



**EFEKTIFITAS PEMANFAATAN PROGRAM KELUARGA HARAPAN  
(PKH) OLEH PENERIMA MANFAAT DI DESA AJUNG KECAMATAN  
AJUNG KABUPATEN JEMBER**

*(The Effectiveness Of Utilization Of Family Expectations Program (PKH) By  
Beneficiaries In Ajung Village, Ajung District, Jember Regency)*

**SKRIPSI**

Oleh

**Moch Ryan Wanda Hidayat  
NIM 130910201028**

**PROGRAM STUDI ILMU ADMINISTRASI NEGARA  
JURUSAN ILMU ADMINISTRASI  
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK  
UNIVERSITAS JEMBER  
2018**



**EFEKTIFITAS PEMANFAATAN PROGRAM KELUARGA HARAPAN  
(PKH) OLEH PENERIMA MANFAAT DI DESA AJUNG KECAMATAN  
AJUNG KABUPATEN JEMBER**

*(The Effectiveness Of Utilization Of Family Expectations Program (PKH) By  
Beneficiaries In Ajung Village, Ajung District, Jember Regency)*

**SKRIPSI**

Diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat  
untuk menyelesaikan program studi Administrasi Negara  
dan mencapai gelar sarjana sosial

Oleh

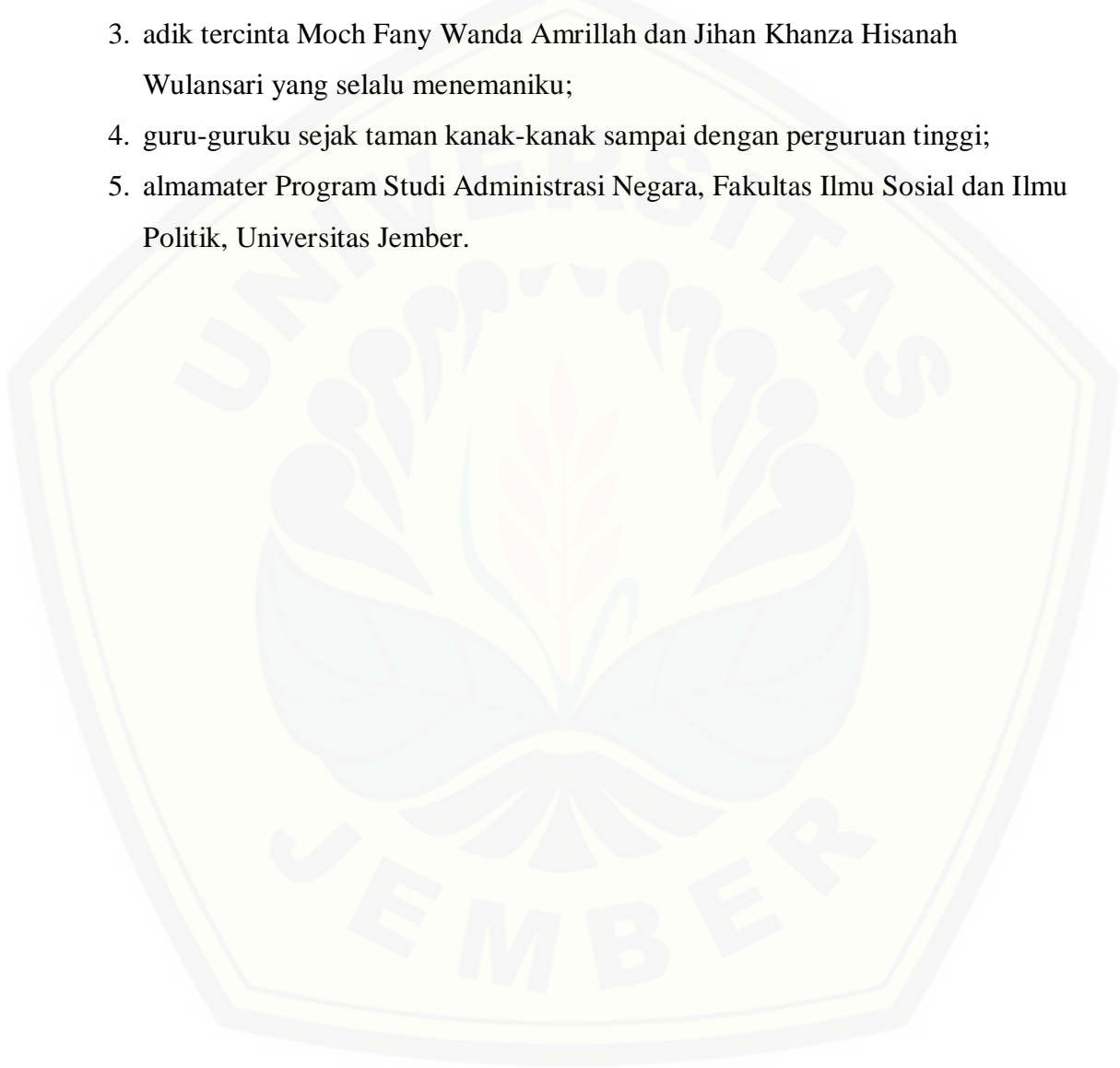
**Moch Ryan Wanda Hidayat  
NIM 130910201028**

**PROGRAM STUDI ILMU ADMINISTRASI NEGARA  
JURUSAN ILMU ADMINISTRASI  
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK  
UNIVERSITAS JEMBER  
2018**

## PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. ibunda Yati Sumiati yang selalu mendoakanku;
2. ayahanda Fathul Bahri yang selalu mendukungku;
3. adik tercinta Moch Fany Wanda Amrillah dan Jihan Khanza Hisanah Wulansari yang selalu menemaniku;
4. guru-guruku sejak taman kanak-kanak sampai dengan perguruan tinggi;
5. almamater Program Studi Administrasi Negara, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Universitas Jember.



**HALAMAN MOTTO**

Sesungguhnya Allah tidak akan mengubah nasib suatu kaum sampai mereka mengubah apa-apa yang ada pada diri mereka sendiri.

(Q.S. Ar-Ra'ad: 11)



**HALAMAN PERNYATAAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Moh Ryan Wanda Hidayat

NIM : 130910201028

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul “Efektifitas Pemanfaatan Program Keluarga Harapan (PKH) Oleh Penerima Manfaat Di Desa Ajung Kecamatan Ajung Kabupaten Jember” adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali kutipan yang sudah saya sebutkan sumbernya, belum pernah diajukan pada institusi mana pun, dan bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa ada tekanan dan paksaan dari pihak mana pun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 30 Mei 2017

Yang menyatakan,

Moh Ryan Wanda Hidayat  
NIM 130910201028

**HALAMAN PEMBIMBINGAN**

**SKRIPSI**

**EFEKTIFITAS PEMANFAATAN PROGRAM KELUARGA HARAPAN  
(PKH) OLEH PENERIMA MANFAAT DI DESA AJUNG KECAMATAN  
AJUNG KABUPATEN JEMBER**

*(The Effectiveness Of Utilization Of Family Expectations Program (PKH) By  
Beneficiaries In Ajung Village, Ajung District, Jember Regency)*

Oleh

Moch Ryan Wanda Hidayat  
NIM 130910201028

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Dr. Ardiyanto, M.Si

Dosen Pembimbing Anggota : M Hadi Makmur, S.Sos, M.AP

**PENGESAHAN**

Skripsi berjudul “Efektifitas Pemanfaatan Program Keluarga Harapan (PKH) Oleh Penerima Manfaat Di Desa Ajung Kecamatan Ajung Kabupaten Jember” karya Moch Ryan Wanda Hidayat telah diuji dan disahkan pada:

hari, tanggal : Selasa, 28 Agustus 2018

tempat : Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Jember

Ketua Penguji

Drs. Sutomo, M.Si  
NIP 196503121991031003

Pembimbing Utama

Pembimbing Anggota

Dr. Ardiyanto, M.Si  
NIP 195808101987021002

M. Hadi Makmur, S.Sos, M.AP  
NIP 197410072000121001

Anggota I

Anggota II

Dr. Selfi Budi Helpiastuti, M.Si  
NIP 197003221995122001

Nian Riawati, S.Sos, MPA  
NIP 198506092015042002

Mengesahkan  
Dekan Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik

Dr. Ardiyanto, M.Si  
NIP 195808101987021002

## RINGKASAN

**Efektifitas Pemanfaatan Program Keluarga Harapan (PKH) Oleh Penerima Manfaat di Desa Ajung Kecamatan Ajung Kabupaten Jember;**  
Moch Ryan Wanda Hidayat, 130910201028; 2018: 86 halaman; Program Studi Administrasi Negara Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Jember

Penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan efektifitas pemanfaatan program keluarga harapan oleh penerima manfaat di desa ajung kecamatan ajung kabupaten jember. Konsep yang digunakan dalam penelitian ini adalah pembangunan manusia, kemiskinan, kebijakan publik, efektifitas, evaluasi kebijakan, dan Program Keluarga Harapan (PKH). Penelitian ini didasari oleh beberapa permasalahan di Desa Ajung terkait Evaluasi Program Keluarga Harapan (PKH) di desa Ajung Kecamatanm Ajung, khususnya efektifitas pemanfaatan PKH oleh penerima manfaat. Permasalahan tersebut, yaitu penggunaan dana PKH tidak sesuai dengan peruntukannya, Hal tersebut tidak sesuai dengan pedoman umum PKH tahun 2013 bahwa dana PKH digunakan untuk memenuhi kebutuhan pendidikan anak dan kesehatan balita maupun ibu hamil. Sebagian penerima manfaat dana bantuan PKH menggunakannya untuk membayar hutang dan membeli perabotan rumah tangga. Adapun tujuan utama penelitian ini adalah untuk

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif kualitatif dengan desain penelitian studi kasus. Menggunakan sumber data primer maupun sekunder. Teknik pengumpulan data melalui wawancara, observasi, dan dokumentasi. Teknik menguji keabsahan data menggunakan metode perpanjangan keikutsertaan, ketekunan pengamat, dan triangulasi. Teknik analisis data yang digunakan adalah teknik analisis interaktif, yaitu terdiri dari reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan atau verifikasi.

Hasil dari penelitian ini menggambarkan pemanfaatan dana PKH belum dilakukan secara optimal oleh penerima manfaat yaitu untuk kebutuhan pendidikan dan kesehatan. Terdapat beberapa kendala dalam pemanfaatan yang dilakukan oleh penerima manfaat. Pertama, penggunaan dana tidak sesuai dengan



peruntukkan program. Hal ini dapat dilihat dari penggunaan dana PKH oleh suami untuk bermain judi. Kedua, orang tua yang terlalu memanjakan anak. Orang tua menuruti apa yang diinginkan anak seperti beli baju, kaos dalam yang menyimpang dari peruntukkan program. Ketiga, tidak tepatnya sasaran program lain. Keempat, tanggungan pada bank mingguan. Terdapat 3 orang dari 350 orang penerima PKH yang suka meminjam bank mingguan. Dana PKH cair digunakan untuk membayar hutang. Kelima, perilaku pendamping yang pragmatis dan permisivisme. Dapat dilihat dari perilaku pendamping PKH yang hanya menunggu respon dari penerima manfaat bila ada masalah dan kesalahan yang dilakukan penerima manfaat dianggap hal yang biasa, tanpa punishment yang berlaku. Maka dari itu dilakukan evaluasi untuk memperkecil ketidakefektifan dalam pemanfaatan PKH sehingga, manfaat dana PKH dapat dirasakan maksimal oleh penerima manfaat.

## PRAKATA

Puji syukur ke hadirat Allah SWT. Atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Penyimpangan Pemanfaatan Program Keluarga Harapan (PKH) oleh Penerima Manfaat di Desa Ajung Kecamatan Ajung Kabupaten Jember”. Skripsi ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan pendidikan strata satu (S1) pada Jurusan Ilmu Administrasi Program Studi Administrasi Negara Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Negeri Jember.

Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis menyampaikan terimakasih kepada:

1. Dr. Ardiyanto, M.Si selaku Dosen Pembimbing Utama yang telah meluangkan waktu, pikiran, dan perhatian dalam penulisan skripsi ini;
2. M Hadi Makmur, S.Sos, M.AP, selaku Dosen Pembimbing Anggota yang telah meluangkan waktu, pikiran, dan perhatian dalam penulisan skripsi ini;
3. Drs. Agus Suharsono, M.Si, selaku Dosen Pembimbing Akademik yang telah membimbing selama penulis menjadi mahasiswa;
4. Dekan serta wakil Dekan Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Negeri Jember;
5. Dosen-dosen Program Studi Administrasi Negara Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Negeri Jember;
6. Ibunda Yati Sumiati dan ayahanda Fathul Bahri serta adik tercinta Moch. Fany Wanda Amrillah, Jihan Khanza Hisanah Wulansari yang telah memberikan dorongan dan doanya demi terselesaikannya skripsi ini;
7. Pendamping Program Keluarga Harapan Desa Ajung serta penerima manfaat Program Keluarga Harapan Desa Ajung yang telah meluangkan waktu dan fikiran demi kelancaran peneliti memperoleh data saat penelitian;
8. Teman-teman Muajib Ardiansyah, Moh Najibur Ridlo, dan Firman Ardiansyah, yang telah menjadi rekan berdiskusi selama penelitian dan penulisan skripsi ini;

9. Seluruh teman-teman Program Studi Ilmu Administrasi Negara Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Jember angkatan 2013. Terimakasih telah memberikan diskusi dan belajar bersama selama ini;
10. Sahabat-sahabat di PMII Rayon Fisip, Antok, Aji, Roni, Sofyan, Nada, Afida, Lia dan lain-lain yang telah menjadi keluarga baru penulis sejak di Jember. Terimakasih atas proses yang telah diberikan. Semoga segala proses pembelajaran yang kita jalani di “rumah biru” dapat bermanfaat kedepannya.
11. Teman-teman di SKETSA, Mas Richy, Mas Zein Musafa, Dan Mas Angga, terimakasih atas segala proses yang telah diberikan selama penulis menjalani masa-masa berjuang.
12. Seluruh pihak yang tidak dapat disebutkan satu per satu.  
Penulis juga menerima segala kritik dan saran dari semua pihak demi kesempurnaan skripsi ini. Akhirnya penulis berharap, semoga skripsi ini dapat bermanfaat.

Jember, 30 Mei 2017

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
<b>HALAMAN SAMPUL .....</b>	<b>i</b>
<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PERSEMBAHAN.....</b>	<b>iii</b>
<b>HALAMAN MOTTO .....</b>	<b>iv</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN .....</b>	<b>v</b>
<b>HALAMAN PEMBIMBINGAN .....</b>	<b>vi</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN .....</b>	<b>vii</b>
<b>RINGKASAN.....</b>	<b>viii</b>
<b>PRAKATA .....</b>	<b>x</b>
<b>DAFTAR ISI .....</b>	<b>xii</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>xv</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>xvi</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xvii</b>
<b>BAB 1. PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1 Latar Belakang .....</b>	<b>1</b>
<b>1.2 Rumusan Masalah .....</b>	<b>11</b>
<b>1.3 Tujuan Penelitian.....</b>	<b>11</b>
<b>1.4 Manfaat Penelitian .....</b>	<b>12</b>
<b>BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>13</b>
<b>2.1 Pembangunan.....</b>	<b>14</b>
<b>2.2 Kemiskinan.....</b>	<b>19</b>
<b>2.3 Kebijakan Publik .....</b>	<b>22</b>
<b>2.4 Evaluasi Kebijakan .....</b>	<b>25</b>
2.4.1 Pendekatan Evaluasi .....	26
2.4.2 Jenis-Jenis Evaluasi .....	28
<b>2.5 Efektivitas Program .....</b>	<b>31</b>
<b>2.6 Konsep Program Keluarga Harapan .....</b>	<b>32</b>
2.6.1 Ketentuan-ketentuan Progran Keluarga Harapan.....	32

2.6.2 Dasar Hukum Program Keluarga Harapan .....	33
2.6.3 Sasaran Penerima Bantuan PKH .....	34
2.6.4 Besaran Bantuan.....	35
2.6.5 Sanksi.....	35
<b>2.7 Aturan Kebijakan Program PKH .....</b>	<b>36</b>
2.7.1 Strategi Percepatan Penanggulangan Kemiskinan .....	36
2.7.2 Program Percepatan Penanggulangan Kemiskinan .....	36
2.7.3 Tim Koordinasi Penanggulanagan Kemiskinan Provinsi dan Kabupaten/Kota .....	37
<b>2.8 Kerangka Berfikir .....</b>	<b>38</b>
<b>BAB 3 METODE PENELITIAN .....</b>	<b>39</b>
<b>3.1 Pendekatan Penelitian.....</b>	<b>39</b>
<b>3.2 Tempat dan Waktu Penelitian.....</b>	<b>40</b>
<b>3.3 Desain Penelitian atau Rancangan Penelitian Kualitaif .....</b>	<b>41</b>
3.3.1 Fokus Penelitian .....	42
3.3.2 Penentuan informan penelitian.....	43
3.3.3 Data dan sumber data.....	44
<b>3.4 Teknik dan alat Perolehan Data .....</b>	<b>45</b>
3.4.1 Observasi/Pengamatan.....	46
3.4.2 Wawancara.....	47
3.4.3 Dokumentasi .....	48
<b>3.5 Teknik menguji keabsahan data.....</b>	<b>48</b>
3.5.1 Perpanjangan Keikutsertaan .....	49
3.5.2 Ketekunan Pengamat .....	50
3.5.3 Triangulasi .....	50
<b>3.7 Teknik Penyajian dan Analisis Data .....</b>	<b>51</b>
<b>BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>53</b>
<b>4.1 Gambaran Desa Ajung.....</b>	<b>53</b>
<b>4.2 Letak Dan Kondisi Daerah .....</b>	<b>54</b>
<b>4.3 Wilayah Pemerintahan .....</b>	<b>55</b>

<b>4.4 Keadaan Penduduk.....</b>	<b>57</b>
<b>4.5 Program Keluarga Harapan (PKH) di Desa Ajung Kabupaten Jember .....</b>	<b>58</b>
4.5.1 Gambaran Pelaksanaan PKH di Desa Ajung .....	61
<b>4.6 Efektivitas Pemanfaatan Dana Program Keluarga Harapan Di Desa Ajung .....</b>	<b>70</b>
4.6.1 Pendidikan.....	70
4.6.2 Kesehatan.....	81
4.6.3 Pendamping Yang Pragmatis dan Permisivisme .....	83
<b>BAB 5 PENUTUP .....</b>	<b>88</b>
<b>5.1 Kesimpulan.....</b>	<b>88</b>
<b>5.2 Saran.....</b>	<b>88</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	
<b>LAMPIRAN .....</b>	

**DAFTAR TABEL**

	Halaman
Tabel 1.1 Jumlah dan persentase penduduk miskin Kecamatan Ajung.....	1
Tabel 1.2 Jumlah Penerima Dana PKH Kecamatan Ajung Tahun 2017 .....	4
Tabel 1.3 Jumlah Keluarga Penerima Manfaat PKH Kabupaten Jember dari Tahun 2010-2017.....	4
Tabel 1.4 Perkembangan IPM dari tahun 2014 s.d 2016 tingkat Kabupaten dengan IPM Sepuluh terendah se-Jawa Timur.....	7
Tabel 2.1 Skenario Bantuan PKH.....	33
Tabel 3.1 Informan dalam penelitian.....	42
Tabel 3.2 Teknik Menguji Keabsahan Data.....	47
Tabel 4.1 Menggambarkan Kesejahteraan Keluarga Di Desa Ajung.....	55
Tabel 4.2 Penduduk usia kerja 15-56 tahun Tahun 2015.....	56
Tabel 4.3 Jumlah Penerima PKH dari Tahun 2009 – 2017.....	58
Tabel 4.4 Jumlah Anak usia sekolah Penerima PKH Tahun 2017 .....	58
Tabel 4.5 Jumlah Penerima PKH Bidang Kesehatan .....	66

**DAFTAR GAMBAR**

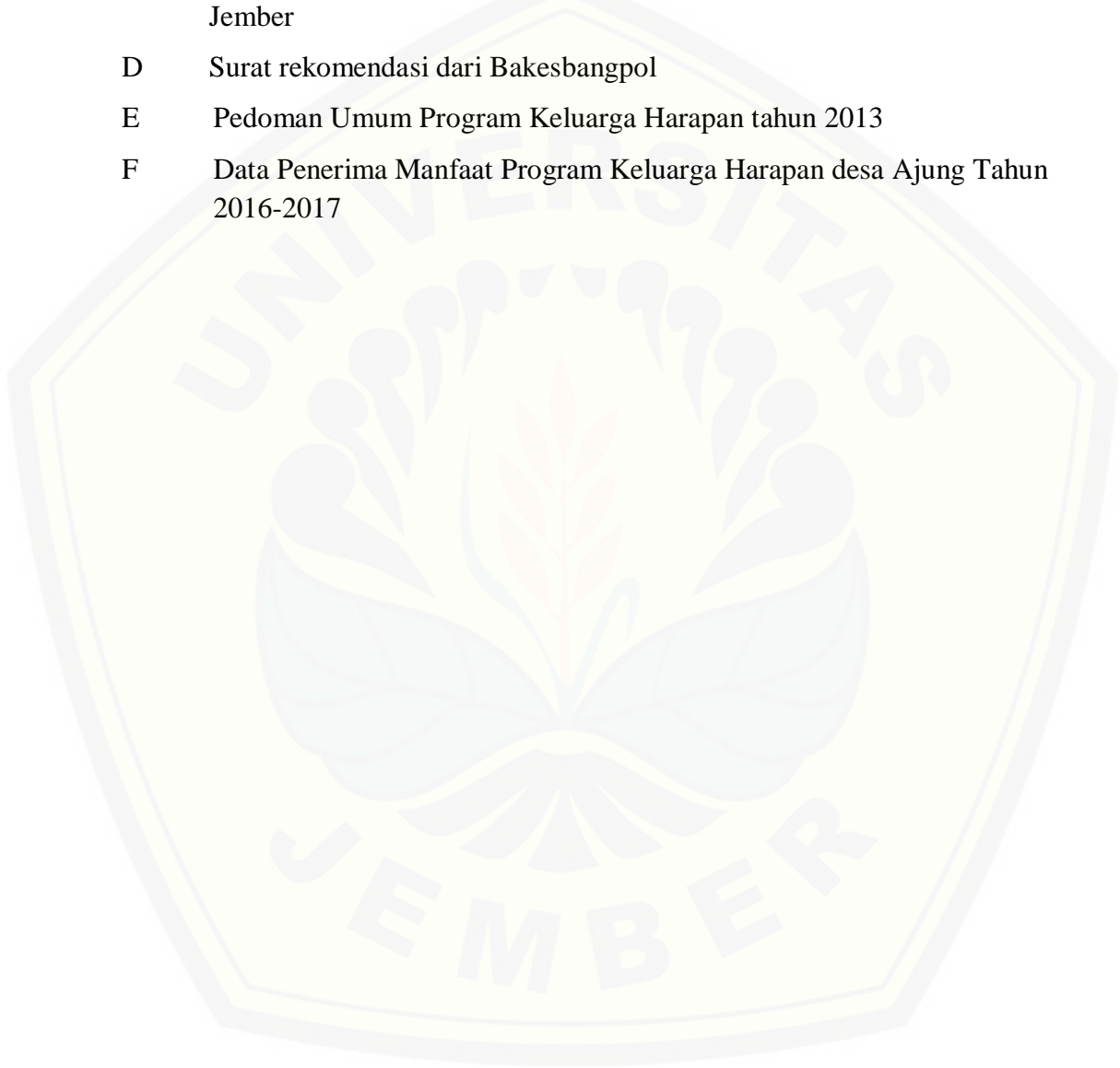
	<b>Halaman</b>
Gambar 4.1 Struktur Organisasi pemerintahan Desa Ajung .....	56





**DAFTAR LAMPIRAN**

- A Pedoman wawancara
- B Dokumentasi foto penelitian
- C Surat izin penelitian dari lembaga penelitian Universitas Jember
- D Surat rekomendasi dari Bakesbangpol
- E Pedoman Umum Program Keluarga Harapan tahun 2013
- F Data Penerima Manfaat Program Keluarga Harapan desa Ajung Tahun 2016-2017



## BAB 1 PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Desa Ajung merupakan salah satu desa yang berada di kecamatan Ajung Kabupaten Jember. Berdasarkan hasil observasi awal, kondisi penduduk di Desa Ajung lebih di dominasi oleh buruh tani, pedagang, dan buruh bangunan. Hal ini menunjukkan bahwa ekonomi masyarakat di Desa Ajung di dominasi oleh masyarakat dengan ekonomi menengah ke bawah dengan sector pekerjaan tradisional.

Kemiskinan menjadi salah satu permasalahan utama di Desa Ajung, hal tersebut juga di dukung oleh data dari BPS yang menyuguhkan bahwa lebih dari 20 persen penduduk Desa Ajung mengidap kemiskinan. Berikut tabel yang menggambarkan jumlah penduduk miskin Kecamatan Ajung pada tahun 2015 sebagai berikut:

**Tabel 1.1. Jumlah dan persentase penduduk miskin Kecamatan Ajung**

Desa	Penduduk Miskin	Jumlah Penduduk	Persentase penduduk miskin (%)
Mangaran	2.698	12.294	22
Sukamakmur	985	10.657	9
Klompangan	2.339	10.329	23
Pancakarya	1.819	11.978	15
Ajung	4.211	16.757	25
Wirowongso	1.720	9.713	18
Rowo Indah	1.033	5.060	20

Sumber: BPS Kabupaten Jember, Kecamatan Ajung dalam angka 2016

Prosentase penduduk miskin Desa Ajung yang cukup tinggi dibandingkan dengan desa lain, yaitu sebesar 25 persen, menyiratkan program pemerintah berbasis pengentasan kemiskinan tidak berjalan dengan maksimal. Strategi pemerintah dalam mengurangi kemiskinan difokuskan melalui klaster - kalster program penanggulangan kemiskinan sebagaimana dijelaskan pada tabel 1.2. dibawah ini.

**Tabel 1.2. Klaster program-program penanggulangan kemiskinan**

<b>Jenis</b>	<b>Bentuk Program</b>	<b>Sasaran</b>	<b>Program</b>
Klaster I	Bantuan dan Perlindungan sosial	Diperuntukan bagi mereka yang termasuk dalam kelas rumah tangga sangat miskin	Contoh : Program Keluarga Harapan (PKH), Bantuan Operasional Sekolah (BOS), Raskin, Jamkesmas, Bantuan Langsung Tunai (BLT), dan Bantuan Siswa Miskin(BSM)
Klaster II	Pemberdayaan Masyarakat	Diperuntukan kepada masyarakat miskin yang telah mendapatkan peningkatan, baik gizi, kesehatan, dan pendidikan.	Contoh : PNPM (Program Nasional Pemberdayaan Masyarakat) Mandiri
Klaster III	Pemberdayaan usaha mikro kecil dan menengah	Kelompok-kelompok masyarakat yang telah ditingkatkan dan diberdayakan kemandiannya	Contoh : Program Kredit Usaha Rakyat (KUR), program pemberdayaan Usaha Mikro, Kecil, dan Menengah (UMKM)

Sumber: Sumodiningrat (2009:17)

Tabel diatas menunjukkan bahwa program pengentasan kemiskinan yang masuk dalam kelas rumah tangga sangat miskin terletak pada klaster I. Program Keluarga Harapan (PKH) merupakan program pengentasan kemiskinan yang berupa bantuan pemenuhan kebutuhan dasar dan perlindungan sosial. Kelompok masyarakat pada klaster I ini di beri “ikan” agar bisa memenuhi kebutuhan hidupnya.

Pelaksanaan PKH di Desa Ajung masih menuai beberapa permasalahan diantaranya ialah penggunaan dana bantuan yang kurang tepat sasaran. Berdasarkan wawancara yang dilakukan peneliti dengan koordinator penerima Program Keluarga Harapan dan penerima manfaat Program Keluarga Harapan (PKH), ada beberapa masalah yang terjadi dalam pelaksanaan Program Keluarga Harapan (PKH) di Desa Ajung. Penerima manfaat dusun limbungsari Desa Ajung mengungkapkan bahwa masih banyak penerima manfaat yang tidak menggunakan

dana bantuan PKH sesuai peruntukan (pendidikan: peralatan sekolah, pakaian sekolah, sepatu sekolah dan uang saku; dan kesehatan) yang ditetapkan dalam pedoman PKH. Sebagaimana penerima manfaat dana bantuan PKH menggunakannya untuk membayar hutang dan membeli perabotan rumah tangga, seperti panci dan lemari plastik. Hal yang sama juga di ungkapkan oleh Ibu tuna sebagai penerima manfaat PKH bahwa dana yang di terima digunakan untuk kebutuhan rumah tangga atau kebutuhan sehari-hari seperti beras, minyak, dan membayar hutang (Hasil wawancara dengan Ibu Tuna pada 20 Januari 2018 pukul 09:28).

Penggunaan dana PKH yang tidak sesuai dengan peruntukan menyebabkan terhambatnya pemenuhan akses pada bidang pendidikan maupun kesehatan. Hal ini tentu menimbulkan berbagai masalah terkait tidak berjalannya kepentingan program yaitu untuk memenuhi kebutuhan pendidikan anak dan kesehatan balita. Penggunaan dana PKH yang tidak sesuai dengan peruntukan program di sebabkan karena dana PKH digunakan diluar kebutuhan pendidikan anak. Dana tersebut digunakan untuk membeli kebutuhan pokok sehari-hari. Hal tersebut diungkapkan oleh Ibu Agus pada 18 Januari 2018 pukul 17:14, bahwa dana PKH lebih banyak digunakan untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari seperti membeli beras, minyak, dan membayar hutang, sedangkan kebutuhan pendidikan dipenuhi pada awal pencairan dana PKH yaitu untuk membeli tas, bayar SPP, dan membeli sepatu. Ungkapan yang disampaikan oleh Ibu Agus menunjukkan bahwa beliau tidak menggunakan dana PKH secara maksimal. Hal ini karena dana PKH, hanya digunakan untuk kebutuhan pendidikan dan kesehatan. Tidak ada yang lain. Maksud dari tujuan PKH sebagai peringan beban orang tua, yaitu dalam pemenuhan kebutuhan bidang pendidikan dan bidang kesehatan.

Pernyataan di atas menggambarkan Program Keluarga Harapan di Ajung, dalam pelaksanaannya masih menuai beberapa permasalahan yang perlu di evaluasi oleh pemerintah dan pendamping PKH. Kurangnya pemahaman penerima manfaat dalam penggunaan dan pemanfaatan dana program menjadi persoalan yang penting dan menarik untuk dikaji lebih lanjut. Hal tersebut karena Program

ini merupakan program pengentasan kemiskinan yang sudah berjalan sejak tahun 2009 dan masih berjalan hingga saat ini, namun masih mengalami permasalahan kurangnya pemahaman penerima bantuan dalam pemanfaatan dana tersebut. Hal tersebut di dukung dengan banyaknya penerima manfaat yang diberhentikan di tengah jalan oleh pendamping karena penerima manfaat tidak layak untuk menerima dana Program Keluarga Harapan. Maksud tidak layak dalam Program Keluarga Harapan (PKH), yaitu tidak terdapat komponen pendidikan dan/atau kesehatan yang ada pada penerima manfaat.

Penerima manfaat di Desa Ajung di berhentikan di tengah jalan saat Program Keluarga Harapan berlangsung, karena penerima manfaat tidak lagi mempunyai komponen pendidikan. Hal ini disebabkan karena putus sekolah dan tidak melanjutkan sekolah. Pada tahun 2009, terdapat 17 penerima manfaat dari total penerima manfaat sejumlah 179, diberhentikan dari PKH karena tidak layak. Pemberhentian peserta PKH juga dialami pada tahun 2013. Pada tahun 2013, terdapat penerima manfaat yang diberhentikan sebanyak 86 penerima manfaat, dari total penerima manfaat sejumlah 252 orang. (Hasil wawancara dengan Bapak Indra selaku pendamping PKH Desa Ajung pada 7 Januari 2018, pukul 08:56). Dapat dipahami bahwa dengan diberhentikannya peserta PKH tersebut, karena peserta tersebut sudah tidak layak untuk mendapatkan bantuan dana PKH.

Desa Ajung menempati urutan tertingi dengan jumlah 350 penerima manfaat yang tesebar di sembilan dusun. Table 1.3 Berikut menggambarkan jumlah penerima manfaadi Kecamatan Ajung tahun 2017.

**Tabel 1.3 Jumlah Penerima Dana PKH Kecamatan Ajung Tahun 2017**

Desa	Jumlah penerima manfaat	Persentase
Klomancangan	108	10,2%
Pancakarya	96	9,1%
Wirowongso	136	12,9%
Ajung	350	33,2%
Mangaran	105	9,9%
Rowo indah	141	13,3%
Sukamakmur	117	11,1%
<b>Total</b>	<b>1053</b>	

Sumber: Laporan Koordinator PKH Kecamatan Ajung, 2017

Dapat dilihat dari tabel diatas bahwa Desa Ajung merupakan desa dengan jumlah dana PKH terbesar dibandingkan desa lain, yaitu sebesar 33,2%. Di susul oleh desa Rowo indah sebesar 13,3% atau sebanyak 141 penerima manfaat. Peringkat ke-tiga diduki oleh desa Wirowongso sebanyak 136 (12,9%) penerima manfaat. Lalu peringkat ke-empat yaitu desa Sukamakmur dengan jumlah penerima manfaat sejumlah 117. Kemudian desa Klompangan menempati peringkat ke-lima dengan jumlah penerima manfaat sebanyak 108. Desa Mangaran menduduki peringkat ke-enam dengan penerima manfaat PKH sejumlah 105 keluarga. Terakhir, desa Pancakarya merupakan desa penerima dana PKH terendah yaitu sebanyak 96 orang.

PKH di Desa Ajung dari tahun 2009 sampai 2015 mengalami peningkatan. Hal ini di sampaikan oleh pendamping PKH Desa Ajung Bapak Indra saat di wawancara pada 7 Januari 2018 pukul 08:56 bahwa tahun 2009, jumlah penerima manfaat sebanyak 159 orang. Sedangkan pada tahun 2012 jumlah kelompok penerima manfaat sejumlah 25, tahun 2013 ada penambahan jumlah penerima manfaat 166 sehingga pada tahun 2015 total penerima manfaat berjumlah 350. Dari data tersebut jumlah penerima manfaat Program Keluarga Harapan (PKH) mengalami peningkatan dari tahun 2009 hingga 2015. Dengan demikian, jumlah kemiskinan di Desa Ajung dapat dikatakan meningkat setiap tahunnya. Melihat data penerima PKH di tingkat kecamatan dan jumlah penerima manfaat di Desa Ajung tiap tahunnya. Artinya, dengan melihat data tersebut dapat dipahami bahwa terdapat hubungan yang seimbang antara tingginya kemiskinan di Desa Ajung dan banyaknya penerima dana PKH di Desa Ajung. Semakin banyaknya jumlah masyarakat miskin di desa Ajung semakin tinggi pula penerima dana Program Keluarga Harapan di desa tersebut. Maka itu, desa Ajung Kecamatan Ajung layak sebagai lokus penelitian.

Bentuk kebijakan pemerintah dalam mengatasi dan menanggulangi masalah kemiskinan, telah diwujudkan melalui berbagai program dari yang bersifat sosial, pemberdayaan masyarakat, sampai dengan pemberian kredit atau usaha rakyat. Salah satu program bantuan sosial dari pemerintah adalah Program

Keluarga Harapan (PKH). Program Keluarga Harapan (PKH) tersebut telah dilaksanakan oleh Pemerintah Indonesia sejak tahun 2007. PKH dimaksudkan untuk membantu para orang tua yang memiliki anak usia sekolah, dapat membantu kebutuhan dasar rumah tangga sangat miskin yang berkenaan dengan pendidikan dan kesehatan. Tujuan Umum dari Program ini adalah untuk meningkatkan jangkauan atau aksesibilitas masyarakat miskin terhadap pelayanan publik, khususnya pendidikan dan kesehatan. Sedangkan tujuan utamanya adalah untuk mengurangi kemiskinan dan meningkatkan kualitas sumberdaya manusia terutama pada kelompok masyarakat sangat miskin. PKH lebih dimaksudkan kepada upaya membangun sistem perlindungan sosial kepada masyarakat miskin.

Dalam lingkup yang lebih luas lagi, yaitu Kabupaten Jember Program Keluarga Harapan yang sudah di laksanakan sejak tahun 2007. Program Keluarga Harapan di kabupaten Jember tiap tahunnya meningkat, artinya jumlah masyarakat miskin di kabupaten Jember bertambah dikarenakan program pemerintah yang berbasis penanggulangan kemiskinan masih belum atau tidak berjalan secara maksimal. Jika melihat pada permasalahan yang terjadi di Desa Ajung bahwa penerima manfaat lebih menggunakan dana PKH untuk hal-hal yang tidak menjadi tujuan PKH dan lebih menggunakannya untuk kebutuhan sehari-hari bahkan membayar hutang, kemungkinan besar hal serupa juga terjadi di desa-desa lain di Kabupaten Jember sehingga jumlah penerima dana bantuan PKH setiap tahunnya juga meningkat yang berarti jumlah penduduk miskin di Kabupaten Jember bertambah. Berikut tabel yang menggambarkan jumlah penerima manfaat PKH dari tahun 2010-2016.

**Tabel 1.3 Jumlah Keluarga Penerima Manfaat PKH Kabupaten Jember dari Tahun 2010-2017.**

No	Tahun	Jumlah Kecamatan	Jumlah KPM	Penurunan jumlah KPM
1	2010	15	15.648	-
2	2011	15	14.776	872
3	2012	18	19.412	(+) 4.636
4	2013	21	19.344	68
5	2014	31	30.291	(+) 11.947
6	2015	31	32.630	(+) 2.239
7	2016	31	68.076	(+) 35.446
8	2017	31	64.729	3.347

Sumber: Rekap Jumlah Keluarga Penerima Manfaat PKH Kabupaten Jember, 2017

Jumlah penerima manfaat dana PKH di Kabupaten Jember tiap tahunnya mengalami peningkatan. Tahun 2010, jumlah penerima manfaat sebanyak 15.648. Jumlahnya menurun sebanyak 872 penerima manfaat pada tahun 2011 menjadi 14.776. Pada 2012, jumlah penerima manfaat meningkat menjadi 19.412. Di tahun 2013, turun sebanyak 68 penerima menjadi 19.344. tahun berikutnya yaitu pada 2014 jumlahnya cenderung meningkat menjadi 30.291. Tahun 2015, jumlahnya bertambah 2.239 menjadi 32.630 dan pada tahun 2016 meningkat cukup tinggi sebanyak 35.446 menjadi 68.076 penerima manfaat. Hingga pada tahun 2017 mengalami penurunan sebanyak 3.347 menjadi 64.729 penerima manfaat.

Hal lain yang menjadi sorotan dalam meningkatkan taraf kehidupan masyarakat yaitu dengan melihat pada Indeks Pembangunan Manusia (IPM). Di Jawa Timur sendiri, Kabupaten Jember memiliki peringkat ke-enam dengan IPM terendah setelah Kabupaten Pamekasan. Berikut perkembangan IPM dari Ke-5 Kabupaten Terendah di Jawa Timur dari tahun 2010 s.d 2014.



**Tabel 1.4 Perkembangan IPM dari tahun 2014 s.d 2016 tingkat Kabupaten dengan IPM Sepuluh terendah se-Jawa Timur**

Kabupaten/Kota	2014	2015	2016
Sampang	56,45	58,18	59,09
Bangkalan	64,24	61,49	62,06
Sumenep	60,84	62,38	63,42
Lumajang	61,87	63,02	63,74
Pamekasan	62,27	63,10	63,98
Jember	63,91	63,04	64,01
Probolinggo	62,29	63,83	64,12
Bondowoso	64,06	63,95	64,52
Situbondo	64,12	64,53	65,08
Pasuruan	72,89	65,04	65,71

Sumber : BPS Kabupaten Jember Tahun 2015

Data perkembangan IPM di atas, menunjukkan bahwa Kabupaten Jember menduduki posisi ke-enam terendah dalam Indeks Pembangunan Manusia dalam tahun 2014 sampai tahun 2016 dengan angka sebesar 64,01 pada tahun 2016. IPM digunakan sebagai tolak ukur pembangunan manusia di suatu daerah yang juga mengarah pada pembangunan kualitas Sumber Daya Manusia yang dalam hal ini, menunjukkan bagaimana perkembangan pendidikan masyarakat pada suatu wilayah yang dapat dilihat dengan kuantitas maupun kualitas pendidikannya. Artinya IPM kabupaten Jember yang rendah menunjukkan kualitas sdm yang rendah pula.

Kemiskinan merupakan isu sentral bangsa ini. Persediaan makanan mereka sering kali tidak memadai, atau bahkan harus menderita kelaparan. Mereka tidak memiliki tempat tinggal, atau walaupun ada, ukurannya begitu kecil dan dalam kondisi tidak layak. Banyak dari masyarakat tidak mengenyam pendidikan dan buta huruf. Kesehatan mereka juga tidak begitu baik atau bahkan buruk, namun tidak bisa memeriksakan diri. Mereka umumnya menganggur, atau jika bekerja, pendapatan yang diperoleh sangatlah kecil. Sebagaimana kecenderungan yang terjadi pada negara-negara berkembang, keberadaan mereka cenderung terkonsentrasi di wilayah pedesaan dibandingkan perkotaan.

Upaya mengentaskan masyarakat dari kemiskinan di Indonesia masih terbilang banyak menuai masalah. Hal ini dikarenakan rakyat miskin hanya dijadikan sebagai objek hibah sehingga hanya menggantungkan kepada pemerintah dan tidak bersikap mandiri. Pengentasan kemiskinan menjadi pekerjaan yang harus dilakukan, dimana tujuan pengentasan kemiskinan untuk mewujudkan kemapanan dan tujuan pengentasan kemiskinan yaitu untuk mewujudkan kemapanan dan kenyamanan hidup bagi masyarakat miskin tersebut. Masalah kemiskinan harus dituntaskan secara mendasar, karena kemiskinan tersebut menyangkut tingkat kehidupan manusia, bukan hanya sekedar permainan angka relatif saja. Pemecahan masalah ini harus dilakukan secara multidisipliner oleh para ahli karena masalahnya bersifat multidimensional, yang penanggulangannya tidak dapat mengandalkan sistem mekanisme pasar. Kemiskinan akan menggerogoti hasil pembangunan atau akan menjadi faktor penghambat pembatas bagi pembangunan.

Sebagaimana tertuang dalam UUD 1945 Pasal 34 ayat 1 yang berbunyi, “fakir miskin dan anak-anak terlantar dipelihara oleh Negara”. Dan ayat 2 yang berbunyi “Negara mengembangkan system jaringan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan”. Dalam rangka melaksanakan kewajiban Negara tersebut, maka pemerintah Indonesia harus memberikan perhatiannya secara serius dalam menanggulangi masalah kemiskinan dan perlu membuat suatu kebijakan atau program nasional yang berkaitan dengan pertumbuhan kesejahteraan masyarakat secara adil dan merata. Kebijakan atau program tersebut dikeluarkan dengan tujuan supaya masyarakat miskin dapat memenuhi kebutuhan hidupnya menjadi lebih baik.

Berdasarkan SK Menteri Sosial Nomor 08/HUK/2007 disusunlah program Pedoman Umum Pelaksanaan PKH. Program ini merupakan suatu program pemerintah yang memberikan bantuan tunai kepada keluarga sangat miskin ( KSM ) sebagai upaya perlindungan sosial. Adapun tujuan utama dari PKH adalah mengurangi kemiskinan dan meningkatkan kualitas sumberdaya

manusia terutama pada kelompok masyarakat miskin. Secara khusus, tujuan PKH antara lain: (i) meningkatkan kondisi sosial ekonomi RTSM, (ii) meningkatkan taraf pendidikan anak-anak RTSM, (iii) meningkatkan status kesehatan dan gizi ibu hamil, ibu nifas, dan anak di bawah 6 tahun dari RTSM, dan (iv) meningkatkan akses dan kualitas pelayanan pendidikan dan kesehatan, khususnya bagi RTSM (Pedoman Umum PKH, 2010).

Program ini mencakup dua bidang kegiatan yaitu pendidikan dan kesehatan. Bidang pendidikan mencakup pemenuhan akses pendidikan agar siswa dapat dan atau melanjutkan sekolah dan memenuhi biaya kebutuhan sekolah. Bidang kesehatan mencakup pemeriksaan kehamilan dan imunisasi (Pedoman Umum PKH, 2013). Adapun persyaratan-persyaratan penerima Program Keluarga Harapan antara lain RTSM yang memiliki anggota keluarga yang terdiri dari anak usia 0 - 15 tahun dan/ atau ibu hamil/nifas dan berada pada lokasi terpilih.

Namun dengan pelaksanaannya masih banyaknya program-program pemerintah yang masih belum optimal dan tidak berjalan dengan semestinya dalam penanggulangan kemiskinan, maka sejak tahun 2007 pemerintah Indonesia melaksanakan uji coba Program Keluarga Harapan (PKH). PKH adalah pemberian bantuan tunai bersyarat (Conditional Cash Transfers) bagi keluarga sangat miskin (KSM). Persyaratan yang ditetapkan dalam PKH terkait dengan upaya peningkatan kualitas sumber daya manusia (SDM), khususnya bidang pendidikan dan kesehatan, karena dengan kesehatan yang terjamin maka pendidikan juga dapat berjalan dengan baik, dan dengan pendidikan yang layak maka kualitas dari SDM akan meningkat.

Fakta teoritis mengungkapkan bahwa Program Keluarga Harapan memiliki tujuan untuk meningkatkan taraf sosial ekonomi masyarakat sangat miskin, meningkatkan pendidikan, serta memelihara kesehatan baik rumah tangga, ibu hamil maupun ibu menyusui. Berdasarkan latar belakang yang telah peneliti paparkan diatas bahwa masih banyak permasalahan yang terjadi di lapangan dalam pelaksanaan PKH dalam pengentasan kemiskinan, seperti kurang pahalannya penerima manfaat tentang penggunaan dana Program PKH dan

penyimpangan pemanfaatan dana bantuan PKH sehingga penerima bantuan seringkali kurang tepat dalam menggunakan dana bantuan PKH, serta beberapa persoalan lainnya yang telah peneliti uraikan di atas. Dengan demikian peneliti tertarik untuk meneliti tentang **“Efektivitas Pemanfaatan Program Keluarga Harapan (PKH) Oleh Penerima Manfaat di Desa Ajung Kecamatan Ajung Kabupaten Jember.”**

## 1.2 Rumusan Masalah

Menurut Usmandan Akbar (2005:16) masalah adalah kesenjangan antara sesuatu yang diharapkan (*das sollen*) dengan kenyataan (*das sein*) yang terjadi. Namun menurut Sugiyono (2001:35), rumusan masalah berbeda halnya dengan masalah. Jika masalah didefinisikan sebagai kesenjangan antara sesuatu yang diharapkan (*das sollen*) dengan kenyataan (*das sein*) yang terjadi, maka rumusan masalah merupakan suatu pertanyaan yang akan ditemukan jawabannya melalui pengumpulan dan pengolahan data. Dengan kata lain, definisi masalah penelitian menurut Kountur (2003:35) yaitu suatu pertanyaan yang mempersoalkan keberadaan suatu variable pada suatu fenomena. Hal-hal mengenai rumusan masalah adalah sebagai berikut.

1. Masalah hendaklah dirumuskan dalam bentuk kalimat tanya
2. Rumusan itu hendaklah padat dan jelas
3. Rumusan itu hendaklah memberi petunjuk tentang mungkinnya mengumpulkan data guna menjawab pertanyaan-pertanyaan yang terkandung dalam rumusan itu (Suryabrata, 2008:13).

Berdasarkan penjelasan dari latar belakang dan pengertian di atas, maka rumusan masalah dari penelitian ini adalah **“Faktor-faktor yang menyebabkan ketidakefektifan pemanfaatan Program Keluarga Harapan (PKH) oleh penerima manfaat di Desa Ajung kecamatan Ajung kabupaten Jember?”**

## 1.3 Tujuan Penelitian

Dalam kegiatan penelitian, apapun yang diteliti dan siapapun yang meneliti pasti mempunyai tujuan tertentu. Tujuan penelitian ini dimaksudkan

supaya penulis mempunyai arah yang jelas dan tegas. Adapun tujuan penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi dan mendeskripsikan factor-faktor yang menyebabkan penyimpangan pemanfaatan Program Keluarga Harapan (PKH) oleh penerima manfaat di Desa Ajung kecamatan Ajung kabupaten Jember.

#### **1.4 Manfaat Penelitian**

Manfaat yang diharapkan dengan adanya penelitian ini adalah sebagai berikut :

- a. Penelitian ini diharapkan dapat menambah referensi pengetahuan khususnya kajian Ilmu Administrasi Negara dan menjadi bahan dasar bagi peneliti selanjutnya dalam penelitian yang sama dengan kajian yang lebih mendalam tentang masalah kemiskinan dan pemberdayaan masyarakat serta kebijakan public serta pelaksanaan dalam Program Keluarga Harapan;
- b. Penelitian ini diharapkan dapat sebagai masukan bagi pemerintah Kabupaten Jember dalam melaksanakan program PKH secara benar dan sesuai aturan untuk mensejahterakan masyarakat.

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi maupun sumbangsih terhadap pengembangan ilmu Administrasi Negara, baik yang bersifat teoritis maupun praktis, khususnya terkait konsep evaluasi kebijakan

## BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

Buku Pedoman Penulisan Karya Ilmiah Universitas Jember (2016:39) menyebutkan bahwa tinjauan pustaka memuat kajian teori, hasil-hasil penelitian terdahulu (kajian empiris) berkaitan dengan masalah yang dibahas, serta kerangka konseptual yang merupakan sintesis dari kajian-kajian sebelumnya yang dikaitkan dengan permasalahan yang dihadapi, dan perumusan hipotesis atau asumsi (jika diperlukan) sebagai hasil akhir dari kajian teori. Menurut Wardiyanta (2006:90) tinjauan pustaka berperan untuk menjelaskan posisi penelitian dalam peta penelitian. Pembangunan teori, konsep, penelitian terdahulu dan kerangka berpikir dalam tinjauan pustaka akan membuat penelitian dapat dilakukan secara sistematis yang terbangun dari teori-teori terkait masalah yang dibahas dan terlepas dari pengulangan pembahasan dari sebuah permasalahan.

Berdasarkan definisi-definisi mengenai tinjauan pustaka tersebut dapat ditarik benang merah bahwa tinjauan pustaka merupakan alat bagi seorang peneliti untuk menegaskan identitas dan originalitas penelitiannya dengan bertumpu pada teori-teori, konsep-konsep dan hasil penelitian terdahulu terkait topik penelitiannya serta kerangka berpikir peneliti dalam membangun konsep-konsep yang mendasari penelitiannya.

Konsep dasar dalam penelitian berperan penting untuk membangun kerangka berpikir peneliti. Wardiyanta (2006:9) mengemukakan bahwa dalam sebuah penelitian, konsep berfungsi untuk menghubungkan antara teori dan fakta atau antara abstraksi dengan realitas. Pandangan lain mengenai konsep yang dikemukakan oleh Silalahi (2012:112) adalah sebagai abstraksi mengenai fenomena sosial yang dirumuskan dalam generalisasi dari sejumlah karakteristik peristiwa atau keadaan fenomena sosial tertentu. Berdasarkan definisi mengenai konsep tersebut dapat ditarik benang merah bahwa konsep merupakan gambaran umum mengenai fenomena sosial yang terjadi yang dikonstruksi atas karakter-karakter mengenai suatu fenomena tertentu.

Dengan demikian, tujuan dari konsepsi dasar adalah untuk menyederhanakan pemikiran dan memberi landasan pokok kerangka berpikir

untuk membahas dan mengkasi masalah yang menjadi inti penelitian, Maka beberapa konsepsi dasar yang digunakan adalah sebagai berikut

Berdasarkan paparan tersebut, maka konsep yang dipakai penelitian ini adalah:

- 1) Pembangunan
- 2) Kemiskinan
- 3) Kebijakan Publik
- 4) Evaluasi Kebijakan
- 5) Efektivitas
- 6) Program Keluarga Harapan (PKH)
- 7) Aturan Kebijakan Program PKH

### **2.1 Pembangunan**

Pembangunan merupakan suatu usaha atau rangkaian usaha dan perubahan yang berencana dan dilakukan secara sadar oleh suatu bangsa, negara dan pemerintahan menuju modernitas dalam rangka pembinaan bangsa (Siagian, 1983:2-3). Adanya kebijakan pembangunan ditujukan untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat, seperti halnya dalam pemenuhan kebutuhan dasar dan kebutuhan kesehatan. Karena dalam urusan kesehatan merupakan salah satu dari kebutuhan dasar bagi manusia, dengan kondisi masyarakat yang sehat diharapkan berpengaruh pada peningkatan kualitas sumberdaya manusia serta berpengaruh pada kondisi sosial ekonomi masyarakat dan pemerataan antar golongan penduduk.

Pembangunan yang secara jelas merupakan bagian dari proses perubahan menunjukkan bahwa pembangunan bersifat dinamis. Sifatnya yang dinamis mengakibatkan dalam perkembangan pembangunan mengalami pergeseran paradigma, yang membawa pada konsep, strategi, dan proses itu sendiri. Paradigma pembangunan mengalami pergeseran dari pertumbuhan atau paradigma ekonomi murni, paradigma kesejahteraan, paradigma neo-ekonomi, paradigma ketergantungan sampai paradigma humanizing (Tjokrowinoto 1996).

Berkenaan dengan pergeseran pembangunan, Moeljarto (1995) mengidentifikasi tiga strategi pembangunan yang berfungsi sebagai kerangka perencanaan di masing-masing negara. Ketiga strategi pembangunan tersebut adalah sebagai berikut :

1. Pembangunan yang berdimensi pada pertumbuhan.

Paradigma ini memandang tujuan pembangunan pertumbuhan ekonomi dalam arti sempit, yakni menyangkut kapasitas ekonomi. Adapun yang dijadikan indikator dalam pertumbuhan ekonomi adalah, kenaikan pendapatan nasional atau pendapatan perkapita secara nyata secara kumulatif. Dalam mencapai angka pertumbuhan yang tinggi maka pemilihan struktur produksi dan kesempatan kerja yang terencana guna meningkatkan porsi industri jasa dan manufaktur, serta mengurangi porsi sektor pertanian secara berimbang, barangkali tidak dapat dihindari. Karena itu proses pembangunan terpusat pada produks, sedangkan penghapusan kemiskinan, pengangguran, dan ketimpangan menduduki urutan kepentingan kedua terutama dicapai melalui “trickle down effect”.

Selain dengan cara tersebut paradigma ini juga mengasumsikan bahwa angka pertumbuhan ekonomi suatu negara itu tergantung pada tingkat investasi tertentu. Tanggung jawab yang diemban oleh pemerintah pada paradigma ini adalah menciptakan suatu lingkungan yang akan memungkinkan suatu negara meraih investasi, karena itu peranan pemerintah bersifat entrepreneurial. Indikator dan upaya tersebut belum dapat memuaskan para ahli dan negarawan. Hal tersebut dikarenakan pertumbuhan ekonomi yang cepat tidak menjamin adanya perbaikan tingkat derajat hidup pada sebagian besar masyarakat terbawah. Sehingga muncullah sebuah kritik akibat dari ketidakpuasan terhadap paradigma pertumbuhan ekonomi.

Tjokrowinoto (1996) menyampaikan bahwa keberhasilan paradigma pertumbuhan mencapai pertumbuhan ekonomi yang tinggi, telah membawa akibat yang negatif. Momentum pembangunan dicapai dengan pengorbanan (at the expense) deteriorasi ekologis, penyusutan sumber dan timbulnya kesenjangan



sosial serta dependensi. Korten (1998) juga menambahkan bahwa dorongan untuk mencapai pertumbuhan ekonomi yang setinggi tingginya seringkali mengakibatkan terabaikannya upaya pembinaan kelembagaan dan pembinaan kapasitas. Pembangunan nasional dilaksanakan melalui centrally blueprint plan yang dirumuskan oleh teknokrat dan alokasi sumber pembangunan yang sentralis cenderung meyepelekan potensi masyarakat.

Model pembangua yang demikian pada hakekatnya merupakan gaya pembangunan delivered development. Kecenderungan menerapkan gaya demikian menumbuhkan hubungan dependensi antara rakyat dan proyek pembangunan atau antara rakyat dan birokrat. Karenanya sifat dari dari pembangunan tersebut menjadi disempowering, menekankan kemampuan masyarakat untuk mengaktualisasikan potensinya. Kegagalan yang ditunjukkan oleh paradigma pembangunan yang berorientasi pada pertumbuhan ekonomi tersebut mendorong para ahli untuk memikirkan paradigma baru sebagai koreksi dari kelemahan paradig tersebut. Paradigm baru tersebut dikenal dengan paradig kebutuhan dasar atau kesejahteraan.

## 2. Pembangunan yang berorientasi pada kebutuhan dasar

Paradigma ini memfokuskan pada penduduk miskin di negara-negara berkembang. Pembangunan yang berorientasi pada kebutuhan dasar mencoba memecahkan masalah kemiskinan secara langsung dan tidak hanya memecahkan masalah kemiskinan melalui mekanisme “trickle down effect”. Pada dasarnya paradigma ini mencoba menggambarkan bahwa kesejahteraan merupakan sebuah program atau bantuan bagi orang yang sangat miskin melalui pemenuhan kebutuhan dasar yang mencakup tidak hanya kesempatan memperoleh penghasilan akan tetapi juga akses terhadap pelayanan publik, seperti : pendidikan, kesehatan, air bersih, transportasi umum dan lain-lain.

Selanjutnya Korten (1983) mengkritik paradigma kebutuhan dasar karena kurang perhatian terhadap keterpuasan dari posisi umat manusia dalam keterpuasan. Hal tersebut mengingatkan bahwa “terwujudnya masyarakat mencapai kemakmuran yang melimpah, yang menjadikan si miskin menerima secara pasif

pelayanan apapun yang dipilih serta diberikan oleh birokrasi pemerintah berdasar kearifan yang waktu dan tempatnya ditentukan pula oleh birokrasi pemerintah adalah tidak dapat diterima”. Inilah yang kemudian memunculkan sebuah paradigma baru sebagai bagian dari alternatif pembangunan yaitu pembangunan yang berpusat pada manusia.

### 3. Pembangunan yang berpusat pada manusia

Paradigma ini berwawasan jauh kedepan bila dibandingkan dengan dua paradigma sebelumnya. Menurut Gran (1983) “peningkatan perkembangan manusia dan kesejahteraan manusia, persamaan dan sustainability manusia menjadi fokus sentral proses pembangunan, pelaksana pembangunan yang menentukan tujuan, sumber sumber pengawasan dan untuk mengarahkan proses-proses yang mempengaruhi kehidupan mereka”.

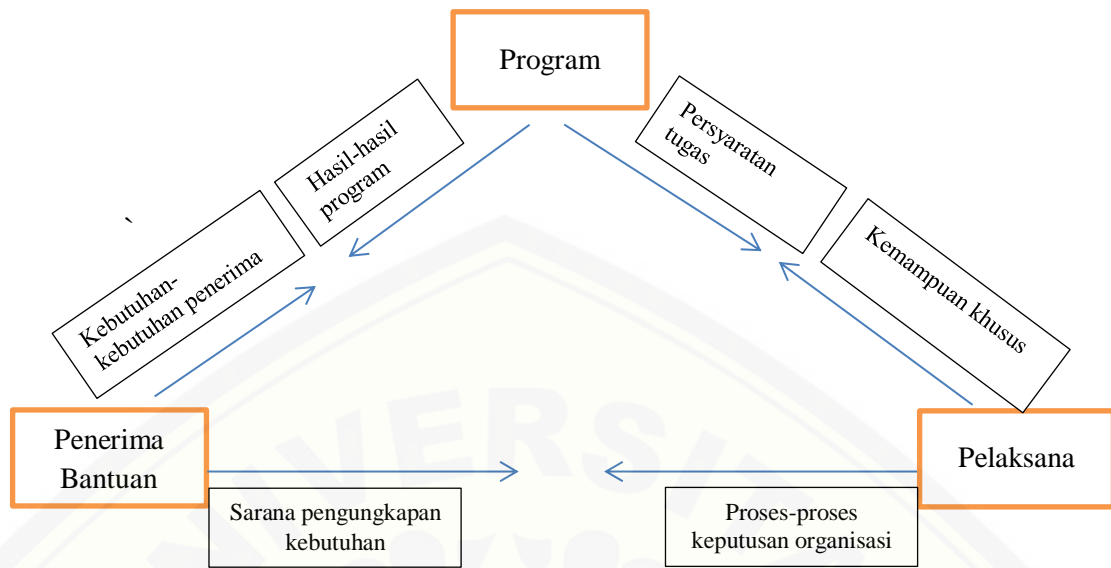
Perspektif baru pembangunan tersebut memberikan peranan yang khusus pemerintah yang jelas berbeda dengan pemerintah pada paradigma sebelumnya. Peranan pemerintah pada pendekatan ini lebih kepada menciptakan lingkungan sosial yang memungkinkan untuk berkembang yaitu, lingkungan sosial yang mendorong perkembangan manusia dan aktualisasi potensi manusia secara lebih benar.

Menurut Korten (1984) pembangunan yang berpusat pada manusia mempunyai ciri-ciri sebagai berikut .

- a. Keputusan dan inisiatif untuk memenuhi kebutuhan rakyat dibuat di tingkat lokal, yang di dalamnya rakyat memiliki identitas dan peran yang dilakukan sebagai partisipan yang dihargai.
- b. Fokus utamanya adalah memperkuat kemampuan rakyat miskin dalam mengawasi dan mengarahkan aset-aset untuk memenuhi kebutuhan yang khas menurut daerah mereka sendiri.
- c. Paradigma ini mempunyai toleransi terhadap perbedaan dan karenanya mengakui arti penting pilihan nilai individual dan pembuatan keputusan yang terdistribusi.

- d. Di dalam melaksanakan pembangunan, paradigma ini menekankan pada proses belajar sosial “*sosial learning*” yang di dalamnya terdapat interaksi kolaboratif antara birokrasi dan komunitas mulai dari proses perencanaan sampai evaluasi proyek dengan mendasarkan diri pada saling belajar.
- e. Budaya kelembagaan ditandai adanya organisasi yang mengatur diri sendiri dan lebih terdistribusi yang menandai unit-unit lokal yang mengelola diri sendiri, yang berinteraksi satu sama lain guna memberikan umpan balik pelaksanaan yang cepat dan kaya kepada semua tingkat organisasi yang membantu tindakan koreksi diri. Dengan demikian keseimbangan yang lebih baik antara struktur vertikal dan horizontal dapat diwujudkan.
- f. Jaringan koalisi dan komunikasi pelaku (aktor) lokal dan unit-unit lokal yang mengelola diri sendiri yang mencakup kelompok-kelompok penerima manfaat lokal, organisasi pelayanan daerah, pemerintah daerah, bank-bank pedesaan dan lain-lain akan menjadi basis tindakan-tindakan lokal yang diarahkan untuk memperkuat pengawasan lokal yang mempunyai dasar yang luas atas sumber-sumber dan kemampuan lokal untuk mengelola sumber mereka.

Maka dari itu, penulis menggunakan konsep dari David C. Korten dalam mengidentifikasi dan menggambarkan factor-faktor penyimpangan pemanfaatan Program Keluarga Harapan (PKH) oleh penerima manfaat. Hal ini didasari dari tiga kategori kemajuan pembangunan untuk mencapai kesejahteraan kelompok sasaran peserta PKH, yaitu kebutuhan-kebutuhan pihak penerima manfaat dengan hasil program, kemampuan pengungkapan kebutuhan oleh pihak penerima manfaat. Persyaratan program dengan kemampuan nyata dari organisasi pembantu. Hal tersebut dapat digambarkan pada Gambar 2.1 Berikut ini.



Dari gambar tersebut dapat di pahami bahwa daya kerja dari suatu program pembangunan adalah fungsi kesesuaian antara mereka yang di bantu, program, dan organisasi yang di bantu. Lebih tepatnya, program pembangunan akan gagal memajukan kesejahteraan suatu kelompok jika tidak ada hubungan yang erat antara: 1) kebutuhan-kebutuhan pihak penerima bantuan dengan hasil program; 2) persyaratan program dengan kemampuan nyata dari organisasi pembantu; 3) kemampuan pengungkapan kebutuhan oleh pihak penerima dan proses pengambilan keputusan dari organisasi pembantu. Karena focus penelitian penulis pada penerima manfaat maka, yang menjadi kajian dalam penelitian ini yaitu menggambarkan kebutuhan-kebutuhan pihak penerima bantuan dengan hasil program.

## 2.2 Konsep Kemiskinan

Kemiskinan merupakan masalah multidimensional yang penanganannya membutuhkan keterkaitan berbagai pihak. Kemiskinan di Indonesia diiringi oleh masalah kesenjangan baik antargolongan penduduk maupun pembangunan antarwilayah, yang diantaranya ditunjukkan oleh buruknya kondisi pendidikan dan kesehatan serta rendahnya tingkat pendapatan dan daya beli. Kemiskinan hanyalah sebagai salah satu masalah klasik yang selalu dihadapi oleh manusia,

karena melibatkan seluruh aspek kehidupan, walaupun seringkali kehadirannya tidak disadari sebagai masalah oleh manusia yang bersangkutan. Menurut Chambers (dalam Suryawati, 2005:15) mengatakan bahwa kemiskinan adalah suatu *intergrated concept* yang memiliki lima dimensi, yaitu: 1) kemiskinan (*proper*), 2) ketidakberdayaan (*powerless*), 3) kerentanan menghadapi situasi darurat (*state of emergency*), 4) ketergantungan (*dependence*), dan 5) keterasingan (*isolation*) baik secara geografis maupun sosiologis.

Hidup dalam kemiskinan bukan hanya hidup dalam kekurangan uang dan tingkat pendapatan rendah, tetapi juga banyak hal lain, seperti tingkat kesehatan dan pendidikan rendah, perlakuan tidak adil dalam hukum, kerentanan terhadap ancaman tindak kriminal, ketidak berdayaan dalam menentukan jalan hidupnya sendiri (Suryawati, 2005:17). Kemiskinan dibagi dalam empat bentuk, yaitu: Kemiskinan absolut, kondisi dimana seseorang memiliki pendapatan di bawah garis kemiskinan atau tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan pangan, sandang, papan, kesehatan, perumahan, dan pendidikan yang dibutuhkan untuk bisa hidup dan bekerja.

- a. Kemiskinan relatif, kondisi miskin karena pengaruh kebijakan pembangunan yang belum menjangkau seluruh masyarakat, sehingga menyebabkan ketimpangan pada pendapatan.
- b. Kemiskinan kultural, mengacu pada persoalan sikap seseorang atau masyarakat yang disebabkan oleh faktor budaya, seperti tidak mau berusaha memperbaiki tingkat kehidupan, malas, pemboros, tidak kreatif meskipun ada bantuan dari pihak luar.
- c. Kemiskinan struktural, situasi miskin yang disebabkan oleh rendahnya akses terhadap sumber daya yang terjadi dalam suatu sistem sosial budaya dan sosial politik yang tidak mendukung pembebasan kemiskinan, tetapi seringkali menyebabkan suburnya kemiskinan (Suryawati, 2005:18).

Kemiskinan juga dapat dibedakan menjadi dua jenis yaitu:

- a. Kemiskinan alamiah, berkaitan dengan kelangkaan sumber daya alam dan prasarana umum, serta keadaan tanah yang tandus.
- b. Kemiskinan buatan, lebih banyak diakibatkan oleh sistem modernisasi atau

pembangunan yang membuat masyarakat tidak mendapat menguasai sumber daya, sarana, dan fasilitas ekonomi yang ada secara merata. Menurut Nasikun (dalam Suryawati 2005:20), beberapa sumber dan proses penyebab terjadinya kemiskinan, yaitu:

- 1) *Policy induces processes*, yaitu proses pemiskinan yang dilestarikan, direproduksi melalui pelaksanaan suatu kebijakan, diantaranya adalah kebijakan anti kemiskinan, tetapi relitanya justru melestarikan.
- 2) *Socio-economic dualism*, negara bekas koloni mengalami kemiskinan karena pola produksi kolonial, yaitu petani menjadi marjinal karena tanah yang paling subur dikuasai petani skala besar dan berorientasi ekspor.
- 3) *Population growth*, perspektif yang didasari oleh teori Malthus, bahwa pertumbuhan penduduk seperti deret ukur sedangkan pertumbuhan pangan seperti deret hitung.
- 4) *Resources management and the environment*, adalah unsur mismanagement sumber daya alam dan lingkungan, seperti manajemen pertanian yang asal tebang akan menurunkan produktivitas.
- 5) *Natural cycle and processes*, kemiskinan terjadi karena siklus alam. Misalnya tinggalkan lahan kritis, dimana lahan itu jika turun hujan akan terjadi banjir, akan tetapi jika musim kemarau kekurangan air, sehingga tidak memungkinkan produktivitas yang maksimal dan terus-menerus.
- 6) *The marginalization of woman*, peminggiran kaum perempuan karena masih dianggap sebagai golongan kelas kedua, sehingga akses dan penghargaan hasil kerja yang lebih rendah dari laki-laki.
- 7) *Cultural and ethnic factors*, bekerjanya faktor budaya dan etnik yang memelihara kemiskinan. Misalnya pada pola konsumtif pada petani dan nelayan ketika panen raya, serta adat istiadat yang konsumtif saat upacara adat atau keagamaan.
- 8) *Exploitative intermediation*, keberadaan penolong yang menjadi penodong, seperti rentenir.
- 9) *Internal political fragmentation and civil strife*, suatu kebijakan yang diterapkan pada suatu daerah yang fragmentasi politiknya kuat, dapat menjadi

penyebab kemiskinan.

- 10) *Interbational processe*, bekerjanya sistem internasional (kolonialisme dan kapitalisme) membuat banyak negara menjadi miskin.

### **2.3 Konsep Kebijakan Publik**

Kebijakan publik menurut pandangan Leo Agustino (2012;8) memiliki karakteristik utama. Pertama, kebijakan publik perhatiannya di tujukan pada tindakan yang mempunyai maksud atau tujuan tertentu daripada perilaku yang berubah atau acak. Kedua, Kebijakan publik pada dasarnya mengandung bagian atau pola kegiatan yang dilakukan oleh pejabat pemerintah daripada keputusan yang terpiah-pisah. Ketiga, Kebijakan publik merupakan apa yang sesungguhnya di kerjakan oleh pemerintah dalam mengatur perdagangan, mengontrol inflasi, atau menawarkan perumahan rakyat, bukan apa maksud yang dikerjakan atau yang akan di kerjakan. Keempat, Kebijakan publik dapat berbentuk positif maupun negatif. Kelima, Kebijakan publik paling tidak secara positif didasarkan pada hukum dan merupakan tindakan yang bersifat memerintah. Hal ini cukup jelas yaitu bagaimana suatu kebijakan publik di tujukan untuk mengatur kehidupan bersama dan mengikat, sehingga pada tataran pelaksanaannya menimbulkan kenyamanan.

Menurut Anderson dalam Winarno (2007:18), kebijakan publik merupakan arah tindakan yang mempunyai maksud yang di tetapkan oleh seorang aktor atau sejumlah aktor dalam mengatasi suatu masalah atau suatu persoalan. Mengenai konsep tersebut dianggap tepat karena dalam suatu kebijakan tidak hanya berkenaan dengan apa yang di usulkan tetapi berisi pula apa tindakan dan bagaimana menilai kebijakan tersebut.

Lebih lanjut, Amir Santoso dalam Solahuddin (2010:3) menggolongkan kebijakan publik dalam dua konsentrasi. Pertama, konsentrasi pada tindakan pemerintah, misal yang di kemukakan oleh Thomas R. Dye yang mengatakan bahwa kebijakan berkenaan dengan pilihan pemerintah untuk melakukan tindakan atau tidak melakukan tindakan. Kedua, terkonsentrasi pada implementasi dan dampak kebijakan, misal yang di kemukakan oleh Wildavsky bahwa kebijakan

publik merupakan suatu hipotesis yang mengandung kondisi-kondisi awal dari aktivitas pemerintah dan akibat-akibat yang bisa di ramalkan.

Secara substantif, kebijakan publik dapat diartikan sebagai suatu tindakan atau segala aktifitas yang dilakukan oleh pemerintah untuk memecahkan masalah publik yang dihadapi. Sejalan dengan pengertian diatas, Riant Nugroho (2014:129) mendefinisikan kebijakan publik sebagai:

“keputusan yang dibuat oleh negara, khususnya pemerintah, sebagai strategi untuk merealisasikan tujuan negara yang bersangkutan. Kebijakan publik adalah strategi untuk mengantarkan masyarakat pada masa awal, memasuki masyarakat pada masa transisi, untuk menuju pada masyarakat yang dicita-citakan”.

Berdasarkan definisi diatas, dapat di tarik benang merahnya bahwa kebijakan publik merupakan segala keputusan yang diambil oleh pemerintah dan keputusan tersebut didasarkan atas permasalahan yang ada di masyarakat dalam rangka tercapainya kesejahteraan bagi masyarakat sesuai tujuan bernegara.

Proses pembuatan kebijakan publik merupakan suatu proses yang kompleks, karena melibatkan beberapa proses dan variabel yang harus dikaji terlebih dahulu. Beberapa variabel adalah sebagai berikut.

- a. Tujuan yang akan dicapai. Mencangkup kompleksitas tujuan yang akan dicapai. Apabila tujuan kebijakan semakin kompleks maka semakin sulit mencapai kinerja kebijakan. Sebaliknya, apabila tujuan kebijakan semakin sederhana maka semakin mudah untuk mencapainya.
- b. Preferensi nilai seperti apa yang perlu di pertimbangkan dalam pembuatan kebijakan. Suatu kebijakan yang mengandung banyak variasi nilai akan jauh lebih sulit untuk dicapai dibanding dengan suatu kebijakan yang hanya mengejar satu nilai.
- c. Sumberdaya yang mendukung kebijakan. Kinerja suatu kebijakan akan di tentukan oleh sumberdaya finansial, material, dan infrastruktur lainnya.
- d. Kemampuan aktor yang terlibat dalam pembuatan kebijakan. Kualitas dari suatu kebijakan akan dipengaruhi oleh kualitas aktor yang terlibat dalam proses



- penetapan kebijakan. Hal tersebut akan ditentukan dari tingkat pendidikan, kompetensi dalam bidangnya, pengalaman kerja, dan integrasi moralnya.
- e. Lingkungan yang mencakup lingkungan sosial, ekonomi, politik, dan sebagainya. Kinerja dari suatu kebijakan akan dipengaruhi oleh konteks sosial, ekonomi, politik, tempat kebijakan tersebut diimplementasikan.
  - f. Strategi yang digunakan untuk mencapai tujuan. Strategi yang digunakan untuk mengimplementasikan suatu kebijakan akan mempengaruhi kinerja dari suatu kebijakan. Strategi yang digunakan dapat bersifat *top-down approach* atau *bottom-up approach*, otoriter atau demokratis (Subarsono, 2005:7-8).

Studi tentang kebijakan publik, meskipun tidak secara detail, mencakup pula analisis kebijakan publik (Solahuddin, 2010:5). Proses analisis kebijakan adalah serangkaian aktivitas intelektual yang dilakukan di dalam proses kegiatan yang pada dasarnya bersifat politis, aktivitas inilah yang dijelaskan sebagai proses pembuatan kebijakan publik (Dunn, 2000:22). Sangkaian aktivitas ini dibagi atas beberapa tahap yang diatur menurut urutan waktu sebagai berikut.

- a. Tahap penyusunan agenda. Pada tahap ini, suatu masalah tidak disentuh sama sekali dan beberapa yang lain dibahas untuk masalah tersebut ditunda untuk waktu yang lama.
- b. Tahap formulasi kebijakan. Pada tahap ini, masalah yang masuk dalam agenda kebijakan kemudian dibahas oleh para pembuat kebijakan. Masalah kemudian didefinisikan untuk dicari pemecahannya. Pemecahan tersebut berasal dari berbagai alternatif yang ada.
- c. Tahap adopsi kebijakan. Dari sekian banyak alternatif kebijakan yang ditawarkan oleh para perumus kebijakan, pada akhirnya salah satu dari alternatif kebijakan tersebut diadopsi dengan dukungan mayoritas legislatif, konsensus antara direktur lembaga atau keputusan pengadilan.
- d. Tahap Implementasi kebijakan. Pada tahap ini, suatu program hanya akan menjadi catatan-catatan elit jika tidak diimplementasikan. Oleh karena itu, program kebijakan yang telah diambil sebagai alternatif pemecahan masalah

harus diimplementasikan yakni dilaksanakan oleh badan-badan administrasi maupun agen pemerintah tingkat bawah.

- e. Tahap penilaian kebijakan. Suatu kebijakan yang telah dilaksanakan akan dinilai untuk melihat sejauhmana kebijakan yang telah dibuat mampu memecahkan masalah. Kebijakan publik pada dasarnya dibuat untuk meraih dampak yang diinginkan (Winarno, 2002:28-30).

Beberapa tahapan penyusunan kebijakan di atas merupakan tahapan-tahapan yang dilalui dalam proses penyusunan kebijakan sehingga kebijakan tersebut tidak berhenti hanya pada proses penyusunan kebijakan saja, melainkan sampai pada tahapan implementasi kebijakan dan evaluasi dari kebijakan tersebut. Maka dari itu dari beberapa tahap kebijakan publik yang dikemukakan oleh Budi winarno diatas, penulis memfokuskan penelitian pada tahap evaluasi kebijakan, yaitu evaluasi Program Keluarga Harapan (PKH) di Desa Ajung Kecamatan Ajung Kabupaten Jember. Penulis memfokuskan gambaran pelaksanaan kegiatan program dan manfaat program.

#### **2.4 Konsep Evaluasi Kebijakan**

Pada setiap program yang telah dijalankan atau akan dijalankan tidak terlepas dengan apa yang dinamakan pengawasan. Salah satu mekanisme yang sering dijalankan dalam melakukan pengawasan program adalah dengan cara evaluasi. Evaluasi biasanya ditujukan untuk menilai sejauh mana keefektivan kebijakan publik guna dipertanggungjawabkan kepada konstituennya. Sejauh mana tujuan dicapai serta untuk melihat sejauhmana kesenjangan antara harapan dengan kenyataan.

Menurut Lester dan Stewart (Winarno, 2008:166) evaluasi kebijakan dapat dibedakan ke dalam dua tugas yang berbeda, tugas pertama adalah untuk menentukan konsekuensi-konsekuensi yang ditimbulkan oleh suatu kebijakan dengan cara menggambarkan dampaknya. Sedangkan tugas kedua adalah untuk menilai keberhasilan atau kegagalan dari suatu kebijakan berdasarkan standar atau kriteria yang telah ditetapkan sebelumnya. Evaluasi kebijakan merupakan persoalan fakta yang berupa pengukuran serta penilaian baik terhadap tahap

implementasi kebijakannya maupun terhadap hasil (*outcome*) atau dampak (*impact*) dari bekerjanya suatu kebijakan atau program tertentu, sehingga menentukan langkah yang dapat diambil dimasa yang akan datang.

Dalam bukunya Winarno, Kebijakan Publik Teori dan Proses Winarno, (2008:201) mengutip pernyataan Edward A. Sucman yaitu di sisi lain lebih masuk ke sisi praktis dengan mengemukakan enam langkah dalam evaluasi kebijakan, yaitu :

- a. Mengidentifikasi tujuan program yang akan dievaluasi;
- b. Analisis terhadap masalah;
- c. Deskripsi dan standarisasi kegiatan;
- d. Pengukuran terhadap tingkatan perubahan yang terjadi;
- e. Menentukan apakah perubahan yang diamati merupakan akibat dari kegiatan tersebut atau karena penyebab lain;
- f. Beberapa indikator untuk menentukan keberadaan suatu dampak.

Dengan ini, evaluasi kebijakan merupakan persoalan fakta yang berupa pengukuran serta penilaian baik terhadap tahap implementasi kebijakannya maupun terhadap hasil (*outcome*) atau dampak (*impact*) dari bekerjanya suatu kebijakan atau program tertentu, sehingga menentukan langkah yang dapat diambil di masa yang akan datang.

#### 2.4.1 Pendekatan Evaluasi

Ada tiga jenis pendekatan terhadap evaluasi sebagaimana dijelaskan oleh Dunn (dalam Subarsono, 2005:124), yaitu evaluasi semu, evaluasi formal, dan evaluasi keputusan teoritis.

##### a. Evaluasi Semu

Pendekatan evaluasi yang menggunakan metode deskriptif untuk menghasilkan informasi yang terpercaya dan valid mengenai hasil-hasil kebijakan, tanpa menanyakan manfaat atau nilai dari hasil kebijakan tersebut pada individu, kelompok, atau masyarakat.

##### b. Evaluasi Formal (*Formal Evaluation*)

Pendekatan evaluasi yang menggunakan metode deskriptif untuk menghasilkan informasi yang terpercaya dan valid mengenai hasil-hasil kebijakan

berdasarkan sasaran program kebijakan yang telah ditetapkan formal oleh pembuat kebijakan

c. Evaluasi Proses Keputusan Teoritis (*Decision Theoretic Evaluation*)

Pendekatan evaluasi yang menggunakan metode deskriptif untuk menghasilkan informasi terpercaya dan valid mengenai hasil-hasil kebijakan yang secara eksplisit diinginkan oleh berbagai stakeholder.

Ada beberapa jenis evaluasi yang dikemukakan oleh para ahli. Winarno (2008, 235) mengemukakan 3 jenis evaluasi yang dapat digunakan untuk mengukur suatu program atau kebijakan yaitu sebagai berikut:

1. Tahap Perencanaan (*Ex-Ante Evaluation*)

Tahap perencanaan dilakukan sebelum ditetapkannya rencana pembangunan untuk memilih dan menentukan skala prioritas dan berbagai alternatif dan kemungkinan cara mencapai tujuan yang telah dirumuskan sebelumnya. Evaluasi jenis ini dimaksudkan untuk mengetahui layak tidaknya suatu kebijakan atau program untuk diimplementasikan. Evaluasi ini dilakukan sebelum kebijakan atau program diimplementasikan.

2. Tahap Pelaksanaan (*On-Going Evaluation*)

Evaluasi jenis ini dilakukan pada waktu kebijakan atau program sedang berjalan. Tujuan evaluasi ini adalah untuk memastikan apakah keluaran kebijakan sampai pada kelompok sasaran dengan tepat, seperti tepat waktu pelaksanaan seperti dijadwalkan, tepat sasaran seperti yang digariskan dalam dokumen kebijakan, dan tepat jumlah atau volume output yang harus diterima kelompok sasaran.

3. Tahap Pasca-Pelaksanaan (*Ex-Post Evaluation*)

Tahap pasca pelaksanaan dilaksanakan setelah pelaksanaan rencana berakhir. Tahap ini bertujuan untuk melihat apakah pencapaian (*output/outcome/impact*) program mampu mengatasi masalah yang ingin dipecahkan untuk menilai efisiensi (keluaran dan hasil dibandingkan masukan), efektivitas (hasil dan dampak terhadap sasaran), ataupun manfaat (dampak terhadap kebutuhan) dari suatu program. Fokus utama evaluasi ini adalah untuk mengetahui apakah

sudah ada perubahan kondisi kelompok sasaran antara sebelum dan sesudah kebijakan atau program diimplementasikan.

Kiranya perlu untuk membedakan antara output program dan outcome program. Karena kedua hal tersebut memiliki makna yang sangat berbeda. Pada studi evaluasi kebijakan telah dibedakan antara “policy impact/outcome dan policy output. Policy impact/outcome menurut Islamy (1986:hal.114-115) adalah akibat-akibat dan konsekuensi-konsekuensi yang ditimbulkan dengan dilaksanakannya suatu kebijakan. Sedangkan “policy output”, ialah dari apa yang dihasilkan dengan adanya program.

Pengertian tersebut sebangun dengan apa yang diungkapkan oleh Leo Agustino (2012:hal.190-191) bahwa output kebijakan adalah sesuatu, biasanya berupa benda-yang dikerjakan oleh pemerintah. Sedangkan outcome kebijakan lebih memfokuskan atau mencoba menentukan pengaruh dari kebijakan dalam kondisi kehidupan yang sesungguhnya.

Dalam penelitian ini peneliti menggunakan jenis evaluasi pelaksanaan (*On-Going Evaluation*). Karena dalam penelitian ini program masih berjalan hingga saat ini dan dirasa peneliti masih menemukan permasalahan yang terjadi selama pelaksanaan program di masyarakat.

#### 2.4.2 Jenis-jenis Evaluasi

Menurut Riant Nugroho (2014:717) sesungguhnya evaluasi kebijakan publik mempunyai empat lingkup makna terdiri dari.

##### a. Evaluasi Formulasi Kebijakan Publik

Secara umum, evaluasi formulasi kebijakan public berkenaan dengan apakah formulasi public telah dilaksanakan. Teknik evaluasi formulasi kebijakan sendiri dapat mengacu pada model formulasi kebijakan public apa yang dipergunakan. Model formulasi yang dipilih merupakan ukuran yang standar yang dapat dipergunakan untuk menilai proses formulasi.

### b. Evaluasi Implementasi Kebijakan Publik

Sebagian besar pemahaman evaluasi kebijakan public berada pada domain ini. Hal ini bisa dipahami, karena memang implementasi merupakan factor penting dari kebijakan yang harus dilihat benar-benar. Tujuan dari evaluasi implementasi kebijakan public adalah untuk mengetahui variasi dalam indikator-indikator kinerja yang digunakan. Petunjuk evaluasi implementasi kebijakan public dapat diringkas sebagai berikut:

**Gambar 2.2 Model Sederhana Evaluasi Implementasi**



Dari bagan di atas yang dimaksud dengan; (a) kesesuaian dengan metode implementasi adalah kesenjangan antara pedoman program dengan pelaksanaan di lapangan; (b) Kesesuain dengan tujuan evaluasi adalah kesesuain antara pemanfaatan dengan tujuan program; (c) Kesesuaian dengan kompetensi adalah pemahaman antara penerima program dan pelaksana program tentang maksud dan tujuan program itu diberikan maupun dilaksanakan; (d) Kesesuaian dengan sumber daya yang ada adalah berkenaan dengan manusia, keuangan, dan waktu dalam pelaksanaan program; (e) Kesesuaian dengan lingkungan evaluasi adalah dengan melihat kondisi masyarakat penerima program, apakah kondisi msyarakat dalam suatu wilayah tertentu mendukung pelaksanaan program.

### c. Evaluasi Kinerja Kebijakan

Penilaian kinerja menjadi isu penting dalam kebijakan publik. Alasan pertama, karena kebijakan dibuat untuk suatu tujuan. Kebijakan dibuat untuk tidak untuk kebijakan itu sendiri. Karena itu, kebijakan harus dinilai sejauh mana ia mencapai tujuan kebijakan yang di harapkan.

Kamus sosiologi memahami lingkungan sebagai sesuatu di luar individu yang bersifat physiographic, bionomic, economic, cultural, and personal-social (Fairchild dkk, 1997:106). Lingkungan sosial dan seorang individu pun dipahami sebagai totalitas kelembagaan sosial, pola-pola, dan proses-proses yang mempengaruhi individu tersebut (Fairchild dkk, 1977:282). Hal yang sama dikemukakan oleh Anderson (2011:40) bahwa lingkungan kebijakan adalah realitas di luar kebijakan public yang mempengaruhi kebijakan public, yaitu karakteristik demografi, budaya politik, struktur sosial, dan sistem ekonomi. Maka dipahami bahwa lingkungan kebijakan terdiri dari delapan konteks, yaitu:

- 1) Politik
- 2) Budaya dan nilai-nilai
- 3) Ekonomi
- 4) Teknologi
- 5) Sosial dan demografi
- 6) Sejarah
- 7) Alam (iklim)
- 8) Kebijakan lain

Kedelapan konteks lingkungan tersebut mempengaruhi kebijakan public melalui dua institusi, yaitu kelompok kepentingan dan kelompok penekan. Jadi lingkungan selalu bermakna “eksternal”. Evaluasi kebijakan merujuk pada segala sesuatu di luar kebijakan, baik rumusan (dan proses perumusannya), implementasi, dan kinerja kebijakan.

Dari empat jenis evaluasi yang telah di sebutkan di atas, penulis menggunakan jenis evaluasi kinerja kebijakan karena kebijakan harus dinilai sejauh mana ia mencapai tujuan kebijakan yang di harapkan.

## 2.5 Efektivitas Program

Keberhasilan program pada umumnya diukur dengan konsep efektivitas. Dalam menjalankan suatu program diperlukan organisasi untuk mengatur berjalannya program. Keberhasilan program dapat dilihat dari sejauh mana organisasi dapat mencapai tujuan yang ditetapkan. Kata efektif berasal dari bahasa Inggris *effective* artinya berhasil. Menurut Robbins dalam Uha (2013:187) mendefinisikan efektivitas sebagai tingkat pencapaian organisasi jangka pendek dan jangka menengah. Keefektifan didefinisikan sebagai sejauh mana sebuah organisasi mewujudkan tujuan tujuannya Robbins dalam Sutrisno (2010). Efektif dalam hal ini merupakan pencapaian hasil program dengan target yang telah ditetapkan, yaitu dengan cara membandingkan keluaran dengan hasil (Darise,2006:25). Efektivitas adalah pemanfaatan sumber daya sarana dan prasarana dalam jumlah tertentu secara sadar ditetapkan sebelumnya untuk menghasilkan sejumlah barang atas jasa kegiatan yang dijalankannya. Efektivitas menunjukkan keberhasilan dari segi tercapainya tindak sasaran yang telah ditetapkan. Jika hasil kegiatan mendekati sasaran berarti makin tinggi efektivitasnya (Yulita,2016).

Steers (1977), mengatakan bahwa yang terbaik dalam meneliti efektivitas ialah memperhatikan secara serempak tiga buah konsep yang saling berkaitan:

1. optimalisasi tujuan-tujuan;
2. perspektif system; dan
3. tekanan pada segi perilaku manusia dalam susunan organisasi

Susilo dalam Adisasmita (2011:170) berpendapat bahwa, efektivitas adalah suatu kondisi atau keadaan, dimana dalam memilih tujuan yang hendak dicapai dan sarana atau peralatan yang digunakan, disertai tujuan yang diinginkan dapat dicapai dengan hasil yang memuaskan.

Pada penelitian ini menggambarkan efektivitas Program Keluarga Harapan dengan melihat output yang dihasilkan, lalu penggunaan dana oleh penerima manfaat hingga sejauh mana tujuan-tujuan Program Keluarga Harapan di realisasikan.



## 2.6 Konsep Program Keluarga Harapan

Salah satu kebijakan sosial yang dikembangkan oleh pemerintah adalah Program Keluarga Harapan (PKH). Program Keluarga Harapan (PKH) adalah program yang memberikan bantuan tunai kepada Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM). Sebagai imbalannya RTSM diwajibkan memenuhi persyaratan yang terkait dengan upaya peningkatan kualitas sumber daya manusia (SDM), yaitu pendidikan dan kesehatan. Tujuan utama dari PKH adalah untuk mengurangi kemiskinan dan meningkatkan kualitas sumber daya manusia terutama pada kelompok masyarakat miskin. Tujuan tersebut sekaligus sebagai upaya mempercepat pencapaian target MDGs. Secara khusus, tujuan PKH terdiri atas:

- a. Meningkatkan kondisi sosial ekonomi RTSM;
- b. Meningkatkan taraf pendidikan anak-anak RTSM;
- c. Meningkatkan status kesehatan dan gizi ibu hamil, ibu nifas dan anak di bawah 6 tahun dari RTSM;
- d. Meningkatkan akses dan kualitas pelayanan pendidikan dan kesehatan, khususnya bagi RTSM. RTSM yang menjadi sasaran PKH adalah sekelompok orang yang tinggal satu atap, baik yang terikat oleh pertalian darah (keluarga batih) maupun tidak (keluarga luas) yang memiliki pendapatan per kapita per bulan di bawah garis fakir miskin Rp. 92.192. (Direktorat jaminan kesejahteraan sosial 2009: 10).

### 2.6.1 Ketentuan-ketentuan Program Keluarga Harapan

Penerima bantuan PKH adalah RTSM yang memiliki anggota keluarga yang terdiri dari anak usia 0-15 tahun dan/atau ibu hamil/nifas. Bantuan tunai hanya akan diberikan kepada RTSM yang telah terpilih sebagai peserta PKH dan mengikuti ketentuan yang diatur dalam program. Agar penggunaan bantuan dapat lebih efektif diarahkan untuk peningkatan kualitas pendidikan dan kesehatan, bantuan harus diterima oleh ibu atau wanita dewasa yang mengurus anak pada rumah tangga yang bersangkutan (dapat nenek, tante/bibi atau kakak perempuan). Untuk itu, pada kartu kepesertaan PKH akan tercantum nama ibu/wanita yang mengurus anak, bukan kepala rumah tangga. Kepesertaan PKH tidak menutup keikutsertaan RTSM penerima pada program-program lainnya. Seperti Bantuan

Operasional Sekolah (BOS), Asuransi Kesehatan Keluarga Miskin (ASKESKIN), Beras untuk Keluarga Miskin (RASKIN), dan sebagainya.

Kewajiban penerima PKH adalah sebagai berikut: 1) Berkaitan dengan kesehatan RTSM yang ditetapkan sebagai peserta PKH diwajibkan melakukan persyaratan berkaitan dengan kesehatan jika terdapat anggota keluarga terdiri dari anak 0-6 tahun dan/atau ibu hamil/nifas. Apabila terdapat anak usia 6 tahun yang telah masuk sekolah dasar, maka RTSM tersebut mengikuti persyaratan berkaitan dengan pendidikan. 2) RTSM yang ditetapkan sebagai peserta PKH diwajibkan melakukan persyaratan berkaitan dengan pendidikan jika terdapat anak yang berusia 6-15 tahun. Peserta PKH ini diwajibkan untuk mendaftarkan anaknya ke SD/MI atau SMP/MTS (termasuk SMP/MTS terbuka) dan mengikuti kehadiran di kelas minimal 85 persen dari hari sekolah dalam sebulan selama tahun ajaran berlangsung.

#### 2.6.2 Dasar Hukum Program Keluarga Harapan

Peraturan perundangan yang menjadi landasan pelaksanaan Program Keluarga Harapan (PKH) adalah:

- a. Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional;
- b. Undang-undang Nomor 13 Tahun 2011 tentang Penanganan Fakir Miskin;
- c. Peraturan Presiden Nomor 15 Tahun 2010 tentang Percepatan Penanggulangan Kemiskinan;
- d. Instruksi Presiden Nomor 3 Tahun 2010 tentang Program Pembangunan yang berkeadilan poin lampiran ke-1 tentang penyempurnaan pelaksanaan program Keluarga Harapan (PKH);
- e. Instruksi Presiden Nomor 1 tahun 2013 tentang pencegahan dan pemberantasan Korupsi poin lampiran ke- 46 tentang pelaksanaan transparansi penyaluran bantuan langsung tunai bersyarat bagi keluarga rumah tangga sangat miskin (RTSM) sebagai peserta program keluarga harapan (PKH);
- f. Undang-undang Nomor 14 Tahun 2008 tentang Keterbukaan Informasi Publik;

- g. Undang-undang Nomor 11 Tahun 2009 tentang Kesejahteraan Sosial.
- h. Peraturan Presiden RI Nomor 10 tahun 2005 tentang Unit Organisasi dan Tugas Eselon 1 Kementerian Negara Republik Indonesia;
- i. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 5 Tahun 2014 tentang Aparatur sipil Negara;
- j. Peraturan Menteri Sosial RI Nomor 86/HUK/2010 tentang Organisasi dan tata kerja Kementerian Sosial;
- k. Keputusan Direktur Jaminan Sosial Nomor 04/SK/JS/01/2013 tentang Penunjukan Penetapan Pejabat Pembuat Komitmen, Pejabat Penandatanganan Surat Perintah Membayar dan Bendahara Pengeluaran Tahun 2013;
- l. Keputusan Menteri Sosial Republik Indonesia No.02A/HUK/2008
- m. Keputusan Gubernur tentang :Tim Koordinasi Teknis Program Keluarga Harapan (PKH) provinsi/TKPKD;
- n. Keputusan Bupati/Walikota tentang “Tim Koordinasi Teknis Program Keluarga Harapan (PKH) Kabupaten/Kota/TKPKD.
- o. Surat Kesepakatan Bupati untuk Berpartisipasi dalam Program Keluarga Harapan (PKH)

### 2.6.3 Sasaran Penerima Bantuan PKH

Penerima bantuan PKH adalah RTSM sesuai dengan kriteria BPS dan memenuhi satu atau beberapa kriteria program yaitu memiliki Ibu hamil/nifas, anak balita atau anak usia 5-7 tahun yang belum masuk pendidikan SD, anak usia SD dan SLTP dan anak 15-18 tahun yang belum menyelesaikan pendidikan dasar.

Penggunaan bantuan PKH ditujukan untuk meningkatkan kualitas pendidikan dan kesehatan, karenanya bantuan akan lebih efektif dan terarah, jika penerima bantuannya adalah ibu atau wanita dewasa yang mengurus anak pada rumah tangga yang bersangkutan (dapat nenek, tante/bibi, atau kakak perempuan). Dalam kartu peserta PKH yang tercantum adalah nama ibu/wanita yang mengurus anak, bukan kepala rumah tangga. Hal ini dikarenakan apabila dana bantuan program PKH ini diterima oleh kepala keluarga, maka bantuan

tersebut dikhawatirkan tidak akan digunakan untuk kebutuhan anak akan tetapi bantuan tersebut dapat disalah gunakan untuk keperluan yang lain seperti contoh dibelikan rokok atau pun hal lainnya. Pengecualian dari ketentuan di atas dapat dilakukan pada kondisi tertentu, misalnya bila tidak ada perempuan dewasa dalam keluarga maka dapat digantikan oleh kepala keluarga.

Kepesertaan PKH tidak menutup keikutsertaan-nyan RTSM pada program-program pemerintah lainnya pada klaster I , seperti: Jamkesmas, BOS, Raskin dan BLT (Direktorat Jaminan Kesejahteraan Sosial 2009: 17).

#### 2.6.4 Besaran Bantuan

Besaran bantuan untuk setiap RTSM peserta PKH tidak disamaratakan, tidak seperti BLT. Akan tetapi mengikuti skenario bantuan yang disajikan pada Tabel 2.1 berikut.

**Tabel 2.1 Skenario Bantuan PKH**

<b>Skenario Bantuan</b>	<b>Bantuan/RTSM/Tahun</b>
Bantuan tetap	Rp. 500.000,-
a. Anak usia di bawah 6 tahun	Rp. 1.200.000,-
b. Ibu hamil/ menyusui	Rp. 1.200.000,-
c. Anak peserta pendidikan setara SD/ MI	Rp. 450.000,-
d. Anak peserta pendidikan setara SMP/ MTs	Rp. 750.000,-
e. Bantuan penyandang disabilitas berat	Rp. 3.100.000,-
f. Bantuan lanjut usia 70 tahun keatas	Rp. 1.900.000,-

Sumber: Buku Pedoman umum PKH

#### 2.6.5 Sanksi

Peserta PKH yang tidak memenuhi komitmen kesehatan dan pendidikan, akan dikenai sanksi berupa pengurangan bantuan sebesar 10% dari bantuan yang diterima setiap tahapan dengan ketentuan sebagai berikut:

- a. Seluruh anggota keluarga Peserta PKH selama tiga bulan berturut-turut tidak memenuhi komitmen maka peserta PKH tidak dapat menerima bantuan pada tahapan bantuan tersebut.
- b. Salah satu dari anggota rumah tangga/keluarga tidak memenuhi kewajiban di

bidang kesehatan atau bidang pendidikan, maka akan dikurangi sebesar 10% pada tahapan bantuan.

## **2.7 Aturan Kebijakan Program PKH**

Sesuai dengan Peraturan Presiden RI No. 15 tahun 2010 tentang percepatan penanggulangan kemiskinan dan dengan Instruksi Presiden No. 3 tahun 2010 tentang program pembangunan yang berkeadilan maka ditetapkan:

### **2.7.1 Strategi Percepatan Penanggulangan Kemiskinan**

Penanggulangan kemiskinan adalah kebijakan dan program pemerintah dan pemerintah daerah yang dilakukan secara sistematis, terencana, dan bersinergi dengan dunia usaha dan masyarakat untuk mengurangi jumlah penduduk miskin dalam rangka meningkatkan derajat kesejahteraan rakyat. Strategi penanggulangan kemiskinan yang dilakukan oleh pemerintah diantaranya :

- a. Mengurangi beban pengeluaran masyarakat miskin
- b. Meningkatkan kemampuan dan pendapatan masyarakat miskin
- c. Mengembangkan dan menjamin keberlanjutan Usaha Mikro dan Kecil
- d. Mensinergikan kebijakan dan program penanggulangan kemiskinan.

### **2.7.2 Program Percepatan Penanggulangan Kemiskinan**

Program penanggulangan kemiskinan adalah kegiatan yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah, dunia usaha, serta masyarakat untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat miskin melalui bantuan sosial, pemberdayaan masyarakat, pemberdayaan usaha ekonomi mikro dan kecil serta program lain dalam rangka meningkatkan kegiatan ekonomi. Sesuai Instruksi Presiden No.3 tahun 2010, untuk mengambil langkah-langkah yang diperlukan sesuai tugas dan fungsi serta kewenangan masing-masing, dalam rangka melaksanakan program-program yang berkeadilan yang diantaranya meliputi program :

a. Program Pro Rakyat

Untuk program pro rakyat memfokuskan pada program penanggulangan kemiskinan berbasis keluarga, program penanggulangan kemiskinan berbasis pemberdayaan masyarakat, program penanggulangan kemiskinan berbasis pemberdayaan usaha mikro dan kecil.

b. Program Keadilan untuk semua

Untuk program keadilan untuk semua memfokuskan pada program keadilan bagi anak, program keadilan bagi perempuan, program keadilan di bidang ketenagakerjaan, program keadilan di bidang bantuan hukum, program keadilan di bidang reformasi hukum dan peradilan, serta program keadilan bagi kelompok miskin dan terpinggirkan.

c. Pencapaian tujuan pembangunan millennium (MDGs)

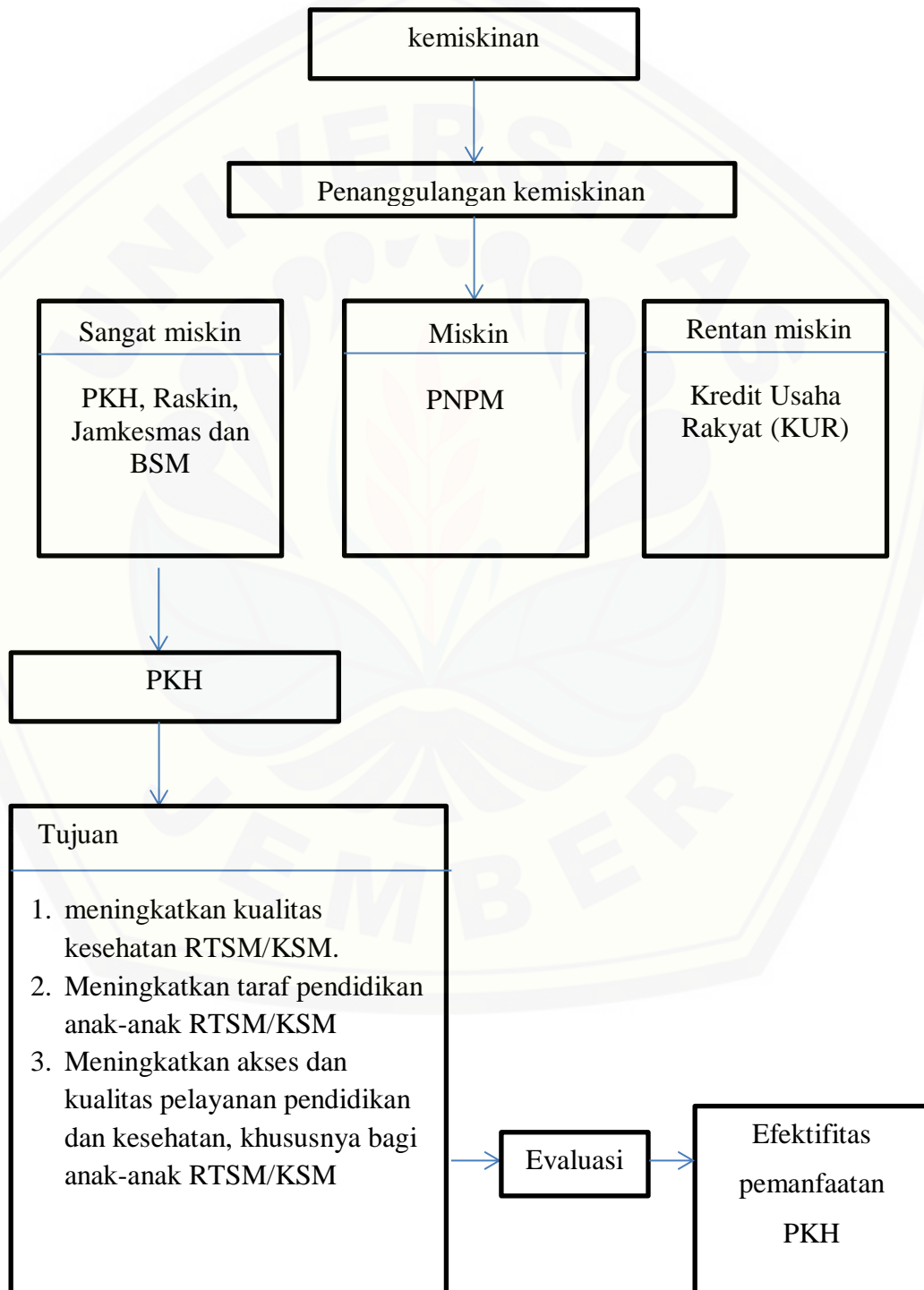
Untuk program pencapaian tujuan pembangunan millennium, memfokuskan pada program pemberantasan kemiskinan dan kelaparan, program pencapaian pendidikan dasar untuk semua, program pencapaian kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan, program penurunan angka kematian anak, program kesehatan ibu, program pengendalian HIV/AIDS, malaria, dan penyakit menular lainnya, program penjaminan kelestarian lingkungan hidup, serta program pendukung percepatan pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium.

2.7.3 Tim Koordinasi Penanggulangan Kemiskinan Provinsi dan Kabupaten/Kota

Percepatan penanggulangan kemiskinan dilaksanakan dengan menyusun kebijakan dan program yang bertujuan mensinergikan kegiatan penanggulangan kemiskinan di berbagai kementerian/lembaga, serta melakukan pengawasan dan pengendalian dalam pelaksanaannya. Untuk melaksanakan percepatan penanggulangan kemiskinan dibentuk Tim Koordinasi penanggulangan kemiskinan Provinsi, dan Koordinasi penanggulangan kemiskinan Kabupaten/Kota yang disebut TKPK Provinsi yang berkedudukan di bawah dan bertanggungjawab kepada Gubernur, dan TKPK Kabupaten/Kota yang berkedudukan di bawah dan bertanggungjawab kepada Bupati/Walikota.

Tata kerja dan penyelarasn kerja, serta pembinaan kelembagaan dan sumberdaya manusia TKPK Provinsi dan TKPK Kabupaten/Kota dilaksanakan dan diatur lebih lanjut oleh Menteri Dalam Negeri.

## 2.8 Kerangka berfikir



### **BAB 3. METODE PENELITIAN**

Suatu penelitian diawali dengan pembentukan argumen-argumen publik yang ditemukan di lapangan, yaitu masalah yang terjadi di masyarakat. Dalam mengenali suatu fenomena maupun peristiwa diperlukan dasar teoritis untuk berpijak agar mampu mengungkap definisi permasalahan yang sebenarnya. Karena itu, tinjauan pustaka menjadi penting dalam proses penelitian. Kemudian, sebelum terjun untuk melakukan penelitian dilapangan, diperlukan alat maupun cara untuk menangkap permasalahan yang sebenarnya dilapangan. Karena itu, metode penelitian menjadi syarat yang tidak kalah penting dalam proses penelitian. Metode penelitian berkenaan dengan cara memperoleh data dan mengolah data dalam rangka mencari kebenaran atas masalah yang diteliti.

Menurut tata cara penulisan Karya Tulis Ilmiah Universitas Jember (2016:52). Untuk penelitian kualitatif, komponen yang diperlukan antara lain adalah.

- a. Pendekatan penelitian
- b. Tempat dan waktu penelitian
- c. Desain penelitian atau rancangan penelitian kualitatif
- d. Teknik dan alat perolehan data
- e. Teknik penyajian data

#### **3.1 Pendekatan penelitian**

Pendekatan penelitian merupakan sudut pandang yang digunakan penulis untuk melihat masalah penelitian ketika di lapangan dan cara yang ditempuh untuk menemukan kebenaran ilmiah. Bogdan dan Biklen (1982) dalam Moleong (2008:14) mengistilahkannya dengan “paradigma”. Paradigma menurut Bogdan dan Biklen adalah kumpulan longgar tentang asumsi yang secara logis dianut bersama, konsep, atau proposisi yang mengarahkan cara berfikir dan cara penelitian. Melihat masalah penelitian di lapangan diperlukan alat-alat yang mendukung untuk menangkap gejala-gejala sosial yang ada. Dan dengan pendekatan penelitian, akan menentukan bagaimana langkah-langkah peneliti



dalam menjalankan penelitian di lapangan. Berdasarkan pedoman Karya Tulis Ilmiah Universitas Jember (2016:52) bahwa pendekatan penelitian dapat menggunakan perspektif fenomenologis. Dalam penelitian ini, penulis menggunakan pendekatan kualitatif dengan jenis penelitian deskriptif.

Menurut Moleong (2006:50) ada macam-macam paradigma, tetapi yang mendominasi ilmu pengetahuan adalah paradigma ilmiah dan paradigma alamiah. Paradigma ilmiah bersumber dari pandangan *positivisme*. Sedangkan paradigma alamiah bersumber pada pandangan *fenomenologis*. Menurut Patton (2006:13) rancangan kualitatif itu bersifat *naturalistik* (alamiah). Lebih lanjut, Moleong (2006:6) mendefinisikan penelitian kualitatif sebagai penelitian yang bermaksud untuk memahami fenomena tentang apa yang dialami oleh subjek penelitian, misalnya perilaku, persepsi, motivasi, tindakan, dan lain-lain secara holistik dan dengan cara deskripsi dalam bentuk kata-kata dan bahasa pada suatu konteks khusus yang alamiah dan dengan memanfaatkan berbagai metode ilmiah.

Penelitian deskriptif menurut Sugiyono (2011:11) adalah penelitian yang dilakukan untuk mengetahui nilai variabel mandiri, baik satu variabel atau lebih (independen) tanpa membuat perbandingan atau menghubungkan antara variabel satu dengan variabel lainnya. Sedangkan, tujuan dari penelitian deskriptif menurut Bungin (2001:48) adalah untuk menggambarkan, meringkas berbagai kondisi, berbagai situasi atau berbagai variabel yang timbul di masyarakat yang menjadi objek penelitian itu.

### **3.2 Tempat dan Waktu Penelitian**

Tempat dan waktu penelitian merupakan dua komponen yang penting untuk di perhatikan, karena tempat dan waktu penelitian akan mempengaruhi proses serta hasil penelitian. Pedoman Karya Tulis Ilmiah Universitas Jember (2016:52) menjelaskan bahwa tempat dan lokasi penelitian mencakup lokasi atau daerah sasaran dan kapan (kurun waktu) penelitian dilakukan beserta pertimbangan yang logis dalam penentuan lokasi yang menggambarkan konteks peristiwa penelitian.

Penulis memilih Desa Ajung Kecamatan Ajung sebagai lokasi penelitian. Terdapat berbagai alasan dalam pemilihan lokasi penelitian tersebut, diantaranya Desa Ajung merupakan salah satu desa penerima manfaat dana Program Keluarga Harapan (PKH) sejak tahun 2009 dengan penerima manfaat terbanyak se-Kecamatan Ajung pada awal pencairan dana.

Waktu penelitian yang dilakukan oleh penulis yaitu pada bulan November-Desember tahun 2017. Sedangkan, penulis melakukan penelitian yang berkenaan dengan kegiatan Program Keluarga Harapan di Desa Ajung Kecamatan Ajung yaitu pada rentang tahun 2016 - 2017.

### **3.3 Desain Penelitian atau rancangan penelitian kualitatif**

Pedoman Karya Tulis Ilmiah Universitas Jember (2016:52) menjelaskan, desain penelitian menetapkan peneliti sebagai *human instrument*. Artinya, peneliti dalam melakukan sebuah penelitian harus turut andil dan masuk dalam dunia yang diteliti. Karena hal tersebut akan memperkaya hasil dari penelitian yang dilakukan.

Menurut Echols dan Hasan shadily (1976) dalam Moleong (2008:384) bahwa *design* ialah rencana, namun apabila dikaji lebih lanjut, kata itu dapat berarti pula pola, potongan, bentuk, model, tujuan, dan maksud. Lebih lanjut, rancangan pada dasarnya merencanakan sesuatu kegiatan sebelum dilaksanakan. Kegiatan merencanakan itu mencakup komponen-komponen penelitian yang diperlukan (Moleong, 2008:385). Rancangan penelitian kualitatif berfungsi menetapkan fokus penelitian, memilih informan sebagai sumber data, melakukan pengumpulan data, menilai kualitas data, analisis data, menafsirkan data dan membuat kesimpulan atas temuannya.

Penelitian ini menggunakan metode (*desain*) studi kasus. Menurut Creswell (2015:135) penelitian studi kasus adalah pendekatan kualitatif yang penelitiannya mengeksplorasi kehidupan-nyata, sistem terbatas kontemporer (kasus) atau beragam sistem terbatas (berbagai kasus), melalui pengumpulan data yang detail dan mendalam yang melibatkan beragam sumber informasi, misalnya wawancara, pengamatan, bahan audiovisual, dokumen dan berbagai laporan serta

melaporkan deskripsi kasus dan tema kasus. Satuan analisis dalam studi kasus bisa berupa kasus majemuk (studi *multi-situs*) atau kasus tunggal (studi *dalam-situs*).

Menurut Craswell (2015:139) studi kasus dapat dibedakan dalam hal tujuan dari analisis kasusnya. Terdapat tiga variasi dalam hal tujuan, yaitu: studi kasus instrumental tunggal, studi kasus kolektif atau majemuk, dan studi kasus intrinsik. Dalam studi kasus instrument tunggal, peneliti memfokuskan pada isu atau persoalan, kemudian memilih satu kasus terbatas untuk mengilustrasikan persoalan ini. Untuk studi kasus kolektif, satu isu atau persoalan dipilih, tetapi peneliti memilih beragam studi kasus untuk mengilustrasikan isu atau persoalan tersebut. Peneliti juga dapat mempelajari satu program dari beberapa tempat riset atau beragam program di satu tempat tertentu. Sedangkan, studi kasus intrinsik memiliki fokus pada kasus itu sendiri, misal: mengevaluasi program atau mempelajari seorang siswa yang memiliki kesulitan.

Dalam penelitian studi kasus ini, kasus yang mampu diungkap penulis dari lapangan adalah tipe studi kasus instrumen tunggal, yaitu peneliti memfokuskan pada permasalahan kemudian memilih satu kasus terbatas untuk mengilustrasikan persoalan tersebut. Studi kasus ini tidak bisa dipandang sebagai studi kasus intrinsik karena permasalahan dalam penelitian ini sudah pernah terjadi pada beberapa tempat.

### 3.3.1 Fokus penelitian

Fokus penelitian dalam penelitian ini memiliki fungsi sebagai pembatasan masalah yang diteliti. Sehingga dalam mengkaji suatu penelitian hanya dalam lingkup fokus yang ditentukan. Fokus penelitian ini adalah sebagai berikut.

- a. Gambaran pelaksanaan kegiatan Program Keluarga Harapan (PKH) yang mengacu pada kegiatan nyata di lapangan dan ketentuan-ketentuan yang menjadi kegiatan tersebut, yaitu dengan melihat apakah yang sudah menjadi ketentuan sudah dilaksanakan dengan apa yang seharusnya.

- b. Penyimpangan Pemanfaatan Program Keluarga Harapan (PKH) oleh penerima manfaat di desa dengan mengacu pada hasil wawancara, observasi dan dokumentasi yang berkenaan dengan Program Keluarga Harapan (PKH).

### 3.3.2 Penentuan informan penelitian

Informan adalah orang yang dimanfaatkan untuk memberikan informasi tentang situasi dan kondisi latar penelitian. Ia harus mempunyai banyak pengalaman tentang latar penelitian, ia juga berkewajiban secara sukarela menjadi anggota tim penelitian walaupun hanya bersifat informal (Moleong, 2008:132). Lebih lanjut, pemanfaatan informan bagi peneliti ialah agar dalam waktu yang relatif singkat banyak informasi yang terjaring (Moleong, 2008:132).

Menurut Faisal dan Sugiyono (2011:221) seorang informan dalam penelitian harus memiliki ciri-ciri, yaitu:

- a. Mampu memahami masalah penelitian tidak hanya sekedar mengetahui melainkan lebih secara enkulturasi atau penghayatan;
- b. Berkecimpung dalam masalah yang diteliti;
- c. Memiliki waktu yang memadai untuk diwawancarai; dan
- d. Mampu memberikan informasi secara objektif dan mampu mengendalikan sifat subjektivitasnya atas masalah yang diteliti.

Maka dari itu, penelitian ini menggunakan informan yang ditentukan dengan teknik *purposive sampling* dan *snowball sampling*. Menurut Sugiyono (2011:85) teknik *purposive sampling* merupakan teknik penentuan sampel yang didasari atas pertimbangan tertentu. Penentuan dan pengambilan sampel dalam teknik *purposive sampling* didasarkan pada pertimbangan informan yang benar-benar mengetahui situasi dan kondisi yang terjadi di lapangan. Sedangkan, teknik *snowball sampling* menurut Silalahi (2012:272) merupakan prosedur pemilihan sampel secara bertahap. *Pertama*, menentukan orang yang dianggap mampu memberikan informasi terkait masalah yang dikaji dan menjadikan orang tersebut sebagai *key Informant* yang mampu memberikan gambaran siapa saja yang layak menjadi informan selanjutnya. *Kedua*, teknik sampling ini digunakan dalam penelitian kualitatif karena tujuan penentuan sampel atau informan dalam

penelitian kualitatif adalah untuk menggali informasi yang sedalam-dalamnya terkait masalah yang diteliti.

Maka, dalam penelitian ini terdapat 13 informan yang penulis pilih melalui teknik *Purposive sampling* yang mengetahui situasi dan kondisi terkait kegiatan Program Keluarga Harapan (PKH). Berikut tabel informan dalam penelitian ini.

**Tabel 3.1 Informan dalam penelitian**

No.	Nama	Keterangan
1.	Indra Raharjo	Pendamping Keluarga Harapan
2.	Ibu Agus	Keluarga penerima manfaat
3.	Ibu Poniah	Keluarga penerima manfaat
4.	Ibu Tuna	Keluarga penerima manfaat
5.	Ibu Supiani	Keluarga penerima manfaat
6.	Ibu Suryati	Keluarga penerima manfaat
7.	Ibu Evi	Keluarga penerima manfaat
8.	Ibu Wiwit	Keluarga penerima manfaat
9.	Ibu Ani Masaroh	Keluarga penerima manfaat
10.	Ibu Maimunah	Keluarga penerima manfaat
11.	Ibu Evin	Keluarga penerima manfaat
12.	Ibu Sriwahyuni	Keluarga penerima manfaat
13.	Ibu Misnari	Keluarga penerima manfaat

### 3.3.3 Data dan sumber data

Sebelum suatu penelitian menjadi sebuah informasi yang dapat di pahami. Terlebih dahulu, informasi harus terdiri dari kumpulan data yang menjelaskan komponen-komponen peristiwa di lapangan. Maka dari itu, data merupakan salah satu komponen pokok dalam membangun informasi yang dapat dinikmati orang banyak. Dan, data haruslah valid. Berdasarkan buku Pedoman Penulisan Karya Tulis Ilmiah Universitas Jember (2012:23) data adalah himpunan fakta dan informasi yang dapat berbentuk angka maupun deskripsi yang berasal dari sumber data. Untuk itu, data yang digunakan dalam penelitian ini, yaitu data kualitatif. Menurut Bungin (2001:124) Data kualitatif diungkapkan dalam bentuk kalimat serta uraian-uraian, bahkan dapat berupa cerita pendek.

Menurut Lofland dan Lofland (1984) dalam Moleong (2008:157) sumber data utama dalam penelitian kualitatif ialah kata-kata dan tindakan, selebihnya adalah data tambahan seperti dokumen dan lain-lain. Dari pengertian tersebut dapat disederhanakan bahwa sumber penelitian dapat dijadikan menjadi dua, yaitu

sumber data primer dan sumber data sekunder. Menurut Bungin (2001:129) sumber data primer adalah sumber pertama dimana sebuah data dihasilkan. Sedangkan, sumber data sekunder menurut Silalahi (2012:289) dijelaskan sebagai objek atau data yang diperoleh dari tangan kedua atau dari sumber-sumber lain yang telah tersedia sebelum penelitian dilakukan. Maka, sumber data yang digunakan dalam penelitian ini yaitu.

a. Data primer

Data primer adalah data yang diambil dari sumber data primer atau sumber pertama di lapangan. Dalam penelitian ini berkenaan dengan data hasil wawancara dengan informan yang berkaitan dengan kegiatan Program Keluarga Harapan penerima manfaat Program Keluarga Harapan (PKH) di Desa Ajung Kecamatan Ajung. Misalnya, proses pencairan dana Program Keluarga Harapan dan pemanfaatan Program Keluarga Harapan.

b. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari sumber kedua atau sumber sekunder. Data sekunder yang dibutuhkan dalam penelitian ini mencakup studi literatur, dokumen penerima manfaat Program Keluarga Harapan (PKH) di Desa Ajung dan dokumen-dokumen yang dimiliki oleh pendamping Program Keluarga Harapan.

### **3.4 Teknik dan alat perolehan data**

Menurut buku Pedoman Penulisan Karya Tulis Ilmiah Universitas Jember (2012:23) menjelaskan bahwa teknik dan alat pengumpulan data merupakan cara dan instrumen yang digunakan oleh peneliti untuk memperoleh data. Lebih lanjut, berdasarkan buku Pedoman Penulisan Karya Tulis Ilmiah (2016:53) terdapat empat macam teknik pengumpulan data, yaitu observasi, wawancara, dokumentasi, dan gabungan/triangulasi. Sedangkan alat perolehan data dapat berupa alat perekam, kuisioner, pedoman wawancara, alat ukur proses, foto, dan catatan lapangan.

Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini akan disesuaikan dengan jenis penelitian, tujuan penelitian, dan masalah penelitian.

Adapun penulis dalam hal ini menggunakan teknik pengumpulan data sebagai berikut.

#### 3.4.1 Observasi/pengamatan

Menurut Bungin (2001:142) observasi adalah kegiatan keseharian manusia dengan menggunakan pancaindra mata sebagai alat bantu utamanya selain pancaindra lainnya, seperti telinga, penciuman, mulut, dan kulit.

Menurut Moleong (2008:174) terdapat beberapa ruang lingkup dalam proses pengamatan, yaitu:

##### a. alasan pemanfaatan pengamatan

Pengamatan ini didasarkan pada pengalaman secara langsung, lalu dapat memungkinkan melihat dan mengamati sendiri (mencatat perilaku dan kejadian), ketidakpercayaan pada data yang cenderung bias, mampu memahami situasi-situasi yang rumit.

##### b. Macam-macam pengamatan dan derajat peranan pengamat

Terdapat berbagai peran peneliti dalam melakukan pengamatan, diantaranya: peneliti dapat berpartisipasi secara penuh yaitu dengan mengikuti secara penuh semua kegiatan, pemeran serta sebagai pengamat, yaitu tidak sepenuhnya sebagai pemeran tetapi melakukan fungsi pengamatan, pengamatan sebagai partisipasi, pengamat penuh, yaitu biasanya dilakukan pada pengamatan eksperimen di laboratorium. Dalam penelitian ini, penulis memosisikan diri sebagai peneliti yang tidak sepenuhnya sebagai pemeran tetapi larut dalam pengamatan di lapangan.

##### c. Pengamatan dan pencatatan data

Peneliti dalam hal ini melakukan kegiatan mulai dari membuat catatan lapangan, buku harian lapangan, catatan kronologis, peta konteks, jadwal, dan alat elektronika yang disembunyikan.

##### d. Pengamatan yang diamati

Terdapat dua kemungkinan: pertama, peranan pengamat pasif, diam, hanya mencatat, dan tidak memperhatikan ekspresi muka apa-apa. Peranan pasif tidak akan efektif dalam penjangkauan data. Kedua, bertindak aktif tidak hanya mengamati, tetapi dalam keadaan tertentu berbicara, berkelakar, dan sebagainya.

Hal ini perlu didasari dengan sikap yang baik, karena dengan sikap yang baik akan mudah mendapatkan data yang diperlukan.

Dalam penelitian ini, observasi yang peneliti lakukan yaitu dengan tidak sepenuhnya sebagai pemeranserta tetapi melakukan fungsi pengamatan. Dalam penelitian ini pula, peneliti berusaha bertindak wajar dan tidak berlebihan. Bersikap seadanya dan tetap menjaga berlangsungnya sebuah peristiwa yang sedang diamati.

#### 3.4.2 Wawancara

Menurut Moleong (2008:186) wawancara adalah percakapan dengan maksud tertentu. Percakapan itu dilakukan oleh dua pihak, yaitu pewawancara dan terwawancara. Menurut Patton (2006:182) melakukan wawancara menjadi sebuah seni dan ilmu yang membutuhkan kecakapan, kepekaan, konsentrasi, pemahaman interpersonal, wawasan, ketajaman mental, dan disiplin. Jadi, dari pemahaman tersebut dapat dimengerti bahwa dalam melakukan wawancara, seni dalam menangkap fenomena/peristiwa baik dalam pembicaraan maupun lingkungan saat wawancara merupakan hal yang sangat penting, karena kedua-duanya saling merangkai informasi yang dibutuhkan dalam proses penelitian.

Terdapat tiga pendekatan dalam melakukan wawancara secara kualitatif yang dikemukakan oleh Patton (2006:185), yaitu: 1) wawancara percakapan informal; 2) pendekatan pedoman wawancara umum; 3) wawancara terbuka yang dibakukan. Pertama, selama wawancara percakapan informal, orang yang bercakap-cakap dengan penelitibahkan mungkin tidak menyadari bahwa mereka sedang di wawancarai. Hubungan pewawancara dengan terwawancara adalah dalam suasana yang tenang, biasa saja, wajar bahkan seperti berbicara sehari-hari.

Kedua, pedoman wawancara adalah daftar pertanyaan atau soal yang dicari selama berjalannya wawancara. Pedoman wawancara menyajikan topik atau wilayah subjek dimana pewawancara bebas untuk menguaknya, mendalami, dan mengajukan pertanyaan yang akan menguraikan dan menjelaskan subjek tertentu. Hal ini bermanfaat untuk membantu dalam melakukan wawancara dengan orang yang berbeda agar lebih sistematis dan menyeluruh.



Ketiga, wawancara terbuka yang dibakukan yaitu penyusunan kata-kata dan urutan pertanyaan yang persis ditentukan di muka. Semua orang diwawancarai dengan pertanyaan dasar yang sama dalam aturan yang sama. Tujuannya yaitu untuk memperkecil efek pewawancara ketika menanyakan pertanyaan yang sama untuk setiap responden.

Maka dari itu, dalam penelitian ini menggunakan pendekatan wawancara yang dikemukakan oleh Patton, yaitu dengan melakukan percakapan informal yaitu percakapan antara penulis dengan informan yang berlangsung bebas namun tetap dalam kerangka yang telah disusun peneliti yang berkaitan dengan topik penelitian. Sedangkan sebelum melakukan wawancara, peneliti juga membuat pedoman wawancara sebagai garis besar dalam melakukan wawancara.

#### 3.4.3 Dokumentasi

Secara umum dapat dipahami bahwa dokumentasi merupakan sekumpulan informasi-informasi yang berkenaan dengan suatu kegiatan yang telah atau tengah dikerjakan. Menurut Moleong (2008:217) dokumen sudah lama digunakan dalam penelitian sebagai sumber data karena dalam banyak hal, dokumen sebagai sumber data dimanfaatkan untuk menguji, menafsirkan bahkan untuk meramalkan. Lebih lanjut, Patton (2006:150) menjelaskan bahwa dokumentasi ialah informasi tentang kegiatan dan proses program dan dapat memberikan peneliti ide tentang pertanyaan penting selanjutnya melalui pengamatan dan wawancara yang lebih langsung.

Penelitian ini membutuhkan beberapa dokumentasi yang berkenaan dengan kegiatan Simpan Pinjam Perempuan, yaitu dokumen penerima manfaat dana Simpan Pinjam Perempuan, data dari Badan Pusat Statistik (BPS) Kabupaten Jember, foto-foto yang berkenaan dengan aktivitas Simpan Pinjam Perempuan, catatan harian, yang nantinya juga turut mendukung penelitian ini.

### 3.5 Teknik menguji keabsahan data

Dalam menetapkan keabsahan data, diperlukan teknik untuk pemeriksaan data tersebut. Moleong (2008:324) membagi menjadi beberapa teknik dalam

pemeriksaan data. teknik pemeriksaan keabsahan data akan dikemukakan dalam tabel 3.2. berikut ini.

**Tabel 3.2. Teknik menguji keabsahan data**

Kriteria	Teknik Pemeriksaan
Kredibilitas (derajat kepercayaan)	1. Perpanjangan keikutsertaan
	2. Ketekunan pengamat
	3. Triangulasi
	4. Pengecekan sejawat
	5. Kecukupan referensial
	6. Kajian kasus negatif
	7. Pengecekan anggota
Kepastian	8. Uraian kunci
Kebergantungan	9. Audit kebergantungan
Kepastian	10. Audit kepastian

Sumber: Moleong (2008:324)

Berdasarkan sepuluh teknik pemeriksaan keabsahan data seperti disebutkan diatas. Maka dalam penelitian ini, penulis memilih beberapa teknik pemeriksaan keabsahan data, diantaranya:

### 3.5.1 Perpanjangan Keikutsertaan

Kerja lapangan adalah aktivitas sentral dari metode kualitatif. Masuk ke lapangan berarti melakukan kontak langsung dengan orang dalam suatu program di lingkungan mereka (Patton, 2006:18). Artinya, Peneliti dalam penelitian kualitatif ini merupakan salah satu instrumen penting dalam menghasilkan informasi yang kaya makna. Keikutsertaan peneliti dalam proses pengumpulan data merupakan langkah yang penting dalam menguji keabsahan data. Oleh karena itu, peneliti tidak hanya dua atau tiga kali untuk terjun ke lapangan, tetapi memerlukan perpanjangan keikutsertaan. Menurut Moleong (2014:327) perpanjangan keikutsertaan peneliti akan meningkatkan derajat kepercayaan data yang dikumpulkan karena perpanjangan keikutsertaan dapat mendeteksi dan memperhitungkan distorsi yang mungkin merusak data, memastikan pemahaman konteks dan membangun kepercayaan subjek.

### 3.5.2 Ketekunan Pengamat

Menurut Patton (2006:119), tujuan data evaluasi pengamatan adalah menggambarkan program secara menyeluruh dan hati-hati. Termasuk menggambarkan kegiatan yang berlangsung dalam program, orang yang berpartisipasi pada kegiatan-kegiatan itu, dan makna bagi orang-orang mengenai apa yang telah diamati.

Secara garis besar, menurut pemahaman Patton bahwa Peneliti harus tekun dalam merinci setiap kegiatan program, menceritakan orang-orang yang berpartisipasi pada program (penerima manfaat maupun pihak-pihak kepentingan), dan menggambarkan pula bagaimana pendapat mereka mengenai program. Hal ini perlu di catat untuk dapat di jadikan sebuah informasi dalam menyusun laporan penelitian. Peneliti harus tekun dalam pengumpulan data dan analisis data sehingga peneliti dapat menjelaskan secara rinci terkait data yang diperoleh sekaligus analisisnya agar hasil yang diperoleh dapat dipahami. Maka dari itu, Moleong (2008:330) menekankan peneliti agar melakukan pengamatan dengan teliti dan rinci secara berkesinambungan terhadap faktor-faktor yang menonjol. Kemudian, hasil dari pengamatan tersebut dianalisis secara rinci sehingga hasilnya dapat dipahami.

### 3.5.3 Triangulasi

Menurut Moleong (2008:330) triangulasi adalah teknik pemeriksaan keabsahan data yang memanfaatkan sesuatu yang lain di luar data itu, untuk keperluan pengecekan atau sebagai pembanding terhadap data itu. Triangulasi data juga berguna untuk menghilangkan perbedaan-perbedaan konstruksi kenyataan yang ada dalam proses pengumpulan data. Moleong (2008:332) menyatakan bahwa peneliti dapat melakukan triangulasi dengan tiga cara, yaitu mengajukan berbagai macam variasi pertanyaan, mengeceknya dengan berbagai sumber data, memanfaatkan berbagai metode agar pengecekan kepercayaan data dapat dilakukan.

### 3.6 Teknik penyajian dan analisis data

Moleong (2008:247) mengemukakan bahwa proses analisis data dimulai dengan menelaah seluruh data yang tersedia dari berbagai sumber, yaitu dari wawancara, pengamatan yang sudah dituliskan dalam catatan lapangan, dokumen pribadi, dokumen resmi, gambar foto, dan sebagainya. Kemudian data tersebut dipelajari dan di telaah agar dapat dilakukan proses reduksi data.

Reduksi data dilakukan dengan cara melakukan abstraksi, yaitu dengan membuat rangkuman yang inti, proses, dan pertanyaan-pertanyaan yang diperlukan dalam penelitian. Langkah selanjutnya yang harus dilakukan oleh peneliti adalah menyusun satuan-satuan yang kemudian dikategorisasikan sekaligus melakukan koding. Tahap akhir dari analisis data yaitu dengan pemeriksaan keabsahan data.

Menurut Miles dan Huberman dalam Silalahi (2012:339) kegiatan analisis data kualitatif terdiri dari tiga kegiatan yang membentuk siklus dan dilaksanakan secara bersamaan.

Reduksi data dapat diartikan sebagai analisis data dengan cara menyederhanakan, mengarahkan, membuang yang tidak perlu, dan mengorganisasikan data sedemikian rupa untuk mendapatkan kesimpulan-kesimpulan atas data yang direduksi tersebut (Silalahi, 2012:340). Artinya, ketika data diperoleh dari lapangan, lalu dituangkan kedalam uraian-uraian yang lengkap dan terperinci. Uraian-uraian tersebut kemudian di reduksi yaitu dengan memilah-milah dan memiliki pokok-pokok bahasan yang dianggap penting.

Tahap selanjutnya adalah penyajian data. Menurut Silalahi (2012:340) penyajian data merupakan kegiatan dalam proses analisis data yang ditempuh untuk memahami data-data yang disajikan sehingga peneliti dapat mengambil tindakan atau melakukan penarikan kesimpulan atas data yang di sajikan tersebut. Sebelum data disajikan, terlebih dahulu melakukan proses pengkodean (coding). Menurut Craswell (2015:257), proses koding dimulai dengan mengelompokkan data teks dan visual menjadi kategori informasi yang lebih kecil. Secara tidak langsung, proses penyajian data ini memudahkan peneliti dalam melihat secara gambaran keseluruhan dari data-data yang dikumpulkan. Kemudian, penyajian

data dapat dilakukan dengan menggunakan grafik, teks naratif, jaringan, bagan, dan sebagainya.

Tahap terakhir yakni penarikan kesimpulan atau verifikasi. Verifikasi atas kesimpulan yang diambil peneliti dilakukan setelah data terkumpul dan terjaring dengan melakukan proses reduksi data yang kemudian disajikan kedalam bentuk grafik, bagan, matrik, dan sebagainya. Menurut Silalahi (2012:341) verifikasi merupakan proses pengujian kebenaran, kekukuhan, dan kecocokan makna-makna yang muncul dari data sehingga terbukti validitas data tersebut. Pada saat peneliti melakukan proses pengumpulan data, peneliti tersebut mulai mencari arti benda-benda, mencatat keteraturan, pola-pola, penjelasan, konfigurasi-konfigurasi yang mungkin, alur sebab-akibat dan proporsi untuk menarik kesimpulan awal yang mula-mula tidak begitu jelas atau terperinci namun kemudian terus mengikat menjadi lebih terperinci (Silalahi, 2012:341). Kesimpulan harus menjawab asumsi awal yang dibangun peneliti terkait masalah yang diteliti. Maka, penarikan kesimpulan bergantung pada kemampuan peneliti dalam mengumpulkan data-data dan informasi lapangan lalu melakukan reduksi, lalu penyajian data juga menentukan alur berjalannya cerita dalam penelitian sehingga dengan penyajian data tersebut dapat ditarik kesimpulan yang tepat.

## BAB 5. PENUTUP

### 5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, maka dapat ditarik kesimpulan bahwa, *pertama* pelaksanaan PKH komponen pendidikan di Desa Ajung belum berjalan optimal. Hal ini dikarenakan penerima manfaat menggunakan dana Program Keluarga Harapan untuk membayar hutang, memenuhi kebutuhan sehari-hari, dan modal untuk berjudi. Sehingga pemanfaatan dana Program Keluarga Harapan kurang efektif dalam mencapai tujuan program. *Kedua* komponen kesehatan juga belum efektif, dikarenakan penerima manfaat jarang pergi ke posyandu dan tidak memperhatikan kebutuhan gizi anak. *Ketiga*, pendamping yang pragmatis dan permisivisme, yaitu sikap pembiaran yang dilakukan oleh pendamping dan mengakibatkan kurangnya control terhadap pemanfaatan penerima dana Program Keluarga Harapan.

### 5.2 Saran

Terdapat beberapa saran dari peneliti terhadap pelaksanaan PKH di Desa Ajung, yaitu:

1. Bagi pendamping PKH adalah pendamping tidak hanya berkreteria berdasarkan pada kualifikasi yang ditetapkan oleh pemerintah yaitu pendidikan minimal tingkat SMA, diutamakan yang sempat mengikuti pelatihan dan/atau pengalaman praktek pekerjaan sosial di beberapa bidang pelayanan kesejahteraan sosial dan tenaga kesejahteraan sosial kecamatan (TKSK) min, 1 tahun; diutamakan bertempat tinggal di wilayah kecamatan lokasi pelaksanaan PKH (sesuai alamat tinggal atau domisili saat ini); mampu berkomunikasi dengan masyarakat kampung secara baik dan memahami karakteristik masyarakat dan adat istiadat setempat; bersedia di tempatkan di distrik-distrik yang jauh dari ibukota atau kabupaten; umur maksimal 45 tahun. Disamping itu menurut peneliti, pendamping PKH harus memiliki pengalaman organisasi dan tegas dalam menjalankan peraturan-peraturan yang diatur dalam Program Keluarga Harapan (PKH).

2. Bagi penerima manfaat. Perlu adanya komitmen dari penerima terhadap penggunaan dana PKH. Agar pemanfaatan dana PKH digunakan secara efektif untuk kebutuhan pendidikan dan kesehatan.
3. Bagi Program. Ketidaktepatan sasaran penerima manfaat menjadi problem beberapa program pemerintah. Hal ini juga dirasakan oleh Program Keluarga Harapan (PKH). Terdapat penerima manfaat Program Keluarga Harapan (PKH) yang tidak mendapatkan program pendukung lainnya. Dua informan dalam penelitian ini tidak mendapat program pendukung lainnya (memenuhi kebutuhan pokok). Dari kesenjangan tersebut menyebabkan dana Program Keluarga Harapan (PKH) yang harusnya digunakan untuk pendidikan dan kesehatan, justru digunakan membeli kebutuhan pokok.

## DAFTAR PUSTAKA

### Buku

- Agustino, Leo. 2012. *Dasar-Dasar Kebijakan Publik*. Bandung:Alfabeta.
- Bungin, Burhan. 2011. *Penelitian Kualitatif : Komunikasi, Ekonomi, Kebijakan Publik dan Ilmu Sosial Lainnya*. Jakarta:Kencana.
- Creswell, John. 2015. *Penelitian Kualitatif dan Desain Riset*. Yogyakarta:Pustaka Pelajar
- Dunn, William N. 1999. *Analisis Kebijakan Publik*, Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Islamy, M.I. 1986. *Prinsip-Prinsip Perumusan Kebijaksanaan Negara*. Jakarta: PT Bumi Aksara
- Kartasasmita, Ginandjar. 1996. *Pembangunan Untuk Rakyat : Memadukan Pertumbuhan dan pemerataan*. Jakarta: PT. Pustaka Cidesindo.
- Korten, David C. 1984. *Pembangunan Berdimensi Kerakyatan*. Jakarta: Yayasan Obor Indonesia.
- Kountour, Ronny. 2003. *Metode Penelitian untuk Penulisan Skripsi dan Tesis*. Jakarta: PPM.
- Kusumanegara, Solahuddin. 2010. *Model dan Aktor Dalam Proses Kebijakan Publik*. Yogyakarta: GAVA MEDIA.
- Moleong. 2008. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: PT REMAJA PUSDAKARYA.
- Nugroho, Riant. 2012. *Public Policy*: Jakarta. PT GRAMEDIA
- Nugroho, Riant. 2014. *Public Policy*. Jakarta: PT. Elex Media Komputindo.
- Patton. 2006. *Metode Evaluasi Kualitatif*. Yogyakarta: PUSTAKA PELAJAR



Silalahi, Ulber. 2012. *Metode Penelitian Sosial*. Bandung: PT Revika Aditama

Subarsono. 2005. *Analisis Kebijakan Publik Konsep, Teori dan Aplikasi*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Sugiyono. 2011. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta.

Suryawati, C (2005). *Memahami kemiskinan secara multidimensional*. JMPK Vol. 08/No.03/September/2005.

Universitas Jember. 2016. *Pedoman Penulisan Karya Ilmiah*. Jember: Jember University Press.

Usman, H. & Akbar, P. S. 2003. *Metodologi Penelitian Sosial*. Jakarta: PT Bumi Aksara.

Winarno, Budi. 2012. *Kebijakan Publik Teori, Proses, dan Studi Kasus*. Yogyakarta: CAPS.

Yulita, Rahma.2016.*Efektivitas Pelaksanaan Penggunaan Alokasi Dana Desa (ADD) di Desa Setako Raya Kecamatan Peranap Kabupaten Indragiri Hulu*.Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Riau (Jom.Unri.ac.id).JOM FISIP Vol. 3(2)

### **Perundang-Undangan**

Peraturan Presiden (perpres) No. 15 Tahun 2010

Intruksi Presiden (Impres) No. 3 Tahun 2010

### **Internet**

<http://jatim.bps.go.id> di akses tanggal 10 juni 2017 pukul 21.00

Monev-experience-20090217143243-1850\_7.pdf di akses tanggal 10 juni 2017 pukul 21.00

<http://www.tnp2k.go.id/id/tanya-jawab/klaster-i/program-keluarga-harapan-pkh/>

di akses tanggal 10 juni 2017 pukul 21.00

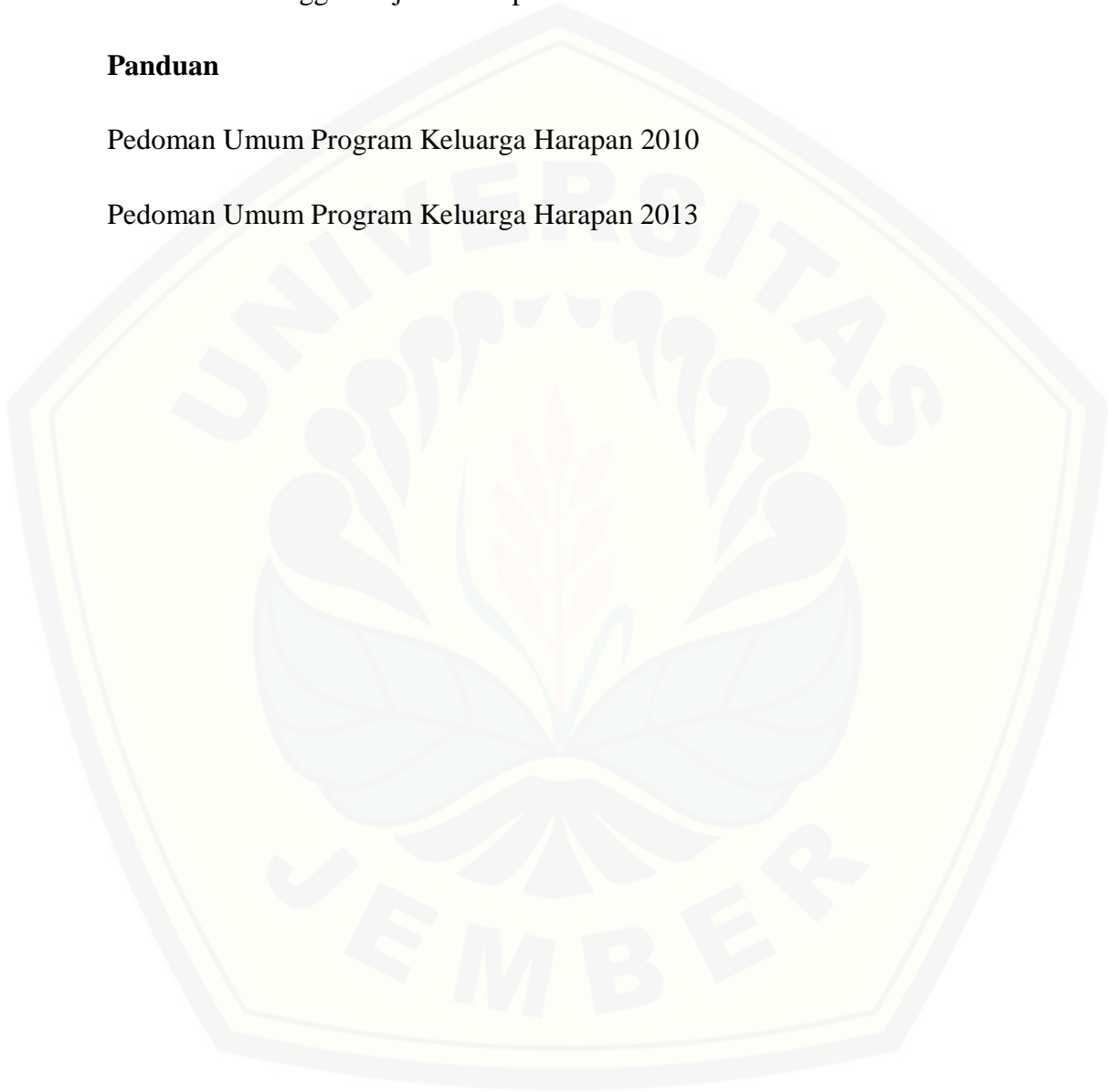
<http://www.irmanfsp.tk/2015/10/pengertian-dan-proses-program-keluarga.html> di

akses tanggal 10 juni 2017 pukul 21.00

### **Panduan**

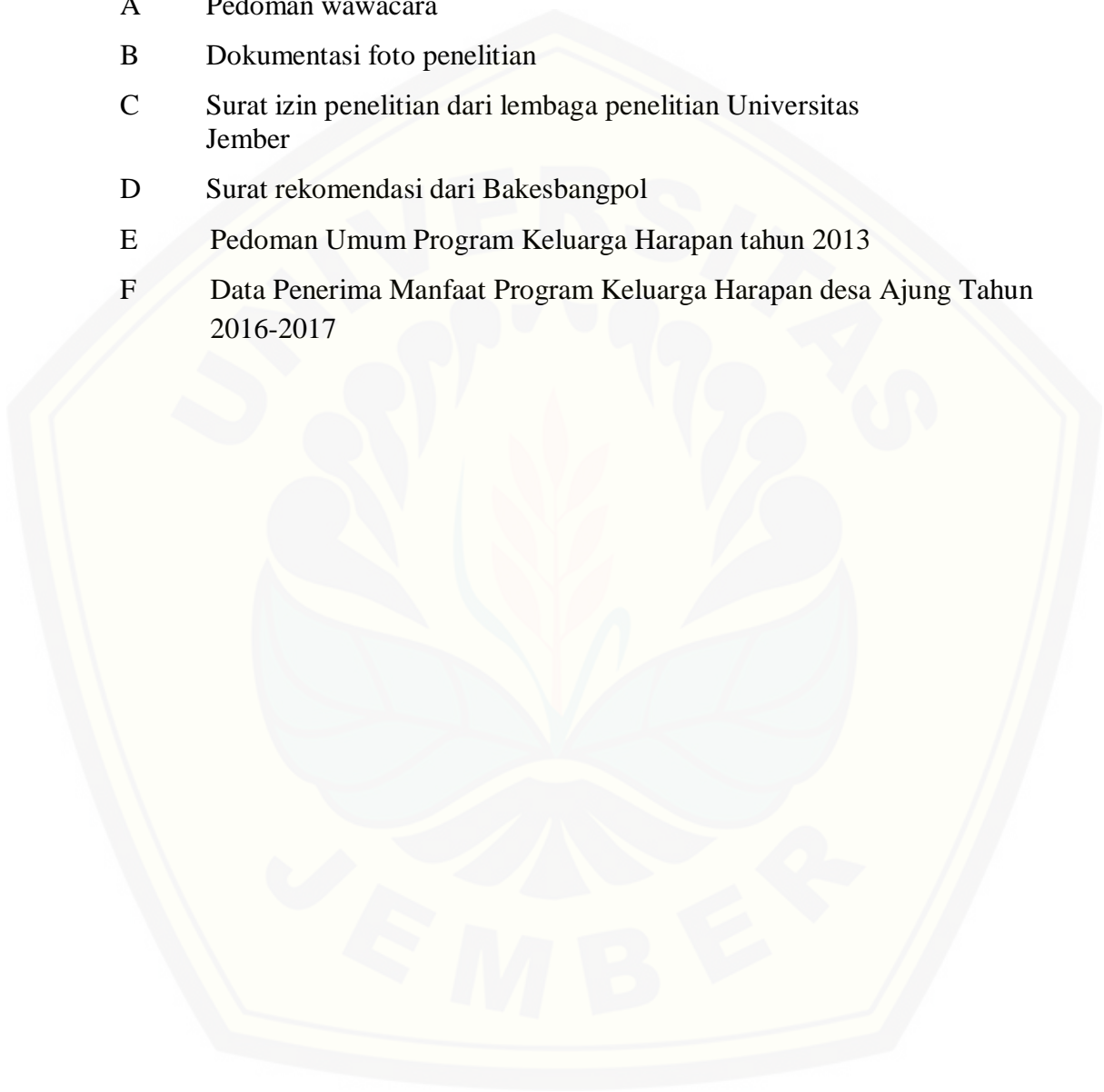
Pedoman Umum Program Keluarga Harapan 2010

Pedoman Umum Program Keluarga Harapan 2013



**LAMPIRAN**

- A Pedoman wawancara
- B Dokumentasi foto penelitian
- C Surat izin penelitian dari lembaga penelitian Universitas Jember
- D Surat rekomendasi dari Bakesbangpol
- E Pedoman Umum Program Keluarga Harapan tahun 2013
- F Data Penerima Manfaat Program Keluarga Harapan desa Ajung Tahun 2016-2017



## **Pedoman Wawancara**

### **A. Untuk Penerima Manfaat**

1. Apakah ibu tahu kegunaan dari PKH?
2. Berapa jumlah dana PKH yang ibu dapatkan ? dan berapa kali mendapatkan dana PKH?
3. Menurut ibu, apa persyaratan untuk mendapatkan PKH?
4. Apakah selama ini ibu pernah mendapatkan sosialisasi tentang penggunaan dana PKH?
5. Apa yang menjadi kewajiban ibu sebagai peserta PKH?
6. Di gunakan buat apa saja dana yang ibu dapatkan?
7. Apa yang mempengaruhi ibu menggunakan dana tersebut?
8. Menurut ibu seberapa besar manfaat PKH bagi ibu?
9. Manfaat apa yang ibu rasakan setelah menerima dana PKH?

**B. Untuk Pendamping PKH**

1. Apa tujuan PKH?
2. Apa saja yang di lakukan pendamping PKH sebagai pelaksana kegiatan PKH?
3. Menurut bapak manfaat seperti apa yang seharusnya di dapatkan masyarakat setelah mendapat PKH?
4. Apa yang seharusnya di lakukan penerima manfaat ketika mendapatkan dana PKH?
5. Menurut bapak dengan penerima PKH di desa Ajung apakah sudah mencapai tujuan program yaitu untuk kesejahteraan masyarakat?
6. Apa ada kendala yang di hadapi pendamping dalam melaksanakan PKH? Seperti penyaluran dana dan ketepatan sasaran?
7. Bagaimana proses penyaluran dana PKH kepada penerima manfaat?
8. Bagaimana perkembangan penerima manfaat pada saat PKH berjalan?
9. Apa saja yang di lakukan pihak pendamping PKH untuk mendorong pencapain tujuan PKH?
10. Menurut bapak, apa kelebihan dan kelemahan PKH?
11. Perubahan apa yang anda rekomendasikan guna meningkatkan program?

Dokumentasi



Wawancara dengan ibu Supiani anggota penerima manfaat PKH dusun Ajung kulon



Wawancara dengan ibu Maimunah anggota penerima manfaat PKH dusun Limbungsari



Wawancara dengan ibu Ani Masaroh penerima manfaat PKH dusun Limbungsari



Wawancara dengan ibu Agus penerima manfaat PKH dusun Limbungsari



Wawancara dengan ibu Poniah anggota penerima manfaat PKH dusun Klanceng

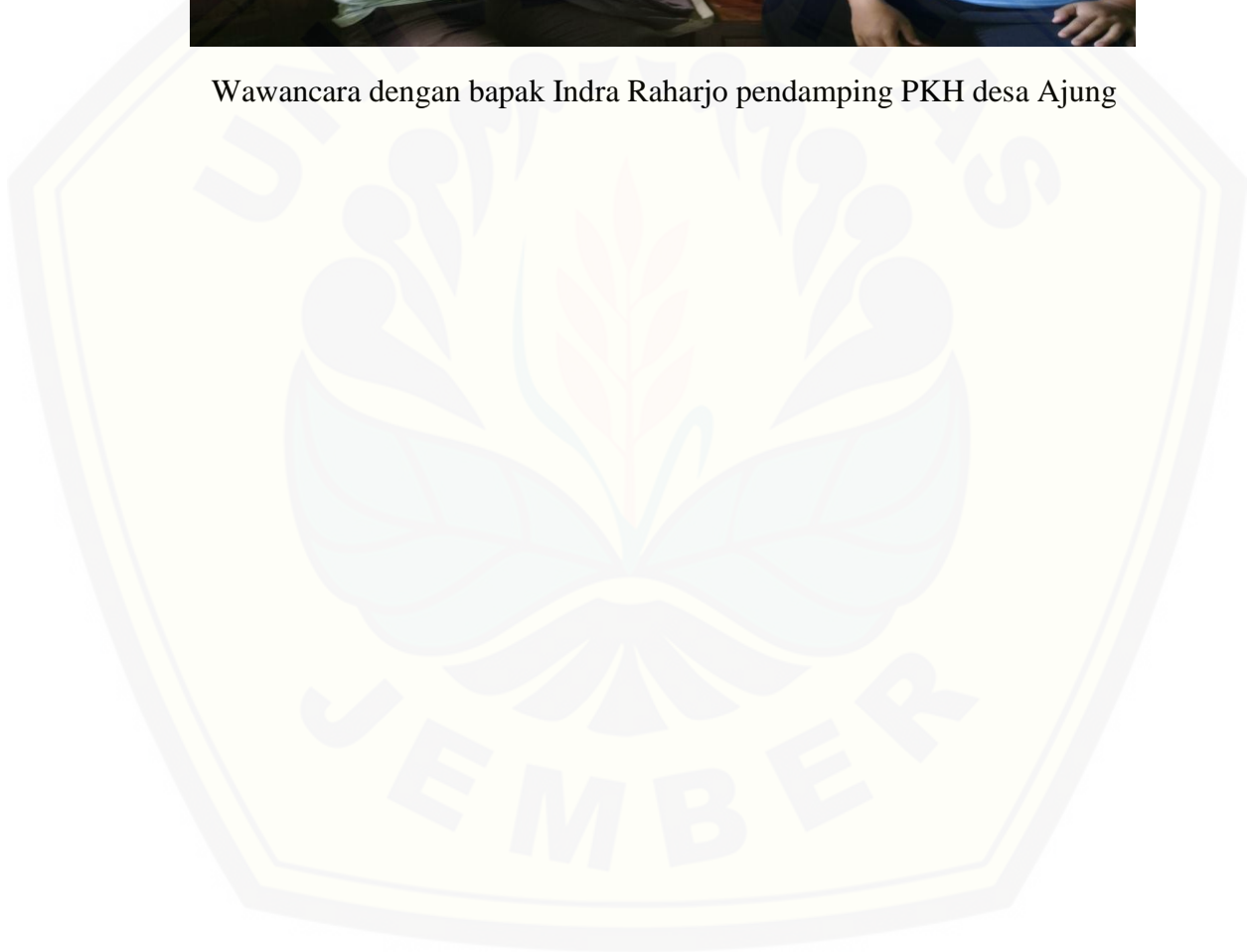


Wawancara dengan ibu Wiwit anggota penerima manfaat PKH dusun Krajan





Wawancara dengan bapak Indra Raharjo pendamping PKH desa Ajung





KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI  
UNIVERSITAS JEMBER  
LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT  
Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 Jember Telp. 0331-337818, 339385 Fax. 0331-337818  
e-Mail : penelitian.lemlit@unej.ac.id

Nomor : 2075/UN25.3.1/LT/2017  
Perihal : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian

11 Oktober 2017

Yth. Kepala  
Badan Kesatuan Bangsa, dan Politik  
Kabupaten Jember  
di -  
JEMBER

Memperhatikan surat Pengantar dari Wakil Dekan I Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Jember Nomor : 3930/UN25.1.2/LT/2017 tanggal 10 Oktober 2017, perihal ijin penelitian mahasiswa :

Nama / NIM : Moch. Ryan Wanda Hidayat / 130910201028  
Fakultas / Jurusan : FISIP / Ilmu Administrasi Negara  
Alamat : Perum Bumi Tegal Besar Jember / No. HP 081289583537  
Judul Penelitian : Dampak Program Keluarga Harapan (PKH) Di Kabupaten Jember  
Lokasi Penelitian : 1. Dinas Sosial Kabupaten Jember  
2. Desa Ajung Kabupaten Jember  
Lama Penelitian : Dua Bulan (11 Oktober – 11 Desember 2017)

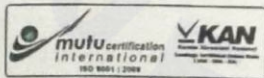
maka kami mohon dengan hormat bantuan Saudara untuk memberikan ijin kepada mahasiswa yang bersangkutan untuk melaksanakan kegiatan penelitian sesuai dengan judul di atas.

a.n Ketua  
Sekretaris II,



Tembusan Kepada Yth. :

1. Dekan Fak. ISIP Universitas Jember
2. Mahasiswa ybs
3. Arsip



CERTIFICATE NO : QMS/173



**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER**  
**BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**  
Jalan Letjen S Parman No. 89 ■ 337853 Jember

Kepada

Yth. Sdr. 1. Kepala Dinas Sosial Kab. Jember  
2. Camat Ajung Kab. Jember  
di -

TEMPAT

**SURAT REKOMENDASI**

Nomor : 072/3996/314/2017

Tentang

**PENELITIAN**

Dasar : 1. Peraturan Daerah Kabupaten Jember No. 6 Tahun 2012 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kab. Jember  
2. Peraturan Bupati Jember No. 46 Tahun 2014 tentang Pedoman Penertiban Surat Rekomendasi Penelitian Kabupaten Jember.

Memperhatikan : Surat Ketua LPPKM Universitas Jember tanggal 11 Oktober 2017 Nomor : 2075/UN25.3.1/LT/2017 perihal Penelitian

**MEREKOMENDASIKAN**

Nama / NIM. : Moch. Ryan Wanda Hidayat / 130910201028  
Instansi : FISIP / Ilmu Adm. Negara / Universitas Jember  
Alamat : Perum Bumi Tegal Besar Jember  
Keperluan : Melaksanakan Penelitian dengan judul :  
"Dampak Program Keluarga Harapan (PKH) Di Kabupaten Jember"  
Lokasi : Dinas Sosial dan Desa Ajung Kec. AJung Kabupaten Jember  
Waktu Kegiatan : Oktober s/d Desember 2017

Apabila tidak bertentangan dengan kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.

1. Kegiatan dimaksud benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ditetapkan di : Jember  
Tanggal : 20-10-2017  
An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK  
KABUPATEN JEMBER  
Kabid. Kajian Strategis dan Politts

NIP. 196601131996021001

Tembusan :  
Yth. Sdr. : 1. Ketua LPPKM Universitas Jember,  
2. Yang Bersangkutan.



## **Pedoman Umum**

# **PROGRAM KELUARGA HARAPAN (PKH)**

**Direktorat Jaminan Sosial  
Direktorat Jenderal Perlindungan dan Jaminan Sosial  
Kementerian Sosial RI  
2013**

## BAB I PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Sejak tahun 2007 Pemerintah Indonesia telah melaksanakan Program Bantuan Tunai Bersyarat (BTB) yang saat ini dikenal dengan nama Program Keluarga Harapan (PKH) guna terlaksananya percepatan penanggulangan kemiskinan sekaligus pengembangan kebijakan dibidang perlindungan sosial. Program Bantuan Tunai Bersyarat atau disebut *Conditional Cash Transfers (CCT)*, telah dilaksanakan di beberapa negara dan cukup berhasil dalam menanggulangi kemiskinan yang dihadapi negara-negara yang melaksanakan CCT.

Program Keluarga Harapan (PKH) tidak sama dan bukan merupakan lanjutan program Subsidi/ Bantuan Langsung Tunai (BLT) yang sudah berlangsung selama ini dalam rangka membantu rumah tangga miskin memper-tahankan daya beli pada saat pemerintah melakukan penyesuaian harga BBM. Program Keluarga Harapan (PKH) lebih dimaksudkan sebagai upaya membangun sistem perlindungan sosial kepada masyarakat miskin dalam rangka mempertahankan dan meningkatkan kesejahteraan sosial penduduk miskin sekaligus sebagai upaya memotong rantai kemiskinan yang terjadi selama ini. Berdasarkan pengalaman negara-negara lain, program serupa sangat bermanfaat bagi keluarga miskin, terutama keluarga dengan kemiskinan kronis.

Program Keluarga Harapan (PKH) merupakan program bantuan dan perlindungan sosial yang termasuk dalam klaster

beban pengeluaran rumah tangga. Untuk jangka panjang, program ini diharapkan mampu memutus rantai kemiskinan antar generasi melalui peningkatan kualitas kesehatan/nutrisi, pendidikan dan kapasitas pendapatan anak di masa depan (price effect anak keluarga miskin) serta memberikan kepastian kepada si anak akan masa depannya (insurance effect).

Secara faktual dan menurut teori yang ada, tingkat kemiskinan suatu rumah tangga secara umum terkait dengan tingkat kesehatan dan pendidikan. Rendahnya penghasilan keluarga sangat miskin menyebabkan keluarga tersebut tidak mampu memenuhi kebutuhan kesehatan dan pendidikan, untuk tingkat minimal sekali pun. Pemeliharaan kesehatan ibu hamil pada keluarga sangat miskin sering tidak memadai sehingga menyebabkan buruknya kondisi kesehatan bayi yang dilahirkan, atau bahkan berdampak pada tingginya kematian bayi. Fakta menunjukkan, angka kematian bayi pada kelompok penduduk berpendapatan terendah pada tahun 2007 adalah 56 per 1000 kelahiran hidup, sedangkan pada kelompok berpendapatan tertinggi adalah 26 per 1000 kelahiran hidup (SDKI, 2007).

Gambar 2 menunjukkan trend AKI Indonesia secara Nasional dari tahun 1994 sampai dengan tahun 2007, di mana telah terjadi penurunan yang signifikan dari tahun ke tahun. Berdasarkan survei terakhir SDKI pada tahun 2007, tingkat AKI Indonesia adalah sebesar 228 per 100.000 kelahiran hidup. Walaupun tidak terpaut jauh dari target Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJM) sebesar 226 per 100.000 kelahiran hidup, namun pemerintah berkomitmen

pertama strategi penanggulangan kemiskinan di Indonesia. Program ini merupakan bantuan tunai bersyarat yang berkaitan dengan persyaratan pendidikan dan kesehatan. Kestinambungan dari program ini akan berkontribusi dalam mempercepat pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium (*Millennium Development Goals* atau MDGs). Setidaknya ada 5 komponen tujuan MDGs yang didukung melalui PKH, yaitu penanggulangan kemiskinan ekstrim dan kelaparan, Pencapaian pendidikan dasar untuk semua, kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan, pengurangan angka kematian anak, dan peningkatan kesehatan ibu.

Dengan PKH diharapkan Peserta PKH (selanjutnya disebut Rumah Tangga/Keluarga Sangat Miskin (RTSM/KSM) memiliki akses yang lebih baik untuk memanfaatkan pelayanan sosial dasar, yaitu: kesehatan, pendidikan, pangan dan gizi, termasuk menghilangkan kesenjangan sosial, ketidakberdayaan dan keterasingan sosial yang selama ini melekat pada diri masyarakat miskin.

Skema strategi penanggulangan kemiskinan di Indonesia berdasarkan klaster sebagaimana gambar 2.1.

untuk menekan tingkat AKI hingga 102 per 100.000 kelahiran hidup di tahun 2015.

Gambar 2: Pencapaian dan Proyeksi Angka Kematian Ibu (AKI) Tahun 2004-2015 (dalam 100.000 Kelahiran Hidup)



Sumber: SDKI, 1994, 2002/2003, 2007, MDGs dan Bappenas

Tingginya angka kematian ibu tersebut pada banyak kasus disebabkan oleh tidak adanya kehadiran tenaga medis pada kelahiran, fasilitas kesehatan yang tidak tersedia pada saat membutuhkan tindakan, atau masih banyaknya rumah tangga miskin yang lebih memilih tenaga kesehatan tradisional daripada tenaga medis profesional lainnya.

Sedangkan kondisi kesehatan keluarga sangat miskin akan berdampak pada tidak optimalnya proses tumbuh kembang anak, terutama pada usia 0-5 tahun. Pada tahun 2003 misalnya, angka kematian balita pada kelompok penduduk berpendapatan terendah adalah 77% per 1000 kelahiran hidup, sementara pada kelompok penduduk berpendapatan tertinggi hanya 22% per 1000 kelahiran hidup (SDKI, 2003).



Pada tahun 2000 hingga 2005, terdapat kecenderungan bertambahnya kasus gizi kurang yang meningkat dari 24,5% pada tahun 2000 menjadi 29% pada tahun 2005. Sementara pada tahun 2007 terjadi penurunan menjadi 18,4% (Riskesdas, 2007). Gizi kurang berdampak buruk pada produktivitas dan daya tahan tubuh seseorang sehingga menyebabkan kelompok ini terperangkap dalam siklus kesehatan yang buruk.

Gambar 3: Tren Perkembangan Angka Kematian Neonatal, Angka Kematian Bayi dan Angka Kematian Balita



Sumber: SDKI 1992-2012

Seringnya tidak masuk sekolah karena sakit dapat menyebabkan anak putus sekolah. Kondisi kesehatan dan gizi mereka yang umumnya buruk juga menyebabkan mereka tidak dapat berprestasi di sekolah. Sebagian dari anak-anak keluarga sangat miskin dan juga yang sama sekali tidak mengenyam bangku sekolah karena harus

menyembunyi mencari nafkah keluarga. Meskipun angka putus sekolah dasar tinggi, namun masih banyak anak

keluarga miskin yang putus sekolah atau tidak melanjutkan ke SMP/ MTs. Kondisi ini menyebabkan kualitas generasi penerus keluarga miskin senantiasa rendah dan akhirnya terperangkap dalam lingkaran kemiskinan.

Gambar 4: Lingkaran perangkap kemiskinan



Anak penyandang disabilitas juga berhak untuk memperoleh pelayanan kesehatan seperti imunisasi dan pemenuhan gizi; pelayanan dokter spesialis atau psikolog sesuai dengan jenis dan derajat kecacatan; informasi kesehatan; jaminan pemeliharaan kesehatan (Jamkesmas dan Jamkesda setempat) bagi keluarga miskin. Jumlah anak penyandang disabilitas yang belum/berhenti sekolah menunjukkan tren peningkatan selama tahun 2007-2011. Hal ini dapat menghambat pencapaian target MDGs dalam pencapaian pendidikan. Oleh karena itu, komponen anak penyandang disabilitas perlu diakomodasi ke dalam PKH.

Masih banyaknya RTSM/ KSM yang tidak dapat memenuhi kebutuhan dasar pendidikan dan kesehatan disebabkan oleh akar permasalahan yang terjadi baik pada sisi RTSM/ KSM (demand side) maupun sisi pelayanan (supply side). Pada sisi permintaan, alasan terbesar untuk tidak melanjutkan sekolah adalah karena tidak adanya biaya, bekerja untuk mencari nafkah, merasa pendidikannya sudah cukup, dan alasan lainnya. Demikian juga halnya untuk kesehatan, RTSM/ KSM tidak mampu membiayai pemeliharaan atau perawatan kesehatan bagi anggota keluarga akibat rendahnya tingkat pendapatan.

Sementara itu, permasalahan pada sisi pelayanan (supply side) yang menyebabkan rendahnya akses RTSM/ KSM terhadap pendidikan dan kesehatan antara lain adalah belum tersedianya pelayanan kesehatan dan pendidikan yang terjangkau oleh RTSM/ KSM. Biaya pelayanan yang tidak terjangkau oleh RTSM/ KSM serta jarak antara tempat tinggal dan lokasi pelayanan yang relatif jauh merupakan tantangan utama bagi penyedia pelayanan pendidikan dan kesehatan.

Dari sudut pandang kebijakan sosial, PKH merupakan salah satu bakal pengembangan sistem perlindungan sosial, khususnya bagi keluarga miskin. PKH yang mewajibkan RTSM/KSM memeriksakan kesehatan ibu hamil dan memberikan imunisasi dan pemantauan tumbuh kembang anak, termasuk menyekolahkan anak-anak, akan membawa perubahan perilaku RTSM/ KSM terhadap pentingnya kesehatan dan pendidikan. Perubahan perilaku tersebut

Gambar 5: Jumlah Anak Usia 5-15 Tahun yang Belum/Berhenti Sekolah Karena Disabilitas



Sumber: Susenas 2007-2011

Berdasarkan grafik pada gambar 5 di atas, terlihat bahwa jumlah anak penyandang disabilitas yang belum/berhenti sekolah menunjukkan tren peningkatan selama tahun 2007-2011. Hal ini dapat menghambat pencapaian target MDGs dalam pencapaian pendidikan. Oleh karena itu, komponen anak penyandang disabilitas perlu komodasi ke dalam PKH.

Berbagai indikator di atas menunjukkan bahwa pemenuhan kebutuhan dasar, khususnya bidang pendidikan dan kesehatan, terutama bagi Rumah Tangga/ Keluarga Sangat Miskin (selanjutnya disebut RTSM/ KSM) perlu ditingkatkan sejalan dengan upaya pemerintah membangun sarana dan prasarana pendidikan dan kesehatan serta meluncurkan program-program yang ditujukan bagi keluarga miskin.

diharapkan juga akan berdampak pada berkurangnya anak usia sekolah RTSM/ KSM yang bekerja. Sebaliknya, hal ini menjadi tantangan utama pemerintah pusat dan daerah, untuk meningkatkan pelayanan pendidikan dan kesehatan bagi keluarga miskin, dimanapun mereka berada.

Salah satu tujuan akhir dari PKH adalah meningkatkan partisipasi sekolah anak, khususnya SD/ MI/ Paket A/ SDLB dan SMP/ MTs/ Paket B/ SMLB. Menurut data BPS tahun 2011 masih terdapat banyak anak usia sekolah yang tidak berada dalam sistem sekolah.

Tabel 1: Angka anak berumur 10–17 tahun yang tidak berada dalam sistem sekolah

Alasan Tidak/Belum Pernah Sekolah/Tidak Berekolah Lagi	Perkotaan			Perdesaan			Perkotaan+Perdesaan		
	L	P	L+P	L	P	L+P	L	P	L+P
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
Tidak ada biaya	49,96	55,48	52,57	48,91	48,50	47,61	48,03	51,29	49,51
Bekerja/Mencari Nafkah	10,43	13,58	11,92	9,18	5,47	7,53	9,61	8,21	9,20
Menikah/Mengurus RT	0,29	4,61	2,33	0,82	7,54	3,50	0,31	6,17	3,05
Merasa Pendidikan cukup	3,30	3,24	3,27	3,71	6,75	4,06	3,44	4,15	3,76
Malu Karena Ekonomi	1,42	0,91	1,18	1,26	1,24	1,29	1,34	1,13	1,25
Sekolah Jauh	0,33	0,65	0,48	1,19	0,51	5,96	3,70	4,08	3,87
Cacat	4,97	3,50	4,27	4,29	3,96	3,36	3,95	3,42	3,71
Menunggu Pengumuman	0,83	1,42	1,11	1,19	0,30	0,30	0,42	0,89	0,63
Tidak Diterima	0,41	0,16	0,29	1,19	0,50	0,50	0,42	0,42	0,42
Lainnya	28,07	16,44	22,56	25,89	25,89	25,89	28,79	29,80	24,63
Jumlah	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Sumber: BPS RI - Susenas 2011

Untuk meningkatkan tingkat partisipasi anak dalam sekolah maka keikutsertaan mereka yang berada di luar sistem sekolah harus ditingkatkan. Sebagian besar dari mereka yang tidak berada dalam sistem sekolah biasanya bekerja

PKH merupakan salah satu program penanggulangan kemiskinan yang anggarannya bersumber dari APBN, dan melibatkan berbagai sektor yang di dalamnya memerlukan kontribusi dan komitmen Kementerian/ Lembaga (K/L) meliputi: Bappenas, Kementerian Sosial, Kementerian Keuangan, Kementerian Dalam Negeri, Kementerian Kesehatan, Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan, Kementerian Agama, Kementerian Komunikasi dan Informatika, Kementerian Tenaga Kerja dan Transmigrasi, TNP2K, BPS, dan Pemerintah Daerah serta Lembaga Keuangan/perbankan dalam penyaluran bantuan bagi peserta PKH.

## B. Dasar Hukum

1. Undang-Undang nomor 40 Tahun 2004, tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.
2. Undang-Undang nomor 14 Tahun 2008, tentang Keterbukaan Informasi Publik.
3. Undang-Undang nomor 11 Tahun 2010, tentang Kesejahteraan Sosial.
4. Undang-Undang nomor 13 Tahun 2011, tentang penanganan Fakir Miskin.
5. Peraturan Presiden nomor 15 tahun 2010, tentang Percepatan Penanggulangan Kemiskinan.
6. Inpres nomor 3 Tahun 2010 tentang Program Pembangunan yang Berkeadilan, dan lampiran ke 1 tentang Penyempurnaan Pelaksanaan Program Keluarga Harapan.
7. Inpres nomor 1 Tahun 2013 tentang Pencegahan dan Pemberantasan Korupsi poin lampiran ke 46 tentang

untuk membantu kehidupan keluarga. Di bawah ini disajikan data pekerja anak dari tahun 2004 hingga 2009 dari survei Tenaga Kerja Nasional (Sakernas, 2004-2009), terlihat bahwa jumlah pekerja anak masih cukup besar (lihat Tabel 2),

Tabel 2 : Anak berumur 10-17 tahun menurut jenis kegiatan (dalam ribuan)  
Indonesia, 2004-2009

Kategori	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Bekerja	2,865.1	2,553.7	2,692.9	3,745.1	3,513.4	3,698.6
Pengangguran						
Mencari kerja	726.2	717.4	753.5	793.7	673.2	615.6
Tidak lagi mencari kerja	1,088.2	1,122.9	890.3	386.0	340.8	375.3
Sekolah	26,413.9	29,122.9	28,948.6	27,143.5	28,188.8	28,439.8
Mengurus rumah tangga	676.4	626.0	612.9	1,022.5	1,141.9	1,144.9
Lainnya	1,098.2	1,129.4	1,131.0	1,350.9	1,425.5	1,389.0
Total Populasi	32,867.9	35,272.1	35,029.1	34,441.8	35,283.5	35,663.2

Sumber: Sakernas 2004 - 2009

Untuk meningkatkan partisipasi sekolah, PKH harus dapat menjangkau mereka yang berada di luar sistem sekolah termasuk mereka yang menjadi pekerja anak. Dengan demikian, PKH membuka peluang terjadinya sinergi antara program yang mengintervensi sisi *supply* dan *demand side*, dengan tetap mengoptimalkan desentralisasi, koordinasi antar sektor, koordinasi antar tingkat pemerintahan, serta antar pemangku kepentingan (*stakeholders*).

Pada akhirnya, implikasi positif dari pelaksanaan PKH harus bisa dibuktikan secara empiris. Untuk itu, pelaksanaan PKH juga akan diikuti dengan kegiatan *monitoring dan evaluasi*.

Pelaksanaan Transparansi Penyaluran Bantuan Langsung Tunai Bersyarat Bagi Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM) Sebagai Peserta Program Keluarga Harapan (PKH).

### C. Tujuan

Tujuan umum PKH adalah untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia, serta mengubah perilaku peserta PKH yang relatif kurang mendukung peningkatan kesejahteraan. Tujuan tersebut sekaligus sebagai upaya mempercepat pencapaian target *Millennium Development Goals* (MDGs).

Secara khusus, tujuan PKH terdiri atas:

1. Meningkatkan kualitas kesehatan RTSM/KSM.
2. Meningkatkan taraf pendidikan anak-anak RTSM/KSM.
3. Meningkatkan akses dan kualitas pelayanan pendidikan dan kesehatan, khususnya bagi anak-anak RTSM/KSM.

### D. Pengertian

1. Program Keluarga Harapan (PKH) adalah program pemberian bantuan tunai bersyarat kepada Rumah Tangga Sangat Miskin/Keluarga Sangat Miskin (RTSM/KSM) yang ditetapkan sebagai peserta PKH.
2. Kriteria Peserta PKH adalah RTSM/KSM yang memenuhi satu atau beberapa kriteria yaitu memiliki:
  - a. Ibu hamil/ibu nifas/anak balita,
  - b. Anak usia 5-7 tahun yang belum masuk pendidikan dasar (anak pra sekolah),
  - c. Anak SD/MI/Paket A/SDLB (usia 7-12 tahun),
  - d. Anak SLTP/ MTs/Paket B/SMLB (usia 12-15 tahun),
  - e. Anak usia 15-18 tahun yang belum menyelesaikan pendidikan dasar.



- f. Anak penyandang disabilitas berusia 0-18 tahun yang dimaksud adalah anak yang belum mendapatkan JS Paca.
3. UPPKH adalah Unit Pelaksana PKH yang dibentuk pada tingkat pusat, daerah, dan kecamatan. Di pusat disebut UPPKH Pusat, di daerah disebut UPPKH Provinsi, UPPKH Kabupaten/Kota dan UPPKH Kecamatan.
4. Pendamping PKH adalah sumber daya manusia yang direkrut dan ditetapkan oleh Kementerian Sosial sebagai pelaksana pendampingan di tingkat Kecamatan.
5. Operator PKH adalah sumber daya manusia yang direkrut dan ditetapkan oleh Kementerian Sosial sebagai pelaksana teknis pengolahan data di tingkat Pusat, Provinsi, Kabupaten/ Kota.
6. Koordinator Wilayah PKH adalah sumber daya manusia yang direkrut dan ditetapkan oleh Kementerian Sosial sebagai pelaksana koordinasi kewilayahan dan membawahi Pendamping dan Operator di tingkat Provinsi.
7. Koordinator Regional PKH adalah sumber daya manusia yang direkrut dan ditetapkan oleh Kementerian Sosial yang membawahi koordinasi wilayah.
8. Tenaga Ahli PKH adalah Tenaga Profesional dari berbagai disiplin ilmu/bidang yang berfungsinya memberikan kontribusi pemikiran dan teknis untuk mendukung pelaksanaan PKH.
9. Sinergitas Program adalah mekanisme penyelenggaraan PKH yang bersifat multisektor, baik di pusat maupun di daerah, yang melibatkan instansi pemerintah pusat, pemerintah Provinsi, Kabupaten/ Kota, Kecamatan hingga desa serta masyarakat.

Kerangka Pikir PKH lebih lanjut dapat dilihat pada Lampiran 1-

## BAB II

### PELAKSANAAN PKH

#### A. Pelaksanaan PKH

Program Keluarga Harapan (PKH) dilaksanakan secara berkelanjutan yang dimulai pada tahun 2007 di 7 provinsi. Sampai dengan tahun 2013, PKH sudah dilaksanakan Se-Indonesia dan mencakup 336 Kabupaten/Kota dan 3.429 Kecamatan dengan target peserta PKH sampai dengan 2013 mencapai 2,4 juta RTSM/ KSM.

Sejak tahun 2012, PKH telah menjadi program nasional. Ada dua pengertian program nasional, yaitu: (i) PKH telah menjangkau seluruh provinsi di Indonesia, (ii) Pelaksanaan PKH dilakukan secara bersama-sama oleh masing-masing Kementerian dan Lembaga (K/L) sesuai dengan tugas pokok dan fungsi (tupoksi) masing-masing K/L. (lihat "Rancangan Umum PKH" di BAB II poin B).

PKH diharapkan dapat terus dilaksanakan yang semula hingga tahun 2015 sesuai dengan target dan komitmen pencapaian MDGs. Selanjutnya Penerima PKH akan ditingkatkan secara bertahap hingga mencakup seluruh RTSM/ KSM (Tabel 3).



2. Bappenas, berperan dalam proses perencanaan serta monitoring dan evaluasi program.
3. BPS, berperan dalam pelaksanaan pendataan dasar untuk penetapan sasaran melalui PPLS.
4. Kementerian Sosial sebagai pelaksana program.
5. Kementerian Kesehatan berperan sebagai penyedia layanan kesehatan dan verifikasi kesehatan serta Sosialisasi.
6. Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan berperan sebagai penyedia layanan pendidikan dan verifikasi pendidikan serta sosialisasi.
7. Kementerian Agama berperan sebagai penyedia layanan pendidikan dan verifikasi pendidikan serta sosialisasi.
8. Kementerian Komunikasi dan Informatika berperan sebagai penyusun konsep dan penyelenggara sosialisasi PKH.
9. Kementerian Keuangan berperan sebagai penyedia dana PKH.
10. Kementerian Dalam Negeri berperan dalam fasilitasi penerbitan kartu identitas diri (KTP) dan kartu keluarga (KK) peserta PKH.
11. Pemerintah Daerah (Pemda) berperan dalam dukungan pelaksanaan PKH sesuai dengan komitmen yang telah ditandatangani oleh masing-masing kepala daerah.

### C. Tahap Proses

Tahapan dalam pelaksanaan PKH meliputi:

1. Penetapan Sasaran
2. Validasi

3. Penyaluran bantuan Pertama
4. Pemutakhiran Data
5. Verifikasi
6. Penyaluran bantuan tahap Selanjutnya
7. Transformasi (resertifikasi, transisi, dan graduasi)

Untuk mendukung bisnis proses di atas, dilakukan kegiatan:

1. Koordinasi
2. Sosialisasi
3. Rekrutmen
4. Pelatihan
5. Rapat koordinasi (Pusat, Nasional, Provinsi, Kabupaten/Kota)
6. Bimbingan teknis Pendamping/Operator (reguler) dan Penyedia Layanan (*service provider*)
7. Pengaduan Masyarakat
8. Monitoring & Evaluasi
9. Pertemuan Peningkatan Kemampuan Keluarga (P2K2) - *Family Development Session (FDS)*

#### D. Ketentuan Peserta PKH

Sejak tahun 2007, basis kepesertaan bantuan PKH diarahkan kepada RTSM. Mulai tahun 2012 basis bantuan PKH diarahkan pada KSM (orang tua - ayah, ibu dan anak). Perubahan ini untuk mengakomodasi prinsip bahwa keluarga adalah satu unit yang sangat relevan dengan peningkatan kualitas sumber daya manusia. Orang tua mempunyai tanggung jawab terhadap pendidikan, kesehatan, kesejahteraan, dan masa depan anak. Karena itu keluarga adalah unit yang relevan dalam upaya memutus rantai kemiskinan antar generasi.

Peserta PKH adalah RTSM/KSM yang sesuai dengan kriteria BPS dan memenuhi satu atau beberapa kriteria program, yaitu:

1. Ibu hamil/ibu nifas/anak balita,
2. Anak usia 5-7 tahun yang belum masuk pendidikan dasar (anak pra sekolah),
3. Anak SD/MI/Paket A/SDLB (usia 7-12 tahun),
4. Anak SLTP/ MTs/Paket B/SMLB (usia 12-15 tahun),
5. Anak usia 15-18 tahun yang belum menyelesaikan pendidikan dasar termasuk anak dengan disabilitas.

Setiap penerima PKH diberikan kartu peserta sebagai bukti kepesertaan. Nama yang tercantum dalam kartu peserta PKH RTSM adalah nama perempuan dewasa (ibu, nenek, bibi dan anak perempuan dewasa) yang mengurus RTSM. Sedangkan nama yang tercantum dalam kartu peserta PKH KSM adalah perempuan dewasa (ibu dan anak perempuan dewasa). Dalam hal kondisi tertentu dapat digantikan oleh kepala keluarga. Kartu tersebut digunakan untuk menerima bantuan PKH dan bantuan sosial lainnya.

Peserta PKH diikutsertakan pada program bantuan sosial lainnya, antara lain program Jamkesmas, BSM, Raskin, KUBE, dan BLSM.

#### **1. Kewajiban Peserta PKH**

Ada beberapa kewajiban Peserta PKH yang harus dipenuhi yaitu:

**a. Kewajiban Bidang Kesehatan.**

- 1) Peserta PKH yang telah memiliki kartu PKH, wajib memenuhi persyaratan kesehatan yang sudah ditetapkan dalam protokol pelayanan kesehatan bagi peserta PKH sebagaimana terlampir pada lampiran 3.
- 2) Peserta PKH yang dikenakan persyaratan kesehatan adalah peserta yang memiliki ibu hamil/nifas, anak balita atau anak usia 5-7 tahun yang belum masuk pendidikan SD.

Tabel 4. Protokol Pelayanan Kesehatan bagi Peserta PKH

**Anak usia 0-6 tahun**

- Bayi Baru Lahir (BBL) harus mendapatkan IMD, pemeriksaan segera saat lahir, menjaga bayi tetap hangat, Vit K, HB0, salep mata, konseling menyusui.
- Anak usia 0-28 hari (neonatus) harus diperiksa kesehatannya sebanyak 3 kali : pemeriksaan pertama pada 6-48 jam, kedua : 3-7 hari, ketiga: 8-28 hari. Anak usia 0-6 bulan harus diberikan ASI eksklusif (ASI saja)
- Anak usia 0-11 bulan harus diimunisasi lengkap (BCG, DPT, Polio, Campak, Hepatitis B), ditimbang berat badannya secara rutin setiap bulan dan dideteksi perkembangan empat kali setahun, dan mendapatkan Vitamin A satu kali (khusus untuk anak usia 6-11 bulan).
- Anak usia 12-59 bulan harus mendapatkan Vitamin A, dua kali setahun pada bulan Februari dan Agustus, ditimbang berat badannya secara rutin setiap bulan dan dideteksi perkembangan dua kali setahun setiap enam bulan
- Anak usia 5-6 tahun ditimbang berat badannya secara rutin setiap bulan dan dideteksi perkembangan dua kali setahun setiap enam bulan.

- Ikutkan anak pada kelompok pendidikan Anak Usia Dini (PAUD/ *Early Childhood Education*) apabila di lokasi/ posyandu terdekat terdapat fasilitas PAUD.

Ibu hamil dan ibu nifas:

- Selama kehamilan, ibu hamil harus melakukan pemeriksaan kehamilan di fasilitas kesehatan sebanyak empat kali yaitu satu kali pada usia kehamilan 3 bulan I, 1 kali pada usia kehamilan 3 bulan II, 2 kali pada 3 bulan terakhir, dan mendapatkan suplemen tablet Fe.
- Ibu melahirkan harus ditolong oleh tenaga kesehatan/medis.
- Ibu nifas harus melakukan pemeriksaan/diperiksa kesehatannya setidaknya tiga kali pada minggu I, IV dan VI setelah melahirkan.

Anak dengan disabilitas:

- Anak penyandang disabilitas dapat memeriksakan kesehatan di dokter spesialis atau psikolog sesuai dengan jenis dan derajat kecacatan.

Sumber : Buku KIA, Kementerian Kesehatan

**b. Kewajiban bidang Pendidikan**

Peserta PKH yang memiliki anak usia 7-15 tahun diwajibkan untuk didaftarkan/terdaftar pada lembaga pendidikan dasar (SD/MI/SDLB/ Salafiyah Ula/ Paket A atau SMP/MTs/SMLB/ Salafiyah Wustha/ PaketB termasuk SMP/MTs terbuka) dan mengikuti kehadiran di kelas minimal 85% dari hari belajar efektif setiap bulan selama tahun ajaran berlangsung. Apabila ada anak yang berusia 5-6 tahun yang sudah masuk sekolah dasar dan sejenisnya, maka yang bersangkutan dikenakan verifikasi bidang pendidikan.



Tabel 5. Skenario Jumlah Bantuan PKH (PerRTSM/KSM/Tahun)

Skenario Bantuan	Jumlah Bantuan
Bantuan tetap	Rp. 300.000
Bantuan bagi RTSM/KSM yang memiliki Anak usia di bawah 6 tahun, ibu hamil/menyusui	Rp. 1.000.000
Anak peserta pendidikan setara SD/MI/Paket A/SDLB	Rp. 500.000
Anak peserta pendidikan setara SMP/Mts/Paket B/SMLB	Rp. 1.000.000
Bantuan maksimum per RTSM/KSM	Rp. 2.800.000
Bantuan minimum per RTSM/KSM	Rp. 800.000
Rata-rata bantuan per RTSM/KSM	Rp. 1.800.000

Sumber : SK Dirjen Perlindungan dan Jaminan Sosial no.121/LJS/06/2013

Dengan adanya perbedaan komposisi anggota keluarga RTSM/KSM, maka besar bantuan yang diterima setiap RTSM/KSM akan bervariasi pada setiap tahapan bantuan seperti terlihat pada tabel 6.

Tabel 6. Variasi Nominal Bantuan/tahun (Berdasarkan Komponen PKH)

No	NOMINAL BANTUAN/TAHUN	BANTUAN TETAP	BANTUAN BERDASARKAN KOMPONEN*			
			BUMIL/IBFAS/BALITA	ANAK SD	ANAK SMP	KETERANGAN
1	800.000	300.000	-	500.000	-	Bila 1 anak SD
2	1.300.000	300.000	1.000.000	-	-	Bila ada bumil/ibfas/balita
			-	1.000.000	-	Bila 2 anak SD
			-	-	1.000.000	Bila 1 anak SMP
3	1.800.000	300.000	1.000.000	500.000	-	Bila ada bumil/ibfas/balita dan 1 anak SD
			-	500.000	1.000.000	Bila 1 anak SD dan 1 anak SMP
			-	1.500.000	-	Bila 3 anak SD
4	2.300.000	300.000	1.000.000	-	1.000.000	Bila ada bumil/ibfas/balita dan 1 anak SMP
			1.000.000	1.000.000	-	Bila ada bumil/ibfas/balita dan 2 anak SD
			-	1.000.000	1.000.000	Bila 2 anak SD dan 1 anak SMP
			-	-	2.000.000	Bila 2 anak SMP
5	2.800.000	300.000	1.000.000	500.000	1.000.000	Bila ada bumil/ibfas/balita dan 1 anak SD dan 1 anak SMP
			1.000.000	1.500.000	-	Bila ada bumil/ibfas/balita dan 1 anak SD
			-	1.500.000	1.000.000	Bila 3 anak SD dan 1 SMP
			-	500.000	2.000.000	Bila 1 anak SD dan 1 SMP

Bagi anak penyandang disabilitas yang masih mampu mengikuti pendidikan reguler dapat mengikuti program SD/MI atau SMP/MTs, sedangkan bagi yang tidak mampu dapat mengikuti pendidikan non reguler yaitu SDLB atau SMLB.

Peserta PKH yang memiliki anak usia 15-18 tahun dan belum menyelesaikan pendidikan dasar, maka diwajibkan anak tersebut didaftarkan/terdaftar ke satuan pendidikan reguler atau non-reguler (SD/MI, atau SMP/MTs, atau Paket A, atau Paket B).

Anak peserta PKH yang bekerja atau menjadi pekerja anak atau telah meninggalkan sekolah dalam waktu yang cukup lama, maka anak tersebut harus mengikuti *program remedial* yakni mempersiapkannya kembali ke satuan pendidikan. Program remedial ini adalah layanan rumah singgah atau *shelter* yang dilaksanakan Kementerian Sosial untuk anak jalanan dan Kemenakertrans untuk pekerja anak.

## 2. Hak Peserta PKH

Hak peserta adalah mendapatkan layanan pendidikan dan kesehatan serta mendapatkan bantuan tunai bersyarat.

Besaran bantuan untuk setiap peserta PKH mengikuti skenario bantuan seperti yang disajikan pada tabel 5 berikut:

bantuan sebesar 10% dari bantuan yang diterima setiap tahapan dengan ketentuan sebagai berikut:

- Seluruh anggota keluarga Peserta PKH selama tiga bulan berturut-turut tidak memenuhi komitmen maka peserta PKH tidak dapat menerima bantuan pada tahapan bantuan tersebut.
- Salah satu dari anggota rumah tangga/keluarga tidak memenuhi kewajiban di bidang kesehatan atau bidang pendidikan, maka akan dikurangi sebesar 10% pada tahapan bantuan.

Rincian pengurangan dapat dilihat pada tabel 8 berikut:

Tabel 8. Mekanisme Pengurangan Bantuan

Anggota Rumah tangga	Tidak Memenuhi Komitmen Dalam 1 Tahapan		
	bulan ke 1	Bulan ke 2	Bulan ke 3
Seluruh	10%	20%	100%
Sebagian/ Tanggung renteng	10%	20%	30%

*Keterangan: Tanggung renteng adalah bila salah satu saja anggota RTSM/KSM tidak memenuhi kewajiban di bidang kesehatan dan atau pendidikan, akan dilakukan pemotongan sebesar ketentuan yang tersebut di atas.*

Ilustrasi untuk pengurangan bantuan tersebut, dapat dilihat di bawah ini.

Ilustrasi 1. Sebahagian Anggota RTSM/KSM tidak komitmen

3 BULAN TIDAK KOMITMEN (Rp. 1.800.000/Tahun)			
TAHAP 2, NOMINAL BANTUAN Rp. 675.000			
Komponen	Bulan		
	Bulan -1	Bulan-2	Bulan-3
Bumil/Balita	X	X	X
SD	X	Y	Y
Potongan	67,500	67,500	67,500
Total Potongan		202.500	

Seluruh anggota rumah tangga yang menjadi penerima bantuan PKH, seperti yang tertera pada tabel 6 (Variasi Nominal Bantuan/tahun, berdasarkan Komponen PKH) di atas, diharuskan menjalankan kewajiban sebagai peserta PKH.

Bantuan tetap per RTSM/KSM per tahun sebesar Rp. 300.000,- dibayarkan pada tahap penyaluran bantuan kedua. Sedangkan untuk peserta PKH lokasi baru yang bantuannya hanya dibayarkan satu kali (di akhir tahun), besar bantuan tetap per RTSM/KSM sebesar Rp 75.000,-.

Tabel 7. Jumlah bantuan per tahap untuk berbagai variasi jumlah bantuan

No	Komponen Bantuan	Nominal Bantuan/tahun	Nominal Bantuan per tahap			
			Tahap 1	Tahap 2	Tahap 3	Tahap 4
1	Bantuan Tetap	800.000	-	300.000	-	-
	Bantuan Komponen		125.000	125.000	125.000	125.000
	<b>Total</b>		<b>125.000</b>	<b>425.000</b>	<b>125.000</b>	<b>125.000</b>
2	Bantuan Tetap	1.300.000	-	300.000	-	-
	Bantuan Komponen		250.000	250.000	250.000	250.000
	<b>Total</b>		<b>250.000</b>	<b>550.000</b>	<b>250.000</b>	<b>250.000</b>
3	Bantuan Tetap	1.800.000	-	300.000	-	-
	Bantuan Komponen		375.000	375.000	375.000	375.000
	<b>Total</b>		<b>375.000</b>	<b>675.000</b>	<b>375.000</b>	<b>375.000</b>
4	Bantuan Tetap	2.300.000	-	300.000	-	-
	Bantuan Komponen		500.000	500.000	500.000	500.000
	<b>Total</b>		<b>500.000</b>	<b>800.000</b>	<b>500.000</b>	<b>500.000</b>
5	Bantuan Tetap	2.800.000	-	300.000	-	-
	Bantuan Komponen		625.000	625.000	625.000	625.000
	<b>Total</b>		<b>625.000</b>	<b>925.000</b>	<b>625.000</b>	<b>625.000</b>

### 3. Sanksi

Peserta PKH yang tidak memenuhi komitmen kesehatan dan pendidikan, akan dikenai sanksi berupa pengurangan

Keterangan:

1. Dalam tabel diatas bumil dan balita tidak komitmen selama tiga bulan berturut-turut, sedangkan anak SD tidak komitmen dibulan pertama dan komitmen dibulan kedua dan ketiga
2. Potongan bantuan sebesar 10% dikenakan pada bulan pertama, kedua dan ketiga sehingga terakumulasi menjadi 30%

Ilustrasi 2. Seluruh Anggota RTSM/KSM tidak komitmen

3 BULAN TIDAK KOMITMEN (Rp. 1.800.000/Tahun)			
TAHAP 2, NOMINAL BANTUAN Rp. 675.000			
Komponen	Bulan		
	Bulan -1	Bulan-2	Bulan-3
Bumil/Balita	X	X	X
SD	X	X	X
Potongan	67,500	67,500	67,500
Total Potongan	Tidak mendapatkan bantuan		

Keterangan: Dalam tabel diatas semua komponen tidak memenuhi komitmen sehingga bantuan tidak diberikan

Besaran bantuan dan berbagai ketentuan di atas akan dievaluasi dan disesuaikan dengan perkembangan yang ada.

PKH tidak mengatur mengenai penggunaan dan atau pemanfaatan bantuan. Peserta PKH memiliki kewenangan mempergunakan serta memanfaatkan bantuan yang diberikan. Namun demikian, pemanfaatan bantuan diprioritaskan untuk mengakses layanan pendidikan dan layanan kesehatan.

### E. Strategi Transformasi

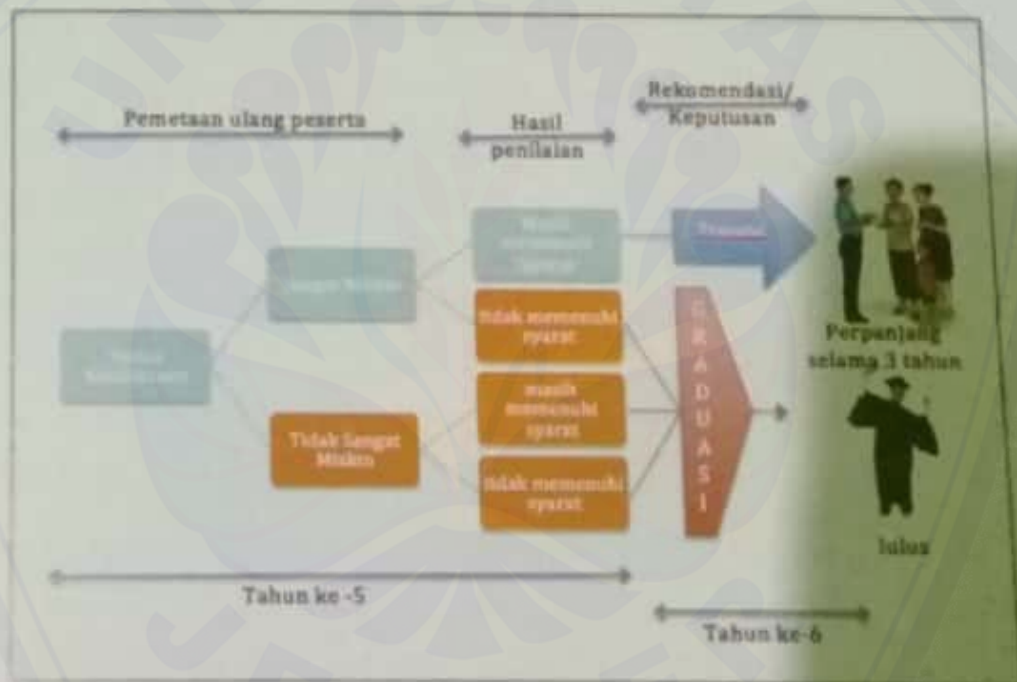
Kepesertaan penerima bantuan PKH selama enam tahun, setelah itu diharapkan terjadi perubahan perilaku terhadap peserta PKH dalam bidang pendidikan, kesehatan dan peningkatan status sosial ekonomi. Pada tahun kelima kepesertaan PKH akan dilakukan resertifikasi.

## 1. Resertifikasi

Resertifikasi adalah pendataan ulang dan evaluasi status sosial ekonomi peserta PKH yang dilakukan setelah peserta tersebut mendapatkan bantuan PKH selama kurun waktu tertentu. Resertifikasi dilakukan pada tahun kelima kepesertaan menjelang masa berakhirnya kepesertaan PKH, yaitu enam tahun.

Hasil resertifikasi akan digunakan untuk menetapkan status akhir kepesertaan PKH dalam program ini, yaitu graduasi atau transisi (Lihat gambar 6).

Gambar 6: Diagram Resertifikasi

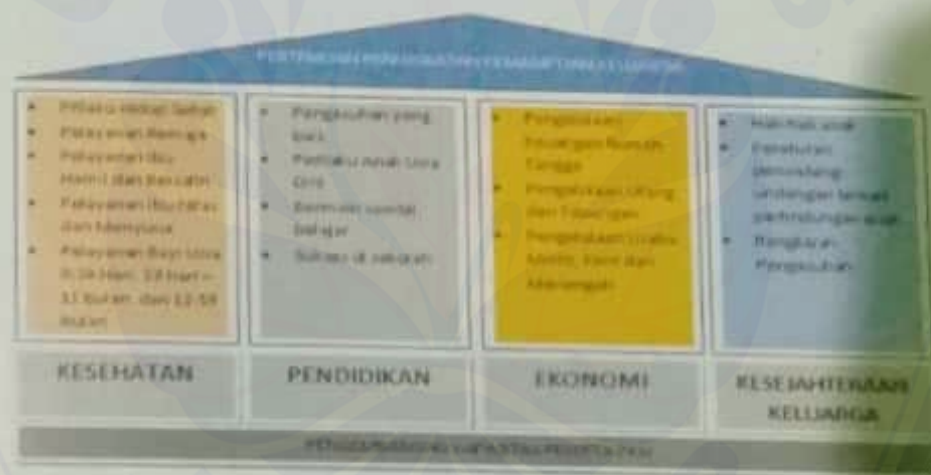


## Graduasi dan Transisi

Graduasi adalah peserta PKH yang memenuhi 3 syarat yaitu (a) masih miskin tapi tidak memenuhi syarat PKH, (b) tidak miskin tetapi masih memenuhi syarat PKH, (c) tidak miskin serta tidak memenuhi syarat PKH.

- positif terkait pendidikan, kesehatan, ekonomi dan kesejahteraan keluarga.
- d. Meningkatkan keterampilan orang tua dalam bidang pendidikan, kesehatan, ekonomi dan kesejahteraan keluarga.
- e. Meningkatkan kemampuan peserta untuk mengenali potensi yang ada pada diri dan lingkungannya agar dapat digunakan dalam peningkatan kesejahteraan keluarga dan masyarakat.
- f. Memberikan pemahaman kepada peserta untuk menemukan potensi lokal agar dapat dikembangkan secara ekonomi.

Gambar 7: Pertemuan Peningkatan Kemampuan Keluarga (P2K2)



### 3.2.2 Komplementaritas dan sinergitas Program

Untuk mensukseskan keberhasilan program pemerintah, maka suatu program harus melakukan komplementaritas dengan program pemerintah lainnya. Dalam pelaksanaan PKH yang melibatkan sektor lainnya, maka tidak lepas dari sinergitas dengan program terkait dari Kementerian

Peserta yang dinyatakan graduasi akan berakhir masa kepesertaannya pada akhir tahun ke-enam.

Transisi adalah peserta PKH yang kondisinya masih sangat miskin dan memenuhi syarat PKH, yang dimulai pada tahun ke tujuh selama tiga tahun. Pada masa transisi peserta PKH tetap menerima bantuan PKH dan menerima tambahan kegiatan Pertemuan Peningkatan Kemampuan Keluarga (P2K2) atau *Family Development Session* (FDS) dan dipersiapkan untuk menerima program-program pengentasan kemiskinan lainnya.

### 3. Pertemuan Peningkatan Kemampuan Keluarga (P2K2)

Pertemuan Peningkatan Kemampuan Keluarga (P2K2) atau yang dikenal dengan *Family Development Session* (FDS) merupakan proses belajar peserta PKH berupa pemberian dan pembahasan informasi praktis di bidang kesehatan, pendidikan, ekonomi, pemberdayaan dan kesejahteraan keluarga yang disampaikan melalui pertemuan kelompok bulanan.

P2K2 ini akan diberlakukan pada peserta PKH yang memasuki masa transisi.

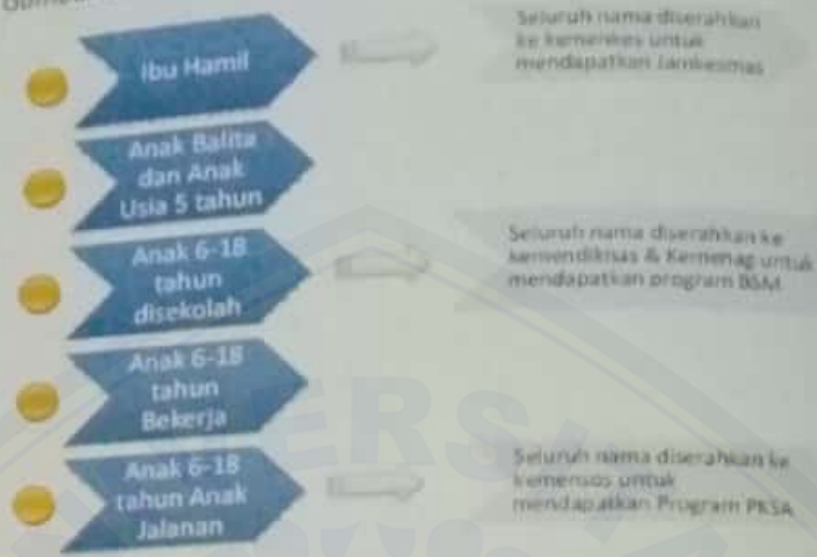
#### Tujuan P2K2

- a. Meningkatkan pengetahuan praktis mengenai kesehatan, pendidikan, ekonomi, dan kesejahteraan keluarga.
- b. Meningkatkan kesadaran akan hak dan kewajiban sebagai anggota masyarakat.
- c. Menjaga dan memperkuat perubahan perilaku



Kesehatan, Pendidikan dan Kebudayaan, dan instansi atau lembaga terkait lainnya. (lihat gambar 8)

Gambar 8 : Komplementaritas Antar Program



Seluruh nama anak usia 0-18 tahun dengan disabilitas diserahkan kepada Kementerian Sosial untuk mendapatkan program JS Paca.

Dalam pelaksanaan PKH, Kementerian Sosial RI telah melakukan sinergitas dengan program lain seperti Jamkesmas dan Jampersal dari Kementerian Kesehatan, serta Beasiswa pendidikan bagi keluarga miskin dari Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan. Selain itu pelaksanaan PKH telah bersinergitas dengan Kelompok Usaha Bersama (KUBE), Askesos, JS Paca, Usaha Ekonomi Produktif (UEP), BSM, beras miskin (raskin) dan Program Pengurangan Pekerja Anak yang dilaksanakan Kemenakertrans.

### BAB III MEKANISME DAN PROSEDUR

Bab ini menjelaskan seluruh proses utama dalam implementasi Program Keluarga Harapan (PKH). Proses utama Pelaksanaan PKH beserta Kementerian atau Lembaga yang melaksanakan prosesnya dapat dilihat di gambar 9.

Gambar 9: Proses Utama Pelaksanaan PKH



#### Proses penetapan sasaran (Targeting)

Targeting PKH didasarkan atas basis data terpadu untuk Program Perlindungan Sosial dari TNP2K yang bersumber dari hasil Pendataan Program Perlindungan Sosial (PPLS) oleh BPS. /

Proses penetapan sasaran menghasilkan data calon peserta PKH sesuai dengan persyaratan PKH dan jumlah calon peserta PKH per daerah (Provinsi, Kabupaten/Kota, Kecamatan, dan Kelurahan/Desa).

**1. Penetapan Lokasi dan Pemilihan Calon Peserta PKH**  
Penetapan Kabupaten/Kota dan Kecamatan terutama didasarkan atas komitmen pemerintah daerah dalam bentuk:

- a. Pengajuan proposal dari Pemda Kabupaten/Kota ke UPPKH Pusat dengan melampirkan surat rekomendasi Provinsi.
- b. Ketersediaan fasilitas pendidikan (fasdik) dan fasilitas kesehatan (faskes) yang memadai untuk mendukung program PKH.
- c. Penyediaan fasilitas sekretariat UPPKH Kabupaten/Kota.
- d. Penyediaan fasilitas sekretariat untuk Pendamping PKH di Kecamatan.
- e. Penyediaan dana penyertaan PKH melalui APBD I dan II minimal sebesar 5%, dihitung dari total bantuan peserta PKH baik di Provinsi maupun di tingkat Kabupaten/Kota.

Faktor lain yang menjadi pertimbangan UPPKH Pusat berdasarkan *database* yang disediakan oleh TNP2K, maka UPPKH Pusat melakukan pemilihan RTSM/KSM yang bisa menjadi peserta PKH sesuai dengan kriteria. RTSM/KSM yang dipilih sebagai calon peserta PKH adalah RTSM/KSM yang mempunyai salah satu atau lebih kriteria berikut:

- Ibu hamil/nifas,
- Anak berusia di bawah 6 tahun,
- Anak usia SD,
- Anak usia SMP,
- Anak berusia 15-18 tahun namun belum menyelesaikan pendidikan dasar.
- Anak penyandang disabilitas berusia 0-18 tahun/

Hasil proses seleksi ini adalah daftar nama RTSM/KSM calon peserta PKH yang dilengkapi dengan alamatnya. Daftar nama di sini adalah perempuan dewasa (ibu, nenek, dan bibi) yang mengurus RTSM/KSM yang akan menerima bantuan PKH dan nama anggota RTSM/KSM yang berhak menerima bantuan PKH. Berdasarkan daftar calon peserta PKH ini, UPPKH Pusat menginformasikan daerah yang menjadi target pelaksanaan PKH dan jumlah calon peserta PKH di masing-masing daerah ke Dinas/Instansi Sosial Kabupaten/Kota yang bersangkutan. Penetapan dilakukan melalui Surat Keputusan (SK) Direktur Jenderal Perlindungan dan Jaminan Sosial, Kementerian Sosial RI. Informasi ini selain melalui surat resmi dapat dilakukan melalui fax atau email.

Selam pelaksanaan PKH, Kementerian Sosial telah melakukan sinergitas dengan program lain seperti Jamkesmas dan Jampersal dari Kementerian Kesehatan, Kartu Beasiswa pendidikan bagi keluarga miskin dari Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan. Selain itu pelaksanaan PKH telah bersinergi dengan Kelompok Usaha Bersama (KUBE), Askesos, Usaha

Ekonomi Produktif (UEP), BSM, beras miskin (raskin) dan Program Pengurangan Pekerja Anak yang dilaksanakan Kemenakertrans.

## 2. Proposal

Menindaklanjuti penetapan lokasi PKH di masing-masing daerah, maka daerah perlu mempersiapkan hal-hal sebagai berikut:

- a. Pembentukan Tim koordinasi PKH di Kabupaten/Kota. Pembentukan tim ini harus berkoordinasi dengan Tim Koordinasi Penanggulangan Kemiskinan Daerah (TKPKD).
- b. Penyediaan kantor sekretariat dan fasilitas pendukung (termasuk sistem komputer untuk mendukung MIS PKH) di UPPKH Kabupaten/Kota,
- c. Penyediaan kantor sekretariat UPPKH Kecamatan.
- d. Melakukan sosialisasi, meliputi:
  - 1) Sosialisasi kepada tim koordinasi Kabupaten/Kota,
  - 2) Sosialisasi kepada aparat pemerintah di level kecamatan dan kabupaten,
  - 3) Sosialisasi kepada masyarakat.

## B. Proses Persiapan Pertemuan Awal dan Validasi

Setelah proses penetapan sasaran (*targeting*) selesai, UPPKH Pusat melakukan validasi calon peserta PKH. Tahapan proses validasi, meliputi:

### Pencetakan dan Pengiriman Formulir Validasi

UPPKH Pusat melakukan pencetakan dan pengiriman

data RTSM/KSM calon peserta PKH ke UPPKH Kabupaten/Kota untuk keperluan validasi (pencocokkan data). Data ini mencakup seluruh anggota RTSM/KSM yang berhak menerima bantuan program PKH di Kabupaten/Kota yang menjadi wilayah PKH.

## **2. Penyusunan Jadwal Pertemuan Awal (PA)**

Setelah UPPKH Kabupaten/Kota menerima data RTSM/KSM calon peserta PKH dan formulir validasi serta formulir undangan PA. Operator UPPKH Kabupaten/Kota dan Pendamping berkoordinasi untuk melakukan persiapan PA.

## **3. Pertemuan Awal dan Validasi**

Sebelum pelaksanaan PA, Pendamping mengisi blanko atau mengambil formulir validasi dari UPPKH jika dicetak menggunakan komputer. Untuk pelaksanaan PA, Pendamping harus berkoordinasi dengan aparat Kecamatan dan Kelurahan/Desa setempat.

Tujuan pertemuan awal adalah:

- a. Menginformasikan tujuan dan ketentuan PKH;
- b. Melakukan Validasi dan Pemutakhiran Data RTSM/KSM;
- c. Menjelaskan komitmen yang harus dilakukan oleh peserta PKH untuk dapat menerima bantuan;
- d. Menjelaskan sanksi dan implikasi apabila peserta PKH tidak memenuhi komitmen yang ditetapkan dalam program;
- e. Menjelaskan mekanisme dan prosedur keluhan dan pengaduan atas pelaksanaan PKH;

- f. Meminta RTSM/KSM untuk menandatangani surat pernyataan yang tertera di dalam surat undangan pertemuan awal sebagai tanda kesediaan mengikuti komitmen yang ditetapkan dalam program;
- g. Memfasilitasi pembentukan kelompok ibu peserta PKH, termasuk penunjukan ketua kelompok;
- h. Menjelaskan hak dan kewajiban ibu peserta PKH;
- i. Menerima pengaduan;
- j. Penjelasan tentang jadwal penyaluran bantuan PKH;
- k. Penjelasan jadwal kunjungan ke fasilitas kesehatan (oleh petugas kesehatan);
- l. Penjelasan tentang pendaftaran sekolah.

Apabila terdapat RTSM/KSM terpilih yang tidak hadir, maka Pendamping berkewajiban menemui RTSM/ KSM tersebut setelah pertemuan awal dan melakukan proses sebagaimana di atas. Penjelasan lebih lanjut tentang pelaksanaan pertemuan awal dijelaskan dalam buku Pedoman Operasional Kelembagaan PKH.

#### 4. Penetapan Peserta dan Penetapan Kartu Peserta PKH

Setelah PA selesai dilakukan, Pendamping melakukan entry data menggunakan aplikasi SIM PKH *Stand Alone* melalui komputer masing-masing atau menggunakan komputer di sekolah, sewa laboratorium komputer di sekolah, dan atau menggunakan Pusat Layanan Internet Kecamatan (PLIK/M-PLIK). Selanjutnya data hasil entry *download* dan diserahkan ke Operator UPPKH Kabupaten/Kota untuk *upload* ke SIM PKH Nasional. Dan kemudian UPPKH Pusat mengolah data

hasil validasi dan menentukan Daftar Tetap Peserta PKH

Seluruh data peserta PKH yang telah ditetapkan akan menjadi Data Dasar Utama (*Master Database*) UPPKH dan merupakan daftar resmi peserta PKH. *Master Database* tersebut kemudian dikirim UPPKH Pusat ke Mitra Kerja/Vendor untuk selanjutnya dicetak Kartu Peserta PKH. Dalam hal karena keterbatasan waktu pencetakan kartu, maka pelaksanaannya akan dimasukkan kedalam tahun berikutnya. Kartu ini sebagai bukti kepesertaan dalam PKH dan nama yang tercantum dalam kartu tersebut adalah nama ibu/wanita yang mengurus anak. Kartu Peserta PKH dikirimkan ke UPPKH Kabupaten/Kota untuk selanjutnya didistribusikan oleh Pendamping kepada Peserta PKH.

### C. Penyaluran Bantuan

Bantuan PKH diberikan kepada peserta PKH. Penyaluran bantuan bagi peserta yang telah ditetapkan pada tahun anggaran sebelumnya dilaksanakan empat tahap dalam satu tahun, sedangkan untuk kepesertaan yang ditetapkan pada tahun berjalan, penyalurannya dilaksanakan dalam tiga tahap.

Adapun dan pelaksanaan penyaluran bantuan disesuaikan dengan situasi dan kondisi yang ada pada tahun berjalan serta disesuaikan dengan kebijakan yang dibuat untuk memperlancar pelaksanaan penyaluran bantuan.

↳ "ceritakan kalau dana PKH cairnya sudah 6 bln khali → penerima manfaat."



Gambar 10. Proses Penyaluran

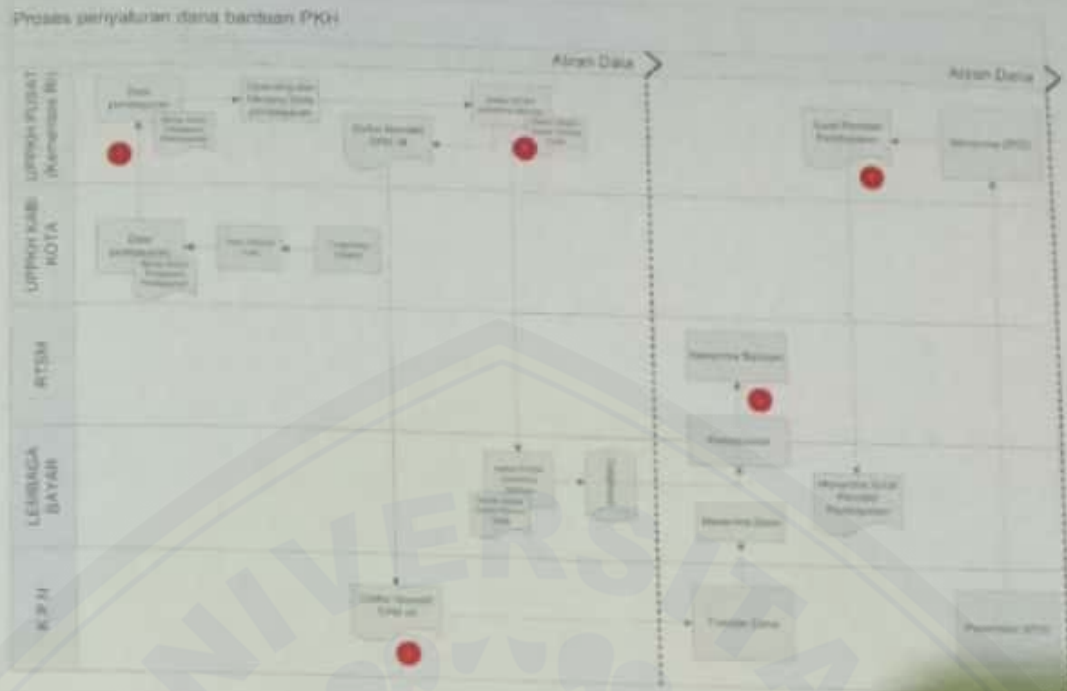
Kegiatan	Thn 2012		Tahun 2013 dan seterusnya												
	Nov	Des	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Sep	Okt	Nov	Des	
Proses Penyaluran Dana I															
Proses Penyaluran Dana II															
Proses Penyaluran Dana III															
Proses Penyaluran Dana IV															
Input															
Data Verifikasi I															
Input															
Data Verifikasi II															
Input															
Data Verifikasi III															
Input															
Data Verifikasi IV															

### Proses Penyaluran

Pelaksanaan penyaluran bantuan PKH untuk pengembangan Kabupaten/Kota tahun berjalan dilaksanakan satu tahap penyaluran bantuan. Nilai "bantuan tetap" yang diberikan sebesar Rp. 75.000,-

Pelaksanaan penyaluran bantuan di lokasi Kab/Kota tahun anggaran sebelumnya menitik beratkan kepada hasil komitmen peserta PKH dalam mengabdikan pelayanan pendidikan dan kesehatan serta pemutakhiran data.

Gambar 11. Alur proses penyaluran bantuan



Keterangan : secara detail dapat dilihat dalam buku pedoman operasional penyaluran bantuan

#### (D) Pembentukan Kelompok Peserta PKH

Setelah penyaluran bantuan pertama dilakukan, UPPKH Kecamatan memfasilitasi pertemuan kelompok peserta PKH. Setiap 15-25 RTSM/KSM disarankan memiliki ketua kelompok yang berfungsi sebagai *contact person* bagi UPPKH Kabupaten/Kota dan Kecamatan untuk setiap kegiatan, seperti kegiatan sosialisasi, pelatihan, penyuluhan, penyelesaian masalah, sesi pemberdayaan keluarga (P2K2) dan sebagainya.

Ketua kelompok dipilih secara terbuka untuk menjaring masyarakat yang secara sukarela memiliki komitmen tinggi (tanpa gaji atau honor) untuk mensukseskan pelaksanaan PKH. Ketua kelompok terpilih tidak diperkenankan

memungut bayaran apapun dari peserta PKH, tetapi dapat mengikuti kegiatan seperti mengikuti sosialisasi, pelatihan, penyuluhan dan sebagainya yang dilaksanakan oleh program. Mekanisme pembentukan kelompok dijelaskan lebih rinci pada Pedoman Operasional Kelembagaan PKH.

### E. Verifikasi Komitmen

Verifikasi komitmen peserta PKH pada prinsipnya dilakukan terhadap pendaftaran (*enrollment*) dan kehadiran (*attendance*) anak baik di sekolah untuk komponen pendidikan maupun Puskesmas dan jaringannya untuk komponen kesehatan. Kepada pihak pelaksana pelayanan pendidikan, baik sekolah/madrasah/ penyelenggara Paket A/B sangat diharapkan peran aktifnya untuk dapat menarik kembali anak-anak RTSM/KSM, khususnya yang belum menyelesaikan pendidikan dasar namun telah meninggalkan bangku sekolah atau bekerja, untuk kembali ke sekolah.

Verifikasi komitmen Peserta PKH dilaksanakan setiap bulan, dan hasil verifikasi menjadi dasar penyaluran bantuan yang diterimakan peserta PKH. Khusus untuk wilayah pengembangan pelaksanaan verifikasi dilakukan dengan mempertimbangkan kesiapan sekolah, baik sisi petugas fasilitas kesehatan dan fasilitas pendidikan, dan kesiapan Teknis UPPKH Kabupaten/Kota. UPPKH B menyajikan skenario penyaluran bantuan dan proses data input verifikasi komitmen peserta PKH.

Verifikasi untuk penyaluran bantuan tahap awal dilakukan dengan menerbitkan daftar siswa yang terdaftar di masing-masing sekolah dan anak usia 0-6 tahun, ibu hamil dan ibu nifas yang terdaftar di Puskesmas yang terdekat dengan tempat tinggal peserta PKH. Berdasarkan daftar tersebut Pendamping mengunjungi fasilitas pendidikan dan kesehatan dengan membawa blanko formulir verifikasi. Bersama dengan petugas layanan pendidikan dan kesehatan Pendamping mengisi blanko formulir verifikasi kehadiran dengan RTSM peserta PKH yang tidak hadir di kedua layanan tersebut.

Blanko formulir verifikasi yang telah diisi oleh Pendamping dan disahkan oleh petugas layanan pendidikan dan kesehatan, dikirimkan ke UPPKH Propinsi untuk di *scan* menggunakan alat *Digital Mark Reader* (DMR) kemudian *diupload* ke SIM PKH Nasional.

Namun untuk PKH kepesertaan tahun 2007-2011, data formulir verifikasi *dientry* menggunakan SIM PKH Nasional.

### 1. Komponen Pendidikan

Di sekolah/madrasah/sekolah luar biasa/penyelenggara Paket A/B, guru mencatat ketidak-hadiran seluruh siswa penerima PKH untuk memantau tingkat kehadiran yang telah ditentukan yaitu minimal 85% dari hari belajar efektif atau ketentuan tatap muka Paket A/B/MP terbuka/keaksaraan fungsional dalam 9 bulan. Pengecualian diberlakukan pada siswa yang absen karena sakit paling lama 3 hari atau terjadinya bencana alam di daerah tersebut. Jika absen karena sakit lebih dari

3 hari secara berturut-turut, siswa tersebut diwajibkan memberikan surat keterangan sakit yang dikeluarkan oleh dokter atau petugas kesehatan yang diakui.

Secara periodik, yaitu di awal bulan, Pendamping akan mengirim formulir verifikasi untuk tiga bulan sekaligus dan mengambil formulir tersebut pada setiap akhir bulan untuk diproses lebih lanjut.

Ketentuan persyaratan yang berlaku bagi anak-anak yang bersekolah di madrasah dan pendidikan luar sekolah diatur tersendiri dalam buku Pedoman Operasional bagi pemberi Pelayanan Pendidikan.

## 2. / **Komponen Kesehatan**

Verifikasi sebagai bukti terdaftar bagi peserta PKH komponen kesehatan dilakukan dengan melakukan kunjungan ke puskesmas atau layanan kesehatan terdekat paling lambat seminggu setelah ibu/wanita rumah tangga penerima mendapatkan kartu PKH. Pada kunjungan tersebut, peserta harus memeriksakan anak/kandungannya untuk dibuatkan catatan status kondisi kesehatan pada awal program dan jadwal kunjungan pemeriksaan berikutnya dengan membawa kartu peserta PKH. Pemeriksaan awal ini merupakan dasar untuk penyaluran bantuan pertama.

Verifikasi sebagai bukti kehadiran dilakukan pada pemeriksaan berikutnya yang dilakukan di pusat layanan kesehatan terdekat dengan tempat tinggal peserta baik Puskesmas maupun jaringannya seperti Posyandu.

Pustu, Polindes dan Pusling. Khusus untuk kelahiran bayi, jika peserta tidak memungkinkan mendatangi fasilitas kesehatan, kelahiran bayi bisa ditolong dengan cara mengundang tenaga kesehatan terlatih (misalnya bidan desa) untuk membantu proses kelahiran.

Verifikasi dilakukan oleh petugas kesehatan kepada semua peserta PKH untuk memantau kehadiran/pemeriksaan pada layanan kesehatan.

Seluruh mekanisme pelaksanaan verifikasi disajikan lebih rinci pada buku Pedoman Operasional PKH bagi pemberi Pelayanan Pendidikan dan Pedoman Operasional PKH bagi pemberi Pelayanan kesehatan.

#### **F. Penangguhan dan Pembatalan**

1. Bantuan tidak dibayarkan bila peserta PKH tidak memenuhi komitmen yang telah ditentukan untuk 1 kali siklus penyaluran bantuan (3 bulan berturut-turut), namun masih tercatat sebagai peserta PKH.
2. Kepesertaan PKH akan dikeluarkan bila peserta PKH tidak memenuhi komitmen verifikasi yang telah ditentukan untuk 2 kali siklus penyaluran bantuan (6 bulan berturut-turut).
3. Dalam 3 kali siklus penyaluran bantuan berturut-turut (3 bulan) peserta PKH tidak mengambil bantuan, maka dikeluarkan dari kepesertaan PKH.
4. RTSM/KSM terbukti tidak memenuhi kriteria sebagai peserta PKH, maka dikeluarkan dari kepesertaan PKH.