

## ***Analisis Dampak Program Keluarga Harapan terhadap Penurunan Kemiskinan di Kecamatan Kesamben Kabupaten Jombang***

Agus Raikhani<sup>1</sup>, Muchtar<sup>2</sup>, Elok Faikotul Himmah<sup>3</sup>

Program Studi Ilmu Ekonomi, Universitas Darul Ulum Jombang<sup>1,2,3</sup>

Email Author: agus.raikhani@gmail.com; muchtaralam99@gmail.com; elokbakrie@gmail.com

### **ABSTRACT**

*This article aims to analyze the influence of the Family Hope Program social assistance on poverty reduction among beneficiary families in Kesamben Subdistrict, Jombang Regency. The study was developed from quantitative research involving 97 respondents representing a population of 2,813 beneficiary families. The independent variables include the utilization of assistance in the health, education, and economic sectors, while the dependent variable is poverty reduction. Data were collected through questionnaires, observation, documentation, and interviews, and then analyzed using descriptive statistics, classical assumption tests, partial tests, simultaneous tests, multiple linear regression, and coefficient of determination. The findings show that all instruments were valid and reliable, the residuals were normally distributed, and there were no symptoms of multicollinearity, heteroscedasticity, or autocorrelation. Partially, the health sector had a significant effect with a significance value of 0.000, the education sector had a significant effect with a significance value of 0.004, and the economic sector had a significant effect with a significance value of 0.018. Simultaneously, the three variables had a significant effect with an F value of 97.043 and a significance value of 0.000. The R Square value of 0.758 indicates that 75.8 percent of the variation in poverty reduction can be explained by the three variables. These findings confirm that conditional social assistance functions not only as a consumption buffer, but also as an instrument for behavioral change, improved access to basic services, and strengthening the economic capacity of poor households.*

**Keywords:** *Family Hope Program; poverty; health; education; economy*

### **PENDAHULUAN**

Kemiskinan tetap menjadi persoalan pembangunan yang menuntut intervensi kebijakan secara berkelanjutan, terukur, dan berbasis bukti. Dalam konteks Indonesia, kemiskinan tidak hanya dapat dipahami sebagai kekurangan pendapatan, tetapi juga sebagai keterbatasan akses terhadap layanan dasar, kesempatan kerja, pendidikan, kesehatan, perlindungan sosial, dan partisipasi sosial yang bermartabat. Perspektif ini sejalan dengan pendekatan pembangunan manusia yang menempatkan kualitas hidup, kapabilitas, dan kebebasan untuk memilih kehidupan yang layak sebagai dimensi penting dalam pengentasan kemiskinan (Sen, 1999). Oleh karena itu, strategi penanggulangan kemiskinan perlu diarahkan bukan hanya pada pemberian bantuan finansial, tetapi juga pada penguatan kemampuan keluarga miskin agar dapat keluar dari lingkaran kerentanan secara lebih mandiri.

Program Keluarga Harapan, yang selanjutnya disebut PKH, merupakan salah satu kebijakan perlindungan sosial yang dirancang untuk menjawab persoalan tersebut. Kementerian Sosial menjelaskan bahwa PKH adalah bantuan sosial bersyarat kepada keluarga miskin dan rentan yang termasuk dalam model social transfer berbentuk tunai atau Conditional Cash Transfer (Kementerian Sosial RI, 2025). Tujuan PKH meliputi peningkatan taraf hidup, pengurangan beban pengeluaran, peningkatan pendapatan, perubahan perilaku,

kemandirian, pengurangan kemiskinan dan kesenjangan, serta pengenalan manfaat produk dan jasa keuangan formal (Kementerian Sosial RI, 2025). Dengan karakter tersebut, PKH memiliki kedudukan strategis sebagai instrumen yang menghubungkan bantuan sosial dengan peningkatan akses pendidikan, kesehatan, dan kesejahteraan sosial.

Kebijakan bantuan sosial bersyarat menekankan bahwa rumah tangga miskin tidak hanya menerima transfer uang, tetapi juga diarahkan untuk memenuhi kewajiban tertentu, terutama yang berkaitan dengan pendidikan anak, pemeriksaan kesehatan, dan pemanfaatan layanan kesejahteraan sosial. Pada titik inilah PKH berbeda dari bantuan konsumtif biasa. PKH bekerja melalui dua jalur sekaligus, yaitu jalur jangka pendek berupa pengurangan beban pengeluaran rumah tangga dan jalur jangka panjang berupa peningkatan kualitas sumber daya manusia. Bank Dunia menilai perluasan PKH sebagai bagian dari strategi penting Indonesia untuk mengurangi kemiskinan dan ketimpangan, termasuk melalui perbaikan akses layanan pendidikan dan kesehatan anak dari keluarga miskin (World Bank, 2017).

Data kemiskinan nasional menunjukkan bahwa isu kemiskinan masih relevan sebagai agenda pembangunan. Badan Pusat Statistik melaporkan bahwa persentase penduduk miskin Indonesia pada September 2024 sebesar 8,57 persen atau 24,06 juta orang, menurun dibandingkan Maret 2024 dan Maret 2023 (Badan Pusat Statistik, 2025). Penurunan tersebut merupakan capaian penting, namun tetap menyisakan tantangan karena kemiskinan pedesaan masih lebih tinggi dibandingkan perkotaan. Pada September 2024, kemiskinan pedesaan tercatat 11,34 persen, sedangkan kemiskinan perkotaan 6,66 persen (Badan Pusat Statistik, 2025). Fakta ini memperlihatkan bahwa intervensi perlindungan sosial di tingkat lokal masih diperlukan, khususnya pada wilayah kecamatan dan desa yang memiliki kelompok rentan.

Kecamatan Kesamben, Kabupaten Jombang, menjadi lokasi penting untuk melihat bagaimana PKH bekerja pada level mikro. Berdasarkan data penelitian, populasi KPM PKH di Kecamatan Kesamben berjumlah 2.813 keluarga penerima manfaat, sedangkan sampel penelitian berjumlah 97 responden. Penelitian memusatkan perhatian pada tiga bidang utama bantuan dan pendampingan, yaitu kesehatan, pendidikan, dan ekonomi. Ketiga bidang ini dipilih karena mencerminkan tiga fondasi dasar pengurangan kemiskinan: keluarga yang sehat memiliki peluang produktivitas lebih baik, anak yang bersekolah memiliki peluang mobilitas sosial lebih tinggi, dan rumah tangga yang memiliki ketahanan ekonomi lebih mampu mengurangi ketergantungan pada bantuan.

Kajian tentang bantuan tunai bersyarat menunjukkan bahwa intervensi semacam PKH dapat meningkatkan perilaku investasi rumah tangga miskin terhadap pendidikan dan kesehatan. Cahyadi et al. (2020) menemukan bahwa PKH memiliki dampak pada berbagai indikator kesejahteraan, termasuk perilaku pemanfaatan layanan pendidikan dan kesehatan, walaupun efektivitasnya sangat bergantung pada kualitas implementasi dan konteks lokal. Penelitian lain dari lingkungan Kementerian Sosial juga menunjukkan bahwa PKH berperan dalam peningkatan kualitas hidup keluarga penerima manfaat, terutama melalui keterpenuhan layanan dasar pendidikan dan kesehatan (Hidayatulloh, 2019). Namun, sejumlah kajian juga menegaskan bahwa persoalan ketepatan sasaran, kualitas pendampingan, perubahan perilaku, dan keberlanjutan ekonomi tetap menjadi tantangan (Sofianto, 2020).

Dalam konteks pendidikan, PKH memiliki relevansi besar karena pendidikan merupakan instrumen jangka panjang untuk memutus kemiskinan antargenerasi. Keluarga miskin kerap menghadapi hambatan biaya langsung maupun tidak langsung, mulai dari biaya transportasi, seragam, perlengkapan sekolah, hingga kehilangan potensi pendapatan anak

apabila mereka harus membantu pekerjaan keluarga. Bantuan sosial bersyarat memberikan insentif agar keluarga tetap menjaga partisipasi dan kehadiran anak di sekolah. Kustanto (2019) menekankan bahwa pemahaman KPM terhadap pendidikan menjadi aspek penting karena kewajiban pendidikan dalam PKH tidak hanya berhubungan dengan administrasi bantuan, tetapi juga konstruksi sosial keluarga tentang masa depan anak.

Pada bidang kesehatan, PKH mendorong keluarga miskin untuk mengakses layanan kesehatan ibu, anak, lansia, penyandang disabilitas, dan kelompok rentan lainnya. Akses kesehatan yang lebih baik dapat mengurangi risiko pengeluaran mendadak akibat sakit, meningkatkan produktivitas kerja, serta menjaga kualitas tumbuh kembang anak. Bank Dunia menyatakan bahwa PKH dikaitkan dengan peningkatan pemanfaatan layanan kesehatan dan gizi serta penurunan stunting berat pada anak (World Bank, 2017). Dalam perspektif ekonomi keluarga, kesehatan yang lebih baik juga dapat memperkecil kehilangan hari kerja dan mengurangi biaya kesehatan yang seharusnya dapat dialihkan untuk kebutuhan produktif.

Pada bidang ekonomi, PKH memiliki peran sebagai bantalan sosial sekaligus pemicu pengelolaan keuangan rumah tangga. Transfer tunai dapat membantu keluarga memenuhi kebutuhan dasar, tetapi dampak yang lebih berkelanjutan membutuhkan pendampingan, literasi keuangan, akses terhadap peluang usaha, dan hubungan dengan program komplementer. Syamsulhakim dan Khadijah (2021) menunjukkan bahwa keberlanjutan keluarga yang telah graduasi dari PKH perlu dilihat dari status sosial ekonomi, pekerjaan, penghidupan, komplementaritas program, dan keberlanjutan perilaku yang pernah didorong oleh program. Dengan demikian, analisis ekonomi PKH harus melampaui pertanyaan apakah bantuan diterima, menuju pertanyaan apakah bantuan tersebut menguatkan kemandirian.

Berdasarkan latar belakang tersebut, artikel ini bertujuan menganalisis pengaruh PKH bidang kesehatan, pendidikan, dan ekonomi terhadap penurunan kemiskinan pada KPM di Kecamatan Kesamben, Kabupaten Jombang. Artikel ini juga bertujuan merumuskan implikasi praktis dari hasil penelitian bagi penguatan pelaksanaan PKH di tingkat lokal.

## METODE

Artikel ini disusun berdasarkan hasil penelitian kuantitatif yang menganalisis pengaruh bantuan sosial PKH terhadap penurunan kemiskinan pada KPM di Kecamatan Kesamben, Kabupaten Jombang. Pendekatan kuantitatif dipilih karena tujuan utama penelitian adalah menguji hubungan dan pengaruh antarvariabel secara terukur. Penelitian kuantitatif relevan digunakan ketika peneliti hendak menjelaskan gejala sosial melalui pengukuran indikator, pengujian hipotesis, dan analisis statistik (Sugiyono, 2015). Dalam artikel ini, data penelitian dipadatkan dan ditulis ulang dalam bentuk naskah jurnal sehingga lebih sesuai dengan kebutuhan publikasi ilmiah.

Rancangan penelitian menggunakan model regresi linier berganda. Variabel bebas terdiri atas bidang kesehatan (X1), bidang pendidikan (X2), dan bidang ekonomi (X3). Variabel terikat adalah penurunan angka kemiskinan (Y) pada keluarga penerima manfaat PKH. Model ini dipilih karena kemiskinan tidak berdiri sendiri sebagai akibat satu faktor tunggal, melainkan dipengaruhi oleh kombinasi akses layanan dasar dan kapasitas ekonomi rumah tangga. Dengan regresi linier berganda, peneliti dapat mengetahui pengaruh masing-masing variabel secara parsial dan pengaruh ketiganya secara simultan terhadap penurunan kemiskinan.

Populasi penelitian adalah seluruh KPM PKH di Kecamatan Kesamben, Kabupaten Jombang, sebanyak 2.813 KPM. Sampel penelitian berjumlah 97 responden yang ditentukan

dengan pendekatan purposive sampling dan perhitungan Slovin. Purposive sampling digunakan karena responden harus memenuhi karakteristik tertentu, yaitu termasuk dalam KPM PKH di wilayah penelitian dan memiliki pengalaman langsung dalam menerima, menggunakan, atau mengelola bantuan PKH. Pendekatan ini memungkinkan data yang dikumpulkan lebih sesuai dengan tujuan penelitian karena responden benar-benar menjadi bagian dari sasaran program.

Pengumpulan data dilakukan melalui kuesioner, observasi, dokumentasi, dan wawancara. Kuesioner digunakan untuk memperoleh data terstruktur mengenai persepsi dan pengalaman responden terhadap bidang kesehatan, pendidikan, ekonomi, dan kondisi kemiskinan. Observasi digunakan untuk memperoleh gambaran lapangan mengenai konteks sosial pelaksanaan PKH. Dokumentasi digunakan untuk mendukung data populasi, pelaksanaan program, dan hasil pengujian statistik. Wawancara digunakan untuk memperkaya pemahaman mengenai tantangan pemanfaatan bantuan, pendampingan, dan kondisi KPM di lapangan.

Instrumen penelitian menggunakan skala Likert lima tingkat, yaitu sangat setuju, setuju, kurang setuju, tidak setuju, dan sangat tidak setuju. Variabel kesehatan diukur melalui indikator tingkat kepatuhan mengakses layanan kesehatan, ketersediaan dan aksesibilitas layanan kesehatan, pengetahuan dan kesadaran kesehatan, serta kualitas layanan kesehatan yang diterima. Variabel pendidikan diukur melalui indikator tingkat partisipasi sekolah, tingkat kehadiran sekolah, akses terhadap sarana dan prasarana pendidikan, serta kualitas pengajaran dan guru. Variabel ekonomi diukur melalui indikator pendapatan keluarga, pengeluaran keluarga, kondisi pekerjaan dan sumber penghasilan, serta ketersediaan jaringan sosial dan dukungan ekonomi. Variabel kemiskinan diukur melalui indikator tingkat kemiskinan, keterampilan dan akses peluang kerja, pendidikan dan keterampilan, serta kesejahteraan sosial dan bantuan sosial.

Sebelum data dianalisis, instrumen diuji validitas dan reliabilitasnya. Uji validitas dilakukan dengan membandingkan nilai  $r$  hitung dengan  $r$  tabel pada taraf signifikansi 5 persen. Dengan jumlah responden 97, nilai  $r$  tabel yang digunakan adalah 0,1975. Hasil penelitian menunjukkan bahwa seluruh item pada variabel kesehatan, pendidikan, ekonomi, dan kemiskinan memiliki  $r$  hitung lebih besar daripada  $r$  tabel sehingga dinyatakan valid. Validitas ini menunjukkan bahwa butir pertanyaan mampu mengukur indikator yang dimaksud.

Uji reliabilitas dilakukan menggunakan Cronbach's Alpha. Hasil penelitian menunjukkan nilai Cronbach's Alpha untuk variabel kesehatan sebesar 0,828, pendidikan sebesar 0,684, ekonomi sebesar 0,669, dan angka kemiskinan sebesar 0,678. Seluruh nilai tersebut lebih besar dari batas 0,60 sehingga instrumen dinyatakan reliabel. Reliabilitas menunjukkan bahwa instrumen memiliki konsistensi internal yang memadai untuk mengukur fenomena yang sama. Dengan demikian, data yang diperoleh dari kuesioner dapat digunakan dalam analisis lanjutan.

Analisis data dilakukan melalui statistik deskriptif, uji asumsi klasik, uji parsial, uji simultan, regresi linier berganda, dan koefisien determinasi. Statistik deskriptif digunakan untuk menafsirkan rata-rata skor tiap indikator. Uji asumsi klasik meliputi uji normalitas, multikolinieritas, heteroskedastisitas, dan autokorelasi. Uji parsial digunakan untuk melihat pengaruh setiap variabel bebas terhadap variabel terikat, sedangkan uji simultan digunakan untuk mengetahui pengaruh ketiga variabel bebas secara bersama-sama. Koefisien

determinasi digunakan untuk mengetahui persentase kontribusi variabel kesehatan, pendidikan, dan ekonomi dalam menjelaskan penurunan kemiskinan.

Persamaan regresi linier berganda yang digunakan adalah  $Y = a + b_1X_1 + b_2X_2 + b_3X_3 + e$ . Dalam model tersebut, Y adalah penurunan angka kemiskinan, a adalah konstanta, X1 adalah bidang kesehatan, X2 adalah bidang pendidikan, X3 adalah bidang ekonomi, b1 sampai b3 adalah koefisien regresi, dan e adalah error. Seluruh analisis statistik dilakukan dengan bantuan perangkat lunak SPSS versi 25. Keputusan statistik didasarkan pada taraf signifikansi 0,05. Jika nilai signifikansi lebih kecil dari 0,05, maka pengaruh variabel dinyatakan signifikan.

## HASIL, PEMBAHASAN, DAN DAMPAK

### Gambaran umum pelaksanaan PKH di Kecamatan Kesamben

PKH di Kecamatan Kesamben dilaksanakan sebagai bagian dari perlindungan sosial bagi keluarga miskin dan rentan. KPM yang menjadi sasaran program memiliki komponen keluarga yang berkaitan dengan kewajiban pendidikan, kesehatan, dan kesejahteraan sosial, seperti anak usia sekolah, ibu hamil, anak usia dini, lanjut usia, dan penyandang disabilitas. Dalam pelaksanaan program, pendamping PKH memiliki peran penting untuk memastikan bahwa bantuan tidak hanya diterima, tetapi juga digunakan sesuai tujuan. Pendampingan dilakukan melalui pertemuan, edukasi keluarga, kunjungan, dan pemantauan kepatuhan KPM terhadap kewajiban program.

Temuan lapangan menunjukkan bahwa KPM merasakan manfaat PKH terutama dalam membantu kebutuhan pendidikan anak, kesehatan keluarga, dan pengelolaan kebutuhan dasar rumah tangga. Bantuan tunai yang diterima secara bertahap memberi ruang bagi keluarga untuk mengurangi tekanan pengeluaran, terutama pada saat kebutuhan pendidikan dan kesehatan meningkat. Kondisi ini sejalan dengan prinsip bantuan tunai bersyarat yang menghubungkan transfer sosial dengan perilaku produktif keluarga miskin. PKH juga memiliki fungsi edukatif karena KPM didorong untuk memahami pentingnya pemeriksaan kesehatan, kehadiran sekolah, dan penggunaan bantuan secara bertanggung jawab.

Seluruh responden dalam penelitian adalah perempuan. Komposisi ini memperlihatkan bahwa perempuan memegang peran sentral dalam pengelolaan bantuan, pengasuhan anak, pengaturan kebutuhan rumah tangga, dan hubungan keluarga dengan layanan pendidikan maupun kesehatan. Dalam konteks perlindungan sosial, keterlibatan perempuan sebagai pengelola bantuan menjadi sangat penting karena keputusan harian mengenai makanan, sekolah, kesehatan, dan belanja rumah tangga banyak berada di tangan ibu atau pengasuh utama. Temuan ini memperkuat argumentasi bahwa efektivitas PKH tidak dapat dipisahkan dari kapasitas perempuan dalam mengelola sumber daya keluarga.

Jika dilihat dari desain kebijakan, PKH beroperasi sebagai intervensi yang menekankan keseimbangan antara perlindungan dan pemberdayaan. Perlindungan diberikan melalui bantuan uang yang mengurangi beban pengeluaran rumah tangga miskin. Pemberdayaan didorong melalui kewajiban dan pendampingan agar keluarga mengubah perilaku ke arah yang lebih produktif. Bank Dunia menyebut bahwa integrasi bantuan sosial dan peningkatan sistem pelaksanaan merupakan kunci agar bantuan sosial dapat memberi hasil lebih baik bagi pengurangan kemiskinan (World Bank, 2017). Hal ini relevan dengan kondisi Kesamben karena keberhasilan program sangat bergantung pada kualitas pendampingan dan keterhubungan KPM dengan layanan dasar.

### Hasil Deskriptif Variabel Penelitian

Hasil deskriptif memperlihatkan bahwa seluruh variabel berada pada kategori baik. Pada variabel kesehatan, indikator tingkat kepatuhan dalam mengakses layanan kesehatan memperoleh skor rata-rata 3,87, ketersediaan dan aksesibilitas layanan kesehatan memperoleh skor 3,83, pengetahuan dan kesadaran kesehatan memperoleh skor 3,94, dan kualitas layanan kesehatan yang diterima memperoleh skor 3,74. Seluruh indikator tersebut menunjukkan bahwa KPM memiliki pengalaman positif dalam memanfaatkan layanan kesehatan. Kondisi ini penting karena kesehatan yang baik dapat menurunkan beban pengeluaran akibat sakit dan meningkatkan produktivitas keluarga.

Variabel pendidikan juga menunjukkan kecenderungan baik. Tingkat partisipasi sekolah memperoleh skor rata-rata 3,89, tingkat kehadiran sekolah 3,80, akses terhadap sarana dan prasarana pendidikan 3,97, dan kualitas pengajaran 3,85. Skor ini menunjukkan bahwa PKH mendukung partisipasi anak dalam pendidikan formal melalui pengurangan beban biaya dan penguatan kesadaran keluarga. Pendidikan menjadi faktor penting dalam pemutusan kemiskinan antargenerasi karena anak dari keluarga miskin membutuhkan dukungan agar dapat bertahan di sekolah dan meningkatkan modal manusia.

Variabel ekonomi menunjukkan hasil yang konsisten. Pendapatan keluarga memperoleh skor rata-rata 3,88, pengeluaran keluarga 3,94, kondisi pekerjaan dan sumber penghasilan 3,91, serta jaringan sosial dan dukungan ekonomi 3,87. Temuan ini menunjukkan bahwa KPM relatif mampu mengelola pengeluaran dan menjaga stabilitas ekonomi rumah tangga. Walaupun PKH bukan program penciptaan kerja secara langsung, bantuan yang diterima dapat membantu rumah tangga mengalokasikan sumber daya untuk kebutuhan dasar dan mengurangi tekanan finansial.

Variabel kemiskinan sebagai variabel terikat juga berada pada kategori baik. Indikator tingkat kemiskinan memperoleh skor rata-rata 3,90, keterampilan dan akses peluang kerja 4,14, pendidikan dan keterampilan 3,85, serta kesejahteraan sosial dan bantuan sosial 3,95. Nilai tertinggi pada indikator keterampilan dan akses peluang kerja menunjukkan adanya persepsi positif KPM terhadap kemampuan dan peluang perbaikan ekonomi. Namun, skor tersebut juga perlu dibaca secara hati-hati karena akses peluang kerja tidak selalu otomatis berubah menjadi pendapatan stabil tanpa dukungan pelatihan, akses pasar, dan intervensi ekonomi komplementer.

**Tabel 2. Rata-rata skor indikator variabel penelitian**

Variabel	Indikator	Skor rata-rata	Kategori
Kesehatan	Kepatuhan mengakses layanan kesehatan	3,87	Baik
Kesehatan	Ketersediaan dan aksesibilitas layanan	3,83	Baik
Kesehatan	Pengetahuan dan kesadaran kesehatan	3,94	Baik
Kesehatan	Kualitas layanan kesehatan	3,74	Baik
Pendidikan	Tingkat partisipasi sekolah	3,89	Baik
Pendidikan	Tingkat kehadiran sekolah	3,80	Baik
Pendidikan	Akses sarana dan prasarana pendidikan	3,97	Baik

Pendidikan	Kualitas pengajaran dan guru	3,85	Baik
Ekonomi	Pendapatan keluarga	3,88	Baik
Ekonomi	Pengeluaran keluarga	3,94	Baik
Ekonomi	Kondisi pekerjaan dan sumber penghasilan	3,91	Baik
Ekonomi	Jaringan sosial dan dukungan ekonomi	3,87	Baik
Kemiskinan	Tingkat kemiskinan	3,90	Baik
Kemiskinan	Keterampilan dan akses peluang kerja	4,14	Baik
Kemiskinan	Pendidikan dan keterampilan	3,85	Baik
Kemiskinan	Kesejahteraan sosial dan bantuan sosial	3,95	Baik

### Uji Validitas, Reliabilitas, dan Asumsi Klasik

Hasil uji validitas menunjukkan bahwa seluruh item instrumen pada variabel kesehatan, pendidikan, ekonomi, dan kemiskinan dinyatakan valid. Dengan jumlah responden 97 dan  $r$  tabel sebesar 0,1975, semua item memiliki  $r$  hitung lebih besar daripada  $r$  tabel. Validitas tersebut berarti setiap pertanyaan dalam kuesioner memiliki kemampuan untuk mengukur indikator yang ditetapkan. Dalam penelitian sosial, validitas instrumen menjadi fondasi penting karena kesimpulan statistik hanya dapat dipercaya apabila alat ukur yang digunakan benar-benar mewakili konsep penelitian (Hardani et al., 2020).

Hasil uji reliabilitas menunjukkan bahwa variabel kesehatan memiliki Cronbach's Alpha sebesar 0,828, pendidikan sebesar 0,684, ekonomi sebesar 0,669, dan angka kemiskinan sebesar 0,678. Karena seluruh nilai berada di atas 0,60, instrumen dapat dinyatakan reliabel. Reliabilitas ini menunjukkan bahwa jawaban responden memiliki konsistensi yang cukup untuk dianalisis. Dengan demikian, hasil pengukuran tidak hanya valid secara substansi, tetapi juga konsisten secara internal.

Uji normalitas menggunakan One-Sample Kolmogorov-Smirnov menunjukkan nilai Asymp. Sig. sebesar 0,200. Nilai tersebut lebih besar dari 0,05 sehingga residual dinyatakan berdistribusi normal. Normalitas residual penting karena regresi linier berganda membutuhkan asumsi bahwa kesalahan prediksi menyebar secara normal agar pengujian signifikansi dapat diinterpretasikan secara tepat. Hasil ini menunjukkan bahwa model penelitian memenuhi salah satu syarat dasar regresi.

Uji multikolinieritas menunjukkan bahwa seluruh variabel bebas memiliki nilai tolerance lebih besar dari 0,10 dan nilai VIF kurang dari 10. Variabel kesehatan memiliki tolerance 0,355 dan VIF 2,815, variabel pendidikan memiliki tolerance 0,229 dan VIF 4,359, sedangkan variabel ekonomi memiliki tolerance 0,241 dan VIF 4,155. Dengan demikian, tidak terdapat gejala multikolinieritas yang mengganggu model. Artinya, kesehatan, pendidikan, dan ekonomi memang saling berkaitan, tetapi tidak memiliki korelasi yang terlalu tinggi sehingga masing-masing masih dapat diuji kontribusinya.

Uji heteroskedastisitas menggunakan uji Glejser menunjukkan nilai signifikansi kesehatan 0,087, pendidikan 0,986, dan ekonomi 0,159. Seluruh nilai tersebut lebih besar dari 0,05 sehingga model tidak menunjukkan gejala heteroskedastisitas. Selain itu, uji autokorelasi dengan Durbin-Watson menghasilkan nilai 1,913. Dengan pedoman  $d_U$  1,734 dan  $4-d_U$  sebesar 2,266, posisi 1,913 berada pada rentang tidak terjadi autokorelasi. Dengan demikian, model regresi memenuhi asumsi klasik dan layak digunakan untuk menguji hipotesis.

**Tabel 3. Ringkasan uji reliabilitas dan asumsi klasik**

Jenis uji	Hasil utama	Kriteria	Kesimpulan
Reliabilitas kesehatan	Cronbach's Alpha 0,828	> 0,60	Reliabel
Reliabilitas pendidikan	Cronbach's Alpha 0,684	> 0,60	Reliabel
Reliabilitas ekonomi	Cronbach's Alpha 0,669	> 0,60	Reliabel
Reliabilitas kemiskinan	Cronbach's Alpha 0,678	> 0,60	Reliabel
Normalitas	Asymp. Sig. 0,200	> 0,05	Normal
Multikolinieritas	VIF 2,815; 4,359; 4,155	< 10	Tidak terjadi multikolinieritas
Heteroskedastisitas	Sig. 0,087; 0,986; 0,159	> 0,05	Tidak terjadi heteroskedastisitas
Autokorelasi	Durbin-Watson 1,913	$d_U < d < 4-d_U$	Tidak terjadi autokorelasi

### Hasil Uji Parsial, Simultan, dan Regresi Linier Berganda

Hasil uji parsial menunjukkan bahwa variabel kesehatan berpengaruh signifikan terhadap penurunan kemiskinan. Nilai koefisien regresi kesehatan adalah 0,267 dengan nilai t 4,353 dan signifikansi 0,000. Karena signifikansi lebih kecil dari 0,05, hipotesis yang menyatakan bahwa kesehatan berpengaruh terhadap penurunan kemiskinan diterima. Artinya,

semakin baik kepatuhan KPM dalam mengakses layanan kesehatan, semakin baik pula kontribusi bidang kesehatan terhadap penurunan kemiskinan.

Variabel pendidikan juga terbukti berpengaruh signifikan terhadap penurunan kemiskinan. Koefisien regresi pendidikan sebesar 0,318 dengan nilai t 2,936 dan signifikansi 0,004. Nilai koefisien pendidikan merupakan yang terbesar di antara tiga variabel bebas, sehingga pendidikan dapat dibaca sebagai faktor yang memiliki kontribusi kuat dalam model penelitian. Temuan ini sejalan dengan literatur pembangunan yang menyatakan bahwa pendidikan meningkatkan kapabilitas, memperluas peluang kerja, dan memperbesar kemungkinan mobilitas ekonomi keluarga (Sen, 1999; World Bank, 2020).

Variabel ekonomi berpengaruh signifikan terhadap penurunan kemiskinan dengan koefisien regresi sebesar 0,244, nilai t 2,404, dan signifikansi 0,018. Temuan ini menunjukkan bahwa kondisi pendapatan, pengeluaran, pekerjaan, dan dukungan sosial keluarga memiliki kontribusi terhadap penurunan kemiskinan. Walaupun koefisien ekonomi lebih kecil daripada kesehatan dan pendidikan, variabel ini tetap penting karena menjadi jembatan antara bantuan sosial dan kemandirian rumah tangga. Keluarga yang mampu mengelola bantuan, menjaga pengeluaran, dan memiliki jaringan ekonomi lebih kuat cenderung lebih tahan terhadap guncangan.

Hasil uji simultan menunjukkan nilai F sebesar 97,043 dengan signifikansi 0,000. Nilai ini lebih kecil dari 0,05 sehingga kesehatan, pendidikan, dan ekonomi secara bersama-sama berpengaruh signifikan terhadap penurunan kemiskinan. Temuan simultan ini penting karena memperlihatkan bahwa pengurangan kemiskinan tidak dapat hanya bertumpu pada satu dimensi. Penguatan kesehatan tanpa pendidikan belum cukup, pendidikan tanpa dukungan ekonomi juga belum memadai, dan bantuan ekonomi tanpa perilaku sehat serta komitmen pendidikan berisiko hanya menjadi bantalan jangka pendek.

Persamaan regresi linier berganda yang dihasilkan adalah  $Y = 12,022 + 0,267X_1 + 0,318X_2 + 0,244X_3 + e$ . Persamaan ini menunjukkan bahwa setiap peningkatan pada bidang kesehatan, pendidikan, dan ekonomi berhubungan positif dengan penurunan kemiskinan. Konstanta sebesar 12,022 menunjukkan nilai dasar variabel kemiskinan ketika variabel bebas dianggap tetap. Koefisien positif pada ketiga variabel menunjukkan bahwa penguatan program di ketiga bidang dapat meningkatkan capaian penurunan kemiskinan KPM PKH.

Nilai koefisien determinasi atau R Square sebesar 0,758 menunjukkan bahwa 75,8 persen variasi penurunan kemiskinan dapat dijelaskan oleh bidang kesehatan, pendidikan, dan ekonomi. Sisanya sebesar 24,2 persen dipengaruhi oleh faktor lain yang tidak masuk dalam model, seperti kondisi pasar kerja lokal, kualitas infrastruktur, harga kebutuhan pokok, akses transportasi, dukungan program pemerintah lainnya, kondisi sosial budaya, dan kapasitas individu KPM. Nilai R Square yang tinggi menunjukkan bahwa model penelitian memiliki daya jelas yang kuat, tetapi tetap membuka ruang untuk penelitian lanjutan yang memasukkan variabel komplementer.

**Tabel 4. Hasil uji regresi linier berganda**

Variabel	B	Std. Error	Beta	t	Sig.	Kesimpulan
Konstanta	12,022	3,361	-	3,576	0,001	Signifikan
Kesehatan (X1)	0,267	0,061	0,373	4,353	0,000	Berpengaruh signifikan

Pendidikan (X2)	0,318	0,108	0,313	2,936	0,004	Berpengaruh signifikan
Ekonomi (X3)	0,244	0,102	0,250	2,404	0,018	Berpengaruh signifikan
Uji F simultan	-	-	-	97,043	0,000	Berpengaruh simultan
R Square	0,758	-	-	-	-	Kontribusi 75,8 persen

### Pengaruh Bidang Kesehatan terhadap Penurunan Kemiskinan

Pengaruh bidang kesehatan terhadap penurunan kemiskinan menunjukkan bahwa akses dan perilaku kesehatan KPM merupakan komponen penting dalam efektivitas PKH. Keluarga miskin sering kali berada pada posisi rentan karena penyakit dapat mengurangi kemampuan bekerja, meningkatkan beban pengeluaran, dan memperburuk kondisi ekonomi rumah tangga. Ketika PKH mendorong keluarga untuk rutin mengakses fasilitas kesehatan, mengikuti anjuran tenaga kesehatan, dan menjaga pengetahuan kesehatan dasar, maka program ini tidak hanya membantu secara finansial, tetapi juga mengurangi risiko kemiskinan akibat guncangan kesehatan.

Skor rata-rata kepatuhan mengakses layanan kesehatan sebesar 3,87 memperlihatkan bahwa KPM memiliki kesadaran relatif baik dalam mengikuti layanan kesehatan. Ketersediaan dan aksesibilitas layanan memperoleh skor 3,83, yang menunjukkan bahwa fasilitas kesehatan di wilayah penelitian dianggap cukup dapat dijangkau. Pengetahuan dan kesadaran kesehatan memperoleh skor tertinggi pada variabel kesehatan, yaitu 3,94. Ini menunjukkan bahwa edukasi kesehatan dan pendampingan PKH memberi kontribusi terhadap perubahan cara pandang keluarga miskin mengenai pentingnya pencegahan penyakit.

Kualitas layanan kesehatan yang diterima memperoleh skor 3,74, masih dalam kategori baik, tetapi menjadi indikator dengan skor terendah pada variabel kesehatan. Temuan ini memberi sinyal bahwa kualitas pelayanan tetap perlu diperkuat. Layanan yang ramah, cepat, jelas, dan mudah diakses akan meningkatkan kepercayaan KPM terhadap fasilitas kesehatan. Jika kualitas layanan rendah, keluarga dapat enggan memeriksakan kesehatan meskipun syarat program mendorong mereka melakukannya. Oleh karena itu, penguatan PKH harus berjalan bersama peningkatan kapasitas layanan kesehatan di tingkat puskesmas, posyandu, dan fasilitas rujukan.

Secara teoretis, kesehatan berhubungan langsung dengan produktivitas. Individu yang lebih sehat memiliki peluang lebih besar untuk bekerja, mengurus keluarga, dan berpartisipasi dalam kegiatan ekonomi. Pada keluarga miskin, kesehatan anak juga menentukan kualitas tumbuh kembang dan kesiapan belajar. Dengan demikian, investasi kesehatan melalui PKH memiliki dampak ganda: mengurangi beban biaya jangka pendek dan membangun modal manusia jangka panjang. Temuan Bank Dunia mengenai hubungan PKH dengan peningkatan pemanfaatan layanan kesehatan dan penurunan stunting berat memperkuat interpretasi ini (World Bank, 2017).

Dampak bidang kesehatan bagi KPM di Kecamatan Kesamben dapat dilihat dari meningkatnya kepatuhan keluarga terhadap layanan kesehatan dan kesadaran untuk menjaga kesehatan preventif. Sebelum intervensi berjalan optimal, keluarga miskin cenderung menunda pemeriksaan kesehatan karena alasan biaya, jarak, atau kurangnya informasi. Setelah mengikuti PKH, keluarga lebih terdorong untuk memanfaatkan layanan kesehatan karena terdapat pendampingan dan kewajiban program. Perubahan perilaku ini menjadi salah satu jalur penting pengurangan kemiskinan karena keluarga yang sehat memiliki risiko lebih kecil untuk jatuh kembali ke kondisi sangat miskin akibat biaya kesehatan mendadak.

### **Pengaruh Bidang Pendidikan terhadap Penurunan Kemiskinan**

Pendidikan menjadi variabel dengan koefisien regresi terbesar dalam model, yaitu 0,318. Hal ini menunjukkan bahwa peningkatan bidang pendidikan memiliki hubungan kuat dengan penurunan kemiskinan KPM PKH. Secara konseptual, pendidikan membuka peluang mobilitas sosial karena anak yang menyelesaikan pendidikan lebih tinggi memiliki kesempatan lebih besar untuk memperoleh pekerjaan yang lebih baik. Pendidikan juga meningkatkan literasi, kemampuan beradaptasi, dan keterampilan dasar yang dibutuhkan untuk menghadapi perubahan ekonomi.

Skor rata-rata partisipasi sekolah sebesar 3,89 menunjukkan bahwa anak-anak dari keluarga penerima manfaat relatif terlibat dalam pendidikan formal. Kehadiran sekolah memperoleh skor 3,80, yang berarti masih baik tetapi perlu diperkuat. Akses sarana dan prasarana pendidikan memperoleh skor 3,97, tertinggi pada variabel pendidikan. Kualitas pengajaran memperoleh skor 3,85. Secara keseluruhan, data ini menunjukkan bahwa PKH membantu keluarga menjaga hubungan anak dengan sekolah, baik melalui bantuan biaya maupun dorongan perilaku.

Temuan ini sejalan dengan prinsip bantuan tunai bersyarat. Dalam skema CCT, bantuan diberikan dengan syarat rumah tangga menjaga investasi pada pendidikan anak. Syarat tersebut penting karena keluarga miskin sering kali terjebak dalam pilihan sulit antara biaya pendidikan jangka panjang dan kebutuhan konsumsi jangka pendek. Bantuan tunai memberi ruang agar keluarga tidak segera menarik anak dari sekolah ketika menghadapi tekanan ekonomi. Dalam jangka panjang, keputusan mempertahankan anak di sekolah dapat mengurangi kemiskinan antargenerasi.

Kustanto (2019) menegaskan bahwa pemahaman keluarga penerima manfaat terhadap pendidikan menjadi aspek penting dalam pelaksanaan PKH. Pendidikan tidak hanya dipahami sebagai kewajiban administratif agar bantuan tetap diterima, tetapi sebagai investasi sosial bagi masa depan anak. Karena itu, pendampingan PKH perlu terus diarahkan untuk membangun orientasi jangka panjang keluarga. KPM perlu memahami bahwa keberhasilan pendidikan anak dapat menjadi jalan keluar dari kemiskinan yang lebih kuat dibandingkan bantuan tunai itu sendiri.

Dampak bidang pendidikan bagi KPM di Kesamben tampak pada meningkatnya kesadaran orang tua untuk menyekolahkan anak, menjaga kehadiran, dan memperhatikan kebutuhan belajar. Sebelum bantuan dan pendampingan berjalan kuat, hambatan pendidikan dapat muncul dari biaya langsung, biaya tidak langsung, jarak, motivasi anak, atau persepsi keluarga terhadap manfaat pendidikan. Setelah mengikuti PKH, keluarga menerima penguatan bahwa pendidikan anak adalah syarat sekaligus hak dasar. Dampak ini sangat penting karena pengurangan kemiskinan yang berkelanjutan membutuhkan generasi baru yang lebih terdidik, lebih terampil, dan lebih siap masuk pasar kerja.

Walaupun demikian, pendidikan tidak otomatis menghasilkan penurunan kemiskinan apabila tidak diikuti kualitas pembelajaran dan relevansi keterampilan. Oleh karena itu, rekomendasi kebijakan dari temuan ini adalah perlunya sinergi PKH dengan sekolah, dinas pendidikan, pelatihan keterampilan, dan program pengembangan remaja. KPM dengan anak usia sekolah menengah perlu diarahkan pada informasi beasiswa, pelatihan vokasional, literasi digital, dan orientasi karier. Dengan demikian, PKH tidak hanya menjaga anak tetap sekolah, tetapi juga memperkuat transisi dari pendidikan menuju produktivitas ekonomi.

### **Pengaruh Bidang Ekonomi terhadap Penurunan Kemiskinan**

Bidang ekonomi berpengaruh signifikan terhadap penurunan kemiskinan dengan nilai signifikansi 0,018. Walaupun koefisien ekonomi sebesar 0,244 lebih kecil dibandingkan pendidikan dan kesehatan, peran ekonomi tetap sangat penting. Kemiskinan pada dasarnya berkaitan erat dengan kemampuan rumah tangga memenuhi kebutuhan dasar secara berkelanjutan. Bantuan PKH dapat membantu mengurangi beban pengeluaran, tetapi pengurangan kemiskinan yang kuat memerlukan perbaikan pendapatan, pengelolaan pengeluaran, stabilitas pekerjaan, dan dukungan sosial ekonomi.

Skor pendapatan keluarga sebesar 3,88 menunjukkan bahwa responden menilai kondisi pendapatan relatif memadai. Pengeluaran keluarga memperoleh skor 3,94, yang menunjukkan adanya kemampuan mengelola belanja rumah tangga. Kondisi pekerjaan dan sumber penghasilan memperoleh skor 3,91, sedangkan jaringan sosial dan dukungan ekonomi memperoleh skor 3,87. Seluruh skor tersebut berada pada kategori baik, tetapi tetap perlu dibaca dalam konteks keluarga miskin yang rentan terhadap fluktuasi pendapatan, kenaikan harga kebutuhan pokok, dan risiko pekerjaan informal.

PKH membantu ekonomi keluarga melalui pengurangan beban pengeluaran, terutama pengeluaran pendidikan dan kesehatan. Bantuan yang diterima dapat mengurangi kebutuhan berutang, membantu keluarga membeli perlengkapan sekolah, memenuhi kebutuhan gizi, atau menutup kebutuhan mendesak. Namun, bantuan tunai bersyarat tidak boleh dipahami sebagai solusi tunggal. Agar berdampak pada kemandirian ekonomi, PKH perlu dikaitkan dengan program pemberdayaan, pelatihan usaha, akses permodalan mikro, literasi keuangan, dan graduasi sejahtera mandiri.

Syamsulhakim dan Khadijah (2021) menunjukkan bahwa keberlanjutan keluarga yang keluar dari PKH perlu dilihat dari pekerjaan, penghidupan, status sosial ekonomi, dan komplementaritas program. Hal ini relevan bagi Kecamatan Kesamben karena keluarga penerima manfaat perlu didorong untuk tidak hanya memenuhi kewajiban program, tetapi juga memperkuat basis ekonomi keluarga. Pendamping PKH dapat berperan sebagai penghubung antara KPM dan program lain, seperti pelatihan kewirausahaan, bantuan usaha, koperasi, kelompok usaha bersama, atau program pemberdayaan desa.

Dampak ekonomi PKH bagi KPM dapat dilihat pada peningkatan kemampuan memenuhi kebutuhan dasar dan pengelolaan pengeluaran. Sebelum menerima bantuan, keluarga miskin sering kali menghadapi tekanan antara kebutuhan sekolah, kesehatan, dan konsumsi harian. Setelah menerima PKH, sebagian tekanan tersebut berkurang sehingga keluarga dapat lebih rasional dalam mengalokasikan sumber daya. Dampak ini menjadi signifikan apabila bantuan tidak hanya habis untuk konsumsi harian, tetapi juga digunakan untuk kebutuhan yang mendukung produktivitas, seperti pendidikan anak, kesehatan keluarga, dan modal usaha kecil.

Namun demikian, skor yang baik tidak selalu berarti keluarga telah sepenuhnya mandiri. Banyak keluarga miskin memiliki pendapatan yang terlihat stabil tetapi tetap berada dekat garis kemiskinan. Satu guncangan ekonomi, seperti sakit, kehilangan pekerjaan, gagal panen, atau kenaikan harga pangan, dapat membuat mereka kembali rentan. Oleh sebab itu, penguatan ekonomi PKH harus diarahkan pada ketahanan rumah tangga, bukan hanya peningkatan pendapatan sesaat.

### **Pengaruh Simultan dan Implikasi Integratif**

Pengaruh simultan kesehatan, pendidikan, dan ekonomi memperlihatkan bahwa PKH bekerja secara multidimensional. Nilai F sebesar 97,043 dan signifikansi 0,000 menunjukkan bahwa ketiga bidang secara bersama-sama memiliki pengaruh yang sangat kuat terhadap penurunan kemiskinan. Hal ini menegaskan bahwa kemiskinan merupakan fenomena yang saling terkait. Keluarga miskin tidak cukup hanya diberi bantuan uang apabila tidak memiliki akses kesehatan, tidak cukup hanya didorong sekolah apabila kondisi ekonomi sangat rapuh, dan tidak cukup hanya diberi pelatihan ekonomi apabila kesehatan keluarga buruk.

Dalam perspektif kebijakan publik, temuan simultan ini mendukung pendekatan integratif perlindungan sosial. PKH perlu terus dilaksanakan dengan memperkuat koordinasi antara pendamping sosial, pemerintah kecamatan, pemerintah desa, sekolah, fasilitas kesehatan, dan lembaga pemberdayaan ekonomi. Koordinasi tersebut penting agar data KPM tidak hanya menjadi daftar penerima bantuan, tetapi menjadi dasar pemetaan kebutuhan keluarga. KPM yang mengalami hambatan pendidikan perlu dihubungkan dengan sekolah dan beasiswa. KPM yang memiliki masalah kesehatan perlu dihubungkan dengan puskesmas. KPM yang memiliki potensi usaha perlu dihubungkan dengan pelatihan dan akses ekonomi.

Temuan R Square sebesar 75,8 persen menunjukkan bahwa model penelitian menjelaskan sebagian besar variasi penurunan kemiskinan, tetapi masih ada ruang 24,2 persen untuk faktor lain. Faktor lain tersebut dapat berupa kualitas infrastruktur desa, kondisi transportasi, kesempatan kerja lokal, kualitas layanan publik, akses pasar, inflasi, struktur pekerjaan informal, bantuan sosial lain, dan karakteristik rumah tangga. Ruang ini penting sebagai agenda penelitian lanjutan. Penelitian berikutnya dapat memasukkan variabel pendampingan PKH, literasi keuangan, graduasi mandiri, komplementaritas bantuan, atau kualitas layanan publik.

Dari sisi dampak, PKH di Kecamatan Kesamben memberikan manfaat pada tiga level. Pertama, level individu dan keluarga, yaitu meningkatnya akses terhadap layanan kesehatan, pendidikan, dan stabilitas belanja rumah tangga. Kedua, level komunitas, yaitu meningkatnya kesadaran kolektif tentang pentingnya sekolah, pemeriksaan kesehatan, dan penggunaan bantuan secara bertanggung jawab. Ketiga, level kebijakan lokal, yaitu tersedianya bukti bahwa intervensi sosial yang menggabungkan bantuan, pendampingan, dan kewajiban layanan dasar dapat berkontribusi pada penurunan kemiskinan.

Meskipun demikian, dampak PKH perlu dijaga melalui penguatan monitoring dan evaluasi. Data penerima manfaat harus diperbarui secara berkala agar bantuan tetap tepat sasaran. Pendampingan harus diarahkan bukan hanya pada pemenuhan administrasi, tetapi juga perubahan perilaku dan kemandirian. Pemerintah daerah perlu memastikan bahwa fasilitas pendidikan dan kesehatan cukup siap menerima peningkatan akses dari KPM. Tanpa kualitas layanan yang memadai, syarat program dapat menjadi formalitas, bukan jalan menuju kesejahteraan.

Implikasi praktisnya adalah perlunya strategi penguatan PKH berbasis tiga pilar. Pilar pertama adalah pilar layanan dasar, yaitu memastikan KPM benar-benar mengakses layanan kesehatan dan pendidikan berkualitas. Pilar kedua adalah pilar pemberdayaan ekonomi, yaitu mengarahkan KPM pada literasi keuangan, keterampilan kerja, dan usaha produktif. Pilar ketiga adalah pilar tata kelola data dan pendampingan, yaitu memastikan bantuan tepat sasaran, terpantau, dan ditindaklanjuti. Ketiga pilar ini perlu berjalan bersama agar PKH tidak hanya mengurangi beban pengeluaran, tetapi juga memperkuat daya keluar keluarga dari kemiskinan.

Secara akademik, ini memperkuat argumen bahwa program bantuan sosial bersyarat memiliki efektivitas ketika menghubungkan transfer tunai dengan investasi modal manusia dan kapasitas ekonomi. Temuan pendidikan sebagai koefisien terbesar menunjukkan bahwa investasi pendidikan pada keluarga miskin tetap menjadi kunci mobilitas sosial. Temuan kesehatan menunjukkan pentingnya pencegahan risiko dan perlindungan produktivitas keluarga. Temuan ekonomi menunjukkan bahwa bantuan perlu dilengkapi pemberdayaan agar tidak menciptakan ketergantungan. Kombinasi ketiganya menjadi dasar desain kebijakan pengentasan kemiskinan yang lebih komprehensif.

Secara lokal, Kecamatan Kesamben dapat menggunakan temuan ini sebagai dasar penguatan program. Pemerintah kecamatan dan desa dapat memetakan KPM berdasarkan kebutuhan dominan, misalnya keluarga dengan masalah pendidikan, kesehatan, atau ekonomi. Pendamping PKH dapat menyusun agenda pertemuan kelompok yang lebih tematik, misalnya literasi gizi, manajemen keuangan keluarga, strategi mendukung kehadiran anak di sekolah, dan pengembangan usaha mikro. Dengan cara ini, PKH menjadi ruang pembelajaran sosial, bukan sekadar mekanisme penyaluran bantuan.

### **Kendala Pelaksanaan dan Model Pemecahan**

Kendala pertama adalah keterbatasan pemahaman sebagian KPM mengenai tujuan jangka panjang PKH. Sebagian keluarga dapat memaknai bantuan sebagai tambahan konsumsi rutin, bukan sebagai instrumen untuk memperkuat pendidikan, kesehatan, dan kemandirian. Model pemecahan yang diperlukan adalah edukasi berulang melalui pertemuan peningkatan kemampuan keluarga, pendampingan rumah tangga, dan contoh praktik baik dari KPM yang berhasil menggunakan bantuan secara produktif. Narasi program perlu menekankan bahwa PKH bukan sekadar hak menerima bantuan, tetapi kesempatan untuk keluar dari kerentanan.

Kendala kedua adalah kualitas layanan dasar yang belum selalu merata. KPM mungkin telah memiliki kewajiban untuk mengakses fasilitas kesehatan atau menjaga pendidikan anak, tetapi kualitas layanan di wilayah tertentu dapat berbeda-beda. Model pemecahan yang dapat dilakukan adalah koordinasi lintas sektor antara pendamping PKH, puskesmas, sekolah, pemerintah desa, dan pemerintah kecamatan. Koordinasi ini perlu menghasilkan daftar masalah layanan, jadwal tindak lanjut, dan mekanisme rujukan bagi KPM yang menghadapi hambatan khusus.

Kendala ketiga adalah kerentanan ekonomi keluarga yang tetap tinggi meskipun telah menerima bantuan. Bantuan PKH dapat mengurangi tekanan pengeluaran, tetapi belum tentu menciptakan sumber pendapatan baru. Model pemecahannya adalah menghubungkan KPM dengan program pemberdayaan ekonomi, pelatihan kerja, usaha mikro, kelompok usaha bersama, koperasi, dan akses pasar. Pendamping PKH dapat berfungsi sebagai fasilitator

yang mengidentifikasi potensi usaha keluarga dan menghubungkannya dengan perangkat daerah atau lembaga pendukung.

Kendala keempat adalah kebutuhan pemutakhiran data dan monitoring. Ketepatan sasaran menjadi kunci legitimasi program. Apabila data tidak mutakhir, bantuan berisiko diterima oleh keluarga yang kurang tepat atau tidak menjangkau keluarga yang benar-benar membutuhkan. Model pemecahannya adalah penguatan verifikasi data berbasis desa, keterlibatan musyawarah lokal, pemanfaatan sistem informasi sosial, serta evaluasi berkala terhadap status sosial ekonomi KPM. Data yang baik akan memperkuat keadilan, transparansi, dan efektivitas PKH.

Kendala kelima adalah keberlanjutan setelah keluarga mengalami perbaikan kondisi. Graduasi dari PKH perlu dikelola secara hati-hati agar keluarga tidak kembali miskin. Model pemecahannya adalah menyiapkan rencana graduasi bertahap yang mencakup literasi keuangan, akses usaha, penguatan keterampilan, dan jejaring ekonomi. Keluarga yang siap mandiri perlu didampingi untuk mengembangkan sumber pendapatan berkelanjutan. Dengan demikian, graduasi bukan sekadar keluar dari daftar penerima, tetapi menjadi proses transisi menuju ketahanan sosial ekonomi.

**Tabel 5. Dampak program dan strategi tindak lanjut**

Bidang	Dampak utama	Kendala	Strategi tindak lanjut
Kesehatan	Kepatuhan akses layanan dan kesadaran kesehatan meningkat	Kualitas layanan belum selalu merata	Koordinasi dengan puskesmas, posyandu, dan rujukan kesehatan
Pendidikan	Partisipasi dan kehadiran sekolah relatif baik	Motivasi, biaya tidak langsung, dan kualitas pembelajaran	Penguatan komunikasi sekolah, beasiswa, dan literasi pendidikan orang tua
Ekonomi	Pengeluaran lebih terkelola dan ketahanan keluarga membaik	Pendapatan masih rentan terhadap guncangan	Pelatihan usaha, literasi keuangan, akses modal dan pasar
Tata kelola	Data dan pendampingan mendukung ketepatan program	Pemutakhiran data dan monitoring perlu konsisten	Verifikasi desa, evaluasi berkala, dan integrasi program komplementer

## SIMPULAN

Penelitian ini menyimpulkan bahwa Program Keluarga Harapan pada bidang kesehatan, pendidikan, dan ekonomi berpengaruh signifikan terhadap penurunan kemiskinan KPM di Kecamatan Kesamben, Kabupaten Jombang. Secara parsial maupun simultan berpengaruh signifikan Temuan ini menegaskan bahwa PKH efektif ketika dipahami sebagai bantuan

sosial bersyarat yang menggabungkan perlindungan konsumsi, perubahan perilaku, peningkatan akses layanan dasar, dan pemberdayaan ekonomi.

Oleh karena itu, penguatan PKH di tingkat lokal perlu diarahkan pada peningkatan kualitas pendampingan, pemutakhiran data, sinergi dengan layanan pendidikan dan kesehatan, serta integrasi dengan program pemberdayaan ekonomi agar KPM tidak hanya terbantu secara jangka pendek, tetapi juga memiliki kapasitas untuk keluar dari kemiskinan secara berkelanjutan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Cahyadi, N., Hanna, R., Olken, B. A., Prima, R. A., Satriawan, E., dan Syamsulhakim, E. (2020). Cumulative impacts of conditional cash transfer programs: Experimental evidence from Indonesia. *American Economic Journal: Economic Policy*, 12(4), 88-110.
- Ghozali, I. (2018). *Aplikasi analisis multivariate dengan program IBM SPSS 25*. Semarang: Badan Penerbit Universitas Diponegoro.
- Hardani, Auliyah, N. H., Andriani, H., Fardani, R. A., Ustiawaty, J., Utami, E. F., Sukmana, D. J., dan Istiqomah, R. R. (2020). *Metode penelitian kualitatif dan kuantitatif*. Yogyakarta: Pustaka Ilmu.
- Hidayatulloh, A. N. (2019). Peningkatan kualitas hidup keluarga penerima manfaat dalam kajian Program Keluarga Harapan: Tinjauan empirik dampak kesejahteraan dan kualitas hidup penerima manfaat. *Media Informasi Penelitian Kesejahteraan Sosial*, 43(2). <https://doi.org/10.31105/mipks.v43i2.2142>
- Kementerian Sosial RI. (2025). *Program Keluarga Harapan*. Jakarta: Kementerian Sosial Republik Indonesia. <https://kemensos.go.id/program-bantuan-sosial/pkh>
- Kustanto, M. (2019). Konstruksi sosial tentang pendidikan pada keluarga penerima manfaat Program Keluarga Harapan di Kabupaten Sidoarjo. *Sosio Konsepsia: Jurnal Penelitian dan Pengembangan Kesejahteraan Sosial*, 8(3), 267-286.
- Munawaroh. (2021). *Panduan memahami metode penelitian*. Malang: Intelegensia Media.
- Rusmiyati, C. (2018). Dampak Program Keluarga Harapan bagi peningkatan prestasi anak. *Media Informasi Penelitian Kesejahteraan Sosial*, 42(3). <https://doi.org/10.31105/mipks.v42i3.2229>
- Sen, A. (1999). *Development as freedom*. New York: Alfred A. Knopf.
- Sofianto, A. (2020). Implementasi Program Keluarga Harapan di Provinsi Jawa Tengah. *Sosio Konsepsia: Jurnal Penelitian dan Pengembangan Kesejahteraan Sosial*, 10(1), 14-31.
- Sugiyono. (2015). *Metode penelitian kuantitatif, kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Sujarweni, V. W. (2017). *Metodologi penelitian bisnis dan ekonomi*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Syamsulhakim, E., dan Khadijah, N. (2021). Graduating from a conditional cash transfer program in Indonesia: Results of a household survey of prosperous-independent graduates of the Family Hope Program in 2020. Washington, DC: World Bank. <https://hdl.handle.net/10986/36784>
- World Bank. (2017). *World Bank approves financing to expand Indonesia's social assistance program*. Washington, DC: World Bank. <https://www.worldbank.org/>

World Bank. (2020). World development report 2020: Trading for development in the age of global value chains. Washington, DC: World Bank.