

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kemiskinan merupakan sebuah permasalahan dan tantangan kompleks yang memerlukan perhatian khusus karena berdampak luas terhadap stabilitas sosial, ekonomi, dan politik suatu negara. Secara konseptual, kemiskinan dapat dipahami sebagai ketidakmampuan individu atau rumah tangga dalam memenuhi kebutuhan minimum untuk hidup layak. World Bank (2001:15) mendefinisikan kemiskinan sebagai “*pronounced deprivation of well-being*” yang dapat diartikan sebagai sebuah kondisi dimana seseorang tidak mampu memenuhi kebutuhan dasar minimum, baik dari segi pangan, tempat tinggal, pendidikan, maupun kesehatan. Dalam konteks Indonesia, Badan Pusat Statistik (BPS) mengukur kemiskinan sebagai kondisi keterbatasan ekonomi yang menyebabkan individu atau rumah tangga tidak mampu memenuhi kebutuhan dasar makanan dan non-makanan sesuai dengan garis kemiskinan. Dalam Berita Resmi Statistik terbaru dari BPS (2025), garis kemiskinan Indonesia pada tahun 2024 adalah Rp595,242 dengan tingkat kemiskinan sebesar 8,57% atau berjumlah 24,06 juta jiwa.

Namun, pendekatan unidimensional (berbasis pendapatan) yang umum digunakan dalam pengukuran kemiskinan di Indonesia ini memiliki keterbatasan dalam menggambarkan realitas kompleks kemiskinan yang dialami masyarakat.

Oleh karena itu, konsep kemiskinan multidimensi dapat digunakan untuk melengkapi kekurangan dari pendekatan unidimensional tersebut. Dalam pendekatan kemiskinan multidimensi, kemiskinan diukur melalui sejumlah parameter yang mencakup berbagai dimensi seperti kesehatan, pendidikan, dan standar hidup (Alkire & Foster, 2011). Pengukuran kemiskinan multidimensi memberikan gambaran yang lebih utuh dan holistik tentang kondisi kemiskinan, tidak hanya terpaku pada aspek ekonomi, melainkan juga mengidentifikasi individu ataupun rumah tangga yang mengalami deprivasi di berbagai dimensi kemiskinan tersebut. Pendekatan ini memungkinkan perumusan kebijakan yang lebih terarah dan efektif untuk mengatasi berbagai akar permasalahan kemiskinan.

Secara spesifik, pengukuran kemiskinan multidimensi yang dikembangkan oleh Oxford Poverty and Human Development Initiative (OPHI) dan United Nations Development Programme (UNDP) melalui *Global Multidimensional Poverty Index* (MPI) menggunakan Metode Alkire-Foster yang mencakup tiga dimensi utama. Dimensi pertama adalah pendidikan, yang diukur melalui indikator tahun sekolah (apakah minimal satu anggota rumah tangga telah menyelesaikan pendidikan tertentu) dan partisipasi sekolah (apakah anggota rumah tangga usia sekolah terdaftar dan hadir di satuan pendidikan). Dimensi kedua adalah kesehatan, yang diukur melalui indikator penolong persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih dan kepemilikan jaminan/asuransi kesehatan. Dimensi ketiga adalah standar hidup, yang mencakup enam indikator: akses listrik, akses air bersih, akses sanitasi layak, kualitas lantai rumah, jenis bahan bakar memasak, dan kepemilikan aset. Sebuah

rumah tangga diklasifikasikan sebagai miskin multidimensi apabila skor deprivasi tertimbang melampaui ambang batas (*poverty cutoff*, k) sebesar 33,3%. Dengan kata lain, rumah tangga tersebut mengalami deprivasi pada sepertiga atau lebih dari total indikator tertimbang. Pendekatan ini secara fundamental berbeda dari pendekatan moneter yang digunakan oleh Badan Pusat Statistik (BPS) dan Data Terpadu Kesejahteraan Sosial (DTKS), yang hanya mengukur kemiskinan berdasarkan garis kemiskinan pengeluaran. Akibatnya, rumah tangga yang berada di atas garis kemiskinan moneter boleh jadi tetap mengalami deprivasi serius di bidang pendidikan, kesehatan, atau standar hidup. Kondisi tersebut hampir mustahil untuk diukur melalui evaluasi konvensional saja.

Secara yuridis, pemerintah Indonesia memiliki kewajiban untuk menangani permasalahan kemiskinan sebagaimana seperti yang telah tercantum dalam Pasal 34 ayat (1) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 yang mengamanatkan negara untuk bertanggung jawab dalam memelihara fakir miskin dan anak terlantar. Guna mengoperasionalkan amanat konstitusi tersebut, pemerintah telah menyusun berbagai skema kebijakan dan program sosial, salah satunya melalui Program Keluarga Harapan (PKH). Cikal bakal PKH bermula dari Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 yang merupakan payung hukum utama yang mengatur sistem jaminan sosial termasuk perlindungan sosial bagi masyarakat miskin dan menjadi dasar konseptual lahirnya PKH. PKH kemudian secara resmi dilaksanakan pada tahun 2007 dan hingga saat ini masih menjadi program andalan pemerintah dalam mengentaskan kemiskinan, dibuktikan dengan peningkatan

jumlah Keluarga Penerima Manfaat (KPM) dari tahun ke tahun serta penguatan regulasi dan kelembagaan yang mengatur pelaksanaannya (Kemensos, 2021).

Konsep CCT dalam skala besar pertama kali diimplementasikan di Amerika Latin, yakni melalui program *Bolsa Escola* di Brasil (1995) yang kemudian berkembang menjadi *Bolsa Família* (2003), serta program PROGRESA di Meksiko (1997) yang kemudian dikenal sebagai *Oportunidades*. Keberhasilan kedua program tersebut dalam meningkatkan partisipasi pendidikan dan akses kesehatan mendorong adopsi model CCT di berbagai negara berkembang, termasuk Indonesia melalui Program Keluarga Harapan yang mulai dilaksanakan pada tahun 2007 (Fiszbein & Schady, 2009).

PKH dapat dikategorikan sebagai program perlindungan sosial dengan basis bantuan tunai bersyarat (*Conditional Cash Transfer/CCT*). Samson (2006:10) mendefinisikan *Conditional Cash Transfer* sebagai pembayaran uang secara rutin dan berkala bagi individu atau rumah tangga, dengan syarat mereka mematuhi sejumlah ketentuan yang berkaitan dengan pengembangan kapasitas sumber daya manusia (*human capital*) seperti kesehatan dan pendidikan. Hal tersebut selaras dengan tujuan PKH yang secara spesifik telah diatur dalam Peraturan Menteri Sosial Republik Indonesia Nomor 1 Tahun 2018:

1. Meningkatkan kualitas hidup Keluarga Penerima Manfaat (KPM) melalui akses layanan kesehatan, pendidikan, dan kesejahteraan sosial;
2. Mengurangi beban ekonomi sekaligus meningkatkan pendapatan keluarga miskin dan kelompok rentan

3. Mendorong perubahan perilaku dan memperkuat kemandirian KPM dalam mengakses layanan di bidang kesehatan, pendidikan, dan kesejahteraan sosial;
4. Menekan angka kemiskinan dan kesenjangan sosial;
5. Mengenalkan dan mendorong pemanfaatan layanan keuangan formal bagi KPM.

Adapun penting untuk dicatat bahwa PKH dan pengukuran kemiskinan multidimensi memiliki kesamaan dalam indikator kesehatan dan pendidikan. Sifat program PKH yang mewajibkan Keluarga Penerima Manfaat (KPM) untuk memenuhi ketentuan seperti melakukan pemeriksaan kandungan bagi ibu hamil, pemberian asupan gizi, imunisasi, timbang badan anak balita, dan memastikan kehadiran anggota keluarga ke satuan pendidikan sesuai jenjangnya, secara inheren bertujuan untuk mengatasi deprivasi pada dimensi-dimensi utama kemiskinan multidimensi. Oleh karena itu, evaluasi efektivitas PKH melalui pendekatan multidimensi menjadi sangat relevan untuk memahami dampak komprehensif program tersebut terhadap peningkatan kesejahteraan KPM.

Meskipun PKH telah diterapkan secara nasional dengan berbagai regulasi dan mekanisme implementasi yang terus diperbarui, efektivitas PKH dalam mengentaskan kemiskinan tidak dapat dilepaskan dari karakteristik sosial ekonomi wilayah tempat program tersebut dijalankan. Kondisi empirik di tingkat daerah menunjukkan dinamika dan tantangan tersendiri, dan dalam konteks penelitian ini Kota Surakarta menjadi salah satu contoh daerah perkotaan yang penting untuk

disorot mengingat tingginya tingkat kemiskinan di kota ini dibandingkan daerah perkotaan lain di Provinsi Jawa Tengah.

Tabel 1.1 Tingkat Kemiskinan Perkotaan di Provinsi Jawa Tengah

No.	Kota	Provinsi	Tingkat Kemiskinan (%)
1.	Surakarta	Jawa Tengah	8,31
2.	Tegal	Jawa Tengah	7,64
3.	Pekalongan	Jawa Tengah	6,71
4.	Magelang	Jawa Tengah	5,94
5.	Salatiga	Jawa Tengah	4,57
6.	Semarang	Jawa Tengah	4,03

Sumber: BPS Jawa Tengah, 2024

Seperti yang terlihat dalam tabel 1.1, tingkat kemiskinan di Kota Surakarta merupakan yang tertinggi dibanding kota lain di Provinsi Jawa Tengah. Tidak hanya itu saja, berdasarkan data dari BPS (2024), tingkat kemiskinan Kota Surakarta sebesar 8,31% masih lebih tinggi dibanding rata-rata tingkat kemiskinan perkotaan di Indonesia sebesar 6,66%. Hal tersebut mengindikasikan bahwa terdapat hambatan dalam upaya pengentasan kemiskinan di Kota Surakarta, khususnya dalam konteks wilayah perkotaan yang seharusnya memiliki akses lebih baik terhadap layanan publik dan peluang ekonomi.

Tabel 1.2 Persentase Keluarga Penerima Manfaat (KPM) PKH terhadap populasi di Perkotaan Provinsi Jawa Tengah 2024

No.	Kota	Persentase Keluarga Penerima Manfaat PKH	Total Populasi
1.	Surakarta	20,08%	526.870
2.	Pekalongan	18,45%	317.524
3.	Magelang	16,84%	122.150
4.	Salatiga	10,24%	198.920
5.	Tegal	9,33%	282.781
6.	Semarang	8,68%	1.694.743

Sumber: BPS Jawa Tengah, 2024

Sebagaimana yang ditunjukkan oleh tabel 1.2, dalam konteks PKH, Kota Surakarta juga menonjol dengan persentase jumlah Keluarga Penerima Manfaat (KPM) tertinggi dibanding kota lain di Jawa Tengah yakni sebesar 20,08% dari total populasi merupakan KPM. Tingginya angka kemiskinan dan cakupan KPM yang luas menunjukkan bahwa program-program sosial yang telah dijalankan, termasuk PKH, belum sepenuhnya mampu memberikan dampak yang signifikan terhadap peningkatan kesejahteraan dan pengentasan masyarakat miskin di kota ini. Ketimpangan antara pelaksanaan PKH dan hasil yang dicapai di Kota Surakarta menimbulkan sejumlah pertanyaan kritis mengenai efektivitas implementasi

program, baik dari segi ketepatan sasaran, mekanisme distribusi, maupun dampak jangka panjang terhadap kemandirian ekonomi penerima manfaat PKH.

Memang tidak dapat dipungkiri bahwa implementasi PKH di Kota Surakarta sarat akan masalah. Terdapat temuan dari Komisi VIII DPR RI yang melaporkan bahwa penyaluran bansos PKH di Kota Surakarta mengalami keterlambatan dan berakibat pada sejumlah KPM terjerat rentenir. Selain keterlambatan, skema pembayaran PKH yang dilakukan tiap triwulan ditengarai menjadi penyebab KPM tersebut terpaksa meminjam uang ke rentenir demi menyambung hidup, bahkan dengan bunga yang sangat tinggi sebesar 25%. Alih-alih mengentaskan kemiskinan, laporan tersebut menunjukkan bahwa pelaksanaan PKH yang tidak efektif justru dapat melahirkan ketergantungan dan lingkaran setan (*vicious cycle*) kemiskinan yang baru.

Tidak hanya itu saja, sebanyak 2.780 KPM PKH di Kota Surakarta dan Soloraya sempat terblokir dan tidak dapat menerima bantuan PKH. Menteri Sosial saat itu, Tri Rismaharini, menyebutkan permasalahan tersebut disebabkan oleh Kartu Keluarga Sejahtera (KKS) yang belum sepenuhnya terdistribusi, adanya pendataan ganda, dan prosedur perbankan yang berbelit sehingga banyak KPM yang rekeningnya terblokir dan belum mendapat pencairan PKH. Hal ini mengindikasikan masih terdapat kendala teknis dalam proses distribusi PKH yang berpotensi menghambat tercapainya tujuan program ini dalam mengurangi tingkat kemiskinan.

Ketidaktepatan sasaran penerima juga masih menjadi permasalahan yang masih terus membayangi pelaksanaan PKH. Data nasional dari BPK (2023) menyebutkan sebanyak 17.529 penerima manfaat yang telah meninggal dan sebanyak 13.841 KPM dengan anggota keluarga pekerja upah di atas UMP/UMK masih menerima bantuan sosial PKH. Adapun di tingkat Kota Surakarta, terdapat indikasi bahwa 30% KPM PKH dinilai tidak tepat sasaran lantaran memiliki kemampuan ekonomi di atas rata-rata. Salah satu aduan masyarakat yang disampaikan melalui *platform* Laporgub Jateng (2022) juga menyebutkan bahwa bantuan sosial PKH di wilayah Kota Surakarta seringkali diberikan kepada individu yang secara ekonomi tergolong mampu, sementara mereka yang benar-benar membutuhkan justru tidak memperoleh akses bantuan. Pengelolaan data dan pemantauan oleh petugas pun dinilai tidak optimal oleh masyarakat.

Selain berbagai permasalahan teknis dan ketepatan sasaran, Pemerintah Indonesia melalui Kementerian Sosial menetapkan target ambisius terkait program graduasi KPM PKH. Graduasi diartikan sebagai proses keluarnya keluarga penerima manfaat dari status penerima bantuan sosial karena telah mencapai kemandirian ekonomi/tidak lagi memenuhi syarat. Menurut Permensos No. 1 Tahun 2018, graduasi merupakan salah satu indikator keberhasilan program sebagai upaya memutus rantai kemiskinan antar generasi (Kemensos, 2018). Kementerian Sosial menargetkan agar setiap pendamping PKH di wilayah Solo Raya mampu melakukan graduasi minimal 10 KPM per tahun. Target ini diharapkan mampu mendorong percepatan pengurangan jumlah penerima bantuan

secara berkelanjutan, sekaligus meningkatkan kapasitas dan kemandirian ekonomi keluarga miskin.

Namun, sasaran yang tinggi ini membawa tantangan besar dalam pelaksanaannya. Proses graduasi PKH memerlukan pendataan yang akurat, evaluasi kondisi sosial ekonomi yang komprehensif, serta pendampingan intensif yang disesuaikan dengan kebutuhan tiap keluarga (Suryani & Ramadhan, 2022). Studi oleh Putri dan Anwar (2021) mengungkapkan bahwa graduasi yang dilakukan secara prematur tanpa didukung pendampingan yang memadai dapat menimbulkan risiko keluarga kembali jatuh ke dalam kemiskinan (*relapsing*). Hal ini menunjukkan pentingnya keseimbangan antara target kuantitatif dan kualitas intervensi sosial. Risiko tersebut menjadi semakin nyata apabila dikaji dari perspektif multidimensi: sebuah rumah tangga mungkin telah melampaui garis kemiskinan moneter sehingga digraduasi, namun masih mengalami deprivasi pada dimensi standar hidup (seperti kualitas hunian dan sanitasi) yang tidak tercakup dalam kriteria graduasi berbasis pendapatan.

Sementara itu, efektivitas graduasi PKH sangat bergantung pada pengelolaan anggaran dan distribusi dana yang optimal. Kucuran dana PKH di Kota Surakarta memang mengalami peningkatan signifikan dalam beberapa tahun terakhir, mengikuti alokasi anggaran nasional yang terus bertambah (Laporan APBD Surakarta, 2023). Namun, berbagai kendala administratif seperti prosedur pencairan yang rumit, keterlambatan pendistribusian, serta kendala teknis dalam pendataan penerima masih sering terjadi. Kondisi ini berdampak pada penyaluran

bantuan yang tidak tepat waktu dan kurang tepat sasaran (BPK RI, 2023). Seperti yang dikemukakan oleh Tri Rismaharini, mantan Menteri Sosial, permasalahan teknis tersebut tidak hanya menghambat pencapaian target graduasi, tetapi juga mengurangi kepercayaan masyarakat terhadap program (Kompas, 2022).

Oleh sebab itu, evaluasi komprehensif terhadap pelaksanaan PKH di Kota Surakarta sangat diperlukan, khususnya terkait efektivitas program, dalam mengurangi kemiskinan multidimensi. PKH dipilih sebagai objek evaluasi dalam penelitian ini karena tiga alasan utama. Pertama, PKH merupakan program bantuan tunai bersyarat terbesar di Indonesia dengan total anggaran mencapai lebih dari Rp28 triliun pada tahun 2024 dan menjangkau sekitar 10 juta Keluarga Penerima Manfaat di seluruh Indonesia, sehingga evaluasi efektivitasnya memiliki urgensi fiskal dan sosial yang tinggi. Kedua, mekanisme kondisionalitas PKH yang mewajibkan pemenuhan kewajiban di bidang pendidikan (kehadiran sekolah) dan kesehatan (pemeriksaan kehamilan, imunisasi, penimbangan balita) secara langsung bersinggungan dengan dua dari tiga dimensi kemiskinan multidimensi, sehingga evaluasi melalui pendekatan MPI menjadi sangat relevan secara konseptual. Ketiga, belum terdapat penelitian yang secara khusus mengevaluasi efektivitas PKH melalui pendekatan kemiskinan multidimensi di Kota Surakarta, meskipun kota ini memiliki tingkat kemiskinan tertinggi dan rasio KPM PKH terbesar di antara kota-kota di Jawa Tengah. Evaluasi ini akan menjadi dasar penting untuk mengidentifikasi hambatan dan merumuskan rekomendasi kebijakan

guna memperkuat program ini dalam mengurangi kemiskinan secara nyata dan berkelanjutan di tingkat lokal.

Keberadaan Program Keluarga Harapan (PKH) yang selama ini dianggap sebagai ujung tombak dalam upaya pengentasan kemiskinan nasional belum sepenuhnya menunjukkan hasil yang selaras dengan harapan di tingkat lokal. Berbagai studi menunjukkan bahwa meskipun PKH memberikan kontribusi terhadap pengurangan beban ekonomi rumah tangga miskin, efektivitasnya dalam mendorong kemandirian ekonomi masih dipertanyakan. Seperti yang diungkapkan oleh Jayanti dan Novianty (2021), bantuan PKH memang berperan dalam membantu kebutuhan dasar, tetapi dampaknya dalam mengangkat keluarga dari kemiskinan struktural masih sangat terbatas. Hal senada juga ditemukan oleh Najidah dan Lestari (2019) yang menyatakan bahwa pelaksanaan PKH belum berjalan secara optimal akibat lemahnya koordinasi antar pemangku kepentingan serta minimnya kesiapan penerima dalam mengakses layanan keuangan dan pencairan bantuan.

Sementara itu, Lubis dan Zubaidah (2020) melalui kerangka evaluasi input-proses-output menemukan bahwa PKH tergolong efektif dari sisi administratif, namun tetap dihadapkan pada kendala klasik seperti kurangnya pengawasan dan besaran bantuan yang tidak memadai. Sedangkan Kurniawan dkk. (2024) menggarisbawahi bahwa efektivitas PKH juga sangat dipengaruhi oleh faktor-faktor struktural seperti kapasitas pendamping, edukasi masyarakat, dan desain kebijakan yang belum sepenuhnya adaptif terhadap dinamika lokal.

Dari sejumlah penelitian tersebut, dapat disimpulkan bahwa efektivitas PKH bersifat kontekstual dan sangat dipengaruhi oleh kondisi wilayah tempat ia dijalankan, baik dari sisi ekonomi (tingkat kemiskinan, struktur mata pencaharian, akses pasar kerja) maupun dari sisi sosial (kualitas layanan pendidikan dan kesehatan, kapasitas pendamping PKH, koordinasi antar-lembaga, serta kesiapan infrastruktur dasar seperti sanitasi dan perumahan).

Dalam konteks Kota Surakarta, efektivitas PKH menjadi sorotan penting mengingat tingginya tingkat kemiskinan serta dominasi jumlah Keluarga Penerima Manfaat (KPM) dibandingkan kota lain di Jawa Tengah. Ironisnya, besarnya alokasi bantuan dan luasnya jangkauan program tidak selalu diikuti oleh perbaikan signifikan dalam kondisi hidup penerima. Berbagai masalah seperti keterlambatan pencairan, pemblokiran rekening, salah sasaran penerima, hingga target graduasi yang ambisius namun tidak realistis, menunjukkan bahwa perlu adanya kajian kritis terhadap pelaksanaan PKH di tingkat daerah. Meskipun banyak studi telah mengkaji PKH, belum ada penelitian yang secara khusus menganalisis efektivitasnya dalam mengurangi kemiskinan multidimensi di Kota Surakarta. Penelitian ini dapat mengisi celah tersebut dengan memberikan analisis yang lebih mendalam dan holistik.

Dengan latar belakang tersebut, penelitian ini menjadi penting untuk dilakukan guna mengevaluasi sejauh mana Program Keluarga Harapan di Kota Surakarta benar-benar efektif dalam menurunkan angka kemiskinan multidimensi dan meningkatkan kesejahteraan masyarakat. Evaluasi ini tidak hanya berupaya

mengukur hasil program, tetapi juga menelaah ketepatan sasaran program, apakah program ini mencapai target populasi yang dituju. Dengan demikian, penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi nyata dalam memperkuat desain dan pelaksanaan program perlindungan sosial di Indonesia.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas rumusan masalah penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Seberapa efektif Program Keluarga Harapan (PKH) dalam mengatasi kemiskinan di Kota Surakarta?
 - a. Bagaimana ketepatan sasaran Program Keluarga Harapan (PKH) terhadap rumah tangga yang teridentifikasi miskin secara multidimensi di Kota Surakarta?
 - b. Bagaimana pengaruh status kepesertaan PKH terhadap kondisi kemiskinan multidimensi di Kota Surakarta?

1.3 Tujuan Penelitian

Adapun tujuan dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Menganalisis efektivitas Program Keluarga Harapan (PKH) di Surakarta dalam mengurangi kemiskinan multidimensi di Kota Surakarta.
2. Menganalisis ketepatan sasaran Program Keluarga Harapan (PKH) di Kota Surakarta.

3. Menganalisis pengaruh status kepesertaan PKH terhadap kondisi kemiskinan multidimensi di Kota Surakarta.

1.4 Kegunaan Penelitian

Penelitian ini memiliki sejumlah kegunaan, diantaranya:

1. Kegunaan Teoritis
 - a. Memberikan kontribusi terhadap pengembangan teori kebijakan publik dan evaluasi program sosial, khususnya yang berkaitan dengan efektivitas program bantuan tunai bersyarat seperti PKH dalam mengentaskan kemiskinan multidimensi.
2. Kegunaan Praktis
 - a. Bagi Pemerintah Kota Surakarta

Memberikan masukan empiris berbasis data mengenai capaian dan tantangan implementasi Program Keluarga Harapan di tingkat lokal, serta rekomendasi strategis untuk penguatan kebijakan pengentasan kemiskinan.
 - b. Bagi Peneliti dan Akademisi

Menjadi referensi dalam pengembangan penelitian serupa di bidang kebijakan sosial, pembangunan daerah, dan evaluasi program intervensi pemerintah, khususnya dengan pendekatan kuantitatif.

1.5 Penelitian Terdahulu

Penelitian terdahulu merupakan salah satu aspek penting dalam penelitian guna mencari perbandingan dan memperdalam kajian permasalahan yang diangkat.

Dengan mengkaji sejumlah penelitian terdahulu, peneliti dapat mencari celah penelitian sehingga dapat menghasilkan kebaruan dan menunjukkan orisinalitas dari hasil yang diteliti. Adapun penelitian terdahulu yang berkaitan dengan efektivitas PKH adalah sebagai berikut:

1. Pengaruh Program Keluarga Harapan (PKH) pada Status Kemiskinan di DKI Jakarta dengan Pendekatan Multidimensi, Taqwiyah (2024)

Penelitian ini merupakan studi kuantitatif yang menggunakan data Survei Sosial Ekonomi Nasional (SUSENAS) Maret 2020 untuk menganalisis dampak PKH terhadap kemiskinan multidimensi di DKI Jakarta. Dengan menggunakan metode pengukuran Alkire-Foster, Taqwiyah mendefinisikan kemiskinan melalui tiga dimensi utama, yakni kesehatan, pendidikan, dan standar hidup dengan sepuluh indikator yang disesuaikan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa status sebagai penerima PKH berpengaruh secara signifikan terhadap penurunan tingkat kemiskinan multidimensi. Dalam penelitian ini juga ditemukan adanya dugaan misalokasi bantuan PKH di DKI Jakarta, dengan banyaknya rumah tangga tidak miskin multidimensi masih menerima bantuan (*inclusion error*) dan sebaliknya (*exclusion error*). Penelitian ini menjadi acuan penting karena secara eksplisit mengkaji PKH dengan pendekatan kemiskinan multidimensi di wilayah perkotaan Indonesia serta memberikan kerangka metodologis yang sangat relevan bagi penelitian ini.

2. Pengaruh Program Keluarga Harapan (PKH) terhadap Pengentasan Kemiskinan dalam Perspektif Ekonomi Islam, Winda Jayanti dan Rina Novianty (2021)

Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dengan pendekatan deskriptif. Penelitian dilakukan di Kelurahan Waetuwo, Kecamatan Tanete Riattang Timur, Kabupaten Bone, dengan tujuan mengetahui pengaruh PKH terhadap pengentasan kemiskinan serta keterkaitannya dengan prinsip-prinsip ekonomi Islam. Data dikumpulkan melalui kuesioner tertutup dan dianalisis menggunakan uji validitas, reliabilitas, asumsi klasik, regresi linear sederhana, dan uji t. Hasil penelitian menunjukkan bahwa PKH berpengaruh positif terhadap pengentasan kemiskinan di Kelurahan Waetuwo, meskipun dampaknya relatif rendah. PKH dinilai membantu mengurangi beban rumah tangga miskin terutama dalam aspek pendidikan dan kesehatan, tetapi belum mampu sepenuhnya mengeluarkan mereka dari kondisi kemiskinan struktural.

3. Efektivitas Program Keluarga Harapan (PKH) di Kelurahan Rowosari Kecamatan Tembalang Kota Semarang, Nurul Najidah dan Hesti Lestari (2019)
- Penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif deskriptif dengan pengumpulan data melalui observasi, wawancara, dan dokumentasi. Adapun tujuan dari penelitian ini adalah untuk menelaah efektivitas Program Keluarga Harapan sekaligus mengidentifikasi faktor penghambatnya di Kelurahan Rowosari, Kecamatan Tembalang, Kota Semarang. Hasil dari penelitian ini menemukan bahwa PKH belum sepenuhnya efektif dalam ketepatan sasaran

penerima manfaat, ketepatan tujuan program, dan ketepatan biaya. Adapun hambatan dari pelaksanaan PKH di lokasi penelitian adalah kurangnya koordinasi antar *stakeholders* yang terlibat, kurang matangnya perencanaan PKH yang mampu menciptakan kemandirian bagi keluarga penerima manfaat (KPM), serta ketepatan layanan yang belum berjalan dengan baik mengingat masih banyak KPM yang tidak dapat mencairkan bantuan karena tidak dapat mengoperasikan ATM.

4. Efektivitas Program Keluarga Harapan dalam Penanggulangan Kemiskinan, Ema Fitri Lubis dan Evi Zubaidah (2020)

Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dengan pendekatan deskriptif. Penelitian dilakukan di Kecamatan Tenayan Raya, Kota Pekanbaru, dengan tujuan untuk mengetahui efektivitas PKH serta faktor-faktor penghambat implementasinya. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah angket/kuesioner dengan responden Keluarga Miskin dan Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM) penerima manfaat PKH. Penilaian efektivitas dilakukan melalui tiga pendekatan: pendekatan sumber (input), pendekatan proses, dan pendekatan sasaran (output). Aspek input dinilai dari peran pendamping dan ketepatan sasaran, proses dinilai dari mekanisme penyaluran dan penentuan penerima bantuan, sedangkan output mengacu pada ketepatan tujuan dan ketersediaan sarana prasarana. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pelaksanaan PKH di Kecamatan Tenayan Raya efektif, baik dari aspek input, proses, maupun output. Namun, terdapat beberapa faktor penghambat, antara

lain: jumlah bantuan yang tidak mencukupi kebutuhan, lemahnya koordinasi antarinstansi, dan kurangnya pengawasan terhadap penggunaan dana bantuan.

5. *The Impact of Program Keluarga Harapan on Households' Poverty Level Amidst COVID-19 Pandemic in Bali*, I Gede Heprin Prayasta dan Budhi Made Kembar Sri (2021)

Dalam penelitian ini, penulis menggunakan metode kuantitatif dengan pendekatan *ordinal logistic regression model* (OLRM). Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis dampak Program Keluarga Harapan (PKH) terhadap status kemiskinan rumah tangga selama pandemi COVID-19 di Provinsi Bali. Penelitian ini menggunakan data sekunder dari Survei Sosial Ekonomi Nasional (*Susenas*) 2020, dengan sampel sebanyak 6.231 rumah tangga (351 di antaranya adalah penerima PKH). Variabel dependen berupa tingkat kemiskinan yang diklasifikasikan ke dalam lima kategori: sangat miskin, miskin, hampir miskin, hampir tidak miskin, dan tidak miskin. Model ordinal logistik digunakan untuk mengukur seberapa besar peluang rumah tangga penerima PKH untuk naik ke kelas pendapatan yang lebih tinggi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa penerima PKH memiliki peluang 2,07 kali lebih besar untuk keluar dari kelompok miskin dibandingkan non-penerima.

6. *Breaking the Chains of Poverty: Examining the Efficacy of the Family Hope Program in Indonesia and Its Alignment with Policy Theories*, Rudi Kurniawan, Ishak, Humaizi, dan Sanusi (2024)

Dalam penelitian ini, penulis menggunakan pendekatan *mixed-methods* dengan desain sekuensial eksplanatori, menggabungkan kuantitatif dan kualitatif. Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi efektivitas Program Keluarga Harapan (PKH) dalam mengurangi kemiskinan di Provinsi Aceh dan keterkaitannya dengan teori kebijakan publik, khususnya Rational Choice Theory, Policy Feedback Theory, dan Social Capital Theory. Fokus penelitian ini adalah mengukur dampak PKH terhadap kesejahteraan penerima manfaat dan mengidentifikasi hambatan implementasi program. Sampel penelitian berjumlah 277 responden penerima bantuan PKH di tiga wilayah di Aceh. Data dikumpulkan melalui kuesioner, observasi, wawancara mendalam, dan analisis dokumen. Hasil penelitian menunjukkan bahwa PKH memiliki pengaruh positif dan signifikan terhadap penanggulangan kemiskinan. Meskipun demikian, terdapat sejumlah hambatan dalam implementasi program, seperti keterbatasan kuota penerima, rendahnya tingkat edukasi masyarakat, serta minimnya komunikasi dan koordinasi antara pendamping dan penerima bantuan.

7. *Impacts of Bolsa Familia Program on multidimensional poverty*, Raffaele Ciula (2022)

Penelitian kuantitatif ini menggabungkan teknik *Propensity Score Matching* (PSM) dan *Difference-in-Difference* (DID) menggunakan data longitudinal *Avaliacao de Impacto do Bolsa Familia/A.I.B.F.* (2005-2009) di Brazil. Studi ini meneliti efektivitas program transfer tunai bersyarat *Bolsa Familia* dalam mengurangi kemiskinan multidimensi menggunakan metode

Alkire-Foster (MPI dengan 4 dimensi, yakni kesehatan, pendidikan, standar hidup, dan kehidupan bermasyarakat serta 15 indikator). Hasilnya, *Bolsa Familia* terbukti menurunkan kemiskinan multidimensi dan intensitas deprivasi secara signifikan, terutama pada ambang batas 25% dan 40%, serta efektif menekan angka pekerja anak dan memperbaiki fasilitas hidup. Namun, efektivitasnya menurun pada kelompok sangat rentan (ambang batas >50%) akibat keterbatasan layanan dasar di daerah terpencil, dengan dampak yang belum maksimal pada pengentasan gizi buruk.

8. *Evaluation of Programs with Multiple Objectives: Multidimensional Methods and Empirical Application to Progresa in Mexico*, Ana Vaz, Bilal Malaeb, dan Natalie Nairi Quinn (2019)

Penelitian kuantitatif di Meksiko ini mengadaptasi metode Alkire-Foster ke dalam desain eksperimental dan regresi *difference-in-difference* untuk mengevaluasi dampak program *Progresa* (1997-1999). Menggunakan indeks multidimensi dengan lima indikator. Hasil penelitian menunjukkan penurunan signifikan pada rasio *adjusted headcount* di kelompok eksperimental/perlakuan. Keberhasilan pengentasan deprivasi ini didorong kuat oleh peningkatan kehadiran sekolah dan kunjungan kesehatan yang sejalan dengan syarat penerimaan program. Lebih lanjut, dampak positif ini dirasakan relatif merata oleh seluruh penerima manfaat, terlepas dari seberapa terdeprivasi kondisi awal mereka saat program dimulai.

9. *The multidimensional impacts of the Conditional Cash Transfer program Juntos in Peru*, Ricardo Morel dan Liz Girón (2022)

Studi kuantitatif di Peru ini mengkaji dampak program *Juntos* menggunakan teknik PSM dan DID pada data panel tingkat rumah tangga (2011-2015). Pengukuran dilakukan menggunakan metode Alkire-Foster dengan membandingkan *Global MPI* dan MPI yang disesuaikan khusus dengan kerangka program *Juntos*. Hasilnya menunjukkan bahwa meskipun ada tren penurunan tingkat deprivasi (khususnya di sektor pendidikan dan kesehatan), dampak tersebut belum cukup signifikan secara statistik untuk dikaitkan sepenuhnya dengan program ini. Peneliti menyimpulkan bahwa MPI merupakan alat evaluasi yang sangat bermanfaat bila diadaptasi pada *Theory of Change* (TOC), namun penggunaannya idealnya hanya sebagai pelengkap saja, bukan pengganti dari metrik kemiskinan moneter.

10. *Evaluation of Anti-Poverty Programs' Impact on Joint Disadvantages: Insights from the Philippine Experience*, Suman Seth dan Melba Verra Tutor (2021)

Penelitian kuantitatif di Filipina ini memadukan kerangka Alkire-Foster dengan desain *Randomized Control Trial* (RCT) untuk mengevaluasi dampak program *Pantawid Familyang Pilipino Program* (4Ps) terhadap ketidakuntungan gabungan (*joint disadvantages*). Hasil analisis menunjukkan bahwa secara keseluruhan, program berhasil mengubah perilaku sasaran dengan mengurangi tingkat ketidakpatuhan syarat dan menurunkan rata-rata skor deprivasi ganda. Namun, secara holistik program ini dinilai belum inklusif.

Dampak positif secara agregat tersebut tidak dirasakan oleh keluarga termiskin yang mengalami 4-5 deprivasi sekaligus, sehingga pencapaian program justru dinilai meninggalkan kelompok masyarakat yang paling membutuhkan (*leaving the neediest behind*).

Berdasarkan sepuluh tinjauan literatur di atas, dapat ditarik benang merah bahwa program bantuan tunai bersyarat, baik PKH di Indonesia maupun program serupa di tingkat global seperti *Bolsa Familia* (Brasil), *Progresa* (Meksiko), *Juntos* (Peru), dan *4Ps* (Filipina), telah menjadi instrumen krusial dalam upaya pengentasan kemiskinan. Dalam mengevaluasi dampak program-program tersebut, literatur terdahulu secara umum terbagi ke dalam dua jalur metodologis. Sebagian penelitian cenderung mengevaluasi program menggunakan pendekatan unidimensional yang berfokus pada metrik kemiskinan moneter semata. Di sisi lain, terdapat pendekatan alternatif yang dinilai lebih komprehensif, yakni dengan menggunakan Indeks Kemiskinan Multidimensi (MPI) berbasis metode Alkire-Foster, sebagaimana yang diaplikasikan oleh Taqwiyah (2024), Ciula (2022), Vaz et al. (2019), Morel & Girón (2022), dan Seth & Tutor (2021). Rangkaian penelitian ini membuktikan bahwa evaluasi multidimensi mampu menangkap realitas deprivasi secara holistik dan mengungkap hambatan atau pencapaian program yang kerap luput dari pengukuran konvensional.

Sejalan dengan kerangka multidimensi tersebut, penelitian ini memposisikan diri untuk mengisi celah penelitian (*research gap*) dalam konteks

domestik. Saat ini, evaluasi PKH menggunakan parameter kemiskinan multidimensi di Indonesia masih sangat terbatas dan umumnya diaplikasikan pada skala makro. Oleh karena itu, penelitian ini menawarkan kebaruan esensial (*novelty*) berupa aplikasi evaluasi multidimensi secara mendalam di tingkat lokal, yakni di Kota Surakarta. Pemilihan lokasi ini dilandasi oleh urgensi empiris di mana Surakarta memiliki persentase kemiskinan tertinggi sekaligus rasio Keluarga Penerima Manfaat (KPM) PKH terhadap populasi yang terbesar di Provinsi Jawa Tengah. Dengan demikian, penelitian ini diharapkan dapat mengontekstualisasikan instrumen evaluasi global ke dalam realitas lokal, memberikan analisis yang lebih presisi mengenai efektivitas PKH, serta merumuskan rekomendasi kebijakan yang lebih tepat sasaran.

1.6 Kerangka Pemikiran Teoritis

1.6.1 Kemiskinan Multidimensi

Secara historis, pemahaman tentang kemiskinan didominasi oleh pendekatan unidimensional, yang lazimnya didefinisikan melalui satu ukuran tunggal, seperti tingkat pendapatan atau pengeluaran konsumsi (Ravallion, 2016:13). Dalam perspektif ini, seseorang atau rumah tangga dianggap miskin apabila pendapatannya berada di bawah ambang batas minimum yang ditetapkan untuk memenuhi kebutuhan dasar, seperti pangan, tempat tinggal, pendidikan, dan kesehatan. Metode pengukuran ini, yang berfokus pada agregat konsumsi atau pendapatan, telah menjadi standar dalam banyak

evaluasi kesejahteraan dan panduan kebijakan mengenai kemiskinan (Deaton & Zaidi, 2002:3; Haughton & Khandker, 2009:39). Selain itu, pendekatan moneter ini juga dinilai mampu memberikan gambaran yang jelas tentang jumlah penduduk di bawah garis kemiskinan, sehingga dapat digunakan untuk merancang kebijakan publik guna mengentaskan kemiskinan (Salam, dkk., 2021).

Namun, pendekatan unidimensional ini mendapat sejumlah kritik akademis yang signifikan karena keterbatasannya dalam menangkap realitas kemiskinan secara holistik. Anthony B. Atkinson, seorang ekonom Inggris yang terkemuka, berpendapat bahwa pengukuran kemiskinan tidak dapat didasarkan pada standar yang mutlak dan universal, melainkan harus mempertimbangkan konteks yang berbeda (Atkinson, 2019:28). Kritik utama lainnya adalah bahwa fokus semata pada aspek finansial mengabaikan dimensi-dimensi krusial lain dari kesejahteraan, seperti akses terhadap layanan dasar, partisipasi sosial, dan kapabilitas individu, yang semuanya esensial bagi kehidupan yang bermartabat. Townsend (1979) merupakan salah satu penggagas awal dari konsep-konsep deprivasi relatif, ia menyoroti bahwa kemiskinan tidak hanya terbatas pada kekurangan pendapatan belaka, akses terhadap kebutuhan sosial dan budaya juga memiliki derajat kepentingan yang sama. Oleh karena itu, kemiskinan dipandang bukan hanya sebagai kekurangan pendapatan, tetapi sebagai keterbatasan kebebasan

substantif untuk mencapai kehidupan yang memuaskan dan bernilai (Sen, 1999).

Berangkat dari kritik terhadap pendekatan moneter murni yang hanya menilai kemiskinan dengan basis pendapatan/pengeluaran tersebut, konsep kemiskinan multidimensi kemudian dilahirkan. Sen (1999) menyatakan bahwa kemiskinan merupakan deprivasi pada berbagai aspek yang bernilai bagi kehidupan manusia, seperti pendidikan; kesehatan; akses layanan dasar; hingga kebebasan. Sen (1976) juga menekankan dua tahap analitis dalam mengukur kemiskinan multidimensi, yakni: (i) identifikasi (menentukan siapa yang miskin) dan (ii) agregasi (membuat indeks guna mencerminkan keluasan/kedalaman kemiskinan). Gagasan ini mengubah fokus pengukuran dari “seberapa besar kekurangan pendapatan” menjadi “pada dimensi apa dan seberapa dalam rumah tangga terdeprivasi/mengalami kemiskinan,” sehingga menghasilkan dasar yang lebih sah untuk perumusan kebijakan.

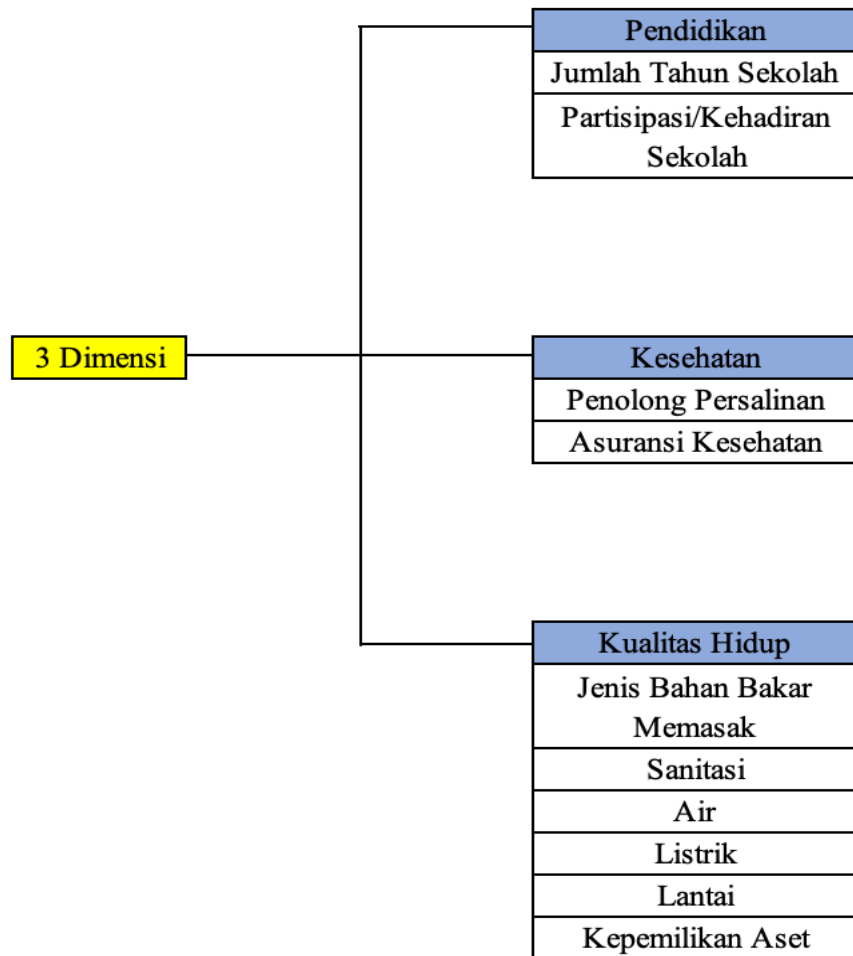
Kerangka konseptual Sen kemudian dioperasionalkan oleh Alkire dan Foster (2011) melalui metodologi Alkire–Foster (AF) yang melandasi Global Multidimensional Poverty Index (MPI) / Indeks Kemiskinan Multidimensi (IKM). IKM mengevaluasi deprivasi pada tiga dimensi inti, yakni: kesehatan; pendidikan; dan standar hidup, dengan serangkaian indikator (misalnya nutrisi dan kematian anak; lama sekolah dan partisipasi sekolah; akses air bersih, sanitasi, listrik, bahan bakar memasak, kualitas lantai/atap/dinding, serta kepemilikan aset dasar). Dengan menggambarkan insidensi (siapa yang

miskin) sekaligus intensitas (berapa banyak dimensi kemiskinan yang dialami seseorang), IKM memungkinkan perbandingan antardaerah/negara dan mengungkap komposisi kemiskinan untuk penargetan kebijakan yang lebih tepat.

Pemilihan tiga dimensi tersebut (pendidikan, kesehatan, dan standar hidup) memiliki landasan teoretis yang kuat pada *capability approach* Amartya Sen (1999). Sen berargumen bahwa kemiskinan bukan semata-mata soal kekurangan pendapatan, melainkan kegagalan dalam memperoleh kapabilitas dasar (*basic capabilities*) yang memungkinkan seseorang menjalani kehidupan yang bermartabat. Pendidikan merepresentasikan kapabilitas/kemampuan untuk memperoleh pengetahuan dan berpartisipasi dalam kehidupan bermasyarakat; kesehatan merepresentasikan kapabilitas untuk menjalani hidup yang panjang dan sehat; dan standar hidup merepresentasikan kapabilitas untuk memenuhi kebutuhan material dasar. Ketiga dimensi ini juga selaras dengan target-target pembangunan global, khususnya Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDGs) pada poin pengentasan kemiskinan (SDG 1), kesehatan dan kesejahteraan (SDG 3), pendidikan berkualitas (SDG 4), serta air bersih dan sanitasi layak (SDG 6). Dalam konteks evaluasi PKH, pemilihan ketiga dimensi ini menjadi sangat relevan karena mekanisme kondisionalitas PKH secara eksplisit menasar dua dari tiga dimensi tersebut, yakni pendidikan dan kesehatan, sehingga

memungkinkan evaluasi langsung terhadap keterkaitan antara mekanisme program dengan dimensi-dimensi yang ditargetkan.

Gambar 1.1 Dimensi dan Indikator Kemiskinan Multidimensi dalam Global Multidimensional Poverty Index (MPI)



Sumber: Oxford Poverty and Human Development Initiative (OPHI) dengan penyesuaian, (2021)

Gambar 1.1 di atas mengilustrasikan kerangka pengukuran Indeks Kemiskinan Multidimensi (IKM) sebagaimana dikembangkan oleh OPHI.

Struktur IKM terdiri dari tiga dimensi utama dengan bobot yang setara, yakni pendidikan (1/3), kesehatan (1/3), dan standar hidup (1/3). Setiap dimensi kemudian dioperasionalkan melalui sejumlah indikator spesifik. Dimensi pendidikan mencakup dua indikator: lama sekolah dan partisipasi sekolah, masing-masing dengan bobot 1/6. Dimensi kesehatan mencakup dua indikator: nutrisi dan kematian anak, masing-masing dengan bobot 1/6. Dimensi standar hidup mencakup enam indikator: bahan bakar memasak, sanitasi, air minum, listrik, lantai/atap/dinding, dan kepemilikan aset, masing-masing dengan bobot 1/18. Dalam penelitian ini, indikator global tersebut diadaptasi untuk konteks Indonesia dengan menggunakan variabel-variabel yang tersedia dalam data SUSENAS, sebagaimana dirinci pada Tabel 1.3 berikut. Adaptasi utama meliputi penggantian indikator nutrisi dan kematian anak dengan indikator penolong persalinan dan kepemilikan asuransi kesehatan yang lebih sesuai dengan ketersediaan data survei nasional Indonesia.

Tabel 1.3 Dimensi dan Indikator Kemiskinan Multidimensi

Dimensi	Indikator	Definisi/ <i>Cut-off</i> deprivasi	Sumber
Pendidikan (1/3)	Jumlah Tahun Sekolah (1/6)	Anggota rumah tangga yang menempuh pendidikan kurang dari 12 tahun atau tidak menyelesaikan pendidikan menengah.	Peraturan Daerah Kota Surakarta No. 12 Tahun 2017, Pasal 69 ayat 2

	Kehadiran Sekolah (1/6)	Anggota rumah tangga yang berada dalam usia sekolah (7-18 tahun), tetapi tidak bersekolah.	Alkire, S., et.al - The Global Multidimensional Poverty Index (MPI) 2021.
Kesehatan (1/3)	Penolong Persalinan (1/6)	Persalinan terakhir di rumah tangga tidak ditolong oleh tenaga kesehatan seperti dokter, bidan, atau perawat.	WHO & UNICEF, <i>Definition of skilled health personnel providing care during childbirth</i> (2018 joint statement).
	Asuransi Kesehatan (1/6)	Rumah tangga yang tidak memiliki jaminan/asuransi kesehatan	Artha dan Dartanto (2014)
Standar Hidup (1/3)	Jenis Bahan Bakar Memasak (1/18)	Rumah tangga yang memasak dengan bahan bakar padat, seperti kotoran, limbah pertanian, kayu bakar, arang, atau batu bara.	Alkire, S., et.al - The Global Multidimensional Poverty Index (MPI) 2021.
	Sanitasi (1/18)	Rumah tangga dengan sanitasi yang kurang layak, seperti tidak memiliki fasilitas sanitasi/berbagi, dan tipe kloset cubluk/plengsengan tanpa tutup.	Alkire, S., et.al - The Global Multidimensional Poverty Index (MPI) 2021.
	Listrik (1/18)	Rumah tangga yang tidak memiliki akses listrik.	Alkire, S., et.al - The Global Multidimensional Poverty Index (MPI) 2021.

	Air (1/18)	Rumah tangga dengan sumber air minum yang tidak layak (sumur tak terlindung, mata air tak terlindung, dan air permukaan).	Alkire, S., et.al - The Global Multidimensional Poverty Index (MPI) 2021.
	Lantai (1/18)	Rumah tangga dengan bahan bangunan yang tidak layak, seperti lantai terbuat dari tanah atau pasir.	Alkire, S., et.al - The Global Multidimensional Poverty Index (MPI) 2021.
	Kepemilikan Aset (1/18)	Rumah tangga yang tidak memiliki lebih dari 2 aset dasar seperti kulkas, AC, komputer/laptop, sepeda motor, mobil, TV layar datar, <i>water heater</i> .	Alkire, S., et.al - The Global Multidimensional Poverty Index (MPI) 2021.

Tabel 1.3 mengacu pada kerangka Indeks Kemiskinan Global yang telah disusun oleh Oxford Poverty and Human Development Initiative (OPHI), dimana pengukuran IKM dalam studi ini menggunakan tiga dimensi dengan sepuluh indikator yang telah disesuaikan. Penyesuaian dilakukan berdasarkan ketersediaan data, keselarasan dengan tujuan pembangunan nasional jangka panjang, serta peraturan daerah yang berlaku.

Penyusunan tabel 1.3 berpedoman pada metode Alkire–Foster, dimana kemiskinan multidimensi diidentifikasi melalui evaluasi deprivasi tiap indikator pada tiga dimensi yang digunakan dalam penelitian ini. Setiap rumah tangga diberi nilai 1 bila terdeprivasi pada suatu indikator (sesuai *cut-off* indikator) dan 0 bila tidak; bobot indikator dijumlahkan sehingga

membentuk skor deprivasi tertimbang rumah tangga. Rumah tangga diklasifikasikan miskin multidimensi apabila skor deprivasi tertimbangnya mencapai atau melebihi ambang kemiskinan $k=33,3\%$. Selanjutnya, agregasi tingkat populasi dilakukan dengan menghitung Indeks Kemiskinan Multidimensi (IKM) menggunakan rumus $IKM=H \times A$, dengan H adalah proporsi penduduk/rumah tangga yang tergolong miskin multidimensi (*headcount ratio*), sedangkan A adalah rata-rata intensitas deprivasi di antara rumah tangga miskin (*intensity of poverty*). Nilai IKM berada pada rentang 0–1 dan semakin kecil nilainya menunjukkan semakin rendah tingkat kemiskinan baik dari sisi jumlah rumah tangga yang miskin (H) maupun kedalaman deprivasi yang mereka alami (A). Dengan demikian, penurunan IKM dapat ditlakukan melalui pengurangan insidensi kemiskinan dan/atau pengurangan banyaknya indikator deprivasi yang masih dialami rumah tangga miskin.

1.6.2 Efektivitas Kebijakan

Setelah memahami bagaimana kemiskinan didefinisikan dan diukur, kerangka pemikiran selanjutnya berfokus pada evaluasi terhadap intervensi yang dirancang untuk mengatasinya. Dalam konteks kebijakan publik, sebuah program sosial seperti Program Keluarga Harapan (PKH) pada dasarnya adalah sebuah hipotesis: jika pemerintah memberikan intervensi X (bantuan tunai bersyarat), maka hasil Y (penurunan kemiskinan) akan tercapai. Oleh

karena itu, untuk menilai keberhasilan program tersebut, diperlukan sebuah kerangka evaluasi kebijakan.

Salah satu kriteria sentral dalam evaluasi kebijakan adalah efektivitas. Secara umum, efektivitas kebijakan merujuk pada "sejauh mana sebuah kebijakan berhasil mencapai tujuan atau hasil yang diinginkan" (Dunn, 2017:197). Efektivitas berbeda dari konsep evaluasi lainnya seperti efisiensi, yang lebih berfokus pada perbandingan antara output yang dihasilkan dengan input atau biaya yang dikeluarkan. Sebuah program bisa saja efektif dalam mencapai tujuannya, namun belum tentu efisien dalam penggunaan sumber dayanya. Penelitian ini secara spesifik berfokus pada dimensi efektivitas.

Dalam konteks program pengentasan kemiskinan seperti PKH, konsep efektivitas dapat dioperasionalkan ke dalam dua komponen utama yang saling melengkapi, yang keduanya sangat relevan dengan desain penelitian ini:

- a) **Efektivitas Hasil (*Outcome Effectiveness*)**: Komponen ini mengukur apakah program secara substantif berhasil mencapai tujuan akhirnya. Tujuan utama PKH adalah untuk mengurangi kemiskinan dan meningkatkan kualitas sumber daya manusia. Dengan demikian, efektivitas hasil dalam penelitian ini adalah tentang mengukur apakah kepesertaan dalam PKH secara signifikan berhubungan dengan kondisi kemiskinan multidimensi yang lebih rendah pada rumah tangga penerima.

Hal ini merupakan inti dari pertanyaan tentang dampak atau pengaruh program (Rossi, dkk., 2024).

- b) **Efektivitas Proses (*Process Effectiveness*)**: Sebuah program tidak dapat mencapai hasil yang efektif jika proses implementasinya gagal. Salah satu aspek proses yang paling krusial dalam program bantuan sosial adalah penargetan (*targeting*), yaitu kemampuan program untuk secara akurat menjangkau populasi sasaran yang telah ditetapkan (Fiszbein & Schady, 2009). Jika program gagal menjangkau mereka yang seharusnya dibantu (*exclusion error*) atau justru memberikan bantuan kepada mereka yang tidak berhak (*inclusion error*), maka efektivitasnya secara keseluruhan akan terganggu, terlepas dari potensi dampak positifnya bagi mereka yang berhasil dijangkau.

Oleh karena itu, kerangka efektivitas kebijakan menyediakan justifikasi teoritis untuk desain penelitian ini yang menggunakan pendekatan dua pilar. Penelitian ini tidak hanya akan mengukur efektivitas hasil PKH dengan menganalisis pengaruhnya terhadap probabilitas kemiskinan multidimensi (untuk menjawab Sub-Pertanyaan 2). Lebih dari itu, penelitian ini juga akan mengukur efektivitas proses dengan menganalisis akurasi penargetan program di Kota Surakarta (untuk menjawab Sub-Pertanyaan 1). Kombinasi dari kedua analisis inilah yang akan memberikan jawaban komprehensif terhadap pertanyaan penelitian utama mengenai "Seberapa

efektif Program Keluarga Harapan (PKH) dalam mengatasi kemiskinan multidimensi di Kota Surakarta?".

Dengan demikian, kerangka pemikiran teoritis yang terdiri dari kemiskinan multidimensi dan teori efektivitas kebijakan, secara bersama-sama membentuk landasan argumen penelitian ini. Penelitian ini berargumen bahwa untuk dapat mengevaluasi efektivitas PKH secara komprehensif, diperlukan sebuah kerangka analisis yang secara fundamental berbeda dari pendekatan unidimensional. Argumen utamanya adalah bahwa kemiskinan multidimensi merupakan metrik yang lebih valid dan akurat untuk menilai kesejahteraan rumah tangga. Oleh karena itu, efektivitas PKH harus diukur dari kemampuannya untuk mengurangi deprivasi yang tumpang tindih di berbagai dimensi kehidupan, bukan hanya kekurangan pendapatan.

Selanjutnya, penelitian ini berargumen bahwa sebuah penilaian efektivitas tidak bisa hanya bertumpu pada analisis dampak (*outcome*), tetapi harus secara integral mempertimbangkan kualitas proses implementasinya. Efektivitas sebuah program bantuan sosial seperti PKH bergantung pada dua pilar fundamental: efektivitas proses (akurasi penargetan) dan efektivitas hasil (pengaruh program).

Oleh karena itu, argumen sentral dari penelitian ini adalah: evaluasi yang komprehensif terhadap efektivitas PKH di Kota Surakarta hanya dapat dicapai melalui analisis kuantitatif dua pilar yang saling melengkapi. Pilar pertama akan mengukur efektivitas proses dengan mengkuantifikasi tingkat

akurasi penargetan, sementara pilar kedua akan mengukur efektivitas hasil dengan menganalisis pengaruh statistik kepesertaan PKH. Dari argumen inilah hipotesis penelitian diturunkan.

1.7 Hipotesis

Berdasarkan kerangka pemikiran teoritis dan rumusan masalah yang telah diuraikan, maka ditarik hipotesis atau jawaban sementara penelitian. Hipotesis dalam penelitian tipe eksplanatori ini menyatakan dugaan adanya pengaruh atau hubungan antar variabel. Hipotesis penelitian ini terdiri dari satu hipotesis utama dan dua hipotesis turunan yang akan diuji secara empiris.

Variabel yang diuji dalam hipotesis ini adalah sebagai berikut: variabel dependen (Y) adalah status kemiskinan multidimensi, yakni klasifikasi biner miskin/tidak miskin berdasarkan skor deprivasi Alkire-Foster pada tiga dimensi (pendidikan, kesehatan, standar hidup) dengan *poverty cutoff* $k = 33,3\%$. Perlu ditegaskan bahwa tiga dimensi tersebut merupakan komponen pembentuk variabel dependen, bukan variabel independen yang diuji secara terpisah dalam model regresi. Variabel independen utama (X_1) adalah status kepesertaan PKH (penerima/bukan penerima). Variabel kontrol meliputi: X_2 (status penerimaan bantuan sosial lain), X_3 (jumlah anggota rumah tangga), X_4 (sumber pembiayaan utama), dan X_5 (jenis kelamin kepala rumah tangga). Variabel-variabel kontrol ini dimasukkan untuk mengisolasi pengaruh PKH dari faktor-faktor lain yang juga berpotensi memengaruhi kemiskinan multidimensi.

Hipotesis Utama

- a) **H₀ (Hipotesis Nol):** Program Keluarga Harapan (PKH) tidak efektif dalam mengurangi kemiskinan multidimensi di Kota Surakarta.
- b) **H₁ (Hipotesis Alternatif):** Program Keluarga Harapan (PKH) efektif dalam mengurangi kemiskinan multidimensi di Kota Surakarta.

Hipotesis Turunan

Hipotesis utama di atas dioperasionalkan ke dalam dua hipotesis turunan yang dapat diuji secara statistik:

1. Hipotesis terkait Efektivitas Proses (Penargetan):

- a) **H₀:** PKH tidak tepat sasaran, dengan setidaknya salah satu dari tingkat *inclusion* atau *exclusion error* berada di atas ambang batas.
- b) **H₁:** PKH tepat sasaran, dengan tingkat *inclusion* dan *exclusion error* yang berada di bawah ambang batas.

c) Hipotesis terkait Efektivitas Hasil (Pengaruh):

- a) **H₀:** Status kepesertaan PKH tidak berpengaruh secara signifikan terhadap probabilitas sebuah rumah tangga mengalami kemiskinan multidimensi di Kota Surakarta.
- b) **H₁:** Status kepesertaan PKH berpengaruh secara negatif dan signifikan terhadap probabilitas sebuah rumah tangga mengalami kemiskinan multidimensi di Kota Surakarta.

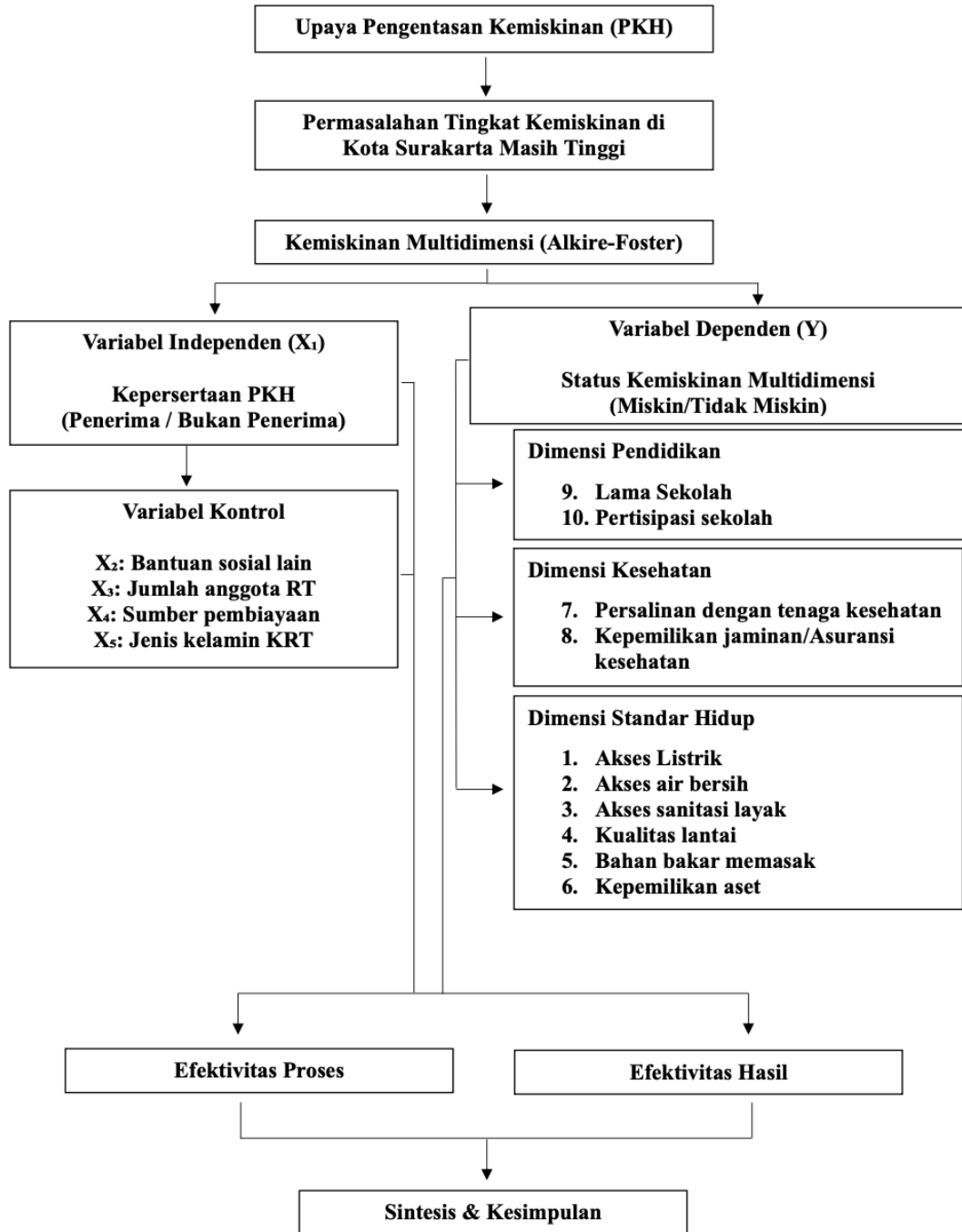
1.8 Operasionalisasi Konsep

Konsep/Variabel	Definisi Operasional	Indikator	Skala Pengukuran
Variabel Dependen (Y)			
Kemiskinan Multidimensi	Status sebuah rumah tangga yang diklasifikasikan sebagai 'miskin' atau 'tidak miskin' berdasarkan Metode Alkire-Foster. Sebuah rumah tangga dianggap miskin jika skor deprivasi tertimbangya melampaui ambang batas kemiskinan (<i>poverty cutoff</i> , k) sebesar 33.3%.	<p>Dimensi Pendidikan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lama Sekolah 2. Partisipasi Sekolah <p>Dimensi Kesehatan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penolong Persalinan 2. Asuransi Kesehatan <p>Dimensi Standar Hidup:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Akses listrik 2. Akses air bersih 3. Akses sanitasi layak 4. Jenis lantai 5. Jenis bahan bakar memasak 6. Kepemilikan aset 	<p>Nominal (Biner)</p> <p>1 = Miskin multidimensi</p> <p>0 = Tidak miskin multidimensi</p>
Variabel Independen Utama (X1)			
Kepesertaan PKH	Status sebuah rumah tangga yang teridentifikasi sebagai penerima manfaat Program Keluarga Harapan (PKH) dalam	Ya/Tidak pada pertanyaan SUSENAS	<p>Nominal (Biner)</p> <p>1 = Penerima PKH</p> <p>0 = Bukan Penerima PKH</p>

	periode waktu yang dicakup oleh survei.		
Variabel Independen Kontrol (X2-X5)			
Jumlah Anggota Rumah Tangga	Total individu yang tercatat sebagai anggota dalam satu rumah tangga.	Jumlah ART dalam kuesioner Susenas.	Rasio
Sumber Terbesar Pembiayaan di Rumah Tangga	Sumber pendapatan atau pembiayaan utama yang digunakan oleh rumah tangga untuk memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari. Ini merepresentasikan struktur ekonomi dan tingkat stabilitas rumah tangga.	Jawaban pada kuesioner Susenas mengenai sumber pembiayaan utama rumah tangga	Nominal (Kategorikal)
Jenis Kelamin Kepala Rumah Tangga	Identitas gender dari kepala rumah tangga. Karena gender juga seringkali memengaruhi kemiskinan, khususnya bagi wanita yang harus menghadapi ketidaksetaraan dalam akses ke pekerjaan, pendidikan, dan sumber daya.	Isian pada kuesioner Susenas mengenai jenis kelamin KRT.	Nominal (Biner)
Status Penerimaan Bansos Lain	Status rumah tangga yang menerima program bantuan sosial pemerintah selain PKH (misalnya, BPNT/Bantuan Sembako). Variabel ini digunakan untuk mengontrol efek tumpang tindih program perlindungan sosial.	Jawaban "Ya/Tidak" pada pertanyaan survei (Susenas) mengenai penerimaan program bantuan sosial lainnya.	Nominal (Biner)

Sumber: Diolah oleh peneliti (2025)

1.9 Kerangka Berpikir



Sumber: Diolah oleh peneliti (2025)

Berdasarkan bagan tersebut, alur logika dalam penelitian ini berangkat dari Program Keluarga Harapan (PKH) sebagai upaya pengentasan kemiskinan. Meskipun PKH telah diimplementasikan sebagai program bantuan sosial bersyarat, tingkat kemiskinan di Kota Surakarta masih tergolong relatif tinggi. Hal tersebut menimbulkan pertanyaan mengenai sejauh mana PKH benar-benar berkontribusi pada penurunan kemiskinan. Untuk menjawab hal tersebut, penelitian ini menggunakan pendekatan kemiskinan multidimensi dengan metode Alkire-Foster, sehingga kemiskinan tidak hanya diukur dari dimensi pendapatan, melainkan juga diukur dari aspek pendidikan, kesehatan, dan standar hidup guna menghasilkan pemahaman yang lebih holistik.

Setelah mengidentifikasi rumah tangga miskin multidimensi tersebut, efektivitas PKH kemudian dianalisis melalui dua dimensi. Pertama, efektivitas proses (Fiszbeinn & Schady) yang menilai sejauh mana desain dan implementasi PKH telah tepat sasaran pada rumah tangga yang mengalami kemiskinan multidimensi. Kedua, efektivitas hasil (Rossi) menguji pengaruh kepesertaan PKH terhadap tingkat kemiskinan multidimensi rumah tangga, yakni apakah penerima PKH memiliki probabilitas kemiskinan multidimensi yang lebih rendah dibanding non-penerima. Temuan dari kedua dimensi efektivitas tersebut kemudian disintesis untuk menyusun hasil dan kesimpulan mengenai efektivitas PKH dalam mengurangi kemiskinan multidimensi di Kota Surakarta.

1.10 Metode Penelitian

Mempertimbangkan antara fungsi dan tujuan dari jenis penelitian, maka penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif. Menurut Creswell (2014), pendekatan kuantitatif merupakan metode untuk menguji teori-teori objektif dengan cara meneliti hubungan antarvariabel. Pendekatan ini digunakan karena tujuan dari penelitian ini adalah untuk menarik kesimpulan umum (generalisasi) mengenai efektivitas PKH di Kota Surakarta dengan cara menguji hipotesis yang telah dirumuskan sebelumnya.

1.10.1 Tipe Penelitian

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian kuantitatif eksplanatori. Menurut Neuman (2014), penelitian eksplanatori (*explanatory research*) bertujuan untuk mengidentifikasi dan menguji hubungan sebab-akibat antar variabel, serta menjawab pertanyaan "mengapa" sebuah fenomena terjadi. Tipe ini dipilih karena sejalan dengan tujuan penelitian untuk tidak hanya mendeskripsikan kondisi kemiskinan, tetapi juga menjelaskan pengaruh dari variabel bebas (kepesertaan PKH) terhadap variabel terikat (status kemiskinan multidimensi). Sederhananya, penelitian eksplanatori adalah penelitian untuk mengukur sebab yang diberikan oleh variabel X (independen/prediktor) terhadap variabel Y (dependen/respon).

1.10.2 Populasi dan Sampel

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas objek atau subjek yang memiliki kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan

oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2013:80). Dalam penelitian ini, populasi yang dimaksud adalah seluruh rumah tangga yang berada di dalam wilayah geografis Kota Surakarta yang menurut data BPS berjumlah sekitar 156.000 rumah tangga pada tahun 2024. Sementara itu, sampel merupakan sebagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Sugiyono, 2013:81).

Sampel penelitian ini adalah seluruh rumah tangga di Kota Surakarta yang menjadi responden dalam Survei Sosial Ekonomi Nasional (SUSENAS) Maret 2024, yakni sebanyak 744 rumah tangga. Angka ini bukan merupakan sampel yang ditarik sendiri oleh peneliti, melainkan seluruh unit analisis yang tersedia dalam data mikro SUSENAS untuk wilayah Kota Surakarta pada periode tersebut. Dengan demikian, penelitian ini menggunakan seluruh populasi data yang tersedia dalam SUSENAS (total sampling terhadap data sekunder). Representativitas sampel dijamin oleh desain sampling BPS yang menggunakan metode probability sampling, sehingga hasilnya dapat diproyeksikan ke populasi rumah tangga Kota Surakarta secara keseluruhan.

1.10.3 Teknik Pengambilan Sampel

Penelitian ini menggunakan data sekunder, sehingga tidak melakukan pengambilan sampel primer dari populasi. Teknik pengambilan sampel yang relevan adalah yang digunakan oleh BPS dalam pelaksanaan Susenas, yakni metode *stratified sampling* dengan desain *probability*

proportional to size dan *systematic sampling*. Penggunaan sampel probabilitas memastikan bahwa semua unit analisis dalam populasi mempunyai kesempatan yang sama untuk terpilih, sehingga memungkinkan hasil penelitian untuk digeneralisasi (Babbie, 2017).

1.10.4 Jenis dan Sumber Data

Jenis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data kuantitatif, yaitu data yang berbentuk numerik dan akan diolah dengan menggunakan teknik statistik. Adapun sumber data yang digunakan merupakan data sekunder, yaitu data yang diperoleh secara tidak langsung dari sumber pertama (Sugiyono, 2013:137). Secara khusus, penelitian ini memanfaatkan data mentah (*microdata*) dari Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) yang diselenggarakan oleh Badan Pusat Statistik (BPS).

1.10.5 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah pemanfaatan data sekunder. Menurut Creswell (2014), penggunaan data sekunder melibatkan analisis data yang telah dikumpulkan oleh pihak lain untuk tujuan yang berbeda. Dalam konteks penelitian ini, data yang digunakan adalah dataset numerik dari Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) yang diperoleh melalui situs web Badan Pusat Statistik (BPS). Dalam penelitian ini, proses tersebut mencakup pengajuan akses, pengunduhan, dan pengolahan dataset Susenas dari BPS.

1.10.6 Teknik Analisis Data

Analisis data kuantitatif dalam penelitian ini diawali dengan analisis deskriptif dan dilanjutkan dengan analisis inferensial untuk menguji hipotesis yang telah dirumuskan. Analisis deskriptif digunakan untuk meringkas serta menyajikan data dalam bentuk yang lebih mudah dipahami, misalnya melalui tabel frekuensi dan statistik deskriptif seperti mean, modus, dan standar deviasi (Field, 2018). Selanjutnya, analisis inferensial dilakukan sesuai dengan tujuan penelitian eksplanatori, yaitu untuk menguji hipotesis. Teknik yang digunakan meliputi analisis tabel silang (*crosstabulation*) dan analisis regresi logistik biner (*binary logistic regression*). Analisis tabel silang diterapkan untuk menguji hipotesis pertama mengenai apakah PKH telah tepat sasaran atau tidak. Dalam melakukan pengolahan dan analisis data, peneliti akan menggunakan perangkat lunak STATA Standard Edition 17.

Sementara itu, regresi logistik biner digunakan untuk menguji hipotesis kedua terkait pengaruh variabel independen terhadap variabel dependen yang bersifat biner. Menurut Field (2018), regresi logistik digunakan untuk memprediksi probabilitas suatu kasus masuk ke salah satu dari dua kategori pada variabel dependen. Dalam penelitian ini, model tersebut dimanfaatkan untuk mengukur sejauh mana kepesertaan PKH berpengaruh terhadap tingkat kemiskinan multidimensi sebuah rumah tangga, dengan tetap mempertimbangkan variabel kontrol lainnya. Adapun berikut model yang akan digunakan:

$$\pi_{ij} = \log \left[\frac{\pi_{ij}}{1 - \pi_{ij}} \right] = \beta_{0j} + \beta_1 \text{status_PKH}_{ij} + \beta_2 \text{jumlah_ART}_{ij} + \beta_3 \text{sumber_pembiayaan}_{ij} + \beta_4 \text{gender}_{ij} + \beta_5 \text{bantuan_lainnya}_{ij} + \delta_{ij}$$

Dengan:

π adalah status kemiskinan multidimensi yang dialami oleh rumah tangga

β adalah koefisien regresi

ij adalah observasi ke- i

δ adalah standar eror

1.10.6.1 Analisis Deskriptif

Analisis deskriptif digunakan untuk menggambarkan karakteristik rumah tangga di Kota Surakarta serta kondisi deprivasi pada tiap indikator kemiskinan multidimensi. Uraian awal meliputi komposisi rumah tangga menurut karakteristik kunci (misalnya ukuran rumah tangga, pendidikan kepala rumah tangga, jenis kelamin kepala rumah tangga, dan penerimaan bantuan sosial), disajikan dalam tabel frekuensi dan/atau proporsi. Selanjutnya, tingkat deprivasi tiap indikator pada dimensi kesehatan, pendidikan, dan standar hidup dipaparkan melalui persentase, dan grafik sederhana, guna memperoleh konteks mengenai profil kemiskinan multidimensi sebelum masuk ke pengujian hipotesis. Bagian ini memberi

gambaran umum pola dan sebaran data yang akan diestimasi pada tahap inferensial.

1.10.6.2 Analisis Inferensial

Analisis inferensial dilakukan untuk menguji hipotesis mengenai efektivitas Program Keluarga Harapan (PKH) terhadap kemiskinan multidimensi. Model utama yang digunakan adalah regresi logistik biner dengan variabel dependen $Y=1$ bila rumah tangga miskin multidimensi dan $Y=0$ bila tidak. Variabel penjelas mencakup status kepesertaan PKH sebagai variabel utama serta sejumlah kovariat pengendali sesuai rancangan penelitian. Hasil dilaporkan dalam bentuk *odds ratio*, *p-value*, dan *Confidence Interval (CI)*. Uji diagnostik model meliputi pemeriksaan multikolinearitas, serta evaluasi *goodness of fit* melalui kurva ROC/AUC.

a. Uji Asumsi (Multikolinearitas)

Uji multikolinearitas bertujuan untuk memeriksa apakah di dalam model regresi terdapat korelasi yang tinggi antar variabel independen (Ghozali, 2018:107). Dalam penelitian ini, uji multikolinearitas dilakukan menggunakan Variance Inflation Factor (VIF) yang dihitung dari koefisien determinasi hasil regresi tiap variabel terhadap variabel lain, dengan formula sebagai berikut:

$$VIF_k = \frac{1}{1 - R_k^2}$$

VIF yang rendah (mendekati 1) mengindikasikan tidak adanya masalah dan sebaliknya nilai yang sangat tinggi menandakan

prediktor tersebut beririsan kuat dengan variabel lain. Sebagai pedoman, multikolinearitas patut dicurigai ketika tolerance $\leq 0,10$ atau VIF ≥ 10 . Penjabaran ini sejalan dengan praktik uji multikolinearitas pada penelitian sejenis.

b. Uji Kelayakan (*Goodness of Fit*)

Uji kelayakan model, atau *Goodness of Fit*, digunakan untuk mengukur sejauh mana model regresi logistik yang diusulkan dapat menjelaskan data observasi dengan baik. Pengujian ini menilai apakah model yang dihasilkan sesuai dengan data yang ada. Kelayakan model logistik dievaluasi menggunakan *Receiver Operating Characteristic (ROC)*. Kurva ROC memetakan *True Positive Rate* terhadap *False Positive Rate* pada berbagai ambang probabilitas. Ukurannya diringkas dalam Area Under the Curve (AUC) yang bernilai antara 0 dan 1; nilai 0,5 mencerminkan performa yang acak, sedangkan nilai yang semakin mendekati 1 menunjukkan kemampuan model membedakan rumah tangga miskin multidimensi dan tidak miskin semakin baik. Uraian ini mengikuti praktik pada kajian terdahulu yang mengevaluasi model logistik dengan ROC/AUC.