42
3. Pelaksana PKH di Tingkat Pusat	42
B. Kelembagaan PKH di Tingkat Daerah	43
1. Tim Koordinasi Teknis PKH Daerah Provinsi	43
2. Tim Koordinasi Teknis PKH Daerah Kabupaten/Kota	44
3. Pelaksana PKH di Tingkat Daerah	45
C. Mitra Kerja PKH	47
BAB IV	48
PENGELOLAAN SUMBER DAYA	48
A. Ruang Lingkup	48
B. Sumber Daya Manusia	48
C. Rekrutmen	49
D. Kode Etik SDM PKH Dan Komisi Etik	49
1. Kode Etik SDM PKH	49
2. Komisi Etik	50
E. Peningkatan Kapasitas SDM	50
F. Sertifikasi	51
G. Sosialisasi	51
H. Pelaporan	52
BAB V	53
PEMANTAUAN, EVALUASI DAN PELAPORAN	53
A. Pemantauan	54
1. Tujuan Pemantauan	54
2. Pelaksana Pemantauan	55
3. Indikator Pemantauan	55
B. Evaluasi	56
1. Tujuan Evaluasi	56
2. Fungsi Evaluasi	57
C. Pelaporan	57
BAB VI	58
PENUTUP	58

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Perkembangan PKH Tahun 2007 s.d. 2020.....	8
Gambar 2. Masalah Gizi di Indonesia Tahun 2007 s.d. 2018	11
Gambar 3. Perkembangan Jumlah Siswa Putus Sekolah Menurut Jenjang Pendidikan Tahun 2019	12
Gambar 4. Grafik Rasio Ketergantungan Penduduk Lansia Tahun 2010 sampai dengan 2019	16
Gambar 5. Trend Proporsi Jumlah Lanjut Usia terhadap Total Penduduk di Indonesia	16
Gambar 6. Skema Alur Pelaksanaan PKH.....	26
Gambar 7. Pelaksanaan Verifikasi Komitmen	33
Gambar 8. Contact Center PKH.....	39

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Jumlah Penduduk dengan Status Disabilitas	14
Tabel 2. Penyandang Disabilitas Berdasarkan Jenis Keparahan Disabilitas dan Kategori Disabilitas	14

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

PKH merupakan salah satu program perlindungan sosial di Indonesia dalam bentuk bantuan sosial. Bantuan ini diberikan kepada keluarga miskin dan rentan miskin dengan persyaratan tertentu di mana mereka terdaftar dalam Data Terpadu Kesejahteraan Sosial (DTKS). PKH merupakan salah satu upaya pemerintah dalam percepatan penanggulangan kemiskinan dan secara khusus bertujuan untuk memutus rantai kemiskinan antargenerasi. Program 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 anak usia dini 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, pendidikan dan kesejahteraan sosial, KPM PKH juga didampingi untuk mendapatkan program komplementer secara berkelanjutan. PKH diarahkan untuk menjadi center of excellence dalam upaya penanggulangan kemiskinan di Indonesia. Sinergi antara program perlindungan sosial dan pemberdayaan

merupakan upaya yang terus dilakukan demi mencapai kesejahteraan KPM PKH.

Sejak diluncurkan pada tahun 2007, jumlah KPM PKH meningkat secara bertahap. PKH dilaksanakan secara berkelanjutan yang dimulai pada tahun 2007 di 7 provinsi. Sampai dengan tahun 2020, PKH sudah dilaksanakan di 34 provinsi dan mencakup 514 Kabupaten/Kota dan 6.709 Kecamatan. Perkembangan jumlah penerima dan alokasi anggaran PKH sejak tahun 2007 sampai dengan 2020 dapat dilihat pada gambar 1.

Gambar 1. Perkembangan PKH Tahun 2007 s.d. 2020



Pada Pembangunan Jangka Panjang (PJP) tahun 2010 - 2014 terjadi peningkatan target penerima manfaat dan alokasi anggaran PKH, melampaui baseline target perencanaan. Jumlah penerima PKH tahun 2016 adalah sebanyak 6 juta KPM dengan anggaran sebesar Rp.10 triliun. Kemudian pada tahun 2017, KPM PKH meningkat menjadi 6.228.810 keluarga dengan anggaran bantuan sosial sebesar Rp.11,5 triliun. Pada tahun 2018, terjadi peningkatan target jumlah KPM PKH yang cukup signifikan menjadi 10 juta KPM dengan realisasi 10.000.232 keluarga dengan alokasi anggaran sebesar Rp.19,4 triliun. Pada akhir tahun 2019, terjadi penurunan jumlah KPM menjadi 9.841.270 keluarga dengan alokasi

anggaran sebesar Rp.34,2 triliun. Pada tahun 2020 capaian sebanyak 10.000.000 keluarga dengan alokasi anggaran sebesar Rp.36,9 triliun.

Badan Pusat Statistik (BPS) mendefinisikan seseorang dianggap miskin jika mereka tidak mampu memenuhi kebutuhan dasar makanan dan bukan makanan, yang diukur dari pengeluaran selama sebulan. Batas pengeluaran ini disebut Garis Kemiskinan (GK).

BPS mencatat angka kemiskinan sebesar 9,78% pada Maret 2020, dengan jumlah penduduk miskin sebanyak 26,42 juta orang. Angka ini meningkat dari tahun sebelumnya yang sebesar 9,41% atau 25,14 juta penduduk. Penilaian angka kemiskinan ini juga akan berkembang terlebih dengan adanya pandemi Covid-19. Sehubungan dengan hal tersebut, maka PKH dijadikan sebagai jaring pengaman sosial dengan memperluas cakupan, penerima dan peningkatan indeks manfaat

PKH dinilai memiliki peran terhadap peningkatan konsumsi dalam keluarga. Hal tersebut dibuktikan pada penelitian Microsave tahun 2019 yang menunjukkan bahwa PKH memberikan dampak terhadap perubahan konsumsi rumah tangga meningkat lebih tinggi 3,8% dibandingkan konsumsi rumah tangga non-KPM PKH.

Pandemi Covid-19 berdampak pada penyelenggaraan layanan gizi dan kesehatan ibu dan anak (KIA). Lembaga penelitian Smeru mencatat bahwa pandemi Covid-19 secara umum menurunkan jumlah kunjungan ke layanan gizi dan kesehatan ibu dan anak, terutama layanan imunisasi dasar dan penimbangan anak bawah 5 tahun di 5 wilayah lokasi studi (Smeru, 2020). Hal ini tergambar dari menurunnya jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan dan pemberian tablet tambah darah (TTD) khususnya di daerah yang tingkat penyebaran Covid-19 sangat tinggi seperti DKI Jakarta. Hal ini tentu akan membawa dampak pada kesehatan ibu dan anak termasuk KPM PKH.

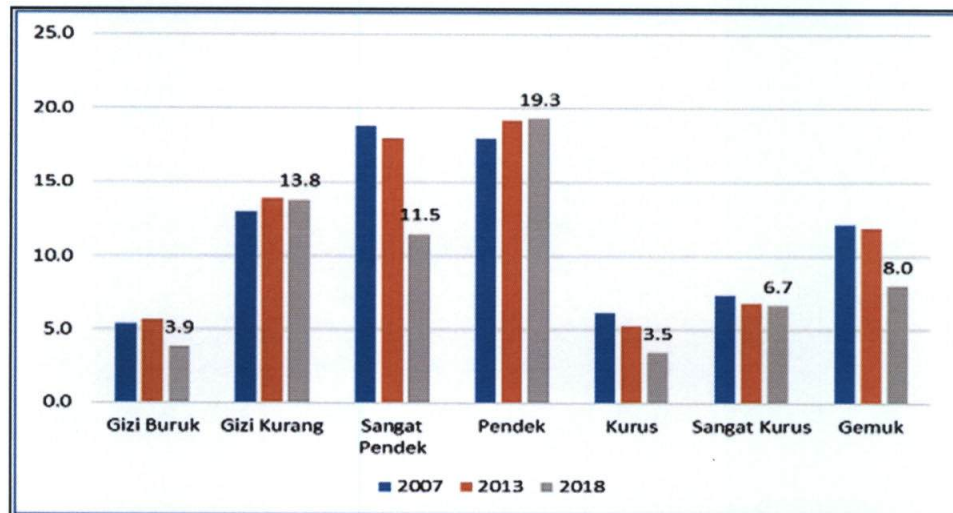
Rendahnya penghasilan menyebabkan keluarga miskin tidak mampu memenuhi kebutuhan kesehatan dan pendidikan, bahkan untuk tingkat minimal sekalipun. Jika ibu hamil tidak mendapatkan pelayanan kesehatan yang memadai, maka hal ini akan berakibat pada buruknya kondisi kesehatan dan asupan gizi bayi yang ada 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 standar Panjang atau tinggi badan pada usia balita. 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

Riskedas 2018 menunjukkan masih ada sekitar 11.5% balita Indonesia dengan status sangat pendek dan sebanyak 19.3% lainnya berstatus pendek. Gambar 2 dibawah menampilkan status gizi balita dalam beberapa indikator gizi yang menjadi perhatian utama yang ingin ditingkatkan dalam pelaksanaan PKH.

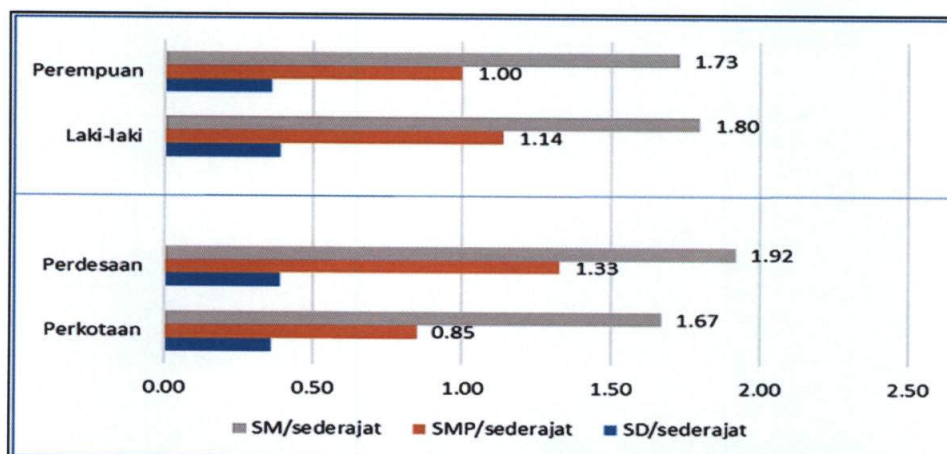
Gambar 2. Masalah Gizi di Indonesia Tahun 2007 s.d. 2018



Sesuai dengan arahan Presiden pada rapat terbatas percepatan eliminasi TBC pada tanggal 21 Juli 2020 ada 845.000 penderita TBC dengan 562.000 yang terdata sementara 33% tidak dilaporkan. Dengan tingginya data tersebut diperlukannya upaya pencegahan preventif dan promotif untuk mengatasi TBC dari berbagai lintas sektor termasuk dari sisi infrastruktur (sekretariat kabinet). Kondisi ini mendorong pemerintah untuk mensinergikan program pencegahan dan penyembuhan pasien TBC terintegrasi dengan berbagai program termasuk PKH

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 3 di bawah bahwa jenjang pendidikan SD sudah mencapai target tersebut, sementara angka putus sekolah SMP/ sederajat maupun SMA/ sederajat masih belum sesuai target.

Gambar 3. Perkembangan Jumlah Siswa Putus Sekolah Menurut Jenjang Pendidikan Tahun 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 murni (APM) pada empat tahun terakhir menunjukkan peningkatan. Meningkatnya APM bisa jadi pengaruh dari berbagai program pemerintah termasuk bantuan tunai bersyarat PKH. Partisipasi sekolah masih bervariasi antar jenjang pendidikan yang 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.

Partisipasi sekolah masih bervariasi antar jenjang pendidikan yang terlihat melalui nilai Angka Partisipasi Kasar (APK). APK jenjang pendidikan SD/ sederajat nilainya sudah melebihi 100

persen. Masalah ekonomi masih menjadi salah satu persoalan penting dalam proses pendidikan formal. Apabila perekonomian suatu keluarga kurang bagus maka proses pendidikan juga menjadi terhambat.

Masalah ekonomi masih menjadi salah satu persoalan penting dalam proses pendidikan formal. Apabila perekonomian suatu keluarga kurang bagus maka proses pendidikan juga menjadi terhambat. Hal ini terlihat dari adanya kesenjangan partisipasi sekolah pada jenjang pendidikan menengah ke atas antar kuintil pengeluaran rumah tangga.

Data Badan Pusat Statistik tahun 2019 menunjukkan rata-rata nasional angka partisipasi murni pada jenjang pendidikan SD/MI mencapai 97,64%, SMP/MTS mencapai 79,40%, SMA/SMK/MA mencapai 60,84%. Meskipun terjadi peningkatan dari tahun sebelumnya, 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

Perlindungan sosial harus dapat mencakup seluruh siklus kehidupan, termasuk didalamnya lanjut usia (lansia) dan penyandang disabilitas. Bantuan PKH juga diberikan kepada penyandang disabilitas dan lanjut usia dalam keluarga. PKH membantu meringankan beban keluarga penerima manfaat yang mengampu lansia dan disabilitas.

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.

Hasil kalkulasi Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K) menggunakan Susenas 2019 menyebutkan bahwa ada sekitar 24,9 juta atau sekitar 9,7% penyandang terbesar berdasarkan usia adalah pada kelompok usia 60 tahun ke atas yaitu 44% atau 11,4 juta jiwa dari total penyandang disabilitas di Indonesia

Tabel 1. Jumlah Penduduk dengan Status Disabilitas

Kelompok usia	Susenas Maret 2019			SUPAS 2015		
	Total populasi	Penyandang disabilitas (PD)	Persentase	Total populasi	Penyandang disabilitas (PD)	Persentase
			PD			PD
2-6 tahun	23.595.255	715.174	3.0	24.063.555	1.047.703	4.4
7-8 tahun	55.597.139	958.886	1.7	38.230.392	622.106	1.6
19-59 tahun	152.911.587	11.853.697	7.8	162.732.512	9.549.485	5.9
60+ tahun	25.649.285	11.379.506	44.4	21.609.716	9.888.281	45.8
Total	257.753.266	24.907.263	9.7	246.636.175	21.107.575	8.56

Sumber : Hasil Kalkulasi TNP2K pada 2020 mempergunakan Susenas 2019 dan SUPAS 2015

Selain itu, ada sekitar 6.5 juta penyandang disabilitas yang memiliki disabilitas berat dan 18.4 juta penyandang disabilitas sedang (Tabel 2)

Tabel 2. Penyandang Disabilitas Berdasarkan Jenis Keparahan Disabilitas dan Kategori Disabilitas

Jenis keparahan disabilitas	Seluruh populasi		Di Bawah 40%		Kategori disabilitas	Seluruh populasi		Di Bawah 40%	
	Jumlah PD	%	Jumlah PD	%		Jumlah PD	%	Jumlah PD	%
Berat	6,501,241	26.1	3,208,787	30.0	Tunggal	13,805,045	55.4	5,423,371	50.7
Sedang	18,406,021	73.9	7,478,466	70.0	Multiple	11,102,217	44.6	5,263,882	49.3
Total	24,907,262		10,687,253		Total	24,907,262		10,687,253	

Sumber : Hasil kalkulasi TNP2K pada 2020 menggunakan Susenas 2019

Berdasarkan data berjalan tahun 2020 dari Biro Pusat Statistik (BPS), jumlah penyandang disabilitas di Indonesia mencapai 22,5 juta atau sekitar lima persen dari jumlah penduduk Indonesia. Untuk mewujudkan kesamaan hak dan kesempatan bagi penyandang disabilitas menuju kehidupan yang sejahtera, mandiri,

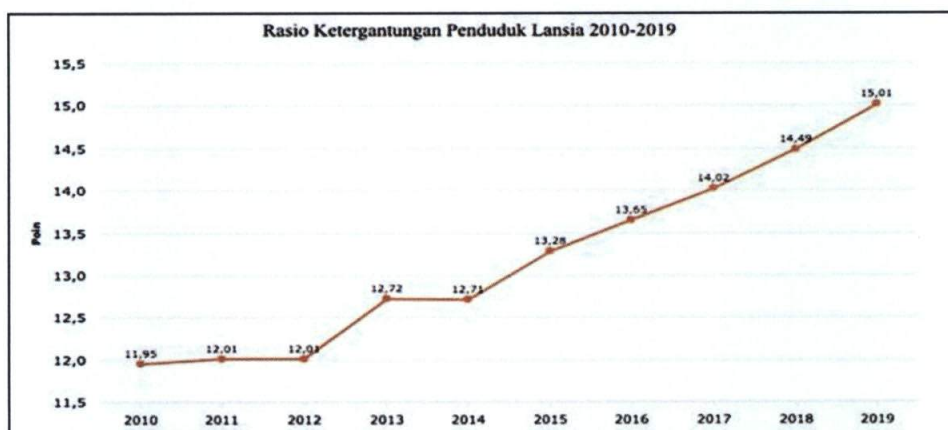
dan tanpa diskriminasi diperlukan skema perlindungan sosial salah satunya dalam bentuk bantuan sosial terhadap penyandang disabilitas dalam mengakses pelayanan kesehatan dan pendidikan.

Jumlah lansia perempuan sekitar satu persen lebih banyak dibandingkan lansia laki-laki (10,10 % banding 9,10 %). Dari seluruh lansia yang ada di Indonesia, lansia muda (60-69 tahun) jauh mendominasi dengan besaran yang mencapai 63,82 persen, selanjutnya diikuti oleh lansia madya (70-79 tahun) dan lansia tua (80+ tahun) dengan besaran masing-masing 27,68 % dan 8,50 %.

Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia mendefinisikan lanjut usia merupakan seseorang yang telah berusia 60 tahun ke atas. Pada pasal 5 mengamanatkan bahwa lanjut usia mempunyai hak yang sama dalam kehidupan bermasyarakat, berbangsa dan bernegara. Sebagai penghormatan dan penghargaan kepada lanjut usia diberikan hak untuk meningkatkan kesejahteraan sosial yang meliputi pelayanan keagamaan dan mental spiritual; pelayanan kesehatan; pelayanan kesempatan kerja; pelayanan pendidikan dan pelatihan; kemudahan 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 4. Grafik Rasio Ketergantungan Penduduk Lansia Tahun 2010 s.d. 2019



Sumber : Statistika BPS lanjut usia tahun 2010 s.d. 2019

Berdasarkan grafik pada gambar 4, rasio ketergantungan penduduk lansia tahun 2019 sebesar 15,01 artinya setiap 100 orang penduduk usia produktif harus menanggung sekitar 15 orang penduduk lansia. 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, 21,1% atau 1 dari 5 penduduk Indonesia adalah lansia seperti gambar dibawah ini.

Gambar 5. Trend Proporsi Jumlah Lansia terhadap Total Penduduk di Indonesia



Sumber : Publikasi TNP2K tahun 2018

Untuk memastikan pelaksanaan PKH berjalan sesuai dengan kebijakan dan perencanaan yang telah ditetapkan, diperlukan pedoman yang dapat dijadikan panduan bagi seluruh pemangku kepentingan program di pusat maupun daerah.

B. Maksud dan Tujuan Pedoman

Maksud dari pembuatan Pedoman Pelaksanaan PKH ini adalah untuk memberikan panduan tentang kebijakan dan mekanisme dalam pelaksanaan PKH untuk para pelaksana PKH baik di tingkat pusat dan daerah. Pedoman Pelaksanaan ini bertujuan untuk:

1. Memberikan informasi tentang kebijakan dalam implementasi PKH bagi pelaksana PKH di tingkat Pusat, Provinsi, dan Kabupaten/Kota, serta pemangku kepentingan terkait.
2. Memberikan panduan tentang rangkaian proses bisnis PKH dalam rangka pelayanan terhadap KPM PKH.
3. Menjadi acuan dalam melakukan peran dan tugas masing-masing pelaksana PKH dalam rangkaian proses bisnis PKH.

C. Ruang Lingkup

Ruang lingkup Pedoman Pelaksanaan PKH ini meliputi:

1. Kebijakan
2. Mekanisme PKH
3. Hak dan Kewajiban KPM
4. Sanksi bagi KPM
5. Program Komplementaritas
6. Graduasi Kepesertaan Program
7. PKH Akses
8. PKH Adaptif
9. Kelembagaan PKH
10. Sumber Daya Manusia
11. Pemantauan dan Evaluasi
12. Pengaduan
13. Pelaporan

D. Pengertian

1. APM adalah Proporsi dari penduduk kelompok usia sekolah tertentu yang sedang bersekolah tepat di jenjang pendidikan yang seharusnya (sesuai antara umur penduduk dengan

- ketentuan usia bersekolah di jenjang tersebut) terhadap penduduk kelompok usia sekolah yang bersesuaian.
2. APK adalah perbandingan antara jumlah penduduk yang masih bersekolah di jenjang pendidikan tertentu (tanpa memandang usia penduduk tersebut) dengan jumlah penduduk yang memenuhi syarat resmi penduduk usia sekolah di jenjang pendidikan yang sama.
 3. Lanjut Usia merupakan seseorang yang telah berusia 60 tahun ke atas.
 4. 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.
 5. Program Keluarga Harapan yang selanjutnya disingkat PKH adalah program pemberian bantuan tunai bersyarat kepada keluarga kurang mampu yang terdapat pada Data Terpadu Kesejahteraan Sosial (DTKS) dan memiliki komponen sebagai persyaratan yang ditetapkan sebagai peserta PKH.
 6. Program Keluarga Harapan Akses yang selanjutnya disingkat PKH Akses adalah program pemberian bantuan sosial kepada keluarga yang memiliki komponen sebagai persyaratan yang berada di lokasi sulit dijangkau baik secara geografis, ketersediaan infrastruktur, maupun sumber daya manusia dengan pengkondisian secara khusus.
 7. Program Keluarga Harapan Adaptif yang selanjutnya disingkat PKH Adaptif adalah program perlindungan sosial terhadap korban bencana alam, korban bencana sosial dan komunitas adat terpencil
 8. Keluarga Penerima Manfaat yang selanjutnya disingkat KPM adalah keluarga penerima bantuan sosial PKH yang telah

memenuhi syarat dan ditetapkan dalam keputusan Direktur Jenderal.

9. Bantuan Sosial adalah bantuan berupa uang, barang, dan jasa kepada keluarga dan/atau seseorang miskin, tidak mampu, dan/atau rentan terhadap risiko sosial.
10. Pemberi Bantuan Sosial adalah satuan kerja pada kementerian/lembaga pada Pemerintah Pusat dan/atau satuan kerja perangkat daerah pada pemerintah daerah yang tugas dan fungsinya melaksanakan program penanggulangan kemiskinan yang meliputi perlindungan sosial, jaminan sosial, pemberdayaan sosial, rehabilitasi sosial, dan pelayanan dasar
11. Bantuan Sosial PKH adalah bantuan berupa uang yang disalurkan secara nontunai kepada KPM, kepada keluarga dan/atau seseorang miskin, tidak mampu, dan/atau rentan terhadap risiko sosial.
12. Penyaluran Bantuan Sosial PKH adalah pemberian bantuan berupa uang kepada keluarga dan/atau seseorang miskin, tidak mampu, dan/atau rentan terhadap risiko sosial berdasarkan penetapan pejabat yang menangani pelaksanaan PKH.
13. Bantuan Komplementer adalah bantuan berupa uang, barang, dan jasa di bidang kesehatan, pendidikan, subsidi energi, ekonomi, perumahan, dan pemenuhan kebutuhan dasar lainnya sebagai pelengkap Bantuan Sosial PKH.
14. Kartu Keluarga Sejahtera yang selanjutnya disingkat KKS adalah instrumen pembayaran Kartu Kombo yang digunakan untuk penyaluran Bantuan Sosial PKH secara nontunai. Atau Kartu Kombo adalah instrumen pembayaran yang memiliki fitur uang elektronik dan/atau tabungan yang dapat digunakan sebagai media penyaluran berbagai Bantuan Sosial termasuk PKH.
15. Bank Penyalur adalah bank umum milik negara sebagai mitra kerja tempat dibukanya rekening atas nama pemberi Bantuan

- Sosial PKH untuk menampung dana belanja bantuan sosial yang akan disalurkan kepada penerima Bantuan Sosial PKH KPM.
16. Validasi adalah suatu kegiatan untuk menetapkan kesahihan data.
 17. Verifikasi adalah proses kegiatan pemeriksaan dan pengkajian untuk menjamin kebenaran data.
 18. Pemutakhiran Data adalah proses perubahan terkini sebagian atau seluruh data anggota Keluarga Penerima Manfaat PKH.
 19. Pertemuan Peningkatan Kemampuan Keluarga (P2K2) atau Family Development Sessions (FDS) adalah proses belajar secara terstruktur untuk mempercepat terjadinya perubahan perilaku pada Keluarga Penerima Manfaat PKH.
 20. Pendamping Sosial PKH adalah sumber daya manusia yang direkrut, dikontrakkerjakan, dan ditetapkan oleh Kementerian Sosial sebagai pelaksana pendampingan di tingkat Kecamatan.
 21. Administrator Pangkalan Data (APD) PKH adalah sumber daya manusia yang direkrut dan dikontrakkerjakan yang ditetapkan oleh Kementerian Sosial sebagai pelaksana teknis pengolahan data di tingkat Pusat, Provinsi, Kabupaten/Kota.
 22. Koordinator Kabupaten/Kota PKH adalah sumber daya manusia yang direkrut dan dikontrakkerjakan yang ditetapkan oleh Kementerian Sosial sebagai pelaksana koordinator PKH di Kabupaten/Kota dan membawahi pendamping dan operator.
 23. Koordinator Wilayah PKH adalah sumber daya manusia yang direkrut dan dikontrakkerjakan yang ditetapkan oleh Kementerian Sosial sebagai pelaksana koordinator PKH di tingkat Provinsi dan membawahi Koordinator Kabupaten/Kota.
 24. Koordinator Regional PKH adalah sumber daya manusia yang direkrut dan dikontrakkerjakan yang ditetapkan oleh Kementerian Sosial yang membawahi koordinator wilayah PKH. Sinergitas Program adalah mekanisme penyelenggaraan PKH yang bersifat multisektor, baik di pusat maupun di daerah, yang melibatkan

- Kementerian/Lembaga, Pemerintah Provinsi, Pemerintah Kabupaten/Kota, Kecamatan, Desa/Kelurahan serta masyarakat.
25. Data Terpadu Kesejahteraan Sosial adalah data rumah tangga dan individu berdasarkan status kesejahteraan di Indonesia.
 26. 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.
 27. Sistem Informasi Kesejahteraan Sosial Next-Generation yang selanjutnya disingkat SIKS-NG adalah sistem informasi yang mendukung proses Pengelolaan Data Terpadu Kesejahteraan sosial.
 28. Transformasi Kepesertaan adalah proses pengakhiran KPM PKH
 29. Resertifikasi adalah kegiatan pendataan ulang dan penilaian kembali kondisi persyaratan dan kondisi kesejahteraan KPM PKH
 30. Transisi adalah periode tambahan kepada KPM PKH yang belum dapat keluar dari program berdasarkan hasil resertifikasi.
 31. Graduasi adalah kondisi tidak terpenuhinya kriteria kepesertaan dan status kesejahteraan KPM PKH berdasarkan hasil resertifikasi.

BAB II

MEKANISME PELAKSANAAN PKH

Program Keluarga Harapan merupakan program pemberian bantuan sosial bersyarat. Mekanisme PKH dilaksanakan mulai dari perencanaan, penetapan calon peserta PKH, validasi data calon penerima manfaat PKH, penetapan KPM PKH, penyaluran bantuan sosial PKH, pendampingan PKH, peningkatan kemampuan keluarga, verifikasi komitmen KPM PKH, pemutakhiran data KPM PKH dan transformasi kepesertaan PKH.

A. Tujuan PKH

Program Keluarga Harapan atau PKH memiliki tujuan sebagai berikut :

1. Meningkatkan taraf hidup KPM 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 KPM dalam mengakses layanan kesehatan dan pendidikan serta kesejahteraan sosial;
4. Mengurangi kemiskinan dan kesenjangan; dan
5. Mengenalkan manfaat produk dan jasa keuangan formal kepada KPM.

B. Kriteria Penerima Manfaat PKH

Penerima PKH dapat dibedakan berdasarkan komponen, yaitu komponen kesehatan, pendidikan dan kesejahteraan sosial. Setiap komponen memiliki kriteria dengan rincian berikut :

1. Komponen Kesehatan

Kriteria penerima PKH komponen kesehatan adalah sebagai berikut:

- a. Ibu Hamil/nifas/menyusui.

Ibu hamil/nifas/menyusui adalah kondisi seseorang yang sedang mengandung kehidupan baru dengan jumlah kehamilan yang dibatasi dan/atau berada dalam masa menyusui.

b. Anak Usia Dini.

Anak Usia Dini adalah anak dengan rentang usia 0 – 6 tahun (umur anak di hitung dari ulang tahun terakhir) yang belum bersekolah.

2. Komponen Pendidikan

Kriteria penerima PKH komponen pendidikan yakni anak usia sekolah. Anak Usia Sekolah yang dimaksud adalah seorang anak dengan usia 6 sampai dengan 21 tahun yang belum menyelesaikan wajib belajar, yang menempuh tingkat pendidikan SD/Mi sederajat atau SMP/Mts sederajat, dan/atau SMA/MA sederajat.

3. Komponen Kesejahteraan Sosial

Kriteria penerima PKH komponen kesejahteraan sosial adalah sebagai berikut:

a. Lanjut usia

Seseorang berusia lanjut yang tercatat dalam Kartu Keluarga yang sama dan berada dalam keluarga.

b. Penyandang disabilitas berat

Penyandang disabilitas berat adalah penyandang disabilitas yang kedisabilitasannya sudah tidak dapat melakukan kegiatan sehari-hari dan atau sepanjang hidupnya tergantung orang lain dan tidak mampu menghidupi diri sendiri tercatat dalam Kartu Keluarga yang sama dan berada dalam keluarga.

C. Hak dan Kewajiban Keluarga Penerima Manfaat PKH

1. Hak KPM PKH

KPM PKH berhak mendapatkan:

- a. Bantuan sosial PKH;
- b. Pendampingan sosial PKH;
- c. Pelayanan di fasilitas kesehatan, pendidikan, dan/atau kesejahteraan sosial; dan
- d. Program bantuan komplementer di bidang kesehatan, pendidikan, subsidi energi, ekonomi, perumahan, dan pemenuhan kebutuhan dasar lainnya.

2. Kewajiban KPM PKH

2.1 Kewajiban KPM PKH pada kondisi Normal terdiri dari:

- a. Komponen Kesehatan terdiri dari ibu hamil/nifas/menyusui, anak usia dini (0-6 tahun) yang belum bersekolah wajib memeriksakan kesehatan pada fasilitas/layanan kesehatan sesuai dengan protokol kesehatan;
- b. Komponen Pendidikan terdiri dari 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;
- c. Komponen Kesejahteraan Sosial terdiri dari lanjut usia dan/atau penyandang disabilitas berat, wajib mengikuti kegiatan di bidang kesejahteraan sosial sesuai kebutuhan yang dilakukan minimal setahun sekali;
- d. KPM hadir dalam pertemuan kelompok atau Pertemuan Peningkatan Kemampuan Keluarga (P2K2) setiap bulan;
- e. Seluruh anggota KPM harus memenuhi kewajibannya, kecuali jika terjadi keadaan kahar (force majeure);
- f. KPM yang tidak memenuhi kewajibannya akan dikenakan sanksi. Mekanisme sanksi ditetapkan lebih lanjut dalam petunjuk pelaksanaan verifikasi komitmen.

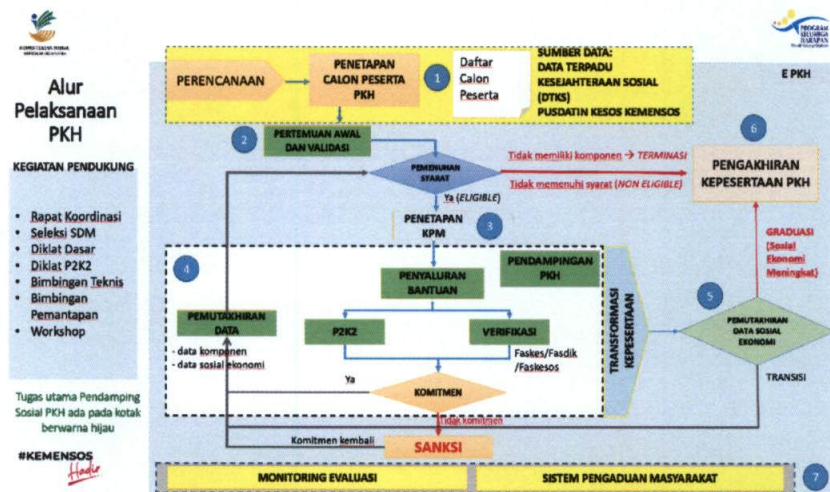
2.2 Kewajiban KPM PKH pada kondisi pandemi covid-19 terdiri dari:

- a. Komponen Kesehatan terdiri dari ibu hamil/nifas/menyusui, anak usia dini (0-6 tahun) yang belum bersekolah wajib melaksanakan pola hidup sehat dan menerapkan protokol kesehatan;
- b. Komponen Pendidikan terdiri dari anak usia sekolah wajib belajar 12 tahun, wajib mengikuti kegiatan belajar dengan penerapan protokol kesehatan sesuai peraturan yang ditetapkan oleh pemerintah daerah dan gugus tugas covid-19;
- c. Komponen Kesejahteraan Sosial terdiri dari lanjut usia dan/atau penyandang disabilitas berat, wajib mengikuti kegiatan di bidang kesejahteraan sosial sesuai kebutuhan yang dilakukan minimal setahun sekali dengan menerapkan protokol kesehatan;
- d. KPM wajib menerima dan menerapkan materi-materi yang ada dalam modul P2K2 khususnya modul kesehatan dan penerapan protokol kesehatan.

D. Alur Pelaksanaan PKH

Proses pelaksanaan PKH terdiri dari beberapa tahapan, tahapan tersebut dapat dilihat pada skema alur pelaksanaan PKH (Gambar 6). Berikut alur pelaksanaan PKH :

Gambar 6. Skema Alur Pelaksanaan PKH



1. Perencanaan

Perencanaan dilakukan untuk menentukan lokasi dan jumlah calon KPM. Lokasi dan jumlah calon KPM bersumber dari Data Terpadu Kesejahteraan Sosial (DTKS) atau dapat dikecualikan bagi korban bencana alam, bencana sosial dan komunitas adat terpencil (KAT). Penetapan calon KPM PKH ditetapkan oleh Direktur Jaminan Sosial Keluarga Kementerian Sosial RI.

2. Pertemuan Awal dan Validasi

Pendamping sosial PKH melaksanakan sosialisasi pada Pertemuan Awal (PA) agar calon KPM PKH memiliki pemahaman tentang PKH dan kesiapan sebagai penerima manfaat PKH. Pelaksanaan pertemuan awal dan validasi dilaksanakan melalui proses sebagai berikut:

a. Persiapan Pertemuan Awal (PA) dan Validasi

- 1) Kegiatan pertemuan awal dapat dilaksanakan sekaligus untuk melakukan validasi data dengan mencocokkan data awal calon peserta PKH dengan bukti dan fakta kondisi

terkini sehingga diperoleh data yang valid dan sesuai dengan kriteria komponen PKH (eligible).

- 2) Data awal calon KPM PKH. Data awal dikirimkan ke pendamping PKH melalui aplikasi e-PKH untuk dilaksanakan validasi.
- 3) Pendamping sosial PKH melaksanakan persiapan Pertemuan Awal (PA) sebagai berikut:
 - a) Menentukan lokasi pertemuan awal berkoordinasi dengan camat/kepala desa setempat.
 - b) Mengundang unsur pejabat desa, kesehatan, pendidikan dan sektor terkait lainnya.
 - c) Membagikan Surat Undangan Pertemuan Awal (SUPA) kepada calon KPM PKH sesuai nama dan alamat yang tercantum.
 - d) Mempersiapkan keperluan lainnya terkait pelaksanaan kegiatan Pertemuan Awal.

b. Pelaksanaan Pertemuan Awal dan Validasi

Pada pelaksanaan Pertemuan Awal pendamping sosial melaksanakan dua hal yakni :

1) Sosialisasi

Berikut hal-hal yang perlu disampaikan oleh pendamping sosial PKH pada kegiatan Pertemuan Awal :

- a) Menginformasikan tujuan PKH;
- b) Menjelaskan syarat (eligible) menjadi peserta PKH dan kelengkapan data pembukaan rekening bank;
- c) Menjelaskan sanksi dan implikasi apabila KPM PKH tidak memenuhi kewajiban yang ditetapkan dalam program;
- d) Menjelaskan mekanisme dan prosedur keluhan dan pengaduan atas pelaksanaan PKH;
- e) Menjelaskan hak dan kewajiban KPM PKH;
- f) Penjelasan tentang jadwal penyaluran bantuan PKH;

- g) Penjelasan komitmen komponen kesehatan, komponen pendidikan dan komponen kesejahteraan sosial;
 - h) Menjelaskan sanksi dan implikasi apabila KPM PKH tidak memenuhi komitmen yang ditetapkan dalam program; dan
 - i) Menjelaskan tentang penyaluran bantuan sosial PKH.
- 2) Pelaksanaan Validasi
- a) Kegiatan validasi dilaksanakan pada calon KPM yang diundang dan hadir dalam pertemuan awal. Sedangkan bagi Calon KPM PKH yang diundang tetapi tidak menghadiri pertemuan awal, maka kegiatan validasi dapat dilaksanakan dengan cara kunjungan rumah oleh Pendamping Sosial PKH dan menandatangani formulir validasi. Kegiatan validasi menggunakan aplikasi e-PKH dan/atau formulir validasi, penggunaannya diatur dalam petunjuk pelaksanaan validasi.
 - b) Kelengkapan Data Pembukaan Rekening Bank. Agar KPM PKH mendapatkan akses perbankan untuk penyaluran bantuan sosial PKH, maka data KPM PKH hasil validasi harus memenuhi persyaratan minimal Know Your Customer (KYC) yang terdiri atas nama, Nomor Induk Kependudukan (NIK), tanggal lahir, nama ibu kandung, dan alamat tempat tinggal. Kelengkapan data tersebut menjadi syarat untuk pembukaan rekening bank secara kolektif (burekol).

3. Penetapan KPM PKH

Direktorat Jaminan Sosial Keluarga menetapkan data KPM PKH existing hasil pemutakhiran data dan data hasil validasi calon KPM PKH sesuai kriteria kepesertaan PKH. Data yang status rekeningnya aktif selanjutnya ditetapkan menjadi KPM PKH.

Penetapan KPM PKH ditetapkan melalui Surat Keputusan Direktur Jaminan Sosial Keluarga.

4. Penyaluran Bantuan Sosial

a. Bentuk Bantuan Sosial

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

b. Tahapan Penyaluran Bantuan Sosial

Penyaluran Bantuan Sosial untuk penerima manfaat PKH dilakukan secara bertahap dalam satu tahun anggaran berjalan berdasarkan skema penyaluran bantuan sosial sesuai yang ditetapkan oleh Direktur Jenderal Perlindungan dan Jaminan Sosial.

c. Mekanisme Penyaluran Bantuan Sosial

Penyaluran bantuan sosial PKH dilaksanakan secara non tunai. Bantuan sosial PKH dicairkan melalui Kartu Keluarga Sejahtera (KKS) atau buku tabungan dengan mekanisme sebagai berikut:

1) Pembukaan rekening penerima bantuan sosial

- a) Rekening penerima bantuan sosial dibukakan secara kolektif secara terpusat sesuai data yang telah diserahkan dari Direktorat Jaminan Sosial Keluarga Kementerian Sosial RI ke Bank Penyalur.
- b) Pembukaan rekening diikuti dengan pencetakan buku tabungan dan Kartu Keluarga Sejahtera serta PIN Mailer.
- c) Sosialisasi dan edukasi

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

bersama Bank Penyalur dan Pemerintah Daerah sesuai dengan kewenangannya masing-masing.

d) Distribusi KKS kepada KPM

Bank penyalur melakukan kegiatan penyerahan KKS, buku tabungan dan PIN mailer kepada penerima manfaat PKH. Untuk kelancaran pendistribusian KKS dan buku tabungan Bank Penyalur berkoordinasi dengan Dinas Sosial setempat.

e) Proses penyaluran bantuan sosial KPM

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

f) 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 seperti ATM, Kantor Bank, Agen bank dan e-warong.

g) Rekonsiliasi hasil penyaluran bantuan sosial PKH

Merupakan kegiatan pencocokkan dan pengecekan administrasi, data dan dana hasil penyaluran bantuan sosial yang dilakukan secara berjenjang antara pelaksana PKH dengan bank penyalur. Kegiatan pengecekan data penyaluran dilakukan menggunakan aplikasi e-PKH oleh SDM PKH pada setiap KPM PKH yang telah menerima bantuan, ataupun yang belum menerima bantuan. Pada saat pengecekan data penyaluran KPM, SDM PKH memberikan informasi KPM melakukan pencairan atau tidak melakukan pencairan. SDM PKH

memberikan informasi penyebab KPM tidak dapat melakukan pencairan sesuai ketentuan yang berlaku.

h) 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.

d. Pemanfaatan Bantuan Sosial

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.

5. 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:

- a. Perubahan status eligibilitas KPM PKH;
- b. Perubahan nama pengurus dikarenakan meninggal, cerai, berurusan dengan hukum dan hilang ingatan;
- c. Perubahan komponen kepesertaan;
- d. Perubahan fasilitas kesehatan yang diakses;
- e. Perubahan fasilitas pendidikan yang diakses;
- f. Perubahan domisili KPM;
- g. Perubahan data pengurus dan anggota keluarga sesuai dengan data kependudukan
- h. Perubahan data bantuan program komplementer; dan
- i. Perubahan kondisi 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 dikirimkan kepada Pusat Data dan Informasi (Pusdatin) Kementerian Sosial.

6. Verifikasi Komitmen

- a. Sebagai program bantuan sosial bersyarat, PKH mensyaratkan pemenuhan Kewajiban terkait pemanfaatan layanan kesehatan, layanan pendidikan, dan kesejahteraan sosial oleh KPM PKH. Untuk pemenuhan kewajiban tersebut pelaksanaan PKH harus memastikan seluruh anggota KPM terdaftar, hadir dan mengakses layanan kesehatan, pendidikan, dan kesejahteraan sosial.
- b. Verifikasi Komitmen bertujuan untuk memastikan seluruh anggota KPM PKH terdaftar, hadir dan mengakses fasilitas kesehatan dan pendidikan secara rutin sesuai dengan protokol kesehatan, pendidikan dan kesejahteraan sosial.
- c. Pelaksanaan entri data verifikasi komitmen dilakukan oleh pendamping setiap bulan melalui aplikasi e-PKH untuk mencatat kehadiran seluruh anggota KPM pada setiap kunjungan ke layanan kesehatan, pendidikan maupun kesejahteraan sosial.
- d. Data hasil entri verifikasi komitmen menjadi salah satu dasar penyaluran, penangguhan, dan penghentian bantuan.

Kegiatan verifikasi komitmen dapat dikecualikan apabila terjadi keadaan kahar (*force majeure*). Ketentuan lebih lanjut tercantum dalam petunjuk pelaksanaan verifikasi komitmen.

Gambar 7. Pelaksanaan Verifikasi Komitmen



7. Pendampingan

Pendampingan bagi KPM PKH diperlukan untuk mempercepat tercapainya salah satu tujuan PKH, yaitu menciptakan perubahan perilaku dan kemandirian KPM terkait pemanfaatan layanan kesehatan, pendidikan dan kesejahteraan sosial. Demi tercapainya tujuan tersebut pendamping sosial PKH mempunyai peran dan fungsi fasilitasi, mediasi, advokasi, edukasi dan motivasi bagi KPM PKH.

Implementasi proses pendampingan tidak hanya berfokus pada pendampingan perorangan KPM PKH yang terkendala atau membutuhkan terhadap akses layanan, tetapi juga melalui pendampingan terhadap kelompok. Pendampingan terhadap kelompok KPM PKH dapat dilakukan oleh pendamping sosial PKH melalui Pertemuan Kelompok (PK) dan Pertemuan Peningkatan Kemampuan Keluarga (P2K2)

a. Pertemuan Kelompok (PK)

Pertemuan kelompok merupakan kegiatan rutin yang difasilitasi oleh pendamping sosial untuk pelaksanaan tugas yang bersifat administratif dan edukatif dengan memberikan informasi terkait tata tertib dan aturan PKH, serta akses terhadap layanan kesehatan, pendidikan dan kesejahteraan sosial sesuai dengan kebutuhan dari KPM PKH.

b. Pertemuan Peningkatan Kemampuan Keluarga (P2K2)

Pertemuan Peningkatan Kemampuan Keluarga (P2K2) adalah proses belajar secara terstruktur untuk mempercepat terjadinya perubahan perilaku pada KPM PKH. Materi P2K2 wajib disampaikan oleh Pendamping Sosial PKH kepada seluruh kelompok KPM PKH dampungannya dan menjadi salah satu bentuk verifikasi komitmen bagi KPM PKH.

1) Tujuan P2K2

Secara umum P2K2 bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, pemahaman mengenai pentingnya pengasuhan dan pendidikan anak, kesehatan, pengelolaan keuangan, perlindungan anak dan kesejahteraan sosial dalam lingkup keluarga, sehingga mendorong terciptanya percepatan perubahan perilaku.

2) Komponen P2K2

a) Modul P2K2

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

b) Bahan Ajar

Bahan ajar berupa buku modul, buku pintar, flipchart, poster dan brosur dan alat lainnya untuk mendukung penyampaian P2K2 diselenggarakan oleh Kementerian Sosial yang didukung oleh K/L terkait serta peran pemerintah daerah.

c) Waktu Pelaksanaan P2K2

P2K2 dilaksanakan setiap bulan selama masa kepesertaan KPM PKH.

- 3) Kegiatan P2K2 dapat dikecualikan apabila terjadi keadaan kahar (*force majeure*). Pelaksanaan P2K2 secara lebih rinci dijelaskan lebih lanjut dalam petunjuk teknis P2K2.

8. Transformasi Kepesertaan

Kepesertaan penerimaan bantuan PKH selama enam tahun, setelah itu diharapkan terjadi perubahan perilaku terhadap KPM PKH dalam bidang kesehatan, pendidikan, dan kesejahteraan sosial serta peningkatan status sosial ekonomi. Transformasi kepesertaan merupakan proses pengakhiran sebagai KPM PKH melalui kegiatan resertifikasi.

Pada kegiatan resertifikasi, KPM PKH kembali dilakukan pendataan ulang dan evaluasi status sosial ekonominya setelah KPM PKH memperoleh bantuan PKH selama kurun waktu tertentu. Pada tahun ke lima menjelang berakhirnya kepesertaan PKH enam tahun, KPM akan dilakukan resertifikasi. Hasil dari resertifikasi akan digunakan untuk menetapkan status akhir kepesertaan PKH yaitu graduasi atau transisi.

a. Transisi

Transisi adalah peserta PKH yang kondisinya masih memenuhi syarat PKH. Pada masa transisi peserta PKH tetap menerima bantuan selama 3 tahun dan wajib memenuhi kewajiban KPM PKH serta dipersiapkan untuk menerima program pengentasan kemiskinan lainnya.

b. Graduasi

Graduasi adalah peserta PKH yang memenuhi tiga syarat yaitu :

- 1) masih miskin tetapi tidak memiliki syarat PKH
- 2) tidak miskin tetapi masih memenuhi memiliki syarat PKH
- 3) tidak miskin dan tidak memenuhi syarat

Mekanisme graduasi dijelaskan lebih rinci pada Petunjuk Teknis Graduasi Keluarga Penerima Manfaat PKH.

E. Program Bantuan Komplementer

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

F. PKH Akses

PKH Akses adalah program pemberian bantuan sosial PKH di wilayah sulit dijangkau baik secara geografis, jaringan, sinyal, ketersediaan infrastruktur non tunai, maupun sumber daya manusia dengan pengkondisian secara khusus. 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 Keputusan Direktur Jenderal Perlindungan dan Jaminan Sosial. Pemerintah Kabupaten/Kota melalui Pemerintah Provinsi dapat mengajukan usulan wilayah untuk dijadikan wilayah PKH Akses dan disesuaikan dengan memerhatikan tiga kriteria berikut:

a. Pesisir dan 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 atau 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 antar negara

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 PKH Akses

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 Teknis PKH Akses.

G. PKH Adaptif

PKH Adaptif adalah program perlindungan sosial terhadap korban bencana alam, korban bencana sosial, dan komunitas adat terpencil. Namun demikian, apabila diperlukan bagi Pemerlu Pelayanan Kesejahteraan Sosial (PPKS) dapat diikutsertakan dalam PKH Adaptif sesuai ketentuan yang berlaku.

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 antar kelompok atau antar komunitas 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.

H. Sistem Pengaduan Masyarakat

Sebagai perwujudan tata kelola program yang baik, PKH menyediakan Sistem Pengaduan Masyarakat dengan membentuk contact center PKH. Layanan ini dapat diakses peserta PKH dan Non PKH serta masyarakat umum untuk memastikan layanan yang baik. Keberadaan contact center dilengkapi dengan kanal pengaduan yang disediakan berdasarkan jenis, waktu, tujuan dan sasaran pengaduan.

Kanal pengaduan yang ada pada Contact Center PKH adalah:

1. Call center, pengaduan melalui telepon pada nomor 1500299;
2. Whatsapp Center dengan nomor, 0811-1500229;
3. Email: pengaduan@pkh.kemsos.go.id;
4. Media cetak dan media sosial lainnya; dan
5. Surat yang ditujukan ke Direktorat Jaminan Sosial Keluarga.

Gambar 8. Contact Center PKH



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

I. Aplikasi E-PKH

Elektronik Program Keluarga Harapan (e-PKH) adalah sistem informasi pendukung pelaksanaan bisnis proses PKH yang memiliki fitur Validasi, Pemutakhiran, Verifikasi komitmen, P2K2, Sumber

Daya, Penyaluran, Rekonsiliasi, Pengaduan dan Terminasi. e-PKH merupakan bagian dari Sistem Informasi Kesejahteraan Sosial Next Generation (SIKS-NG). Aplikasi e-PKH dapat dikembangkan lebih lanjut sesuai dengan perkembangan PKH ke depan

BAB III

KELEMBAGAAN PKH

Dalam pelaksanaan PKH melibatkan berbagai kementerian/lembaga dan pemerintah daerah. Koordinasi antar kementerian/lembaga dan sinergi antara pemerintah pusat dan daerah merupakan faktor kunci keberhasilan pelaksanaan PKH. Oleh karena itu, perlu adanya dukungan kelembagaan pusat dan daerah serta penganggaran yang bersumber dari APBD untuk menunjang pelaksanaan PKH di daerah yang belum dianggarkan oleh pemerintah pusat.

Kelembagaan PKH mengacu kepada Peraturan Menteri Sosial Nomor 1 Tahun 2018 tentang Program Keluarga Harapan.

A. Kelembagaan PKH di Tingkat Pusat

1. Tim Koordinasi Nasional

Tim Koordinasi Nasional terdiri dari atas Pejabat Eselon I kementerian/lembaga yang tugas dan fungsi di bidang pengentasan kemiskinan, pendidikan, kesehatan, anak, keluarga, disabilitas, lanjut usia, data dan komunikasi, sebagai berikut:

Pengarah : Menteri Koordinator Pembangunan
Manusia dan Kebudayaan

Ketua : Menteri Sosial

Adapun Kementerian/Lembaga yang menjadi Anggota Tim Koordinasi Nasional adalah sebagai berikut:

- a. Kementerian Sosial;
- b. Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Nasional;
- c. Kementerian Kesehatan;
- d. Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan;
- e. Kementerian Agama;
- f. Kementerian Dalam Negeri;

- g. Kementerian Keuangan;
- h. Kementerian Komunikasi dan Informatika; dan
- i. Badan Pusat Statistik.

Tim Koordinasi Nasional bertugas:

- a. Melakukan kajian pelaksanaan, mekanisme, hasil audit dan evaluasi;
- b. Memberikan solusi atas permasalahan lintas sektor;

Tim Koordinasi Nasional PKH ditetapkan dengan Keputusan Menteri Sosial.

2. Tim Koordinasi Teknis

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

- Pengarah : Direktur Jenderal Perlindungan dan Jaminan Sosial
- Ketua : Direktur Jaminan Sosial Keluarga
- Sekretaris : Direktur Penanggulangan Kemiskinan dan Pemberdayaan Masyarakat, BAPPENAS.

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 Tingkat Pusat

Pelaksana PKH Pusat dilakukan oleh 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 PKH, 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; dan
- f. Menyusun dan menyampaikan laporan pelaksanaan kegiatan PKH kepada Direktur Jenderal Perlindungan dan Jaminan Sosial.

B. Kelembagaan PKH di Tingkat Daerah

Kelembagaan PKH di daerah terdiri dari tim koordinasi teknis PKH daerah provinsi, tim koordinasi teknis PKH daerah kabupaten/kota, pelaksana PKH daerah provinsi, pelaksana PKH daerah kabupaten/kota, dan pelaksana PKH kecamatan.

1. Tim Koordinasi Teknis PKH Daerah Provinsi

- a. Susunan tim koordinasi teknis PKH daerah provinsi terdiri atas:
 - Ketua : Kepala Badan Perencanaan Pembangunan Daerah Provinsi
 - Sekretaris : Kepala Dinas Sosial Daerah Provinsi
- b. Tim koordinasi teknis PKH daerah provinsi ditetapkan dengan keputusan gubernur.
- c. Tim koordinasi teknis PKH daerah provinsi bertugas:
 - 1) Menyusun program dan rencana kegiatan PKH;
 - 2) Memastikan komitmen penyediaan anggaran penyertaan kegiatan PKH sebagai dukungan penguatan pelaksanaan

PKH (misal: fasilitasi sosialisasi, pemantauan, bantuan percepatan program pemberdayaan KPM PKH, dan lain-lain) pemerintah daerah dapat menyediakan anggaran dari APBD merujuk pada Kepmendagri nomor 050-3708 tahun 2020 terkait urusan program perlindungan dan jaminan sosial;

- 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 Daerah Kabupaten/Kota

- a. Susunan tim koordinasi teknis PKH daerah kabupaten/kota terdiri atas:

Ketua : Kepala Badan Perencanaan
Pembangunan Daerah Kabupaten/Kota
Sekretaris : Kepala Dinas Sosial Daerah
Kabupaten/Kota

- b. Tim koordinasi teknis PKH daerah kabupaten/kota ditetapkan dengan keputusan bupati/wali kota
- c. Tim koordinasi teknis PKH daerah kabupaten/kota bertugas:
 - 1) menyusun program dan rencana kegiatan PKH daerah kabupaten/kota;
 - 2) Komitmen penyediaan anggaran penyertaan kegiatan PKH sebagai dukungan penguatan pelaksanaan PKH (misal: fasilitasi sosialisasi, fasilitasi P2K2, pemantauan, bantuan percepatan program pemberdayaan KPM PKH, dan lain-lain) pemerintah daerah dapat menyediakan anggaran dari APBD merujuk pada Kepmendagri nomor 050-3708 tahun 2020 terkait urusan program perlindungan dan jaminan sosial;
 - 3) Penyediaan fasilitas layanan pendidikan dan kesehatan;

- 4) Melakukan koordinasi dengan satuan kerja perangkat daerah terkait dan instansi/lembaga vertikal di daerah kabupaten/kota;
- 5) Melakukan pemantauan dan pengendalian kegiatan PKH;
- 6) Menyelesaikan masalah yang timbul dalam pelaksanaan PKH dilapangan; dan
- 7) Menyusun dan menyampaikan laporan pelaksanaan kegiatan PKH kepada kepala daerah, kepada pelaksana PKH daerah provinsi, dan pelaksana PKH Pusat.

3. Pelaksana PKH di Tingkat Daerah

Pelaksana PKH daerah dilakukan oleh dinas sosial daerah provinsi dan dinas sosial daerah kabupaten/kota yang membidangi bantuan sosial PKH, perlindungan, dan jaminan sosial. Pelaksana PKH daerah terdiri atas pelaksana PKH daerah provinsi, pelaksana PKH daerah kabupaten/kota, dan pelaksana PKH kecamatan.

a. Pelaksana PKH Daerah Provinsi

- 1) Pelaksana PKH daerah provinsi adalah dinas sosial daerah provinsi terdiri atas:

Ketua : Kepala Bidang Urusan Bantuan dan Jaminan Sosial
Sekretaris : Kepala Seksi Bantuan dan Jaminan Sosial

- 2) Pelaksana PKH daerah provinsi bertugas:
 - a) Bertanggung jawab dalam penyediaan informasi dan sosialisasi PKH di daerah kabupaten/kota;
 - b) Melakukan supervisi, pengawasan, dan pembinaan terhadap pelaksanaan PKH di daerah 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 daerah kabupaten/kota kepada pelaksana Pusat.
- b. Pelaksana PKH Daerah Kabupaten/Kota
- 1) Pelaksana PKH daerah kabupaten/kota adalah dinas sosial daerah kabupaten/kota terdiri atas:
 - Ketua : Kepala Bidang Urusan Bantuan dan Jaminan Sosial
 - Sekretaris : Kepala Seksi Bantuan dan Jaminan Sosial
 - 2) Pelaksana PKH daerah 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 daerah kabupaten/kota kepada pelaksana PKH pelaksana Pusat dengan tembusan kepada Pelaksana PKH daerah 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 daerah kabupaten/kota.

C. Mitra Kerja PKH

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

1. Kementerian/Lembaga tingkat pusat serta pemerintah daerah provinsi dan pemerintah daerah kabupaten/kota.
2. Organisasi non pemerintah baik nasional maupun internasional.

BAB IV

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:

1. Struktur Organisasi
2. Perencanaan Kebutuhan SDM
3. Tata Kelola SDM
4. Seleksi SDM
5. Manajemen SDM
6. Penilaian Kinerja

B. Sumber Daya Manusia

SDM PKH diatur dalam Peraturan Menteri Sosial Nomor: 1 Tahun 2018 tentang Program Keluarga Harapan yang 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:

- a. Terlaksananya pembinaan etik, penegakan disiplin dan penyelesaian pelanggaran secara cepat, tepat, efektif dan berkeadilan.
- b. 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 bimtap 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 ketentuan dari lembaga sertifikasi resmi.

G. Sosialisasi

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.

H. 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 V

PEMANTAUAN, EVALUASI DAN PELAPORAN

Monitoring atau pemantauan dan evaluasi bertujuan untuk menilai jalannya suatu program. Pemantauan digunakan pada saat program berjalan sehingga dapat mengetahui kekurangan dalam pelaksanaan program agar dapat diperbaiki secara cepat. Dengan demikian, tujuan program bisa dicapai sesuai dengan target yang ditetapkan.

Pemantauan merupakan salah satu kegiatan yang dapat dilakukan untuk mengetahui sejauh mana program PKH dilaksanakan. Kegiatan pemantauan menjadi bagian dari kegiatan evaluasi operasional yang bertujuan untuk menilai efektivitas pelaksanaan program (Khandker dkk., 2010). Ruang lingkup pemantauan PKH secara umum dilaksanakan pada sisi input, proses, dan output.

Kegiatan pemantauan PKH didesain menjadi sebuah sistem yang menyatu dengan seluruh aspek pelaksanaan program. Fungsi pemantauan dan evaluasi PKH yaitu:

- a. Menilai ketaatan atau kepatuhan sebuah kebijakan PKH mengikuti atau menaati standar dan prosedur yang diberlakukan;
- b. Melakukan pemeriksaan untuk mengetahui apakah tujuan PKH telah tercapai atau tidak;
- c. Hasil pemantauan dan evaluasi PKH di susun dalam bentuk laporan;
- d. Penjelasan Pemantauan dan Evaluasi menghasilkan informasi yang menjelaskan bagaimana kebijakan tersebut berhasil atau gagal dan mengenai perencanaan serta pelaksanaan tidak berjalan.

Pemantauan dan evaluasi Program Keluarga Harapan meliputi seluruh bisnis proses atau kegiatan yang di laksanakan oleh Direktorat Jaminan Sosial Keluarga yang meliputi kegiatan Validasi Terminasi, Kepesertaan, Bantuan Sosial, dan Sumberdaya.

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.

Kegiatan pemantauan merupakan suatu rangkaian yang sangat penting dalam pelaksanaan program. Kegiatan pemantauan bertujuan untuk melihat ketercapaian tujuan program. 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.

Indikator yang digunakan dalam pelaksanaan pemantauan PKH terdiri dari indikator masukan dan indikator keluaran. Kedua kategori ini akan diperoleh dari hasil analisis data temuan lapangan dengan 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;

- d. Memeriksa kembali strategi pelaksanaan PKH sebagaimana sudah direncanakan setelah membandingkan dengan kenyataan di lapangan;
- e. Menemukan permasalahan yang berkaitan dengan penyelenggaraan PKH;
- f. Mengetahui faktor-faktor pendukung dan penghambat penyelenggaraan PKH.

2. Pelaksana Pemantauan

Pelaksanaan pemantauan dalam ruang lingkup Direktorat Jaminan Sosial Keluarga meliputi Validasi Terminasi, Kepesertaan, Bantuan Sosial dan Sumberdaya. Pemantauan dapat dilaksanakan oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah provinsi, pemerintah daerah kabupaten/kota, lembaga mitra dan masyarakat. Kegiatan pemantuan dilakukan secara rutin, berkala dan atau sesuai dengan kebutuhan (tematik).

Pemantuan rutin dilakukan dengan memantau kondisi data pada aplikasi e-PKH dan dasbor Bantuan Sosial Nontunai. Sedangkan pemantauan berkala berupa kegiatan uji petik (spot check) oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah provinsi, pemerintah daerah kabupaten/kota.

3. Indikator Pemantauan

Pemantauan secara berkala dilakukan untuk seluruh tahapan dalam bisnis proses PKH, seperti:

- a. Pelaksanaan validasi dan tahap pertemuan awal
- b. Pelaksanaan pembukaan rekening dan distribusi KKS
- c. Proses penyaluran dana bantuan sosial PKH
- d. Proses verifikasi dan pemenuhan kewajiban
- e. Proses penarikan dan pemanfaatan dana bantuan sosial PKH
- f. Proses pelaksanaan P2K2 atau pertemuan kelompok
- g. Proses pemutakhiran data kepesertaan PKH
- h. Pelaksanaan Supervisi
- i. Kinerja SDM PKH

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. Evaluasi program harus dan dapat diselenggarakan secara terus menerus, berkala, dan atau sewaktu-waktu. Kegiatan evaluasi ini dapat dilakukan pada saat sebelum, sedang, atau setelah program dilaksanakan. Evaluasi merupakan kegiatan yang bermaksud untuk mengetahui apakah tujuan yang telah ditentukan dapat dicapai, apakah pelaksanaan program sesuai dengan rencana, dan atau dampak apa yang terjadi setelah program dilaksanakan. Evaluasi program berguna bagi pengambil keputusan untuk menetapkan apakah program akan dihentikan, diperbaiki, dimodifikasi, diperluas atau ditingkatkan.

Kegiatan evaluasi dapat dilaksanakan oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah provinsi, pemerintah daerah kabupaten/kota, lembaga mitra dan lembaga perguruan tinggi, lembaga riset dan instansi lainnya.

1. Tujuan Evaluasi

Secara umum evaluasi PKH bertujuan untuk :

- a. Mengidentifikasi tingkat pencapaian tujuan yang telah disusun dalam rencana kerja tahunan;
- b. Mengetahui dan menganalisa hal-hal lain yang mungkin timbul di luar yang telah rencana;
- c. Memberikan masukan kepada penanggungjawab PKH mengenai upaya perbaikan dalam perancangan maupun dalam pelaksanaan PKH;
- d. Memberi masukan untuk perencanaan program;
- e. Memberi masukan untuk keputusan tentang kelanjutan, perluasan dan penghentian program;
- f. Memperoleh informasi tentang faktor pendukung dan penghambat;

- g. Memberi masukan untuk memahami landasan keilmuan bagi penilaian.

2. Fungsi Evaluasi

Mengukur keberhasilan sebuah kegiatan atau program merupakan fungsi evaluasi yang paling utama. Pengukuran tingkat keberhasilan dilakukan pada berbagai komponen, termasuk metode yang digunakan, penggunaan sarana, dan pencapaian tujuan.

C. Pelaporan

Berdasarkan tujuan dan keluaran program yang ingin dicapai, diperlukan indikator kinerja program untuk mengukur pencapaian program selama kurun waktu satu tahun. Pengukuran indikator kinerja program dilakukan secara berkala dan dikoordinasikan dengan pihak-pihak terkait secara berjenjang. Secara umum evaluasi pelaksanaan PKH meliputi substansi dan pendukung program yang dilakukan secara berkala. Hasil dari proses pemantauan dan evaluasi disajikan dalam bentuk laporan yang dapat digunakan sebagai rekomendasi dan rumusan kepada pemangku kepentingan yang bertujuan untuk perbaikan program.

BAB VI

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.